

Análise dos vínculos trabalhistas e tempo de permanência dos profissionais da atenção primária no Brasil

Analysis of employment relationships and length of service of primary care professionals in Brazil

Rafael Damasceno de Barros¹, Hugo de Cerqueira Melo¹, Rosa Lícia Conceição Soares¹

DOI: 10.1590/2358-2898202614810701P

RESUMO Este estudo analisou os vínculos trabalhistas dos profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil e sua relação com a vulnerabilidade social dos municípios. Utilizando dados do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, de abril de 2024 a março de 2025, foram incluídos profissionais que atuam em equipes da APS. A variável principal foi o tipo de vínculo, e a vulnerabilidade foi medida pelo Índice de Vulnerabilidade Social. Menos de 50% dos profissionais tinham vínculos estatutários. Entre os de nível superior, contratos temporários foram frequentes: 38% dos enfermeiros, 30% dos médicos e 42% dos dentistas. O vínculo estatutário foi mais comum entre agentes comunitários (62%). Com relação aos médicos, 16% eram estatutários, e 24% eram do Programa Mais Médicos. Em municípios menos vulneráveis, a prevalência de médicos estatutários foi 10 vezes maior do que em municípios mais vulneráveis. O tempo médio de permanência nas equipes por profissionais estatutários foi 3 vezes maior do que o de profissionais temporários ou com vínculo intermediado. A elevada rotatividade, sobretudo em contextos de maior vulnerabilidade social, pode comprometer a longitudinalidade do cuidado e a vinculação dos profissionais à comunidade, princípios centrais da Política Nacional de Atenção Básica.

PALAVRAS-CHAVE Processo de trabalho em saúde. Atenção Primária à Saúde. Vulnerabilidade social. Sistema Único de Saúde. Recursos humanos.

ABSTRACT This study analyzed the employment contracts of Primary Health Care (PHC) professionals in Brazil and their relationship with municipal social vulnerability. Using data from the National Registry of Health Facilities, from April 2024 to March 2025, the study included professionals working in PHC teams. The main variable was the type of employment contract, and social vulnerability was measured using the Social Vulnerability Index. Fewer than 50% of professionals held permanent civil servant positions. Among higher-education professionals, temporary contracts were frequent: 38% of nurses, 30% of physicians, and 42% of dentists. Civil service contracts were more common among community health workers (62%). With regard to physicians, 16% held statutory positions, and 24% were part of the Mais Médicos Program. In less vulnerable municipalities, the prevalence of statutory physicians was ten times higher than in more vulnerable areas. The average tenure of statutory professionals in PHC teams was three times longer than that of temporary or third-party professionals. High staff turnover, especially in highly vulnerable contexts, may hinder continuity of care and the establishment of strong bonds between professionals and the community, core principles of the National Primary Health Care Policy.

KEYWORDS Healthcare work process. Primary Health Care. Social vulnerability. Unified Health System. Workforce.

¹ Universidade Federal da Bahia (UFBA) – Salvador (BA), Brasil.
rafael.barros@ufba.br



Introdução

Nas últimas décadas, estudos têm evidenciado a precarização do trabalho no Brasil em diversas dimensões, como o descumprimento de direitos trabalhistas, condições laborais inadequadas, remuneração insuficiente e impactos negativos na saúde dos trabalhadores¹⁻⁴. No âmbito da saúde, observa-se o crescimento da terceirização na gestão de unidades e serviços, um reflexo de modelos de contratação mais flexíveis – porém, frequentemente, menos estáveis^{2,5}. Esse cenário levanta questionamentos sobre as consequências dessa dinâmica para os vínculos empregatícios e a qualidade da assistência prestada à população.

Uma pesquisa realizada em 2014 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)² avaliou o quadro dos funcionários municipais do Brasil por vínculo empregatício e concluiu que, entre os anos de 1999 e 2014, o percentual de vínculos estatutários caiu de 65% para 61,1% do total, ao passo que o número de profissionais sem vínculo empregatício subiu de 13,4% para 18,7% no mesmo período.

A vulnerabilidade das formas de inserção derivada do tipo de vínculo empregatício é um meio de precarização do trabalho por conferir maior insegurança e instabilidade à carreira do profissional, fragmentação do sentimento de coletividade entre profissionais do mesmo setor com vínculos empregatícios diferentes, desigualdade de direitos e benefícios e sofrimento psicossocial^{4,6}. O setor da saúde vem enfrentando uma expansão do processo de terceirização após a reforma do Estado no Brasil, a partir da década de 1990, que se sustentou em ideais liberais com a finalidade de reduzir o papel do Estado na sociedade⁷.

A Atenção Primária à Saúde (APS) é o nível de um sistema de saúde responsável por oferecer ao usuário o primeiro ponto de contato, garantindo cuidado contínuo,

integral e coordenado para a maioria das demandas de saúde⁸. A longitudinalidade do cuidado é uma diretriz da APS expressa pela existência de uma fonte regular de atenção e pelo seu uso contínuo ao longo do tempo^{9,10}. O vínculo da população com essa fonte de atenção deveria se refletir em fortes laços interpessoais, marcados pela cooperação mútua entre as pessoas e os profissionais de saúde⁸. Para tal, o vínculo empregatício do profissional com as unidades de saúde pode ser um fator fundamental diante da alta rotatividade derivada dos vínculos frágeis, implicando piores experiências de cuidados aos usuários¹¹.

A fragilização da longitudinalidade do cuidado implica uma maior procura por parte da população dos serviços de emergência¹², além de indicar uma menor probabilidade de atender às necessidades gerais de saúde do usuário, o que pode gerar sobrecarga em serviços de emergência, aumento do risco de complicações e despesas desnecessárias para o indivíduo e para o sistema de saúde¹²⁻¹⁴.

Compreender o grau da vulnerabilidade dos vínculos empregatícios da APS pode ser fundamental para o processo de organização das ações e dos serviços de saúde no País. Entretanto, os estudos que caracterizam os tipos de vínculos trabalhistas dos profissionais da APS são escassos e possuem uma abrangência limitada por não abordarem o panorama nacional de cada profissional de saúde da APS¹⁵⁻¹⁹. Além disso, esses estudos não examinaram as possíveis variações dessas características de acordo com a vulnerabilidade social do município em que o profissional atua.

Portanto, este estudo teve por objetivo analisar os tipos de vínculos de trabalho dos profissionais da APS no Brasil, em geral e por condição de vulnerabilidade social do município, e o tempo médio de permanência desses profissionais nas equipes, segundo o tipo de vínculo trabalhista.

Material e métodos

Desenho do estudo

Trata-se de um estudo exploratório, com objetivo analítico, abordagem quantitativa e nível de análise individuada, observacional e transversal.

Contexto

Este estudo foi realizado no Brasil, com dados de abril de 2024 a março de 2025, coletados em abril de 2025. Foi utilizado como fonte dos dados o Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES)²⁰, considerando os registros dos tipos de vínculos dos profissionais da APS em todo o País. O período considera os últimos doze meses disponíveis no SCNES na data da coleta.

Participantes

Estavam elegíveis, portanto, enfermeiros, médicos, cirurgiões-dentistas, técnicos e auxiliares de enfermagem, técnicos e auxiliares de saúde bucal e Agentes Comunitários de Saúde (ACS), em equipes de saúde da APS dos tipos: 70 – Equipe de Saúde da Família (eSF), 71 – Equipe de Saúde Bucal (eSB), 73 – Equipe dos Consultórios na Rua (eCR), 74 – Equipe de Atenção Primária Prisional (eAPP) e 76 – Equipe de Atenção Primária (eAP).

Para listagem das equipes da APS, foi utilizado o arquivo do SCNES: lista das equipes

de saúde ('tbEquipes'). Para a listagem dos profissionais presentes em cada equipe, foi utilizada a relação de profissionais por estabelecimento e equipe ('rlEstabEquipeProf'). Para filtros dos profissionais, foram considerados apenas os pertencentes aos tipos de equipe 70, 71, 73, 74 e 76. Para identificação e filtro dos profissionais da APS, foi utilizada a relação entre vínculos e carga horária dos profissionais do Sistema Único de Saúde – SUS ('tbCargaHorariaSus'), considerando os códigos presentes na Classificação Brasileira de Ocupações (CBO)²¹ e registrados no cadastro do profissional: médicos, CBO, iniciando em '2251', '2252', '2253' ou '2231'; enfermeiros, iniciando em '2235'; técnicos e auxiliares de enfermagem, iniciando em '3222', exceto '322255', destinado aos Técnicos em ACS; cirurgião-dentista, iniciando em '2232'; técnicos e auxiliares em saúde bucal, iniciando em '3224'; e ACS, CBO igual a '515105' ou '322255' (Técnicos em ACS).

Variáveis

A variável principal investigada ou de desfecho foi o tipo de vínculo trabalhista de cada uma das categorias dos profissionais da APS dos cinco tipos de equipes mencionados. Essa variável foi coletada através do registro do tipo de vínculo no cadastro do SCNES ('IND_VINCULACAO') de cada profissional em cada equipe, indicando a sua forma de contratação (que, neste estudo, será considerada um sinônimo do tipo de vínculo trabalhista do profissional) para atuar naquela equipe da APS.

Quadro 1. Modalidades de contratação segundo os direitos trabalhistas correlatos e a expectativa de estabilidade e segurança no trabalho

Modalidade de contratação	Descrição
VE-Estatutário	Servidor cedido ou próprio da Administração Pública Direta ou Indireta, ocupante de cargo efetivo do próprio ente público regido pelo Regime Jurídico Único (federal, estadual e municipal) e militar, vinculado a Regime Próprio de Previdência ou ao Regime Geral de Previdência Social.
VE-Celetista	Empregado público cedido ou do próprio ente/entidade pública da Administração Pública Direta ou Indireta, ocupante de emprego público, contratado pelo regime CLT por prazo indeterminado.
VE-Temporário	Trabalhador temporário, contratado pela Administração Pública Direta ou Indireta ou por pessoa física ou jurídica por prazo/tempo determinado, regido por lei específica (federal, estadual, distrital ou municipal) ou pela CLT.
Intermediado	Trabalhador sem vínculo com o setor público, intermediado por um contratante que pode ser pessoa física ou pessoa jurídica. Pode ou não ter vínculo empregatício com o contratante, podendo ter contrato com prazo determinado ou não, sendo regido por lei específica ou pela CLT.
Residência	Profissional cursando residência médica ou multiprofissional, caracterizada por treinamento em serviço, com bolsa financiada pela instituição (pública ou privada) responsável pelo estabelecimento ou por outro ente/entidade.
Bolsista	Profissional ou estudante que desenvolve atividades de ensino, pesquisa e extensão/ensino-serviço financiada por instituição (pública ou privada) responsável pelo estabelecimento ou por outro ente/entidade. Não regido pela Lei nº 11.788/2008 (Lei do estágio).
Outros	Todos as outras modalidades (Estágio, Informal e Autônomo).

Fonte: Adaptado da Portaria nº 1.321, de 22 de julho de 2016, do Ministério da Saúde²².

VE = Vínculo empregatício.

A classificação da forma de contratação foi feita a partir da Tabela de Formas de Contratação definida na Portaria do Ministério da Saúde (MS) nº 1.321/2016²², sintetizada no *quadro 1*, considerando até dois níveis de desagregação (forma de contratação com o estabelecimento e a forma de contratação com o empregador). As formas de contratação com o empregador consideradas foram: estatutário efetivo, empregado público celetista e contrato temporário ou por prazo/tempo determinado, sendo que, nessas três, o profissional possui vínculo empregatício com o estabelecimento. As demais, em que não existe o vínculo empregatício com o estabelecimento, foram: autônomo (podendo ser contratado por pessoa jurídica, física ou cooperado), residência, bolsista (aqui se incluem, principalmente, profissionais dos programas de provimento de médicos do MS como o Mais Médicos e o Médicos pelo Brasil) e intermediado (contrato intermediado por outra instituição ou terceirização). Na descrição das tabelas, as formas que não chegaram

a 1% do total para cada categoria profissional foram agregadas em uma categoria denominada 'Outras'.

O tempo de contratação foi coletado a partir da variável 'DT_ENTRADA', que significa a data de entrada na equipe da APS, até a data da última competência deste estudo, que foi 31 de março de 2025.

A variável preditora ou explicativa foi o Índice de Vulnerabilidade Social (IVS), que mede o grau de vulnerabilidade social dos municípios e regiões do Brasil, construído pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea). Ele é composto por vários indicadores relacionados a três principais dimensões: infraestrutura urbana (acesso a serviços como saneamento básico, água potável e eletricidade); capital humano (indicadores ligados a educação, saúde e condições de vida, como mortalidade infantil e níveis de escolaridade); renda e trabalho (avalia a distribuição de renda e a inserção no mercado de trabalho, além de

indicadores de pobreza). Esse índice atualmente é utilizado pelo MS para construção do novo modelo de financiamento da APS²³, que usa o Índice de Equidade e Dimensionamento, calculado a partir do IVS e do porte populacional do município.

Fonte dos dados

Os dados dos profissionais foram coletados no *site* do SCNES. Os dados do IVS foram coletados no portal do Ipea²⁴.

Viés

Os dados dos cadastros dos profissionais de saúde na APS são, em geral, feitos pelas secretarias municipais de saúde e passíveis de erros de digitação dos profissionais dos diversos setores relacionados com a gestão de recursos humanos. O modelo de financiamento da APS estabelece critérios de validação das equipes, que consistem, entre outros fatores, na verificação da duplicação de vínculos de certos profissionais de diferentes equipes, a depender do tipo ou mesmo do não cumprimento de carga horária mínima para determinados profissionais e equipes. Esse processo tem potencial para mitigar o viés derivado dos erros de registros, já que tais equívocos podem gerar perdas econômicas para os municípios, que, por consequência, acabam empregando mais atenção aos registros dos profissionais da APS no SCNES.

Um estudo que utilizou uma amostra de 2.777 hospitais evidenciou que quase 90% dos dados de funcionamento desses estabelecimentos estavam atualizados, indicando uma alta confiabilidade do padrão de registro dos dados no portal do SCNES²⁵.

O total de profissionais com vínculo trabalhista na APS apresentou números diferentes nos resultados obtidos nas *tabelas 1 e 3* porque 5 municípios saíram da análise na *tabela 3*. Esses municípios foram criados após o Censo Demográfico de 2010²⁶. Como o IVS utiliza dados do Censo Demográfico, esses

5 municípios foram retirados da análise nas *tabelas 2 e 3*, o que gerou essa pequena diferença no número de profissionais vinculados, que, por ser discreta, não inviabiliza a análise realizada.

Métodos estatísticos

Foi calculada a proporção média das formas de contratação das categorias profissionais presentes nas equipes da APS selecionadas entre abril de 2024 e março de 2025. Neste estudo, a forma de contratação ‘Vínculo Empregatício/Estatutário Efetivo’ foi considerada um proxy para o vínculo com maior estabilidade e, portanto, em condição menos precária de vínculo trabalhista.

Para analisar a associação entre o IVS e a prevalência de profissionais estatutários por categoria, foi empregado um modelo de regressão de Poisson utilizando equações de estimação generalizadas com erros-padrão robustos para heterocedasticidade. A variável dependente foi o número total de profissionais estatutários nas equipes de APS, enquanto o IVS dos municípios foi utilizado como variável explicativa principal, estratificado em níveis de vulnerabilidade. Para controlar o efeito do tamanho da população de profissionais, incluímos o logaritmo do número total de profissionais como *offset* no modelo.

Essa abordagem permitiu estimar as Razões de Prevalência (RP) associadas aos diferentes níveis de vulnerabilidade municipal, tomando como referência os municípios classificados com ‘muito alta vulnerabilidade’. Assim, as RP obtidas podem ser interpretadas como a razão entre a prevalência de médicos estatutários em cada estrato de vulnerabilidade em comparação ao estrato de referência, controlando-se pelo tamanho total da força de trabalho de cada categoria profissional em cada município.

Nesse sentido, foram feitas regressões logísticas binomiais para calcular a chance de cada profissional nas equipes da APS de ter o vínculo empregatício estatutário efetivo, a depender do estrato do IVS do município onde

trabalha. A escolha desse modelo de regressão foi feita considerando a distribuição categórica e binomial da variável de desfecho que foi ter ou não ‘Vínculo Empregatício/Estatutário Efetivo’.

Para o cálculo do tempo médio de contratação na equipe, foi feita a contagem do número de dias da data de entrada do profissional na equipe até a competência analisada neste estudo (31 de março de 2025), dividido por 365, para obtermos o valor em anos de cada profissional. Foram excluídos profissionais com data de entrada na equipe ausente ou preenchida incorretamente. Com esses dados, foram calculados a média e o desvio-padrão por categoria profissional e a forma de contratação. Os dados foram organizados e analisados através do software R (V4.5.0)²⁷ e para produção das tabelas, com a sumarização dos resultados.

De acordo com as Resoluções nº 466²⁸, de 2012, e nº 510²⁹, de 2016, do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa, este estudo não necessitou da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa por empregar dados secundários agregados que não permitem a identificação individual dos profissionais.

Resultados

Entre abril de 2024 e março de 2025, em média, 667.286 profissionais de categorias selecionadas estiveram ativos em equipes da APS registradas no SCNES, sendo 296.344 ACS, 118.684 técnicos e auxiliares de enfermagem, 84.666 médicos, 74.835 enfermeiros, 47.489 cirurgiões-dentistas e 45.268 técnicos e auxiliares em saúde bucal. Desse total, excetuando o ACS, menos de 50% dos profissionais atuantes na APS tinham vínculo estatutário.

Entre os profissionais com exigência de graduação universitária, a forma de contratação temporária foi a mais prevalente, abrangendo 37,6% dos enfermeiros, 30,5% dos médicos e 42,3% dos cirurgiões-dentistas (*tabela 1*). Entre os médicos, 15,7% dos profissionais eram estatutários, sendo a maior parcela contratada em formato temporário, bolsista ou intermediado.

Para técnicos e auxiliares de enfermagem e saúde bucal, as proporções para as formas de contratação foram semelhantes, sendo a mais prevalente a ‘vínculo empregatício estatutário’. A categoria com maior número de profissionais estatutários em equipes da APS foi a de ACS, com mais de 62% dos profissionais.

Tabela 1. Descrição do número e proporção dos profissionais da APS segundo a categoria profissional e a forma de contratação. Brasil, média anual, abril/2024 a março/2025

Categoria profissional	Forma de contratação	n	%	% cum.
ACS	VE-Estatutário	185,842	62,7	62,7
	VE-Celetista	81,749	27,6	90,3
	VE-Temporário	14,929	5,0	95,3
	Intermediado	12,915	4,4	99,7
	Outras	909	0,3	100,0
Enfermeiro	VE-Temporário	28,141	37,6	37,6
	VE-Estatutário	27,614	36,9	74,5
	Intermediado	10,279	13,7	88,2
	VE-Celetista	5,564	7,4	95,6
	Outras	1,215	1,6	97,2
	Residência	1,158	1,6	98,8
	Autônomo	864	1,2	100,0

Tabela 1. Descrição do número e proporção dos profissionais da APS segundo a categoria profissional e a forma de contratação. Brasil, média anual, abril/2024 a março/2025

Categoria profissional	Forma de contratação	n	%	% cum.
Médico	VE-Temporário	25,819	30,5	30,5
	Bolsista	20,233	23,9	54,4
	Intermediado	13,818	16,3	70,7
	VE-Estatutário	13,256	15,7	86,4
	Autônomo	4,871	5,8	92,2
	VE-Celetista	3,491	4,1	96,3
	Residência	2,598	3,1	99,4
	Outras	580	0,6	100,0
Cirurgião-dentista	VE-Temporário	20,092	42,3	42,3
	VE-Estatutário	17,673	37,2	79,5
	Intermediado	4,661	9,8	89,3
	VE-Celetista	3,221	6,8	96,1
	Autônomo	745	1,6	97,7
	Outras	682	1,3	99,0
	Residência	499	1,0	100,0
Técnico e auxiliar de saúde bucal	VE-Estatutário	18,686	41,3	41,3
	VE-Temporário	18,465	40,7	82,0
	Intermediado	4,509	10,0	92,1
	VE-Celetista	3,029	6,7	98,8
	Outras	579	1,3	100
Técnico e auxiliar de enfermagem	VE-Estatutário	48,523	40,9	40,9
	VE-Temporário	44,933	37,9	78,8
	Intermediado	14,769	12,4	91,2
	VE-Celetista	8,889	7,5	98,7
	Outras	1,570	1,3	100

Fonte: elaboração própria com base em dados do CNES²⁰.

VE = Vínculo empregatício. Estatutário = Estatutário efetivo. Celetista = Empregado público celetista. Temporário = Contrato temporário ou por prazo/tempo determinado. Intermediado = Contrato intermediado por outra instituição (terceirização).

Nos municípios com maiores níveis de vulnerabilidade social, a contratação por regime estatutário foi menos prevalente, especialmente entre os médicos. Médicos que atuavam em municípios com IVS ‘Muito baixo’ tinham 10,58 vezes mais chance de serem estatutários

em comparação com aqueles que trabalhavam em municípios com IVS ‘Muito alto’ (tabela 2). A única exceção foi observada entre os ACS, cuja contratação estatutária foi mais comum em municípios com maior IVS.

Tabela 2. Regressão Poisson do Índice de Vulnerabilidade Social do município e proporção de profissionais estatutários da atenção primária por categoria profissional. Brasil, média anual, abril/2024 a março/2025

Variável	RP (IC95%) ¹
Agente Comunitário de Saúde	
Muito alto	1,00 (Referência)
Alto	1,00 (0,95;1,05)
Médio	0,88 (0,80;0,96)
Baixo	0,62 (0,47;0,82)
Muito baixo	0,53 (0,45;0,61)
Enfermeiro	
Muito alto	1,00 (Referência)
Alto	1,47 (1,30;1,66)
Médio	2,30 (1,98;2,67)
Baixo	2,50 (1,99;3,15)
Muito baixo	2,64 (2,23;3,14)
Médico	
Muito alto	1,00 (Referência)
Alto	2,24 (1,77;2,84)
Médio	6,45 (4,97;8,38)
Baixo	7,98 (5,94;10,74)
Muito baixo	10,58 (8,17;13,69)
Cirurgião-dentista	
Muito alto	1,00 (Referência)
Alto	1,52 (1,32;1,74)
Médio	2,78 (2,37;3,27)
Baixo	3,27 (2,73;3,92)
Muito baixo	3,61 (3,03;4,29)
Aux. e téc. de saúde bucal	
Muito alto	1,00 (Referência)
Alto	1,60 (1,42;1,80)
Médio	2,36 (2,03;2,75)
Baixo	2,59 (2,10;3,18)
Muito baixo	2,85 (2,46;3,29)
Aux. e téc. de enfermagem	
Muito alto	1,00 (Referência)
Alto	1,40 (1,26;1,54)
Médio	1,96 (1,71;2,24)
Baixo	2,19 (1,74;2,75)
Muito baixo	2,32 (1,96;2,74)

Fonte: elaboração própria.

¹ Razão de Prevalência (Intervalo de Confiança a 95%).

O tempo médio de permanência nas equipes da APS foi inferior a 5 anos em todas as formas de contratação para todas as categorias profissionais, com exceção do ACS, que apresentou 9,3 anos em média nas equipes (*tabela 3*). Ao desagregar os dados por tipo de vínculo, desconsiderando a categoria profissional e os ACS,

observou-se que os profissionais estatutários apresentaram a maior média de permanência nas equipes, 4 anos, enquanto os celetistas alcançaram a média de 3,6 anos, os temporários 2,4 anos, os intermediados 2,3 anos e os bolsistas 1,6 anos.

Tabela 3. Descrição do tempo médio de contratação em anos dos profissionais da APS segundo a categoria profissional e a forma de contratação. Brasil, média anual, abril/2024 a março/2025

Categoria profissional	Tipo de vínculo	n	Tempo na equipe (em anos)	
			Média	DP
ACS	VE-Estatutário	184.592	9,3	7,2
	VE-Celetista	81.153	6,7	6,1
	Intermediado	12.862	5,5	4,9
	VE-Temporário	14.646	3,5	3,8
	Outros	904	3,0	2,7
Enfermeiro	VE-Estatutário	27.134	3,7	4,3
	VE-Celetista	5.452	2,9	3,7
	VE-Temporário	27.277	1,9	2,3
	Intermediado	10.020	1,8	2,2
	Bolsista	334	1,6	1,4
	Outros	2.804	1,4	1,7
Médico	VE-Estatutário	13.046	3,5	4,1
	VE-Celetista	3.432	2,8	3,5
	VE-Temporário	24.960	1,6	2,1
	Intermediado	13.411	1,5	1,9
	Bolsista	19.797	1,5	1,6
	Outros	7.793	1,4	1,8
Cirurgião-dentista	VE-Estatutário	17.433	3,2	3,3
	VE-Celetista	3.179	2,7	3,1
	Intermediado	4.547	1,7	1,8
	VE-Temporário	19.551	1,7	2,0
	Outros	1.576	1,5	1,8
	Bolsista	214	1,4	1,3
Técnico e auxiliar de saúde bucal	VE-Estatutário	18.484	3,5	3,5
	VE-Celetista	2.993	3,0	3,1
	VE-Temporário	18.116	2,4	2,5
	Outros	560	2,4	2,6
	Intermediado	4.424	2,1	2,1

Tabela 3. Descrição do tempo médio de contratação em anos dos profissionais da APS segundo a categoria profissional e a forma de contratação. Brasil, média anual, abril/2024 a março/2025

Categoria profissional	Tipo de vínculo	Tempo na equipe (em anos)		
		n	Média	DP
Técnico e auxiliar de enfermagem	VE-Estatutário	47.845	3,8	4,3
	VE-Celetista	8.760	3,3	3,9
	VE-Temporário	43.963	2,3	2,6
	Intermediado	14.440	2,2	2,7
	Outros	1.507	2,0	2,6

Fonte: CNES²⁰.

VE = Vínculo empregatício. Estatutário = Estatutário efetivo. Celetista = Empregado público celetista. Temporário = Contrato temporário ou por prazo/tempo determinado. Intermediado = Contrato intermediado por outra instituição (terceirização). DP = Desvio-padrão.

Discussão

Os resultados evidenciaram heterogeneidade das formas de contratação dos profissionais da APS no Brasil, com destaque para a baixa proporção de profissionais com vínculo estatutário, principalmente entre os com graduação universitária, corroborando uma pesquisa desenvolvida na Fundação Osvaldo Cruz que analisou dados de 2023 de cinco capitais brasileiras (Rio de Janeiro, Recife, Salvador, Palmas e Porto Alegre) e constatou uma diversidade de modalidades de contratação, com baixa priorização da modalidade estatutária.

O tempo médio de permanência nas equipes aumenta quando os profissionais possuem vínculo estatutário. Nesse sentido, possivelmente, será mais factível organizar o processo de trabalho baseado na diretriz de longitudinalidade do cuidado prevista na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)¹⁰ nas equipes com as quais os profissionais possuem vínculo trabalhista mais estável e, portanto, maior tempo de atuação junto aos usuários e suas famílias, assim como na comunidade em geral. Uma revisão realizada em 2018³⁰ encontrou 22 estudos que demonstravam que o aumento da continuidade do cuidado por médicos está associado a menores taxas de mortalidade. Há evidências de que profissionais estatutários

proporcionam melhor desempenho com relação aos atributos essenciais da APS^{18,31}, ainda que novos estudos sejam recomendados para aprofundar e validar tal hipótese.

Os resultados deste estudo constataram uma elevada proporção de profissionais da enfermagem que atuam na APS sob regime de contratação temporário. Tal formato, em geral, não garante aos profissionais plano de carreira com progressão salarial e estabilidade. Esse cenário pode gerar desgastes físicos e emocionais associados às altas cargas de trabalho e desvalorização profissional, resultando em prejuízo na qualidade do serviço para a população³, contribuição para o risco de adoecimento e desmotivação na atuação desses profissionais³².

A lei da oferta e da demanda desempenha um papel relevante em diversas áreas profissionais, e a enfermagem não é uma exceção³³. Observa-se um número elevado de profissionais em comparação à quantidade limitada de vagas disponíveis. Essa situação pode contribuir para a precarização do trabalho, resultando em ofertas de emprego com salários mais baixos e jornadas de trabalho mais extensas. Um estudo realizado no Ceará, entre 2013 e 2017, demonstrou que o profissional de enfermagem enfrenta baixos níveis salariais, vínculos de trabalho precários e falta de segurança no emprego³⁴. Segundo Viana

e colaboradores³⁵, tal cenário pode ser consequência de uma política expansionista de recursos humanos em uma sociedade capitalista, refletida na diminuição dos salários e no aumento da tensão e da insegurança quanto à manutenção do vínculo empregatício.

A literatura evidencia que a forma de contratação pode influenciar o trabalho dos médicos na APS¹⁸. A escassez histórica desses profissionais, especialmente em regiões com condições socioeconômicas desfavoráveis e afastadas dos grandes centros urbanos, contribui para a adoção de diferentes modelos de vínculo empregatício³⁶. Esse descompasso na disponibilidade de médicos reflete-se na diversidade de formas de contratação, frequentemente associadas à precarização do trabalho, ainda que sob novas roupagens. Como alternativa para suprir o déficit de profissionais, surgem vínculos mais frágeis, como contratos temporários e bolsas de trabalho³⁶.

Um estudo realizado com 51 médicos que atuavam em municípios com até 50 mil habitantes e com dificuldade de acesso, distribuídos nas cinco regiões do Brasil, investigou, por meio de um questionário, os principais fatores que influenciaram a decisão desses profissionais de se deslocar para essas localidades e permanecer nelas³⁷. Os resultados indicaram que os aspectos mais determinantes foram: salário (92%), possibilidade de folgas ou flexibilidade na jornada de trabalho (74,5%), infraestrutura da unidade de saúde (66%), local de origem do profissional (66%), oferta de opções de lazer na cidade (64,7%) e infraestrutura geral do município (62,7%). Vínculo empregatício estável foi um fator importante para 34% dos médicos entrevistados, sendo que alguns ressaltaram que o vínculo temporário apresenta influência positiva na atração do profissional ao possibilitar a permanência no município durante um período pré-determinado e uma maior facilidade para trocar de município diante de uma proposta mais interessante, além de possibilitar uma maior flexibilidade de horário em sua rotina.

O presente estudo constatou que a principal forma de contratação dos médicos da APS

no Brasil são os contratos temporários. As formas de contratação estatutária e temporária são, respectivamente, a melhor (85%) e a pior (96,6%) segundo médicos em um estudo realizado na cidade de Fortaleza¹⁸, que identificou que os médicos associam a forma de contratação estatutária com estabilidade, o que possibilitaria, na visão deles, garantia de direitos trabalhistas, vinculações, melhor remuneração, regularidade de pagamentos, continuidade da assistência, segurança, possibilidade de incentivos, acesso a aperfeiçoamentos, irredutibilidade de salários, acompanhamento longitudinal e menor rotatividade de profissionais.

A comparação entre a opinião dos médicos entrevistados no estudo realizado em Fortaleza¹⁸ e no estudo conduzido em municípios remotos do Brasil³⁷ destaca a complexidade da gestão da assistência médica. Enquanto os profissionais da capital priorizam a estabilidade no vínculo empregatício, aqueles que atuam em regiões mais remotas preferem contratos mais flexíveis, pois não têm intenção de permanecer por longos períodos longe dos grandes centros urbanos.

O governo federal criou medidas visando a combater a distribuição desigual de médicos no País a partir de diversos estímulos, com destaque para a vinculação de médicos junto aos MS e/ou Educação, como no caso das residências médicas, bolsistas pelo Programa de Valorização da Atenção Básica (ProvaB), já extinto, e pelo Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB)¹⁸. Essas formas de contratação garantem acesso, contudo, podem gerar um problema de curto e médio prazo com a rotatividade dos profissionais e consequente quebra de continuidade dos processos de trabalho da APS, comprometendo a base dos atributos essenciais da APS: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado³⁸.

Vale destacar, também, que o PMMB, em agosto de 2025, apresentava mais de 28 mil profissionais na APS no Brasil³⁹, distribuídos em mais de 81,7% dos municípios brasileiros,

contratados pela Agência Brasileira de Apoio à Gestão do Sistema Único de Saúde (AgSUS), em sua maioria, na modalidade de bolsistas (95%). Esses profissionais estão ocupando os diversos estratos de vulnerabilidade do IVS, o que sugere que, para a categoria médica, a modalidade de contratação via bolsa sem vínculo empregatício é uma realidade importante com tendência de ampliação no cenário brasileiro.

As condições de vulnerabilidade social dos municípios parecem ser preditoras da capacidade de realização de concursos públicos, o que resulta em um maior ou menor número de profissionais estatutários e, consequentemente, em um tempo médio mais longo de permanência nas equipes da APS. Diante do forte cenário de desigualdade no País, uma política de gestão do trabalho na APS deve considerar esses aspectos em seu processo de formulação e execução, garantindo parâmetros que possam corrigir ou atenuar essa disparidade.

De acordo com os resultados do presente estudo, todos os profissionais de saúde apresentaram vínculos empregatícios mais instáveis em municípios com maior vulnerabilidade social, exceto os ACS, o que pode ter relação com a Lei nº 11.350, de 2006⁴⁰, que determinou que a contratação dos ACS ocorra exclusivamente por processo seletivo público, e o vínculo deve se estabelecer diretamente com o ente federativo. Contudo, percebe-se que existe um número importante de ACS em municípios com vínculos intermediados e temporários, descumprindo a legislação.

Voltando ao tema da vulnerabilidade social, a instituição do Provab e do PMMB surgiu como recurso para proporcionar assistência médica à população de municípios remotos e desassistidos, oferecendo o vínculo de bolsista aos profissionais que aderiram aos programas, o que também contribui para a predominância de vínculos mais instáveis aos profissionais de municípios com maior vulnerabilidade³⁷.

A valorização profissional na APS seria, portanto, um aspecto essencial na satisfação dos trabalhadores e está ligada à qualidade

do serviço, sendo observada como condição determinante na melhoria do desempenho do trabalho multidisciplinar¹⁸. Ainda que o salário atraia os profissionais, nem sempre será determinante para a sua fixação no município⁴¹. Segundo Brito e colaboradores⁴², uma forma poderosa de fixação de recursos humanos do SUS seria a criação de uma política de gestão de pessoas atrativa aos trabalhadores, aglutinando aspectos financeiros, formativos e a possibilidade de ascensão em uma carreira estável.

Com relação à saúde bucal, ainda é possível encontrar no Brasil, diante das desigualdades regionais, cenários com baixa cobertura na APS. Aliado a isso, evidencia-se com frequência um cenário de condições inadequadas de trabalho, com falta de insumos e materiais, dificultando ou até mesmo impedindo o desempenho da função dos profissionais da saúde bucal dentro dos preceitos éticos, morais e científicos⁴³.

Um estudo realizado por Facó e colaboradores⁴⁴ demonstrou que a satisfação de um profissional decorre não só do prazer da prática, mas, também, da remuneração justa e reconhecida de seu contratante, observando-se, ainda, que, embora o cirurgião-dentista possa gostar do trabalho em saúde coletiva e dos propósitos que esse serviço possui, dois pontos mostraram afligir a categoria: os padrões salariais do setor, que se encontram defasados, e a fragilidade do vínculo empregatício, desestimulando os profissionais quanto à dedicação aos serviços públicos.

Em 1993, o MS instituiu a Mesa Nacional de Negociação Permanente do Sistema Único de Saúde (MNNP-SUS)⁴⁴, com o objetivo de estabelecer uma instância de negociação trabalhista entre empregadores e funcionários do SUS. Cinco itens são listados como necessários à pauta de negociação: salário, jornada de trabalho, plano de carreira, mecanismos de gestão de recursos humanos e direitos e conquistas sindicais no SUS⁴⁵. Após ter suas atividades suspensas no início de 2019, a MNNP-SUS teve sua reinstalação aprovada em março de

2023, conforme estabelecido na Resolução nº 708/2023⁴⁶. A retomada desse espaço de negociação pode ser um passo fundamental na valorização dos trabalhadores do SUS, pois permite o diálogo sobre as relações laborais, a defesa de vínculos estáveis e decentes e a busca de melhores condições de trabalho.

Conclusões

O monitoramento das formas de contratação na APS e a promoção de políticas que incentivem vínculos empregatícios mais estáveis e com garantia de direitos trabalhistas, como o estatutário e o celetista, podem assumir papel estratégico na garantia da longitudinalidade do cuidado e no fortalecimento do vínculo entre profissionais e usuários. Paralelamente, o investimento na infraestrutura dos municípios desassistidos é fundamental para melhorar as condições de vida locais, tornando o ambiente mais atrativo para os profissionais de saúde e incentivando a sua permanência em longo prazo, o que favorece uma maior integração com a comunidade.

Este estudo tem uma abordagem quantitativa, descrevendo proporções das modalidades

de contratação dos profissionais da APS. Ressalta-se que existem outras condições que não foram capturadas neste estudo que também podem ter relação com a organização do trabalho na APS e podem não depender do tipo de vínculo, como exigência constante de mudanças na organização do cotidiano do trabalho, sobrecarga devido à extensa jornada de trabalho, cobrança pelo alcance de metas, a despeito das condições de trabalho⁴⁷. Recomendam-se, inclusive, novos estudos com abordagem qualitativa que busquem descrever essas outras condições no trabalho e seu impacto para a organização da APS no Brasil.

Colaboradores

Barros RD (0000-0002-1782-7253)* contribuiu para a concepção do trabalho, coleta, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica e aprovação final da versão a ser publicada. Melo HC (0009-0004-4434-2587)* e Soares RLC (0009-0001-5149-1183)* contribuíram igualmente para análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica e aprovação final da versão a ser publicada. ■

Referências

1. Antunes R, Druck G. A terceirização sem limites: a precarização do trabalho como regra. *O Soc Quest*. 2015;18(34):19-40.
2. Druck G. A terceirização na saúde pública: formas diversas de precarização do trabalho. *Trab Educ Saúde*. 2016;14:15-43. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00023>
3. Franco T, Druck G, Seligmann-Silva E. As novas relações de trabalho, o desgaste mental do trabalhador e os transtornos mentais no trabalho precarizado. *Rev Bras Saúde Ocup*. 2010;35:229-48. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0303-76572010000200006>
4. Bastos JA. Múltiplos vínculos de trabalho, precarização e sofrimento psicossocial no cotidiano de um hospital universitário. *Rev Bras Saúde*

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- de Ocup. 2024;49:edsmsubj5. DOI: <https://doi.org/10.1590/2317-6369/21922pt2024v49edsmsubj5>
5. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Perfil dos estados brasileiros: 2021. Rio de Janeiro: IBGE; 2022. 73 p.
 6. Damascena DM, Vale PR. Tipologias da precarização do trabalho na atenção básica: um estudo netnográfico. *Trab Educ Saúde*. 2020;18:e00273104. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00273>
 7. Pierantoni CR, Varella TC, Santos MR, et al. Gestão do trabalho e da educação em saúde: recursos humanos em duas décadas do SUS. *Physis Rev Saúde Coletiva*. 2008;18(4):685-704. DOI: <https://doi.org/10.1590/s0103-73312008000400005>
 8. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: Unesco; MS; 2006.
 9. Baratieri T, Marcon SS. Longitudinalidade do cuidado: compreensão dos enfermeiros que atuam na estratégia saúde da família. *Esc Anna Nery*. 2011;15:802-10. DOI: <https://doi.org/10.1590/s1414-81452011000400020>
 10. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova 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). *Diário Oficial da União [Internet]*, Brasília, DF. 2017 set 21 [acesso em 2025 jan 25]; Edição 183; Seção 1:68-76. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=22/09/2017&jornal=1&pagina=68&totalArquivos=120>
 11. Reddy A, Pollack CE, Asch DA, et al. The Effect of Primary Care Provider Turnover on Patient Experience of Care and Ambulatory Quality of Care. *JAMA Intern Med*. 2015;175(7):1157-62. DOI: <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2015.1853>
 12. Dourado I, Medina MG, Aquino R. The effect of the Family Health Strategy on usual source of care in Brazil: data from the 2013 National Health Survey (PNS 2013). *Int J Equity Health*. 2016;15(1):151. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12939-016-0440-7>
 13. Acosta AM, Lima MADS. Características de usuários frequentes de serviços de urgência: revisão integrativa. *Rev Eletr Enferm*. 2013;15(2):564-73. DOI: <https://doi.org/10.5216/ree.v15i2.17526>
 14. Cowling TE, Cecil EV, Soljak MA, et al. Access to primary care and visits to emergency departments in england: a cross-sectional, population-based study. *PLoS ONE*. 2013;8(6):e66699. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0066699>
 15. Gabriel M, Cayetano MH, Chagas MM, et al. Mecanismos de ingresso de dentistas no SUS: uma agenda prioritária para o fortalecimento do Brasil Sorridente. *Ciênc saúde coletiva*. 2020;25:859-68. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020253.14532018>
 16. Eberhardt LD, Carvalho M, Murofuse NT. Vínculos de trabalho no setor saúde: o cenário da precarização na macrorregião Oeste do Paraná. *Saúde debate*. 2015;39:18-29. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-110420151040432>
 17. Lopes WP, Carvalho BG, Santini SML, et al. Contexto sociopolítico e a organização da força de trabalho e oferta de serviços da Atenção Básica. *Trab Educ Saúde*. 2023;21:e02005221. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs02005>
 18. Lima Júnior AL, Barreto ICHC, Maranhão RR, et al. Formatos de contratação médica na Estratégia Saúde da Família e o desempenho de seus atributos essenciais. *Ciênc saúde coletiva*. 2021;26:1657-68. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021265.04432021>
 19. Pereira AAC, Cunha CLF, Alvarenga EC, et al. Precarização do trabalho de enfermeiras: uma análise na Atenção Primária à Saúde brasileira. *Trab Educ Saúde*. 2023;21:e02311227. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs2311>
 20. CNES: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde [Internet]. Brasília, DF: DATASUS. [2000] [acesso em 2025 fev 25]. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/>

21. CBO: Classificação Brasileira de Ocupações [Internet]. Brasília, DF: MTE; ©2007-2017 [acesso em 2025 maio 5]. Disponível em: <https://cbo.mte.gov.br/cbo-site/pages/pesquisas/BuscaPorTitulo.jsf>
22. Ministério da Saúde (BR). Portaria MS/GM nº 1.321, de 22 de julho de 2016. Estabelece as formas de contratação dos profissionais do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2016 jul 22 [acesso em 2025 fev 25]; Seção 1. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt1321_22_07_2016.html
23. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM/MS nº 3.493, de 10 de abril de 2024. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, para instituir nova metodologia de cofinanciamento federal do Piso de Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União [Internet], Brasília, DF. 2024 abr 10 [acesso em 2025 fev 25]; Seção 1. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-3.493-de-10-de-abril-de-2024-553573811>
24. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Atlas da vulnerabilidade social nas regiões metropolitanas brasileiras. Brasília, DF: Ipea; 2015.
25. Rocha TAH, Silva NC, Barbosa ACQ, et al. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde: evidências sobre a confiabilidade dos dados. Ciênc saúde coletiva. 2018;23:229-40. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018231.16672015>
26. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Brasileiro de 2010 [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2012 [acesso em 2025 fev 25]. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/pesquisa/censo-demografico/demografico-2010/inicial>
27. R: The R Project for Statistical Computing [Internet]. Version 4.5.1. [Sem local]: The R foundation. 2025 jun 13 [acesso em 2025 jul 25]. Disponível em: <https://www.R-project.org>
28. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2013 jun 13; Seção I:59.
29. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em ciências humanas e sociais [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2016 maio 24 [acesso em 2025 jul 25]; Seção 1:44-6. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html
30. Gray DJP, Sidaway-Lee K, White E, et al. Continuity of care with doctors – a matter of life and death? A systematic review of continuity of care and mortality. BMJ Open. 2018;8(6):e021161. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-021161>
31. Oliveira MAC, Pereira IC. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. Rev Bras Enferm. 2013;66:158-64. DOI: <https://doi.org/10.1590/s0034-71672013000700020>
32. Santos KM, Tracera GMP, Nascimento FPB, et al. O adoecimento dos trabalhadores de enfermagem e os riscos psicossociais no trabalho. Acta Paul Enferm. 2022;35:eAPE03447. DOI: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2022ao03447>
33. Varian HR. Intermediate microeconomics: a modern approach. New York: W.W. Norton & Co; 2010. 739 p. DOI: <https://doi.org/10.1057/9780230226203.3086>
34. Silva RM, Vieira LJES, Garcia Filho C, et al. Precarização do mercado de trabalho de auxiliares e técnicos de Enfermagem no Ceará, Brasil. Ciênc saúde coletiva. 2019;25:135-45. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.28902019>
35. Viana VGA, Ribeiro MFM. Desafios do profissional de enfermagem da estratégia de saúde da família: peça-chave não valorizada. Ciênc Cuid Saúde. 2022;21:e59900. DOI: <https://doi.org/10.4025/cienc-cuidsaude.v21i0.59900>

36. Scheffer M, Biancarelli A, Cassenote A, et al. Demografia médica no Brasil – 2018 [Internet]. 2018 [acesso em 2024 jul 17]. 287 p. Disponível em: https://cdn-flip3d.sflip.com.br/temp_site/issue-97e48472142cfd1cd5d5b5ca6831cf4.pdf
37. Stralen ACSV, Massote AW, Carvalho CL, et al. Percepção de médicos sobre fatores de atração e fixação em áreas remotas e desassistidas: rotas da escassez. *Physis Rev Saúde Coletiva*. 2017;27:147-72. DOI: <https://doi.org/10.1590/s0103-73312017000100008>
38. Brunello MEF, Ponce MAZ, Assis EG, et al. O vínculo na atenção à saúde: revisão sistematizada na literatura, Brasil (1998-2007). *Acta Paul Enferm*. 2010;23:131-5. DOI: <https://doi.org/10.1590/s0103-21002010000100021>
39. Painei Mais Médicos. Painei de Monitoramento dos Programas de Provimento da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde [Internet]. Brasília, DF: MS; 2025 [acesso em 2025 set 5]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sgtes/mais-medicos/painei/painei>
40. Presidência da República (BR). Lei nº 11.350, de 05 de outubro de 2006. Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição Federal, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 2006, e dá outras providências [Internet]. Diário Oficial da União, 2006 out 6 [acesso em 2025 nov 25]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11350.htm
41. Mendes M, Trindade LL, Pires DEP, et al. Cargas de trabalho na Estratégia Saúde da Família: interfaces com o desgaste dos profissionais de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*. 2020;54:e03622. DOI: <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2019005003622>
42. Brito ESV, Oliveira RC, Silva MRF. Análise da continuidade da assistência à saúde de adolescentes portadores de diabetes. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2012;12:413-23. DOI: <https://doi.org/10.1590/s1519-38292012000400008>
43. Costa ACO, Moimaz SAS, Garbin AJI, et al. Plano de carreira, cargos e salários: ferramenta favorável à valorização dos recursos humanos em saúde pública. *Odontol Clin-Cient*. 2010;9(2):119-23.
44. Facó EF, Viana LMO, Bastos VA, et al. O cirurgião-dentista e o programa saúde da família na microrregião II, Ceará, Brasil. *Rev Bras Prom Saúde*. 2005;18(2):70-7. DOI: <https://doi.org/10.5020/18061230.2005.p70>
45. Ministério da Saúde (BR). Resolução CNS nº 52, de 6 de maio de 1993. Institui a Mesa Nacional de Negociação Permanente (MNNP-SUS) [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 1993 maio 6 [acesso em 2025 jul 30]; Seção 1. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sgtes/mnnp-sus/legislacao/resolucao-52-de-6-de-abril-de-1993-cns-criacao-da-mesa>
46. Ministério da Saúde (BR). Resolução CNS nº 708, de 13 de março de 2023. Dispõe sobre a reinstalação da Mesa Nacional de Negociação Permanente do Sistema Único de Saúde (MNNP-SUS) [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2023 mar 13 [acesso em 2025 jul 30]; Seção 1. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/atos-normativos/resolucoes/2023/resolucao-no-708.pdf/view>
47. Santos RPO, Chinelli F, Fonseca AF. Novos modelos de gestão na atenção primária à saúde e as penosidades do trabalho. *Cad CRH*. 2022;35:e022037. DOI: <https://doi.org/10.9771/ccrh.v35i0.43776>

Recebido em 30/05/2025

Aprovado em 02/10/2025

Conflito de interesses: inexistente

Disponibilidade de dados: os dados de pesquisa estão disponíveis em repositório de dados (<https://doi.org/10.48331/scielodata.B001FI>)

Suporte financeiro: Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (Pibic) – Edital PRPG/UFBA 003/2024

Editora responsável: Ingrid D'avilla Freire Pereira – Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Rio de Janeiro (Rio de Janeiro/RJ), Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0783-262X>