

4 RESULTADOS

O resultado desta pesquisa foi apresentado no formato de dois artigos científicos, que foram elaborados considerando-se as instruções que constam no site das revistas selecionadas para a submissão.

Estes manuscritos visam atender o objetivo proposto por este estudo, uma vez que permite traçar o perfil e analisar os conhecimentos dos gestores de saúde dos municípios de pequeno porte sobre o SUS.

Para responder aos objetivos específicos, foram elaborados os artigos “**Perfil dos gestores de saúde dos municípios de pequeno porte**” e “**Conhecimento dos gestores de municípios de pequeno porte sobre o SUS**”.

4.1 MANUSCRITO 01: PERFIL DOS GESTORES DE SAÚDE DOS MUNICÍPIOS DE PEQUENO PORTE

Elaborado conforme as instruções que constam no site da **Revista de Saúde Pública do Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (Revista Physis)**. Acesso em janeiro de 2014.

PERFIL DOS GESTORES DE SAÚDE DOS MUNICÍPIOS DE PEQUENO PORTE

Andresa Teixeira Santos¹
Sergio Donha Yarid²

Resumo

Muitas têm sido as dificuldades encontradas pelos municípios frente ao processo de efetivação do SUS, dentre as quais se destacam o Planejamento das ações em saúde e a gestão do sistema municipal de saúde. Assim, objetivo desse estudo é traçar o perfil dos gestores do Sistema de Saúde de municípios de pequeno porte. Neste estudo, participaram os gestores dos municípios com até 20.000 habitantes, circunscritos na 13ª Dires. Utilizou-se a entrevista como técnica de coleta de dados. A análise de dados foi realizada mediante a análise estatística descritiva e a utilização da técnica Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2011). Os dados evidenciaram que existem dificuldades enfrentadas pelos municípios de pequeno porte devido à alta precarização dos vínculos, a falta de políticas voltadas à fixação de profissionais, ausência de Plano de Carreiras, Cargos e Salários e a ausência de instituição da Política de Educação Permanente, evidenciada nos municípios estudados. Por tais razões, há a necessidade de mudança de direcionalidade na política municipal de saúde dos municípios de pequeno porte, visando reduzir as dificuldades e limites identificados, bem como de garantir uma assistência de qualidade à população.

Palavras-chave: Planejamento em Saúde; Avaliação em saúde; Gestão em Saúde.

¹ Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós Graduação em Enfermagem e Saúde do Departamento de Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB.

² Professor Adjunto do curso de Odontologia e do Programa de Pós Graduação em Enfermagem e Saúde do Departamento de Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia.

Abstract

Many have been the difficulties encountered by municipalities across the process of realization of the SUS among which stands out the planning of health actions and management of the district health system. Managers of municipalities Thus, aim of this study is to trace the profile of the managers of the Health System of the Unified Health System participated in this study with up to 20,000 inhabitants, circumscribed in 13th DORES. Was used as a technique for data collection interviews and systematic observation. Data analysis was performed by descriptive statistical analysis, and the use of technical content analysis proposed by Bardin (2011). The data showed that there is difficulty faced by small towns due to the high instability of the bonds, the lack of policies to permanent staff, no Plan Careers , Jobs and Salaries absence of the institution of the Permanent, Education Policy evidenced in the cities studied . For these reasons, there is need for change of directionality in municipal health policy of small municipalities to reduce the difficulties and limitations identified and ensure quality care population.

Keywords: Health Planning; Health evaluation; Health Management.

INTRODUÇÃO

A articulação de um conjunto amplo, e por vezes heterogêneo, de organizações é a estratégia adotada na implementação de políticas na área social frente à complexa rede de causalidades dos problemas e da interface com diferentes atores e setores.

O setor da saúde agrega diferentes atores, unidades, programas e serviços para garantir o cuidado à saúde de toda a sociedade, conformando interesses e conflitos que exigem um grande esforço e muita competência na sua gestão. O processo de consolidação do Sistema Único de Saúde estimula os gestores a identificarem, selecionarem e elaborarem instrumentos que os auxiliem na condução da gestão. Esta prática contribui para o melhor aproveitamento das oportunidades e para a superação de desafios na implementação de políticas de saúde. A descentralização da gestão é um importante pilar desta consolidação (VIEIRA, 2009), a qual se concretiza pela transferência de serviços, poder, recursos e responsabilidades aos municípios. Uma política substantiva de descentralização e com abertura para o controle social reforça a tendência de reduzir a forma normativa e centralizada da gestão no nível federal e confere, aos municípios, a direcionalidade que o sistema necessita para produzir saúde. A política de descentralização administrativa pressupõe a criação de estratégias para a

superação de entraves gerenciais do setor. Nesse contexto, o planejamento passou a ser considerado como uma importante ferramenta para o efetivo funcionamento do SUS (FARIA et al., 2009).

O planejamento é um instrumento de gestão das três esferas de governo no âmbito do SUS, permitindo a definição de objetivos e a organização das ações a serem desenvolvidas. Além disso, o planejamento facilita o acompanhamento, a fiscalização, o controle dos gastos e a avaliação dos resultados obtidos. É um instrumento de gestão fundamental para o cumprimento das diretrizes operacionais que orientam o Sistema Único de Saúde e que compõe parte do seu arcabouço legal (MENDES, 2010).

A importância do planejamento dos serviços de saúde está relacionada com o comprometimento com o produto das ações, numa relação direta com a gestão e o controle, em concordância com a realidade dos serviços, com a disponibilidade de recursos e com as necessidades em saúde da população (MENDES, 2010).

O estabelecimento de responsabilidades de municípios, estados e Federação, quanto ao planejamento, institui a necessidade permanente de informações que favoreçam a reflexão dos gestores sobre os modos de operar as atividades de planejamento e os auxiliem na tomada de decisões para ajustá-las às necessidades do SUS.

Assim, este estudo tem por objetivo traçar o perfil dos gestores do Sistema de Saúde e coordenadores da ESF dos municípios de pequeno porte que compõem a 13ª DIRES.

Metodologia

Dadas as características do objeto de estudo, optou-se por uma pesquisa de abordagem quantiqualitativa. Foi realizado um estudo de caso, caracterizado como uma investigação empírica que pode ser utilizado através de uma mistura de evidência quantitativa e tem um lugar diferenciado na pesquisa de avaliação (YIN, 2010).

A escolha dos 05 municípios (Itagibá, Itaquara, Itiruçu, Jitaúna e Lafaiete Coutinho) estudados foi intencional, utilizando como critério a proximidade com a universidade, visto que este estudo faz parte de um projeto de pesquisa maior do Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde, intitulado “A Organização

do Processo de Trabalho e da Assistência à Saúde nos Municípios de Pequeno Porte da 13ª Diretoria Regional de Saúde do Estado da Bahia”, vinculado ao Projeto de Pesquisa Prioritária para o SUS (PP SUS) e financiado pelo Ministério da Saúde. Este programa tem por objetivo traçar o perfil dos municípios de pequeno porte da 13ª Diretoria Regional de Saúde do Estado da Bahia com relação à gestão do trabalho na perspectiva de fortalecer os Sistemas locorregionais.

Na apresentação dos resultados da pesquisa, os participantes não foram citados pelo nome e sim pelo cargo/função que exerciam, seguido pela numeração dos municípios. Os entrevistados também foram divididos por grupos a que pertencem, para não possibilitar a sua identificação. Assim, eles foram classificados em dois grupos de sujeitos que se encontram inseridos no processo do planejamento das ações em saúde, considerando a significância da sua vivência que se entrelaça com o tema proposto à investigação, com o intuito de compreender a realidade.

Grupo I- Gestores do sistema de saúde municipal.

Grupo II- Coordenadores da Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Assim, foram obtidos como sujeitos da pesquisa 05 secretários de saúde municipal e 10 enfermeiros coordenadores da ESF.

Inicialmente, para coleta dos dados, foram realizadas visitas aos municípios que participaram do projeto, a fim de estabelecer contato com as autoridades locais, apresentar a intenção da pesquisa, sensibilizar sobre a importância da participação dos gestores na realização do estudo e obter o consentimento para o acesso aos dados e documentos necessários, assim como para a realização das entrevistas.

Foi utilizada como técnica de coleta de dados a entrevista semiestruturada, uma fonte de expressão das ideias e dos valores dos sujeitos da pesquisa, sendo através da comunicação orientada que o pesquisador pode captar a subjetividade do entrevistado, bem como outras informações mais profundas do objeto a ser investigado (MINAYO, 2010).

Os dados coletados foram analisados quantitativamente por meio de estatística descritiva no programa Excel for Windows. Já para a análise qualitativa, utilizou-se a análise de conteúdo de Bardin (2011).

O projeto de pesquisa que originou este estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), tendo sido aprovado sob o número de protocolo 080/2009, conforme Ofício CEP/UESB 265/2009, em 04 de setembro de 2009, baseado na Resolução 466/2012 do Ministério da Saúde, que estabelece as normas da pesquisa com seres humanos (BRASIL, 2012).

Resultados

A partir dos dados das entrevistas, estabeleceu-se o perfil dos trabalhadores do setor de saúde responsáveis pelo planejamento das ações neste campo: coordenação da Secretaria Municipal de Saúde (Secretários de Saúde) dos municípios casos e dos enfermeiros coordenadores da ESF dos municípios casos.

Quadro 01: Caracterização dos Secretários Municipais de Saúde, Bahia, 2014.

CATEGORIAS	MUNICÍPIO 01	MUNICÍPIO 02	MUNICÍPIO 03	MUNICÍPIO 04	MUNICÍPIO 05
Gênero	Feminino	Feminino	Masculino	Feminino	Feminino
Reside no município	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Experiência prévia na gestão	Sim	Sim	Não	Não	Sim
Formação	Superior completo	Superior completo	Nível médio	Nível médio	Superior incompleto
Pós-graduação	Sim	Não	Não	Não	Não

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Dos gestores pesquisados, 80% são do gênero feminino e 100% possuem domicílio na cidade onde atuam.

Na análise da dimensão experiência prévia na gestão, 60% responderam de forma positiva. A Secretária de Saúde do município 01 já havia ocupado o mesmo cargo no município em outra gestão, tendo ainda atuado como Diretora do Departamento de Assistência à Saúde em um município de médio porte da mesma microrregião. A Secretária de Saúde do município 02 também possuiu experiência na gestão da saúde, uma vez que ocupou cargo de Diretora orçamentária de saúde em outro município da microrregião. Os Secretários de saúde do município 03 e 04

não possuem experiência prévia na gestão. Já a secretária de saúde do município 05 possui experiência como diretora administrativa de um hospital.

Foi possível identificar que 60% dos informantes não possuem formação superior. A gestora do município 01 é graduada em Enfermagem, possui pós-graduação *Lato Sensu* em Saúde Pública e Saúde da Família. O secretário de saúde do município 02 possui bacharelado em Direito e não possui nenhuma pós-graduação, enquanto os gestores da saúde dos municípios 03 e 04 não possuem formação superior. O gestor do município 05 está concluindo o curso de graduação em Administração. Vale ressaltar que nos municípios pesquisados, 80% dos gestores possuem vínculo empregatício temporário com o município onde estes possuem cargos, através de nomeação pelo gestor local. Apenas o gestor do município 02 tem vínculo efetivo com o município como professor.

Quadro 02: Caracterização dos enfermeiros coordenadores da ESF. Município 01, Bahia, 2014.

CATEGORIAS	COORDENADOR DA ESF 01	COORDENADOR DA ESF 02	COORDENADOR DA ESF 03
Gênero	Feminino	Feminino	Feminino
Reside no município	Sim	Não	Sim
Tipo de vínculo	Contratado	Contratado	Contratado
Tempo na mesma equipe	4 meses	4 anos	8 meses
Pós-graduação	Saúde pública com ênfase PSF	Urgência e emergência	Saúde Pública

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Quadro 03: Caracterização dos enfermeiros coordenadores da ESF. Município 02, Bahia, 2014.

CATEGORIAS	COORDENADOR DA ESF 01	COORDENADOR DA ESF 02
Gênero	Feminino	Feminino
Reside no município	Não	Não
Tipo de vínculo	Contrato	Contrato
Tempo na mesma equipe	9 meses	1 ano
Pós-graduação	Saúde pública com ênfase em PSF	Não possui

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Quadro 04: Caracterização dos enfermeiros coordenadores da ESF. Município 03, Bahia, 2014.

Categorias	Coordenador da ESF 01	Coordenador da ESF 02
Gênero	Feminino	Feminino
Reside no município	Sim	Sim
Tipo de vínculo	Contratado	Contratado
Tempo na mesma equipe	2 anos e seis meses	3 anos
Pós-graduação	Saúde coletiva	Não

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Quadro 05: Caracterização dos enfermeiros coordenadores da ESF. Município 04, Bahia, 2014.

Categorias	Coordenador da ESF 01	Coordenador da ESF 02
Gênero	Feminino	Feminino
Reside no município	Sim	Sim
Tipo de vínculo	Contratada	Contratada
Tempo na mesma equipe	1 ano	< 1ano
Pós-graduação	Saúde pública	Não possui

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Quadro 06: Caracterização dos enfermeiros coordenadores da ESF. Município 05, Bahia, 2014.

Categorias	Coordenador da ESF 01
Gênero	Feminino
Reside no município	Sim
Tipo de vínculo	Contratada
Tempo na mesma equipe	<1 ano
Pós-graduação	Saúde coletiva e auditoria

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Na análise das dimensões dos municípios avaliados no que tange aos coordenadores da ESF, o gênero feminino prevaleceu em 100%. 70% das entrevistadas possuem pós-graduação *lato sensu*, 100% das enfermeiras possuem cargo por nomeação do gestor local e 70% têm um ano ou menos na mesma equipe.

Discussão dos Resultados

No setor saúde, as experiências ao longo dos anos têm revelado a formatação de um novo desenho de mercado de trabalho no SUS, centrado na contenção de gastos, congelamento e redução dos salários, desregulação das relações de trabalho por meio da flexibilização na contratação de pessoal, principalmente nas iniciativas referentes à expansão da ESF, constituindo-se num desafio ao processo de construção da política de gestão do trabalho em saúde para o SUS (BRASIL, 2005; GIRARDI, 1999).

A precarização das relações de trabalho impacta negativamente na eficiência e eficácia dos serviços de saúde prestados à população, promovendo vulnerabilidade e incertezas do vínculo, interferindo na qualidade e na continuidade da assistência.

Para tratar conceitualmente o trabalho precário, Kalleberg (2009, p. 1) o define como o que envolve o trabalho imprevisível, incerto, em que os próprios trabalhadores assumem os riscos empregatícios. Na concepção de Druck (2009) apud Correia e Prêdes (2009, p. 26), a precarização é um fenômeno proveniente das modificações no arcabouço jurídico trabalhista e social, na reconfiguração do papel do Estado e das políticas sociais e é caracterizada pela insegurança, impactando ainda as formas de gestão do trabalho.

Para as Entidades Sindicais que representam os trabalhadores do SUS, o trabalho precário está caracterizado não apenas como ausência de direitos trabalhistas e previdenciários consagrados em lei, mas também como ausência de concurso público ou processo seletivo público para assunção de cargo permanente ou emprego público no SUS (BRASIL, 2006).

O desempenho dos municípios para os indicadores vínculo de trabalho possibilitou demonstrar a precariedade na relação trabalhista. A maioria dos gestores municipais de saúde e enfermeiros coordenadores da ESF dos municípios de pequeno porte entrevistados não atingiram os parâmetros mínimos estabelecidos de pessoal com vínculo permanente.

Segundo Brasil (2006), o enorme processo de precarização do trabalho que ocorreu até então acarretou uma condição em que cerca de 600 mil trabalhadores encontravam-se nessa condição até o ano de 2006, colocando, então, o expressivo

contingente de trabalhadores que prestam assistência à população em franca situação de desconforto e de insegurança trabalhista e social.

Observou-se, neste estudo, a grande permanência de vínculos frágeis dos secretários de saúde (80%) e coordenadores da ESF (100%). Os estudos realizados no âmbito da atenção básica comprovam a contradição entre o princípio da efetivação dos vínculos entre os profissionais de saúde e a população e a gestão do trabalho em saúde, marcada pela precarização das relações de trabalho na ESF (SILVA, 2010; SILVA; FIGUEIRÓ, 2008).

Conforme Flegele e colaboradores (2010), essa situação confirma a existência de formas atípicas e precárias de trabalho no SUS, que rompem com as regras básicas de regulamentação do trabalho, estabilidade, jornada de trabalho e os direitos previdenciários e trabalhistas.

As exigências atuais em relação às atividades de planejamento pressupõem a necessidade de profissionais qualificados e permanentes para seu desenvolvimento. O vínculo não permanente de trabalho no serviço público contraria os princípios normativos da administração pública (BRASIL, 1988). O não cumprimento desta norma pode comprometer a continuidade do processo de trabalho e até mesmo inviabilizar o cumprimento das ações planejadas, em caso de mudança de gestão.

No Estudo, verificou-se que a maioria dos coordenadores da ESF possui o tempo permanência na ocupação menor ou igual um ano (70%), o que pode interferir no estabelecimento de vínculo por falta de continuidade na atenção. O estudo de Linha de Base conduzido por Camargo Júnior et al. (2006) apontou a descontinuidade administrativa em alguns municípios do lote avaliado (Minas Gerais e Espírito Santo), decorrente da mudança da gestão municipal e da rotatividade dos técnicos, que, para os autores, comprometem a viabilidade de qualquer projeto político no campo da saúde.

Para Bodstein (2002), a descontinuidade administrativa gera profundas variações no desempenho técnico-político dos gestores locais na prestação de serviços, na implementação de programas e políticas de saúde, trazendo consigo um conjunto considerável de riscos e incertezas.

Desse modo, faz-se necessário construir formatos institucionais capazes de reduzir a vulnerabilidade do SUS e assegurar certa proteção, face à turbulência da vida político-partidária, que possibilitem a efetividade, eficiência e eficácia da gestão (PAIM; TEIXEIRA, 2007).

Quanto à qualificação, considera-se que a formação de especialistas em saúde pública, gestão em saúde, saúde coletiva e planejamento pode imprimir qualidade ao desenvolvimento das ações em saúde desenvolvidas nos municípios (BRASIL, 2006). No entanto, foi percebida a precariedade na formação dos secretários de saúde entrevistados, onde 60% não possuem formação superior completa.

Isso pode ser comprovado também pela Pesquisa de Informações Básicas Municipais (Munic) do IBGE, onde se demonstrou que um em cada três secretários municipais de saúde do Brasil não tem diploma universitário, fato que se apresenta com maior expressividade em municípios de pequeno porte (BRASIL, 2012).

Assim, em relação à temática perfil dos gestores em Atenção Básica dos municípios de pequeno porte, percebem-se problemas marcados por precarização das relações de trabalho, envolvendo flexibilização nas condições de remuneração adotada, vínculos irregulares, ausência de uma política de Gestão de trabalho em Saúde que atenda às necessidades do SUS no âmbito local (SILVA, 2010), comprometendo, assim, a efetivação dos princípios estruturais e ideológicos voltados para o acolhimento, estabelecimento de vínculos, responsabilização compartilhada entre profissionais e usuários com respeito ao encaminhamento do processo de produção e consumo de serviços de saúde.

A precarização também pode ser visualizada pela falta do Plano de Carreiras, Cargos e Salários (PCCS) nos municípios. A Lei 8.142/90 define condicionantes para as transferências de recurso fundo a fundo: o estabelecimento dos Fundos de Saúde e Conselhos de Saúde; a elaboração de Plano de Saúde; a existência de contrapartida de recursos no respectivo orçamento receptor; e constituição de uma comissão para elaborar um PCCS (BRASIL, 1990).

Entretanto, já se passaram mais de vinte anos desde a Legislação e nota-se a inexistência de políticas voltadas à fixação de profissionais, de piso salarial e mesmo da criação de plano de cargos e salários nos municípios estudados.

A heterogeneidade de vínculos é um dado importante na atualidade, as novas formas de “contrato” mudam radicalmente os mecanismos de ingresso e manutenção do trabalhador, estabelecendo novas relações de trabalho, definindo também a necessidade de se adquirir competências que habilitem trabalhadores e gestores como negociadores das condições de trabalho, às vezes em situações adversas do ponto de vista orçamentário, para operar avanços significativos nas

negociações, mesmo quando os pleitos dos trabalhadores são reconhecidos como legítimos (BRASIL, 2007).

Percebe-se ainda certa fragilidade no desenvolvimento de ações de educação permanente, vez que nenhum dos municípios tem instituída a Política de Educação Permanente em Saúde.

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) é uma proposta de ação estratégica que visa contribuir para transformar e qualificar as práticas de saúde, a organização das ações e dos serviços de saúde, os processos formativos e as práticas pedagógicas na formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde. A implantação desta política implica em trabalho intersetorial capaz de articular desenvolvimento individual e institucional, ações e serviços e gestão setorial e atenção à saúde e controle social (BRASIL, 2004).

A CF afirma em seu Artigo 200 que compete ao Sistema Único de Saúde, além de outras atribuições, nos termos da Lei:

III – ordenar a formação de Recursos Humanos na área da saúde;

V – incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico.

Nota-se que aparecem tanto a ordenação da formação de Recursos Humanos quanto o desenvolvimento científico e tecnológico. Por conseguinte, tanto uma responsabilidade para com a formação de pessoal de saúde de modo geral quanto para a produção específica de conhecimento e tecnologia no âmbito do próprio Sistema. Ao conceber a área de formação como a ação educativa de qualificação de pessoal e a ação investigativa da pesquisa e inovação, a lei prevê que os órgãos gestores do SUS estruturem mecanismos de atuação educacional, que deem conta de ambas as funções (BRASIL, 1988).

Conclusão

Ao traçar o perfil dos gestores do Sistema de Saúde dos municípios de pequeno porte, encontrou-se a presença majoritária do gênero feminino, 80% para os secretários de saúde e 100% para os coordenadores da ESF. Evidenciou-se também a falta de formação dos secretários de saúde, sendo que 60% não possuem formação superior. Percebeu-se a fragilidade dos vínculos, sendo que 80% dos secretários de saúde e 100% dos coordenadores da ESF possuem vínculos frágeis. Além disso, outros dados encontrados foram a inexistência da criação de Plano de

Carreiras, Cargos e Salários e a ausência de instituição da Política de Educação Permanente.

Os resultados obtidos apontam para a necessidade de fortalecer, a nível municipal, políticas públicas voltadas para o fortalecimento da gestão dos sistemas de saúde, através da reorganização do modelo de atenção.

REFERÊNCIAS

BODSTEIN, R. Atenção básica na agenda da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 401-412, 2002.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. **Lei nº 8.142**, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e da outras providências. Brasília-DF, 1990.

_____. Ministério da Saúde. **Gestão do trabalho e da regulação profissional em saúde**: agenda positiva do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. Brasília, 2005.

_____. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Regulação e do Trabalho em Saúde. **Documento da proposta de Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS**. Brasília, 2006.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Gestão do Trabalho na Saúde**/ Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS. Brasília: CONASS, 2007.116p.

_____. RESOLUÇÃO Nº 466/ 2012b. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF: Conselhos Nacionais de Saúde, 2012.

BARDIN, L. Análise de Conteúdo. São Paulo. Edições 70, 2011.

CAMARGO JR. et al. **Estudo de linha de base Proesf, lote 1 Sudeste**: Minas Gerais e Espírito Santo. Rio de Janeiro: Cepesc/Uerj, 2006. Relatório Final.

CORREIA, M. V. C; PRÉDES, R. L. **Re-latório técnico da pesquisa As formas de gestão do trabalho em saúde e o processo de precarização do trabalho em saúde no setor público do estado de Alagoas**. Maceió: UFAL, 2009.

FARIA, H. WERNECK, M. SANTOS, M.A. TEXEIRA, P.F. **Processo de trabalho em saúde**.Curso de Especialização em Atenção Básica em saúde da Família. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Editora UFMG, 2009.

GIRARDI, S. **A regulação dos recursos humanos em saúde e a reforma do setor saúde em países da América Latina**. Washington. DC: Organização Pan-Americana da Saúde, 1999.

IBGE. Pesquisa de Informações Básicas Municipais. **Perfil dos Municípios Brasileiros, 2012**.

KALLEBERG, A.L. O crescimento do trabalho precário: um desafio global. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**. Vol. 24, nº. 69.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2010, v.15, n.5, pp. 2297-2305. ISSN 1413-8123.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 2010.

PAIM, J.S; TEIXEIRA, C. F. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, p. S1819-S1829, nov. 2007. Suplemento

SILVA, G.; FIGUEIRÓ, A. C. Linha de Base Matricial da Implementação do Proesf. In: HARTZ, Z.; FELISBERTO, E.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M (Org.). **Meta-avaliação da atenção básica à saúde: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 71-96.

SILVA, M. **Avaliação da rede de unidades de saúde da família com foco na integralidade**. 2010. 131 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2010

VIEIRA, F. S. Avanços e desafios do planejamento no Sistema Único de Saúde. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2009, v.14, suppl.1, p. 1565-1577. ISSN 1413-8123.

YIN, R. K. **Estudo de Caso: planejamento e métodos**, 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2010. 248p.