

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ - UNIOESTE
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM SERVIÇO SOCIAL –
MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL

VÂNIA FRIGOTTO

**GESTÃO DO TRABALHO EM SAÚDE: UMA ANÁLISE A PARTIR DO PMAQ-
AB NA MACRORREGIÃO OESTE DO PARANÁ.**

TOLEDO-PR

2018



unioeste

Universidade Estadual do Oeste do Paraná

CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM SERVIÇO SOCIAL –
MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL**

VÂNIA FRIGOTTO

**GESTÃO DO TRABALHO EM SAÚDE: UMA ANÁLISE A PARTIR DO PMAQ-
AB NA MACRORREGIÃO OESTE DO PARANÁ.**

TOLEDO-PR

2018

VÂNIA FRIGOTTO

**GESTÃO DO TRABALHO EM SAÚDE: UMA ANÁLISE A PARTIR DO PMAQ-
AB NA MACRORREGIÃO OESTE DO PARANÁ.**

Dissertação apresentada à Universidade Estadual do Oeste do Paraná - UNIOESTE, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Serviço Social, junto ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social - Mestrado. Área de concentração em Serviço Social, Políticas Sociais e Direitos Humanos.

Orientador Prof^a. Dr^a: Manoela de Carvalho

TOLEDO-PR

2018

VÂNIA FRIGOTTO

**GESTÃO DO TRABALHO EM SAÚDE: UMA ANÁLISE A PARTIR DO PMAQ-
AB NA MACRORREGIÃO OESTE DO PARANÁ.**

Dissertação apresentada à Universidade Estadual do Oeste do Paraná - UNIOESTE, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Serviço Social, junto ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social – Mestrado.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a. Manoela de Carvalho
Universidade Estadual do Oeste do Paraná
UNIOESTE

Prof.^a. Dr.^a. Maria Lucia Frizzon Rizzotto
Universidade Estadual do Oeste do Paraná
UNIOESTE

Prof. Dr. Isaías Cantóia Luiz
Universidade Estadual De Ponta Grossa
UEPG

Toledo, 27 de abril de 2018.

Ficha de identificação da obra elaborada através do Formulário de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da Unioeste.

Frigotto, Vânia Frigotto
Gestão do trabalho em saúde : Uma análise a partir do
PMAQ-AB na macrorregião Oeste do Paraná / Vânia Frigotto
Frigotto; orientador(a), Manoela de Carvalho Carvalho,
2018.
99 f.

Dissertação (mestrado), Universidade Estadual do Oeste
do Paraná, Campus de Toledo, Centro de Ciências Sociais
Aplicadas, Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, 2018.

1. gestão do trabalho. 2. SUS. I. Carvalho, Manoela de
Carvalho. II. Título.

“A situação atual é marcada pela desestruturação da condição salarial. O desemprego em massa, a instabilidade das situações de trabalho, o trabalho precário e o desmantelamento da proteção social criam novas categorias de pessoas: os supranumerários, os inempregáveis, os desfiliaados, desvalidados, dissociados, desqualificados, os supérfluos (...) os inúteis para o mundo. (Castel, 1995)”

FRIGOTTO, Vânia. **GESTÃO DO TRABALHO EM SAÚDE: uma análise a partir do pmaq-ab na macrorregião oeste do Paraná.** 2018. 91 p. Dissertação (Mestrado em Serviço Social), Universidade Estadual do Oeste do Paraná, 2018.

RESUMO

A gestão do trabalho em saúde é uma política estratégica na qual deve-se garantir efetivamente requisitos básicos de valorização do trabalhador e seu trabalho, por meio da garantia e estruturação de planos de carreira, salários e vínculos, bem como, a possibilidade de negociação das relações de trabalho, capacitação, qualificação e educação permanente. A presente dissertação propõe-se discutir como a gestão do trabalho tem se efetivado nos serviços de atenção básica da macrorregião oeste do Paraná, a partir dos dados apresentados no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). O objetivo é analisar a gestão do trabalho nos serviços de atenção básica a saúde, nos municípios que aderiram ao 2º ciclo do PMAQ-AB na macrorregião oeste do estado do Paraná. Estudo descritivo exploratório, de fontes documentais referentes aos resultados produzidos no segundo ciclo do PMAQ-AB nos municípios de abrangência da macrorregião oeste do Paraná, o que possibilitou a análise a partir de dois enfoques: da formação e qualificação dos profissionais e do vínculo e plano de carreira, cargos e salários. A precariedade do trabalho é inerente à sociedade capitalista, isso se evidenciou também na gestão do trabalho em saúde com a indicação de diversidade como 4 modalidades de contratação, flexibilidade de 32,4% dos vínculos, baixo tempo de atuação nos serviços, existência escassa de PCCS para 48,1%, baixa adesão a processos de formação complementar com 31,5% dos médicos e 43,25% dos enfermeiros. A atenção básica na macrorregião oeste do Paraná vem reproduzindo este perfil de trabalho precário resultante da diminuição do número de funcionários públicos estatutários sendo substituídos por funcionários terceirizados, quebra de direitos previdenciários, insegurança na manutenção do emprego, trabalho desprovido de garantias, ausência de plano de carreira, dentre outras realidades escassas que contribuem para a vulnerabilidade relativa às diversas facetas da precarização.

Palavras chaves: PMAQ-AB; gestão do trabalho; educação permanente em saúde; precarização do trabalho.

FRIGOTTO, Vânia. **GESTÃO DO TRABALHO EM SAÚDE: uma análise a partir do PMAQ-AB na macrorregião oeste do Paraná.** 2018. 91 p. Dissertação (Mestrado em Serviço Social), Universidade Estadual do Oeste do Paraná, 2018.

ABSTRACT

The management of health work is a strategic policy in which one must effectively guarantee basic requirements for the valorization of the worker and his work, through the guarantee and structuring of career plans, salaries and ties, as well as the possibility of negotiating work relations, qualification, qualification and permanent education. The present dissertation proposes to discuss how the work management has been carried out in the basic care services of the western macroregion of Paraná, based on data presented in the National Program for Improving Access and Quality of Basic Care (PMAQ-AB). The objective is to analyze the management of work in primary health care services in the municipalities that joined the 2nd cycle of PMAQ-AB in the western macroregion of the state of Paraná. An exploratory descriptive study of documentary sources referring to the results produced in the second cycle of PMAQ-AB in the municipalities within the western macroregion of Paraná, which allowed the analysis from two approaches: training and qualification of professionals and the link and plan career, positions and salaries. The precariousness of work is inherent to capitalist society. This was evidenced also in the management of health work with the indication of diversity as 4 modalities of contraction, flexibility of 32.4% of the links, low service time, scarce existence of PCCS to 48.1%, low adherence to complementary training processes with 31.5% of physicians and 43.25% of nurses. The basic attention in the western macroregion of Paraná has been reproducing this precarious work profile resulting from the decrease in the number of statutory civil servants being replaced by outsourced employees, social security rights, insecurity in the maintenance of employment, lack of guarantees, absence of among other scarce realities that contribute to the vulnerability of the various facets of precariousness.

Key words: PMAQ-AB; work management; continuing education in health; precariousness of work.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AB - Atenção Básica

ABRASCO - Associação Brasileira de Saúde Coletiva

ACS – Agente Comunitário de Saúde

AMQ - Avaliação para melhoria da qualidade

AIS - Ações Integradas De Saúde

BVS/BIREME - Biblioteca Virtual em Saúde/Centro Latino-americano de Informação em Ciências da Saúde

CH - Carga Horária

CEBES - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CLT - Consolidação Das Leis Trabalhistas

CONASEMS - Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde

COSEMS - Conselho de Secretarias Municipais de Saúde

DAB - Departamento De Atenção Básica

DATASUS - Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

EAB - Equipe De Atenção Básica

EAD - Educação à Distância

ENSP/Fiocruz - Escola Nacional de Saúde Sérgio Arouca / Fundação Oswaldo Cruz

EP - Educação Permanente

EPS - Educação Permanente Em Saúde

ESF - Estratégia Saúde Da Família

GM/MS - Gabinete Do Ministro/Ministério Da Saúde

HUMANIZASUS - Política Nacional de Humanização

IEP - Instituição de Ensino e Pesquisa

LRF - Lei De Responsabilidade Fiscal

MAX - Máximo

NASF - Núcleo De Apoio A Saúde Da Família

NOAS - Norma Operacional De Assistência A Saúde

NOB/RH - Norma Operacional Básica Recursos Humanos

ONG - Organização Não Governamental

PAB - Piso De Atenção Básica

PACS - Programa Agente Comunitário De Saúde

PCCS - Plano De Cargos, Carreira E Salário

PIASS - Programa De Interiorização Das Ações De Saúde E Saneamento

PMAQ-AB - Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

PNAB - Política Nacional De Atenção Básica

PSF - Programa Saúde Da Família

RS - Regional De Saúde

RUTE - Rede Universitária de Telemedicina

SESP - Serviço Especial de Saúde Pública

SGTES - Secretaria De Gestão Do Trabalho E Educação Em Saúde

SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS - Sistema Único De Saúde

TCU - Tribunal De Contas Da União

UBS - Unidade Básica De Saúde

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Revisão PNAB, alterações da PNAB 2011 para a versão 2017	37
Tabela 2 - Número de equipes aderidas ao PMAQ-AB por ciclo	45
Tabela 3 - Dimensões e subdimensões do instrumento do processo de avaliação externa	46
Tabela 4 - Distribuição dos estudos por autores e temática relacionadas a gestão do trabalho, período 2012 a maio 2017	53
Tabela 5 - Distribuição dos serviços de saúde por Regional de Saúde, CNES, mar/2017	56
Tabela 6 - População residente Paraná por regionais de saúde – estimativas TCU, 2016	57
Tabela 7 - Educação Permanente em Saúde dos entrevistados pelo PMAQ-AB – 1º ciclo, segundo os estudos analisados, 2012	62
Tabela 8 - Formação profissional dos entrevistados pelo PMAQ-AB – 1º ciclo, segundo os estudos analisados, 2012	64
Tabela 9 - Profissionais de saúde que atuam nas unidades de saúde de Atenção Básica e os que aderiram ao PMAQ-AB, Paraná 2012.....	64
Tabela 10 - Formação complementar dos entrevistados pelo PMAQ-AB – 1º ciclo, segundo os estudos analisados, 2012	66
Tabela 11 - Tempo de atuação dos entrevistados pelo PMAQ-AB – 1º ciclo, segundo estudos analisados, 2012.....	67
Tabela 12 - Vínculo dos entrevistados pelo PMAQ-AB – 1º ciclo, segundo estudos analisados, 2012	68
Tabela 13 - Forma de ingresso entre os trabalhadores entrevistados, Paraná 2012...	69
Tabela 14 - Existência de PCCS dos entrevistados pelo PMAQ-AB – 1º ciclo, segundo estudos analisados, 2012.....	69
Tabela 15 - Equipes aderidas ao PMAQ-AB 2º ciclo – Macrorregião Oeste do Paraná, 2014/2015	72
Tabela 16 - Qualificação e formação dos médicos entrevistados no PMAQ-AB 2º ciclo – Macrorregião Oeste do Paraná, 2014/2015	76
Tabela 17 - Qualificação e formação dos enfermeiros e outras categorias profissionais entrevistados no PMAQ-AB 2º ciclo – Macrorregião Oeste do Paraná, 2014/2015	78
Tabela 18 - Tipificação Educação Permanente do processo de Qualificação das Ações	

Desenvolvidas dos entrevistados no PMAQ-AB 2º ciclo – Macrorregião Oeste do Paraná, 2014/2015	79
Tabela 19 - Tipificação do agente contratante dos entrevistados no PMAQ-AB 2º ciclo – Macrorregião Oeste do Paraná, 2014/2015	81
Tabela 20 - Tipificação do vínculo dos entrevistados no PMAQ-AB 2º ciclo – Macrorregião Oeste do Paraná, 2014/2015	83
Tabela 21 - Tipificação da forma de ingresso dos entrevistados no PMAQ-AB 2º ciclo – Macrorregião Oeste do Paraná, 2014/2015.	85
Tabela 22 - Tipificação do vínculo e ingresso dos entrevistados no PMAQ-AB 2º ciclo – Macrorregião Oeste do Paraná, 2014/2015.	85
Tabela 23 - Tipificação do Plano de Carreira dos entrevistados no PMAQ-AB 2º ciclo – Macrorregião Oeste do Paraná, 2014/2015.	86
Tabela 24 - Tempo de atuação dos entrevistados no PMAQ-AB 2º ciclo – Macrorregião Oeste do Paraná, 2014/2015.	88

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Fases do PMAQ – AB 3º ciclo (2015-2016)	49
Figura 2 – 1º passo: localização no Google do site BVS.....	51
Figura 3 – 2º passo: no site da BVS pesquisa com a palavra PMAQ.....	51
Figura 4 - 3º passo: selecionar texto completo, disponível.....	52
Figura 5 – 4º passo: selecionar ano de publicação 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018.....	52
Figura 6 – 5º passo: selecionar artigos desejados que abordem o tema gestão do trabalho.....	53
Figura 7 – Mapa político do Estado do Paraná – divisão por macrorregionais de saúde.....	56

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	15
1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	18
1.1 O trabalho na sociedade capitalista e o papel do estado	18
1.2 O trabalho em serviços e o processo de trabalho em saúde	24
1.3 O SUS e a gestão do trabalho em saúde	30
1.3.1 Aspectos históricos da Atenção Básica a Saúde no SUS	34
1.4 A gestão do trabalho na Atenção Básica	39
1.5 Avaliação na Atenção Básica e o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB)	42
2. PERCURSO METODOLÓGICO	50
2.1 Tipo de pesquisa.....	50
2.2 Fonte de dados	50
2.3 O campo de pesquisa.....	55
2.4 Amostra	57
2.5 A coleta de dados	58
2.6 Tratamento dos dados da pesquisa.....	59
2.7 Aspectos Éticos.....	60
3. O PMAQ-AB e os retratos da gestão do trabalho na Atenção Básica.....	61
3.1 Educação Permanente em Saúde e Formação Profissional	61
3.1.1 Formação e Qualificação dos Profissionais da Equipe de Atenção Básica	63
3.2 Vínculo e Plano de carreira, cargos e salários.....	66
3.3 Considerações acerca da produção teórica sobre gestão do trabalho a partir de resultados do PMAQ-AB	70
4. A GESTÃO DO TRABALHO EM SAÚDE A PARTIR DOS DADOS DO PMAQ-AB – MACRORREGIÃO OESTE DO PARANÁ.....	72
4.1 O PMAQ-AB na macrorregião oeste do Paraná	72
4.1.1 Aspectos da gestão do trabalho na macrorregião oeste do Paraná ...	75
4.1.2 Formação e qualificação dos profissionais da Equipe de Atenção Básica	75
4.1.3 Vínculo e Plano de Carreira, Cargos e Salários	80
CONSIDERAÇÕES	90
REFERENCIAS	92

INTRODUÇÃO

A gestão do trabalho em saúde é considerada uma política estratégica com vistas a garantir que requisitos básicos como valorização do trabalhador e de seu trabalho, por meio de condições adequadas de trabalho sejam efetivamente garantidas e possibilitadas a este trabalhador. O trabalhador do SUS deve ser considerado elemento fundamental para a consolidação do sistema, por meio da garantia e estruturação de planos de carreira, salários e vínculos, bem como, a possibilidade de negociação das relações de trabalho, capacitação, qualificação e educação permanente. A gestão do trabalho em saúde engloba vários aspectos, nesse estudo serão abordados a formação e qualificação, bem como, vínculo e plano de carreiras, cargos e salários.

Na administração pública, em específico na saúde pública, as dificuldades dos gestores para a efetivação da gestão do trabalho nos serviços, a partir do Sistema Único de Saúde (SUS) e da municipalização, impactaram diretamente na precariedade do trabalho deste setor. Segundo Franco e Druck (2007), trabalho precarizado é o trabalho que se apresenta instável, incerto, inconsistente, frágil e vulnerável, desprotegido e impotente frente ao capitalismo, e que se encontra em situação incerta, indefinida e dependente. É ainda o trabalho parcial, temporal, sazonal, desprovido de resistência e defesa, atingindo quase todos os setores econômicos e conformando a degradação das condições de trabalho, a perda dos direitos e redução de garantias e benefícios, a instabilidade de emprego e perda da identidade coletiva. Essa precarização tem-se evidenciado na saúde a partir dos vínculos, formas de contratação, planos de cargos, carreira e salários precários e da própria qualificação da força de trabalho.

A escolha para tratar da gestão do trabalho na Atenção Básica, justifica-se por ser reconhecida como espaço representativo do mercado de trabalho em saúde. Alguns dados podem exemplificar a força desse espaço, enquanto, campo de atuação, evidenciados pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS), que para a vigência de dezembro de 2017, haviam no Brasil 173.358 profissionais de nível superior cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), em Centros de Saúde/Unidades Básicas de Saúde e no Estado do Paraná no mesmo período 10.096 (5,8%), destes com a ocupação de nível superior cadastrada especificamente, na saúde da família eram 3.375 (33,4%) trabalhadores, respectivamente, a macrorregião Oeste do Paraná na mesma base de dados apresentam 2.097 profissionais cadastrados (20,5% em relação ao Estado), destes 495 (23,8%) são de nível superior com ocupação

específica na estratégia saúde da família, ou seja, elemento valioso para a discussão da gestão do trabalho a partir da geração de empregos e renda considerado o número de postos de trabalho na área.

Mesmo com a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) e o resgate, ao menos no discurso, dos preceitos da reforma sanitária em relação ao trabalhador de saúde, observa-se a desvalorização da força de trabalho traduzida pelo processo de desregulamentação das relações e condições de trabalho, para além dos vínculos de trabalho desprotegidos como também nas condições objetivas e subjetivas do trabalho como a fragmentação e focalização dos serviços de saúde.

A partir da atuação como assistente social na assessoria a gestão dos municípios que compõem a 20ª Regional de Saúde – Secretaria de Estado da Saúde do Paraná e, com base nas observações empíricas das dificuldades enfrentadas pelos gestores locais para a implementação das políticas de gestão do trabalho, emergiu o interesse em pesquisar sobre esse tema. Assim, definiu-se como problema de pesquisa: o que os resultados das avaliações do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) têm revelado sobre a gestão do trabalho em saúde na atenção básica nesta região?

A hipótese que se colocava era a de que a gestão do trabalho nos serviços de atenção básica na macrorregião oeste do Paraná, no que se refere aos planos de cargo, carreira e salário e a educação permanente em saúde, tem corroborado para precarização do trabalho e a baixa qualificação dos trabalhadores.

Diante dessa hipótese, definiu-se como objetivo geral da pesquisa analisar a gestão do trabalho nos serviços de atenção básica a saúde, nos municípios que aderiram ao 2º ciclo do PMAQ-AB na macrorregião oeste do estado do Paraná. Assim colocada a questão, logo foram definidos os objetivos específicos, como; (i) identificar municípios e equipes da macrorregião oeste que aderiram ao 2º ciclo do PMAQ-AB, (ii) levantar o estado da arte da produção teórica acerca da gestão do trabalho, (iii) identificar e analisar os indicadores de gestão do trabalho abordados na avaliação externa do 2º ciclo do PMAQ-AB.

Este trabalho dissertativo está dividido em quatro partes. Na primeira são apresentados os principais conceitos, considerados centrais para o presente estudo, tais como: o trabalho na sociedade capitalista na perspectiva de Marx, o trabalho em serviços e o processo de trabalho em saúde, processo histórico da gestão do trabalho em saúde, assim, como a trajetória da política de atenção básica, o processo de descentralização da gestão do trabalho na atenção básica, o processo de avaliação em saúde e a

institucionalização com o PMAQ-AB.

Na segunda parte se descreve o percurso metodológico da pesquisa, que correspondeu a estudo documental e bibliográfico a partir da base da Biblioteca Virtual de Saúde referente a produção teórica sobre a gestão do trabalho baseada em dados do PMAQ-AB, bem como, foi realizado estudo quantitativo a partir da base de dados do 2º ciclo do PMAQ-AB referente aos itens de gestão do trabalho, na macrorregião Oeste do Estado do Paraná com seus 94 municípios, equivalendo a 23,5% dos 399 municípios do estado, totalizando 308 equipes que responderam a avaliação externa do PMAQ-AB.

Na terceira parte, apresentam-se os resultados da pesquisa relacionados ao estado da arte da produção teórica sobre gestão do trabalho a partir de dados do PMAQ-AB, bem como, aspectos da gestão do trabalho na macrorregião oeste do Paraná relacionados a qualificação e formação dos entrevistados pelo PMAQ-AB, bem como, vínculo e plano de carreiras, cargos e salários.

Por último, nas considerações finais, apontam para a precarização da gestão do trabalho na macrorregião oeste do Paraná a partir dos dados da avaliação externa no PMAQ-AB 2º ciclo, essa se expressa a partir da flexibilização dos vínculos, diversas modalidades de ingresso, ausência de plano de carreira, cargos e salários (PCCS), baixa fixação dos trabalhadores, baixa adesão a formação complementar. As reflexões têm como ponto de partida a análise de que a precariedade do trabalho existe desde o início do trabalho assalariado e ambos irão co-existir enquanto vigorar o sistema capitalista, bem como, se reflete em diversos aspectos como econômicos, legais, políticos e morais que levam a classe trabalhadora a um processo de fragmentação e que consequentemente amplia as contradições socioeconômicas e intensificam o trabalho parcial, subcontratado e informal.

Com a realização da pesquisa espera-se contribuir nos subsídios teóricos para a compreensão da gestão do trabalho na macrorregião oeste do Paraná. Os resultados serão socializados para análise e reflexão dos membros da Comissão Intergestores Bipartite, gestores e demais trabalhadores, para que, a partir de suas realidades, possam desencadear mudanças que contemplem todos os sujeitos envolvidos na gestão do trabalho em saúde.

1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A gestão do trabalho tem apresentado a necessidade de atenção por parte dos gestores e serviços que buscam a qualidade do atendimento às necessidades de saúde da população. Ao se definir a gestão do trabalho como uma política estratégica deve-se garantir que requisitos básicos como valorização do trabalhador e de seu trabalho por meio de condições adequadas de trabalho sejam efetivamente garantidas e possibilitadas a este trabalhador. O trabalhador do SUS deve ser considerado elemento fundamental para a consolidação do sistema, por meio da garantia e estruturação de planos de carreira, salários e vínculos, bem como, a possibilidade de negociação das relações de trabalho, capacitação, qualificação e educação permanente.

Mas, apesar de ser considerada uma política estratégica para qualificação dos serviços prestados, a gestão do trabalho é um dos grandes embates com que o trabalhador de saúde e a própria administração pública vem se deparando. O trabalhador está inserido em uma estrutura organizacional que deveria lhe possibilitar ações efetivas para a consolidação do sistema de saúde, ampliando a discussão e necessidade de repensar o planejamento e a educação permanente das equipes no trabalho, atingindo todos os setores da saúde pública, em especial, as unidades de saúde. Assim, abordamos teoricamente os conceitos considerados centrais para o processo de captação e interpretação da realidade compreendida no recorte da presente pesquisa, sendo: a gestão do trabalho no que se refere a precarização do trabalho, a partir das categorias de análise e interpretação de trabalho apresentada por Karl Marx (1994), trabalho em serviços, sua dimensão na política de saúde e na atenção básica, bem como, a avaliação dos serviços de saúde e os retratos da atenção básica a partir da avaliação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).

1.1 O trabalho na sociedade capitalista e o papel do estado

Compreender os elementos que compõem o processo de trabalho é de grande importância para a análise da direção que a política de saúde tem tomado junto aos trabalhadores de saúde, sendo, portanto necessário analisar a totalidade em que este processo ocorre. Assim, cabe pautar de que forma os homens se organizam socialmente para produção da vida material e as implicações desta organização na política de saúde, na qual a categoria trabalho é central.

Com base nos estudos de Marx (1996), pode-se afirmar que o trabalho

consiste em uma 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. O trabalho apresenta uma dimensão teleológica, pois, antes mesmo de executá-lo o ser social planeja seus resultados para atender uma determinada finalidade. 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”. O trabalho, assim entendido, é uma atividade exclusivamente humana, portanto, diferencia os homens dos animais, considerando que as características do trabalho e produção animal são exclusivas para atender a demandas práticas imediatas, determinadas unicamente pelo instinto ou pela experiência limitada que podem ter. O que ocorre com o homem é diferente. Anterior à realização de seu trabalho, o homem é capaz de projetá-lo em nível de sua consciência. Assim o trabalho é “uma atividade orientada a um fim para produzir valores de uso, apropriação do natural para satisfazer as necessidades humanas, condição universal do metabolismo entre o homem e a natureza, condição natural eterna da vida humana” (MARX, 1996, p.303).

Marx (1996) esclarece que o processo de trabalho, em geral, compõe-se por: uma atividade que está orientada para alcançar um fim (trabalho), o objeto de trabalho que é a matéria sobre a qual o trabalho se dá e, pelos instrumentos, que são os meios de trabalho que mediarão homem e natureza nesse processo. Sendo assim, uma ação intencional, na qual o ser social transforma o objeto de trabalho utilizando-se dos meios de trabalho necessários. O resultado é um produto, um valor de uso, algo que é útil ao ser humano, através do qual o trabalho se uniu com seu objetivo, com a sua teleologia. Ao fim do processo, o trabalho está objetivado e o objeto trabalhado (MARX, 1996, p. 300).

Além dessa dimensão ontológica e teleológica do trabalho, há uma dimensão social e histórica, na qual o modo como se organizam as condições de produção se alteraram ao longo do tempo. Deste modo, é no trabalho que ocorre a sociabilidade humana, visto que os seres sociais não produzem isoladamente, mas estabelecem relações uns com os outros pelo e para o trabalho. Assim, o resultado do trabalho de cada ser é um produto parcial que é ponto de partida para o trabalho de outro: cada trabalhador ou grupo de trabalhadores fornece ao outro, sua matéria-prima. O resultado do trabalho de um constitui o ponto de partida para o trabalho do outro (MARX, 1996, p. 461).

A capacidade humana de executar trabalho ou força de trabalho como, conceituada por Marx (1988) em *O Capital*, no modo de produção capitalista, é uma mercadoria diferenciada. Assim definida como, “[...] capacidade de trabalho

compreendemos o conjunto de faculdades físicas e mentais, existentes no corpo e na personalidade viva de um ser humano, as quais ele põe em ação toda vez que produz valores de uso de qualquer espécie” (MARX, 1988, p.187). Porém no capitalismo, ao assumir a forma de mercadoria, é vendida pelo trabalhador para os detentores dos meios de produção, em troca de um salário. Desta forma, o trabalhador não vende o trabalho em si, mas sim a sua força de trabalho, sendo o consumo da força de trabalho o que confere valor às mercadorias produzidas pelo trabalhador.

Caracteriza-se assim, duas classes distintas nesse modo de produção: a dos detentores dos meios de produção fundamentais (classe burguesa) e a classe trabalhadora, que dispõe apenas de sua força de trabalho. A relação entre os detentores dos meios de produção e os trabalhadores assalariados é de exploração da força de trabalho, na medida em que a troca estabelecida não é uma troca igual: o salário, de fato, não corresponde àquilo que o trabalhador produziu durante o seu tempo de trabalho, mas sim o mínimo necessário para a reprodução de sua força de trabalho. A diferença entre o salário pago e o valor produzido pelo trabalho é a mais-valia, ou seja, um trabalho não-pago que é apropriado pelos detentores dos meios de produção (MARX, 1996).

Desta forma, uma das características principais da sociedade capitalista é sua divisão em classes antagônicas, em grupos compostos por homens que se diferenciam entre si pela situação que ocupam na produção social cada qual com seus próprios interesses, sejam esses de maior exploração do trabalho com fins de maior lucratividade ou na busca de menor exploração e melhor remuneração, nos limites dessa forma de organização social.

Essas contradições da sociedade capitalista têm no Estado capitalista o papel de regulador, Yasbek (s.d, p.4) afirma que a forma de organização do Estado e suas características terão um papel determinante na emergência e expansão da provisão estatal face aos interesses dos membros de uma sociedade.

Historicamente o Estado existe sob diferentes modalidades e configurações, por exemplo, um país pode viver em domínio de um Estado totalitário, mas em outro momento, conviver com um Estado democrático, como o Brasil (PEREIRA, 2008). Nesta perspectiva o Estado é um conceito complexo, histórico e relacional definido como:

O Estado é ao mesmo tempo uma relação de dominação, ou a expressão política da dominação do bloco no poder, em uma sociedade territorialmente definida, e um conjunto de instituições mediadoras e reguladoras dessa dominação, com atribuições que também extrapolam a coerção. Nesse contexto, o governo ganha persona própria, jurídica, separada tanto da persona física do governante quanto da instituição estatal (PEREIRA, 2008: 148).

De acordo com Pereira (2002), a questão social que emergiu no século XIX com a Revolução Industrial nos países europeus representou um fato ameaçador à ordem e às instituições liberal-burguesas, contexto, no qual emerge o Estado Capitalista, ou seja, o Estado de Bem-Estar Social. Iamamoto (2004) destaca que, a questão social é apreendida como o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista e coloca a necessidade das políticas sociais, no âmbito das relações entre as classes e o Estado. Assim a autora afirma que

[...] mas tal ascensão não deu por cima e por fora dos conflitos de classe. Nesses conflitos, ganha proeminência a história participação dos trabalhadores em sua luta contra o despotismo do capital e o poder tende inicialmente concentrador do Estado. Na falta de condições objetivas de transformar o sistema que os oprimia, a classe trabalhadora aproveitou os impactos de outras condições objetivas e subjetivas presentes [...] para abraçar, no seio do próprio sistema, a causa dos direitos sociais (PEREIRA, 2002 p. 33).

Para Behring e Boschetti (2009), o Estado de bem estar social, foi um acordo em que os partidos social-democratas renunciaram a revolução socialista para conseguir o atendimento de exigências mínimas viabilizadas pelas políticas sociais. O que é possível detectar é que este Estado convencionou medidas de caráter social sem, contudo, perder seu caráter capitalista (PASTOR & BREVILHERI, 2009).

As respostas que o Estado oferece às expressões da “questão social”, situando-se no confronto de interesses de grupos e classes sociais no âmbito de atendimento das necessidades sociais básicas, ocorrem por meio da Política Social que expressa relações, conflitos e contradições que resultam da desigualdade estrutural do capitalismo. Para Yasbek (s.d) a Política Social permite aos cidadãos acessar recursos, bens e serviços sociais necessários, sob diversos aspectos e dimensões da vida: social, econômico, cultural, político, ambiental entre outros.

Fleury (1994) indica que as políticas e práticas sociais contribuem na reprodução da força de trabalho sob diversos aspectos, como, favorecendo a subordinação do trabalho ao capital em condições mais adequadas à obtenção e apropriação da mais-valia (através das práticas sociais, como as médicas e educativas, que se exercem sobre o corpo produtivo, definindo os limites da sua capacidade física, disciplinar entre outras, reproduzindo o lugar da força de trabalho enquanto classe), incidem diretamente sobre as condições de reprodução da força de trabalho, participam na determinação do valor histórico da força de trabalho.

O papel do Estado na valorização da força de trabalho ocorreria na medida em que este valor é dado pelas horas de trabalho incorporadas e necessárias à sua reprodução, que tenderiam a aumentar a partir da intervenção estatal, seja através da qualificação desta força de trabalho, seja pelo fornecimento de serviços e bens de consumo necessários à sua manutenção (FLEURY, 1994, p.47).

E ainda, atuariam no sentido de aumentar a produtividade do trabalho e assim contribuiriam para o incremento da mais-valia relativa extraída no processo de trabalho. O modus operandi das políticas sociais será dado por sua articulação específica ao projeto hegemônico, o que não quer dizer que seu significado e os atores nela envolvidos possam ser reduzidos a uma perspectiva classista (Fleury, 1994). De modo geral as políticas sociais tentam integrar a permanência da mão-de-obra no mercado de trabalho e os direitos reivindicados pela classe trabalhadora.

No Brasil como afirma Yazbek (2005), a criação dos direitos sociais foi resultante da luta de classes, que por sua vez, expressa a correlação de forças predominante, onde o Estado é pressionado a garantir esses direitos. Afirma ainda que o Estado busca manter a estabilidade, diminuindo desigualdades e garantindo direitos sociais, embora o país não alcance o status de um Estado de Bem Estar Social. Em geral no Brasil, na análise de Lobato (2016) as políticas sociais estiveram fortemente dependentes de projetos de desenvolvimento econômico de diferentes regimes políticos, deixando a um plano secundário a adoção de estratégias para a melhoria efetiva das condições de vida e criação de padrões mínimos de igualdade social.

Na configuração de políticas sociais, Lobato (2016) aponta elementos de análise, dos quais destaca-se aqui o grau de desmercantilização. A desmercantilização trata da autonomia dos indivíduos em relação à dependência do mercado de trabalho, onde as políticas sociais, ao fornecerem bens e serviços independentemente da inserção do indivíduo no mercado, garantem essa autonomia e, nesse sentido, efetivando os estados de bem-estar como reguladores por excelência do mercado de trabalho, (LOBATO, 2016). No entanto, essa autonomia impactada por políticas sociais precárias que não garantem efetivamente a manutenção desses indivíduos, evidencia a fragilidade do estado de bem-estar brasileiro considerando as relações de trabalho com níveis de precariedade do emprego, baixo nível educacional, insegurança em relação ao acesso a benefícios quando em situação de risco e insuficiência dos serviços universais.

O movimento neoliberal, trouxe a desregulamentação das regras do aparelho estatal, sendo responsável pela ampliação do mercado, flexibilização das relações de

trabalho e transferência de responsabilidades estatais para organizações de direito privado. Assim, o papel do Estado na provisão de serviços essenciais das políticas sociais, já não era mais reconhecido como necessário. A reforma do Estado contribuiu para a flexibilização dos contratos com base no argumento de maior controle de gastos com recursos humanos (NOGUEIRA, 1999).

De acordo com Antunes (1995), historicamente, o trabalho e as relações de trabalho vêm passando por alterações significativas, tendo em vista que o mundo do trabalho é perpassado por várias transformações nas esferas tecnológicas, organizacionais, estruturais e/ou conjunturais.

Antunes (1995) ainda descreve que se verifica uma desproletarização do trabalho industrial, fabril, manual, especialmente nos chamados países de capitalismo avançado o que, na prática, expressa uma diminuição crescente da classe operária, ao mesmo tempo em que se materializa a terceirização do trabalho com base na absorção do assalariamento no setor de serviço.

Concomitantemente, efetiva-se uma subproletarização do trabalho, redimensionando elevados contingentes rumo a precarização do trabalho daqueles que se mantêm empregados,

A precariedade do trabalho é uma condição multifacetada, com desdobramentos econômicos, jurídicos, políticos e morais. Não se trata de um fenômeno unívoco, pois varia no tempo, entre países e num mesmo país entre regiões, territórios e tipo de atividade econômica. Também não é um fenômeno novo, pois existe desde o início do trabalho assalariado. Em suas determinações atuais, tem-se insinuado de forma cada vez mais insidiosa no mundo do trabalho, a ponto de pensadores como Bourdieu enxergarem a precariedade na raiz das questões sociais do século XXI (KALLEBERG APUD GIRARDI 2010, PG12).

Há, portanto, um processo de maior heterogeneização, fragmentação e complexificação da classe trabalhadora. Dessa condição de constrangimento social é que se intensificam o trabalho parcial, subcontratado e informal que aguçam ainda mais as contradições socioeconômicas da sociedade.

A Organização Internacional do Trabalho (OIT apud KALLERBERG, 2009) define o trabalho precário como o que é geralmente mal pago, inseguro, desprotegido e insuficiente para sustentar um domicílio. Essa instituição define ainda seis dimensões inter-relacionadas de precariedade, sendo estas: 1) insegurança do mercado de trabalho pela ausência de oportunidades de trabalho; 2) insegurança do trabalho gerada pela proteção inadequada em caso de demissão; 3) insegurança de emprego gerada

pela ausência de delimitações da atividade ou até mesmo de qualificação de trabalho; 4) insegurança de integridade física e de saúde em razão de más condições das instalações e do ambiente de trabalho; 5) insegurança de renda, ocasionada pela baixa remuneração e ausência de expectativas de melhorias salariais e 6) insegurança de representação quando o trabalhador não se sente protegido e representado por um sindicato.

Identifica-se, deste modo, uma considerável divisão do trabalho que afeta o trabalhador, e repercute na dificuldade de expansão do crescimento sustentado e durável, bem como, acentua a instabilidade de relações sociais numa sociedade, que teve suas relações sempre baseadas no trabalho. Em consequência dessas transformações no mundo do trabalho, este se apresenta, atualmente, sob formas precárias, frágeis, eventuais, instáveis, dentre outras, que continuam se intensificando, bem como as condições de exploração e de precarização das relações trabalhistas presentes no mercado de trabalho. Essa precarização também pode ser verificada na prestação de serviços, inclusive do setor de saúde.

1.2 O trabalho em serviços e o processo de trabalho em saúde

Para abordar o trabalho em serviço, inicialmente faz-se necessário tratar de trabalho produtivo e improdutivo na perspectiva dos serviços em saúde pública. O trabalho, definido por Marx, pode ser definido como produtivo ou improdutivo. Considera como produtivo aquele trabalho que se realiza num produto, concretamente em uma mercadoria. Ou seja: é produtivo aquele trabalho que valoriza diretamente o capital, o que produz mais-valia, ou seja, que realiza mais-valia (MARX, 2010, p. 109).

O trabalho produtivo é aquele que produz um excedente para o capitalista e ainda é fonte de remuneração do trabalhador, ou seja, produz a mais-valia para o capitalista e o salário para o trabalhador. Assim, reforça Marx (1985) que:

A produção capitalista não é apenas produção de mercadorias, é essencialmente produção de mais-valia. O trabalhador produz não para si, mas para o capital. Não basta portanto, que produza em geral. Ele tem de produzir mais-valia. Apenas é produtivo o trabalhador que produz mais-valia para o capitalista ou serve à autovalorização do capital (MARX, 1985, p.105).

Ressalta-se que, o trabalho produtivo é determinado por sua função, pela sua utilidade, ou até mesmo pelo seu valor de troca. Segundo o autor:

[...] O conceito de trabalho produtivo, portanto, não encerra de modo algum apenas uma relação entre atividade e efeito útil, entre trabalhador e produto do trabalho, mas também uma relação de produção especificamente social, formada historicamente, a qual marca o trabalhador como meio direto de valorização do capital. Ser trabalhador produtivo não é, portanto, sorte, mas um azar. (MARX, 1985, p.106).

Assim, a produtividade do trabalho no capitalismo não depende fundamentalmente da produção de bens materiais, nem da distinção entre trabalho físico e intelectual, mas sim da forma como o trabalho se processa sob a organização do modo de produção capitalista, relacionado ao valor que ele cria e que pode ser apropriado pelo capital e não necessariamente pelo produto que ele gera para o capital. Desta forma o modo de produção capitalista objetiva produção de mais-valia e, para tanto, trabalho produtivo e improdutivo se tornam complementares e integrados, considerando que se não houver trabalho produtivo, não há geração e ampliação de mais-valia, bem como, sem o trabalho improdutivo, não há reprodução de capital (e de força de trabalho) por meio de ações de logística, de qualidade, de tempo e da diminuição de custos empregadas pela produção de mais-valia.

Para além do trabalho produtivo, Marx (2010) também aborda o trabalho improdutivo, que será referência para a discussão dos serviços. O trabalho improdutivo, apesar de não produzir diretamente a mais-valia, não pode ser conceituado como sem utilidade social. Ao contrário, ele exerce uma função social dentro do pleno funcionamento do capitalismo.

Marx define que “[...] serviço não é em geral mais do que uma expressão para o valor de uso particular do trabalho, na medida em que este não é útil como coisa, mas como atividade” (MARX, 2010, p.118). O trabalho em serviços, geralmente, não produz valores de uso que se materializam em um objeto, tendo sua utilidade apenas como atividade, ou seja, essa utilidade deixa de existir quando o trabalho termina. No caso dos serviços improdutivos têm utilidade como valor de uso, tornam-se mercadoria no capitalismo, mas eles não criam diretamente valor, uma vez que não se objetivam em produtos que podem ser separados do trabalhador que o produz. Ainda assim são essenciais para a manutenção do modo de produção capitalista.

Quando se compra o trabalho para consumir como valor de uso, como serviço, não para colocar como fator vivo no lugar do capital variável e o incorporar ao processo capitalista de produção, o trabalho não é produtivo e o trabalhador assalariado não é trabalhador produtivo. O seu trabalho é consumido por causa de seu valor de uso, não como trabalho que gera valores de troca; é consumido improdutivamente. [...] (MARX, 2010, p.111).

Nesta perspectiva, o trabalho prestado através dos serviços será improdutivo quando comprado com a renda do consumidor, não se convertendo em valor de troca para o capital. Assim, infere-se que esses trabalhadores improdutivos, na ausência de um “empresário” que obtém a mais-valia, são assalariados que vendem sua força de trabalho para que seja consumida com uma utilidade específica, possibilitando a extração do valor excedente que se encontra como finalidade da sociedade capitalista. Marx conceitua que

Os serviços prestados, para seu produtor, são mercadorias. Têm determinado valor de uso (imaginário ou real) e determinado valor de troca. Para o comprador, porém, esses serviços são meros valores de uso, objetos em que consome a renda. Esses trabalhadores improdutivos não obtêm grátis sua participação na renda (nos salários e lucros), sua cota nas mercadorias produzidas pelo trabalho produtivo: têm de comprar seu quinhão, mas nada têm a ver com a produção dessas mercadorias. (MARX, 1987, p.138)

Na perspectiva de serviços, o trabalho em saúde é importante para a preservação da vida dos homens, pois, situa-se na esfera da produção não material, e se completa no mesmo momento de sua realização. Seu produto é indissociável do processo de sua produção, pois é a própria realização da atividade.

De acordo com Pires (1998), o trabalho em saúde é um trabalho coletivo, realizado por diferentes profissionais e seus saberes que se inserem na intervenção direta da ação em saúde (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas etc.), e por um grupo diversificado de trabalhadores que atuam indiretamente nos serviços, mas que suas atividades são meios para a finalidade da assistência (porteiros, cozinheiros, funcionários dos serviços gerais e administrativos), que completam a força de trabalho em saúde. Na conceituação de Paim (1994, p. 64):

[...] a compreensão dos Recursos Humanos 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 idéia de meros insumos da função de produção. Já não bastam os enfoques da administração, do planejamento normativo, de teoria do capital humano. Seus problemas também não são redutíveis à gestão do trabalho, ao planejamento estratégico, à economia política (PAIM 1994, p. 64).

A partir do pressuposto que as necessidades de saúde possuem uma expressão múltipla – social, psicológica, biológica e cultural –, e que tanto o conhecimento quanto as intervenções sobre o processo saúde doença fazem parte de

um intenso processo de especialização, compreende-se que nenhum sujeito isolado pode realizar a totalidade das ações em saúde que são apresentadas por usuários individuais ou coletivos (SCHRAIBER et al., 1999).

Desta forma, o trabalho em saúde realiza-se, sobretudo, segundo Merhy (2009), por meio do 'trabalho vivo em ato', isto é, o resultado do processo deste trabalho humano é consumido no exato momento em que é executado e que determina a produção do cuidado. Esse é realizado sobre, para e com o usuário, sujeito da mediação, transformando-o, mas, esta modificação não é material, está relacionada às alterações das condições de saúde, de sua personalidade, das atitudes e valores com relação à saúde e, especialmente, na recuperação da sua capacidade para o trabalho.

Neste sentido, é possível afirmar que o resultado esperado após este processo de trabalho em saúde, é que o usuário possa ter modificado seu estado de saúde, assim como o próprio trabalhador da saúde tenha se modificado. Essa relação entre o trabalhador da saúde e o usuário de sua ação é uma característica fundamental do trabalho em saúde, a de que ele é relacional, isto é, acontece mediante a relação entre um trabalhador e o usuário, seja ele individual ou coletivo.

O trabalho em saúde, para Merhy (2009), em relação aos meios de trabalho, pode ser dividido em três tipos, sendo esses, dos instrumentos (tecnologias duras), do saber técnico estruturado (tecnologias leve-duras) e, das relações entre sujeitos que só têm materialidade em ato (tecnologias leves). Como já dito, o trabalho em saúde, na perspectiva de Merhy (2009), é centrado no 'trabalho vivo em ato', e este se efetiva fundamentalmente por meio de tecnologias leves expressando-se como processo de produção de relações intercessoras em uma de suas dimensões-chave, o seu encontro com o usuário final, que representa, em última instância o atendimento das necessidades de saúde, como sua intencionalidade. Assim, o trabalho em saúde é mediado por essas três dimensões no processo de cuidado e não há trabalhador em saúde que execute as ações de cuidado sozinho, o trabalho em saúde é sempre coletivo (MERHY, 2009).

Desta forma, as relações sociais entre os sujeitos que compõem o trabalho em saúde (trabalhadores/gestores e usuários) se expressam com relações de poder e são estabelecidos espaços de conflitos. No espaço público estão expostos à burocracia profissional coordenada pela padronização de atividades, pela forma fragmentada (em relação a estrutura organizacional e a funcional), uma vez que as ações do Ministério da Saúde e das Secretarias de Saúde são minimamente interdependentes, as configurações das relações de poder se manifestam principalmente na organização do processo produtivo (SANTANA, 2001).

Campos (1997) destaca que no trabalho em saúde, o grau de alienação dos trabalhadores em relação ao objetivo, objeto e meios de trabalho relaciona-se e varia de acordo com a conjuntura e atuação dos sujeitos sociais. Aborda que o processo de alienação prejudica tanto os usuários dos serviços de saúde, quanto os próprios trabalhadores.

Em suma, o processo de trabalho em saúde é entendido como um conjunto de ações coordenadas, desenvolvidas pelos trabalhadores, onde indivíduos, famílias e grupos sociais compõem o objeto de trabalho, e os saberes, métodos e equipamentos representam os instrumentos que originam a atenção em saúde. Os modelos de atenção que orientam o trabalho em saúde refletem as combinações tecnológicas para o alcance dos objetivos, pois são “[...] uma espécie de lógica que orienta a ação e organiza os meios de trabalho (saberes e instrumentos) utilizados nas práticas de saúde” (PAIM, 2008, p. 554).

Ressalta-se que, segundo Pires (1998), o trabalho em saúde também tem sido impactado pelas influências das mudanças tecnológicas e do modo de organização do trabalho (processo produtivo flexível), vigentes nos setores mais dinâmicos da economia, as quais vem exigindo o aprimoramento das qualificações dos trabalhadores, bem como, a polivalência, e a capacidade de inovação entre outros aspectos.

Em consequência, esse processo influencia assim na priorização da prestação de serviços públicos orientados para o cidadão-cliente, a garantia da propriedade e do contrato, e a formação de uma cultura gerencial, pela falta de recursos, racionalização burocrática, focalização dos programas sociais, superespecialização das tarefas e contingenciamento da realidade social dos usuários (COSTA, 2000).

Desta forma, o trabalhador de saúde, inserido no modo de produção capitalista, lida com a perda de direitos trabalhistas, a flexibilização das relações de trabalho que se baseia em contratos de trabalho precarizados, com tempo determinado, contratos temporários, subcontratação de trabalhadores, retorno ao trabalho em domicílio, dentre outros, e importação de conhecimentos, trabalhando cotidianamente com o adoecimento, desemprego, violência, com a produção social da doença inserida nesse modo de produção.

Pierantoni et al. (2004) destacam que a demanda por esses perfis de trabalhadores, associada às propostas inovadoras aplicadas em estruturas organizacionais rígidas ou com metodologias tradicionais, faz conviver formas híbridas de organização do trabalho, persistindo “processos de trabalho com ausência efetiva

de participação dos trabalhadores, rotatividade da ocupação dos postos de trabalho, treinamentos ou especializações que visam mudanças comportamentais e não à formação específica mais qualificada” (idem, p. 68), cobrança de maior produtividade, e também a introdução de contratos temporários, eventuais, com a precarização do trabalho.

Kalleberg (2009) define como trabalho precário, “[...] o trabalho incerto, imprevisível, e no qual os riscos empregatícios são assumidos principalmente pelo trabalhador, e não pelos seus empregadores ou pelo governo.”

Essas especificidades do trabalho em saúde, em especial de precarização do trabalho, começaram a ser objeto de estudos sociológicos a partir de 1990, (MACHADO, 2009). Nesta mesma perspectiva, recoloca a centralidade do trabalhador no processo de consolidação do SUS, ampliando a discussão sobre a gestão do trabalho que é a “política que trata das relações de trabalho a partir de uma concepção na qual a participação do trabalhador é fundamental para a efetividade e eficiência do Sistema Único de Saúde” (BRASIL, 2009b, p.28), e que inclui repensar o planejamento e a qualificação do trabalho e do trabalhador, atingindo todos os setores.

Para Pierantoni (2004), a gestão do trabalho passa a absorver o conceito de força de trabalho da economia política com o uso descritivo e analítico dos fenômenos de mercado de trabalho, representados por emprego/desemprego, produção, renda, assalariamento, e configura-se na gestão do trabalho e da sociologia do trabalho, com envolvimento do trabalho, do trabalhador como ‘ser social’ e da sociedade.

Desta forma, aparecem novas formas de trabalho precarizado e/ou informal e da regulação pelo Estado, com centralidade nos mecanismos institucionais de gestão do trabalho, as questões da integralidade do cuidado e da autonomia dos sujeitos, cujo foco de análise se desloca para o plano da interação envolvendo a relação profissional-usuário ou as relações entre os profissionais (NOGUEIRA, 2002).

Esse processo de desregulamentação do trabalho se agrava ao considerar a saúde como um bem de consumo, de acordo com Merhy (2007), cada vez mais incorporado ao desenvolvimento do capital e, por consequência, colaborando para a geração e acumulação de riquezas.

As práticas em saúde, ao obedecerem a uma lógica determinada pelos interesses do capital, o da reprodução da força de trabalho, transformam o corpo do trabalhador, portanto a força de trabalho, em um valor importante para o capital, insumo fundamental na produção de mercadorias e serviços. E acrescenta, “Cuidar deste valioso ente, o corpo dos trabalhadores, é uma das funções precípuas dadas ao serviço

de saúde, para manutenção do sistema produtivo” (MERHY, 2007, p. 67).

Sob a lógica mercantil, surgem as estratégias de gestão de ajuste nos gastos públicos que fragmentam os serviços de saúde, ou seja, corroboram para que estes operem de forma isolada com definição de funções e responsabilidades como medida para distribuição de recursos e poder, comprometendo a organização e estruturação do trabalho em saúde, que possui caráter de intensa e crescente utilização de força de trabalho exigindo a atuação de diversos agentes que agregam diferentes formas de organização do processo de trabalho, de uso de tecnologias, de espaços e ambientes de trabalho e de formas de interação com os usuários. Esses aspectos da utilização da força de trabalho, bem como da gestão do trabalho, na particularidade do SUS serão abordados no próximo item.

1.3 O SUS e a gestão do trabalho em saúde

Pode-se dizer que as décadas de 1980 e de 1990 foram muito representativas para a saúde pública do Brasil, tendo em vista a institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS) no final da década de 1980. Assim, o direito a saúde foi elevado ao patamar de direito essencial em função de sua ligação intrínseca com o direito à vida e dignidade da pessoa humana no âmbito da positivação dos direitos sociais, atribuída pela Constituição de 1988, traduzido no reconhecimento da saúde como direito público subjetivo de eficácia plena e imediata.

A proposta do SUS foi um marco para os gestores, trabalhadores e usuários do sistema, na forma de planejar, estruturar, desenvolver e produzir serviços e ações de saúde a partir de um sistema unificado e de caráter público, constituído por rede de serviços regionalizada, hierarquizada e descentralizada, com direção única em cada esfera de governo que passou a ser, de fato, um sistema nacional com foco municipal, o que se denomina ‘municipalização’ (MACHADO, 2005). Desta forma, a força de trabalho no SUS deixa de estar vinculada unicamente a esfera federal, e estados e os municípios assumiram a contratação de servidores para desenvolver as ações e os serviços de saúde, tornando-se os maiores empregadores no SUS.

Para tanto, cabe destacar o processo histórico de gestão de recursos humanos na saúde, descrito por Machado (2005) em três momentos. Primeiro, o período de 1967 a 1974, no qual houve incentivo à formação profissional, em especial de nível superior, além de criação de estratégia de expansão dos empregos privados a partir do

financiamento público; aumento da contratação de médicos e atendentes de enfermagem, reforçando a bipolaridade ‘médico/atendentes’; e incentivo à hospitalização/especialização.

O segundo período divide-se em duas fases diferentes, sendo de 1975-1984 a primeira marcada pelo surgimento de dispositivos institucionais para reverter o quadro existente. E, a segunda, de 1984 a 1986, balizada pela implementação com resultados, ou seja, aumento da participação do setor público na oferta de serviços ambulatoriais e hospitalares; aumento da formação do pessoal técnico e sua incorporação nas equipes de saúde; e aumento do pessoal que atua na rede ambulatorial.

O terceiro período, referido por Machado (2005), a partir de 1987 em diante, caracterizou-se pelas mudanças estruturais rumo à Reforma Sanitária, marcadas especialmente pelo processo de descentralização da assistência e, conseqüentemente, dos recursos humanos que integram os serviços. Inicia-se aí o processo que culminaria na reversão do quadro de pessoal, ora concentrado na esfera federal ora na municipal. “Toda a política de Recursos Humanos passa a girar em torno da proposta da Reforma Sanitária – não só os aspectos gerenciais, mas também os financeiros, na perspectiva de atender às demandas que impunham tal reforma. O SUS torna-se uma realidade após longo debate constitucional” (MACHADO, 2005, p.276-277).

No entanto, a década de 1990 foi caracterizada pela adoção dos preceitos neoliberais de defesa da desregulamentação dos mercados, precarização do trabalho, na abertura comercial e financeira, no equilíbrio das contas públicas, na privatização das empresas estatais, na precarização das formas de vínculo entre capital e trabalho (RIZZOTTO, 2009), em detrimento aos da reforma sanitária, que previa um sistema de saúde universal e integral, cujos trabalhadores fossem sujeitos ativos do processo de consolidação do SUS. Para resgate desse preceito foi elaborada nessa década a Norma Operacional Básica Recursos Humanos (NOB-RH) (BRASIL, 2005), que teve como objetivo principal a discussão da centralidade do trabalho, do trabalhador e da valorização profissional. No entanto, com a priorização das privatizações e precarização das relações de trabalho entre outros, poucos resultados foram alcançados com a NOB-RH.

Em 2003, com a criação, da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), no âmbito do Ministério da Saúde, inicia-se um processo de reafirmação da reforma sanitária e da importância, ao menos no discurso, do trabalhador como sujeito para a efetividade e eficiência do SUS. Desta forma a gestão do trabalho passou a ser vista como política de Estado considerando as relações de trabalho e suas implicações como centrais para a dinâmica do SUS. A SGTES assumiu as discussões de

questões como a precarização do trabalho, formação e qualificação dos trabalhadores, regulação profissional na área da saúde, mesa de negociação entraram na pauta de discussões do governo federal.

Além disso, o Conselho Nacional de Saúde, aprovou os Princípios e Diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS (NOB/RH/SUS), por meio da Resolução nº 330, de 04 de novembro de 2003, que tem como objetivo “contribuir para uma gestão de qualidade, que possibilite a valorização do trabalho no SUS, como instrumento essencial da atenção à saúde e a criação de vínculo dos trabalhadores com a população e os serviços de saúde pública”. Dentre os princípios e diretrizes apontadas no documento destaca-se a elaboração do Plano de Cargo, Carreiras e Salários no SUS, que teve suas Diretrizes aprovadas posteriormente através da Portaria/GM nº 1.318 em junho de 2007; o Desenvolvimento do Trabalhador no SUS com mobilidade horizontal e vertical; e a Política de Saúde do Trabalhador do SUS.

No mesmo ano foi lançada a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (HumanizaSUS), que define a gestão no SUS:

[...] Podemos conceituar a gestão em saúde como a capacidade de lidar com conflitos, de ofertar métodos (modos de fazer), diretrizes, quadros de referência para análise e ação das equipes nas organizações de saúde. Além disso, a gestão é um campo de ação humana que visa à coordenação, definindo os termos articulação e interação de recursos e trabalho humano para a obtenção de fins/metabolismos/objetivos. Trata-se, portanto, de um campo de ação que tem por objeto o trabalho humano que, disposto sob o tempo e guiado por finalidades, deveria realizar tanto a missão das organizações como os interesses dos trabalhadores (BRASIL, 2009, p. 10).

Ainda em seu documento base para gestores e trabalhadores do SUS, a apresentação aponta como problemas a desvalorização dos trabalhadores da saúde; a precarização das relações de trabalho; o baixo investimento em processos de educação permanente em saúde; a pouca participação na gestão dos serviços; o frágil vínculo com os usuários; e o despreparo dos profissionais para lidar com a dimensão subjetiva que toda a prática de saúde supõe.

A política indica a necessidade de mudanças no modelo de atenção e de gestão e como eixo de ação, na gestão do trabalho, propõe-se a promoção de ações que assegurem a participação dos trabalhadores nos processos de discussão e decisão, fortalecendo e valorizando os trabalhadores, sua motivação, seu desenvolvimento e seu crescimento profissional. No eixo da Educação Permanente indica que seja incluída como conteúdo e/ou componentes curriculares de cursos de graduação, pós-graduação e extensão em saúde, vinculando-se às instituições de formação; que oriente processos de

educação permanente em saúde de trabalhadores nos próprios serviços de saúde.

A partir destes componentes, a política de humanização representa uma importante estratégia para a redução da precarização do trabalho, com o estabelecimento de vínculos efetivos do trabalhador com o sistema, e a criação de PCCS que promova o desenvolvimento e valorize o trabalhador. Busca responder a necessidade de combater a persistência da precariedade do trabalho no SUS, configurada em salários aviltantes, vínculos terceirizados, além da ausência de carreiras sólidas para os trabalhadores.

Mesmo com a existência de políticas de gestão do trabalho definidas e pactuadas no SUS, voltadas ao combate à precarização e ao estímulo à valorização do trabalho e do trabalhador do SUS, o Conselho Nacional de Saúde no ano de 2009, em sua 193ª reunião aprovou a Agenda Política, que priorizaria a:

Implementação da Política de Gestão do Trabalho com vistas a eliminação da precarização do trabalho em todas as suas formas e que estabeleceria a valorização do trabalho, tendo como elemento principal o Plano de Cargos, Carreiras e Salários, de acordo com as Diretrizes Nacionais do PCCS/SUS, e contemplando a profissionalização da Gestão e o estímulo à qualificação, dedicação exclusiva e à interiorização (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2009).

A “eliminação da precarização do trabalho” sugerida pela Política de Gestão do Trabalho, é algo pouco palpável, ao considerar que pela lógica da sociedade capitalista a exploração da força de trabalho e a precarização das relações de trabalho são fundantes para a manutenção desta forma de sociedade. Um dos entraves ocasionado pela precarização do trabalho remete a vulnerabilidade do vínculo, que gera insegurança no mercado de trabalho, impossibilita o acesso aos direitos trabalhistas e previdenciários por completo. A flexibilização e precarização do trabalho se evidenciam pelas diferentes modalidades de contratação, disponíveis para o serviço público do Brasil, seja pelo regime estatutário, regime trabalhista, seleção pública e concurso público e livre contratação.

Assim, pensar em gestão do trabalho como eixo da estrutura organizacional dos serviços de saúde significa pensar estrategicamente, uma vez que a produtividade e a qualidade dos serviços oferecidos à sociedade serão, em boa parte, reflexos da forma e das condições com que são tratados os que atuam profissionalmente na organização (ARIAS et al., 2006, p.119). Nessa perspectiva abordaremos os serviços de atenção básica a saúde no Brasil e suas características.

1.3.1 Aspectos históricos da Atenção Básica a Saúde no SUS

A política de saúde no Brasil, historicamente, é marcada pelo desenvolvimento de ações tipicamente definidas no âmbito da atenção básica. Desde a Primeira República as ações de saúde pública tinham caráter preventivo e coletivo, as chamadas campanhas sanitárias direcionadas para controle de epidemias e endemias (BRASIL, 2006).

Na trajetória histórica do Brasil, Castro & Fausto (2012) afirmam a presença da dualidade na organização das ações e dos serviços do sistema de saúde, com práticas de caráter social, sanitarista ou de saúde pública e, por outro lado, ligadas à prestação de cuidados aos indivíduos. As origens da atenção básica, no Brasil, foram as ações datadas na década de 1940 com a criação dos serviços nacionais de saúde e do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) que conjugava a medicina preventiva e curativa, pautadas no desenvolvimento científico e tecnológico limitados sob a influência da medicina preventiva norte-americana.

Na década seguinte de 1950, mais especificamente em 1953, ocorre o desmembramento do Ministério da Educação e da Saúde, assim, o Ministério da Saúde baseava sua atuação em uma concepção mais universalista, estruturadas segundo uma racionalidade programática tradicional de saúde pública, enquanto, a assistência médica individual curativa ocorria no âmbito previdenciário.

Escorel (2008) refere que a partir de 1964, com os governos militares, se consolida a contratação de serviços privados de saúde como estratégia dominante para a expansão da oferta pública de serviços. A assistência a saúde estava ligada técnica e financeiramente aos hospitais e a rede de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico. A década de 1970 foi marcada pela expansão e crise do modelo médico previdenciário. Internacionalmente eram discutidos os efeitos negativos da medicalização e da elitização da prática médica.

É realizada a Conferência de Alma-Ata, em 1978, sendo um marco histórico na afirmação da saúde como direito humano fundamental sob responsabilidade política dos governos, mediante medidas sanitárias e sociais. No Brasil, com o movimento de reforma sanitária e seus questionamentos, emergiram também algumas experiências sanitárias locais e regionais, introduzidas pelas universidades, que trouxeram novas bases para o debate sobre o modelo de atenção vigente, indicando a necessidade de reforma setorial. Assim, ocorrem importantes iniciativas de expansão de cobertura, dentre elas o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS)

formulado a partir dessas experiências locais, em curso antes da Conferência de Alma-Ata (BRASIL, 2007).

Em 1977 houve uma reorganização no interior do sistema Nacional de Previdência e Assistência Social que deveria redefinir a assistência médica na perspectiva de ações mais eficientes e eficazes no Instituto Nacional de Previdência Social, assim, foi implantada a política de Ações Integradas de Saúde (AIS), que possibilitou avanços no fortalecimento da rede pública ambulatorial e integração das diversas instituições da atenção a saúde (Castro & Fausto, 2012). A partir de 1987, as AIS foram substituídas pelo Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) que tinha centralidade na formação de distritos sanitários, foco na atenção preventiva e curativa e a regionalização dos serviços de saúde.

A Atenção Básica era tratada como parte intrínseca das propostas de reorganização dos serviços de saúde, permeando a proposta da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Durante os anos de 1980, a proposta reformista divergia dos programas focalizados e seletivos de atenção básica, e teve seu auge com a promulgação da Constituição Federal de 1988, representando um marco ao introduzir a saúde como direito social.

Castro & Fausto (2012), afirmam que a reforma sanitária corroborou para que a política de saúde fosse a primeira política social universal do Brasil, partir disso desenvolve-se o processo de institucionalização do SUS coordenado pelo Ministério da Saúde com ações descentralizadas e direção única em cada esfera de governo. Santos (2010) refere algumas 'mudanças funcionais' no setor saúde, advindas da criação do SUS, como a grande inclusão social nos serviços públicos de saúde e a conseqüente elevação da produção, com ampliação do envolvimento dos municípios e participação de trabalhadores, gestores e representantes populares nas discussões políticas e técnicas do sistema, assumindo os seus valores e princípios doutrinários, delimitados no microprocesso de trabalho.

Já no período do SUS formula-se o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1991, que partiu de experiências locais que a eram desenvolvidas em algumas regiões do país. Em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF) é implantado, sendo preconizada a formação de equipes multiprofissionais para atuação em território definido, com cadastramento e acompanhamento da população residente na área. Em 1995, o PSF foi adotado como projeto prioritário pelo então governo federal de Fernando Henrique Cardoso e nos anos subseqüentes se tornou a principal estratégia de estruturação para os sistemas municipais de saúde. Legalmente a

Atenção Básica teve status na política nacional de saúde a partir da Norma Operacional Básica de 1996 (NOB 96) com o fortalecimento da atenção básica com o financiamento através da criação do Piso de Atenção Básica (PAB) com seus componentes fixo e variável. Com a publicação da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) em 2001/2002, buscou-se promover a regionalização dos serviços, indicando os serviços básicos como principal porta de entrada do sistema de saúde.

A Atenção Básica à Saúde foi regulamentada em 2006 no Brasil, por meio da Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006 que aprovava a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

Em 2011, a nova PNAB definida pela Portaria nº 2.488, de 21 de outubro atualizou conceitos na política e introduziu elementos ligados ao papel desejado da Atenção Básica na ordenação das Redes de Atenção. Avançou na afirmação de uma Atenção Básica acolhedora, resolutiva e que avança na gestão e coordenação do cuidado do usuário nas demais Redes de Atenção. Bem como, no reconhecimento de um leque maior de formatos de equipes para as diferentes populações e realidades do Brasil. Além dos diversos formatos de Estratégia Saúde da Família, houve a inclusão de equipes de atenção básica para a população de rua (Consultórios na Rua), ampliação do número de municípios que podem ter Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), simplificou e facilitou as condições para que fossem criadas UBS Fluviais e ESF para as Populações Ribeirinhas.

Desde quando foi instituída em 2006, a PNAB tem sido um dos principais instrumentos legais para o desenvolvimento e consolidação do SUS. Em 2015 iniciou-se um processo de debate com objetivo de pactuar um conjunto de atualizações com vistas a incorporar as inovações e experiências acumuladas nos últimos anos, todavia, preservando a essência e as diretrizes dos documentos anteriores de 2006 e 2011. Esse processo de atualização está em consonância com a proposta 5.5.11 da 15ª Conferência Nacional de Saúde:

Garantir o processo de revisão da política nacional de atenção básica – PNAB, considerando principalmente as seguintes dimensões: composição de profissionais por equipe de saúde da família, carga horária dos profissionais e critérios de distribuição de habitantes por equipe (BRASIL, 2017).

Nessa perspectiva de revisão da PNAB/2006, recentemente foi aprovada a

Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 que define e regulamenta a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Nessa Portaria, Atenção Básica é caracterizada por um:

[...] conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária. (BRASIL, 2017, art.2.)

Sendo definida como a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede, deve ser ofertada integralmente e gratuitamente a todas as pessoas, de acordo com suas necessidades e demandas do território, considerando os determinantes e condicionantes de saúde. Bem como é vedada qualquer exclusão baseada em idade, gênero, raça/cor, etnia, crença, nacionalidade, orientação sexual, identidade de gênero, estado de saúde, condição socioeconômica, escolaridade, limitação física, intelectual, funcional e outras.

As principais mudanças ocorridas da PNAB de 2011 para versão 2017, referem-se aos itens destacados a seguir:

Tabela 1. Revisão PNAB, alterações da PNAB 2011 para a versão 2017

ITENS ANÁLISE	DE	PNAB - 2011	PNAB – 2017
Financiamento de Equipe de Atenção Básica (EAB)	EAB não era reconhecida; EAB de financiamento federal; Município podia compor da forma que lhe fosse conveniente, incluindo definição de composição e carga horária;	de	EAB passa a ser reconhecida; Há previsão de financiamento da EAB, com valor inferior ao repassado às ESF; EAB deve atender aos princípios e diretrizes da AB; EAB tem caráter transitório em direção à ESF; Definida carga horária mínima semanal (40h) e composição das equipes (máximo 3 profissionais por categoria / CH mínima 10h)
Gerente de Atenção Básica	Não reconhecia este trabalhador.	este	Reconhece a figura do gerente de UBS, recomendando sua inserção na equipe, a depender da necessidade local; Não há previsão de recursos adicionais para equipes com este trabalhador; Gerente de AB deve ter nível superior, preferencialmente da área da saúde. Caso seja enfermeiro, a UBS deverá ter outro enfermeiro para as ações de

		cunhoclínico.
Composição das equipes	ESF mínima: médico, ESF complementar: saúde bucal,NASF; EAB não havia definição – a critério do gestorlocal.	ESF mínima: médico, enfermeiro, técnico/auxiliar de enfermagem,ACS; ESF complementar: ACE, saúde bucal,NASF; EAB deve seguir parâmetros da ESF, excetoACS.
Territorialização/vínculo	Usuário só podia se vincular a uma UBS.	Usuário pode se vincular a mais de umaUBS.
Carga horária	ESF 40h + 5 tipos de ESF (equipes transitórias);	ESF 40h para todos os membros + EAB 40h por categoria profissional (máx. 3 profissionais por categoria, mínimo de 10h/semana).
Apoio institucional	Considerado apenas como ferramenta de gestão do trabalho; Sinalizado nas competências dosentes.	Reconhece o apoio matricial também como ferramenta de educação permanente; Mantém-se nas competências dosentes.
Educação permanente e formação em saúde	EPS distribuída ao longo do texto, não versava sobre formação em saúde (ensino nasaúde); Não abordava espaço físico para taisações;	EPS distribuída ao longo do texto, versa sobre formação em saúde que deve ser incorporada no processo de trabalho das equipes; Sinaliza a importância de estrutura física e ambiência que comporte os processos de EPS e formação emsaúde; Incorpora a temática do ensino na saúde – integração ensino- serviço, destacando o papel da AB como locus de formação na graduação e residência, de pesquisa e extensão.

Fonte: Brasil, 2017

Com a revisão das diretrizes da PNAB publicada 2017, segundo nota conjunta da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e Escola Nacional de Saúde Sérgio Arouca (ENSP/Fiocruz) (2017), o texto da PNAB/2017, na prática rompe com a centralidade na organização do SUS, instituindo financiamento específico para quaisquer outros modelos na atenção básica (para além daquelas populações específicas já definidas na atual PNAB como ribeirinhas, população de rua) que não contemplam a composição de equipes multiprofissionais com a presença de agentes comunitários de saúde, que estão ameaçados enquanto integrantes e profissionais da atenção básica. Além de abrir a possibilidade de organizar a AB com base em princípios opostos aos da Atenção Primária em Saúde estabelecidos na Conferência de Alma-Ata e adotados no SUS de universalidade, integralidade, equidade e participação social.

Na perspectiva da revista RADIS, Batalha e Lavor (dez/2017) afirmam que as mudanças na PNAB afetam o funcionamento das equipes da ESF, em sua estrutura

mínima, originalmente prevista por um médico, um enfermeiro, um auxiliar ou técnico de enfermagem, além dos agentes comunitários de saúde (um para cada 750 pessoas de cada território). A PNAB de 2011, já permitia a implantação de equipes de Atenção Básica (EAB) reduzidas a um médico e um enfermeiro contemplando outros formatos de ESF e incluindo equipes especializadas como por exemplo para o atendimento da população de rua. A atual PNAB confere a EAB o mesmo status da ESF, onde equipes completas e reduzidas disputarão os mesmos recursos e terão as mesmas responsabilidades. Outra mudança vem no âmbito da carga horária, na PNAB de 2006 todos os profissionais seriam contratados com 40 horas semanais, em 2011 a carga horária dos médicos foi flexibilizada para 30 horas, em 2017, retorna a exigência das 40 horas, apenas para médicos que atuam nas ESF, possibilitando que outras modalidades de atenção básica contratem por apenas 10 horas semanais. A revista ainda abordou a precarização do trabalho dos agentes comunitários de saúde, a partir da redução do número de profissionais e restrição da atuação nas equipes, além da confusão entre as atribuições de diferentes categorias profissionais (ACS e técnicos de enfermagem). Outro ponto é a delimitação das ações e serviços essenciais e estratégicos da atenção básica com a chamada “cesta de serviços” que serve apenas a parceria público-privadas ou terceirizações, permitindo que se comprem serviços diretamente do setor privado como exames laboratoriais, por exemplo.

A mudança, ainda na composição das equipes, vem acompanhada da proposta/estratégia de diferenciação de regime de trabalho, dos vínculos e carga horária dos trabalhadores, na conjuntura em que a precarização do trabalho é uma realidade, com a institucionalização e diversificação de formas flexíveis de estruturação e organização da gestão do trabalho, acentua-se a vulnerabilidade dos trabalhadores de saúde. As mudanças na PNAB impactarão diretamente na gestão do trabalho na atenção básica.

1.4 A gestão do trabalho na Atenção Básica

A gestão do trabalho é um elemento central para a implementação e a consolidação do SUS (PIERANTONI ET AL., 2008), especialmente no espaço da Atenção Básica, onde a prática do cuidado se efetiva por meio da interação entre os trabalhadores e entre estes e os usuários.

Lacaz (2008) destaca como questões estruturantes para o desenvolvimento da rede de atenção básica a estabilidade e o vínculo de trabalho dos profissionais das

equipes de saúde, a capacitação permanente, a possibilidade de negociação das condições de trabalho, a fixação através da existência de plano de carreira, cargos e salários, entre outros aspectos.

A Atenção Básica é considerada a principal porta de entrada no sistema de saúde e a estratégia organizadora do cuidado integral, alcançando a totalidade dos municípios do país e caracterizando o processo de descentralização do SUS, que dentre outros aspectos, responsabilizou os municípios pela vinculação da força de trabalho no que concerne a seleção, composição, gerenciamento e capacitação desses trabalhadores. No entanto, essa descentralização também é marcada por problemas, que se refletem na estrutura física dos serviços, na insuficiência e perfil dos gestores e trabalhadores, no acesso nem sempre oportuno aos recursos e na efetividade de políticas e ações de saúde.

A proposta de organização das práticas de saúde requeridas para a atenção básica, de acordo com a PNAB (BRASIL, 2017) tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica. Contudo reconhece outras estratégias de organização da Atenção Básica nos territórios, que devem seguir os princípios e diretrizes da Atenção Básica e do SUS, configurando um processo progressivo e singular que considera e inclui as especificidades locais, ressaltando a dinamicidade do território e a existência de populações específicas, itinerantes e dispersas, que também são de responsabilidade da equipe, enquanto estiverem no território, em consonância com a política de promoção da equidade em saúde.

Essa equipe, a partir de condições adequadas de trabalho, deve trabalhar considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações, bem como, utilizar tecnologias de cuidado complexas e de baixa densidade, que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território. Observando critérios de risco, vulnerabilidades, resiliência e o imperativo ético de que se deve acolher toda e qualquer demanda, necessidade de saúde ou sofrimento (BRASIL, 2017).

Nesta conformação, a força de trabalho assume um conjunto de ações que lhes são requisitadas exigindo a reorganização do seu processo de trabalho, que sofre interferência direta das ações de valorização do trabalhador de saúde ou, contrariamente, da precarização das relações de trabalho.

Mendonça et al (2010) afirmam que a gestão do trabalho passa a ter centralidade no processo de implementação da Estratégia de Saúde da Família na

medida em que a adoção do novo modelo assistencial implica a ampliação e fixação da força de trabalho em nível municipal, num momento de transição econômica e de reforma de Estado que, contraditoriamente, tinha como diretriz a diminuição da participação do Estado na prestação de serviços

A descentralização da gestão do trabalho implicou em medidas para contratação de pessoal no setor público municipal, que dentre outras condições como a Lei de Responsabilidade Fiscal, resultou na proliferação de contratos de trabalho pouco regulados, mediados por cooperativas, fundações privadas e ONGs, chamados de “contratos precários”, e com a restrição de concursos públicos, em especial no período de 1995 a 2004. Mendonça (apud NOGUEIRA 2008) destaca a especificidade do termo precariedade dos contratos quando se trata de trabalhadores no serviço público, no qual afirma:

[...] que é irregular todo o vínculo de trabalho em que o trabalhador foi admitido na instituição pública sem concurso ou seleção de natureza pública, sendo exceção o trabalhador terceirizado admitido nas áreas não-finalísticas (como serviços gerais, segurança, mediante normas legais de licitação) (MENDONÇA, APUD NOGUEIRA 2008, p. 2356)

Assim, a precariedade do vínculo para uma ação finalística, como nos serviços de saúde, se caracteriza quando o Estado não consegue fazer cumprir os requisitos constitucionais de concurso público (Constituição Federal, art. 37, incisos I e II) e de aplicação geral de um regime jurídico único de trabalho (Constituição Federal, art. 39). A Estratégia de Saúde da Família, foi uma das políticas setoriais fortemente impactada por este novo arranjo político-institucional, como demonstram estudos de Pierantoni (2008) e Girardi (2010) que evidenciam um percentual elevado de trabalhadores de saúde com vínculos trabalhistas através de entidades diversas.

De acordo com pesquisa de Girardi (2010), no que tange a gestão do trabalho na Atenção Básica, o autor discute a classificação dos vínculos baseada no cruzamento dos critérios de existência de proteção social, cobertura legal e vigência temporal indeterminada dos contratos, que caracterizam um contrato plenamente protegido do ponto de vista formal. Considera a categoria trabalho protegido no que inclui o regime estatutário, correspondente ao vínculo padrão dos servidores públicos na administração pública direta e indireta e ao regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), próprio aos empregados públicos e aos empregados na economia privada. Ambos apresentam como características, ademais da cobertura legal, a existência de proteção social que inclui a plenitude dos direitos trabalhistas e previdenciários e a indeterminação

temporal dos contratos, com regras de terminação dos contratos/vínculos estatutariamente definidas.

A partir de pesquisa sobre distribuição dos municípios pesquisados segundo realização de trabalho protegido na contratação de profissionais da ESF, por ocupação e ano no Brasil, período de 2001 e 2009, Girardi (2010) identificou que houve a diminuição da prática de contratação do trabalho precário na ESF, para todas as ocupações.

De fato, aumentou no período a proporção de municípios que realizavam, embora não exclusivamente, a contratação de trabalho protegido. Para a contratação de médicos, por exemplo, a proporção de municípios que praticavam contratos protegidos subiu, no período, de 23,1% para 38,6%; entre os dentistas, praticamente dobrou, de 28,9% para 55,6%; e, entre os ACS, de 31% para 73,6%. (GIRARDI, 2010 p. 17)

A pesquisa evidencia o aumento de vínculos protegidos em 15,5% para a categoria médica nas equipes de Saúde da Família, no entanto, se comparada com categoria que realiza atividade-meio, para a qual a legislação permite a terceirização, como os agentes comunitários de saúde, há muito por se fazer para regularizar as relações de trabalho no setor público, com vistas à minimização da precarização do trabalho para todas as categorias profissionais.

A gestão do trabalho na atenção básica, em especial, a partir da sua descentralização, implicou em estratégias de ampliação e fixação da força de trabalho, que não necessariamente se efetivam e condizem com os preceitos da atenção básica de estabilidade, fixação, existência de PCCS e vínculos protegidos. Na perspectiva de identificar a atual conjuntura da gestão do trabalho na atenção básica com dados nacionais, abordaremos o processo de avaliação na saúde e a institucionalização desta com o PMAQ-AB.

1.5 Avaliação na Atenção Básica e o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB)

Avaliar significa formar opinião e emitir juízo de valor sobre determinado assunto. Esses julgamentos podem ser resultados da aplicação de critérios e normas (avaliação normativa) ou ser elaborados com base em procedimento científico (pesquisa avaliativa). A avaliação pode ser externa, se conduzida por uma equipe que não faz parte da organização; ou interna, se realizada pela própria organização (HARTZ et al., 2008).

Hartz (2008) afirma que existem inúmeras definições de avaliação, e que seus

contornos no campo da saúde se delimitam no âmbito das políticas e programas sociais, consistindo fundamentalmente em aplicar um julgamento de valor a uma intervenção, através de um dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre ela ou qualquer um dos seus componentes. Isso permite aos diferentes atores envolvidos, que podem ter campos de julgamento diferentes, se posicionarem e construírem (individual ou coletivamente) um julgamento capaz de ser traduzido em ação.

Hartz (2008) apresenta o processo histórico da avaliação no âmbito da saúde mundial, em cinco estágios. Primeiro estágio da avaliação em saúde surge

[...] vinculada aos avanços da epidemiologia e da estatística, testando a utilidade de diversas intervenções, em especial, direcionadas ao controle das doenças infecciosas e ao desenvolvimento dos primeiros sistemas de informação que orientassem as políticas sanitárias nos países desenvolvidos (Estados Unidos, Alemanha, Inglaterra, França, Grã-Bretanha, Suíça etc). (HARTZ, 2008. p.51)

No segundo estágio o processo de avaliação começa a “identificar e descrever os programas, compreender sua estrutura, forças e fragilidades para ver se é possível atingirem os resultados esperados e fazer as devidas recomendações para sua implementação”(HARTZ, 2008. p.51). O terceiro estágio se inicia nos anos 1960 e vai até o final dos anos 1980, com predominância da função de “julgamento” do avaliador como característica fundamental. No quarto estágio a avaliação torna-se “inclusiva e participativa, um processo de negociação entre os atores envolvidos na intervenção em que o pesquisador-avaliador perde o caráter de mero avaliador para ser parte do processo.

Essa interação e aprendizado dos diferentes atores apontam para um quinto estágio de avaliação, com a “participação da sociedade civil em todas as etapas”. Esse estágio combinaria as anteriores,

[...] implica a vontade explícita de aumentar o poder dos participantes graças ao processo de avaliação. Essa abordagem, como as demais, se compromete com a melhoria das políticas públicas, mas também a ajudar os grupos sociais a ela relacionados a melhor compreender os próprios problemas e as possibilidades de modificá-los a seu favor. (HARTZ, 2008, p.52)

Na saúde pública a avaliação tem como principal propósito dar suporte aos processos decisórios, sendo possível incluir tanto análises sobre a natureza do Estado e do poder político envolvido em sua formulação quanto estudos sobre os programas

relacionados à sua operacionalização.

Segundo o Ministério da Saúde (2005), a avaliação em saúde no Brasil apresenta-se em um contexto em que os processos ainda são incipientes, pouco incorporados às práticas e possuem caráter mais prescritivo, burocrático e punitivo que subsidiário do planejamento e da gestão. Além disso, os instrumentos existentes ainda não se constituem ferramentas de suporte ao processo decisório nem de formação das pessoas nele envolvidas. Uma das possibilidades para a superação dessa incipiência é a institucionalização da avaliação junto ao sistema de saúde. Hartz (2002) afirma que,

[...] institucionalizar a avaliação deve ter o sentido de integrá-la em um sistema organizacional no qual está seja capaz de influenciar o seu comportamento, ou seja, um modelo orientado para a ação ligando necessariamente as atividades analíticas às de gestão das intervenções programáticas. (HARTZ, 2002, p. 419),

A ideia é que processos de avaliação subsidiem a identificação de problemas e a reorientação de ações e serviços desenvolvidos, possibilitem decidir melhor sobre a incorporação de novas práticas sanitárias na rotina dos profissionais e mensurem o impacto das ações implementadas pelos serviços e programas sobre o estado de saúde da população (BRASIL, 2005).

Nessa perspectiva e com a expansão da Atenção Básica, veio à tona a necessidade de criação de metodologias que impulsionassem processos de melhoria contínua da qualidade da atenção, garantindo que as ações em saúde estejam de acordo com os princípios e diretrizes do SUS (BRASIL, 2010).

Para tanto, a avaliação assume caráter imprescindível para o SUS como um todo, uma vez que a prática possibilita apontar evidências que indicam que os sistemas de atenção à saúde com forte orientação para a atenção básica são mais adequados porque se organizam a partir das necessidades de saúde da população; são mais efetivos na forma de enfrentar a situação epidemiológica e das condições crônicas; mais eficientes porque apresentam menores custos e reduzem procedimentos mais caros; mais equitativos porque discriminam positivamente grupos e regiões mais pobres, reduzindo os gastos de pessoas e famílias; e de maior qualidade por colocar ênfase na promoção da saúde e prevenção das doenças e ofertarem tecnologias mais seguras para os usuários e profissionais de saúde (STARFIELD, 2002; OMS, 2008).

De acordo com o Ministério da Saúde, a partir de 2003, o Departamento de Atenção Básica (DAB) investiu muitos esforços na institucionalização da prática da avaliação para subsidiar a melhoria das ações de Atenção Básica "(BRASIL, 2010, 37).

Assim, em consonância com a necessidade de aprimoramento da Estratégia Saúde da Família em face do acelerado crescimento, em 2005, foi lançado o projeto Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ), com o objetivo de impulsionar processos avaliativos e de melhoria da qualidade especificamente no âmbito municipal, a partir de uma metodologia de autogestão para melhoria contínua da qualidade, com livre adesão dos gestores municipais, sem existência de vinculação de incentivos financeiros a adesão e/ou aos resultados obtidos.

De acordo com o documento de avaliação “O AMQ utiliza a abordagem sistêmica de Donabedian”,(BRASIL, 2010, p. 37) que contempla elementos de estrutura, processo e resultados. Os instrumentos de avaliação privilegiam e enfatizam os elementos de processo, pressupondo que a mudança no nível organizacional conduz a resultados melhores. A autoavaliação (BRASIL, 2016) é considerada como ponto de partida da fase de desenvolvimento do PMAQ-AB, uma vez que os processos orientados para a melhoria da qualidade têm início na identificação e reconhecimento das dimensões positivas e também problemáticas do trabalho da gestão e das equipes de atenção à saúde.

Em 2011, o Ministério da Saúde propôs mudanças nas diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica e, como estratégia indutora de um processo permanente e progressivo de ampliação do acesso e de qualificação das práticas de gestão, cuidado e participação na Atenção Básica, implementou o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), a partir de 2012.

Assim, o PMAQ-AB representa um modelo de avaliação de desempenho dos sistemas de saúde, que pretende mensurar os possíveis efeitos da política de saúde visando subsidiar a tomada de decisão, garantir a transparência dos processos de gestão do SUS e dar visibilidade aos resultados alcançados, além de fortalecer o controle social e o foco do sistema de saúde nos usuários. Ratifica-se a potencialidade da Atenção Básica enquanto locus privilegiado para o exercício do monitoramento e avaliação para fins de institucionalização desses processos (BRASIL, 2015).

Na trajetória histórica do PMAQ-AB iniciada em 2011, dos 5.570 municípios do Brasil, 71% aderiram ao programa, atualmente no 3º ciclo 95,5% fizeram adesão, conforme dados na tabela abaixo. O instrumento aplicado captou informações sobre o processo de trabalho das equipes, a organização do cuidado, articulação da Atenção Básica à rede de serviços de saúde e a gestão do trabalho.

Tabela 2. Número de equipes aderidas ao PMAQ-AB por ciclo

Ano	Ciclo	Municípios	ESF	ESF	Total	NASF
-----	-------	------------	-----	-----	-------	------

		aderidos	sem SB	com SB	ESF	
2011-2012	1º	3.972	5.024	12.458	17.482	0
2013-2014	2º	5.077	10.577	19.946	30.523	1.813
2015-2016	3º	5.324	13.775	25.090	38.865	4.110

Fonte: Departamento de Atenção Básica – publicação 13/09/2016. Disponível em: dab.saude.gov.br

Para a realização da Avaliação Externa em todo o território nacional, o Ministério da Saúde, a partir do apoio da Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde, desenvolveu parceria com instituições de ensino e pesquisa em todo o País: Universidade Federal de Pelotas, Universidade Federal de Minas Gerais, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Universidade Federal da Bahia e a Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/Fundação Oswaldo Cruz articularam-se a outras universidades nos estados, com participação de pesquisadores de mais de 40 instituições de ensino e pesquisa Brasil afora.

A avaliação da Atenção Básica, no âmbito do PMAQ-AB, possibilita reconhecer de que forma e com quais características estão organizadas as ações nesse nível de atenção. Os dados coletados para a realização da certificação das equipes que aderiram ao Programa contemplam uma ampla variedade de dimensões sobre a oferta e a atenção prestada. A análise desses dados, ainda que reconhecidos seus limites por se tratar de coleta para fins de transferências financeiras, é muito promissora.

São inúmeras as possibilidades de abordagens e desenhos analíticos que podem ser construídos a partir da base de dados produzida nos inquéritos realizados pelo programa, em sua estrutura a síntese dos componentes da avaliação externa:

Tabela 3. Dimensões e subdimensões do instrumento do processo de avaliação externa.

Unidade de Análise	Dimensão	Subdimensão
Gestão	Gestão municipal	Implantação e implementação da atenção básica no município
		Organização e integração da rede de atenção à saúde
		Gestão do trabalho
	Coordenação da atenção básica	Participação, controle social e satisfação do usuário
		Apoio institucional
		Educação permanente
Unidade Básica de Saúde		Gestão do monitoramento e avaliação - MA
		Infraestrutura e equipamentos

Equipes	Perfil, processo de trabalho e atenção à saúde	Insumos, imunobiológicos e medicamentos Perfil da equipe Organização do processo de trabalho Participação, controle social e satisfação do usuário
---------	--	---

Fonte: BRASIL, 2017

O PMAQ-AB foi instituído pela Portaria nº 1.654 GM/MS, de 19 de julho de 2011, com o objetivo de induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente, de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde. (BRASIL, 2016)

O programa também eleva o repasse de recursos do incentivo federal para os municípios participantes conforme atingirem melhora no padrão de qualidade no atendimento. Este recurso se denomina Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável (PAB Variável) e é repassado fundo a fundo, do Fundo Nacional diretamente aos fundos municipais por meio do Bloco da Atenção Básica.

O PMAQ-AB (BRASIL, 2016) tem como propósito a ampliação da oferta qualificada dos serviços de saúde no âmbito do SUS e apresenta as seguintes diretrizes:

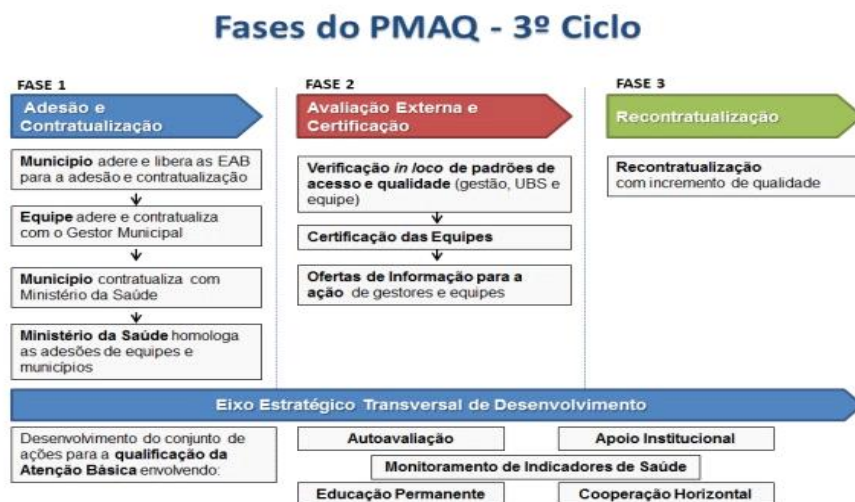
Possuir parâmetro de comparação nacional entre as equipes da atenção básica, considerando as diferentes realidades de saúde.
Ser incremental, prevendo um processo contínuo e progressivo de melhoramento dos padrões e indicadores de acesso e de qualidade que envolva a gestão, o processo de trabalho e os resultados alcançados pelas equipes de saúde da atenção básica.
Ser transparente em todas as suas etapas, permitindo o permanente acompanhamento de suas ações e resultados, pela sociedade.
Envolver, mobilizar e responsabilizar o gestor federal, gestores estaduais, do Distrito Federal, municipais e locais, equipes e usuários num processo de mudança de cultura de gestão e qualificação da atenção básica. Desenvolver cultura de negociação e contratualização que implique na gestão dos recursos em função dos compromissos e resultados pactuados e alcançados; trabalhadores e a orientação dos serviços em função das necessidades e da satisfação dos usuários;
Ter caráter voluntário para a adesão tanto das equipes de atenção básica quanto dos gestores municipais, partindo do pressuposto de que o seu êxito depende da motivação e pro atividade dos atores envolvidos. (BRASIL 2016, p.8)

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2016), o PMAQ-AB está organizado em três fases e um eixo estratégico transversal de desenvolvimento que compõem um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica, a saber: Adesão e Contratualização que pressupõem um processo de pactuação de

compromissos a serem firmados entre as Equipes de Atenção Básica (incluindo as equipes de Saúde Bucal e NASF) e os gestores municipais, e desses com o Ministério da Saúde, em um processo que envolve pactuação local; Certificação momento de reconhecimento do esforço das equipes e do gestor municipal para melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica conforme seu desempenho através da avaliação externa de desempenho, do momento autoavaliativo e pelo desempenho do conjunto de indicadores contratualizados; e Reconstrutualização se caracteriza pela pactuação singular dos municípios com incremento de novos padrões e indicadores de qualidade, estimulando a institucionalização de um processo cíclico e sistemático a partir dos resultados alcançados.

O eixo estratégico consiste em um conjunto de ações que serão empreendidas pelas equipes, gestões municipais e estaduais e pelo Ministério da Saúde, com o intuito de promover os movimentos de mudança da gestão, do cuidado e da gestão do cuidado que produzirão a melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica.

Figura 1 – Fases do PMAQ-AB 3º ciclo (2015-2016)



Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da qualidade da atenção básica: Manual Instrutivo 3º Ciclo (2015 - 2016). Brasília:Ministério da Saúde, 2015

A cada ciclo do programa, novos parâmetros de qualidade podem ser definidos, induzindo avanços na direção do que se espera em termos de desenvolvimento da gestão, das equipes e do alcance dos resultados de saúde da população (UNA-SUS/UFMA, 2016). A produção de dados com base nacional do PMAQ-AB possibilita produção teórica acerca de diferentes temas relacionados a atenção básica, sejam esses

relacionados a formação e qualificação dos profissionais da equipe de atenção básica, vínculo, plano de carreira, educação permanente do processo de qualificação das ações desenvolvidas, os quais veremos a seguir.

2. PERCURSO METODOLÓGICO

Nesta seção será apresentado o caminho percorrido para a realização deste estudo, a partir da descrição do tipo de pesquisa, das fontes dos dados, campo de pesquisa, a amostra utilizada, como se deu o processo de coleta de dados, bem como seu tratamento e os aspectos éticos.

2.1 Tipo de pesquisa

Trata-se de um estudo descritivo exploratório, com delineamento de pesquisa documental referente aos resultados produzidos no segundo ciclo do PMAQ nos municípios de abrangência da macrorregião oeste do Paraná.

Gil (2008) afirma que a pesquisa documental caracteriza-se por um procedimento metodológico semelhante à pesquisa bibliográfica, sendo a diferença encontrada na natureza das fontes. Utiliza como base de dados fontes primárias, ou seja, documentos que não receberam tratamento analítico, e/ou fontes secundárias, constituindo materiais previamente analisados. Correspondem também a documentos escritos ou não, obtidos no momento em que o fato ocorreu ou depois deste (GIL, 2008; MARCONI; LAKATOS, 2000). Gil (2008) destaca como fontes de documentos: arquivos públicos municipais, estaduais ou federais (documentos oficiais, publicações, documentos jurídicos, publicações administrativas e documentação por imagem); arquivos particulares (devendo-se diferenciar domicílios e instituições de ordem privada ou pública) e fontes estatísticas.

2.2 Fonte de dados

Para atingir o objetivo específico de identificar o estado da arte da produção teórica acerca da gestão do trabalho na AB decorrente dos resultados do PMAQ, foi conduzida uma revisão integrativa de literatura com pesquisa documental e bibliográfica, na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS/BIREME), no período de 2012 a 2018. Para tanto foram consideradas as publicações disponibilizadas na íntegra na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), utilizados os filtros de “texto completo disponível”, publicados no período de “2012 a 2018” e a palavra-chave PMAQ. Foram encontrados 130 artigos indexados, dos quais apenas 5 tratavam da gestão do trabalho e que utilizaram os dados do PMAQ-AB. Posteriormente, os estudos foram organizados por

ano e revista de publicação. A busca de trabalhos para a pesquisa ocorreu em fevereiro de 2018, utilizando 5 passos a seguir:

Figura 2 - 1º passo: localização via Google do site da BVS.

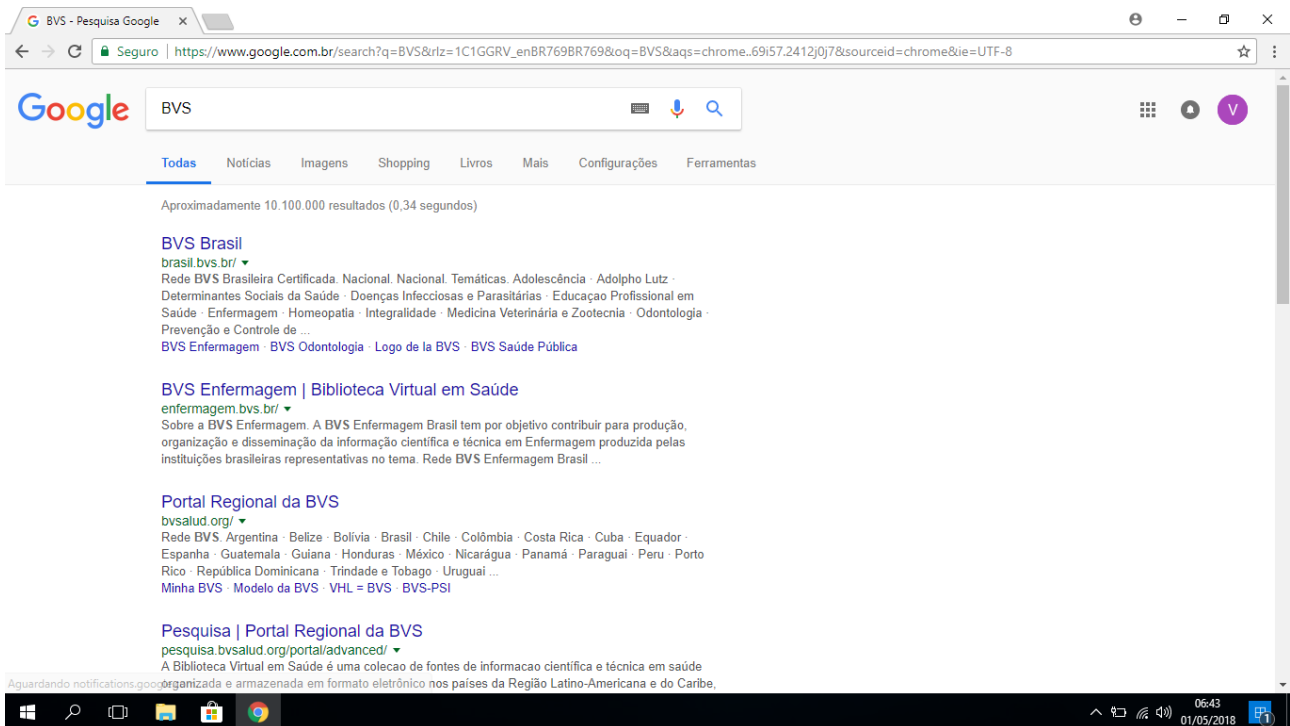


Figura 3 - 2º passo: no site da BVS pesquisa com a palavra PMAQ.



Figura 4 - 3º passo: selecionar Texto completo, disponível.

pesquisa.bvsalud.org/brasil/?lang=pt&home_url=http%3A%2F%2Fbrasil.bvs.br&home_text=BVS+Brasil&q=pmaq&submit=Pesquisa

Home > Pesquisa > pmaq (130)

pmaq

Formato de apresentação | Ordem do resultado | 20

Resultados 1 - 20 de 130

- Factors associated with user satisfaction regarding treatment offered in Brazilian primary health care / Fatores associados à satisfação de usuários com a atenção primária à saúde no Brasil / Factores asociados a la satisfacción de usuarios con la atención primaria de salud en Brasil**

Protasio, Ane Polline Lacarda; Gomes, Luciano Bezerra; Machado, Liliane dos Santos; Valença, Ana Maria Gondim.

Cad Saude Publica, 33(2): e00184715, 2017. tab

Artigo em Inglês | LILACS | ID: biblio-839644

Mostrar mais | Texto completo | Fotocópia | Documentos relacionados
- Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais / Quality of prenatal services in primary healthcare in Brazil: indicators and social inequalities / Calidad de la atención prenatal en la red básica de salud de Brasil: indicadores y desigualdades sociales**

Tomasi, Elaine; Fernandes, Pedro Agner Aguiar; Fischer, Talita; Siqueira, Fernando Carlos Vinholes; Silveira, Denise Silva da; Thumé, Elaine; Duro, Sueli Manjourany Silva; Saes, Mirelle de Oliveira; Nunes, Bruno Pereira; Fassa, Anaclaudia Gastal; Facchini, Luiz Augusto.

Cad Saude Publica, 33(3): e00195815, 2017. tab, graf

Artigo em Português | LILACS | ID: biblio-839664

Mostrar mais | Texto completo | Fotocópia | Documentos relacionados
- Incorporação de Tecnologias de Informação e Comunicação e qualidade na atenção básica em saúde no Brasil / Incorporation of Information and Communication Technologies and quality of primary healthcare in Brazil / Incorporación de Tecnologías de la Información y Comunicación y calidad en la atención básica en**

Sua seleção (0)
 Listar documentos
 Limpar seleção

Filtrar

expandir todos fechar todos

Texto completo

Disponível (105)

Coleções

Bases de dados internacionais (98)

Bases de dados especializadas (10)

Bases de dados nacionais (22)

Brasil (22)

Temas

Ações em saúde e erradicação da pobreza (1)

Atenção integral à saúde (7)

Rede Cegonha (3)

Saúde mental e dependência química (4)

Gestão, educação e participação em saúde (36)

Rede de serviços de urgência (2)

Regulação em saúde (2)

Base de dados

LILACS (71)

MEDLINE (33)

Figura 5 - 4º passo: selecionar Ano de publicação 2012, 2013, 2014, 2015, 2016 2017, 2018. Tipo de documento: artigo, tese.

pesquisa.bvsalud.org/brasil/?lang=pt&home_url=http%3A%2F%2Fbrasil.bvs.br&home_text=BVS+Brasil&q=pmaq&submit=Pesquisa

Home > Pesquisa > pmaq (130)

pmaq

Formato de apresentação | Ordem do resultado | 20

Resultados 1 - 20 de 130

- Estrutura e processo de trabalho na prevenção do câncer de colo de útero na Atenção Básica à Saúde no Brasil: Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade PMAQ / Structure and work process in the prevention of cervical cancer in Health Basic Attention in Brazil: Program for the Improvement of Access and Quality**

Tomasi, Elaine; Oliveira, Talita Fischer; Fernandes, Pedro Agner Aguiar; Thumé, Elaine; Silveira, Denise Silva da; Siqueira, Fernando Vinholes; Duro, Sueli Manjourany Silva; Saes, Mirelle de Oliveira; Nunes, Bruno Pereira; Fassa, Anaclaudia Gastal; Facchini, Luiz Augusto.

Rev. bras. saúde matern. infant., 15(2): 171-180, Apr-Jun/2015. tab, graf

Artigo em Português | LILACS | ID: il-753157

Mostrar mais | Texto completo | Fotocópia | Documentos relacionados
- Pagamento por desempenho em sistemas e serviços de saúde: uma revisão das melhores evidências disponíveis / Pay-for-performance in health care services: a review of the best evidence available**

Barreto, Jorge Otávio Maia.

Ciênc. Saúde Colet., 20(5): 1497-1514, 05/2015. graf

Artigo em Português | LILACS-Express | ID: il-747201

Mostrar mais | Texto completo | Fotocópia | Documentos relacionados
- Literacy, social stigma, and HIV medication adherence.**

Waite, Katherine R; Paasche-Orlow, Michael; Rintamaki, Lance S; Davis, Terry C; Wolf, Michael S.

J Gen Intern Med., 23(9): 1367-72, 2008 Sep

Artigo em Inglês | MEDLINE | ID: mdl-18563494

Mostrar mais | Texto completo | Fotocópia | Documentos relacionados | PubMed More Resources
- Disponibilidade de medicamentos fitoterápicos e plantas medicinais nas unidades de atenção básica do Estado de São Paulo: resultados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). / Disponibilidade de medicamentos fitoterápicos e plantas medicinais nas unidades de atenção básica do Estado de São Paulo: resultados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). / Availability of herbal medicines and medicinal plants in the primary health facilities of the state of São Paulo, Southeast Brazil:**

Filtrar

Ano de publicação

2017 (31)

2015 (30)

2014 (22)

2016 (15)

2018 (10)

2012 (8)

2001 (3)

2013 (3)

2006 (2)

2008 (2)

Mostrar mais...

Tipo de documento

Artigo (83)

Monografia (18)

Tese (16)

Perguntas e respostas (11)

Congresso e conferência (3)

Não convencional (2)

Documento de projeto (1)

Detalhe da pesquisa

pmaq AND (collection:(("06-national/BR" OR "05-specialized") OR db:(("LILACS" OR "MEDLINE")))

Pesquisar

Figura 6, 5º passo: selecionar artigos desejados que abordem o tema gestão do trabalho.

Para coleta e organização de dados coletados foi utilizado um formulário próprio, em planilha excel. Na planilha foram distribuídos os seguintes itens: procedência, tipo de publicação, título, periódico ou instituição de defesa, ano de publicação, identificação dos autores, caráter institucional dos autores, objetivo/ considerações, tema, resultados, região geográfica referente ao estudo. Para identificação inicial dos estudos apresentamos na Tabela 4 a seguir títulos, autoria, objetivos, métodos, ano e local de estudo.

Tabela 4. Distribuição dos estudos por autores e temática relacionadas a gestão do trabalho, período 2012 a maio 2017.

Título	Autor	Objetivos	Método	Ano do artigo	Local do estudo
Atenção Básica e Educação Permanente em Saúde: cenário apontado pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)	Pinto et al	Analisar questões relativas à Educação Permanente em Saúde (EPS) no cotidiano da Atenção Básica,	Análise descritiva	2014	Brasil

Gestão do trabalho na Atenção Básica em Saúde: uma análise a partir da perspectiva das equipes participantes do PMAQ-AB	Seidl et al	Analisar a gestão do trabalho na Atenção Básica (AB) a partir das entrevistas realizadas com profissionais das equipes participantes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica em 2012.	Estudo transversal, descritivo e exploratório	2014	Brasil
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	Rizzotto et al	Estudo sobre a composição e gestão da força de trabalho na Atenção Básica do Paraná	Abordagem quantitativa	2014	Paraná
Educação Permanente no cotidiano da Atenção Básica no Mato Grosso do Sul	Machado et al	Analisar as ações de educação permanente em saúde na atenção básica em Mato Grosso do Sul/ Brasil.	Estudo observacional analítico transversal	2015	Mato Grosso do Sul
O trabalho do enfermeiro na atenção primária à saúde	Galavote et al	Descrever a organização do trabalho do enfermeiro na atenção primária à saúde nas regiões brasileiras. Elaboração: próprio autor	Estudo descritivo transversal	2016	Brasil

Para atingir o objetivo específico de identificação e coleta dos microdados dos municípios e equipes da macrorregião Oeste aderidos ao PMAQ, foi realizado o levantamento de dados do PMAQ-AB no site do Portal do Departamento de Atenção Básica (http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php), 2º ciclo do PMAQ, link microdados da avaliação externa, na perspectiva das dimensões: trabalho e educação permanente em saúde. Foram identificados os municípios e unidades de saúde que fizeram adesão na macrorregião oeste do Paraná, quantitativo de Equipe de Saúde da Família e Equipe Saúde Bucal. Para o item trabalho foram identificados os itens de avaliação referente a existência da garantia de direitos trabalhistas e previdenciários e

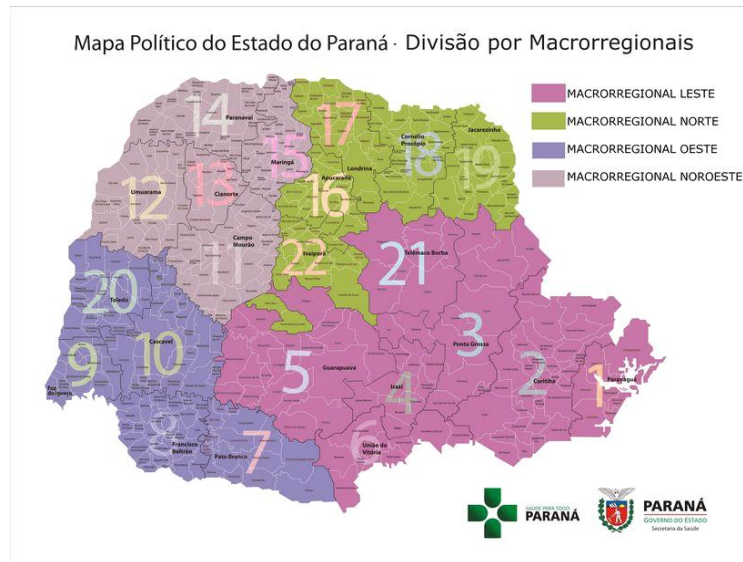
perspectiva de continuidade do vínculo (tipo de vínculo, estabilidade, garantias dos direitos) dos trabalhadores da Atenção Básica e quanto educação permanente em saúde foram consideradas questões do processo de formação profissional, qualificação como participação em especializações, em ações e estratégias de educação permanente. A pesquisa foi realizada em ambiente virtual, especificamente no endereço eletrônico do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, área de domínio público, via acesso aos microdados da avaliação externa para certificação do 2º ciclo do PMAQ referente aos municípios de abrangência da macrorregião oeste do estado do Paraná no período de 2014/2015.

2.3 O campo de pesquisa

O campo corresponde à realidade ou abrangência a partir do recorte teórico realizado pelo pesquisador ao seu objeto de estudo. Segue-se, portanto, que o trabalho de campo se apresenta como essencial e como característica da pesquisa qualitativa, pois possibilita a interação entre o pesquisador e os sujeitos ou grupos pesquisados (MINAYO, 2008).

O campo da pesquisa foram os municípios que estão localizados na macrorregião oeste do estado do Paraná. De acordo com o Plano Estadual de Saúde (PARANÁ, 2016) o processo de regionalização dos serviços de saúde no Paraná se desenvolveu com base na organização política municipal, na oferta de serviços de saúde e nos pólos regionais de desenvolvimento. A partir de 2013, com a organização das Redes de Atenção à Saúde, ocorreu a conformação das quatro macrorregionais: Leste, Oeste, Norte e Noroeste; constituídas a partir das referências dos serviços de média e alta complexidades existentes nas regiões de saúde e dos polos regionais de desenvolvimento econômico. Abaixo segue Mapa do Estado do Paraná com a divisão entre macrorregiões:

Figura 7 - Mapa do Estado do Paraná - divisão por macrorregionais:



Fonte: SESA, 2016.

Considerando a organização política das macrorregiões, a macro oeste é composta pelas Regionais de Saúde (RS) de Pato Branco (7ªRS) com 15 municípios, Francisco Beltrão (8ªRS) composta por 27 entes, Foz do Iguaçu(9ªRS) com 9 municípios, Cascavel(10ªRS) com 25 entes e Toledo(20ª RS) com 18 municípios, totalizando 94 municípios. No que se refere a distribuição de serviços públicos nas 22 Regionais de Saúde do Estado do Paraná, com base no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) referência março de 2017, observa-se na Tabela 12 que dos 2671 postos de saúde/unidades básicas de saúde do estado 23% (620) estão localizadas nas regionais que compõem a macrorregião oeste:

Tabela 5: Distribuição dos serviços de saúde por Regional de Saúde, CNES, mar/2017

Região de Saúde (CIR)			
CENTRO DE SAUDE/UNIDADE			
BASICA DE SAUDE	POSTO DE SAUDE	Total	
41001 1ª RS Paranaguá	21	34	55
41002 2ª RS Metropolitana	365	52	417
41003 3ª RS Ponta Grossa	105	57	162
41004 4ª RS Irati	20	79	99
41005 5ª RS Guarapuava	89	74	163
41006 6ª RS União da Vitória	53	38	91
41007 7ª RS Pato Branco	51	55	106
41008 8ª RS Francisco Beltrão	95	73	168
41009 9ª RS Foz do Iguaçu	46	33	79
41010 10ª RS Cascavel	102	42	144
41011 11ª RS Campo Mourão	85	36	121
41012 12ª RS Umuarama	57	51	108
41013 13ª RS Cianorte	38	8	46
41014 14ª RS Paranavaí	84	8	92
41015 15ª RS Maringá	124	15	139
41016 16ª RS Apucarana	95	18	113
41017 17ª RS Londrina	128	12	140
41018 18ª RS Cornélio Procópio	51	24	75
41019 19ª RS Jacarezinho	61	36	97
41020 20ª RS Toledo	83	40	123

41021 21ª RS Telêmaco Borba	34	26	60
41022 22ª RS Ivaiporã	32	41	73
Total	1819	852	2671

Fonte: SCNES, mar/2017

No aspecto demográfico, de acordo com estimativas do Tribunal de Contas da União (TCU), referente a março de 2016, a população do estado do Paraná é de aproximadamente 11 milhões de habitantes, sendo que 1.962.689(17,45%) dessa população reside nos municípios da macrorregião oeste do estado, de acordo com Tabela 6.

Tabela 6: População residente Paraná por regionais de saúde – estimativas TCU, 2016

Região de Saúde (CIR)	2016	Percentual
41001 1ª RS Paranaguá	289169	2,57
41002 2ª RS Metropolitana	3537894	31,46
41003 3ª RS Ponta Grossa	623379	5,54
41004 4ª RS Irati	172576	1,53
41005 5ª RS Guarapuava	460557	4,09
41006 6ª RS União da Vitória	175919	1,56
41007 7ª RS Pato Branco	265578	2,36
41008 8ª RS Francisco Beltrão	357296	3,17
41009 9ª RS Foz do Iguaçu	407089	3,62
41010 10ª RS Cascavel	543607	4,82
41011 11ª RS Campo Mourão	339787	3,02
41012 12ª RS Umuarama	277906	2,47
41013 13ª RS Cianorte	155856	1,38
41014 14ª RS Paranavaí	275472	2,45
41015 15ª RS Maringá	808412	7,19
41016 16ª RS Apucarana	375833	3,34
41017 17ª RS Londrina	943434	8,39
41018 18ª RS Cornélio Procópio	229883	2,04
41019 19ª RS Jacarezinho	291051	2,58
41020 20ª RS Toledo	389128	3,46
41021 21ª RS Telêmaco Borba	185684	1,65
41022 22ª RS Ivaiporã	137210	1,22
Total	11242720	100

Fonte: IBGE - Estimativas de população

2.4 Amostra

A amostra da pesquisa contemplou todos os municípios da macrorregião de Saúde oeste do Paraná, que fizeram parte do 2º ciclo do PMAQ-AB em 2014/2015 e que participaram da avaliação externa no módulo II entrevista com profissional da equipe de atenção básica e verificação de documentação na unidade de saúde, totalizando 310 equipes, equivalendo ao percentual de 92,55% municípios na macrorregião oeste e 23,5%

em relação ao estado do Paraná.

Não consideramos os dados referentes ao 1º ciclo do PMAQ-AB, em razão da baixa adesão dos municípios desta macrorregião, em relação ao 2º ciclo. Bem como, foram automaticamente excluídos os municípios que não participaram do processo de avaliação externa do 2º ciclo do PMAQ-AB.

2.5 A coleta de dados

Segundo Lakatos & Marconi (2000, p. 107), as técnicas de coleta de dados “são um conjunto de preceitos ou processos de que se serve uma ciência; são, também, as habilidades para usar esses preceitos ou normas, na obtenção de seus propósitos”. Correspondem, portanto, à parte prática do conteúdo coletado e observado.

Para levantamento de informações referente às equipes que fizeram adesão ao PMAQ-AB 2º ciclo na macrorregião de saúde oeste do Paraná foi realizada identificação pelo endereço eletrônico do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, via código municipal do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

Para identificação e análise dos itens de trabalho e educação permanente em saúde foram definidos itens do módulo II da avaliação externa do PMAQ-AB 2º ciclo que consistem em entrevista com o profissional sobre processo de trabalho da equipe de Atenção Básica e verificação de documentos na unidade básica de saúde que demonstraram a gestão do trabalho nestas unidades de saúde, sistematizados por meio de quadros, gráficos e indicadores numéricos.

A base temporal deste estudo refere-se aos anos de 2014 e 2015, período delimitado para realização da pesquisa. Considerando a temática gestão do trabalho foram utilizados para discussão os dados relacionados à formação e qualificação dos profissionais da equipe de atenção básica e vínculo e plano de carreira, cargos e salários abordados na avaliação externa do PMAQ-AB 2º ciclo, sendo estes para formação e qualificação dos profissionais da equipe de atenção básica, considerados os itens:

- Processos de formação para médicos nas áreas de Especialização em Medicina de Família e Comunidade, Especialização em Saúde da Família, Especialização em Saúde Pública/Saúde Coletiva, Residência em Saúde Pública/Saúde Coletiva, Mestrado em Medicina de Família e Comunidade, Mestrado em Saúde da Família, Mestrado em Saúde Pública/Saúde Coletiva, Doutorado em Saúde da Família, Doutorado em Saúde Pública/Saúde Coletiva, Residência em Medicina de Família e Comunidade e Residência em Saúde da Família;

- Processo de formação para enfermeiro nas áreas de Especialização em Saúde da Família, Especialização em Saúde Pública/Saúde Coletiva, Residência em Saúde da Família, Residência em Saúde Pública/Saúde Coletiva, Mestrado em Saúde da Família, Mestrado em Saúde Pública/Saúde Coletiva, Doutorado em Saúde da Família e Doutorado em Saúde Pública/Saúde Coletiva;
- Participação da equipe em ações de educação permanente organizadas pela gestão municipal;
- Tipificação das ações que participou no último ano, definidas como: Seminários, mostras, oficinas, grupos de discussão, Cursos presenciais, Telessaúde RUTE – Rede Universitária de Telemedicina, UNASUS, Curso de educação a distância, Troca de experiência, Tutoria/preceptorial, A UBS como espaço de formação de ensino-aprendizagem com os alunos de graduação, especialização, residentes, entre outros, outros, não participa de nenhuma ação de educação permanente;
- Ações de educação permanente contemplam as demandas e necessidades da equipe.

No que se refere ao item vínculo e plano de carreira, cargos e salários foram abordados na avaliação externa do PMAQ-AB 2º ciclo, os dados referentes a valorização do trabalhador a partir das seguintes informações:

- Existência de plano de carreira para os profissionais da Atenção Básica;
- Existência no PCCS de progressão segundo avaliação de desempenho e/ou desenvolvimento (mérito), por titulação e formação profissional, e/ou existência de incentivo, gratificação, prêmio financeiro por desempenho
- Tipo de vínculo;
- Agente contratante;
- Forma de ingresso;
- Tempo de atuação.

2.6 Tratamento dos dados da pesquisa

De acordo com Capelle (2003), a transformação de dados coletados, ainda no seu estado bruto, em resultados de pesquisa envolve a utilização de determinados procedimentos para sistematizar, categorizar e tornar possível sua análise por parte do pesquisador.

Foi utilizada a análise descritiva com a utilização de métodos estatísticos para organizar, resumir, descrever e comparar os aspectos de perfil demográfico e de serviços, precarização do trabalho e educação permanente, que foram identificados a partir dos microdados da avaliação externa do PMAQ.

As etapas da pesquisa quantitativa descreveram os procedimentos para a sua realização, indicando os caminhos no alcance dos objetivos. Cada etapa foi construída com os instrumentos de coleta de dados, das fontes de pesquisa, organização do material, construção de banco de dados, com os resultados e, finalmente, com a tabulação dos dados.

2.7 Aspectos Éticos

Considerando que este estudo foi realizado com dados de domínio público via rede mundial de computadores, e foram trabalhados dados estatísticos sem a nomeação formal de unidades de saúde, tal projeto não foi submetido à apreciação do Comitê de Ética da Universidade Estadual do Oeste do Paraná.

3. O PMAQ-AB e os retratos da gestão do trabalho na Atenção Básica no Brasil

De acordo com informações do DAB no Portal da Saúde, o PMAQ-AB gera uma base de dados brutos, que possibilita diferentes inferências sobre a Política de Nacional de Atenção Básica, sendo uma das possibilidades de análise da gestão do trabalho em saúde. Esse item descreve os resultados do levantamento sobre o estado da arte da produção teórica sobre a gestão do trabalho no Brasil baseada no PMAQ-AB, que foi publicada na BVS entre os anos de 2012 a 2018.

Consideramos a gestão do trabalho a partir de dois eixos estruturantes: trabalho e educação (ingresso, provimento, movimentação, enquadramento, desenvolvimento na carreira e garantia de direitos trabalhistas), as garantias de condições adequadas de trabalho, participação dos trabalhadores na formulação de políticas (Plano de Cargos, Carreiras e Salários) e na criação de espaços de negociação (RAMOS ET AL, 2009, p. 44), além, de formação e do acesso à educação permanente em saúde. Outras dimensões foram tratadas, de forma individualizada nos estudos, sendo estas: composição da equipe e forma de ingresso (Rizzotto et al, 2014) e remuneração variável (Seidl et al, 2014).

Os estudos foram analisados segundo duas categorias: educação permanente em saúde e formação profissional, e vínculo e plano de cargos, carreira e salários (PCCS) do trabalhador da saúde.

Os dados abordados por Seidl et al (2014), Pinto et al (2014) e Galavote et al (2016) são referentes ao Brasil, sendo respectivamente, dados gerais de 17201 equipes de saúde, e dados de enfermagem de 17482 equipes (SEIDL et al. 2014 e PINTO et al. 2014), Machado et al (2015) abordam dados gerais de 184 equipes do Mato Grosso do Sul e Rizzotto et al (2014) analisam os dados gerais de 998 equipes do Estado do Paraná. Todos os estudos utilizaram a base de dados da avaliação externa da 1ª fase do PMAQ, ano de referência 2012. O método de pesquisa utilizado pelos respectivos autores foi quantitativo.

3.1 Educação Permanente em Saúde e Formação Profissional

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde foi criada na perspectiva de ação estratégica para contribuir para a transformação e a qualificação das práticas de saúde, a organização das ações e dos serviços, dos processos formativos e das práticas pedagógicas na formação e no desenvolvimento dos trabalhadores de saúde.

Implica em trabalho intersetorial capaz de articular o desenvolvimento individual e institucional, as ações e os serviços e a gestão local, a atenção à saúde e o controle social (BRASIL, 2004).

A qualificação da força de trabalho da saúde pode ser entendida como a efetivação de estratégias e ações para o aproveitamento do potencial dos profissionais, no sentido de enfrentar as mudanças e os desafios gerados no desempenho do trabalho diário nos diferentes espaços do SUS (MACHADO, 2003).

Na perspectiva da Política de Educação Permanente em Saúde, a mudança das estratégias de organização dos serviços e do exercício da atenção é construída na prática das equipes.

As demandas para a capacitação não se definem somente a partir de uma lista de necessidades individuais de atualização, nem das orientações dos níveis centrais, mas prioritariamente, desde a origem dos problemas que acontecem no dia a dia, da organização do trabalho em saúde. Desse modo, transformar a formação e a gestão do trabalho em saúde não pode ser considerado uma questão simplesmente técnica, pois envolve mudanças nas relações, nos processos, nos atos de saúde e, principalmente, nas pessoas” (JAEGER e CECCIM,2004).

Nesta perspectiva, Seidl et al (2014) afirmam que a EPS se constitui em uma ferramenta potente de gestão do trabalho, contribuindo não apenas para valorização e satisfação do trabalhador como também para maior qualificação do processo de trabalho. De acordo com Carvalho e Ceccim (2006) a formação e a educação permanente são instâncias pedagógicas que propiciam processos coletivos de auto-análise e autogestão, de modo a ativar a capacidade criativa e de intervenção nas situações vivenciadas pelos participantes (docentes, estudantes, profissionais e usuários). A EPS foi pesquisada em três estudos, com os seguintes dados:

Tabela 7. Educação Permanente em Saúde dos entrevistados pelo PMAQ-AB – 1º ciclo, segundo os estudos analisados, 2012

Autores	Entrevistados afirmam existir de Educação Permanente	Modalidade de frequência de Telessaúde Presencial	de	Entrevistados afirmam que as ações de EPS contemplam as demandas da equipe
	%	%		%
Seidl et al*	81,1	23,7	18,7	**
Pinto et al*	81,1	29,3	79	76
Rizzotto et al***	80,4	3,7	**	58,1
Machado et al****	92,9	60,2	86	77,8

Fonte: elaboração próprio autor * entrevistados Brasil: 17201 ** não contemplada na pesquisa

*** entrevistados Paraná: 998 ****enfermeiros entrevistados Brasil:15508

Os artigos indicam que no estado do Paraná, assim como no Brasil, que existem ações de educação permanente em saúde para mais de 80% das equipes entrevistadas. Quanto à modalidade frequência (presencial ou à distância) nessas ações foi identificada a baixa adesão às estratégias de educação à distância como o Telessaúde para as equipes do estado do Paraná. Entre os artigos que abordam Brasil há uma discrepância relevante. Ao serem questionados se as ações de educação permanente em saúde contemplam as demandas da equipe, um percentual de mais de 58,1% e 77,8% e 76% respectivamente (Paraná e enfermeiros, Brasil) afirmam que as ações contemplam suas necessidades.

3.1.1 Formação e Qualificação dos Profissionais da Equipe de Atenção Básica

A formação profissional do trabalhador da saúde, vai além do processo de educação profissional, que compõem uma das etapas. Para Antunes (2011), a formação se dá nos diferentes momentos e inserções, que passam pela escolarização e especialização técnica específica para algum conhecimento, e também deve ser mediada por uma capacidade de análise que deve ir além do discurso, e passar para uma consciência organizativa, para que os trabalhadores possam de fato se organizar e transformar a realidade do espaço onde trabalham.

Mesmo com as ações e estratégias que vêm sendo efetivados nos últimos anos no que se refere à formação de recursos humanos para a saúde (exemplo a própria Política Nacional de Educação Permanente em Saúde), sob a égide de consolidação e fortalecimento do SUS, de uma maneira geral, a formação dos trabalhadores desse setor permanece centrada na doença, “fundamentada no paradigma biologicista, tendo como unidade de ação e de reflexão o indivíduo, considerado em sua dimensão anátomo-clínica” (UFRJ/NESC apud Filho 2004 p.377), podendo ser observada a ausência ou a insuficiência de conteúdos que possibilitem (re)configurar a saúde (re) significar seus perfis de atuação, para implantação e fortalecimento da atenção à saúde no SUS.

A discussão sobre a formação profissional em saúde foi um dos desafios assumidos pelo estado brasileiro, desde o início da Reforma Sanitária, quando na Constituição Federal de 1988, em seu artigo 200 inciso III, se atribui ao SUS a competência de ordenar a formação na área de saúde (Brasil, 1988). A Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 apontou a responsabilidade dos Ministérios da Educação e Saúde com a formulação de políticas de formação, do desenvolvimento, distribuição, regulação e

gestão dos trabalhadores da saúde.

A dimensão de formação profissional foi abordada em três artigos Seidl et al (2014), Rizzotto et al (2014) e Galavote et al (2016), nos quais foram utilizados dados dos respondentes à avaliação externa.

Segue os dados de formação profissional dos entrevistados pela avaliação externa do PMAQ-AB.

Tabela 8. Formação profissional dos entrevistados pelo PMAQ-AB – 1º ciclo, segundo os estudos analisados, 2012

Formação de nível superior	% Seidl (total prof./Brasil)	17201	% Galavote (total /Brasil)	17482	prof.	% Rizzotto (total /Paraná)	998	prof.
Enfermagem	40		100*			90,7		
Medicina	33		-----			5,3		
Odontologia	27		-----			4,0		

Fonte: Seidl et al (2014), Rizzotto et al (2014) e Galavote et al (2016)

*Galavote et al, utilizaram apenas dados da categoria profissional de enfermagem.

Carvalho apud Rizzotto et al (2014) apontam entre outros os problemas de gestão do trabalho no SUS destacando a distribuição desigual de profissionais nas regiões do país com escassez em algumas e sobreoferta em outras, incipiente incorporação de outras categorias profissionais de saúde na rede, perfil inadequado de formação dos profissionais para atuarem na AB.

Galavote et al (2016) apontam a categoria de enfermagem como a maioria dos profissionais indicados pelas equipes para informar o processo de trabalho das equipes, destacando uma posição diferenciada desse profissional na equipe da AB, apontando para a ampliação das atividades do enfermeiro na ESF na assistência, educação em saúde e gerenciamento dos serviços de saúde. Esses dados identificados por Galavote et al (2016) convergem com as considerações de Seidl et al (2014) apontando que o enfermeiro é o profissional que mais desempenha a função de coordenação da equipe de AB, o que pode refletir o acúmulo de funções exercido por esses profissionais.

Rizzotto et al (2014) abordaram em seus estudos a composição das equipes do Estado do Paraná evidenciando o aumento de profissionais de nível fundamental e médio(63,7%), e a redução de profissionais de nível superior (36,3%) atuando na atenção básica.

Tabela 9. Profissionais de saúde que atuam nas unidades de saúde de Atenção Básica e os que aderiram ao PMAQ-AB, Paraná 2012

Profissional de saúde	Total na AB	%	Total nas equipes PMAQ-AB	%
ACS	11.056	34,8	5.469	37,5
Assistente Social	231	0,7	164	1,1
Auxiliar de Enfermagem	3480	11,0	1371	9,4
Auxiliar de Saúde Bucal	1674	5,3	706	4,8
Cirurgião Dentista	2137	6,7	779	5,3
Enfermeiro	2613	8,2	1031	7,1
Fisioterapeuta	628	2,0	400	2,7
Médico	4993	15,7	2154	14,8
Microscopista	3	0,0	-	-
Nutricionista	507	1,6	359	2,5
Psicólogo	625	2,0	416	2,8
Técnico de Enfermagem	2027	6,4	575	3,9
Técnico de Laboratório	33	0,1	25	0,2
Técnico de Saúde Bucal	731	2,3	370	2,5
Outros (equipe ampliada)	994	3,1	782	5,4
Total	31.732	100	14.601	100

Fonte: Rizzotto et al (2014) Banco de dados PMAQ-AB, primeiro ciclo 2012

Com relação aos trabalhadores com formação superior, o modelo médico centrado tem se deslocado gradualmente e lentamente para um modelo multiprofissional. Com a implantação das equipes de Saúde da Família como estratégia de estruturação da atenção básica, à composição da equipe se configurava com a proposição de médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde; em seguida, ampliou seu escopo integrando a Saúde Bucal com o cirurgião dentista, auxiliar de consultório dentário ou técnico em higiene dental. Na sequência, implantou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), integrando outras categorias profissionais de acordo com as necessidades de saúde locais, porém, com atual revisão da PNAB (2017) regride no sentido de formação de equipes mínimas com dois profissionais.

A formação complementar refere-se a especializações, residências e pós-graduações *stricto sensu* (mestrado e doutorado) realizadas ou em andamento, foi abordada em três estudos citados anteriormente (Seidl et al (2014), Rizzotto et al (2014), e Galavote et al (2016)).

A tabela 10, apresenta dados de formação complementar com especializações

de *latus* e *strictu sensu*, bem como, residências realizadas pelos entrevistados dos estudos analisados.

Tabela 10. Formação complementar dos entrevistados pelo PMAQ-AB – 1º ciclo, segundo os estudos analisados, 2012

Autor	% Formação complementar	% Especializações em Saúde da Família ou Medicina de Família e Comunidade	% Residências em Saúde da Família ou Medicina de Família e Comunidade e Residências em Saúde Pública/Saúde Coletiva	% Pós-graduações <i>strictu sensu</i> (mestrado ou doutorado)
Seidl et al	Enfermagem	44	1,3	3,2 e 0,7
	Medicina	26,6	13,6	4,3 e 3,1
	Odontologia	39,6	3	8,1 e 1,8
Rizzotto et al	Enfermagem	95,4	1,4	2,6 e 0,5
	Medicina	70	27,4	2,4 e 0
	Odontologia	91,8	0	8,2 e 0

Fonte: dados de Seidl et al (2014) compilados. Rizzotto et al (2014)

Rizzotto et al (2014) apontam dos 998 profissionais que responderam ao módulo II (no Paraná), 848 (85%) afirmaram que possuíam ou estavam em formação complementar no momento da pesquisa, demonstrando o investimento em qualificação que esses profissionais têm realizado no estado do Paraná.

Galavote et al (2016) faz a distribuição de formação complementar exclusiva dos profissionais de enfermagem, por estado de residência e subdivida em cursos Especialização e Mestrado 1: em Saúde da Família. Especialização e Mestrado 2: em Saúde Pública ou Saúde Coletiva. Galavote et al (2016) refere altos percentuais para a formação complementar, variando de 71% no Acre até 97% no Espírito Santo. Os resultados de Curso de Especialização concluído ou de Curso em Saúde da Família apresentaram percentuais significativos, variando de 26% em Alagoas até 76% no Maranhão e em Roraima. Para a Especialização em Saúde Pública ou em Saúde Coletiva, os percentuais são menores, variando de 10% em Roraima até 48% em Alagoas.

3.2 Vínculo e Plano de carreira, cargos e salários

A desregulamentação e a precarização do trabalho, se evidenciam para um grande contingente de trabalhadores da saúde que se encontram envolvidos nas mais

diversas modalidades contratuais: mediante cooperativas, sistemas de bolsas de trabalho, contrato temporário, pagamento por reconhecimento de dívida, prestação de serviços por meio da CLT, etc. Essas diversas modalidades de trabalho, além de contrariarem os preceitos previstos no art. 6º da Constituição Federal de 1988, que garante o trabalho como um direito social, colocam o trabalhador em situação de insegurança trabalhista, previdenciária e social.

A precarização do trabalho pode ser expressa pelos vínculos vulneráveis, pela instabilidade e rotatividade dos trabalhadores, bem como pela ausência de plano de carreiras.

Ao abordar as dimensões de tempo de atuação e vínculo, Seidl et al (2014) apontam que, nos anos 1990, a reforma administrativa do Estado induziu novas normas jurídicas no mundo do trabalho como parte das medidas para redução do papel do Estado e diminuição dos gastos públicos, favorecendo assim, a desregulamentação das relações de trabalho no setor público.

Desta forma, medidas restritivas para a contratação de trabalhadores em saúde no setor público, como, por exemplo, a Lei de Responsabilidade Fiscal, culminaram com a proliferação de contratos de trabalho pouco regulados, mediados via contratações indiretas.

É importante destacar que os resultados do PMAQ-AB revelam diferentes cenários para a gestão do trabalho em saúde, inclusive a adoção de variados arranjos para a contratação de profissionais da Atenção Básica.

Quanto ao tempo de atuação na AB e vínculo, os estudos de Seidl et al (2014), Rizzotto et al (2014) e Galavote et al (2016) apresentaram, os seguintes dados:

Tabela 11. Tempo de atuação dos entrevistados pelo PMAQ-AB – 1º ciclo, segundo estudos analisados, 2012

Autores	% <1 ano	% De 1 a 5 anos	% Acima de 6 anos	% Não sabe/não respondeu
Seidl et al*	27,6	54,2	18	**
Rizzotto et al***	27,4	48,6	23,7	0,3
Galavote et al****	27,9	49,06*****	22,7*****	**

Fonte: elaboração próprio autor * entrevistados Brasil: 17201 ** não contemplado na pesquisa

entrevistados Paraná: 998*enfermeiros entrevistados Brasil:15876 ***** período de referência 1 a 4 anos ***** período de referência acima de 5 anos

Os estudos de Seidl et al (2014) indicam que os entrevistados, no Brasil tem como tempo de atuação menos de 5 anos, respectivamente, no estado do Paraná,

Rizzotto et al (2014) aponta 76% e em Mato Grosso do Sul, Galavote et al (2016) 76,9%, sugerindo a alta rotatividade, conceituada por Robbins (2002) como a permanente saída e entrada de pessoal na organização, voluntária ou involuntariamente, a rotatividade geralmente implica perda de pessoas estratégicas, gerando fator de ruptura e, conseqüentemente, prejudicando a eficiência do serviço. Cabe destacar que a rotatividade é a consequência de fenômenos localizados interna ou externamente ao serviço, sejam ocasionados pela instabilidade de vínculo, falta de garantias legais entre outros.

Rizzotto et al (2014) apontam que dados relacionados ao tipo de vínculo podem indicar que apesar de o ingresso se dar por meio de concurso público, a quantidade e diversidade de agentes contratantes ainda é um indicativo de problemas na gestão do trabalho nos municípios paranaenses, reafirmado por Seidl et al (2014) referente aos dados gerais do país, bem como, por Galavote et al (2016) ao considerar a categoria profissional de enfermagem no Brasil. Assim, também o tempo de atuação com maior indicativo ser inferior a 5 anos possivelmente esteja relacionado com o tipo de vínculo de trabalho.

Tabela 12. Vínculo dos entrevistados pelo PMAQ-AB – 1º ciclo, segundo estudos analisados, 2012

Autores	% Servidor público estatutário	% Cargo comissionado	% Contrato temporário pela administração pública regido por legislação especial	% Empregado público CLT	% Contrato CLT
Seidl et al*	42,1	2,8	15,9	**	25,6
Rizzotto et al***	58,2	2,1	1,8	23,6	9,3
Galavote et al****	41,8	2,9	31,2	7,3	17,5

Fonte: elaboração próprio autor * entrevistados Brasil: N= 17201 ** não contemplada na pesquisa

*** entrevistados Paraná: N= 998 ****enfermeiros entrevistados Brasil:N= 15508

As produções teóricas analisadas sugerem ainda que o percentual de servidores públicos estatutários seja superior às demais formas de vínculos empregatícios (média de 47,3%), no estado do Paraná 32,9% dos entrevistados são regidos por CLT, garantindo proteção aos trabalhadores. A ausência de todas as garantias trabalhistas e previdenciárias, é apontada para 3,9% dos entrevistados (cargo comissionados e contrato temporário pela administração pública), no estado do Paraná (Rizzotto et al, 2014), no Brasil, Seidl et al (2014) apontam o percentual de 18,9% e no Mato Grosso do Sul 34,8% entre os enfermeiros (Galavote et al, 2016) sem vínculos protegidos.

Rizzotto et al (2014) apresentam ainda os dados de forma de ingresso dos

profissionais do Paraná.

Tabela 13. Forma de ingresso entre os trabalhadores entrevistados, Paraná 2012

Forma de ingresso	N	%
Concurso público	825	82,7
Seleção pública	49	4,9
Outra forma	114	11,4
Não sabe/não respondeu	10	1,0
Total	998	100

Fonte: Rizzotto et al (2014) Banco de dados PMAQ-AB, primeiro ciclo 2012

Os dados evidenciam que 82,7% dos trabalhadores ingressaram por meio de concurso público, gozando assim, das garantias e direitos de servidores estatutários por meio de vínculos protegidos: 11,4% ingressaram por outras formas, que podem sugerir vínculos desprotegidos se essas formas forem, por exemplo, de contrato temporário por prestação de serviço ou outros. Destaca-se o percentual de 1,0% não responder ou não saber de sua forma de ingresso, sugerindo o desconhecimento do profissional sobre sua forma de ingresso e por consequência de seus direitos enquanto trabalhador de saúde.

A Lei Federal nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 que regulamenta o SUS, em seu artigo 27 determinava a instituição do PCCS e a fixação de pisos nacionais de salários para cada categoria profissional, porém, este foi vetado pelo então presidente Collor. Porém, com o engajamento do movimento sanitário, é incluída na Lei Federal nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990, em seu artigo 4º que para que os municípios, estados e Distrito Federal possam receber recursos, de que trata o art. 3º desta lei, os mesmos deverão contar com:

VI- Comissão de elaboração de Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), previsto o prazo de dois anos para sua implantação.

Os estudos analisados sugerem que o PCCS é uma potente ferramenta de gestão, principalmente quando agregado a outros subsídios, como a gratificação, a avaliação de desempenho e a progressão por qualificação.

Brasil apud Rizzotto et al (2014) conceituam o PCCS enquanto conjunto de normas que disciplinam o ingresso e instituem oportunidades e estímulos ao desenvolvimento pessoal e profissional dos trabalhadores de forma a contribuir com a qualificação dos serviços prestados pelos órgãos e instituições, constituindo-se em instrumento de gestão da política de pessoal.

A dimensão do PCCS foi abordada por Seidl et al (2014) e Rizzotto et al (2014), conforme tabela 14.

Tabela 14. Existência de PCCS dos entrevistados pelo PMAQ-AB – 1º ciclo, segundo estudos

analisados, 2012

Autores	% Possui PCCS	% Não possui	% Não sabe / não respondeu
Seidl et al*	21,1	**	**
Rizzotto et al***	38,8	59,8	1,4

Fonte: elaboração próprio autor * entrevistados Brasil: 17201 ** não contemplada na pesquisa

*** entrevistados Paraná: 998

Os dados apresentados evidenciam que em relação ao PCCS, a legislação federal que hora determinava a implantação de PCCS e que foi substituída pela determinação da criação de comissão de elaboração de PCCS atrelando o repasse de recursos, apenas 38,8% dos entrevistados no Paraná afirmam possuir esse direito. Em âmbito nacional o percentual é mais desafiador ao vislumbrar que apenas 21,1% dos trabalhadores da atenção básica tem direito ao PCCS. Ainda sobre isso, Seidl et al (2014) afirmam que dos 21,1% (3.625) dos entrevistados que afirmam possuir PCCS, 19,8% (3.400) referem ter remuneração variável como incentivo, gratificação e/ou prêmio financeiro por desempenho.

3.3 Considerações acerca da produção teórica sobre gestão do trabalho a partir de resultados do PMAQ-AB

Na perspectiva de delinear o retrato da gestão do trabalho na atenção básica a partir dos dados do PMAQ-AB, mesmo com poucas produções teóricas disponíveis, os resultados apontam para questões relevantes. As produções teóricas sugerem que a estratégia de Educação Permanente em saúde ainda não é uma realidade para 100% das equipes de saúde pesquisadas (81% afirmam participar de ações de educação permanente), a modalidade de frequência mais utilizada ainda é presencial, com baixa aplicabilidade dos recursos online e/ou à distância. Para além do acesso as ações e estratégias de Educação Permanente, também pode-se apontar a necessidade de melhorias no processo de formação considerando que nem todos os entrevistados afirmaram (76% no Brasil e 58,1% no Paraná) que as ações de EPS contemplam as necessidades da equipe.

Em relação à formação e qualificação dos profissionais da equipe, os dados evidenciam o elevado percentual de força de trabalho de nível fundamental e médio (63,7%) na atenção básica do Paraná. Para a formação complementar com especializações lato e stricto sensu os percentuais de conclusão são inferiores para 50%

dos entrevistados do Brasil, e no estado do Paraná apresenta mais de 70% dos profissionais com formação complementar concluída, evidenciando o diferencial de acesso à formação na região Sul do país.

Em relação aos tipos de vínculo e plano de carreira, cargos e salários, mesmo com as ações e estratégias de “desprecarização do trabalho” da SGTES (BRASIL, 2006), a precarização dos vínculos de trabalho na atenção básica ainda persiste como problema relevante a ser enfrentado no que se refere à força de trabalho. Os estudos apontam que 81% dos trabalhadores tem como tempo de atuação menos de 5 anos, sugerindo alta rotatividade. Além do que 18,7% dos entrevistados no Brasil não possuem vínculos protegidos por serem cargos comissionados e contratos temporários, e no estado do Mato Grosso do Sul esse percentual sobe para 34,1%, quando os entrevistados são enfermeiros(as). A forma de ingresso, abordada exclusivamente no estudo relativo ao Paraná, para 11% se deu por outras vias que não o concurso ou seleção pública e apenas 21% dos entrevistados do Brasil afirmaram ter plano de carreira, cargos e salários.

Os resultados sugerem que o desafio que se coloca, tanto no campo da gestão como da produção acadêmica, é o de repensar estratégias e ações que possam efetivamente contribuir para a proteção da força de trabalho em saúde, bem como de sua qualificação na perspectiva de consolidação do SUS.

Assim, a partir dos achados das pesquisas analisadas, buscou-se compreender a situação da gestão do trabalho em saúde na macrorregião Oeste do Paraná para identificar semelhanças e discrepâncias entre os contextos pesquisados e, desta forma, poder traçar um perfil das necessidades locais em relação ao tema.

4. A GESTÃO DO TRABALHO A PARTIR DOS DADOS DO PMAQ-AB – MACRORREGIÃO OESTE DO PARANÁ

Neste capítulo apresentam-se os resultados e as análises da gestão do trabalho na macrorregião oeste do Paraná a partir dos dados da pesquisa do PMAQ-AB, o que possibilitou compreender como a gestão do trabalho tem sido efetivada. Este capítulo está subdividido em seções, sendo a primeira referente ao PMAQ-AB na macrorregião oeste do Paraná com a relação dos municípios e equipes que aderiram ao programa e fizeram parte da pesquisa, bem como, são descritos os itens de análise para formação e qualificação dos profissionais da equipe de atenção básica e vínculo e plano de carreira, cargos e salários. Na segunda seção abordamos os dados sobre a formação profissional e complementar, ações de educação permanente em saúde dessa região, além da forma de ingresso, vínculo, agente contratante, PCCS e tempo de atuação nas equipes.

4.1 O PMAQ-AB na macrorregião oeste do Paraná

O PMAQ-AB foi lançado em 2011, e iniciou seu terceiro ciclo em 2015 com a participação de todas as equipes de saúde da Atenção Básica (Saúde da Família e Parametrizada), incluindo as equipes de Saúde Bucal, Núcleos de Apoio à Saúde da Família e Centros de Especialidades Odontológicas que se encontrem em conformidade com a PNAB. Tem como objetivo incentivar os gestores e as equipes a melhorar a qualidade dos serviços de saúde oferecidos aos cidadãos do território. Para isso, propôs um conjunto de estratégias de qualificação, acompanhamento e avaliação do trabalho das equipes de saúde. Além da ampliação do repasse de recursos do incentivo federal para os municípios participantes que atingirem melhora no padrão de qualidade no atendimento.

Na macrorregião Oeste do Paraná, composta por 94 municípios, destes 88 (93,6%) aderiram ao 2º ciclo do PMAQ-AB, realizado na vigência de 2014 e 2015, totalizando 310 equipes distribuídas na tabela a seguir.

Tabela 15: Equipes aderidas ao PMAQ-AB 2º ciclo – Macrorregião Oeste do Paraná, 2014/2015.

Regional de Saúde	Município	N de equipes ESF implantadas (jan/2015)	Nº de equipes avaliadas no PMAQ	% de equipes avaliadas
7ª - Pato Branco	Bom Sucesso do Sul	3	1	33
7ª - Pato Branco	Chopinzinho	8	8	100
7ª - Pato Branco	Clevelândia	4	3	75
7ª - Pato Branco	Coronel Domingos Soares	4	1	25

7ª - Pato Branco	Coronel Vivida	8	9	75
7ª - Pato Branco	Honório Serpa	3	3	100
7ª - Pato Branco	Itapejara d'Oeste	4	4	100
7ª - Pato Branco	Mangueirinha	6	4	66
7ª - Pato Branco	Mariópolis	3	1	33
7ª - Pato Branco	Palmas	5	5	100
7ª - Pato Branco	Pato Branco	17	7	41
7ª - Pato Branco	São João	5	4	80
7ª - Pato Branco	Saudade do Iguaçu	2	2	100
7ª - Pato Branco	Sulina	2	2	100
7ª - Pato Branco	Vitorino	2	1	50
SUB-TOTAL		78	55	70
8ª Francisco Beltrão	Ampére	4	4	100
8ª Francisco Beltrão	Barracão	4	4	100
8ª Francisco Beltrão	Bela Vista da Caroba	2	2	100
8ª Francisco Beltrão	Boa Esperança do Iguaçu	1	1	100
8ª Francisco Beltrão	Bom Jesus do Sul	2	2	100
8ª Francisco Beltrão	Capanema	6	6	100
8ª Francisco Beltrão	Cruzeiro do Iguaçu	2	2	100
8ª Francisco Beltrão	Dois Vizinhos	10	9	90
8ª Francisco Beltrão	Enéas Marques	2	2	100
8ª Francisco Beltrão	Flor da Serra do Sul	2	2	100
8ª Francisco Beltrão	Francisco Beltrão	14	9	64
8ª Francisco Beltrão	Manfrinópolis	2	2	100
8ª Francisco Beltrão	Marmeleiro	3	3	100
8ª Francisco Beltrão	Nova Esperança do Sudoeste	2	2	100
8ª Francisco Beltrão	Nova Prata do Iguaçu	4	4	100
8ª Francisco Beltrão	Pérola d'Oeste	3	3	100
8ª Francisco Beltrão	Pinhal de São Bento	1	1	100
8ª Francisco Beltrão	Planalto	5	4	80
8ª Francisco Beltrão	Pranchita	2	2	100
8ª Francisco Beltrão	Realeza	4	4	100
8ª Francisco Beltrão	Renascença	3	3	100
8ª Francisco Beltrão	Salgado Filho	2	2	100
8ª Francisco Beltrão	Salto do Lontra	5	4	80
8ª Francisco Beltrão	Santa Izabel do Oeste	4	4	100
8ª Francisco Beltrão	Santo Antônio do Sudoeste	8	5	62
8ª Francisco Beltrão	São Jorge d'Oeste	3	3	100
8ª Francisco Beltrão	Verê	3	3	100
SUB-TOTAL		102	92	90
10ª Cascavel	Anahy	1	1	100
10ª Cascavel	Boa Vista da Aparecida	3	3	100
10ª Cascavel	Braganey	2	1	50
10ª Cascavel	Cafelândia	4	2	50
10ª Cascavel	Campo Bonito	2	1	50
10ª Cascavel	Capitão Leônidas Marques	2	2	100
10ª Cascavel	Cascavel	23	21	91
10ª Cascavel	Céu Azul	4	4	100
10ª Cascavel	Corbélia	4	4	100
10ª Cascavel	Diamante do Sul	1	1	100
10ª Cascavel	Espigão Alto do Iguaçu	2	2	100
10ª Cascavel	Formosa do Oeste	3	3	100
10ª Cascavel	Guaraniaçu	5	4	80
10ª Cascavel	Ibema	1	1	100
10ª Cascavel	Iguatu	1	1	100
10ª Cascavel	Iracema do Oeste	1	1	100
10ª Cascavel	Jesuítas	2	1	50

10ª Cascavel	Lindoeste	2	1	50
10ª Cascavel	Nova Aurora	3	3	100
10ª Cascavel	Quedas do Iguaçu	3	1	33
10ª Cascavel	Santa Lúcia	2	2	100
10ª Cascavel	Santa Tereza do Oeste	5	3	60
10ª Cascavel	Vera Cruz do Oeste	3	3	100
SUB-TOTAL		79	66	83
20ª Toledo	Assis Chateaubriand	4	4	100
20ª Toledo	Diamante D'Oeste	1	1	100
20ª Toledo	Guaira	4	4	100
20ª Toledo	Marechal Cândido Rondon	9	2	22
20ª Toledo	Maripá	2	2	100
20ª Toledo	Mercedes	2	2	100
20ª Toledo	Nova Santa Rosa	1	1	100
20ª Toledo	Ouro Verde do Oeste	1	1	100
20ª Toledo	Palotina	8	8	100
20ª Toledo	Pato Bragado	1	1	100
20ª Toledo	Quatro Pontes	1	1	100
20ª Toledo	Santa Helena	3	1	33
20ª Toledo	Toledo	9	5	55
20ª Toledo	Tupãssi	2	2	100
SUB-TOTAL		48	35	72
9ª Foz do Iguaçu	Foz do Iguaçu	36	34	94
9ª Foz do Iguaçu	Itaipulândia	3	3	10
9ª Foz do Iguaçu	Matelândia	4	4	100
9ª Foz do Iguaçu	Medianeira	5	6	100
9ª Foz do Iguaçu	Missal	3	3	100
9ª Foz do Iguaçu	Ramilândia	2	2	100
9ª Foz do Iguaçu	Santa Terezinha de Itaipu	5	3	60
9ª Foz do Iguaçu	São Miguel do Iguaçu	10	5	50
9ª Foz do Iguaçu	Serranópolis do Iguaçu	2	2	100
SUB-TOTAL		70	62	88
Total		378	310	95

Fonte: Banco de dados PMAQ-AB, segundo ciclo 2014/2015. Cobertura ESF - DAB, vigência janeiro/2012.

Dos municípios que não fizeram adesão ao 2º ciclo do PMAQ-AB 04 pertencem a 20ª Regional de Saúde – Toledo e 02 a 10ª Regional de Saúde – Cascavel.

Destaca-se que das 310 equipes, duas não contavam com profissional de nível superior no momento da avaliação externa do PMAQ-AB, assim, serão apresentados dados de 308 equipes.

A avaliação externa do PMAQ-AB é caracterizada pelo levantamento de informações com base em instrumentos formulados pelo DAB em conjunto com as Instituições de Ensino e Pesquisa (IEP) e aprovados pela Comissão Intergestores Tripartite. Para tanto, um grupo de entrevistadores selecionados e capacitados pelas IEP, aplicam instrumentos para verificação de padrões de acesso e qualidade alcançados pelas equipes e pela gestão. Bem como, são realizadas observações de infraestrutura e condições de funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, entrevista com profissionais das equipes participantes, entrevista com usuários e verificação de

documentos e de informações inseridas previamente no módulo eletrônico (BRASIL, 2017).

A partir do levantamento desses dados foi possível traçar um perfil da gestão do trabalho no espaço territorial da macrorregião oeste do Paraná, o qual é apresentado a seguir.

4.1.1 Aspectos da gestão do trabalho na macrorregião oeste do Paraná

A política de gestão do trabalho é um elemento importante para a implementação e consolidação do SUS, considerando a importância do trabalhador de saúde no sistema. Para tanto é necessária a garantia de condições de valorização desse trabalhador, através de desenvolvimento de ações como: Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), vínculos protegidos, mesas de negociação, acesso a capacitação e educação permanente, entre outros, garantia de direitos trabalhistas. Um dos aspectos aparentes da desvalorização do trabalhador é a precarização do trabalho que é um dos grandes desafios para a gestão do trabalho no SUS.

Nessa perspectiva, considerando a importância do tema e com a finalidade de identificar o cenário de gestão do trabalho em saúde na macrorregião oeste do Paraná, a partir da base de dados da avaliação externa do PMAQ-AB 2º ciclo, abordamos a temática sob duas perspectivas: de formação e qualificação dos profissionais da equipe de atenção básica e vínculo e plano de carreira, cargos e salários.

4.1.2 Formação e qualificação dos profissionais da Equipe de Atenção Básica na macrorregião oeste do Paraná

A educação permanente em saúde, se configura como um processo de ensino e aprendizagem dinâmico e contínuo, tendo como finalidade a análise e o aprimoramento da capacitação de pessoas e grupos, na perspectiva de enfrentamento da evolução tecnológica, das necessidades sociais e de atenderem aos objetivos e metas da instituição a que pertencem (GIRADE, 2006). Massaroli e Saupe (2005) afirmam que a EPS é proposta como uma nova forma de transformar os serviços, envolvendo todos os sujeitos que atuam na saúde, oferecendo subsídios para que consigam resolver seus problemas e estabeleçam estratégias que amenizem as necessidades de sua comunidade. Para Merhy (2005,p.173), todo processo de EPS implicaria em gerar no trabalhador, no seu cotidiano de produção do cuidado em saúde, transformações da sua

prática, forma de produzir capacidade de problematizar a si mesmo no agir pela geração de problematizações, o que é um grande desafio: “produzir auto-interrogação de si mesmo no agir produtor do cuidado; colocar-se ético-politicamente em discussão, no plano individual e coletivo, do trabalho.”

Na macrorregião oeste do Paraná, do conjunto de entrevistados (N = 308) 19 eram da categoria médica, 286 de enfermagem e 03 outras categorias profissionais de nível superior, assim, são tomadas as referências individuais dos entrevistados nos processos de formação, participação das equipes em ações de educação permanente, tipificação dessas ações e se as mesmas contemplam as demandas e necessidades da equipe.

No que se refere à qualificação e formação, os entrevistados que pertenciam à categoria médica, quando questionados se possuem ou estão em formação, apresentaram a seguinte realidade:

Tabela 16: Qualificação e formação dos médicos entrevistados no PMAQ-AB 2º ciclo – Macrorregião Oeste do Paraná, 2014/2015.

Cursos	Médicos									
	Não possui		Concluído		Em curso		Não se aplica		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Especialização em Medicina de Família e Comunidade	11	57,8	2	10,5	2	10,5	4	21,05	19	100
Especialização em Saúde da Família	12	63,1	2	10,5	1	5,2	4	21,05	19	100
Especialização em Saúde Pública/Saúde Coletiva	12	63,1	2	10,5	0	0	5	26,3	19	100
Residência em Medicina de Família e Comunidade	18	94,7	0	0	1	5,2	0	0	19	100
Residência em Saúde da Família	15	78,9	0	0	0	0	4	21,05	19	100
Residência em Saúde Pública/Saúde Coletiva	15	78,9	0	0	0	0	4	21,05	19	100
Mestrado em Medicina de Família e Comunidade	12	63,1	0	0	0	0	7	36,8	19	100
Mestrado em Saúde da Família	15	78,9	0	0	0	0	4	21,05	19	100
Mestrado em Saúde Pública/Saúde Coletiva	15	78,9	0	0	0	0	4	21,05	19	100
Doutorado em Saúde da Família	15	78,9	0	0	0	0	4	21,05	19	100
Doutorado em Saúde Pública/Saúde Coletiva	15	78,9	0	0	0	0	4	21,05	19	100

Fonte: Banco de dados PMAQ-AB, segundo ciclo 2014/2015

Dos 19 médicos entrevistados, 06 (31,5%) afirmaram ter concluído especializações e 04 (21%) em curso. Destaca-se o baixo número (5,2%) de andamento em programas de residência em Medicina de Família e Comunidade, e em Saúde da Família, qualificações estas específicas em atenção básica à saúde e que pouco são acessadas no processo de formação dos médicos que nela atuam. Observa-se que a formação generalista é tradicionalmente pouco valorizada, evidenciando que os modelos de formação médica ainda mantêm tendências relacionadas à formação do profissional liberal, vinculado a hospitais terciários e à superespecialização (SCHRAIBER, 1993).

Alessio e Souza (2016) referem que houve uma expressiva expansão das equipes de saúde da família (eSFs) nos últimos 20 anos no país, que no entanto, não foi acompanhada da ampliação de vagas de Residência em Medicina de Família e Comunidade na mesma proporção. Em 2013, havia cerca de 34.000 eSFs implantadas no país, e apenas 3.253 médicos titulados especialistas em Medicina de Família e Comunidade (SCHEFFER, 2013)

Em 2014, havia 1.277 vagas de residência em Medicina de Família e Comunidade distribuídas por todas as regiões do país, mas ainda ausentes em alguns estados, como Amapá, Piauí e Rondônia. A concentração das vagas se dá nas capitais prioritariamente, e nas regiões Sul e Sudeste em alguns municípios de médio e grande porte. Apesar de as vagas nesta especialidade terem dobrado de 2009 (584 vagas) a 2014 (1277vagas), a ocupação das vagas é extremamente baixa, com taxa de ociosidade em torno de 70% (ALESSIO E SOUZA, 2016 p.658).

Na macrorregião oeste do Paraná, no ano de 2017, havia apenas três vagas para residência em Medicina de Família e Comunidade vinculadas a instituições de ensino, ambas em instituições privadas (Faculdade Assis Gurgaz e Instituto de Saúde São Lucas de Pato Branco). A Universidade Estadual do Oeste do Paraná dispõem de residência médica em várias áreas como cirurgia geral, pediatria, obstetrícia e ginecologia, clínica médica, ortopedia e traumatologia e neurologia, no entanto, não contempla a Medicina de Família e Comunidade. Atualmente, observa-se a abertura de novas vagas de Residência em Medicina de Família e Comunidade geridas por prefeituras municipais como exemplos das cidades de Cascavel e Foz do Iguaçu. Mesmo com a abertura de novas vagas fatores como a dificuldade de acesso aos centros de formação e a desvalorização dessa especialidade no mercado de trabalho médico ainda interferem na adesão ao processo formativo na macrorregião oeste do Paraná para a categoria profissional médica.

Quanto à formação dos profissionais de enfermagem (286) e outras categorias

profissionais (03) que responderam a entrevista, verificam-se os resultados conforme tabela 17.

Tabela 17: Qualificação e formação dos enfermeiros e outras categorias profissionais entrevistados no PMAQ-AB 2º ciclo – Macrorregião Oeste do Paraná, 2014/2015.

Cursos	Enfermeiros e outras categorias profissionais									
	Não possui		Concluído		Em curso		Não se aplica		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Especialização em Saúde da Família	137	47,4	78	26,9	17	5,8	57	19,7	289	100
Especialização em Saúde Pública/Saúde Coletiva	189	65,3	38	13,1	4	1,38	58	20,06	289	100
Residência em Saúde da Família	229	79,2	2	0,69	0	0	58	20,06	289	100
Residência em Saúde Pública/Saúde Coletiva	230	79,5	0	0	0	0	59	20,4	289	100
Mestrado em Saúde da Família	229	79,2	2	0,69	0	0	58	20,06	289	100
Mestrado em Saúde Pública/Saúde Coletiva	227	78,5	4	1,38	0	0	58	20,06	289	100
Doutorado em Saúde da Família	230	79,5	1	0,34	0	0	58	20,06	289	100
Doutorado em Saúde Pública/Saúde Coletiva	232	80,2	0	0	0	0	57	19,7	289	100

Fonte: Banco de dados PMAQ-AB, segundo ciclo 2014/2015

Os dados apontam que dos 286 profissionais de enfermagem e 03 de outras categorias profissionais, 43,25% concluíram curso de especialização *lato e stricto sensu* e 7,2% estavam com especialização em andamento. Evidenciando maior acesso dessas categorias profissionais para a realização de cursos de qualificação específicos da sua área de atuação (atenção básica). Em pesquisa do Perfil da Enfermagem no Brasil (FIOCRUZ/CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2013) dos 19.224 enfermeiros que atuavam no Paraná, 80% (15.399) realizaram cursos de pós-graduação, s prevalecendo a titulação ofertada por instituições de ensino privadas (70%). Porém, há alteração na realidade quando questionados sobre a titulação de especialistas que foi afirmada por apenas 50,6% (9.736) dos entrevistados, corroborando com os resultados apresentados pelos trabalhadores da macrorregião oeste do estado.

No que se refere às ações de educação permanente, estas podem ser variadas contanto que seu objetivo de colocar o trabalho e as práticas cotidianas em análise, bem como, as articulações entre formação, atenção, gestão e participação seja atingido. A perspectiva da educação permanente em saúde é a de construção de um processo dialético entre os saberes dos profissionais e os saberes da comunidade, para tanto, é preciso que o projeto de educação permanente esteja voltado para a transformação do

processo de trabalho, englobando as necessidades de aprendizagem das equipes.

Tabela 18: Tipificação Educação Permanente do processo de Qualificação das Ações Desenvolvidas dos entrevistados no PMAQ-AB 2º ciclo – Macrorregião Oeste do Paraná, 2014/2015.

Participação EPS	Seminário, Mostra, Oficinas, Grupos	Cursos presenciais	Telessaúde	RUTE Rede Universitária de Telemedicina	UNAS US	Curso de Educação à Distância	Troca de experiência	Tutoria/preceptoria	UBS espaço de formação de ensino aprendizagem	Outros	Não participação de ação de EPS
Sim	235	246	23	01	38	59	180	23	82	41	19
Não	73	62	285	307	270	249	128	285	226	267	289
Total	308	308	308	308	308	308	308	308	308	308	308

Fonte: Banco de dados PMAQ-AB, segundo ciclo 2014/2015

Dos 308 entrevistados pelo PMAQ-AB 79,8% afirmam participar de ações de EPS por meio de cursos presenciais, já os cursos e estratégias de educação à distância (EAD) como a RUTE e o Telessaúde foram as ações menos utilizadas somando 7,7% das ações de EPS, assim como as ações de tutoria/preceptoria 7,4%. Dados nacionais do 1º ciclo do PMAQ-AB em 2012 (BRASIL, 2015) indicam que 76,1% dos entrevistados participaram de ações de EPS presenciais, no estado do Paraná o percentual no período foi de 77,8%. As ações de Telessaúde e RUTE no mesmo período apresentaram-se mais baixas no Paraná, 4,6% e 2,2% respectivamente, se comparada com a média nacional 29% e 9,9%.

No que se refere as estratégias EAD, existem diversas modalidades em andamento no país como o Programa Telessaúde que é uma ação nacional que busca melhorar a qualidade do atendimento e da atenção básica no SUS, integrando ensino e serviço por meio de ferramentas de tecnologias da informação, que oferecem condições para promover a teleassistência e a teleeducação. Ainda, a Rede Universitária de Telemedicina, que visa apoiar o aprimoramento de projetos em telemedicina já existentes e incentivar o surgimento de futuros trabalhos interinstitucionais, por meio, da utilização de aplicativos e o compartilhamento dos dados dos serviços de telemedicina dos hospitais universitários e instituições de ensino e pesquisa, bem como, compartilhamento de arquivos de prontuários, consultas, exames e segunda opinião (RUTE, 2017). Ambos são estratégias de EPS via EAD, que objetivam o aprimoramento dos serviços de saúde por meio de segunda opinião formativa, telediagnóstico, teleconsultoria e que ainda são pouco utilizados (7,7%) pelos profissionais de saúde da macrorregião oeste do Paraná.

Ainda em relação às ações de EPS parte-se do pressuposto que a aprendizagem deve produzir sentido para o sujeito, deve ter interlocução com os

problemas de rotina. Nessa perspectiva, ao serem questionados se as mesmas contemplam as demandas e necessidades das equipes, 34,4% (106) afirmam que as estratégias acessadas contemplam suas necessidades, 19,8% (61) relatam que contempla muito, 20,7% (64) que contempla razoavelmente, (28) contempla pouco, 2,9% (9) não contempla e 12,9% (40) não se aplica. No 1º ciclo do PMAQ-AB em 2012 (BRASIL, 2015), a média nacional de afirmação sobre a contemplação das necessidades da equipe foi de 75,7%, para a região sul do país esse percentual foi de 75,9%. No estado do Paraná 72,3% afirmaram que as ações de EPS contemplavam necessidades e a região com menor índice no Brasil foi a Nordeste com 59,3% de respostas afirmativas .

A alta adesão às ações e estratégias de EPS não pode responsabilizar os trabalhadores da saúde pela busca por soluções para a superação da ineficiência dos serviços baseados na gestão do trabalho, na conjuntura em que o trabalho se encontra mais precarizado e instável. Mendonça et al. (2010) afirmam que a formação prévia, bem como a oferta de educação permanente para as equipes, se constitui em pontos chaves para a fixação de profissionais da rede de AB, uma vez que essas ações contribuem para o fortalecimento e ampliação do acesso à qualificação para os profissionais da Atenção Básica, assim como o vínculo empregatício e o direito a plano de carreira.

4.1.3 Vínculo e Plano de Carreira, Cargos e Salários na macrorregião oeste do Paraná

A gestão do trabalho é permeada por um conjunto de ações que visam a valorizar o trabalhador e o seu trabalho relacionado à vida funcional do trabalhador, tais como: ingresso, manutenção, desenvolvimento de carreira, garantia de direitos e de condições adequadas de trabalho (RAMOS et al 2009).

Para Pierantoni, Varella e França (2004) a gestão do trabalho supera o termo de recursos humanos quando incorpora conceitos como força de trabalho que considera os fenômenos do mercado de trabalho, englobando o trabalho, o trabalhador e suas relações. Com a institucionalização do SUS e o princípio de descentralização político-administrativo, as decisões, até então centralizadas nos níveis federal e estadual passaram para os municípios, repercutindo na ampliação de serviços de saúde, em especial a atenção básica, gerando alterações na organização, funcionamento e gestão desses serviços. No entanto, os gestores municipais se depararam com medidas restritivas de gastos com pessoal, o que ocasionou estratégias diversificadas de admissão de trabalhadores, propiciando a precarização dos vínculos e das relações de trabalho

(DAL POZ, 2002)

No que se refere à dimensão vínculo e plano de carreira, cargos e salários, os dados coletados foram classificados em cinco grupos: a) agente contratante; b) vínculo; c) forma de ingresso; d) PCCS; e) tempo de atuação.

No que tange a tipificação do agente contratante para os entrevistados do PMAQ-AB 2º ciclo, na macrorregião oeste do Paraná foram identificados os seguintes dados.

Tabela 19: Tipificação do agente contratante dos entrevistados no PMAQ-AB 2º ciclo – Macrorregião Oeste do Paraná, 2014/2015.

Agente Contratante	Nº	%
Administração direta	242	78,5
Consórcio intermunicipal de direito público	7	2,2
Consórcio intermunicipal de direito privado	1	0,3
Fundação pública de direito público	42	13,6
Fundação pública de direito privado	0	0
Organização social (OS)	0	0
Organização da sociedade civil de interesse público (OSCIPI)	1	0,3
Entidade filantrópica	0	0
Organização não governamental (ONG)	1	0,3
Empresa	8	2,5
Cooperativa	0	0
Outro(s)	5	1,6
Não sabe/não respondeu	1	0,3
Total	308	100

Fonte: Banco de dados PMAQ-AB, segundo ciclo 2014/2015

O agente contratante de 78,5% dos entrevistados é a administração direta, no entanto, 13,6% foram contratados por fundação pública de direito público e 2,5% por empresas. Os dados apresentados no 1º ciclo do PMAQ-AB realizado em 2012 (BRASIL, 2015) apontam que naquele período, 73,8% dos entrevistados no Brasil afirmaram ter como agente contratante a administração direta, no Paraná esse percentual foi de 77,% e na região sul 81,2%. Os diferenciais do estado do Paraná, em 2012, e que se evidenciam na macrorregião oeste em 2014, são relacionados a contratação por empresas (2,8%) e por fundação pública de direito público 11,7%, sendo que no país e região sul respectivamente, esses dados correspondem a 1,3% (Brasil) e 1,8% (sul) por empresas e por fundação 5% e 6,4%. Essas estratégias de contratação, em geral, tem sido utilizadas

como forma de se evitar os limites impostos pelo teto remuneratório dos municípios, vinculados aos parâmetros máximos com gastos de pessoal estabelecidos pela Lei de Responsabilidade Fiscal.

Pierantoni et al (2008) afirmam que alguns gestores alegam vantagens na contratação de profissionais de saúde via empresas e cooperativas, por se tratarem de mecanismos que fortalecem a governabilidade e melhoram a qualidade da assistência nas unidades de saúde, tendo em vista a resolução do problema de falta e reposição de trabalhadores. E, ainda que sejam formas de contratos precários, possibilitam a oferta de remunerações mais atrativas, sendo, uma resposta mais imediata a necessidade de complementação /reposição de trabalhadores.

A conceituação de fundação pública mais encontrada é a disposta no art. 5º, IV do Decreto-Lei nº 200/67, com redação dada pela Lei Federal nº 7.596, de 10 de abril de 1987:

Fundação pública – a entidade dotada de personalidade jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, criada em virtude de autorização legislativa, para o desenvolvimento de atividades que não exijam execução por órgãos ou entidades de direito público, com autonomia administrativa, patrimônio próprio gerido pelos respectivos órgãos de direção, e funcionamento custeado por recursos da União e de outras fontes (BRASIL, 1987).

A Constituição Federal de 1988 aborda em vários de seus dispositivos sobre a fundação pública de direito público, sendo que em seu art. 40, aborda sobre o regime de previdência de servidores estatutários, detentores de cargo público, dos órgãos da administração direta, das autarquias e fundações. Assim como, os arts. 165, § 5º e 169 que tratam das fundações de direito público, onde estabelecem que as fundações instituídas e mantidas pelo Estado (assim sendo de direito público), integram o orçamento fiscal da União e devem se submeter à legislação que trata de limites de despesa com pessoal ativo e inativo, para a Administração Pública direta e indireta.

A Emenda Constitucional nº 19, de 04 de junho de 1988, orientou para a supressão do caput do Art. 39 que estabelecia a adoção do regime jurídico único para os servidores da administração pública direta, das autarquias e das fundações públicas de direito público. O objetivo da supressão do caput do art. 39 foi instituir o regime plural dentro da administração pública federal, para os órgãos e entidades de direito público. Essa pluralidade de regime foi, posteriormente, regulamentada pela Lei Federal nº 9.962, de 22 de fevereiro de 2000, que disciplina o regime de emprego público, para órgãos e entidades de direito público em coexistência com a Lei Federal 8.112/90, que institui o regime estatutário.

No que se refere a contratação por empresa (2,5% na macrorregião oeste do Paraná) realizada via prestação de serviços, Nogueira (2006) aborda a especificidade do termo precariedade de contratação dos trabalhadores no serviço público, afirmando que:

É irregular todo o vínculo de trabalho em que o trabalhador foi admitido na instituição pública sem concurso ou seleção de natureza pública, sendo exceção o trabalhador terceirizado admitido nas áreas não-finalísticas (como serviços gerais, segurança etc) (NOGUEIRA 2006, p.151).

Para Nogueira, a precariedade do vínculo para uma ação finalística como a prestação de serviços de saúde em serviços de saúde, se caracteriza quando o Estado não consegue fazer cumprir os requisitos constitucionais de concurso público (Constituição Federal, art. 37, incisos I e II) e de aplicação geral de um regime jurídico único de trabalho (Constituição Federal, art. 39).

No que se refere aos vínculos dos profissionais da macrorregião oeste do Paraná, tem-se os dados a seguir.

Tabela 20: Tipificação do vínculo dos entrevistados no PMAQ-AB 2º ciclo – Macrorregião Oeste do Paraná, 2014/2015.

Tipo de Vínculo	Nº	%
Servidor público estatutário	205	66,5
Cargo comissionado	10	3,2
Contrato temporário pela administração pública regido por legislação especial (municipal/estadual/federal)	5	1,6
Contrato temporário por prestação de serviço	20	6,4
Empregado público CLT	52	16,8
Contrato CLT	13	4,2
Autônomo	2	0,6
Outro(s)	0	0
Não sabe/não respondeu	1	0,3
Total	308	100

Fonte: Banco de dados PMAQ-AB, segundo ciclo 2014/2015

Com relação ao tipo de vínculo dos entrevistados, o estatutário equivale ao maior percentual de respostas 66,5%, a segunda forma mais utilizada de vínculo é por CLT (Consolidação das Leis Trabalhistas), seja através do contrato e/ou emprego público que corresponderam juntos a 21%, dos contratados, o que não garante necessariamente, estabilidade no trabalho. Os dados que evidenciam a precariedade do trabalho na macrorregião oeste do Paraná estão para 11,4% dos trabalhadores que tem como vínculo

o cargo comissionado, contrato temporário pela administração pública regido por legislação especial, contrato temporário por prestação de serviço e o autônomo, evidenciando situações de instabilidade de vínculos através das diferentes modalidades de contratação. Cherchglia (1999) aborda a precariedade do contrato por tempo determinado

Uma forma de contratação temporária [...] é o contrato por tempo determinado, utilizando-se como argumento 'a necessidade temporária de excepcional interesse público'. [...] o que se tem observado é uma prorrogação indefinida [...] em determinadas situações. A terceirização estaria intrinsecamente ligada à precarização do trabalho, pois tem acarretado: menores salários, diminuição dos níveis de proteção social do trabalho, ausência de benefícios ou salários indiretos [...] e níveis mais altos de rotatividade. Um ponto destacado pelos sindicalistas é que a terceirização tem provocado fragmentação e desmobilização dos trabalhadores, com perda de poder de barganha dos sindicatos: as negociações perdem seu caráter coletivo para se tornarem localizadas e até mesmo individualizadas. [...] O processo mais geral de precarização das relações de trabalho, na saúde, é evidenciado pelas inúmeras formas de contratação, seja pela terceirização [...] pela 'cooperativização' do trabalho ou pelo contrato individual por tempo determinado [...]. No setor público de saúde encontramos [...] contratos de trabalho que transitam dentro de um gradiente de nenhuma proteção social até a estabilidade no emprego [...] (CHERCHGLIA 1999, p.382)

Em pesquisa realizada em 2010, com 49 municípios de pequeno porte na macrorregião norte do Paraná, 77,2% dos trabalhadores possuíam vínculos formais, sendo 32,7% eram estatutários e 44,5% contratados por CLT (NUNES et al., 2015). Em pesquisa realizada em 2014, com fonte de dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, na macrorregião oeste do Paraná, com informações de todos os níveis de atenção à saúde, foram identificados 36,5% de vínculos considerados precários (EBERHARDT; CARVALHO, MUROFUSE, 2015).

Scalco et al. (2010) afirmam que a rotatividade dos trabalhadores justifica-se devido às questões relacionadas diretamente com a precariedade do vínculo e a ausência de incentivos que não motivam os profissionais da saúde a manterem-se em suas funções, estimulando-os a buscarem melhores oportunidades. Sendo necessário o desenvolvimento de ações para a fixação desses trabalhadores no serviço, sob pena de obstar o planejamento e desenvolvimento com continuidade de ações e programas de médio e longo prazos neste setor.

Esses dados sugerem, ainda, maior precarização de vínculos trabalhistas nos municípios que compõem a macrorregião oeste do Paraná (10,4%). Seidl et al (2014) afirma que a terceirização da força de trabalho e a flexibilização dos vínculos trabalhistas na Atenção Básica tem se tornado uma tendência desde o início da década de 2000, já constatada em outros estudos de Varella e Pierantoni (2008); Scalco, Lacerda e Calvo

(2010).

Outro dado que reafirma a precarização do trabalho, se dá pela forma de ingresso dos entrevistados, conforme tabela 20.

Tabela 21: Tipificação da forma de ingresso dos entrevistados no PMAQ-AB 2º ciclo – Macrorregião Oeste do Paraná, 2014/2015.

Forma de Ingresso	Nº	%
Concurso público	262	85
Seleção pública	11	3,5
Indicação	15	4,8
Outra forma	20	6,4
Não sabe/não respondeu	0	0
Total	308	100

Fonte: Banco de dados PMAQ-AB, segundo ciclo 2014/2015

Os dados apontam que a principal forma de ingresso é por concurso público e seleção pública, com 85% e 3,5%, respectivamente. Porém 10,7% dos trabalhadores ingressaram por outras vias (que não um processo seletivo oficializado) na atenção básica a saúde. No 1º ciclo de avaliação do PMAQ-AB em 2012, a principal forma de ingresso no Brasil foi via concurso público (46,9%) e, no estado do Paraná 82,7%. A seleção pública e outras formas em nível nacional totalizaram respectivamente, 23% e 29,5%, e no Paraná os dados encontrados foram de 4,9% (seleção pública) e 11,4%(outras formas) (BRASIL, 2015).

Chama a atenção a inconsistência no cruzamento dos dados de vínculo e forma de ingresso para algumas respostas.

Tabela 22: Tipificação do vínculo dos entrevistados no PMAQ-AB 2º ciclo – Macrorregião Oeste do Paraná, 2014/2015.

Tipo de Vínculo	Forma de Ingresso				Total
	Concurso	Seleção pública	Outra forma	Indicação	
Servidor público estatutário	205	0	0	0	205
Cargo comissionado	0	2	2	6	10
Contrato temporário pela administração pública regido por legislação especial (municipal/estadual/federal)	0	1	3	1	5
Contrato temporário por prestação de serviço	0	3	13	4	20
Empregado público CLT	48	4	0	0	52

Contrato CLT	8	1	0	4	13
Autônomo	0	0	2	0	2
Outro(s)	0	0	0	0	0
Não sabe/não respondeu	1	0	0	0	1
Total	262	11	20	15	308

Fonte: Banco de dados PMAQ-AB, segundo ciclo 2014/2015

As inconsistências que chamam atenção é de que 8 entrevistados afirmam ter vínculo de contrato por CLT e ingresso via concurso público, e 2 cargos comissionados afirmam ter ingressado por seleção pública, dados incompatíveis com a legislação. A flexibilização do vínculo da força de trabalho na saúde e de diversas modalidades de ingresso tem gerado problemas de ordem legal e gerencial, ocasionando conflitos e impasses na implementação do SUS, reduzindo as garantias de direitos trabalhistas e previdenciários para os trabalhadores.

No concurso público os aprovados possuem vínculo permanente com o Estado ou município e estabilidade após o estágio probatório, no caso de seleção pública o vínculo é temporário, pois o intuito da seleção é suprir as necessidades de funcionários por um determinado período.

O artigo 37, inciso II da Constituição Federal estabelece que a investidura em cargo ou emprego público depende de aprovação prévia em concurso de provas ou de provas e títulos, sendo aqui o vínculo entre servidor público e o Estado permanente. Já o inciso IX do mesmo artigo permite que seja feita uma seleção mais simplificada para contratar servidores temporários. Para a realização de seleção pública é necessária previsão em lei de cargos; tempo determinado; necessidade temporária de interesse público e interesse excepcional.

Outro dado levantado se refere ao PCCS que é visto como um instrumento de gestão do trabalho, com o objetivo de valorização do trabalhador e na busca de instaurar o processo de carreira nas instituições. Além disso, é um conjunto de normas que orienta e disciplina a trajetória do trabalhador em sua carreira, bem como a respectiva remuneração, promovendo oportunidades de qualificação profissional (CASTRO, 2012; BRASIL, 2006).

Tabela 23: Tipificação do Plano de Carreira dos entrevistados no PMAQ-AB 2º ciclo – Macrorregião Oeste do Paraná, 2014/2015.

Existência de Plano de Carreira	No plano, tem progressão por titulação e formação profissional Nº	%	No plano, tem progressão por antiguidade	Tem incentivo, gratificação, prêmio financeiro por desempenho
---------------------------------	--	---	--	---

	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sim	142	46,1	125	40,5	127	41,2	60	19,4
Não	160	51,9	15	4,8	9	2,9	244	79,2
Não se aplica	-	-	165	53,5	168	54,5	-	-
Não sabe/não respondeu	6	1,9	3	0,9	4	1,2	4	1,2
Total	308	100	308	100	308	100	308	100

Fonte: Banco de dados PMAQ-AB, segundo ciclo 2014/2015

De acordo com as diretrizes definidas para a área de recursos humanos na Norma Operacional Básica (NOB/ RH-SUS), o PCCS é considerado um instrumento de ordenação do trabalho, devendo ser incorporado em cada nível de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2005). A existência de PCCS, possibilita que o trabalhador almeje crescimento profissional, estabilidade e que se fixe em seu município de atuação.

No entanto, na contramão das prerrogativas legais, na macrorregião oeste do Paraná, 51,9% dos trabalhadores entrevistados no 2º ciclo do PMAQ-AB afirmaram não possuir PCCS. Dos 46,1% que afirmaram ter PCCS, 40,5% referem constar no PCCS progressão por titulação e formação profissional e 41,2% progressão por antiguidade e 19,4% referem ter incentivo, gratificação, prêmio financeiro por desempenho. As referências do 1º ciclo do PMAQ-AB em 2012, apontam que no Brasil 21,1% dos trabalhadores afirmavam ter PCCS, no Paraná esse dado era de 38,8% (BRASIL, 2015). Pierantoni et al (2008) afirmam que o PCCS é um instrumento de agilidade párea o planejamento e para a previsão orçamentária de custos com quadro pessoal sob o ponto de vista gerencial, e reitera a noção de estratégia de valorização e fixação dos trabalhadores, porém, como pode-se observar pelos dados, ainda esta longe de ser efetivada nos municípios. Para Lacaz (2010) essa limitação de adesão ao PCCS relaciona-se a dificuldades de estrutura para planejamento e baixa capacidade de gestão municipal do SUS, para resolver interesses divergentes entre gestores, trabalhadores e usuários, além dos interesses privados na saúde pública.

Outro dado levantado refere-se ao tempo de atuação dos entrevistados, conforme tabela 24.

Tabela 24: Tempo de atuação dos entrevistados no PMAQ-AB 2º ciclo – Macrorregião Oeste do Paraná, 2014/2015.

Tempo de atuação na equipe	Nº	%
----------------------------	----	---

de Atenção Básica

Menos de 01 ano	72	23,3
De 01 a 05 anos	120	38,9
De 06 a 10 anos	29	9,4
Acima de 10 anos	07	2,2
Não sabe/não respondeu	80	25,9
Total	308	100

Fonte: Banco de dados PMAQ-AB, segundo ciclo 2014/2015

O tempo de atuação de 62,2% dos entrevistados era de até cinco anos na equipe, o que pode indicar alta rotatividade de trabalhadores, possivelmente relacionada com a vinculação de trabalho. A fixação do trabalhador da saúde permite um incremento na qualidade de assistência, resultante da constituição de vínculos entre os profissionais com os usuários e com a comunidade, como também na potencialidade de investimento na formação e no aprimoramento do profissional que permanece por longo tempo no seu posto de trabalho.

Seidl et al (2014) observam que, na média nacional em 2012, do tempo de atuação de 56,5% dos profissionais que participaram da avaliação do PMAQ-AB (17.201 profissionais) foi de menos de um ano e até dois anos de atuação na mesma equipe e Rizzotto et al (2014) apontam para dados do Paraná, no mesmo período que 76% dos trabalhadores referiram como tempo de atuação na equipe menos de 5 anos.

Campos e Malik (2008) afirmam que o baixo tempo de atuação na equipe pode estar relacionado à rotatividade dos profissionais da Atenção Básica. A permanência dos profissionais de saúde nesse campo é considerada um dos fatores cruciais para a efetividade da Atenção Básica considerando que o modelo se fundamenta no vínculo entre os profissionais da equipe e os usuários.

Outro dado que chama atenção é que 25,9% dos entrevistados não soube/não respondeu sobre seu tempo de atuação, percentual esse superior aos que responderam ter menos de 1 ano de atuação, impactando negativamente na análise dos dados. Esse fato sugere várias possibilidades de interpretação: alteração na forma de vínculo do entrevistado impondo dúvidas sobre o tempo de atuação questionado, pouca ênfase sobre impactos de fixação e rotatividade dos profissionais a partir do tempo de atuação, o que na atual conjuntura impossibilita uma análise mais fidedigna da realidade da macrorregião oeste do Paraná; desinteresse e/ou desconhecimento por parte do entrevistador da avaliação externa do PMAQ-AB em questionar com mais insistência sobre o referido item.

Em suma, pode-se afirmar que os problemas identificados na gestão do trabalho em saúde estão diretamente ligados as condições da política de saúde e, principalmente, na atenção básica enquanto eixo estruturante do SUS, que requer o enfrentamento de desafios vinculados ao modelo econômico atual de subfinanciamento, bem como, à falta de priorização no campo político. Esses dois desafios são fatores determinantes da baixa capacidade dos municípios na gestão da força de trabalho desde a contratação até a fixação dos profissionais.

Nessa perspectiva Rizzotto (2014) aponta que o Brasil, sob a influência das políticas neo-liberais que defendem o Estado mínimo, definiu que a gestão de recursos financeiros do sistema seria a principal estratégia de redução de custos e maior resolutividade dos serviços de saúde, abdicando de atuar junto a organização dos serviços, do cuidado e, em especial, na gestão da força de trabalho em saúde. Os resultados dessa estratégia, evidenciaram que a força de trabalho em saúde é o cerne para a consolidação de um sistema de saúde resolutivo e de qualidade e deve ser regulada pelo Estado.

Na macrorregião Oeste do Paraná entre os problemas de gestão do trabalho no SUS destacam-se que apenas 31,5% dos médicos afirmaram ter concluído especializações, respectivamente 43,25% dos enfermeiros e demais categoriais profissionais concluíram. Em relação a participação em ações de educação permanente em saúde 79,8% afirmam participar de ações presenciais e foi evidenciada a baixa adesão a cursos e estratégias de educação a distância (7,7%). No que se refere a forma de contrato 78,5% afirmam serem contratados pela administração direta, 13,6% por fundação pública de direito público e 2,5% por empresas. Já o vínculo de trabalho 66,5% referem ser servidores estatutários, 21% são regidos pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) e 11,4% tem vínculo de contrato precário sem garantias trabalhistas, sendo estes contratos temporários por prestação de serviço e pela administração pública, cargos comissionados e autônomos. Quanto forma de ingresso, 85% afirmam ter realizado concurso público, 6,4% outras formas, 4,8% por indicação e via seleção pública por 3,5%. Quanto ao plano de cargos, carreira e salários 51,9% dos entrevistados afirmam não possuir, e quanto ao tempo de atuação 62,2% referem menos de 5 anos e chama atenção que 25,9% não sabem ou não responderam ao questionamento impactando diretamente na fidedignidade dos dados da macrorregião oeste do Paraná.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As reflexões empreendidas neste estudo concentram as análises da gestão do trabalho nos serviços de atenção básica da macrorregião oeste do Paraná. Os argumentos apresentados a partir das referências teóricas e das mediações feitas com os dados levantados através do PMAQ-AB, fomentam uma discussão sobre as contradições presentes na gestão do trabalho no âmbito da atenção básica.

Esses argumentos integram a síntese deste estudo e foram fundamentais para explicitar a gestão do trabalho na macrorregião oeste do Paraná.

Ao discutir e analisar as particularidades da gestão do trabalho na atenção básica a partir dos dados da avaliação externa no PMAQ-AB 2º ciclo, foi possível identificar indícios da precarização do trabalho a partir da flexibilização dos vínculos (32,4%), 4 modalidades de ingresso, sendo que, para 6,4% categorizado como outras formas de ingresso, ausência de PCCS (51,9%), baixa fixação dos trabalhadores identificada pelo tempo de atuação inferior a 5 anos para 62,2% dos entrevistados, baixa adesão a formação complementar 31,5% dos médicos e 43,25% dos enfermeiros com formação complementar concluída, evidenciando os argumentos que revelam a atual conformação da gestão do trabalho em saúde.

As reflexões têm como ponto de partida a análise de que a precariedade do trabalho existe desde o início do trabalho assalariado e ambos irão co-existir na sociedade capitalista, bem como, se reflete em diversos aspectos como econômicos, legais, políticos e morais que levam a classe trabalhadora a um processo de fragmentação e que conseqüentemente amplia as contradições socioeconômicas e intensificam o trabalho parcial, subcontratado e informal.

Essas contradições e a precariedade também se expressam no setor de serviços, considerando que sua função social está na manutenção do modo de produção. Os serviços de saúde são, essencialmente, oferta de trabalho em saúde, trabalho humano, usado de forma intensiva e insubstituível, definido como essencial para a vida dos homens, pois, situa-se na esfera da produção não material para a manutenção e funcionamento do capitalismo.

O trabalho em saúde tem passado por mudanças no modo de organização do trabalho na medida em que passa a ser cada vez mais funcional aos interesses do mercado, esta lógica interfere na organização e estruturação da força de trabalho, que lida com a perda de direitos trabalhistas e a precarização das relações de trabalho. Identifica-se que a gestão do trabalho em saúde apresenta problemas como a

desvalorização dos trabalhadores, a precarização das relações de trabalho, o baixo investimento em processos de educação permanente em saúde comprometendo diretamente a prestação dos serviços.

O conjunto de reflexões apresentadas no decorrer deste estudo sugere um processo de precarização do trabalho em saúde como elemento da organização e estruturação do trabalho no âmbito da atenção básica na macrorregião oeste do Paraná.

A construção da síntese indica o perfil da gestão do trabalho na atenção básica, que sugere a diversidade das modalidades de contratação, instabilidade de vínculos, baixo tempo de atuação nos serviços, existência escassa de PCCS, baixa adesão a processos de formação complementar, especialmente da categoria médica.. Desta forma, constata-se expressões concretas da precarização do trabalho na atenção básica na macrorregião oeste que retratam novas e antigas formas de precarização e desregulamentação da atuação da força de trabalho no campo da saúde.

A partir das particularidades apresentadas por essa conformação da gestão do trabalho em saúde identificou-se nos documentos oficiais do Ministério da Saúde (2003, 2006) uma tentativa de “desprecarização do trabalho” pela SGTES, ancorada em idéias de direitos trabalhistas que se configura na regularização dos vínculos de trabalho, na participação do trabalhador em mesas de negociação que não asseguram a superação de sua condição de precarização, que como visto teoricamente sempre co-existirá com o trabalho assalariado e com o modo de produção capitalista.

O estudo indicou que a atenção básica na macrorregião oeste do Paraná vem reproduzindo este perfil de trabalho precário resultante da diminuição do número de funcionários públicos estatutários sendo substituídos por funcionários terceirizados, quebra de direitos previdenciários, insegurança na manutenção do emprego, trabalho desprovido de garantias, ausência de plano de carreira, dentre outras realidades escassas que contribuem para a vulnerabilidade relativa às diversas facetas da precarização.

REFERÊNCIAS

- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA (ABRASCO), CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE (CEBES) E ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE SÉRGIO AROUCA (ENSP/Fiocruz). **Contra a reformulação da PNAB – nota sobre a revisão da Política Nacional de Atenção Básica**. 27 de julho de 2017. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/posicionamentos-oficiais/contra-reformulacao-da-pnab-nota-sobre-revisao-da-politica-nacional-de-atencao-basica/29798/> Acesso em: 18 nov 2017.
- ANTUNES, A. **Desafios na gestão do trabalho e da educação na saúde**. Política de desprecarização do trabalho e educação permanente permeiam um dos debates da 14º CNS. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venancio/ Fiocruz. 2011. Disponível em: epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/desafios-na-gestao-do-trabalho-e-da-educacao-na-saude. Acesso em: 14 de nov 2017.
- ANTUNES, R. **Adeus ao trabalho?** Ensaio sobre as metamorfoses e a centralização do mundo do trabalho. São Paulo: Cortez, 1995
- ARIAS, E.H.L. et al. **Gestão do trabalho no SUS**. Cadernos RH Saúde, Brasília: 3(1):119-1, mar. 2006
- ALESSIO M. M., SOUSA, M. F. Regulação da formação de especialistas: inter-relações com o Programa Mais Médicos. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 26 [2]: 633-667, 2016
- BATALHA, E. LAVOR, A. toda atenção que o SUS e a população merecem. **Rev. RADIS**, Rio de Janeiro, nº 183, p. 10-15. Dez/2017
- BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. **Política Social: fundamentos e história**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. **Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização** / Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia e Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira, IMIP. – Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2005a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica** / Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica.–Brasília : Ministério da Saúde, 2016
- BRASIL. PORTARIA Nº198/GM Em 13 de fevereiro de 2004. **Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília,DF fev.2004
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Supremo Tribunal ederal, Secretaria de Documentação, 1988.
- BRASIL. LEI Nº 7.596, de 10 de abril de 1987. **Altera dispositivos do Decreto-lei nº 200, de 25 de fevereiro de 1967, modificado pelo Decreto-lei nº 900, de 29 de**

setembro de 1969, e pelo Decreto-lei nº 2.299, de 21 de novembro de 1986, e dá outras providências. Brasília, DF abr.1987.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização de Atenção e gestão do SUS. O humanizaSUS na atenção básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009 a. 40p. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humaniza_sus_atencao_basica.pdf>. Acesso em: 16 de ago. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **A melhoria contínua da qualidade na atenção primária à saúde: conceitos, métodos e diretrizes** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010. 140 p. : il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/avaliacao_ab_portugues.pdf>. Acesso em: 11 jul. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual Instrutivo 3º Ciclo (2015 – 2017) para Equipes de Atenção Básica e NASF**. Saúde Mais Perto de Você – Acesso e Qualidade. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Brasília- DF. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Minuta de aperfeiçoamento da PNAB entra em Consulta Pública**. Disponível em:http://dab.saude.gov.br/portaldab/noticias.php?conteudo=_&cod=2426 Acesso em: 10 de novembro de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Protocolo nº 006/2006. **Aprova as Diretrizes Nacionais para a instituição de Planos de Carreira, Cargos e Salários no âmbito do Sistema Único de Saúde – PCCS – SUS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Sistema Único de Saúde /

Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Gestão da Atenção Básica** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Sistema Único De Saúde Aos 20 Anos. **Na 193ª reunião ordinária CNS aprova Agenda política para o ano de 2009**. Informativo Eletrônico do Conselho Nacional de Saúde - ano 06 - Brasília, 20 de Janeiro de 2009. IN: <http://www.conselho.saude.gov.br/informativo/2009/03/informe.htm>. Acesso em: 01 de setembro de 2017.

CASTRO.A.L.B. FAUSTO. M.C.R. **A política brasileira de atenção primária a saúde**. In: MACHADO. C.V (org.) Políticas de Saúde no Brasil: continuidades e mudanças. Rio de Janeiro: editora Fiocruz, 2012 p. 173-196.

CASTRO, J. L. **Saúde e trabalho**: direitos do trabalhador da saúde. Revista de Direito Sanitário, São Paulo, v. 12, n. 3, p. 86-101, mar./jun. 2012b.

CAMPOS, G. W. **Subjetividade e administração de pessoal**: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). *Agir em saúde – um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec; Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997. p. 229-266.

CAMPOS, C. V. A.; MALIK, A. M. **Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos no Programa de Saúde da Família**. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 42, n. 2, p. 347-368, 2008.

CAPPELLE, M. C. A.; MELO, M. C. O. L.; GONÇALVES, C. A. **Análise de conteúdo e análise de discurso nas ciências sociais**. Organizações Rurais e Agroindustriais, Lavras, v. 5, n. 1, 2003.

CARVALHO, Y. M.; CECCIM, R. B. **Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva**. In: Campos, Gastão W. S.; Minayo, M. C. S.; Akerman, M.; Drumond J. M.; Carvalho, Y. M. org. s.af. Brasil. Tratado de saúde coletiva. São Paulo, Hucitec, 2006. p.149-182.

CHERCHGLIA, M. L. **Terceirização do trabalho nos serviços de saúde: alguns aspectos conceituais, legais e pragmáticos**. In: SANTANA, P.; CASTRO, J. L.(Org.). Capacitação em desenvolvimento de recursos humanos de saúde. Natal: EDUFRN, 1999. p. 367-385

COSTA, M. D. H. **O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos(as) assistentes sociais**. *Serviço Social e Sociedade*, São Paulo, Cortez, n. 62, p. 35-71, 2000.

DAL POZ, M. R. **Cambios en la contratación de recursos humanos**: el caso del Programa de Salud de la Familia en Brasil. *Gaceta Sanitaria*, v. 16, n. 1, p. 82-88, feb. 2002.

EBERHARDT, L.D.; CARVALHO, M. MUROFUSE, N.T. **Vínculos de trabalho no setor saúde**: o cenário da precarização na macrorregião oeste do Paraná. *Revista Saúde em*

Debate, v.39, n. 104, p.18-29, 2015.

ESCOREL, S. **História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária.** In: GIOVANELLA, L. et al. (org.), Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. P.385-434.

FILHO, A. A. **Dilemas e desafios da formação profissional em saúde.** Interface-comunicação, saúde, educ, v8, n15, p.375-80, mar/ago 2004.

FLEURY, S. **Estado sem cidadãos: seguridade social na América Latina** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994. 252 p.

FRANCO, T.; DRUCK, G. **A perda da razão social no trabalho: terceirização e precarização.** São Paulo: Boitempo, 2007.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ)/CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil, 2013.** Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/perfilenfermagem/> Acesso em: 17 fev. 2018.

GALAVOTE, H. S., et al. **O trabalho do enfermeiro na atenção primária à saúde.** In: Esc. Anna Nery vol.20 nº.1 Rio de Janeiro Jan./Mar.2016;20(1):90-98.

GIRADE, M. G.; CRUZ, E. M. N. T.; STEFANELLI, M. C. Educação continuada em enfermagem psiquiátrica: reflexão sobre conceitos. Rev. esc. enferm. USP [online]. 2006, v.40, n.1, p. 105-110.

GIL, C. R. R.; LUIZ, I. C.; GIL, M. C. R. **Gestão pública em saúde: o processo de trabalho na gestão do SUS/** - São Luís, 2016.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 6.ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GIRARDI, S.; CARVALHO, C.L.; WAN DER MAAS, L.; FARAH, J.; FREIRE, J.A. **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

HARTZ, Z. et al. **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos a prática na avaliação de programas e sistemas de saúde.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008

HARTZ, Z. M. A. **Avaliação em saúde.** In: Pereira, Isabel Brasil. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. 2.ed. rev . ampl. - Rio de Janeiro: EPSJV, 2008, p 50-55

HARTZ, Z. M. A. **institucionalizar e qualificar a avaliação: outros desafios para a atenção básica.** Revista Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 419-421, 2002

IAMAMOTO, M. V. **Renovação e Conservadorismo no Serviço Social.** 7. ed. São Paulo: Cortez, 2004.

JAEGER, M. L.; CECCIM, R. B. **Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: caminhos para a Educação Permanente em Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004

KALLEBERG, A.L. **O Crescimento Do Trabalho Precário**:Um desafio global. REVISTA BRASILEIRA DE CIÊNCIAS SOCIAIS - VOL. 24 Nº69. Fev/2009 p.21-30. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbcsoc/v24n69/02>. Acesso em: 15 de novembro de 2017

LACAZ, F. A. C. **Relatório técnico final de projeto de pesquisa**: avaliação da gestão do trabalho como tecnologia em saúde na atenção básica do Sistema Único de Saúde no Estado de São Paulo. São Paulo: Unifesp, 2008

LACAZ, F.A.C. et al. **Qualidade de vida, gestão do trabalho e plano de carreira como tecnologista em saúde na atenção básica do sistema Único de Saúde em São Paulo, Brasil**. Cadernos de Saúde Pública, rio de Janeiro, v.26, n.2, p 253-263, fev.2010

LAKATOS, E. M; MARCONI, M. A. **Metodologia científica**. 3.ed. São Paulo: Atlas, 2000
 LESSA, S. **Marx – Lukacs – proletariado**. Disponível em: http://www.sergiolessa.com/CapLivro08/mrx_lkcs_classes_2008.pdf, 2008. Acesso em 13 de agosto de 2017

LOBATO, L.V.C Políticas sociais e modelos de bem-estar social: fragilidades do caso brasileiro. Saúde e Debate. Rio de Janeiro, v.40 nº especial, p. 87-97, dez 2016

MACHADO. J. F. F. P. et al. **Educação Permanente no cotidiano da Atenção Básica no Mato Grosso do Sul**. In: Saúde debate; 39(104): 102-113, Jan-Mar/2015.

MACHADO, M. H.; OLIVEIRA, E.S.; MOYSES, N.M.N. **Tendências do mercado de trabalho em saúde no Brasil**. In: Celia Pierantoni, Mario Roberto Dal Poz, Tania França. (Org.). O Trabalho em Saúde: abordagens quantitativas e qualitativas. 1ª.ed. Rio de Janeiro: CEPESC,UERJ, 2011, v. 001, p. 103-116.

MACHADO, M. H. **Mercado de trabalho em saúde**. In: FALCÃO, A. et al. (Orgs.). Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análises. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003.

MACHADO, M. H. **Trabalhadores da saúde e sua trajetória na Reforma Sanitária**. In: LIMA, N. T. et AL. (Orgs.). *Saúde e democracia: histórias e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 257-281, 2005

MARX, K. **O Capital**. 14.ed. São Paulo: Difel, 1994. v.1

MARX, K. **O Capital – crítica da economia política**. Livro primeiro, tomo 1. São Paulo: Nova Cultural, 1996.

MARX, K. **Teorias da mais-valia: História Crítica do Pensamento Econômico**. Vol. I. 2ª edição. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1987.

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. **Teorias da mais-valia: História crítica do Pensamento Econômico**. Vol. III. São Paulo: DIFEL, 1985.

MARX, K. **Capítulo VI Inédito de O Capital**. 2 ed. São Paulo: Centauro, 2010. Tradução de Klaus Von Puchen.

MENDONÇA MHM et al. **Desafios para gestão do trabalho a partir de experiências exitosas de expansão da Estratégia de Saúde da Família**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(5):2355-2365, 2010

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

MERHY, E.E.; et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS cotidiano**. São Paulo, editora Hucitec, 2007.

MERHY, E.E. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. *Interface (Botucatu)* vol.9 no.16 Botucatu Sept./Feb. 2005 p. 172-174

MINAYO MCS. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11ª ed. São Paulo: Hucitec; 2008.

MASSAROLI, A; SAUPE, R. **Distinção Conceitual: Educação Permanente e Educação Continuada no processo de trabalho em saúde**. 2005. Disponível em:<<http://abennacional.org.br>> Acesso em: fev.2018

NOGUEIRA, R. P. **O trabalho em saúde: novas formas de organização**. In: NEGRI, B.; FARIA, R. & VIANA, A. L. D. (Orgs.) *Recursos Humanos em Saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho*. Campinas: Unicamp/IE, 2002. p. 257-273

NOGUEIRA R.P. **Problemas de gestão e regulação do trabalho no SUS**. 2008. Disponível em: http://www.observarh.org.br/observarh/repertorio/Repertorio_ObservaRH/NESP-UnB/Problemas_gestao_regulacao.pdf. Acesso em:18 fev.2018

NOGUEIRA R.P. **Problemas de gestão e regulação do trabalho no SUS**. In: *Revista Serviço Social e Sociedade*. Ano XXVII, N.87, SETEMBRO 2006 p147-62.

NOGUEIRA R.P. **Política de recursos humanos para a saúde: questões na área da gestão e regulação do trabalho**. In: SANTANA, P.; CASTRO, J. L. (Org.). *Capacitação em desenvolvimento de recursos humanos de saúde*. Natal: EDUFRN, 1999. p. 443-450

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

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório Mundial de Saúde 2008: a Atenção Primária à Saúde: agora mais que nunca**. Brasília: OMS, 2008

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

PAIM, J. S. **Modelos de Atenção à saúde no Brasil**. In: GIOVANELLA, L. et al (org.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008 p. 547-573

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. **Plano Estadual de Saúde Paraná**

2016-2019 – Curitiba: SESA, 2016.200 p

PASTOR, M.; BREVILHERI, E. C. L. **Estado e Política Social**. Serviço Social em Revista. v. 12. n. 01. Londrina, Jul/Dez 2009.

PEREIRA, P. A.P. **Política Social e Democracia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Cortez, 2002.

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

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, C. R; et al. **Rotatividade da força de trabalho médica no Brasil**. SAÚDE DEBATE | RIO DE JANEIRO, V. 39, N. 106, P. 637-647, JUL-SET 2015. disponível em: http://www.obsnetims.org.br/uploaded/23_11_2015__0_Saude%20em%20Debate_Rotatividade.pdf. Acesso em: 18 set 2017

PIRES D. Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil. São Paulo: Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social CUT; Annablume,1998.

PINTO, H. A. **Atenção Básica e Educação Permanente em Saúde: cenário apontado pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)**. Divulgação Em Saúde Para Debate | Rio de Janeiro, n. 51, p. 145-160, out 2014

PINTO, H. A.. **Institucionalizar e qualificar a avaliação: outros desafios para a atenção básica**. Ciência e Saúde Coletiva, 7(3): 419-421. 2002

RAMOS, Alexandre S. et al. **Política de gestão do trabalho e educação permanente na Bahia: o SUS é uma escola**. *Revista Baiana de Saúde Pública*, Salvador, v. 33, n. 1, p. 40–50, jan.-mar. 2009. Disponível em: <http://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/187>. Acesso em 14 nov. 2017

RIZZOTTO. M. L. F. **Neoliberalismo e saúde** In: PEREIRA, I.B. Dicionário da educação profissional em saúde. 2.ed. Rev. Ampl. - Rio de Janeiro: EPSJV 2009, 478 p.

RIZZOTTO. M. L. F. 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**. In: Saúde debate vol.38 no.spe Rio de Janeiro Oct. 2014 p.237-251

REDE UNIVERSITÁRIA DE TELEMEDICINA – RUTE. Rede Nacional de Ensino e Pesquisa. Disponível em: <http://rute.rnp.br/arute>. Acesso em:27 de novembro de 2017.

ROBBINS SP. **Comportamento organizacional**. 9ª ed. São Paulo: Prentice Hall; 2002.

- SANTANA, J. P. **Política municipal de recursos humanos em saúde.** In: BRASIL. *Gestão municipal de saúde: textos básicos.* Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2001. p. 219-234.
- SANTOS, N. R. **Sistema Único de Saúde - 2010: espaço para uma virada.** *O mundo da saúde* [online], v.34, n.1, p. 8-19, 2010. Disponível em: <http://www.saocamilosp.br/pdf/mundo_saude/74/01_Sistema%20Unico%20de%20Saude.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2018.
- SCALCO, S. V.; LACERDA, J. T. de; CALVO, M. C. M. **Modelo para avaliação da gestão de recursos humanos em saúde.** *Cadernos de Saúde Pública*, v. 26, nº 3, p. 603-614. Rio de Janeiro, 2010.
- STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: Unesco/Ministério da Saúde, 2002, p. 481-564
- SCHRAIBER, L. B et al. **Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas.** *Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, Abrasco, v. 4, n. 2, p. 221-241, 1999.
- SCHRAIBER, L. B. **O médico e seu trabalho: limites da liberdade.** São Paulo, Hucitec, 1993.
- SCHEFFER, M. (Ed.). *Demografia Médica no Brasil, V. 2.* São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo: Conselho Federal de Medicina, 2013. V. 2
- SEIDL . H., et al. **Gestão do trabalho na Atenção Básica em Saúde: uma análise a partir da perspectiva das equipes participantes do PMAQ-A.** In: *Saúde debate* vol.38 no.spe Rio de Janeiro Oct. 2014 p.94-108
- SOUZA, M.A.S.L. **As Novas Configurações do Trabalho em Saúde: os indicativos do processo de desregulamentação.** *Textos & Contextos (Porto Alegre)*, v. 9, n. 2, p. 334 - 344, ago./dez. 2010 Disponível em:revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/download/7340/5793. Acesso em: 20 agos 2017
- STANCATO, K. ZILLI, P.T. **Fatores geradores da rotatividade dos profissionais de Saúde: uma revisão de literatura.** *Rev. adm. saúde*;12(47):87-99, abr.-jun. 2010.
- VARELLA, C.T.; PIERANTONI, C.R. **Mercado de trabalho: revendo conceitos e aproximando o campo da saúde. A década de 90 em destaque.** *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v.18, n.3, p. 521-544, 2008
- UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO. UNA-SUS/UFMA. **Gestão pública em saúde: os desafios da avaliação em saúde/Ana Emilia Figueiredo de Oliveira; Regimarina Soares Reis (Org.).** – São Luís, 2016
- YASBEK, M. C. **Estado e políticas sociais.** S.d. Disponível em:<http://files.adrianonascimento.webnode.com.br/200000175-4316b440ff/Yazbek,%20Maria%20Carmelita.%20Estado%20e%20pol%C3%Adticas%20sociais.pdf>. Acesso em: 24 de maio de 2018

YASBEK, M. C. **Estado e Políticas Sociais**. Revista Praia Vermelha. 18. ed. UFRJ. Rio de Janeiro, segundo semestre 2005