



UNIVERSIDADE  
ESTADUAL DE LONDRINA

---

PRICILA FELISBINO

**ORGANIZAÇÃO DA GESTÃO DO TRABALHO NOS  
MUNICÍPIOS E REPERCUSSÕES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA  
À SAÚDE**

---

LONDRINA  
2024

PRICILA FELISBINO

**ORGANIZAÇÃO DA GESTÃO DO TRABALHO NOS  
MUNICÍPIOS E REPERCUSSÕES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA  
À SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à  
Universidade Estadual de Londrina - UEL,  
como requisito parcial para a obtenção do  
título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Brígida Gimenez  
Carvalho.

LONDRINA  
2024

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UEL

F315o Felisbino, Pricila.

Organização da Gestão do Trabalho nos municípios e repercursões na Atenção Primária a Saúde / Pricila Felisbino. - Londrina, 2024.

103 f. : il.

Orientador: Brigida Gimenez Carvalho.

Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, 2024.

Inclui bibliografia.

1. Gestão do Trabalho - Tese. 2. Atenção Primária a Saúde - Tese. 3. Vínculos Trabalhistas - Tese. 4. Profissionais de Saúde - Tese. I. Carvalho, Brigida Gimenez. II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde. III. Título.

CDU 614

PRICILA FELISBINO

**ORGANIZAÇÃO DA GESTÃO DO TRABALHO NOS MUNICÍPIOS E  
REPERCUSSÕES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado  
à Universidade Estadual de Londrina - UEL,  
como requisito parcial para a obtenção do  
título de Mestre, em Saúde Coletiva.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>a</sup>. Orientadora Dr<sup>a</sup>. Brígida Gimenez  
Carvalho  
Universidade Estadual de Londrina – UEL

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Regina Célia Rodrigues Gil  
Universidade Estadual de Londrina – UEL

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Stela Maris Lopes Santini  
Universidade Estadual de Londrina – UEL

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Elisabete de Fátima Polo de  
Almeida Nunes  
Universidade Estadual de Londrina – UEL

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Marselle Nobre de Carvalho  
Universidade Estadual de Londrina – UEL

Londrina, 23 de fevereiro de 2024.

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente a Deus por tantas bênçãos e pelas graças concedidas e ter me permitido chegar até aqui mesmo com tantos obstáculos, e pela oportunidade de estudar.

A toda minha família, especialmente meus filhos, João Gabriel e Arthur por tudo que representam em minha vida, pela paciência por muitas vezes estar ausente e por estarem sempre ao meu lado me incentivando.

Aos colegas da Secretaria Municipal de Saúde de Novo Itacolomi, em especial a Secretaria Tatiana por ser uma incentivadora e apoiadora para esta conquista. Aos amigos por acreditarem neste sonho compartilhar e vibrarem comigo a cada etapa concluída.

A toda equipe Departamento de Saúde Coletiva e da Seção de Pós-graduação do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Estadual de Londrina (UEL), da qual tenho muito orgulho de fazer parte enquanto discente e membro de grupo de pesquisas, em especial os membros do GEST SUS, pelo acolhimento e por tanto conhecimento compartilhado

A Prof. Dra Brígida, minha orientadora, um exemplo de profissional e ser humano, agradeço por me inspirar e por todo conhecimento transmitido, agradeço principalmente pela paciência, acolhimento, e dedicação para comigo.

Aos meus colegas de turma que dividiram tantos momentos juntos e ao longo da jornada se tornaram grandes amigos, por tantas dificuldades e tanto aprendizado que tivemos, o que consolidou nossa amizade.

A todos os Professores, nossos grandes incentivadores, agradeço pelos ensinamentos, exemplo de sabedoria e de humildade.

Aos membros da banca examinadora, pelos diferentes olhares e perfeitas contribuições.

“Educação não transforma o mundo,  
educação transforma as pessoas,  
as pessoas transformam o mundo”.

**Paulo Freire**

FELISBINO, Pricila. **Organização da gestão do trabalho nos municípios e repercussões na atenção primária saúde**. 103 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Londrina. Londrina – Pr, 2024.

## RESUMO

Com a criação do SUS, o trabalho em saúde ganhou novos desafios e a Gestão do Trabalho maior visibilidade. Visando analisar como está organizada a Gestão do Trabalho nos municípios, quais as estratégias são desenvolvidas na APS, os tipos de vínculos e como isso repercute na atuação dos profissionais, na percepção dos entrevistados e os desafios enfrentados nessa área, realizou-se um estudo qualitativo, por meio de entrevistas com equipes gestoras, em nove municípios da macrorregião norte do Estado do Paraná. Foram entrevistados secretários municipais de saúde e coordenadores da Atenção Primária à Saúde (APS), utilizando-se um roteiro semiestruturado, no período de julho a agosto de 2022. Os resultados foram analisados por meio da análise de discurso, e apresentados em quatro categorias: caracterização dos entrevistados; organização da Gestão do Trabalho, as estratégias desenvolvidas pelos municípios; as modalidades de vínculos trabalhistas adotadas na APS e sua influência na atuação dos profissionais e os desafios da Gestão do Trabalho. Os resultados apontam que quase metade dos gestores (44%) não possuem formação superior ou formação específica na área da saúde. A maioria deles (56%) possui carreira pública municipal e dos nove municípios estudados, apenas dois possuem departamento de gestão do trabalho, sendo eles os de grande porte. A maioria dos municípios utiliza uma ou mais ferramentas de gestão do trabalho como: avaliação de desempenho, Educação Permanente em Saúde (EPS) e Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS). Sobre as formas de admissão dos profissionais, apesar da maioria ser contratado com vínculos estáveis, estatutário e Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), nota-se uma tendência de aumento de vínculos precários, condição esta presente em todos os municípios, por meio de contratações terceirizadas, por pessoa jurídica ou pessoa física e contratos temporários e, a categoria médica é a mais apresenta vínculos precários. Apesar de não ser consenso, o contrato temporário e terceirizado foram citados como vantajosos por diversos motivos como o fato do profissional ser substituído com facilidade pela empresa e não entrar como índice na folha de pagamento. Para os entrevistados há diferença na atuação do profissional dependendo do tipo de vínculo que ele possui. Entre as vantagens estão, os concursados porque criam vínculo e têm motivação profissional e podem assumir cargos de coordenação nos serviços. Entre as desvantagens, após concluir estágio probatório, o profissional altera sua forma de atuação no trabalho. Os contratos temporários foram considerados um problema e os entrevistados reconhecem esta modalidade como de contratação precária uma vez que os profissionais se sentem inseguros pela instabilidade no trabalho. Entre os desafios relacionados à Gestão do Trabalho está a grande rotatividade dos profissionais e o não preenchimento de vagas por concurso público, majoritariamente pelo profissional médico, a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) que dificulta para que os municípios realizem concursos públicos, além da formação profissional e perfil dos profissionais inadequados para atuarem na APS. Os achados da pesquisa reforçam que muitos são os desafios da Gestão do Trabalho na APS, mesmo que o gestor seja comprometido e que tenha um setor específico para de Gestão do Trabalho, isso não é suficiente para mudar a situação da gestão dos trabalhadores. O maior desafio se atribui adequar a força de trabalho às exigências do Sistema Único de Saúde (SUS) e a necessidade de superar as barreiras econômicas, políticas, éticas e burocráticas para garantir acesso integral à população usuária do SUS.

**Palavras-chaves:** Gestão do Trabalho em Saúde. Atenção Primária em Saúde. Profissionais de Saúde. Vínculos Trabalhistas. Terceirização.

FELISBINO, Pricila. **Organization of Work Management in municipalities and repercussions on Primary Health Care.** 103 p. Dissertation (Master's in Public Health) – State University of Londrina, Londrina, 2024.

### ABSTRACT

With the creation of the SUS, health work gained new challenges and Work Management gained greater visibility. Aiming to analyze how Labor Management is organized in municipalities, what strategies are developed in PHC, the types of links and how this affects the performance of professionals, in the view of managers and the challenges faced in this area, a qualitative study was carried out in nine municipalities in the northern macro-region of Paraná. Health secretaries and PHC coordinators were interviewed between July and August 2022. The data was analyzed using discourse analysis. The findings were presented in four categories: characterization of the interviewees; organization of Labor Management and the strategies developed by municipalities; labor ties in PHC and their influence on the performance of professionals; and the challenges of Work Management. Results indicate that almost half of managers (44%) do not have any higher education or specific training in the health area. The majority of them (56%) have a municipal public career. Of the nine municipalities studied, only two have a labor management department, these being large ones. Most municipalities use one or more of these tools, management; performance evaluation, EPS, PCCS. Regarding the forms of admission of professionals, despite the majority being hired with stable, statutory and CLT contracts, there is a tendency towards an increase in precarious contracts. In this regard, all municipalities use outsourced hiring, by legal entities or individuals and temporary contracts and the medical category has the most precarious contracts. Despite not being a consensus, temporary and outsourced contracts were cited as advantageous for several reasons, such as the fact that the professional can be easily replaced by the company and does not appear as an index on the payroll. For those interviewed, there is a difference in the professional's performance depending on the type of relationship they have. Among the advantages are that public servants create bonds and are professionally motivated and can take on coordination roles in services. Among the disadvantages, after completing a probationary period, the professional changes their way of working. Temporary contracts were considered a problem and recognize this type of precarious hiring and that professionals feel insecure due to job instability. Among the challenges related to Labor Management are the turnover of professionals and the failure to fill vacancies through competition, mostly by medical professionals, the Fiscal Responsibility Law that prevents municipalities from holding public competitions, in addition to professional training, lack of commitment and profile of workers to work in PHC. The research results reinforce that there are many challenges to Work Management in PHC, even if the manager is committed and has a specific sector for Work Management, this is not enough to change the situation of worker management. The biggest challenge is to attribute the adequacy of the workforce to the criteria of the Unified Health System (SUS) and the need to overcome economic, political, ethical and bureaucratic barriers to guarantee full access to the SUS user population.

**Keywords:** Health Work Management. Primary Health Care. Health professional. Employment relationships. Outsourcing.

## **LISTA DE GRÁFICOS**

Gráfico 1 - Modalidade de vínculos trabalhistas, por categoria profissional nos Municípios de Pequeno Porte do estudo, Paraná 2023.....	59
Gráfico 2 - Modalidade de vínculos trabalhistas, por categoria profissional nos municípios de grande porte do estudo, Paraná 2023.....	59

## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1 - Modalidades de vínculos de trabalho de profissionais que atuam na APS nos municípios pesquisados, Paraná, 2023.....	54
Tabela 2 - Número de Profissionais por categoria profissional que atuam na APS, cadastradas SCNES, por município estudado, Paraná, 2023.....	56

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Formas de Contratação de Profissional segundo Manual SCNES, Brasil, 2023...	35
Quadro 2 - Perfil da população do estudo segundo sexo, idade, formação acadêmica, tempo no cargo, tempo de atuação na saúde.....	44
Quadro 3 - Perfil da Gestão do Trabalho, nos municípios estudados .....	46

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitários de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
CNGTES	Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde
CONASS	Conselho Nacional Secretarias de Saúde
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
LRF	Lei de Responsabilidade Fiscal
MTE	Ministério do Trabalho Emprego
NOAS	Norma Operacional de Assistência a Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
NRs	Normas Regulamentadoras
OS	Organizações Sociais
OSCIPS	Organizações Civis de Interesse Público
PCCS	Plano de Cargo Carreira e Salários
PJ	Pessoa Jurídica
PNAB	Política Nacional Atenção Básica
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
RH	Recursos Humanos

RJU	Regime Jurídico Único
SCNES	Sistema Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
SGTES	Secretaria Gestão do Trabalho e na Educação em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TST	Tribunal Superior do Trabalho

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>14</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>16</b>
<b>2.1</b>	<b>Objetivo Geral.....</b>	<b>16</b>
<b>2.2</b>	<b>Objetivos Específicos.....</b>	<b>16</b>
<b>3</b>	<b>QUADRO TEÓRICO E CONCEITUAL.....</b>	<b>17</b>
<b>3.1</b>	<b>O Federalismo no Brasil.....</b>	<b>17</b>
3.1.1	Relações Federativas e Políticas Públicas no Brasil.....	18
3.1.2	O Papel dos Municípios no Federalismo e a Gestão do Trabalho em Saúde.....	19
<b>3.2</b>	<b>O Trabalho em Saúde.....</b>	<b>21</b>
3.2.1	Características do Mercado de Trabalho em Saúde no Brasil.....	23
3.2.2	Marcos Histórico das Leis Trabalhistas.....	24
3.2.3	Flexibilidades e Precarização do Trabalho.....	28
<b>3.3</b>	<b>Gestão do trabalho em saúde no SUS, a importância da Gestão e organização da Força de trabalho e os Vínculos Trabalhistas.....</b>	<b>30</b>
<b>3.4</b>	<b>Responsabilidades do Gestor Municipal na Gestão do Trabalho em Saúde no SUS e as Ferramentas e Estratégias da Gestão do Trabalho em Saúde.....</b>	<b>36</b>
3.4.1	Educação Permanente no Cotidiano do Trabalho.....	37
3.4.2	Plano de Carreiras, Cargos e Salários (PCCS).....	38
3.4.3	Avaliação de Desempenho.....	39
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>40</b>
<b>4.1</b>	<b>Delineamentos da Pesquisa.....</b>	<b>40</b>
<b>4.2</b>	<b>Local e Sujeitos / Amostra.....</b>	<b>40</b>
<b>4.3</b>	<b>Obtenção dos Dados.....</b>	<b>41</b>
<b>4.4</b>	<b>Análise dos Dados.....</b>	<b>41</b>
<b>4.5</b>	<b>Considerações Éticas.....</b>	<b>42</b>
<b>5</b>	<b>RESULTADOS.....</b>	<b>43</b>
<b>5.1</b>	<b>Caracterização dos Municípios e dos Gestores e Coordenadores da APS.....</b>	<b>43</b>
<b>5.2</b>	<b>Organização da Gestão do Trabalho e as Estratégias desenvolvidas nos Municípios.....</b>	<b>46</b>
<b>5.3</b>	<b>Estratégias e ferramentas utilizadas pelos gestores para realização da Gestão</b>	

	<b>do Trabalho.....</b>	<b>48</b>
<b>5.4</b>	<b>As Formas de Admissão dos Profissionais.....</b>	<b>51</b>
<b>5.5</b>	<b>Atuação dos Profissionais, diante das Formas de Contratação na Percepção dos Entrevistados.....</b>	<b>60</b>
<b>5.6</b>	<b>Os Desafios da Gestão do Trabalho nos Municípios.....</b>	<b>63</b>
<b>6</b>	<b>DISCUSSÃO.....</b>	<b>66</b>
<b>7</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>77</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>80</b>
	<b>APÊNDICE A – Parecer consubstanciado do CEP.....</b>	<b>86</b>
	<b>APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....</b>	<b>101</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), o trabalho em saúde ganhou novos desafios e as questões relacionadas à gestão do trabalho ganharam mais visibilidade. A expansão do SUS possibilitou um enorme incremento na quantidade de postos de trabalho, aumento da contratação de profissionais e da interprofissionalidade na saúde. No entanto, não se pode deixar de destacar que dificuldades relativas a falta de financiamento condizente e a precarização das relações de trabalho permeiam esse cenário. Questões como fragilidades de vínculos trabalhistas; baixa remuneração; alta rotatividade, com pouca vinculação com os serviços; disparidades de salários entre os profissionais e falta de valorização dos trabalhadores são cada vez mais evidentes cada vez mais evidentes (Brasil, 2011).

As Normas Operacionais Básicas de 1993 e de 1996 (NOB 01/93 e NOB 01/96) deram ênfase ao processo de descentralização dos serviços de saúde ao âmbito municipal, movimento caracterizado como a “municipalização” do SUS. O processo de municipalização ocorrido a partir da década de 1990 promoveu a descentralização dos serviços e o repasse de recursos fundo a fundo, possibilitando certa autonomia administrativa e financeira aos entes municipais. Com a transferência da gestão do sistema de saúde do território ao ente municipal, coube ao gestor dessa instância a responsabilidade pela consolidação das propostas adotadas pela Reforma Sanitária Brasileira (RSB) e pelo desenvolvimento do projeto ético-político do SUS (Silva; Carvalho, 2017).

Entre as atribuições coube aos municípios assumirem a implementação e provisão de políticas públicas, em especial as da saúde. Com este processo os municípios fortaleceram sua autonomia como ente federativo e, no entanto, precisaram dispor de certo nível de organização administrativa, para garantir o acesso dos cidadãos aos serviços locais, como saúde e educação. Desta forma, o ente municipal assumiu a responsabilidade sobre o sistema de saúde do seu território, especialmente quanto à coordenação das ações e serviços da Atenção Primária à Saúde (APS).

Dentre os diversos desafios enfrentados pelos municípios para efetivar a municipalização e organizar a oferta dos serviços de saúde no território, se destaca a complexa e desafiadora gestão dos trabalhadores da saúde. Esta deve ser compreendida pelos gestores como eixo estruturante da organização dos serviços de saúde, e se mostra complexa pelas características do trabalho em saúde: por ser um trabalho coletivo, fundamentado em intensa relação entre os trabalhadores e usuários, em todas as fases da produção do cuidado (Dresch *apud* Santos; Terraz, 2014).

A Gestão do Trabalho no SUS é definida como uma política que trata das relações de trabalho e possui como significado não somente a capacidade de gerir pessoas, mas envolve uma concepção na qual a participação do profissional é fundamental para a efetividade e eficiência do SUS. Tem o desafio de estruturar uma efetiva política de gestão, colocando o profissional como protagonista e não apenas como um "recurso humano" passivo que executa tarefas previamente estabelecidas, com vistas à melhoria do atendimento às necessidades de saúde da população (Nunes *et al. apud* Gestão [...], 2017).

São inúmeras as responsabilidades dos gestores municipais de saúde quando se trata da Gestão do Trabalho no SUS, podendo ser citadas:

- Adoção de vínculos de trabalho que garantam os direitos sociais e previdenciários dos trabalhadores na sua esfera de gestão e da sua rede de serviços, promovendo ações de adequação de vínculos onde for necessário, conforme legislação vigente;
- Considerar as diretrizes nacionais para Planos de Carreira, Cargos e Salários (PCCS) para o SUS, quando da elaboração, implementação e/ou reformulação desses Planos no âmbito da gestão local;
- Estabelecer espaços de diálogo e negociação permanente entre trabalhadores e gestores;
- Implementar e pactuar diretrizes para políticas de educação e gestão do trabalho que favoreçam o provimento e a fixação de trabalhadores de saúde no âmbito municipal, notadamente em regiões onde a restrição de oferta afeta diretamente a implantação de ações estratégicas para a APS (Conasems, 2021).

A gestão do trabalho em saúde deve ser considerada uma área estratégica e indispensável para o funcionamento das organizações. Em relação ao atendimento das demandas, deve-se usar técnicas de gestão mais flexível e participativas que incentivem e valorizem a atividade formal, com o aumento de uma estrutura que ofereça condições e ferramentas para que os profissionais e os gestores desenvolvam novas competências para atender a essas demandas (Viana; Martins; Frazão, 2018).

Diante de sua relevância, justifica-se o presente estudo, que pretende elucidar as seguintes questões: como está organizada a Gestão do Trabalho nos municípios? Que estratégias de Gestão do Trabalho são desenvolvidas na APS? Quais os tipos de vínculos trabalhistas estão sendo adotados na APS e como isso repercute na atuação dos profissionais de saúde? E ainda, quais os desafios os municípios enfrentam na Gestão do Trabalho? Com o esclarecimento destas questões, este estudo pretende contribuir com idéias que possam ser implementadas e que contribuam para a Gestão do Trabalho em Saúde nos municípios.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Analisar as estratégias de Gestão do Trabalho na APS desenvolvidas pelos municípios.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- Descrever como está organizada a gestão do trabalho em diferentes municípios;
- Identificar as estratégias de gestão do trabalho em saúde utilizadas pelos municípios.
- Analisar as formas de vínculos trabalhistas na APS e se isso influencia na forma de atuação dos profissionais, na percepção dos gestores;
- Identificar os desafios da gestão do trabalho na APS.

### 3 QUADRO TEÓRICO E CONCEITUAL

#### 3.1 O Federalismo no Brasil

No Brasil, a forma federativa de organização político-territorial tem sido adotada desde o final do século XIX, quando da Proclamação da República em 1889, sendo observados formatos diferenciados desde então, conforme as especificidades de cada momento político e econômico do País.

O Estado Federal deriva da formação de uma nação onde a soberania é compartilhada entre o governo central e os subnacionais, na busca do autogoverno, mediante um pacto – a Constituição. A principal diferença entre um estado unitário e uma federação é que, na federação, há uma descentralização constitucionalmente garantida e a participação de vontades parciais na vontade geral, enquanto no estado unitário há apenas descentralização administrativa (Abrucio *et al.*, 2003).

O federalismo constitui um desenho político territorial, onde os entes constitutivos possuem direitos originários de soberania compartilhada que devem garantir a autonomia e interdependência dos governos. A organização territorial do poder se estabelece em um contrato de compartilhamento de soberania de um território e uma população, e é considerado complexo devido à necessidade de dar conta dos dilemas federativos de cada estado (Abrúcio *et al.*, 2003).

O federalismo no Brasil é demarcado por vários aspectos que estabelecem a distribuição de poderes e competências entre os níveis de governo federal, estadual e municipal. Alguns dos aspectos que marcam o federalismo no Brasil são: divisão de competências; autonomia dos entes federativos; divisão de recursos; intervenção federal e intervenção do Poder Judiciário.

A Constituição Federal de 1988 estabeleceu um novo modelo de federação, criou novos arranjos cooperativos e cada esfera de governo teve uma maior autonomia. No entanto, com a descentralização de recursos e da gestão, os municípios passaram a assumir a responsabilidade de gerir as políticas públicas (Brasil, 2016).

Com o processo de descentralização existem competências que são atribuídas de maneira conjunta aos três entes federados. As ações na área da saúde é uma dessas atribuições, onde cada esfera de gestão, de maneira conjunta, deve garantir a manutenção, controle e avaliação dos serviços de saúde, gerência dos recursos orçamentários e financeiros,

entre essas atribuições cabem também políticas de recursos humanos, assim como planejamento e articulação política (Brasil, 2016).

### 3.1.1 Relações Federativas e Políticas Públicas no Brasil

No estado Brasileiro até o início dos anos de 1980 as políticas públicas tinham como uma das características principais a centralização decisória e financeira na esfera federal, cabendo aos demais entes apenas a função de executores das políticas formuladas pelo nível central. Baseado no clientelismo, o governo federal era quem controlava os recursos, enquanto os estados e municípios eram quem recebiam diretamente as demandas e necessidades dos cidadãos. Dessa forma, tornou-se uma constante, a troca de favores para que os estados e municípios conseguissem implementar determinadas políticas para atender as demandas de suas clientelas (Farah, 2001).

O federalismo foi reconhecido pela ciência política pelo importante papel na produção das políticas públicas e pelas diversas formas dessa interação na definição das competências dos entes federativos, na distribuição de recursos entre eles e nas relações intergovernamentais. O neoinstitucionalismo histórico fundamenta a relação entre federalismo e políticas públicas, que conclui que esta relação é de 'reciprocidade', isto é, as políticas públicas afetam e podem gerar efeitos sobre os modelos de federalismo, baseado na no conceito de opinião (*effects*). Uma política pública quando é integrada, gera efeitos e resultados que ocorrem em outros níveis de governo e vice-versa, podendo gerar resultados positivos ou negativos e influenciar nas decisões e ações futuras de todos os entes envolvidos (Francese *et al. apud* Hochman 2013; Faria, 2013; Abrucio *et al.*, 2013).

A política social pode ser definida com base nos seus objetivos finais, como a melhoria da igualdade econômica, a diminuição das desigualdades sociais, dentre outros. Além disso, também pode ser definida por meio dos setores e áreas nas quais prestarão assistência final: educação, habitação, saneamento e saúde (Menicucci; Gomes, 2018). Já a política pública de saúde é considerada como parte integrante da política social, as quais comportam diferentes tipos de ações coletivas e individuais, realizadas por instituições públicas e privadas, que em cada país estão conformadas por sistemas de proteção social (Viana *apud* Giovanella *et al.*, 2012).

As diretrizes e princípios do federalismo trazem em sua organização a distribuição de competências entre os três entes federativos e, entre suas atribuições e responsabilidades está a organização do SUS, de forma descentralizada e em consonância com seus princípios e

diretrizes. Aos municípios foi atribuída a condição de executores das políticas de saúde, pelo fato de o gestor municipal estar mais próximo dos cidadãos (Dresch *apud* Santos; Terraz, 2014).

A Constituição Federal de 1988 e a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Capítulo IV) definem as relações intergovernamentais do SUS, visando concretizar a proposta de acesso universal e equânime à saúde, fundamentando a organização federativa da política de saúde do Brasil. Dessa forma a distribuição de competências entre as três esferas de governo deve compatibilizar os princípios de descentralização e unicidade, com o objetivo de integrar as ações e serviços de saúde em todo o país, o comando em âmbito nacional, estadual e municipal devem estar articulados de forma regionalizada (Brasil, 2016).

### 3.1.2 O Papel dos Municípios no Federalismo e a Gestão do Trabalho em Saúde

O federalismo traz grandes responsabilidades aos municípios, que passaram a ser reconhecidos como entes federados, assumindo a descentralização política, administrativa e tributária, em um país com marcantes desigualdades econômicas e sociais com fortalecimento do municipalismo, em que foram criados mais de cinco mil municípios em sua maioria de pequeno ou médio porte, com limitada capacidade financeira e administrativa, para desenvolver todas as responsabilidades sobre as políticas públicas a eles atribuídas (Lima, 2008).

Com o processo de descentralização os municípios fortaleceram sua autonomia como ente federativo, no entanto a concentração de arrecadação se manteve na União e nos Estados tornando os municípios vulneráveis, sujeitando-os financeiramente aos outros entes. Soma-se à isso a infinidade de atribuições dos entes municipais e a determinação constitucional de regionalização e hierarquização do sistema de saúde, fatos que impõem um olhar mais detalhado sobre os limites do federalismo solidário, sobretudo, quanto à validade das normas administrativas de repartição da competência entre os entes (Dresch *apud* Santos; Terraz, 2014).

O art. 30, VII, da Constituição Federal atribui aos municípios a competência para prestar, com a cooperação técnica e financeira da União e dos estados, serviços de atendimento à saúde da população (Brasil, 1988). A opção constitucional de delegar aos municípios a condição de executor das políticas de saúde se justifica pelo fato de o gestor municipal estar mais próximo do cidadão, enquanto os Estados-membros e a União não

possuem uma extensa rede de atendimento direto aos usuários (Dresch *apud* Santos; Terraz, 2014).

A proposta de reforma do sistema de saúde, aprovada na CF 1988, com a descentralização da gestão, torna o município responsável pela gestão dos recursos e pela política de saúde em nível local, podendo definir as prioridades de acordo com as necessidades de saúde dos cidadãos, de forma a garantir, equidade, efetividade e eficiência no SUS, além de possibilitar o envolvimento dos usuários de saúde nas decisões, através dos conselhos de saúde (Farah, 2001).

Neste sentido, os municípios têm a responsabilidade pela prestação direta de ações e serviços de saúde, em especial dos cuidados primários e, quando possível, de média e alta complexidade, sendo o ente de contato mais direto com a população. Entre as atribuições dos municípios como ente federado está responsabilidade sobre a Gestão do Trabalho em Saúde em seu território, inclusive quanto ao provimento da força de trabalho. Hoje os municípios gerem sua força de trabalho devido à repercussão da descentralização, que na verdade ainda é dependente de um fortalecimento de sua capacidade gestora e de mecanismos financeiros e legais no âmbito do próprio SUS. Tais atribuições colocam os gestores municipais frente aos limites e desafios para a Gestão do Trabalho em Saúde, sendo uma delas a exposição dos trabalhadores a situações de flexibilidade dos vínculos trabalhistas, e frequentemente precarizados, gerando polêmicas quanto às formas de resolução deste contexto (Koster, 2008).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), lançada no ano de 2017, detalhou responsabilidades comuns a todas as esferas de governo na área da gestão do trabalho e da educação na saúde, como: desenvolvimento de mecanismos de qualificação da força de trabalho para gestão e para a atenção à saúde; criação de estímulos e viabilização da formação; implementação da Educação Permanente em Saúde (EPS) e da educação continuada de profissionais e estudantes; garantia de direitos trabalhistas e previdenciários, com qualificação dos vínculos de trabalho; e implantação de carreiras que associem o desenvolvimento do trabalhador com qualificação dos serviços ofertados às pessoas; garantia do provimento e estratégias de fixação de profissionais de saúde; promoção de intercâmbio de experiências entre gestores e entre trabalhadores; e garantia de espaços físicos e ambientes adequados (Brasil, 2017).

Portanto os municípios têm, no federalismo, o papel de gerir as políticas de saúde e, entre os desafios que o SUS traz desde sua implantação, está a gestão da força de trabalho. As responsabilidades dos gestores do SUS no campo da Gestão do Trabalho tomam importantes dimensões, especialmente após as reformas do estado e sanitária, por envolver um universo

complexo de um mercado de trabalho permeado por conflitos de interesse, com muitos desajustes entre a formação e oferta de emprego, além da diversidade de soluções instituídas nos diversos contextos do país, e mais, a inserção de novos atores a partir do desenvolvimento das instâncias coletivas de gestão (Koster, 2008).

### **3.2 O Trabalho em Saúde**

Refletir sobre o que é o trabalho em saúde é uma tarefa muito complexa, pelo fato de que se fundamenta no encontro interpessoal do cuidar da vida, cuidar das pessoas conforme as suas necessidades de saúde, e ainda mais desafiador é fazer com que este seja o principal objetivo dos profissionais nos serviços e ações de saúde. O trabalho em saúde tem sua origem nas ações envolvidas no cuidado e na caridade ao próximo, e hoje envolve aspectos que o consideram como um exemplo de processo de trabalho, igual a outro (Koster, 2008).

Por ser um trabalho coletivo realizado por diferentes saberes e práticas profissionais torna-se ainda mais complexo e desafiador. “O Trabalho em Saúde apresenta como característica ser um trabalho coletivo, fundamentado em intensa relação entre trabalhadores de diversas categorias profissionais e usuários, em todas as fases da produção dos atos de saúde” (Nunes *et al.*, 2017, p. 187).

A prestação de serviço, no trabalho em saúde é carregada de subjetividade, centrada no ser humano e suas necessidades, com a finalidade de produzir saúde através das relações que ocorrem durante o processo saúde-doença-cuidado, o que exige dos trabalhadores competências específicas para atender as demandas deste mercado de trabalho (Conasems, 2021; Machado *et al.*, 2018).

Desta forma, ao refletirmos sobre o Trabalho em Saúde, é necessário analisarmos quem são estes trabalhadores e diversos outros aspectos, bem como a que condições estes trabalhadores estão submetidos.

Conceitualmente, considera-se que trabalhadores de saúde são todos aqueles que se inserem na atenção à saúde nas instituições que compõem o SUS, independentemente do tipo de contrato ou vínculo de trabalho. Atuam no nível da gestão ou da assistência direta ao cidadão doente, ou atendido em programas de promoção da saúde, podendo trabalhar nos serviços de apoio, diagnóstico e terapêutico, na gerência e na produção de tecnologia, bem como em atividades administrativas consideradas “meio” (Conasems, 2021).

Segundo a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUS (NOB/RH – SUS, que trata sobre os “Princípios e Diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS” traz as

seguintes definições:

Os trabalhadores de saúde são todos os que exercem as suas atividades ou funções em serviços de saúde, públicos ou privados; e trabalhadores do SUS são todos os que realizam ações e exercem as suas atividades ou funções em serviços públicos de saúde e em serviços de saúde privados, conveniados e contratados pelo SUS (Brasil, 2005, p. 31).

Dessa forma o trabalhador é a essência do cuidado em saúde, mesmo que seja para operar máquinas, o trabalhador é a alma do SUS. Diferente de outras áreas, a produção na saúde realiza-se, sobretudo por meio do ‘trabalho vivo em ato’, ou seja, o trabalho humano no exato momento em que é executado e que determina a produção do cuidado. Dessa forma o trabalho vivo interage todo tempo com instrumentos, normas e máquinas, formando assim um processo de trabalho, que juntos produzem cuidado (Merhy *et al.*, 2002, p. 282).

O trabalho em saúde tem características especiais pois depende da motivação e do envolvimento de cada trabalhador com a saúde de outras pessoas, além do acesso e da humanização. Desta forma, a qualidade do cuidado, concretamente, é o que mais interessa à população, por isso o foco do trabalho em saúde é o trabalhador na produção do cuidado (Campos, 2018).

Cabe destacar que o mais importante na definição de trabalhador de saúde é a sua ligação com o trabalho no setor ou atividade de saúde, independentemente da formação profissional ou capacitação do indivíduo. Já nos termos profissionais de saúde, são considerados “os indivíduos que, estando ocupados ou não no setor da Saúde, detém formação profissional específica ou qualificação prática ou acadêmica para o desempenho das atividades ligadas diretamente ao cuidado ou às ações de saúde”. A formação e/ou capacitação destes requer um conjunto de habilidades cognitivas, adquiridas com o intuito de atuar nesse setor. Considera-se também profissional de saúde o indivíduo com formação profissional específica que está desempregado ou que esteja procurando emprego (Brasil, 2013, p. 36).

O Conselho Nacional de Saúde (CNS) relaciona 14 categorias profissionais de nível superior, enquadradas nessa definição: assistente social, biólogo, biomédico, profissional de educação física, enfermeiro, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico, médico veterinário, nutricionista, odontólogo, psicólogo e terapeuta ocupacional (Resolução Conselho Nacional de Saúde n.º 287, de 8 de outubro de 1998) (Brasil, 2005).

### 3.2.1 Características do Mercado de Trabalho em Saúde no Brasil

O mercado de trabalho na área de saúde possui particularidades como o uso intenso de mão de obra qualificada e diversificada. Grandes transformações ocorreram no Sistema de Saúde ao longo dos anos, trazendo consigo muitos desafios, entre eles o de fazer gestão da força de trabalho SUS. Dessa forma os trabalhadores de saúde, podem ser tratados como Recursos humanos ou força de trabalho em saúde, sendo assim conceituada:

A Força de Trabalho em Saúde pode ser definida como a parcela da população que, tendo alguma formação, preparo, ou um conjunto de determinadas destrezas nas profissões da saúde, encontra-se ocupada ou à procura de ocupação em atividades do setor (Girardi, 1986, p. 424).

No Brasil, nos anos 1980, em decorrência da crise econômica, inicia-se um processo de desregulação do mercado de trabalho, marcado, nessa primeira etapa, por um movimento contraditório: de um lado, uma desregulação impulsionada pela tendência de desestruturação do mercado de trabalho; de outro, ocorre uma tentativa de regulação motivada pela regulamentação desse mesmo mercado, por meio da Constituição de 1988 (Brasil, 2011).

As características próprias do setor saúde, sua expressiva expansão pós 1990, tanto em número de postos de trabalho como na diversidade de categorias profissionais envolvidas, e as adequações frente às necessidades/demandas dos serviços, destacam-se enquanto desafios diários para trabalhadores, gestores de saúde e até para usuários (Nunes *et al.*, 2015).

Por todo esse contexto, o mercado de trabalho em saúde é complexo e desafiador, sendo necessária sua compreensão em diversas dimensões, não somente as formas de vínculos existentes, mas de entender os processos de trabalho que estes trabalhadores estão submetidos, e como se dá sua formação e a Educação Permanente em Saúde (EPS) (Machado *et al.*, 2018).

Desta forma, podemos considerar que, ao longo dos anos, ocorreram grandes transformações no mercado de trabalho em saúde no Brasil, pois com a criação do SUS houve grandes mudanças nas estruturas dos serviços de saúde, assim como mudanças na forma de pensar e produzir saúde, tanto para os gestores, trabalhadores de saúde como para os usuários (Machado *et al.*, 2011).

A CF é um marco importante, que coincidiu com a implantação das políticas neoliberais nos anos 1990. Podem ser citados os programas de privatização de empresas, de serviços públicos e a reforma do Estado iniciada em 1995, com o Plano Diretor de Reforma do Aparelho de Estado (PDRAE), de responsabilidade do Ministério da Administração

Federal e Reforma do Estado (MARE), que teve como marco importante a expansão da terceirização (Druck, 2016).

A proposta da reforma da Gestão Pública foi lançada no Brasil em 1995, com o PDRAE e com a Emenda Constitucional (EC) 19/98 de 04 de junho de 1998, que tinha por objetivo criar as condições jurídicas, estabelecer princípios básicos e compatibilizar a CF/1988. Nesse contexto o SUS já nasce desfinanciado, quadro se agrava nos últimos anos com o pouco investimento no SUS e com o crescimento e aceleração das modalidades de precarização dos vínculos.

Nos anos de 1990 a 2000, com o processo de descentralização político-administrativo, verificou-se a expansão no número de estabelecimentos de saúde e, conseqüentemente o aumento no número dos postos de trabalho, principalmente na APS, o que proporcionou alteração na organização, no funcionamento e na gestão dos serviços. Se por um lado havia a necessidade de expansão das redes de serviços de saúde, por outro havia medidas para diminuição do gasto público (Nunes *et al.*, 2017), como a Lei Complementar n. 101, de 4 de maio de 2000 (Brasil, 2000), conhecida como a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF).

A LRF, no âmbito da administração pública, trouxe grande impacto aos trabalhadores do SUS. As limitações impostas por essa lei, componente do processo do ajuste fiscal advindo da Reforma do Estado a partir do Governo Fernando Henrique Cardoso, e a disseminação das cooperativas de profissionais no SUS, caracterizadas de uma forma geral por mediações feitas por empresas privadas e Organizações não governamentais ONGs, são situações que se colocaram para a gestão do trabalho no SUS, atingindo mais fortemente os municípios que atualmente são os maiores empregadores do sistema (Brasil, 2011).

Desta forma objetivo principal da LRF é o controle das contas públicas e reduzir as despesas com o funcionalismo público e um dos impactos trazidos pela lei foi a inibição quanto a realização de concursos públicos. Como consequência houve o incentivo à terceirização, uma vez que as despesas com a subcontratação de empresas e com a contratação temporária, emergencial e de comissionados, não são computadas como despesas com pessoal (Druck, 2016).

### 3.2.2 Marco Histórico das Leis Trabalhistas

Historicamente o cenário brasileiro, conta com um vasto arcabouço legal, bem como processos de avanços e retrocessos ao longo dos anos, no que se refere aos direitos do trabalhador. Como importante marco legal das leis trabalhistas, temos a Consolidação das

Leis do Trabalho (CLT) e seu surgimento deu-se em 1º de maio de 1943 por meio de Decreto Lei nº 5.452, tendo sua aplicação em todo território nacional (Brasil, 2009). Dessa forma a CLT surge como uma forma de garantir e normatizar direitos trabalhistas, de forma segura para amparar os trabalhadores a fim de que injustiças não fossem cometidas (Silva; Porto, 2019).

A Constituição Federal (CF) de 1988, que foi aprovada no momento da redemocratização do país, representa uma conquista política e um avanço no sentido da democratização e da cidadania. Nela instituiu-se, entre outras conquistas sociais, a universalização da saúde por meio do SUS e o Regime Jurídico Único (RJU) (Carneiro; Martins, 2015).

Aprovada em 04/06/1998, a EC 19 trouxe alterações importantes, sobre princípios e normas da administração pública, servidores e agentes políticos, entre elas a exclusão do Regime Jurídico Único dos servidores, deixando este de ser único, conforme preconiza o artigo 39 da CF/88, ou seja, deixou de ser obrigatória a adoção do regime estatutário, podendo ser celetista regido pela CLT. No entanto a possibilidade de regime múltiplo, de escolha de regime celetista ou estatutário na mesma pessoa jurídica, todavia, já não é mais possível, pelo objeto de Ação Direta de Inconstitucionalidade, ADIN nº 2135. Dessa forma ao julgar a medida cautelar prevista pelo ADI 2135, o STF, suspendeu a EC 19, no tocante ao RJU, onde o artigo 39 da CF passa a ter sua redação antes da EC 19, voltando a vigorar o RJU a todos os servidores da administração pública (França *et al.*, 2017).

Outro ponto importante trazido na EC 19 foi a alteração do art. 41 da CF, que passa a vigorar com a seguinte redação: São estáveis após três anos de efetivos exercícios, os servidores nomeados para cargo de provimento efetivo em virtude de concurso público. Anteriormente, o estágio probatório era de dois anos, além da estabilidade do servidor público que passou a ser submetida à demissão por insuficiência de desempenho (França *et al.*, 2017).

Já a EC 41/03 fixou o teto para os benefícios nas esferas, estadual, e municipal e, além de determinar o cálculo de aposentadorias e pensões pela média da remuneração dos trabalhadores também acabou com a integralidade e a paridade das aposentadorias no serviço público e criou a contribuição previdenciária para aposentados e pensionistas (Brasil, 2003).

Outra alteração importante foi a EC 51/2006, que acrescenta ao art 198 da CF, no parágrafo 4º: Os gestores locais do SUS poderão admitir agentes comunitários de saúde e agente de combate as endemias por meio de processos seletivo público, de acordo com a natureza e complexidade de suas atribuições e requisitos específicos para sua atuação (Brasil, 2006).

Com impactos importantes na Gestão do Trabalho, a EC 95/2016, previu entre outras coisas o controle de gastos públicos até 2036. Dessa forma, ao limitar o teto de gasto, a possibilidade de reposição do contingente de servidores nos serviços públicos de saúde torna-se ainda mais reduzida (Silva *et al.*, 2020).

Neste contexto, o ano de 2020 tornou-se ainda mais desafiador, com a pandemia da Covid 19, que impactou a vida de milhares de pessoas. Diante disso, foi publicada a Lei Complementar 173/2020 que estabeleceu o “Programa Federativo de Enfrentamento à Covid 19” ao mesmo tempo em que alterou a LRF e proibiu a realização de concurso público, aumentando ainda mais a precarização (Cavalcante, 2021).

Nos anos de 2017, com a propagada necessidade de modernização das leis trabalhistas, trazidas por intensas mudanças no mercado de trabalho, foi publicada a reforma trabalhista, aprovada pela Lei Federal nº 13.467/2017. Esta lei traz alterações significativas nas relações de trabalho/emprego, pois possibilitou a flexibilização das regras da CLT, como a terceirização do trabalho de atividade fim, teletrabalho, a jornada 12 horas para qualquer categoria, a redução do horário de refeição para 30 minutos, e permitiu grávidas e lactantes trabalharem em locais de insalubridade média ou reduzida (Brasil, 2017).

Na nova lei, o art. 4º- da Lei Federal nº 13.467/2017 foi inserido, com a seguinte redação:

Considera-se prestação de serviços a terceiros a transferência feita pela contratante da execução de quaisquer de suas atividades, inclusive sua atividade principal, à pessoa jurídica de direito privado prestadora de serviços que possua capacidade econômica compatível com a sua execução (Brasil, 2017, p. 31).

Entre as diversas mudanças trazidas pela reforma trabalhista com a flexibilização, a contratação de trabalhadores por pessoa jurídica, sem dúvida impulsionou a contratação de trabalhadores com vínculos precários, prática conhecida como pejetização. “A denominação pejetização tem sido utilizada para se referir à contratação de serviços de pessoas físicas, de modo subordinado, não eventual e oneroso por meio de pessoa jurídica constituída especialmente para esse fim” (Silva *et al.*, 2020, p. 329).

A reforma trabalhista, também conhecida por Leis da Terceirização, aprovada pela Lei n. 13.429/2017 reforçou o precedente, ainda que não consensualmente, para que instituições públicas e privadas pudessem realizar contratação de pessoal por um período ‘temporário’ por meio da licitação de empresas terceirizadas ou ainda, pela modalidade de contratação de pessoa jurídica (Silva *et al.*, 2020). Ou seja, a legislação permite que não só as atividades-

meio sejam objeto de terceirização, mas quaisquer atividades, compreendendo, também, as atividades-fim, que passariam a integrar o rol daquelas passíveis de serem delegadas. Esta é, sem dúvida, a maior inovação desta legislação, já que a prática de terceirização de atividades-fim era, até antes de sua vigência, vedada até mesmo pela Súmula 331 do Tribunal Superior do Trabalho (TST) (Mastrodi *et al.*, 2018).

No âmbito da saúde, muitos foram os esforços a fim de conquistar e garantir direitos trabalhistas. A criação da Lei Orgânica da Saúde (LOS) trouxe, em seu capítulo IV, artigo 27, que a política de recursos humanos na área da saúde será formalizada e executada, articuladamente, pelas diferentes esferas de governo, em cumprimento aos seus objetivos de organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal, e de valorização da dedicação exclusiva aos serviços do SUS (Brasil, 1990).

Foi a partir da 10ª Conferência Nacional de Saúde, a Comissão Intersetorial de Recursos Humanos (CIRH), do Conselho Nacional de Saúde (CNS), iniciou discussões para a elaboração dos “Princípios e Diretrizes para Gestão do Trabalho no SUS” e, em 2003, o CNS aprovou resolução para “aplicar os Princípios e Diretrizes da Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOB/RH-SUS)” como Política Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, no âmbito do SUS. No mesmo ano, o Ministério da Saúde (MS) reformulou a estrutura e o status da área de recursos humanos no seu âmbito, criando a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), com dois departamentos: Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde e Gestão da Educação na Saúde (Brasil, 2011, p. 24).

Entre os desafios para os profissionais de saúde da APS, em 2017 foi aprovada a nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) pela Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 com importantes mudanças, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da atenção básica, no âmbito do SUS. Propõe em seu art.º 7, inciso VII:

Desenvolver mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de qualificação da força de trabalho para gestão e atenção à saúde, estimular e viabilizar a formação, educação permanente e continuada dos profissionais, garantir direitos trabalhistas e previdenciários, qualificar os vínculos de trabalho e implantar carreiras que associem desenvolvimento do trabalhador com qualificação dos serviços ofertados às pessoas; VIII - garantir provimento e estratégias de fixação de profissionais de saúde para a Atenção Básica com vistas a promover ofertas de cuidado e o vínculo (Brasil, 2017).

A PNAB, não é uma lei trabalhista, no entanto trouxe alterações importantes que

influenciaram diretamente na gestão do trabalho. Traz como equipe mínima o médico, preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade, enfermeiro, preferencialmente especialista em saúde da família; auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS). Podem fazer parte da equipe: o agente de combate às endemias (ACE) e os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista, preferencialmente especialista em saúde da família, e auxiliar ou técnico em saúde bucal (Brasil, 2017).

Em 2019 foi publicado um novo modelo de financiamento para a APS, a partir do programa Previne Brasil. Este substitui o Piso de Atenção Básica fixo e o variável para incentivo às equipes SF e ao NASF por um pagamento por capitação ponderada, calculado pelo número de pessoas cadastradas a equipe. Essa mudança foi um fator desestimulante para que gestores locais optassem por manter estes profissionais na APS, com efeitos drásticos ao modelo de atenção postulado pela ESF (Giovanella, 2020).

Assim fica evidente o papel de indução do Governo Federal na formulação das leis, visto que confere certa autonomia aos municípios, aos gestores locais, no entanto cria políticas que desestimulam a adesão e a implementação das mesmas, principalmente quando o gestor precisa priorizar as ações diante do subfinanciamento existente no SUS.

Cabe aqui destacar ainda uma reflexão sobre como garantir uma APS de qualidade, diante de tantas legislações trabalhistas que induzem fortemente uma linha contrária aos preceitos do SUS, que, ao mesmo tempo em que propõem a APS como ordenadora do cuidado e coordenadora das RAS, adotam mudanças que contribuem para retrocessos em relação à gestão do trabalho. A APS é responsável pela coordenação do cuidado, e para isso é necessário uma rede estruturada nas ações e serviços de saúde, capaz de mobilizar o mais diversos recursos entre eles os recursos humano (Almeida *et al.*, 2018).

### 3.2.3 Flexibilidades e Precarização do Trabalho

O processo de implantação do SUS promoveu mudanças significativas, especialmente no âmbito municipal, uma vez que aumentou a oferta de serviços de saúde, especialmente no âmbito municipal, o que, conseqüentemente, aumentou o número de postos de trabalho, devido à flexibilização das relações, muitas vezes sem considerar os direitos trabalhistas, o que resultou na precarização do trabalho (Koster, 2008).

O MS, através do Glossário temático: Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde traz o conceito de vínculo precário de trabalho, que abrange uma infinidade de situações oriundas das relações de trabalho, definido-o como:

Relação trabalhista que não atende à legislação vigente e/ou a disposições constitucionais, prejudicando o trabalhador por não oferecer, por exemplo, qualquer garantia de proteção social. No setor público, a precariedade está relacionada com alguma irregularidade existente, no que diz respeito à situação de obediência às normas vigentes do direito administrativo e do direito do trabalho (Brasil, 2013, p. 38).

No mercado de trabalho, a perda da qualidade dos serviços prestados acarreta danos e consequências para a população, como resultado da insegurança do trabalhador, má remuneração, vínculos desprotegidos e falta de condições de trabalho (Giradi *et al.*, 2010).

Entre as diversas formas de precarização de vínculos podemos citar: contratação temporária, terceirização, bolsas de estudo, Organizações Sociais (OS), contratos com agências internacionais e convênios com Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs) que dão impacto para os profissionais e gestores e podem interferir diretamente no cuidado (Conasems, 2021).

Na administração pública os trabalhadores de saúde, estão sendo contratados nas mais diversas formas e muitas vezes encontram-se em situação de insegurança trabalhista submetidos a contrato por pessoa jurídica que não obedecem aos critérios da CLT, contratação feita por meio de credenciamento realizado mediante a publicação de um edital de chamamento para contratação de serviços contendo os requisitos exigidos, bem como valor previamente estabelecido, excluindo, dessa forma, a possibilidade de competição entre os interessados, conforme a Lei de Licitações (Silva *et al.*, 2020).

Esse quadro fica ainda mais preocupante quando se trata da publicação de editais de licitação nas modalidades de pregão eletrônico ou presencial, onde vence o menor preço por item, na forma de lance. Dessa forma o trabalhador torna-se um produto de leilão, onde o único critério é o valor financeiro, desconsiderando a precariedade a qual este trabalhador se submete (Lopes *et al.*, 2023).

Quando se fala sobre a pejetização, automaticamente nos referimos à precarização de vínculos, em que o trabalhador fica submetido a questões como: se não trabalha não recebe, não ter direito a férias, a 13º salário e se o profissional não recolhe INSS por sua conta, não tem garantia da seguridade social. Esse processo tem sido denominado de “uberização”, e representa um total descompromisso com o trabalhador e o trabalho.

A uberização é uma forma de organização do trabalho, portanto a saúde do trabalhador será afetada diretamente por ela. Dessa forma as “novas” modalidades de trabalho viabilizam a superexploração do trabalhador, principalmente daqueles que estão nas pontas da cadeia produtiva, e são os mais vulneráveis, com jornadas mais extensas, maior insegurança e

precarização do trabalho (Oliveira, 2020).

A crítica à uberização se deve ao fato de que se trata de uma estratégia para aumentar a produtividade, com menores custos, barateando a força de trabalho e aumentando a exploração dos trabalhadores. Portanto, o trabalhador da saúde entra nessa relação como profissional autônomo que, auxiliado pela tecnologia, alcança clientela, quando, na verdade, subordina-se à dinâmica imposta pelas empresas digitais de saúde, explorados e sem direitos trabalhistas. No setor saúde a uberização ganha destaque com a inserção da telemedicina, com a pandemia da Covid 19 (Souza *et al.*, 2021).

Para além das formas de contratação, a precarização dos trabalhadores do SUS perpassa por diversos outros fatores como: a desvalorização salarial; a diminuição do número de servidores públicos estatutários substituídos por funcionários terceirizados; a desqualificação e desmoralização das funções na saúde pública; a submissão dos funcionários em piores condições de trabalho; a quebra de direitos previdenciários; a insegurança na manutenção do emprego; os novos e diferenciados perfis de trabalhadores, nem sempre qualificados para a função a ser exercida; o desemprego disfarçado e trabalho desprovido de garantias; a ausência de plano de carreira; dentre outras realidades escassas que contribuem para a vulnerabilidade relativa às diversas facetas da precarização, tendo como desfecho o desemprego recorrente e a exclusão social (Pialarissi, 2017).

As novas modalidades de gestão do trabalho introduzidas na administração pública pela reforma do Estado adotam estratégias, valores e ações próprias do setor privado, além de contrariarem os preceitos previstos na CF 1988, flexibilizando as relações de trabalho, trazendo uma situação de desconforto e insegurança trabalhistas e sociais (Carneiro, 2015).

### **3.3 Gestão do trabalho em saúde no SUS, a importância da Gestão, da organização da Força de Trabalho e dos Vínculos Trabalhistas**

A gestão do trabalho no SUS é a política que trata das relações de trabalho a partir de uma concepção na qual a participação do profissional é fundamental para a efetividade e eficiência do SUS. Desta forma, o trabalho é visto como um processo em que há coparticipação e corresponsabilização, e o profissional é autor de seu trabalho, não apenas um recurso humano passivo que executa tarefas previamente estabelecidas (Conasems, 2021).

Entre as atribuições da gestão do trabalho em saúde no SUS, está o ordenamento da força de trabalho, com o olhar para o trabalhador e onde esse se encontra inserido, na busca de dar conta dos problemas de saúde. Este profissional precisa estar com o olhar sensível às

necessidades da população e, dessa forma, para fazer gestão do trabalho é necessário pensar estrategicamente e garantir condições mínimas a estes trabalhadores (Machado *et al.*, 2018).

De acordo com documento Princípios e Diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS NOB/RH-SUS a Gestão do Trabalho no SUS compreende:

A gestão e a gerência de toda e qualquer relação de trabalho necessária ao funcionamento do Sistema, desde a prestação dos cuidados diretos à saúde dos seus usuários até as atividades - meio necessárias ao seu desenvolvimento. Inclui as ações de gestão/administração em geral do trabalho; de desenvolvimento do trabalhador para o SUS; de saúde ocupacional para o trabalhador do SUS; de controle social da Gestão do Trabalho no SUS, dentre outras (Brasil, 2005, p. 31).

O trabalho passa a ser visto como um processo, cuja construção deve ser dialogada, pautada no consenso e no equilíbrio entre as partes, garantindo a valorização do profissional da saúde e do seu trabalho mediante ações concretas, como garantia de espaços de diálogos, discussão e negociação nas relações de trabalho; Planos de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS), vínculos de trabalho onde haja proteção social; garantia das condições de trabalho, saúde e segurança do trabalhador; educação permanente dos profissionais, entre outras.

Torna-se necessário, portanto para este estudo, compreender conceitualmente as principais formas de contratação dos profissionais de saúde. Segundo publicação do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS) (Brasil, 2011), essas formas são:

- Servidor estatutário – o servidor estatutário mantém vínculo de trabalho com a administração do estado, cujo ingresso é feito pelo concurso público. Tem remuneração, vantagens e condições previdenciárias estabelecidas no estatuto, que constitui um conjunto de normas legais a que a pessoa adere no momento de sua entrada para o serviço público;

- Servidor celetista – a mudança criada pela Emenda Constitucional nº. 19/1998 estabelece que os empregados públicos ocupem empregos públicos, subordinados às normas da CLT. São contratados por prazo indeterminado para exercício de funções na administração direta, autárquica e fundacional. Os empregados públicos não têm estatuto próprio, sendo regulados pela CLT. O celetista observa uma relação contratual, embora sua liberdade de negociação de valores e condições de trabalho seja mais rígida ou determinada por dispositivos legais e normas gerais diferentes das que acontecem na administração privada; A EC nº51/2006, trás que os gestores locais poderão admitir ACS e ACE, por meio de processo seletivo publico;

- Regime especial/Contratos temporários - A Lei n. 8.745, de 9 de dezembro de 1993, define que “nos termos da Constituição Federal de 1988, art. 37, IX, pode-se considerar sob

regime especial os servidores contratados por tempo determinado para atender a necessidade temporária de excepcional interesse público, na conformidade da lei. As contratações podem ser sem concurso, por um prazo curto, e são utilizadas nos casos de calamidade pública, epidemia, vacinação em massa, entre outras excepcionalidades do interesse público.” Nesta modalidade os servidores são regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho e o Regime Geral da Previdência Social, sendo garantidos, portanto, benefícios similares aos que desfrutam os trabalhadores regidos pela CLT, o PSS;

- Regime especial/ Cargos comissionados – ocupantes de cargos comissionados que não são servidores efetivos, ou seja, os que são livremente nomeados pelas autoridades para exercício destes cargos de chefia ou assessoria.

O documento também enuncia as formas de provimentos por via de contratação indireta:

- Terceirização: Intermediação de mão de obra/força de trabalho terceirizada, administrada por um agente externo, enquanto o comando do processo de trabalho continua na alçada do contratante na rede própria do SUS. A terceirização de serviços pode envolver um contrato de gestão/força de trabalho terceirizada, que se encontra inteiramente sob comando do contratado, o qual executa um conjunto de serviços especificados pelo contratante em unidades assistenciais “cedidas” pelo contratante. As regras referentes à terceirização são as mesmas aplicáveis às OSCIP e OS e estão consolidadas na Súmula n. 331 do TST;

- Cooperativas – há, nesse sentido, dois tipos de cooperativas : as que são apenas fornecedoras de trabalho na prestação de serviços de saúde e as cooperativas que são “gerenciadoras”, ou seja, que não só fornecem força de trabalho, mas assumem a gestão de uma ou mais unidades de saúde da rede do SUS. Enquanto a primeira modalidade tem estado sob a mira do Ministério Público (MP), que entende haver neste caso uma burla dos direitos dos trabalhadores, a segunda modalidade tem sido criticada pelos gestores do SUS porque entendem que interfere gravemente na sua governabilidade no sistema;

- Trabalho vinculado indiretamente por meio de Organizações Sociais (OS) – obedecem no que tange ao governo federal, ao disposto na Lei n. 9.637/1998, sendo parte das mudanças legais decorrentes do Plano de Reforma Administrativas do Estado (PDRAE) de 1995. Constituem uma inovação institucional, embora não representem uma figura jurídica nova, e inserem-se no marco legal vigente sob a forma de associações civis sem fins lucrativos. Estão, portanto, fora da administração pública como pessoa jurídica de direito privado. A novidade é a sua qualificação feita mediante decreto, como OS, em cada caso.

Inova a gestão pública ao definir as organizações sociais como entes públicos não estatais criados para absorver atividades estatais “publicizáveis”, isto é, retiradas da administração direta, e administrar bens e equipamentos do estado. Executam atividades de interesse público, mas não de competência exclusiva do Estado, no ensino, na pesquisa científica e no desenvolvimento tecnológico, na proteção e preservação do meio ambiente, na cultura e na saúde;

- Contratos de gestão com Organizações Civis de Interesse Público (OSCIPS) – estão regulamentadas pela Lei n. 9.790, de 23 de março de 1999. Para todos os efeitos, uma OSCIP pode ser descrita como uma organização não governamental, portanto integrante do chamado terceiro setor, e voltada para atividades de interesse público, sendo essa condição devidamente reconhecida pelo Ministério da Justiça, a partir do que se credencia a celebrar termo de parceria com o Poder Executivo da União, dos estados e dos municípios;

- Trabalho vinculado indiretamente por meio de entidades filantrópicas e fundações privadas – as entidades filantrópicas e as demais que não tenham fins lucrativos são de direito parceiras do SUS, tal como dispõe o artigo 199 da Constituição, no seu parágrafo primeiro: “As instituições privadas poderão participar de forma complementar do SUS, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.” Sendo assim, essas entidades privadas podem participar tanto em convênios de delegação completa de serviços para atendimento a pacientes quanto na terceirização exclusiva de força de trabalho a favor de programas como o ESF (Brasil, 2011).

A vinculação dos residentes ou bolsistas aos serviços de saúde trata-se de uma modalidade que busca vincular o trabalho e a formação acadêmica a partir do trabalho em saúde. Em 2005 as residências multiprofissionais ganham marco regulatório, como Política de formação para o SUS, ligado ao princípio da Reforma Sanitária. Uma proposta importante de qualificação de profissionais para atuar no SUS, no entanto, como a própria política de saúde, as residências são atravessadas por interesses, apresentando-se muitas vezes como mão de obra barata, qualificada e precarizada dentro dos serviços de saúde, Dessa forma o residente passa a reconhecer o SUS como campo de trabalho e não como uma qualificação profissional vinculada à qualificação do SUS (Campos, 2019).

Um banco de dados nacional, importante para disponibilizar dados sobre os serviços e seus trabalhadores é o Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), que compreende o cadastro dos Estabelecimentos de Saúde nos aspectos de área física, recursos humanos, equipamentos e serviços ambulatoriais e hospitalares. Ainda, compreende

o cadastro do profissional de saúde e das equipes da Estratégia de Saúde da Família.

O SCNES foi instituído pela Portaria MS/SAS 376, de 03 de outubro de 2000, publicada no Diário Oficial da União de 04 de outubro de 2000, e após acordo na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) a PT 376, permaneceu em consulta pública até dezembro de 2000. Com a incorporação das sugestões recebidas dos gestores estaduais e municipais do SUS e da sociedade em geral, editou-se em 29/12/2000 a PT/SAS 511/2000 que passa a normatizar o processo de cadastramento em todo território nacional (Brasil, 2000).

Esse sistema propicia ao gestor o conhecimento da realidade da rede assistencial existente e suas potencialidades, auxiliando no planejamento em saúde, em todos os níveis de governo, além de possibilitar maior controle social pela população. Entre as suas funcionalidades, podemos citar a forma de vinculação dos profissionais aos serviços, que detalha: forma de contratação com o estabelecimento (o tipo de vínculo); forma de contratação com o empregador (tipo de contrato); e o detalhamento da forma de contratação, sendo o subtipo.

A vinculação dos profissionais da APS ao SCNES é requisito obrigatório para vinculação das equipes de Saúde e conseqüentemente o aporte para recebimentos de recursos. Dessa forma é necessário que os profissionais estejam devidamente cadastrados. Entre as formas de contratação identificadas na pesquisa, o manual de cadastro do SCNES traz as seguintes orientações, conforme quadro 1 a seguir:

**Quadro 1 – Formas de Contratação de Profissional segundo Manual SCNES, Brasil, 2023**

<b>Forma de Contratação com o Estabelecimento</b>	<b>Forma de Contratação com o Empregado</b>	<b>Detalhamento da Forma de contratação</b>	<b>Conceito</b>	<b>Tipo de Vínculo aceito em Estabelecimento com Natureza Jurídica</b>
01 - Vínculo Empregatício	01- Estatutário Efetivo	01- Servidor Próprio	Servidor 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	Administração Pública
01 - Vínculo Empregatício	02 - Empregado Público Celetista	02- Servidor Próprio	Empregado público do próprio ente/entidade pública da Administração Pública Direta ou Indireta, ocupante de emprego público, contratado pelo regime CLT por prazo indeterminado.	Somente para serviço público, incluindo autarquia
01 - Vínculo Empregatício	03 - Contratado Temporário ou por prazo/ tempo determinado.	01- Publico	Trabalhador temporário, contratado pela Administração Pública Direta ou Indireta por prazo/tempo determinado, regido por lei específica (federal, estadual, distrital ou municipal) ou pela CLT.	Administração Pública, Empresa Pública, Sociedade de Economia Mista
01 - Vínculo Empregatício	04-Cargo Comissionado	01 Servidor Publico	Servidor ou empregado público efetivo, próprio do ente ou entidade pública da Administração Direta ou Indireta, ocupante de cargos de livre nomeação e exoneração.	Administração Pública, Empresa Pública, Sociedade de Economia Mista.
02-Autônomo	Pessoa Jurídica	00-Não se aplica	Trabalhador pessoa jurídica, sem vínculo empregatício com seu contratante, proprietário/sócio de empresa privada.	Não
02- autônomo	Pessoa Física	00-Não se aplica	Trabalhador pessoa física, sem vínculo empregatício, contratado para prestação de apoio técnico/serviços com objetivos específicos durante determinado prazo	Não
05- Residência	1- Residência	01- Próprio	Profissional cursando residência médica ou multiprofissional, caracterizada por treinamento em serviço, com bolsa financiada pela instituição (pública ou privada) responsável pelo Estabelecimento.	Não

Fonte: Datasul/SCNES, 2009.

### **3.4 Responsabilidades do Gestor Municipal na Gestão do Trabalho em Saúde no SUS e as Ferramentas e Estratégias da Gestão do Trabalho em Saúde**

A Gestão do trabalho por sua complexidade representa uma grande responsabilidade e enorme desafio para os gestores do SUS. Apesar de sua importância, na maioria dos municípios, principalmente os de pequeno e médio porte não dispõem de um setor de Gestão do Trabalho específico para as secretarias de saúde, estando estas geralmente ligadas ao setor de Recursos Humanos das prefeituras. No entanto, da importância do setor saúde ou das secretarias municipais de saúde conhecerem e atuarem conforme o que se compreende como a gestão do trabalho na saúde, pois quem faz gestão precisa estar integrado com a atenção e vice e versa, e todo trabalho faz parte da gestão. Dessa forma, para se realizar o provimento e a gestão do trabalho se faz necessário saber, ter clareza do profissional que o SUS e a RSB precisam para se consolidarem.

Instituições públicas enfrentam situações complexas para gestão do trabalho, exigindo cada vez mais a adoção de estratégias voltadas para a melhoria das condições e relações de trabalho, pois é uma área permeada por conflitos que interferem na qualidade da prestação dos serviços de saúde. No Brasil, as instituições de saúde passam por intensas dificuldades e os problemas relativos à gestão e formação de recursos humanos tornam-se um dos principais fatores que levam à desqualificação dos serviços. Por isso, essas instituições têm evidenciado que a gestão do trabalho é um tema que necessita de maior dedicação, despertando para a adoção de estratégias que possam ajudar a melhor solucionar possíveis distorções existentes no gerenciamento da força de trabalho (Brasil, 2009).

Em 2006 através do Pacto pela Saúde foram definidas as diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS, fornecendo subsídios fundamentais à organização de práticas de gestão. O pacto de gestão traz como competência dos municípios: promover e desenvolver políticas de gestão do trabalho, considerando os princípios a humanização, da participação e da democratização das relações de trabalho; adotar vínculos de trabalho que garantam os direitos sociais e previdenciários dos trabalhadores de saúde na sua esfera de gestão e de serviços, promovendo ações de adequação de vínculos, onde for necessário, conforme legislação vigente (Brasil, 2011).

Diante da responsabilidade dos gestores de saúde, no ordenamento da gestão do trabalho, é importante destacar que esta, deve acontecer de forma tripartite, ou seja, os três entes em cada esfera de gestão.

Neste contexto, em 2003 foi criada a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação

na Saúde SGTES, estruturada em três eixos de ação, Gestão do Trabalho, Gestão da Educação e provimento da força de trabalho em saúde (Gil *et al.*, 2018).

Portanto a SGTES surge como um importante instrumento Federal com o intuito de criar diretrizes nacionais da política de Recursos Humanos (RH) em saúde, bem como adotar estratégias indutoras com investimentos técnicos políticos e financeiros para a qualificação da gestão. É o principal instrumento federal com capacidade para mobilizar a formação e a EPS no setor saúde e para propor planejamento e formulação de políticas de gestão e de regulação da força de trabalho do SUS (Pierantoni *et al.*, 2008).

O Ministério da Saúde (MS) principalmente nos últimos anos, com os governos neoliberais, transpareceu a falta de atuação da SEGETS, favorecendo com isso a precarização dos vínculos e os desafios para desenvolver a gestão do trabalho no SUS.

Diante de tantos desafios para Gestão do Trabalho se faz necessário criar e promover estratégias para valorização dos trabalhadores como: Implementação de Políticas que garantam empregos protegidos; trabalho com salários justos, jornadas e ambientes de trabalho dignos, saudáveis e seguros; investimentos na carreira SUS, no trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar; EPS, aperfeiçoamento, especialização e formação em saúde, serviços e comunidade para garantir o vínculo entre a população as equipes de saúde e o SUS. Desta forma destacamos algumas estratégias consideradas prioritárias para a valorização do trabalhador da saúde:

#### 3.4.1 Educação Permanente no Cotidiano do Trabalho

A Educação Permanente em Saúde (EPS) tem como pressuposto acontecer no trabalho e para o trabalho, deve ocorrer em um cenário que envolve a metodologia da problematização, interprofissionalidade, com ênfase nas situações-problema das práticas diárias possibilitando gerando reflexões críticas e articulação de soluções estratégicas em coletivo, e encontra-se inserida no desenvolvimento e na consolidação do SUS (França *et al.*, 2019). É muito potente para resolver problemas das relações de trabalho, pois Parte de um problema do cotidiano, em que os profissionais reunidos, identificam os problemas comuns e juntos discutem e definem estratégias para o seu enfrentamento.

A EPS se baseia em um ensino problematizador, ou seja, é inserido de maneira crítica com base nas necessidades do local a partir das experiências vividas. Nela, existe uma troca mútua de conhecimentos, diferente do ensino mecânico onde os alunos se tornam meros

espectadores. Para alcançar as constantes mudanças e desenvolvimento dos sistemas de saúde, a educação permanente em saúde se tornou uma política pública que faz parte do processo de trabalho, utilizando as novidades e os conhecimentos prévios dos trabalhadores (Ramos *et al.*, 2022).

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) foi criada pelo Ministério da Saúde, por meio das Portarias nº 198/2004 e nº 1996/2007, e preconiza a construção de estratégias que qualifiquem a gestão em saúde e a organização das ações e dos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da formação e do desenvolvimento dos trabalhadores da área da saúde (Brasil, 2009).

Para estimular a participação dos trabalhadores da saúde na gestão do trabalho, é preciso ressignificar o seu papel. Os profissionais devem ser entendidos e compreender-se como sujeitos que modificam o local onde atuam, e não apenas como um agente que realiza uma tarefa.

#### 3.4.2 Plano de Carreiras, Cargos e Salários (PCCS)

Define-se Plano de Carreira, Cargos e Salários do SUS (PCCS-SUS) como o “conjunto de princípios e diretrizes que orientam a entrada no cargo e estabelecem formas de desenvolvimento pessoal e profissional dos trabalhadores para colaborar para o aprimoramento dos serviços prestados” (Brasil, 2009).

Em 2004, o MS criou uma Comissão Especial para elaboração das Diretrizes do Plano de Carreira, Cargos e Salários do âmbito do SUS, coordenada pela SGTES/MS, por meio da Portaria GM/MS n. 626, de 8 de abril de 2004 (Brasil, 2004).

O documento final elaborado por essa comissão, “Diretrizes Nacionais para a Instituição de Planos de Carreiras, Cargos e Salários no Âmbito do Sistema Único de Saúde”, que contempla grande parte do que foi consenso entre os Secretários de Estado com relação à proposta de PCCS, relaciona os princípios que devem nortear as Diretrizes dos Planos de Carreira apontando para a: mobilidade – assegura o trânsito do trabalhador do SUS, sem perda de seus direitos e progressão na carreira; flexibilidade – garantia permanente da adequação dos planos às necessidades e à dinâmica do SUS; carreira – instrumento de gestão; educação permanente e avaliação de desempenho (Brasil, 2011).

O PCCS precisa ser considerado como um importante instrumento de gestão do trabalho, para a valorização do trabalhador e de sua carreira no SUS. Entre seus objetivos, tem o papel de estimular e motivar as pessoas a serem mais efetivas em seus trabalhos. A

motivação deve ser vista como uma estratégia necessária e possível de ser implementadas nas instituições de saúde, pois os fatores que interferem na satisfação no trabalho exercem influência no comportamento da equipe (Mendes, 2022).

### 3.4.3 Avaliação de Desempenho

A avaliação de desempenho é uma estratégia de gestão pouco utilizada nos serviços de saúde, apesar de sua implantação ser um instrumento muito potente para realização da gestão do trabalho, que tem como intuito a valorização profissional bem como a melhoria da qualidade dos serviços oferecidos pelo SUS. Os processos de avaliação de desempenho são bastante polêmicos por isso pouco utilizados no SUS.

No serviço público, tem o intuito de abranger o desenvolvimento dos profissionais, nos processos de trabalho. Com contribuição individual e coletiva das equipes de trabalho é possível redefinir processos, pactuar metas e orientar processos de desenvolvimento setoriais e institucionais, subsidiando os gestores para que reflitam o melhor processo de trabalho (Brasil, 2011).

A EC 19/98 trouxe modificações importantes ao regime jurídico dos servidores. Em seu Art. 41 traz que são estáveis após três anos de efetivo exercício os servidores nomeados para cargo de provimento efetivo em virtude de concurso público. § 1º O servidor público estável só perderá o cargo: III – mediante procedimento de avaliação periódica de desempenho, na forma de lei complementar, assegurada ampla defesa (Cavalcanti, 2021).

## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 Delineamentos da Pesquisa**

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa e exploratória. Para Nasser (2008) uma pesquisa qualitativa de natureza exploratória, possibilita familiarizar-se com as pessoas e as suas preocupações.

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares voltados para a realidade que não pode ser quantificada. Desta forma, visa acessar um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (Minayo, 2008).

### **4.2 Local e Sujeitos / Amostra**

A seleção dos municípios para o estudo ocorreu na macrorregião norte do estado do Paraná, que contempla 16<sup>a</sup>, 17<sup>a</sup>, 18<sup>a</sup>, 19<sup>a</sup> e 22<sup>a</sup> regionais de saúde (RS) do estado, em que se situam 97 municípios. A escolha dos municípios para o trabalho de campo foi realizada por meio de dois indicadores de financiamento da saúde: despesa municipal em APS per capita e participação das transferências por emendas para a APS na transferência total do Ministério da Saúde (MS) para a APS. A partir do cruzamento destes indicadores os municípios foram categorizados em quatro quadrantes: alta despesa municipal em APS per capita e alta participação das transferências por emendas para a APS; alta despesa municipal em APS per capita e baixa participação das transferências por emendas para a APS; baixa despesa municipal em APS per capita e alta participação das transferências por emendas para a APS e baixa despesa municipal em APS per capita e baixa participação das transferências por emendas para a APS, dentro do quadrante.

Foram selecionados oito municípios (dois em cada quadrante). Londrina também foi selecionada por ser a sede da macrorregião totalizando nove municípios. Foram entrevistados nove gestores, sendo oito deles Secretários de Saúde e uma Diretora Geral. Destes, três foram acompanhados na entrevista por assessores que ocupavam cargos de confiança do Secretário de Saúde. Além dos gestores, foram entrevistados nove coordenadores da APS. As falas dos entrevistados foram identificadas com a letra “G” de gestores, “C” para os Coordenadores da APS e seguirá a ordem numérica de 1 a 9. A escolha da ordem foi baseada na disposição numérica das RS.

### **4.3 Obtenção dos Dados**

Foram realizadas entrevistas com gestores e coordenadores da APS, no período de julho a agosto de 2022, utilizando-se um roteiro semi-estruturado, elaborado com o auxílio de uma matriz de referência do Modelo de Gestão. Para este estudo foram destacados do roteiro questões relacionadas à gestão do trabalho: O município conta com um setor de gestão do trabalho? Quais estratégias têm sido usadas para provimento da força de trabalho? Quais os principais desafios na área da gestão do trabalho (dimensionamento; rotatividade; escassez e distribuição de profissionais)? Quais formas de contratação, de vínculo e de regime de trabalho são adotadas pelo município na APS? O município tem usado ferramentas de gestão do trabalho? Quais? Citar: avaliação de desempenho, PCCS, organização por coordenação de unidades/serviços ou por categoria profissional, existência do apoio matricial e apoio institucional. No roteiro havia também questões que possibilitavam obter informações para caracterização dos entrevistados. Foram elaborados dossiês dos municípios como recurso de apoio aos entrevistadores, contendo informações e indicadores dos municípios e informações sobre a gestão em saúde, disponíveis em bases de dados oficiais e em informações do município, disponíveis na internet. As entrevistas foram agendadas conforme a preferência e a disponibilidade das partes envolvidas, sendo realizadas presencialmente nas secretarias de saúde dos municípios, e em espaço reservado, no qual estiveram presentes dois entrevistadores e o(s) entrevistado(s), e após autorização foram gravadas. Esta pesquisadora não participou nas entrevistas.

Com o intuito de qualificar o objeto de estudo e assim complementar dados para pesquisa, foi realizado um levantamento dos vínculos trabalhistas dos profissionais, dos municípios estudados, utilizando-se o banco de dados da DATASUS/SCNES. Utilizou-se os seguintes critérios de seleção: ter como natureza jurídica a Administração Pública; estar vinculado a algum estabelecimento de saúde; que atenda Atenção Primária a Saúde, utilizando todas as categorias profissionais e todos os tipos de vínculo empregatício na competência do mês de “janeiro” de 2023.

### **4.4 Análise dos Dados**

Após a realização das entrevistas foi elaborado um diário de campo que foi utilizado para contextualizar os resultados e discussões e realizada a transcrição das gravações. Para a análise qualitativa dos dados foi realizada a Análise de Discurso, que consiste em levar o

sujeito falante ou o leitor a se colocarem questões sobre o que produzem e o que ouvem nas diferentes manifestações da linguagem. É uma forma de compreender como a língua produz sentidos pelos sujeitos e para os sujeitos (Orlandi, 2020).

De posse das transcrições das entrevistas, foi realizada leitura intensa e exaustiva do material obtido, segunda etapa foi à síntese dos conteúdos das entrevistas de cada município. Fez-se necessária a leitura transversal das sínteses, a fim de cruzar as informações relevantes e semelhantes. Em seguida, essas sínteses foram organizadas em um quadro, para melhor visualização e compreensão do conteúdo. Após a elaboração do quadro, foi realizada novamente a leitura do material, onde foram grifadas as informações semelhantes e divergentes, para a obtenção da categorização temática. Ao final da análise foram obtidas quatro categorias temáticas, e para a construção desse trabalho foi realizado o recorte dos textos em unidades de registros sem distorcer o contexto em que o material foi inicialmente obtido.

Foi elaborada uma tabela sobre o perfil dos participantes do estudo, onde foram destacados: sexo, idade, escolaridade, especializações e tempo no cargo, a fim de obter uma melhor visualização dos participantes da pesquisa (Quadro 2). Já no Quadro 3 está disposto o Perfil da Gestão do Trabalho nos municípios, onde foram destacados se o município possui um setor de Gestão do trabalho e se alguma ferramenta para Gestão do Trabalho.

Para análise dos dados obtidos no SCNES, foi elaborado um quadro contendo: municípios com o total de habitantes, total de profissionais cadastrados no SCNES atuantes na APS com as modalidades de contratação profissional (Quadro 4).

#### **4.5 Considerações Éticas**

O presente estudo integra parte de uma pesquisa maior denominada “Mudanças nas regras de transferência de recursos federais do Sistema Único de Saúde: implicações e desafios para o financiamento e a organização da Atenção Primária à Saúde no Brasil”. Trata-se de um projeto multicêntrico, desenvolvido em parceria com pesquisadores da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ Fiocruz e Universidade Estadual de Londrina (CAAE: 30675420.6.0000.5240 – Apêndice A). Os entrevistados foram consultados previamente sobre a concordância em participar da pesquisa, e assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE – Apêndice B).

## 5 RESULTADOS

Conforme a análise das entrevistas, os resultados foram organizados em quatro categorias, iniciando-se pela Caracterização dos gestores e coordenadores da APS e seus municípios; em seguida aborda-se a Organização da Gestão do Trabalho e as Estratégias desenvolvidas nos municípios; posteriormente apresentam-se as modalidades de vínculos trabalhistas na APS e sua influência na atuação profissional, na visão dos entrevistados. Por fim, são apresentados os Desafios na Gestão do Trabalho para os Municípios.

### 5.1 Caracterização dos Municípios e dos Gestores e Coordenadores da APS

No presente estudo, do total de nove municípios, sete (80%) são de pequeno porte populacional (até 99 mil habitantes), dois dos municípios (20%) são de grande porte (entre 100 mil a mais de 500 mil habitantes), segundo o IBGE.

Segundo os dados apresentados no Quadro 2, o qual descreve o Perfil da população de estudo, ao analisar as características sociodemográficas relacionadas a sexo, idade, escolaridade, verificou-se que o maior percentual de profissionais é do sexo feminino (83%) com idade entre 31 a 76 anos. Em relação à escolaridade, são os mais diversos níveis, desde o ensino fundamental até a pós-graduação, mestrado e cursando doutorado. A maioria dos gestores (66%) possui alguma formação na área da saúde, (22%) dois gestores possuem formação na área da educação, e (22%) dois gestores não possuem nenhuma formação acadêmica. Já entre os Coordenadores da APS 100% possuem formação na área da Saúde com pós-graduação, mestrado, e cursando doutorado. Em relação a tempo no cargo entre os gestores variam de um ano a mais de vinte anos, entre os coordenadores da APS, varia entre um ano a quinze anos. Em relação a ser trabalhador da saúde, três gestores não possuem carreira pública municipal na saúde, dois gestores são concursados em outra área. Portanto, a maioria dos gestores (56%) é de trabalhadores com carreira pública na Saúde. Em relação aos Coordenadores da APS apenas uma não possui carreira pública municipal na área da Saúde.

**Quadro 2 - Perfil da população do estudo segundo sexo, idade, escolaridade, tempo no cargo, tempo de trabalho na saúde em 2022**

<b>MUNICI- PIO</b>	<b>SEXO</b>	<b>IDADE</b>	<b>CARGO OCUPADO</b>	<b>FORMAÇÃO ACADÊMICA</b>	<b>TEMPO NO CARGO</b>	<b>TEMPO DE TRABALHADO NA SAÚDE</b>
<b>M1</b>	M	46 anos	Secretário municipal de Saúde	Odontólogo especialização em saúde coletiva, em endodontia e implante.	1 ano 3 meses	15 anos servidor na carreira pública municipal
<b>M1</b>	F	39 anos	Coordenadora da APS	Enfermeira, pós em obstetrícia, MBA, Gestão Saúde e auditoria, mestrado, cursando doutorado.	2 anos	16 anos servidor na carreira publica municipal
<b>M2</b>	M	76 anos	Secretário municipal de Saúde	Ensino fundamental Não possui formação na área da saúde.	Mais de 20 anos	Cargo comissionado,
<b>M2</b>	F	38 anos	Coordenadora da APS	Enfermeira com pós-graduação em saúde da família e obstetrícia	16 anos	Servidora municipal há 16 anos
<b>M3</b>	F	35 anos	Secretária municipal de Saúde	Farmacêutica bioquímica.	1 ano	Servidora municipal há 09 anos.
<b>M3</b>	F	43 anos	Coordenadora da APS	Enfermeira, com pós-graduação em Enfermagem do trabalho e gestão.	1 ano e meio	Servidora municipal há 14 anos
<b>M4</b>	M	56 anos	Secretário municipal de Saúde	2º grau completo, não possui formação na área da saúde.	1 ano	Concursado como motorista desde 2013
<b>M4</b>	F	32 anos	Coordenadora da APS	Enfermeira e gestão pública	ignorado	Servidora municipal há 6 anos
<b>M5</b>	F	48 anos	Secretária municipal de Saúde	Pedagoga, com pós-graduação em psicopedagogia, não possui formação na área da saúde.	1 ano e 10 meses	Concursada desde 1997. Como administrativo

<b>M5</b>	F	46 anos	Coordenadora da APS	Enfermeira, com pós-graduação em Saúde coletiva e saúde mental	8 anos	9 anos servidor de carreira pública municipal
<b>M6</b>	F	56 anos	Diretora Geral	Enfermeira, com mestrado em gestão e serviços de saúde	4 anos	30 anos de trabalhador da saúde
<b>M6</b>	F	55anos	Coordenadora da APS	Médica	7anos	20 anos trabalhadora da saúde
<b>M7</b>	F	41 anos	Secretária municipal de Saúde	Enfermeira com Mestrado em enfermagem	2 anos	15 anos servidora carreira pública municipal
<b>M7</b>	F	31anos	Coordenadora da APS	Enfermeira, pós em Saúde Pública e Pediatria	5 anos	5 anos , não é concursada
<b>M8</b>	F	_____	Secretária municipal de Saúde	Enfermeira	2 anos	Cargo comissionado, 2 anos
<b>M8</b>	F	35 anos	Coordenadora da APS	Enfermeira, com pós em enfermagem do trabalho, PSF, Estética	8 anos	Servidora Pública Municipal há 13 ano
<b>M9</b>	F	45 anos	Secretária municipal de Saúde	Pedagoga, com pós-graduação em Educação especial e infantil, trabalhou com estética corporal	ignorado	Cargo comissionado, não possui carreira pública municipal.
<b>M9</b>	F	44 anos	Coordenadora da APS	Enfermeira com pós-graduação em saúde da família	15 anos	15 anos concurso

Fonte: Autora do trabalho, 2023.

## 5.2 Organização da Gestão do Trabalho e as Estratégias desenvolvidas nos Municípios

Conforme os dados apresentados abaixo (Quadro 3) o qual descreve o perfil da Gestão do Trabalho, dos nove municípios estudados apenas dois (22,22%) possuem um Departamento de Gestão do Trabalho, sendo estes municípios de grande porte. Os demais, sete municípios (77,78%), não possuem um setor específico para Gestão do Trabalho, e todas as ações relacionadas à gestão de recursos humanos é realizada na Prefeitura. Nas entrevistas é possível evidenciar que nestes municípios o setor comumente chamado de Recursos Humanos (RH) das prefeituras é responsável pela área de gestão de pessoas de todas as secretarias e departamentos que compõem o executivo municipal. Em relação à utilização de ferramentas para a Gestão do Trabalho dois dos municípios (22,22%) não utilizam nenhuma ferramenta para Gestão do Trabalho.

Os outros sete municípios mencionaram a utilização de uma ou mais dessas ferramentas: avaliação de desempenho, Plano de Cargos e Salários (PCCS), Educação Permanente em Saúde (EPS). Em um dos municípios foi citado que o gestor se utiliza de uma pesquisa de satisfação dos funcionários.

**Quadro 3 - Perfil da Gestão do Trabalho nos município estudados, Paraná, 2022**

<b>Município</b>	<b>Possui setor de gestão do trabalho</b>	<b>Utiliza ferramentas para gestão do trabalho</b>
<b>M1</b>	Possui um departamento de gestão do trabalho.	Avaliação de desempenho nos três primeiros anos Realiza treinamento da Equipe Não possui planos de cargos e salários (PCCS)
<b>M2</b>	Setor de Recursos humanos é na Prefeitura Não possui setor específico	Não realiza avaliação de desempenho. PCCS, só para os estatutários.
<b>M3</b>	Não possui setor de gestão de Recursos humanos, tem uma pessoa que faz o ponto. A gestão é a secretaria quem faz férias, contratações ela solicita e é realizado na prefeitura.	Implantou este ano PCCS e Avaliação de Desempenho Possui uma comissão para avaliação
<b>M4</b>	Setor de Recursos humanos é na Prefeitura	PCCS, no plano tem avaliação de desempenho, mas na pratica não acontece
<b>M5</b>	Setor de Recursos humanos é na Prefeitura Somente gestão de férias é feito na SMS	Não utiliza

<b>M6</b>	Tem a diretoria de gestão do trabalho, educação e saúde	Educação Permanente Saúde; Possuem Avaliação de desempenho; Existe um PCCS
<b>M7</b>	Setor de Recursos humanos é na Prefeitura Somente gestão de férias é feito na SMS	Possui PCCS Não tem avaliação de desempenho, mas pretende implantar. Utiliza EPS.
<b>M8</b>	Setor de Recursos humanos é na Prefeitura A gestão e contratação é feita na SMS.	Não utiliza
<b>M9</b>	Setor de Recursos humanos é na Prefeitura, faz as contratações.	Avaliação de desempenho a cada 2 anos Possui PCCS Realiza Educação Permanente em Saúde.

Fonte: Autora do trabalho, 2023.

Constatou-se, a partir da análise dos resultados, a existência de três padrões de organização das áreas e atividades relacionadas à gestão do trabalho nos municípios pesquisados.

Nos municípios de grande porte, há existência de um Departamento ou Diretoria de Gestão do Trabalho na Secretaria de Saúde, que responde pela área de gestão do trabalho: Este setor ou departamento identifica necessidade de contratação e capacitação, é responsável pela realização de processos seletivos simplificados e/ou concursos, acompanha a contratação, férias, avaliações, capacitações, etc.

“Tem, a gente tem a diretoria de gestão do trabalho, educação e saúde, [...]. E essa diretoria que é responsável por essa abertura de processo seletivo simplificado, concurso, criação de vagas, tudo é essa diretoria que cuida” (G6).

Em um dos municípios foi mencionada a existência de uma psicóloga do trabalho que acompanha a realidade dos profissionais nas unidades e mantém o gestor informado sobre problemas e necessidades dos trabalhadores. Enfim, este gestor considera a gestão do trabalho uma responsabilidade da gestão da saúde.

“Nós temos uma psicóloga disponibilizada por esse departamento, inclusive, eu faço questão de ela atender bem próximo, para eu ter a percepção de como está essa problemática na atenção básica, principalmente, nos setores, em todos os setores” (G1).

Nos municípios pequenos constatou-se que a área de gestão do trabalho está centralizada na prefeitura, na secretaria de recursos humanos. Nestes, toda a Gestão de Recursos humanos é realizada pela prefeitura, não somente da secretaria de saúde, mas de todos os servidores.

“Na saúde, não. É tudo é na prefeitura. [...] Direto no (setor de) recursos humanos [...]” (G5).

“Sim, o recurso humano nosso é na prefeitura, contratação, vínculo. É só através da prefeitura” (G9).

No entanto, em alguns municípios de pequeno porte, mesmo que não possuam um setor de gestão do trabalho estruturado nas secretarias de saúde, os gestores assumem algumas ações de gestão do trabalho relacionadas aos trabalhadores da saúde. Foram citadas como exemplo: o planejamento e controle das férias, a gestão de conflitos, a organização das contratações, o fechamento das folhas pontos, transferência de servidores de local de trabalho, dentre outras atividades.

“A gestão de pessoas sou eu que faço, a parte mais difícil, mais desgastante. [...] Quando eu falo a parte de gestão de pessoas, dos conflitos, das mudanças, daí sou eu” (G3).

### **5.3 Estratégias e ferramentas utilizadas pelos gestores para realização da Gestão do Trabalho**

Constatou-se nas entrevistas, que entre as estratégias e ferramentas utilizadas na Gestão do Trabalho desenvolvidas pelos municípios, foram citadas: Educação Permanente em Saúde (EPS), Avaliação de Desempenho; Plano de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS); pesquisa de satisfação dos trabalhadores.

Destas ferramentas quatro gestores realizam EPS, quatro relataram ter avaliação de desempenho. Em relação a ter PCCS, cinco municípios possuem, e outros quatro não possuem. Além destas, o gestor de um município de grande porte, relata que realiza rotineiramente uma pesquisa de satisfação dos trabalhadores;

EPS foi citada pelos gestores de dois municípios de grande porte, e referem desenvolver processos de EPS com os profissionais. A qualificação dos servidores é vista como algo importante.

“Então, a gente tem capacitações com os servidores, principalmente com os agentes comunitários. Então, mensalmente, a gente tem uma capacitação” (G1).

“Nós estamos trabalhando com os profissionais. [...] nos processos de educação permanente” (C1).

“(Vocês têm alguma ferramenta Que vocês trabalham junto com a diretoria de gestão do trabalho?) Com educação permanente. Sim” (C6).

Apenas dois municípios de pequeno porte relataram desenvolver ações de EPS. No entanto, pela manifestação do gestor, percebe-se que esta atividade é esporádica e não é uma estratégia planejada e instituída de forma permanente nos serviços.

“EPS. Trabalhamos sim” (G7).

“A gente sempre está reunindo, não vou falar que seja mensal, mas tem um problema, a gente reúne a equipe e conversa [...]” (G9).

A avaliação de desempenho foi apontada como uma das estratégias de Gestão do Trabalho desenvolvida em alguns dos municípios pesquisados. Em um dos municípios foi mencionada que esta estratégia é realizada nos três primeiros anos após a admissão do trabalhador, quando termina o estágio probatório. Esse gestor considera necessária que essa atividade seja mantida também depois de concluído o estágio probatório.

Nos primeiros três anos, a gente faz avaliação de desempenho de estágio probatório. Estamos estudando a possibilidade de ter uma avaliação contínua, mas ainda estamos engatinhando nessa área, ação sendo propostas ainda, nós não conseguimos executar, mas estágio probatório, depois de muitos anos, nós nos cobra mesmo da gestão do trabalho isso aí (G1).

Em um dos municípios de grande porte foi mencionada a existência de dois tipos de avaliação: a de desempenho e a avaliação de conhecimentos. Ambas as avaliações resultam, caso as avaliações sejam positivas, na elevação da carreira do trabalhador. No caso da avaliação relacionada ao conhecimento, o trabalhador apresenta o comprovante das capacitações/especializações que participou, em um determinado período, e assim solicita a promoção por conhecimento.

“[...] Tem os dois tipos de avaliação que você tem elevação na sua carreira, a de conhecimento você apresenta as capacitações que você fez as especializações, para poder solicitar a promoção por conhecimento” (C6).

No entanto a maioria dos municípios de pequeno porte relatou não realizar avaliação de desempenho, ou realizar algum tipo de avaliação, com instrumento formalizado, ou periodicidade definida. Em um destes municípios o entrevistado considera que a ouvidoria é um instrumento de avaliação dos profissionais e segundo o entrevistado, o profissional é avaliado quando existe alguma reclamação, quando está tendo algum problema.

“Somente através da ouvidoria, tem muitas pessoas da população que abrem reclamações, [...] e a gente já consegue avaliar” (G2).

Em outro município, a avaliação de desempenho começará a ser realizada agora, após a aprovação do PCCS. O gestor referiu que até então tinham apenas uma comissão estabelecida, porém com o intuito de resolução de conflitos.

Nós temos comissões estabelecidas, mas é como eu falei, desgasta demais, você vai chegando em um ponto que toda hora você tem que ficar só lidando com conflitos, ficar só lidando com advertência, um vai tomando a dor do outro que também deixa de fazer porque está com raiva (G3).

“Avaliação de desempenho sim vai começar a ter isso” (G3).

Outra ferramenta da gestão do Trabalho apontada nas entrevistas foram os PCCS, sendo que seis gestores relataram possuir, sendo como uma estratégia importante para a Gestão do trabalho.

“[...] Existe um plano de carreiras também. Isso. Todos os servidores públicos, todos os servidores concursados, abrange a todos” (C6).

”Tem o plano de cargo e salários” (G7).

Em um dos municípios, os entrevistados relatam ter um plano de carreira, a cada dois anos eles recebem um avanço salarial, realizando somente a correção, no entanto não possuem um PCCS efetivo, reconhecem que precisa ser implementado.

“[...] Nós temos um plano salarial, a cada dois anos você tem avanço, nós não temos um plano de cargos e carreira efetiva como os outros municípios têm, isso é uma grande falha do município” (G1).

A gente tem o estatuto que foi aprovado lá atrás, mas o plano de cargos nunca foi regulamentado até agora. Aqui o vínculo estatutário é credenciado pelo INSS, então ele tem previdência própria. A única coisa que foi prevista é o avanço funcional que a cada dois anos, 2% sobre o salário base você. Falar que tem um plano de cargos e salários não dá isso não existe (C1).

Gestores de municípios de pequeno porte relatam não possuírem o PCCS, nem qualquer outra ferramenta ou estratégia para a gestão de carreira dos servidores. Citam isso como algo ruim, que isso acaba desmotivando os trabalhadores.

“Plano de cargos e salários aqui no município, não tem nada. É, não tem nada” (G8).

“O prefeito tinha até prometido que ia tentar ver esse plano de [...] mas parece que não sei o que não dá certo para colocar e está nisso. Não vai. Então é um dos fatos que desmotivou os funcionários” (C8).

Em um dos municípios de grande porte o entrevistado relatou que é desenvolvido nos setores um trabalho de Pesquisa de Satisfação, para identificar qual a satisfação do trabalhador em relação ao seu trabalho. Isso demonstra que este gestor se preocupa com a melhoria do processo de trabalho, valoriza a opinião dos trabalhadores.

Mas foi feito um trabalho por setor, UBS por UBS, setor por setor da autarquia de saúde com relação à satisfação de trabalho mesmo. Uma psicóloga fez esse trabalho, apresentou para a gente as deficiências e estamos tentando trabalhar nisso aí. Teve setor que chegou a dizer assim, “A gente quer ter um chefe, um chefe que cobre a gente”. Então, foi bem interessante esse trabalho. É um trabalho de pesquisa, ela vai ao setor, como o seu trabalho, passa um questionário para o funcionário, ele não precisa se identificar anota tudo com o x e depois ela vai tabular lá para a gente ver o contentamento, o descontentamento, dos profissionais (G1).

#### **5.4 As Formas de Admissão dos Profissionais**

Constatou-se após as análises das entrevistas que existem diversas formas de contratação de profissionais nos municípios entrevistados como, concursados tanto estatutários como CLT, terceirizações por meio de contratos com pessoas jurídicas;

credenciamentos; contratos por prazo determinado (temporários) por processo seletivo simplificado (PSS) e cargos comissionados.

Apesar de diferentes modalidades de vínculos, a maioria dos profissionais contratados pelos municípios se dá por meio de concurso público, com vínculo estável.

“É concurso público, agora que foi feito um PSS, mas, geralmente, a maioria é concurso público 90%” (G9).

“[...] Força de trabalho da saúde, 80% é concursado” (G7).

A contratação de profissionais por empresa terceirizada é utilizada por todos os municípios pesquisados. Entre as categorias profissionais citadas, a categoria médica é aquela que possui a maior contratação por meio de empresas, de pessoa jurídica, sendo justificada pela dificuldade de contratação e de fixação destes profissionais, sendo também alta a rotatividade de profissionais desta categoria.

“Nós tivemos que apelar para esses chamamentos mesmo, nessa forma de contratação de pessoa jurídica” (G1).

“Tem uma empresa contratada e ela contrata e repassa para nós” (G2).

“Na parte médicos a gente tem um chamamento público de contratação de empresas, pessoa jurídica, para suprir essa falta de médicos” (G1).

“(Médicos) eles são contratados por licitação, geralmente são as empresas que ganham, não é o médico, a pessoa física, mesmo que ele seja a pessoa jurídica, acaba ganhando empresas, tem muita empresa nesse mercado” (C7).

Os contratos temporários, também foram citados por grande parte dos municípios como uma modalidade que ajuda muito os municípios a não ficarem sem alguns profissionais, sendo realizados nas mais diversas categorias profissionais, desde enfermeiros, técnicos de enfermagem, profissionais da odontologia, além de outros, como psicólogos, nutricionistas, educador físico.

“[...] Justamente porque como vai demorar um pouco o concurso público, por segurança, a gente resolveu fazer um PSS e agora sendo contratado por PSS” (G3).

“Nós temos uns concursados e um tanto PSS” (G8).

“A enfermeira, a dentista também é por PSS” (G9).

Em um dos municípios, cuja vinculação dos agentes de endemias era por contrato por tempo determinado há vários anos, via PSS, houve necessidade de realização de concursos públicos por pressão de órgãos externos, entre eles a câmara de vereadores e o ministério público.

[...] Os agentes de endemias que por um longo período eram contratados por PSS, até que chegou um momento que a câmara não deu mais permissão para abrir processo seletivo, porque já estava há quatro anos fazendo processo seletivo e o Ministério Público fica em cima (G7).

De acordo com os dados do SCNES, a Tabela 1 detalha as modalidades de vínculo de trabalho dos profissionais, sendo possível confirmar o que foi dito nas entrevistas, que estes utilizam as mais diversas formas de contratação de trabalhadores. É possível comprovar que em todos os municípios estudados a maioria dos profissionais possui vínculos estáveis, sendo eles concursados, estatutários ou CLT.

**Tabela 1 – Quantidade de profissionais que atuam na APS nos municípios em estudo, segundo modalidade ou tipo de vínculo de trabalho, Macrorregião norte do Estado do Paraná, 2023**

Municípios	Estatutário		CLT		Pessoa física		P Jurídica		Contrato Prazo determinado		Cargo Comissionado		Residente		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>M1</b>	441	49,5	175	19,46	161	17,90	34	3,78	40	4,44	09	1,0	39	4,33	899	100%
<b>M2</b>	30	71,42	01	2,38	0	0	0	0	06	14,28	05	11,90	0	0	42	100%
<b>M3</b>	13	8,78	75	50,67	0	0	0	0	42	28,37	18	12,16	0	0	148	100%
<b>M4</b>	31	65,96	0	0	0	0	0	0	10	21,28	06	12,76	0	0	47	100%
<b>M5</b>	20	46,51	06	13,95	02	4,65	04	9,30	08	18,60	03	6,97	0	0	43	100%
<b>M6</b>	987	43,04	326	14,21	401	17,49	246	10,73	244	10,64	01	0,043	88	3,84	2293	100%
<b>M7</b>	42	63,64	02	3,03	02	3,03	0	0	20	30,30	0	0	0	0	66	100%
<b>M8</b>	03	1,68	94	52,80	39	21,91	01	0,56	41	23,03	0	0	0	0	178	100%
<b>M9</b>	45	83,33	0	0	01	1,85	01	1,85	04	7,40	03	5,55	0	0	54	100%
<b>Total</b>	<b>1.612</b>	<b>43,76</b>	<b>679</b>	<b>18,01</b>	<b>606</b>	<b>16,07</b>	<b>286</b>	<b>7,58</b>	<b>415</b>	<b>11,00</b>	<b>45</b>	<b>1,18</b>	<b>127</b>	<b>3,36</b>	<b>3770</b>	<b>100%</b>

Fonte: DATASUS/SCNES, 2023.

A tabela 1 mostra que nos municípios de pequeno porte existe uma grande de profissionais com contratos temporários, diferente dos municípios de médio e grande porte. É possível evidenciar ainda que mesmo os municípios possuindo em sua maioria vínculos protegidos, todos os municípios acabam possuindo modalidades de contratação consideradas precárias, como contratos temporários, pessoa física e pessoa jurídica. Nos dois municípios sendo eles, de grande porte (M1, M6), o número de trabalhadores contratados por pessoa física ou jurídica é superior a 20%, segundo o CNES. Dessa forma é possível constatar que existe diferença no tipo de vínculo de acordo com o porte do município. No entanto nestes dois municípios os gestores são trabalhadores de saúde há vários anos, de carreira e que possuem formação na área da saúde, nota se que estes são os que menos possuem contratos temporários

Ainda de acordo com os dados do SCNES a Tabela 2 mostra as categorias dos Profissionais que atuam na APS com o número de profissionais por município estudado.

**Tabela 2 - Número de Profissionais por Categoria Profissional que atuam na APS, segundo SCNES, por Município Estudado – Paraná- 2023**

Categorias Profissionais	MUNICÍPIOS									Total de Profissionais
	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	M9	
Agente Comunitário de Saúde (ACS)	127	13	43	07	07	71	17	18	09	312
Agente Comunitário de Endemias (ACE)	24	04	-	01	03	73	02	18	02	127
Assist. ADM	40	01	10	02	03	193	03	12	01	265
Assist. Social	08	-	01	-	01	06	01	03	-	20
A. de Saúde Publica	-	-	-	03	-	-	01	-	02	06
Aux. Saúde Bucal	18	02	03	01	-	18	03	04	-	49
Auxiliar/Técnico Enfermagem	132	04	18	13	04	441	12	44	08	673
Dentista	98	02	12	01	03	113	02	05	01	237
Enfermeiros	94	06	18	04	05	309	07	12	06	461
Educador Físico	05	-	-	-	01	07	-	-	-	13
Farmacêutico	34	02	01	01	03	54	04	03	01	103
Fisioterapeuta	36	02	02	03	01	83	03	06	02	138

Fonoaudiólogo	07	-	-	-	-	16	-	-	01	24
Gerente S. Saúde	05	02	18	02	03	30	01	03	02	66
Psicólogo	50	01	08	01	01	72	02	04	-	139
Médico	173	03	08	03	03	671	07	44	05	917
Motorista	10	-	01	-	02	12	06	-	6	37
Nutricionista	09	01	03	-	01	24	-	01	-	39
Recepcionista	20	-	-	-	01	08	01	-	01	31
Tec. Radiologia.	04	-	-	-	-	21	-	01	-	26
Tec. Saneamento	-	-	-	-	-	-	-	-	01	01
Visitador Sanitário	-	-	-	-	01	-	01	-	-	02
Trabalhador Limpeza	05	-	02	1	-	67	02	-	06	83
<b>Total</b>	<b>899</b>	<b>42</b>	<b>148</b>	<b>47</b>	<b>43</b>	<b>2.293</b>	<b>66</b>	<b>178</b>	<b>54</b>	<b>3770</b>

Fonte: DATASUS/ SCNES, 2023.

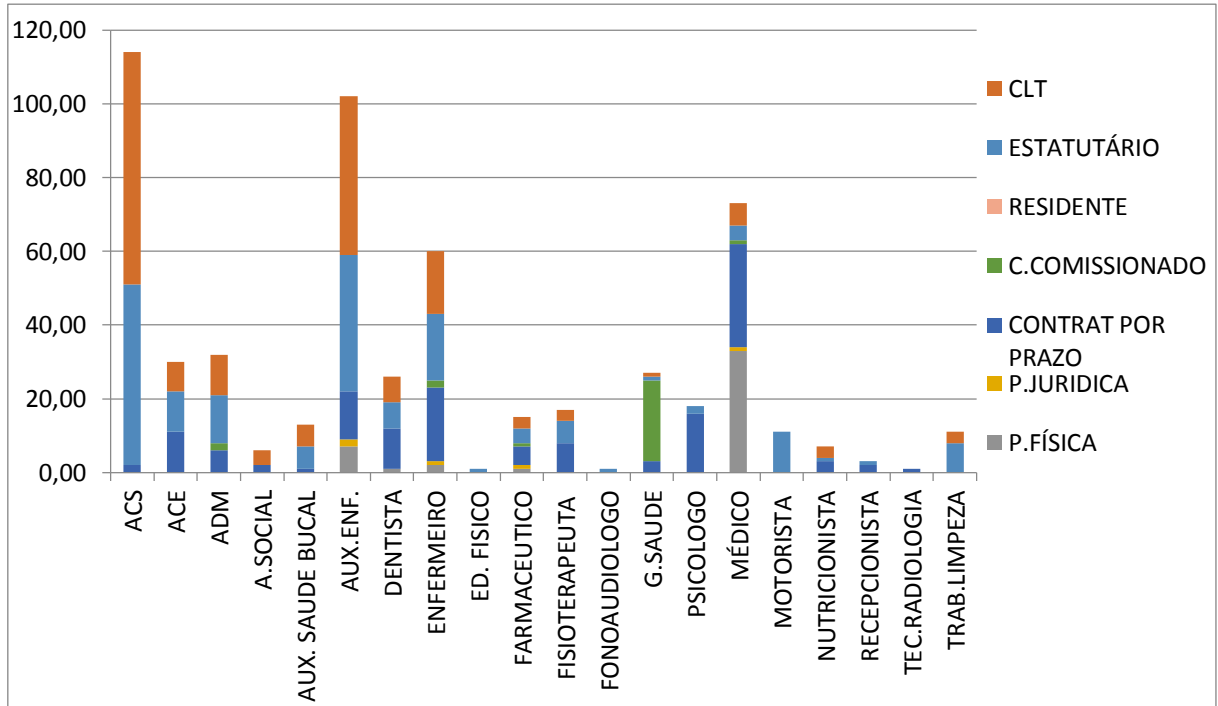
De acordo com os dados apresentados na tabela 2 podemos verificar diversidade de categorias profissionais, vinculados à APS nos municípios estudados, em que três possuem menos que 50 trabalhadores nos serviços de saúde da APS, enquanto o maior município possui mais de dois mil trabalhadores. Também se verifica que a maior quantidade de profissionais inseridos no CNES, são médicos, auxiliares e técnicos de enfermagem, seguidos de enfermeiros e agentes comunitários de saúde. A PNAB 2017 traz como tipo de equipe mínima composta por médico, preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade, enfermeiro, preferencialmente especialista em saúde da família; auxiliar e/ou técnico de enfermagem e Agente Comunitário de Saúde (ACS). Dessa forma outras categorias profissionais como a equipe de saúde bucal, e profissionais que compunham a equipe NASF, torna-se facultativas, cabendo ao gestor local à manutenção ou não destas equipes (Brasil, 2017).

Outro ponto a ser considerado é que para alguns gestores de saúde, a prioridade de contratação como membro da equipe ainda é o profissional médico. O que reforça o papel indutor do governo federal, nesse contexto, através da PNAB 2017, com foco na equipe mínima, bem como o cuidado ainda centrado no profissional médico.

“Eu acho que a principal, no meu modo de entender, o principal é o médico, você tendo o médico, você forma a equipe e começa o atendimento [...]” (G2).

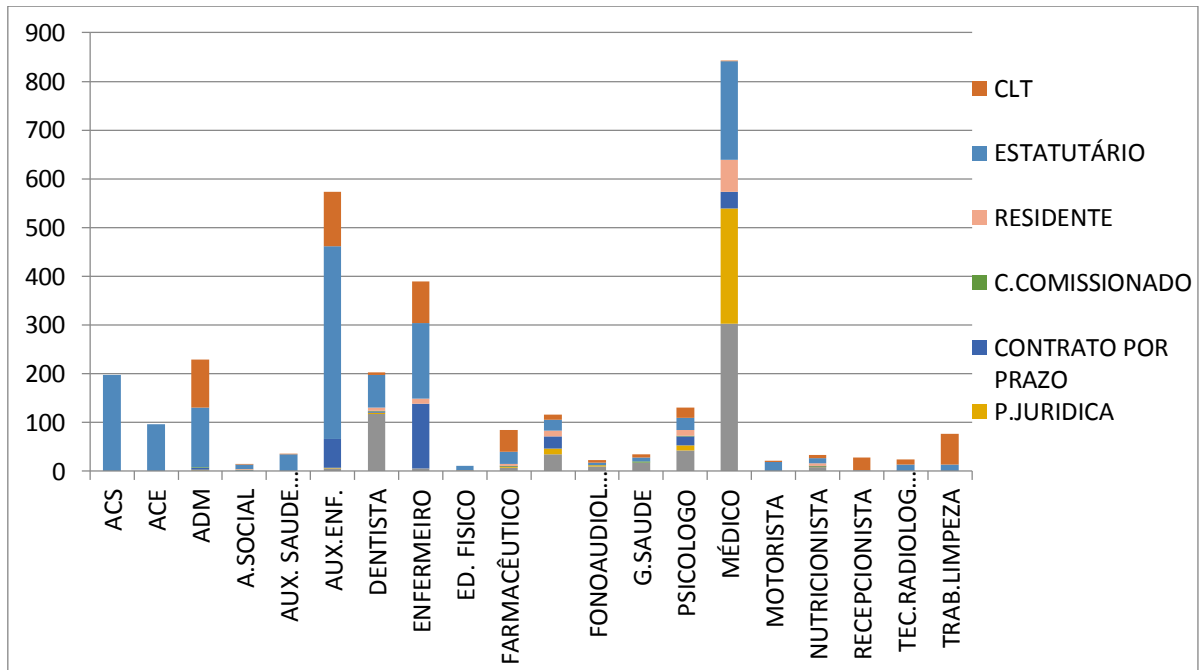
Conforme os dados do SCNES apresentados, nos gráficos 1 e 2 abaixo mostram as categorias profissionais, por tipo de vínculo empregatício, sendo o gráfico 1 relativo aos municípios de pequeno porte e o gráfico 2 os de grande porte estudados.

**Gráfico 1 - Modalidade de vínculos Trabalhistas, por categoria profissional nos municípios de Pequeno Porte do estudo. Paraná 2023**



Fonte: DATASUS/SCNES, 2023.

**Gráfico 2 - Modalidade de vínculos Trabalhistas, por categoria profissional nos municípios de grande Porte do estudo. Paraná 2023**



Fonte: DATASUS/SCNES, 2023.

No gráfico 1 nos municípios de pequeno porte foi possível evidenciar que as categorias profissionais que possuem a maior diversidade de formas de contrato, estão os profissionais médicos, enfermeiro e farmacêutico, apresentando seis modalidades de contratação distintas, ou seja, reforça a ideia de que os gestores utilizam as mais diversas formas para contratação de seus profissionais, e a seleção destes profissionais ainda está centrado nos que compõem a equipe mínima, de acordo com a legislação vigente. Já as categorias profissionais que mais são contratadas com vínculos considerados precários em municípios de pequeno porte estão psicólogos, fisioterapeutas e dentistas com Contratos temporários, o que reforça que os profissionais que compõem as equipes NASF ou multiprofissionais, ficam ainda mais desprotegidos, em relação aos seus vínculos, além da precariedade das leis trabalhistas, existe uma política que desestimula a contratação destes profissionais através de vínculos estáveis.

No gráfico 2 nos municípios de grande porte as categorias profissionais com maior diversidade de tipos ou modalidades de vínculos estão os profissionais psicólogos e fisioterapeutas com seis modalidades de vínculos, portanto, nestes municípios os profissionais que compõem as equipes Nasf ou multiprofissionais acabam recebendo destaques nas formas de contratação com a diversidade de vínculos, seguido pelo profissional médico com cinco modalidades distintas. Já em relação às categorias profissionais contratadas com vínculos considerados precários temos o profissional médico, com predominância de contrato por Pessoa Física seguida por Pessoa Jurídica. Entre os profissionais com maior contratação por contratos temporários está a categoria da Enfermagem.

### **5.5 Atuação dos Profissionais, diante das Formas de Contratação na Percepção dos entrevistados**

Entre as diferentes formas de contratação profissional encontradas nos municípios, constatou-se que, na percepção dos entrevistados, há diferença na atuação do profissional, dependendo do tipo de vínculo que ele possui, sendo citadas vantagens e desvantagens.

Sobre a forma de contratação de profissionais por concurso público, a opinião dos entrevistados foi divergente. Entre as suas vantagens foram mencionadas a criação de vínculo, maior motivação do profissional, e a possibilidade de estes profissionais assumirem cargos de coordenação.

“Concursado já cria mais vínculo, fica mais empolgado [...]” (G1).

“O concursado vem para coordenação, que são funcionários de carreira, a gente pensa, pelo menos, nos treinamentos, nas capacitações, eles vão dar continuidade” (G8).

Neste mesmo município, houve divergência entre a secretária de saúde e a coordenadora da AB. Para a coordenadora todos os profissionais deveriam ser vinculados por contrato e não por concurso. Mesmo que esta coordenadora seja concursada no município há vários anos.

“Eu vejo que os contratados [...] eu acho que a empresa deveria ser tudo contratado, nada concursado [...] Eu acho que os contratados se esforçam mais para o trabalho, eles têm aquele risco de qualquer minuto, tchau” (C8).

Um gestor de outro município também mencionou haver desvantagens em ter profissional concursado, tendo em vista que, após concluir o estágio probatório, o profissional altera sua forma de atuação no trabalho.

“[...] Só que aí tem o outro lado também, tem concursados que após o estágio já acha que tem uma estabilidade e já também começa alterar a forma de trabalhar” (G1).

Em relação aos contratos temporários, também houve divergência de opinião entre os entrevistados. Dentre os aspectos positivos, foram mencionados:

“Vantagem do PSS é [...] a gente adquire os profissionais [...]” (C3).

“Quando é PSS a pessoal acho que faz por merecer estar ali, mostra trabalho, mas quando é concursado, a pessoa [...]” (C9).

No entanto tanto o gestor como o coordenador da APS de município de grande porte consideram os contratos com prazos determinado como um problema e reconhecem esta modalidade de contratação como precária.

Profissional que é contratado por PSS, você sente que ele não tem aquela segurança como um profissional concursado. Então, eu acho que ele acaba não desenvolvendo da melhor maneira o trabalho por conta dessa questão de segurança e um contrato com o tempo estipulado. Então, ele sabe que vai trabalhar um ano e depois não sabe se vai ficar (G1).

E claro, desses vínculos precários, com prazo definido, nós temos a dificuldade na hora em que o enfermeiro, técnico, profissional que quando começou a criar um vínculo com a população, dali a pouco ele tem que sair porque o contrato dele expirou porque ele não conseguiu (C1).

Outra desvantagem da contratação de profissionais por PSS, também apontada pelas gestoras de um município de grande porte é necessidade de capacitar os profissionais, especialmente aqueles que vêm de outras áreas como hospitalar e estão muito desvinculados da APS, o que provoca desgaste na gestão para dar conta disso.

A gente tem percebido que o teste seletivo agora tem trazido muita dificuldade, a gente não quer a capilaridade de receber todo mundo e capacitar, está vindo muitas pessoas da área hospitalar para a gente com uma formação bem desvinculada do que está (G6).

Entre as vantagens citadas por alguns gestores, estão os contratos por Pessoa Jurídica, pela facilidade, quando tem algum problema com o profissional, a empresa é responsável em tomar as devidas providências.

[...] A gente costuma até falar, a famosa dor de cabeça a gente não tem, porque quando um funcionário é efetivo, alguns começam a ter, ao passar dos anos, aquela estafa, começa a entender o serviço de uma outra forma, eu sou mais velho aqui, eu sei que funciona, quando entra o gestor novo (G2).

Quando a gente já tem esse profissional (credenciamento de empresas, por pregão) ele já vem se adequando a isso, e é muito mais fácil falar assim: "olha, se você não quer fazer, não precisa ficar fazendo aquele processo de advertência processo administrativo, vira aquela dor de cabeça, fala assim: "dono da empresa, o seu profissional não está querendo se adequar ao tipo de serviço que eu estou fazendo" então ele me manda o novo, então essa é uma das facilidades (G2).

“[...] Tem muitas vezes que eu nem converso com o médico, eu converso com a empresa. Então, eu vejo que a terceirização é um caminho bom” (G3).

Os contratos por Pessoa Jurídica foram considerados vantajosos por um gestor pelo fato que estes profissionais não entram na folha de pagamento.

“Eu acho que a retirada dos agentes comunitários, da folha também vai ajudar bastante. E os profissionais que são PJ ajudam bastante” (G4).

## 5.6 Os Desafios da Gestão do Trabalho nos Municípios

Constatou-se, a partir da fala dos entrevistados que existem vários desafios relacionados à Gestão do trabalho. Entre os apontados pela maioria dos municípios entrevistados, está a rotatividade dos profissionais, sendo o profissional médico a categoria com maior rotatividade.

“Os desafios, o maior, pelo menos, que a gente tem notado, é a permanência de recursos humanos [...] nós temos uma alta rotatividade” (C1).

“Na verdade nós temos a rotatividade muito grande na área médica, é um dos problemas muito grande [...]” (G1).

“[...] A rotatividade, principalmente falando de profissionais médicos, nós não conseguimos fixá-los” (C1).

“No NASF a gente não consegue prender muito, não. Sempre está trocando” (G4).

Entre as dificuldades encontradas com o profissional médico? alguns gestores citaram a questão salarial, que este profissional não participa de concurso, devido ao piso salarial ser muito baixo.

“Um dos problemas médicos principais que eu acho, é o médico não poder ganhar mais do que o prefeito [...] os médicos estão tendo muito uma resistência em fazer concursos públicos por conta do valor” (G1).

“[...] Eu acredito que não vai ter, médico nenhum vai se interessar, por conta do salário é muito baixo, aí dá deserto, que eles falam” (G5).

O perfil do profissional para trabalhar na Atenção Primária a Saúde foi mencionado,

por alguns gestores como um desafio, que muitos profissionais não possuem perfil e não conhecem o que é a saúde pública e o seu papel na APS.

“Profissionais a gente tem, mas ainda, eu aponto como grande problema é a formação desses profissionais e o perfil de trabalho deles” (G1).

“[...] É que hoje os profissionais de saúde que atuam na saúde pública eles não tem muito conhecimento do que é a saúde pública” (G2).

“Tem profissional e profissionais. Tem gente que é muito bom, tem gente que fala, "Não queria estar nem na saúde” (C9).

“[...] Falta de entendimento dos profissionais que estão na atenção básica, para que eles servem, qual é a função específica deles ali” (G2).

O limite de gasto com pessoal imposto aos municípios pela Lei de Responsabilidade Fiscal foi citado pelos gestores como um desafio, pois obrigam os municípios a optarem por outras formas de vínculo, muitas vezes precárias, além da dificuldade de contratação de algumas categorias profissionais, principalmente o médico.

Sempre foi falado, porque a folha de pagamento sempre estava no limite. Então, eles não poderiam fazer o concurso e agora abaixou e eles acharam e uma maneira que eles arrumaram de fazer, porque eu acho que o concurso ficava caro, não conheço motivo, mas eles acharam melhor fazer PSS (C9).

Eu faço o concurso, não aparece médico, eu contrato pela empresa, seis meses vence o prazo, já faço outro concurso de novo, não aparece, tem que fazer outro. O problema, a promotória não aceita esse tipo de [...] (PREGÃO) (G2).

Outro desafio citado pelos entrevistados é a forma de contratação dos profissionais e como é feito o pagamento. Um dos entrevistados cita que é muito complicado, que algumas autoridades, como vereadores não compreendem e acabam fazendo denúncias. Também foi citado como desafio a interferência política na gestão dos trabalhadores. Foi referido que alguns profissionais contratados pra exercer determinadas funções, mas não realizam e acabam não sendo responsabilizadas, por envolver questões políticas.

“Quando a gente pensa em contratação aqui é muito complicado, porque a gente tem muitas denúncias por causa de vereadores [...]” (G8).

“Os ACS vêm [...] nós temos problemas com duas ACS, uma que nunca trabalhou e outra que também trabalha mais ou menos” (C8).

A formação Profissional foi mencionada por gestores e coordenadores da APS, como um desafio para gestão do trabalho, que muitos profissionais formados não possuem o mínimo de conhecimento e competência técnica para exercício de suas funções.

[...] E assim o que supera tudo é a formação. Os profissionais que estão vindos está dando desgosto até. Olha, no geral, a gente vê que infelizmente decaiu muito a formação, a cobrança. Já é uma realidade hoje e cada vez está se formando pessoas que não tem um mínimo de conhecimento, de competência e isso judia muito da gente (G3).

A falta de profissionais comprometidos e interessados em exercer suas funções, também foi citada como uma dificuldade para gestão do trabalho.

“E também assim, ainda a gente sofre com algumas faltas de interesse dos profissionais [...]” (G2)

“A gente identifica déficit de profissionais capacitados comprometidos. Porque não basta o profissional ser capacitado, ele tem que estar comprometido com aquela causa [...]” (C5).

## 6 DISCUSSÃO

O presente estudo trouxe por meio das falas dos gestores e coordenadores da APS, as dificuldades encontradas pelos municípios referentes à Gestão do Trabalho na APS. Os principais resultados encontrados mostram que inúmeros são os desafios para que de fato aconteça a Gestão do Trabalho de forma eficiente nos municípios.

Diante de tantos desafios, é necessário considerar o perfil dos gestores municipais de saúde. Verificou-se neste estudo que, existem gestores que não possuem formação superior ou formação específica na área da saúde.

Em estudo feito por Arcari *et al.* (2018) mostrou que o perfil dos gestores municipais, no que tange seu grau de escolaridade e sexo, tem apresentado mudanças no decorrer do tempo, o que foram confirmadas neste estudo. O autor revela que a evolução nas demandas da gestão pode estar elevando o grau de exigência no processo de trabalho do gestor, fato que possivelmente está relacionado com a escolaridade dos secretários que em sua maioria tinha curso superior.

Cabe pensar nos desafios que estão postos para os gestores do SUS, uma vez que a sua prática cotidiana é permeada por constantes mudanças da legislação da saúde, diferentes interesses, diferentes espaços de negociação e decisão, formais e informais e pelas crescentes demandas. O fato de alguns gestores do estudo não terem formação na área da saúde pode comprometer a compreensão e tomada de decisão, relacionados à gestão do trabalho no SUS. Diante da complexidade da gestão do SUS, e através da descentralização da saúde, é fundamental que o secretário municipal de saúde tenha conhecimento e capacidade de gestão, pois cabe a ele prover os serviços de saúde com efetividade (Arcari *et al.*, 2018).

Neste sentido é necessário refletir ainda, em que medida o perfil do gestor influencia na tomada de decisão na prática cotidiana na gestão do trabalho. Estudo feito por Junqueira, *et al.* (2010) mostrou que os secretários municipais de saúde, possuem baixo índice de escolaridade, precária formação para o cargo, pouca ou nenhuma experiência da gestão municipal de saúde e baixa autonomia política. Dessa foram, para o autor, este perfil dos secretários de saúde não atendem as necessidades, diretrizes e expectativas do SUS (Junqueira *et al.*, 2010).

Ainda em relação ao perfil dos gestores nota-se que a grande maioria são constituídas por profissionais que possuem carreira pública municipal, e que consideram importante a contratação de seus funcionários com vínculos estáveis. Em contrapartida, ficou evidente pelos resultados deste estudo, que os gestores que não são profissionais de carreira dos

municípios, se manifestaram favoravelmente pela adoção por vínculos empregatícios precários para os trabalhadores dos municípios. Também consideram como vantajosas as diversas possibilidades de vínculos trabalhistas como PSS, e Pessoa Jurídica.

Cabe destacar que a maioria dos gestores afirma que são importantes os vínculos estáveis, no entanto as evidências do estudo mostram, que isso nem sempre acontece. Ou seja, a fala do gestor não reflete o que acontece na prática, pois o gestor nem sempre possui autonomia administrativa, para tomada de decisão, em relação a gestão do trabalho.

Dessa forma, é necessário que o gestor conheça a importância dos vínculos estáveis na carreira SUS. Estudo feito por Silva *et al.* (2023) mostrou que alguns gestores desconhecem sobre a importância e a finalidade do servidor no serviço público, pois os vínculos estáveis na carreira pública oferecem ao servidor proteção contra perseguições político partidárias. Da mesma forma Lopes *et al.* (2023), trazem em seu estudo que há desconhecimento de alguns gestores sobre a finalidade da estabilidade do servidor no serviço público, mas afirma que o trabalhador entre outros benefícios, fica protegido contra perseguições político-partidárias.

Portanto o fortalecimento dos vínculos na APS, através de concurso público, representa uma importante estratégia de gestão do trabalho para fixação de profissionais. Estudo feito por Nunes *et al.* (2015) verificou-se que somente 10,5% dos profissionais atuavam há menos de um ano na AB desses municípios, 22,4% trabalhavam de um até três anos e 56,3% há mais de três anos sugerindo uma baixa rotatividade de profissionais em MPP e, possivelmente, um maior vínculo com a população, o que mostra que realização de concursos públicos e a admissão por vínculos estáveis se constituam em estratégias potentes para afixação desses profissionais.

A falta de estrutura da Gestão do Trabalho foi evidenciada, entre os principais resultados encontrados, sendo a realidade dos municípios de pequeno porte. Por diversos fatores, estes municípios não conseguem ter um setor específico para a Gestão do Trabalho nas secretarias de saúde, e possuem o setor chamado de “RH” ou recursos humanos, que fica na prefeitura. Este setor é o responsável pela gestão de pessoas de todas as Secretarias e todos os departamentos do município, não sendo específico para a saúde. Da mesma forma um estudo realizado por Santini (2018), sobre a gestão do trabalho no SUS em municípios de pequeno porte, mostrou que a maioria dos municípios estudados, as ações referente a gestão do trabalho concentra se nas prefeituras no setor de RH. A expressão "recursos humanos" consagrada na literatura clássica sobre administração é fortemente influenciada pelo modelo de gestão taylorista/fordista, no qual, de maneira funcional, os profissionais são considerados como parte integrante da cadeia produtiva, assim como os materiais e os financeiros. Essa

lógica sustenta que a organização do trabalho é caracterizada pela predominância da atividade escrita, com pouca autonomia por parte de quem a executa (Viana *et al.*, 2018, p. 73).

Diferente dos municípios de grande porte, que são Autarquias municipais de saúde e, portanto, conseguem ter uma organização na estrutura de trabalho muito melhor, por possuírem um setor específico que realiza toda Gestão dos trabalhadores na Saúde. Os municípios de grande porte, que optaram por Autarquia de Saúde, possuem uma maior autonomia jurídica, financeira, e organizacional, com quadro de pessoal próprio, o que possibilita que o gestor de saúde consiga priorizar e organizar seus trabalhadores. Conforme Artigo 5º do Decreto-Lei nº 200/67 as Autarquias são serviços autônomos, criado por lei, com personalidade jurídica patrimônio e receita próprios, para executar atividades típicas da Administração Pública que requeiram, para seu melhor funcionamento, gestão administrativa e financeira descentralizada (Brasil, 1967).

Reconhecendo a necessidade de melhor estruturar a gestão do trabalho, em 2006 foi criado o ProgeSUS - Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS , por meio da Portaria Ministerial nº. 2.261, de 22 de setembro de 2006. Trata-se de m programa de cooperação técnica e financeira com estados e municípios, que tem como objetivo desenvolver ações conjuntas entre os entes federados com vistas à criação e/ou fortalecimento e modernização dos setores de gestão do trabalho e da educação no SUS, visando sua efetiva qualificação. O programa surge como uma iniciativa importante para organizara a Gestão do Trabalho (Brasil, 2006).

As Autarquias, são instituídas por lei específica, por isso torna-se difícil sua extinção quando acontece alternância de poder. No entanto, o processo de instituição, a criação dos cargos de coordenação, necessários para o seu funcionamento (assessoria jurídica, contabilidade, financeiro, recursos humanos) e os custos decorrentes podem se constituir em uma dificuldade inicial para os municípios de pequeno porte (Santini, 2018).

Nota se ainda mesmo que as estruturas de Gestão do Trabalho ou comumente chamados os “RH” estejam centralizadas nas prefeituras, sendo responsáveis atividades referentes a admissões de pessoal, elaboração de folha de pagamento e seus respectivos lançamentos como horas extras, plantões, abonos de férias e demais benefícios, fica evidente que existem algumas secretarias municipais da saúde também executam ações nessa área, complementarmente ou não aos RH, como, por exemplo, gestão de escalas de férias, gestão de conflitos, remanejamento de trabalhadores.

Quando a Gestão de Trabalho é realizada pelo setor de Recursos humanos, na prefeitura nota-se nas falas de alguns gestores, que há pouca autonomia e certo

distanciamento, o que aumenta ainda mais a complexidade que é fazer gestão do trabalho em Saúde. Dessa forma, qualquer gestor que experimentou a experiência de gestão sabe que organizar processos de trabalho dentro do SUS, bem como a provisão de vínculos trabalhistas, não é tarefa simples (Conasems, 2021).

O fato do município, possuir um setor específico para gestão do trabalho por si só não é o suficiente, para que de fato ela aconteça, pois existe uma macroestrutura que prepondera. Não se pode desconsiderar o papel que o governo federal tem e a influência que este exerce na tomada de decisão dos gestores municipais, através da criação das leis que regem a gestão do trabalho, principalmente, quando estas legislações vinculam questões de financiamento.

Ou seja, mesmo que haja um comprometimento por parte do gestor e mesmo que haja um departamento de gestão do trabalho isso não é suficiente para que este gestor consiga ter autonomia administrativa, visto que algumas leis como a Reforma Trabalhista e a Lei de Responsabilidade Fiscal têm maior influência nas estratégias de gestão do trabalho adotadas pelos municípios do que a visão, formação e comprometimento do gestor.

Porém a Gestão do Trabalho em Saúde vai muito além, os trabalhadores de saúde não são apenas recursos gerenciáveis, são trabalhadores que estão envolvidos diretamente no cuidado. Portanto a gestão do trabalho não deve desarticular-se da função gestora, ser apenas um departamento com funções técnicas, deve ser articulado com o objetivo de promover condições de trabalho para produzir saúde com qualidade (Koster, 2008). Portanto, fazer gestão do trabalho é uma das competências inerentes às responsabilidades dos gestores de saúde, que não deve ser atribuída a outro departamento.

A existência de grande diversidade de vínculos trabalhistas, é outro ponto importante evidenciado na pesquisa. Em todos os municípios estudados, constata-se as mais diversas formas de contratação dos profissionais de saúde, desde vínculos formais como estatutários e emprego público CLT, bem como vínculos considerados precários como contratos por PSS, contratos com Pessoa Jurídica e até mesmo por Pessoa Física. Fica evidente que a utilização de diversas formas de vinculação de pessoal no SUS se deve ao fato de que os gestores enfrentam inúmeras barreiras na contratação de profissionais, tanto jurídicas, orçamentárias quanto organizacionais para realizar a gestão do trabalho.

De acordo com Wagner (2018) a União, Estados e Municípios têm se utilizado 21 regras próprias e diferentes mecanismos de contratação. Tendo em vista restrições orçamentárias, dificuldades jurídicas e gerenciais para a gestão do trabalho no Brasil, reproduziu-se, na administração pública sanitária, a cultura de improvisação e de precarização das relações de trabalho.

Um fator importante a ser analisado é a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) que limita os gastos com pessoal, imposta aos municípios e sendo citada pelos gestores como um desafio que muitas vezes os obriga a optar por outras formas de vínculo, muitas vezes precárias, por não conseguirem a admissão de novos servidores com vínculos estáveis. Desta forma a contratação de serviços de terceirizados foi apontada como possível alternativa para evitar que os municípios ultrapassem os limites prudenciais de gastos com pessoal, postos pela LRF. As restrições orçamentárias, impostas por esta lei agravam ainda mais a situação no setor saúde, que necessita incorporar novos trabalhadores para atender as novas demandas trazidas pela política de saúde (Brasil, 2011).

As dificuldades trazidas pela LRF para o provimento da força de trabalho no SUS, é algo que precisa ser analisado. Estudo realizado por Medeiros *et al.* (2016), aponta que a LRF, traz dificuldades administrativas frente ao desafio de ofertar políticas públicas, principalmente a saúde, pelas suas especificidades, visto que a forma de trabalho acontece majoritariamente com a inserção de mão de obra humana. Desta forma, a imposição de limites rígidos de contratação de mão de obra, aponta em impedimentos para ofertas de serviços de saúde à população.

Outro ponto importante a ser discutido e compreendido é em que medida suas implicações da LRF afetam a contratação dos trabalhadores de saúde. Medeiros *et al.* (2016), afirmam que não há publicações que investiguem os efeitos LRF no âmbito das políticas de saúde, sendo necessário compreender seus impactos nas despesas de pessoal da saúde nos municípios brasileiros, reconhecendo as especificidades deste setor.

A estratégia de contratação por meio de serviços terceirizados ou a chamada pejetização na saúde pelos gestores, é uma estratégia importante utilizada, pelos gestores, para driblar os limites de gasto com pessoal, além de escapar de questões burocráticas como as exigidas para a realização de concurso público (Lopes, 2023).

É importante destacar que não há uma uniformidade pelos órgãos de controle, para que os contratos por pessoa jurídica não entrem no limite de folha de pessoal (Lopes *et al.*, 2023). O Ministério Público brasileiro tem sido vigilante em relação a essa questão, buscando apropriar-se da dinâmica de funcionamento do SUS por seus procuradores, para atuarem na mediação dessas e de outras questões que integram a gestão do trabalho no SUS, na sua missão de preservação da saúde da população brasileira, mas zelando pelo que preceituam as leis do país (Brasil, 2011).

Cabe destacar ainda que como consequência da multiplicidade de vínculos, os gestores nem sempre acabam optando pelo vínculo de maior proteção para o trabalhador. Do ponto de

vista legal, vale a pena destacar que a multiplicidade de vínculos utilizados no interior do SUS nem sempre cumpre o que a legislação brasileira estabelece como padrão de proteção ao trabalhador, mobilizando ações judiciais para cumprimento desses dispositivos (Brasil, 2011).

Como precarização do trabalho, temos a contratação de profissionais terceirizados. A chamada pejetização é uma das formas adotadas por todos os municípios estudados e vem apresentando um aumento significativo, como uma opção para os gestores diante do contexto da diversidade de legislações, subfinanciamento e desfinanciamento que trás implicações Gestão do trabalho na APS. Em estudo realizado por Silva *et al.* (2020) por meio de levantamento de dados do SCNES verificou que houve um expressivo aumento do número de profissionais do SUS vinculados na modalidade pessoa jurídica (PJ) aos serviços de saúde na macrorregião norte e no Estado do Paraná entre os anos de 2015 e 2020.

Ao analisar a grande diversidade de vínculos na APS, dos municípios estudados, o maior número de profissionais são de categorias que compõem a equipe mínima, trazida pela PNAB 2017, o que pode justificar o fato de que a precarização de vínculos incide sobre médicos, enfermeiros, dentistas e farmacêuticos, ou seja profissionais que são essenciais para APS. Outro ponto a ser considerado é que para alguns gestores de saúde, a prioridade de contratação como membro da equipe ainda é o profissional médico, o que reforça o papel indutor do governo federal, nesse contexto, através da PNAB 2017, com foco na equipe mínima (Brasil, 2017).

O interesse dos gestores sobre a terceirização na contratação dos profissionais, está no fato de muitos considerarem essa modalidade de contratação vantajosa por diversos motivos. Entre eles foram citados o fato de as empresas prestadoras de serviços se responsabilizarem pelos trabalhadores contratados por elas. Isso foi evidenciado na fala de alguns gestores que consideram bom o fato de não precisarem gerir a força de trabalho, especialmente dos trabalhadores médicos. Cabe aqui analisar se a opção destes gestores se deve ao fato de desconhecem a importância da gestão do trabalho no SUS ou devido à complexidade que é gerir a força de trabalho, preferem terceirizar também essa responsabilidade de gestão.

Ponto importante a ser destacado é que, quando o gestor terceiriza, ele renuncia ao bem mais precioso, que é o trabalhador. Dessa forma gestores descompromissados com seus trabalhadores delegam às empresas a administração e gestão da sua força de trabalho e abrem mão também de mecanismos importantes como a EPS, a gestão do trabalho colaborativo, da interprofissionalidade, entre outras questões. Estudos relacionados à terceirização de trabalhadores apontam para a desresponsabilização do empregador; maior vulnerabilidade para acidentes de trabalho; salários menores em comparação às outras formas de vínculo; e

aumento do estresse, afetando a saúde dos profissionais. Além disso, esses trabalhadores também ficam à mercê da instabilidade política, assim como de interferências dessa espécie, o que contribui para a desmotivação e insatisfação pessoal e elevada rotatividade (Silva *et al.*, 2020).

Para Jorge (2007) entre as vantagens da terceirização destaca-se a previsibilidade dos gastos e redução destes encargos trabalhistas, recrutamento, seleção e treinamento de pessoas e imediata reposição de trabalho não adaptado, sem custo adicional pela empresa prestadora de serviços e responsabilizam pelas relações trabalhistas. Por outro lado causa efeitos deletérios, tanto para os trabalhadores que ficam desprotegidos como para os serviços de saúde, o que acarreta diversos problemas como, por exemplo, a rotatividade dos trabalhadores.

Torna se evidente, portanto, que o aumento da contratação de profissionais de saúde por terceirização é uma prática cada vez mais comum, sendo os profissionais médicos os mais afetados. Em seu estudo Lopes *et al.* (2023) apontam que essa situação foi observada em 14 dos 16 municípios da pesquisa, que optaram pela terceirização da força de trabalho da categoria médica, de maneira ainda mais extrema, um dos municípios decidiu por terceirizar todas as categorias profissionais.

A precarização do trabalho, com o aumento dos contratos temporários e a quebra de vínculos, oriundos da gestão privada, têm sido amplamente disseminadas na esfera pública. Estudos mostram que esta prática corroem as equipes de trabalho, gerando insegurança, intensa sobrecarga de trabalho e aumento do desgaste físico e mental, repercutindo sobre a saúde do servidor e, certamente, sobre a qualidade na prestação de serviços da administração pública (Pialarissi, 2017).

É necessário considerar ainda que a precarização de vínculos acarreta diversos outros fatores que interferem na Gestão do Trabalho, o que compromete o cuidado na APS. Foram encontrados na pesquisa relatos de insegurança por parte dos profissionais interferindo na forma de trabalho, alta rotatividade, dificuldade de vinculação no território, descontinuidade na assistência prestada ao paciente, além da dificuldade no processo de educação em saúde, pois os profissionais são treinados e logo saem, não permanecem principalmente profissionais que vem de outras áreas como, por exemplo, hospitalar.

Os autores Gleriano *et al.* (2021, p. 6), em estudo sobre a gestão do trabalho na APS, destacam que a “precarização dos vínculos de trabalho pode ocasionar rotatividade e descontinuidade de ações nas equipes”. O autor afirma ainda que uma estratégia importante para fixação de trabalhadores na APS é a valorização do trabalhador através de PCCS

(Gleriano *et al.*, 2021).

Deste modo as relações precárias de trabalho, afetam diretamente não só o trabalhador, mas todo sistema de saúde, uma vez que, a rotatividade de trabalhadores é uma das consequências da precariedade de vínculos e o resultado dessa rotatividade é o não desenvolvimento de inteligência no serviço de saúde (Conasems, 2021).

Quando analisamos a diversidade de vínculos e a precarização destes, não podemos deixar de considerar a pandemia da Covid 19 agravou ainda mais a fragilização e a precarização das relações de trabalho. A pesquisa de Silva et al (2020) que trata sobre a pejetização da saúde na macrorregião norte do Paraná e suas implicações com a covid 19, mostra que os profissionais contratados por vínculos precários sofreram um cenário ainda mais caótico. Profissionais foram expostos a insuficiência de EPIs, ficaram expostos a contaminação, sem qualquer garantia, com risco de perda da renda ou da função, em virtude do risco de contaminação, com ausência do recebimento dos dias não trabalhados, ou serem afastados por pertencerem ao grupo de risco (Silva *et al.*, 2020).

A percepção dos gestores sobre o desempenho dos trabalhadores mediante as formas de contratação é outro resultado de destaque, envolvendo as mais diversas relações de trabalho.

A contratação de profissionais por concurso público foi considerado vantajoso pelo fato de estes profissionais criarem vínculo, serem mais motivados e assumirem cargos de coordenação, com continuidade no serviço aproveitando as capacitações.

No entanto, existem gestores que citam nas entrevistas como vantajoso a contratação de profissionais com vínculos precários, como contratos por Pessoa Jurídica e contratos por PSS e optam por estes vínculos, pelo fato de que o profissional terceirizado é mais dedicado, e pelo fato de ter medo de ser demitido. Nota-se que são gestores que não possuem carreira pública municipal, e não possuem formação na área da saúde. Este resultado demonstra que os gestores de saúde precisam estar cada vez mais qualificados para assumirem estes cargos, e também que quando o gestor integra o quadro de funcionários do município, este valoriza a contratação dos trabalhadores por meio de vínculos estáveis.

A pesquisa ainda revela, na opinião de alguns gestores, que os profissionais que são contratados por PSS se sentem inseguros em relação ao seu trabalho, não sabem se quando terminar o contrato conseguirão permanecer em seu trabalho, o que segundo eles, gera insegurança e faz, muitas vezes, que o profissional acabe não desenvolvendo da melhor maneira o trabalho por ter um contrato com o tempo estipulado. De acordo Koster (2008) a fragilização das relações de trabalho no SUS tem comprometido a dedicação dos

trabalhadores com a ampliação da rotatividade e insatisfação profissional, gerando um efeito grandiosamente deletério que dependerá da confluência dos interesses entre gestores, trabalhadores e sociedade para o desenvolvimento de ações concretas referentes à desprecarização.

Portanto as formas de contratação nos serviços de saúde afetam diretamente relações de trabalho. Desde o assalariamento ao pagamento por meio de pessoas jurídicas, o profissional de saúde e o gestor têm uma ampla variedade de alternativas, cada uma com riscos e benefícios próprios, que afetam de diferentes maneiras o comportamento do trabalhador e a prestação do cuidado ao usuário (Mendes, 2022).

As relações precarizadas de trabalho têm como consequência uma maior rotatividade dos profissionais na APS, e uma das razões que justificam a dificuldade na fixação de profissionais na APS, estando entre os maiores desafios citados pelos gestores. Além dos vínculos de trabalho precarizados, a alta rotatividade dos profissionais na APS ocorre também por questões salariais, formação, alguns profissionais buscam novas oportunidades como residência.

Outro resultado que merece destaque é que entre as categorias profissionais com maior dificuldade fixação está a categoria médica e os que compõem a equipe multiprofissional. Pesquisa realizada por Levi (2022) apontou que a modalidade PJ, possui uma grande dificuldade de fixação e, por ser acompanhada de uma desvalorização do vínculo, fica evidente ainda que isso tem o potencial para interferir negativamente no processo do cuidado. Nesse mesmo estudo o autor aponta que a forma de inserção dos profissionais médicos, acarreta consequências, em diversas dimensões, no processo de cuidado, na atenção à saúde, na autonomia do exercício profissional, e no direito trabalhista (Levi, 2022).

Outro ponto a ser analisado em relação à dificuldade em fixar o profissional médico através de concurso, é o fato de que este não pode ganhar mais do que prefeito, situação que ocorre principalmente em MPP. A EC 41 fixou limite remuneratório nacional para os servidores públicos relativamente à remuneração do chefe do respectivo poder ao qual está vinculado. Dessa forma, no âmbito dos municípios, é necessário considerar a remuneração mensal do prefeito como limite para os salários dos funcionários municipais, aplicável a todas as esferas da Administração Pública, tanto direta quanto indireta (Marcondes, 2016). Dessa forma Santini (2018) em seu estudo aponta que a dificuldade gerada pela legislação foi superada por meio da substituição da admissão de médicos em cargos efetivos por terceirização, por meio da contratação de empresas jurídicas.

O perfil do profissional para trabalhar na atenção primária à saúde foi mencionado

como um desafio, o fato de que muitos profissionais não possuem e não conhecem o que é a saúde pública e o seu papel na APS, o que demonstra a necessidade de fortalecimento desse nível de atenção. Importante destacar a integração ensino serviço como uma estratégia para a qualificação dos profissionais de saúde, com destaque aqui para as residências multiprofissionais em saúde na APS. Segundo Gleriano *et al.* (2021) em seu estudo sobre a gestão do trabalho de equipes da ESF no país, demonstram que no Brasil uma formação humana, acadêmica e social para a APS ainda é insuficiente, que existem fragilidades para a efetividade da APS. Destaca ainda que a qualificação profissional é algo urgente para qualificar processos de trabalho, sendo necessário uma maior articulação da gestão em saúde para ofertar EPS aos profissionais da APS.

A utilização de ferramentas que contribuem para Gestão do Trabalho é um fator importante a ser considerado, visto que nem todos utilizam tais ferramentas, entre elas foram citadas na pesquisa a EPS, Avaliação de desempenho, e a existência de PCCS. Estes são instrumentos que contribuem para que o gestor em saúde consiga fortalecer os processos de trabalho, além de contribuírem para que o trabalhador se sinta valorizado e estimulado no seu local de trabalho. O estudo realizado por Nunes *et al.* (2015) mostrou um fator limitante, que ainda se apresenta nos pequenos municípios, é a quase ausência de uma política de planos de carreira, cargos e salários, pois naquele estudo 79,5% de todos os profissionais estudados referiram não ter PCCS. A implantação e a implementação do PCCS pode refletir, indiretamente, na melhoria da qualidade do trabalho e no atendimento à população, tendo em vista as especificidades das equipes e a complexidade do trabalho em saúde.

Mendes (2022) aponta que PCCS, constitui um elemento motivador para os profissionais buscarem aperfeiçoamento profissional e progressão na carreira dentro das instituições em que trabalham. Porém ainda é alto o contingente de secretarias que não usam o PCCS como uma ferramenta de gestão.

Vale destacar que a EPS, foi citada na pesquisa, no entanto os próprios entrevistados relatam que de fato ela não acontece na prática. Ou seja, a EPS é uma ferramenta extremamente potente para o fortalecimento dos processos de trabalho, que infelizmente ainda é pouco utilizada pelos gestores e coordenadores na APS. Assim, destaca-se o relevante papel do governo federal como indutor de políticas que fortaleçam processos de EPS na APS dos municípios.

O SUS tem a responsabilidade de organizar o processo de formação de Recursos Humanos, com o objetivo de lidar com questões relacionadas à educação em saúde, como a capacitação de profissionais para APS, com foco nas necessidades de saúde das famílias e

comunidades inclusive a gestão do trabalho (Machado, 2018).

A incorporação da EPS na cultura institucional é uma estratégia poderosa para a mudança das práticas de saúde, pois permite a reflexão sobre o fazer cotidiano, o compartilhamento de experiências e a melhoria da segurança do paciente (Machado, 2023).

A avaliação de desempenho foi apontada como uma estratégia de gestão do trabalho desenvolvida em alguns municípios, como instrumento de avaliação dos três primeiros anos após admissão do trabalhador, durante o estágio probatório. A EC19/98 trouxe alterações importantes entre ela passou a ser possível a demissão por insuficiência de desempenho, o que afetou a estabilidade do servidor.

No entanto a maioria dos municípios, não realiza nenhum tipo de avaliação de desempenho, ou realiza algum tipo de avaliação do trabalhador, com instrumento formalizado ou periodicidade definida. Para Moraes (2013), desde os anos de 1990, a adoção da avaliação do desempenho do trabalhador como instrumento de gestão do trabalho no âmbito do serviço público, é uma questão que precisa ser implementada e continua a ser necessária.

A avaliação de desempenho deve ser utilizada como uma ferramenta importante, com intuito de estimular o trabalhador a aperfeiçoar seu trabalho diário, bem como um instrumento de reconhecimento e valorização da dedicação dos profissionais. Vale ressaltar que nessa área há escassez de indicadores institucionais de avaliação e de resultados nas unidades e equipes, além da existência de uma cultura de avaliação mais disseminada na parcela da força de trabalho individual de servidores públicos, desconsiderando que o resultado de um trabalho coletivo envolve todos que estão envolvidos na prestação de serviços de saúde. É um tema a ser qualificado e aprofundado (Brasil, 2011).

Os achados da pesquisa demonstraram também que existe a necessidade de fortalecimento dos processos de humanização e acolhimento ao trabalhador, visto que, nas falas dos gestores entrevistados, o trabalhador aparece como algo muito “coisificado”. Cabe destacar que o trabalhador é a essência do cuidado e, mesmo que seja para operar máquinas o trabalhador é a alma do SUS. Dessa forma no trabalho em saúde, o trabalhador deve ser visto como peça fundamental para a eficiência e efetividade do processo de trabalho no SUS. Assim, o profissional não é apenas um recurso humano passivo que executa tarefas ou que opera equipamentos, mas a parte fundamental do trabalho, com coparticipação e corresponsabilização nos processos de cuidado (Conasems, 2021).

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As informações apresentadas neste estudo propiciaram identificar como está organizada a Gestão do Trabalho em Saúde, as formas de contratação dos profissionais e a percepção dos gestores sobre seu desempenho mediante as formas de sua vinculação ao trabalho, bem como a utilização de estratégias e os desafios da gestão do trabalho na APS, nos municípios estudados.

Entre os aspectos encontrados na pesquisa, revela-se que os municípios possuem pouca organização referente à gestão do trabalho na APS, e que os municípios de pequeno porte não dispõem de um departamento ou um setor para a organização da gestão do trabalho, ficam sujeitos ao departamento de RH das prefeituras, existindo muitos fatores limitantes para que esta organização aconteça. Já os municípios de grande porte possuem um setor específico para a gestão de seus trabalhadores. Faz-se necessária uma reflexão de como instrumentalizar gestores, trabalhadores de saúde, trabalhadores que atuam no RH, em como melhorar essa integração para que haja de fato uma gestão do trabalho em saúde. Destaca-se a importância de estabelecer parcerias entre diversas instituições como Conasems, associação de prefeitos, utilizando-se de uma potente ferramenta que é a EPS.

Cabe ainda considerar que o fato de ter um setor de gestão do trabalho, nos casos estudados não se mostrou suficiente para impedir que ocorra precarização do trabalho na APS. Reconhece-se a existência de fatores macroestruturais que preponderam sobre a vontade do gestor e, por mais que tenham formação e experiência, além de compromisso com seu trabalho, esses fatores não foram suficientes para que a gestão do trabalho de fato aconteça.

Sobre a utilização de estratégias para organização da gestão do trabalho na APS, entre as ferramentas utilizadas foram citadas a EPS, Avaliação de desempenho e a existência de PCCS, no entanto é algo que precisa ser fortalecido, visto que grande parte dos municípios não as utilizam. Outro ponto importante a ser considerado é o fato de que mesmo alguns municípios que relataram utilizar as estratégias como EPS, há evidências de que na prática ela não aconteça.

Neste sentido, tanto o Governo Federal, os estados também os municípios têm papel fundamental para qualificação da gestão do trabalho, sendo necessário que, de forma tripartite, sejam fortalecidos processos de qualificação, não só dos trabalhadores, mas que se possam qualificar gestores, bem como equipes gestoras.

Em relação à forma de vinculação dos profissionais, nota-se que, mesmo com as recentes mudanças, a maioria dos vínculos empregatícios ainda se dá por vínculos estáveis,

através de concurso público. No entanto há existência a diversidade de vínculos trabalhistas, bem como a existência de precarização do trabalho, como terceirizados e contratos temporários que pode ser evidenciada como uma tendência especialmente para a categoria médica. Dessa forma é necessário refletir que como o SUS já possui 30 anos muitos trabalhadores com vínculos estáveis, estão se aposentando e com o processo de precarização dos vínculos trabalhistas isso agrava ainda mais a situação atual.

Destacamos ainda que a precarização dos vínculos na APS possa acarretar diversas outras questões como rotatividade dos profissionais, descontinuidade do serviço prestado, falta de vinculação do profissional ao território, dificuldades no desenvolvimento de processos de Educação Permanente, entre outros.

Cabe apontar como limite desta pesquisa a fonte para a mensuração dos tipos de vínculos de trabalho por profissional, ter sido o SCNES, tendo em vista que os dados são de auto-preenchimento pela gestão municipal e que, nem sempre são atualizados. E que, apesar do SCNES ser uma ferramenta extremamente importante na gestão, nem sempre é levada a sério por alguns gestores e coordenadores da APS.

Outro fator limitante se refere ao fato de que as análises sobre os desempenhos relacionados aos vínculos de trabalho se basearam na fala dos gestores e não terem sido entrevistados os trabalhadores, visto que o estudo se propôs a analisar a percepção dos gestores e coordenadores da APS. É possível evidenciar ainda em alguns depoimentos, que o trabalhador é visto como algo muito coisificado, com poucas falas relacionadas à humanização e ao acolhimento dos trabalhadores.

A fim de ampliar a análise e a compreensão sobre os fenômenos apresentados, recomenda-se a realização de novos estudos que se destinem a esse fim, e que se analise também a percepção dos trabalhadores, bem como uma análise sobre quais estratégias poderiam ser desenvolvidas na qualificação da gestão do CNES, quais parcerias poderiam ser criadas, como estratégia para que os gestor e equipes gestoras utilizem o SCNES como uma ferramenta de gestão, como, por exemplo, parcerias entre a SEGTS e o CONASEMS através dos apoiadores em cada região.

Recomenda se ainda a realização de estudo similar em outras regiões do Brasil, com intuito de avaliar se os fenômenos encontrados nesta pesquisa acontecem da mesma forma em outras regiões do Brasil, ou é uma característica de região Sul e Sudeste.

Os achados da pesquisa reforçam que muitos são os desafios da Gestão do Trabalho na APS, mesmo que o gestor seja comprometido e que tenha um setor específico para de Gestão do Trabalho, isso não é suficiente para mudar a situação da gestão dos trabalhadores. Dessa

forma o maior desafio que se atribui é adequar a força de trabalho às novas exigências do sistema produtivo, trazidas pelo próprio SUS, e a necessidade de superar as barreiras econômicas, políticas, éticas e burocráticas quanto à característica dos serviços oferecidos à população usuária do SUS. É fundamental que a Política de Gestão do trabalho seja discutida e seja priorizada por todos os seguimentos nela envolvidos com intuito de priorizar os trabalhadores de saúde que são os atores principais para o fortalecimento e qualificação do cuidado no SUS.

## REFERÊNCIAS

ABRUCIO, F. L. *et al.* **Reforma política e federalismo**: Reforma Política e Cidadania. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2003.

ARCARI, J. M. *et al.* Perfil do gestor e práticas de gestão municipal no Sistema Único de Saúde (SUS) de acordo com porte populacional nos municípios do estado do Rio Grande do Sul. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, 2018.

ALMEIDA, P. F. *et al.* **Coordenação do cuidado e Atenção Primária a saúde no Sistema Único de Saúde**. RJ: [s.n.], 2018.

BETTANIN, F. S. M. *et al.* Educação Permanente em Saúde como instrumento de qualidade assistencial. **Braz J Develop.**, 2020. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index>. Acesso em: 11 out. 2023.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Gestão do Trabalho e Educação na Saúde**. Brasília: CONASS, 2011. v. 8. (Para Entender a Gestão do SUS). Disponível em: [www.conass.org.br/biblioteca](http://www.conass.org.br/biblioteca). Acesso em: 11 set. 2023.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidente da República, [2016]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em: 11 set. 2023.

BRASIL. Decreto-lei n. 200, de 25 de fevereiro de 1967. Dispõe sobre a organização da Administração Federal estabelece diretrizes para a Reforma Administrativa e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 27 fev. 1967.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº19/1998**. EC n.19/1998, modifica o regime e dispõe sobre princípio e normas da Administração Pública, Servidores e Agentes políticos, controle de despesas e finanças públicas e custeio de atividades a cargo do Distrito Federal, e dá outras providências. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/emecon/1998/emendaconstitucional-19-4-junho-1998->. Acesso em: 15 jan. 2024.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº41/2003**. EC n.41/2003 Modifica os arts. 37, 40, 42, 48, 96, 149 e 201 da Constituição Federal, revoga o inciso IX do § 3 do art. 142 da Constituição Federal e dispositivos da Emenda Constitucional nº 20, de 15 de dezembro de 1998, e dá outras providências. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/emendas/emc/emc41.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc41.htm). Acesso em: 15 jan. 2024.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº51/2006**. EC n.51/2006, acrescenta os §§ 4º, 5º e 6º ao art. 198 da Constituição Federal. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/emendas/emc/emc51.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc51.htm). Acesso em: 24 jan. 2024.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº51/2016**. EC n.51/2016, altera o Ato das Disposições

Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências.  
Disponível em:

[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm). Acesso em: 15 jan. 2024.

BRASIL. **Lei nº 8080 de 19 setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, instituindo o Sistema Único de Saúde (SUS). Por meio da Portaria GM/MS n. 626, de 8 de abril de 2004. Disponível em:

[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm). Acesso em: 10 set. 2023.

BRASIL. **Lei nº 13.467, de 2017**. Altera a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, e as Leis nºs 6.019, de 3 de janeiro de 1974, 8.036, de 11 de maio de 1990, e 8.212, de 24 de julho de 1991, a fim de adequar a legislação às novas relações de trabalho. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivi>. Acesso em: 24 ago. 2023.

BRASIL. 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, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de planejamento SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. v. 4. (Articulação Interfederativa).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução Conselho Nacional de Saúde nº. 287, de 8 de outubro de 1998**. Categorias profissionais de saúde de nível superior para fins de atuação do Conselho. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1998>. Acesso em: 10 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes>. Acesso em: 14 set. 2023.

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**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Dispõe e 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). Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

CAMPOS, E. A. **Residência multiprofissional em saúde: qualificação ou precarização da formação em saúde?** BH: [s.n.], 2019.

CAMPOS, Gastão W. S. SUS: o que e como fazer? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1707-1.714, 2018. Disponível em <https://www.scielosp.org/pdf/csc/2018.v23n6/1707-1714/pt>. Acesso em: 06 fev. 2024.

CARNEIRO, C. C. G; MARTINS, M. I. C. Novos modelos de gestão do trabalho no setor público de saúde e o trabalho do agente comunitário de saúde. **Rev. Trabalho e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 13, 2015.

CAVALCANTE, C.; RODRIGUES, L. M. **A lei complementar nº173/2020e seus desafios**. [S.l.]: [s.n.], 2021.

CONASEMS. **Manual do (a) gestor (a) Municipal do SUS: diálogos no cotidiano**. [2021]. Disponível em:  
[https://www.conasems.org.br/wpcontent/uploads/2021/02/manual\\_do\\_gestor\\_2021\\_F02-1.pdf](https://www.conasems.org.br/wpcontent/uploads/2021/02/manual_do_gestor_2021_F02-1.pdf). Acesso em: 10 ago. 2023.

COSTA, B. S. *et al.* Os possíveis Impactos da Legislação Trabalhista na Saúde Trabalhador. **Rev. Bras Med. Trabalho**, 2018.

DRESCH, R. L. Federalismo solidário: a responsabilidade dos entes federativos na área da saúde. *In*: SANTOS, Lenir; TERRAZ, Fernanda (org.). **Judicialização da Saúde no Brasil**. Campinas: Saberes, 2014. p. 25-57.

DRUCK, G. Terceirização na saúde pública: formas diversas de precarização do trabalho. **Rev. educação e saúde**. Rio de Janeiro, v. 14, 2016.

FARAH, M. F. S. Parcerias, novos arranjos institucionais e políticas públicas no nível local de governo. **Revista de Administração Pública**, 2001.

FRANÇA, A. A. *et al.* **O regime jurídico único dos servidores públicos e a emenda constitucional 19/98**. Disponível em:  
[https://www2.fag.edu.br/coopex/inscricao/arquivos/encitec/20171025-211031\\_arquivo.pdf](https://www2.fag.edu.br/coopex/inscricao/arquivos/encitec/20171025-211031_arquivo.pdf). Acesso em: 16 jan. 2024.

FRANÇA, T. R. *et al.* As mídias e as plataformas digitais no campo da Educação Permanente em Saúde: debates e propostas. **Rev. Saúde Debate**, 2019.

FRANCESE, C. *et al.* Efeitos recíprocos entre federalismo e políticas públicas no Brasil: os casos dos sistemas de saúde, de assistência social e de educação. *In*: HOCHMAN, G.; FARIA, C. A. (org.). **Federalismo e políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013. p. 361-386.

GIRARDI, S. O perfil do emprego em saúde no Brasil. **Caderno de saude publica**, Rio de Janeiro, 1986.

GIRARDI, S. *et al.* O trabalho precário em Saúde: Tendências e Perspectiva na Estratégia Saúde da Família. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 45, p. 11-23, 2010.

GLERIANO, J. S. *et al.* Gestão do trabalho de Equipe Saúde da Família. **Esc. Anna Nery**, 2021.

GIL, C. R, R. *et al.* Gestão da educação na saúde: os desafios do sus. **Caderno Bases de Saúde Coletiva**, Londrina, 2017.

JORGE, M. S. B. *et al.* Gestão de recursos humanos nos centros de atenção psicossocial no contexto da Política de Desprecarização do Trabalho no Sistema Único de Saúde. **Texto contexto-enferm.** 16(3):417-425, 2007.

JUNQUEIRA, T. S. *et al.* As relações laborais no âmbito da municipalização de gestão em saúde e os dilemas da relação expansão/precarização do trabalho no contexto do SUS. **Cad. Saude Publica**, Rio de Janeiro, 2010.

LEVI, Maria L. *et al.* Médicos e terceirização: percepções de trabalhadores e gestores sobre as transformações recentes no mercado de trabalho. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 20, 2022.

LIMA, L. D. Federalismo fiscal e financiamento descentralizado do sus; balanço de uma década expandida. **Revista Debate saúde educação**, 2008.

LOPES, P. W. *et al.* Contexto sociopolítico e a organização da força de trabalho e oferta de serviços da Atenção Básica. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 21, e02005221, 2023.

KOSTER, Isabella. **A Gestão do Trabalho e o contexto da flexibilização no Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: [s.n.], 2008.

MACHADO, M. H. *et al.* Tendências do mercado de trabalho em saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2011.

MACHADO, M. H. X. *et al.* Gestão da Educação e do Trabalho em Saúde no SUS: trinta anos de avanços e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2018.

MACHADO, M. H. Transformações no mundo do trabalho em saúde os trabalhadores e desafios futuros. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2023.

MASTRODI, J. *et al.* Trabalho terceirizado: sobre a precarização das condições de trabalho a partir da Lei da Terceirização e da Reforma Trabalhista. **Revista de Direito Econômico e Socioambiental**, Curitiba, v. 9, n. 3, p. 243-270, 2018.

MENDES, A. O. **Modelos de contratação e remuneração de trabalhadores da Atenção Primária no Sistema Único de Saúde**: repercussões para a performance profissional. [S.l.]: [s.n.], 2022.

MENICUCCI, T. G.; GOMES, S. **Políticas sociais**: conceitos, trajetórias e a experiência brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. **Trabalho em saúde**: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: [s.n.], 2002.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 11. ed. São Paulo: HUCITEC, 2008.

MORAES, P. N. *et al.* Avaliação de desempenho do trabalho como forma peculiar de prescrição do trabalho: uma análise PMAQ. **Rev. saúde em debate**. Rio de Janeiro, v. 37, 2013.

NASSER, A. C. **Pesquisa qualitativa, enfoque epistemológico e metodológico**. [S.l.]: [s.n.], 2008.

NUNES, E. P. A. *et al.* Força de trabalho em saúde na Atenção Básica em Municípios de Pequeno Porte do Paraná. **Revista Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 29-41. 2015.

NUNES, E. P. A. *et al.* Bases de Saúde Coletiva. *In*: GESTÃO do Trabalho em Saúde no Sistema Único de Saúde. 2. ed. Londrina: Eduel, 2017. Cap. 7.

OLIVEIRA, F. M. U. Saúde do trabalhador e o aprofundamento da uberização do trabalho em tempo de pandemia. **Rev. brasileira de saúde ocupacional**, São Paulo, 2020.

ORLANDI, E. P. **Análise de Discurso: princípios e procedimentos**. 13. ed. Campinas, SP: Pontes, 2020.

PIALARISSI, R. Precarização do Trabalho. **Rev. Adm. Saúde**, v. 17, n. 66, Jan/Mar. 2017.

PIERANTONI, C. R. *et al.* Gestão do trabalho e da Educação na saúde: recursos humanos em duas décadas de SUS. **Revista saúde coletiva**, Rio de Janeiro, 2018.

RAMOS, C. I. *et al.* **Gestão do trabalho em saúde**. Santa Maria, RS: UFSM, 2022. *E-book*.

SANT'ANNA, G. K. **A precarização do trabalho no contexto da reforma trabalhista de 2017**. [S.l.]: [s.n.], 2022.

SANTINI, Stela M. L. **A gestão do trabalho no SUS em municípios de pequeno porte**. 2018. 203 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2018.

SILVA, F. L. F.; ALMEIDA, A. N. **Gestão de risco na área de pessoal a luz da emenda constitucional 95/2016: uma aplicação para a universidade de Brasília**. [S.l.]: [s.n.], 2020.

SILVA, J. F. M. *et al.* A pejetização em saúde na macrorregião norte do Paraná e suas implicações com a COVID-19. **Rev. Gestão e Saúde**, Brasília, v. 11, n. 3, Set/Dez. 2020.

SILVA, J. F. M; CARVALHO, B. G. A vigilância em saúde no âmbito municipal: revisão integrativa. **Espaço para a Saúde Revista de Saúde Pública do Paraná**, v.18, n. 1, p. 184-195, 2017.

SILVA, L. S. S.; PORTO, I. A. Terceirização: percepção após a reforma trabalhista. **Revista humanidades e inovação**, v. 6, 2019.

SOUZA, Diego O.; ABAGARO, Camila P. A uberização do trabalho em saúde: expansão no contexto da pandemia de Covid-19. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 19, n. 1, 2021.

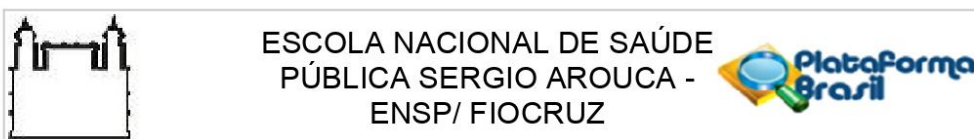
TAVEIRA, Z. Z. **Precarização dos vínculos de trabalho na Estratégia saúde da Família: Revisão de Literatura.** Universidade Federal do Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG, 2010.

VIANA, A. L. D. Análise de políticas de saúde. *In: GIOVANELLA, L. et al. (org.). Políticas e sistema de saúde no Brasil.* 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

VIANA, A. L. D.; MARTINS, C. L.; FRAZÃO, P. Gestão do Trabalho em Saúde: Sentidos e usos da expressão no contexto histórico Brasileiro. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 16, 2018.

WAGNER, G. Uma Política de Pessoal para o SUS-Brasil-Contribuição para o Debate do Abrascão. **Rev. Ensaios & Diálogos**, 2018.

## APÊNDICE A – Parecer consubstanciado do CEP



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Mudanças nas regras de transferência de recursos federais do Sistema Único de Saúde: implicações e desafios para o financiamento e a organização da Atenção Primária à Saúde no Brasil

**Pesquisador:** Luciana Dias de Lima

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 30675420.6.0000.5240

**Instituição Proponente:** Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

**Patrocinador Principal:** Fundação Oswaldo Cruz

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 4.196.806

#### Apresentação do Projeto:

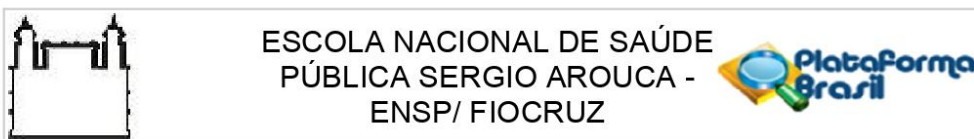
Este parecer refere-se a análise de resposta às pendências, emitidas pelo CEP/ENSP no parecer número 4.014.705, em 07/05/2020.

Projeto do Programa de Pós-graduação em Saúde Pública de Luciana Dias de Lima e financiamento no total de R\$250.000 solicitado ao edital "Atenção Primária de Saúde (PMA) do Programa Inova Fiocruz."

Resumo: "O objetivo é analisar as transformações na composição das transferências de recursos federais do SUS e suas repercussões para o financiamento e a organização da APS. O estudo permitirá a produção de conhecimento relevante para apoiar gestores, comunidade acadêmica, profissionais e usuários do SUS na compreensão das políticas em curso, das dimensões inerentes ao financiamento federal da saúde e suas relações com o modelo de organização da APS em âmbito nacional e loco-regional."

Metodologia proposta: "O estudo envolverá três etapas: 1. Análise de documentos (Leis, Decretos, Portarias e Normas Ministeriais) relacionados à regulamentação do Orçamento Público, aos mecanismos de transferência de recursos federais e daqueles direcionados para o SUS e a atenção

**Endereço:** Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo  
**Bairro:** Manguinhos **CEP:** 21.041-210  
**UF:** RJ **Município:** RIO DE JANEIRO  
**Telefone:** (21)2598-2863 **Fax:** (21)2598-2863 **E-mail:** cep@ensp.fiocruz.br



Continuação do Parecer: 4.196.806

básica, publicados e/ou vigentes no período de 2015 a 2020. Os documentos serão obtidos nos sites oficiais do Governo Federal e do Ministério da Saúde. 2. Estudo exploratório, com base em dados secundários de abrangência nacional, oriundos de sistemas de informações oficiais, referentes aos recursos financeiros transferidos da União, bem como das receitas e despesas orçamentárias em saúde dos municípios. Os dados das transferências serão obtidos do Fundo Nacional de Saúde e das receitas e despesas municipais em saúde do Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde, no período de 2015 a 2020. 3. Realização de estudo multicase, incluindo visita a municípios, análise de dados secundários e entrevistas semi-estruturadas com gestores de alto escalão das secretarias de saúde dos estados e municípios do Rio de Janeiro e do Paraná (Coordenadores Municipais de Atenção Primária à Saúde, Secretários Municipais de Saúde, Dirigentes Estaduais e Presidentes dos Cosems). Foram selecionados como casos: a. Região Metropolitana I do estado do Rio de Janeiro, onde está situada a Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp). Esta região possui cerca de 10 milhões de habitantes, distribuídos em 12 municípios de médio e grande porte populacional. b. Macrorregião Norte do Paraná, onde está situada a Universidade Estadual de Londrina (UEL). Esta Macrorregião abrange cinco regiões de saúde e possui cerca de 1,8 milhões de habitantes, distribuídos em 97 municípios, a maioria de pequeno porte populacional. A inclusão dessas regiões busca promover maior aproximação dos pesquisadores com o público-alvo.”

Metodologia de análise de dados: "Serão adotadas contribuições dos estudos de análises de políticas públicas e da economia política da saúde. O foco de análise estará direcionado para a compreensão das relações federativas (transferências intergovernamentais) e entre os poderes Executivo e Legislativo (emendas parlamentares) no financiamento do SUS e suas repercussões para a organização da APS. O estudo adotará métodos quantitativos e qualitativos para coleta e processamento de informações. As seguintes estratégias e técnicas serão utilizadas: 1. Análise de documentos (Leis, Decretos, Portarias e Normas Ministeriais) relacionados à regulamentação do Orçamento Público, aos mecanismos de transferência de recursos federais e daqueles direcionados para o SUS e a atenção básica, publicados e/ou vigentes no período de 2015 a 2020. Os documentos serão obtidos nos sites oficiais do Governo Federal e do Ministério da Saúde. 2. Estudo exploratório, com base em dados secundários de abrangência nacional, oriundos de sistemas de informações oficiais, referentes aos recursos financeiros transferidos da União, bem como das receitas e despesas orçamentárias em saúde dos municípios. Os dados das transferências serão obtidos do Fundo

**Endereço:** Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo  
**Bairro:** Manguinhos **CEP:** 21.041-210  
**UF:** RJ **Município:** RIO DE JANEIRO  
**Telefone:** (21)2598-2863 **Fax:** (21)2598-2863 **E-mail:** cep@ensp.fiocruz.br



Continuação do Parecer: 4.196.806

Nacional de Saúde e das receitas e despesas municipais em saúde do Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde, no período de 2015 a 2020. 3. Realização de estudo multicase, incluindo análise de dados secundários, documentos, entrevistas e observação participante. Destaca-se que a pesquisa será desenvolvida a partir da interlocução com gestores da administração pública do SUS atuantes nos Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde (Cosems) e nas Secretarias de Estado de Saúde do Paraná (PR) e Rio de Janeiro (RJ). Junto desses interlocutores, considerados público-alvo direto, foram definidos os produtos desse projeto e o plano de disseminação dos seus resultados, entre os quais se destacam: a) Manual com a sistematização das normas para transferência de recursos federais para a APS, direcionado aos gestores e técnicos municipais e estaduais. b) Curso de curta duração (8hs) sobre financiamento do SUS, da APS e gestão orçamentária, ofertado no RJ (Ensp) e no PR (UEL). c) Infográfico contendo a evolução dos componentes das transferências de recursos federais para a APS e seus principais efeitos sobre a configuração do modelo de atenção e gestão."

Tamanho da amostra: 40

**Objetivo da Pesquisa:**

"Objetivo Primário:

Analisar as transformações na composição das transferências de recursos federais do Sistema Único de Saúde e suas repercussões para o financiamento e a organização da Atenção Primária à Saúde, em nível nacional e em diferentes contextos regionais e municipais.

Objetivo Secundário:

- 1) Mapear o conjunto de mudanças nas regras formais que permeiam as transferências de recursos financeiros federais voltados para o SUS, com destaque para a APS.
- 2) Analisar a evolução dos componentes das transferências de recursos federais e suas repercussões para o financiamento e a organização da APS nos municípios brasileiros.
- 3) Analisar os efeitos das mudanças nas regras de financiamento federal na configuração do modelo de atenção e gestão da APS, em regiões e municípios selecionados nos estados do Rio de Janeiro e do Paraná.
- 4) Identificar tendências relacionadas ao financiamento da APS e à direcionalidade dada ao modelo de atenção pelo governo federal."

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos:

<b>Endereço:</b> Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo	
<b>Bairro:</b> Manguinhos	<b>CEP:</b> 21.041-210
<b>UF:</b> RJ	<b>Município:</b> RIO DE JANEIRO
<b>Telefone:</b> (21)2598-2863	<b>Fax:</b> (21)2598-2863 <b>E-mail:</b> cep@ensp.fiocruz.br



Continuação do Parecer: 4.196.806

"Toda pesquisa possui riscos potenciais, maiores ou menores, dependendo dos objetivos e metodologias adotadas. No caso deste estudo, há risco de ocorrer identificações dos sujeitos e constrangimentos dos entrevistados em razão do cargo público ocupado, da atividade profissional (função de gestão) desenvolvida, e do reduzido número de pessoas que serão entrevistadas (máximo 40). Visando reduzir riscos de identificação, esclarecemos no TCLE que as informações obtidas por meio da entrevista serão processadas e analisadas em conjunto com as demais entrevistas e materiais de outras fontes de pesquisa e que os resultados das análises são de responsabilidade dos pesquisadores; que citações diretas de falas, que permitam a identificação do entrevistado, serão evitadas; que após a transcrição, serão atribuídos códigos de modo a garantir o sigilo dos entrevistados; que o nome e os dados pessoais dos entrevistados não serão de modo algum utilizados. Será ainda solicitada a autorização do entrevistado das condições de uso do seu depoimento por meio do TCLE. Serão assegurados o sigilo e a privacidade das informações fornecidas em todas as etapas do estudo, incluindo na divulgação de seus resultados. Os dados coletados na entrevista serão arquivados por pelo menos 5 anos e serão acessados somente pela equipe de pesquisadores."

**Benefícios:**

"Um benefício da pesquisa se relaciona a possibilidade dos entrevistados refletirem sobre os processos de trabalho relacionados à gestão da saúde no diálogo com os pesquisadores. Além disso, a pesquisa foi construída de modo colaborativo entre instituições acadêmicas, parceiras e beneficiárias do estudo. Nesse processo, foram definidos produtos visando contribuir com os esforços da gestão pública da saúde, envolvendo: a elaboração de manual com a sistematização dos documentos que serão analisados no estudo e suas implicações para o financiamento e a organização da atenção básica; a oferta de um curso de curta duração sobre financiamento do SUS e gestão orçamentária voltado para as equipes de gestão das secretarias de saúde; e produção de infográfico contendo uma síntese de informações qualificadas sobre o financiamento e a gestão da atenção básica."

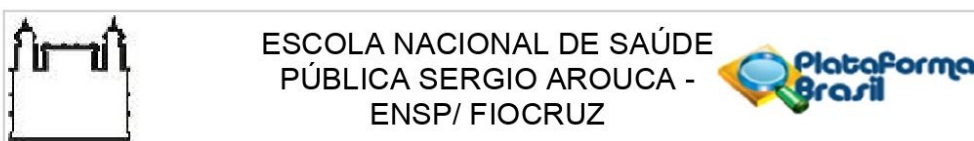
**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O protocolo de pesquisa apresenta todos os elementos necessários e adequados à apreciação ética e as pendências emitidas no parecer anterior foram atendidas.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Para elaboração deste parecer de aprovação, foi analisado o Formulário da Plataforma Brasil nomeado PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_1537570.pdf, postado em 26/07/2020.

<b>Endereço:</b> Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo	
<b>Bairro:</b> Manguinhos	<b>CEP:</b> 21.041-210
<b>UF:</b> RJ	<b>Município:</b> RIO DE JANEIRO
<b>Telefone:</b> (21)2598-2863	<b>Fax:</b> (21)2598-2863 <b>E-mail:</b> cep@ensp.fiocruz.br



Continuação do Parecer: 4.196.806

Na apresentação inicial foram apresentados e APROVADOS os seguintes documentos, postados na Plataforma Brasil:

- Documento com as informações sobre a equipe do projeto nomeado QuadroEquipe\_CEP.pdf, postado em 10/04/2020.

Para responder às pendências do parecer anterior, o pesquisador anexou os seguintes documentos à Plataforma Brasil, os quais foram aprovados:

- Carta de aprovação do projeto no edital nomeado res\_edital\_pma\_2020.pdf, postado em 27/07/2020

- Formulário de respostas às pendências nomeado formulario\_resp\_pend\_parecer\_4014705.pdf, postado em 26/07/2020

- Roteiro de entrevistas nomeado RoteiroEntrevistas.pdf, postado em 26/07/2020

- Termos de parcerias com instituições:

- TermodeParceria\_SESA\_Apuarana.pdf, postado em 26/07/2020

- TermodeParceria\_SESA\_Ivaipora.pdf, postado em 26/07/2020

- TermodeParceria\_SES\_RJ.pdf, postado em 26/07/2020

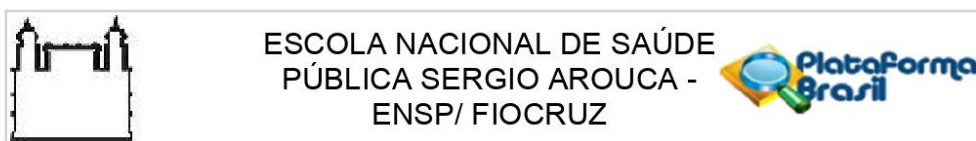
- TermodeParceria\_COSEMS\_PR.pdf, postado em 26/07/2020

- TermodeParceria\_COSEMS\_RJ.pdf, postado em 26/07/2020

- Plano de trabalho com universidade parceira nomeado planodetrabalho\_ENSP\_UEL\_ComAssinaturas\_Final.pdf, postado em 26/07/2020.

- Projeto de Pesquisa na íntegra, nomeado PMA\_FinanciamentoAPS\_24\_07\_20\_CEP\_modificado.pdf, postado em 26/07/2020.

**Endereço:** Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo  
**Bairro:** Manguinhos **CEP:** 21.041-210  
**UF:** RJ **Município:** RIO DE JANEIRO  
**Telefone:** (21)2598-2863 **Fax:** (21)2598-2863 **E-mail:** cep@ensp.fiocruz.br



Continuação do Parecer: 4.196.806

- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), nomeado TCLE\_ProjetoPMA\_Abril\_2020\_modificado.pdf, postado em 26/07/2020.

- Folha de Rosto gerada pela Plataforma Brasil assinada pelo pesquisador responsável nomeado folhaDeRosto\_modificada.pdf, postado em 26/07/2020.

**Recomendações:**

Não há

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O CEP/ENSP considera que o protocolo do projeto de pesquisa ora apresentado contempla os quesitos éticos necessários, estando apto a ser iniciado a partir da presente data de emissão deste parecer.

Para elaboração deste parecer, as pendências emitidas no parecer consubstanciado número 4.014.705, em 07/05/2020, foram analisadas conforme abaixo:

1. Item de pendência:

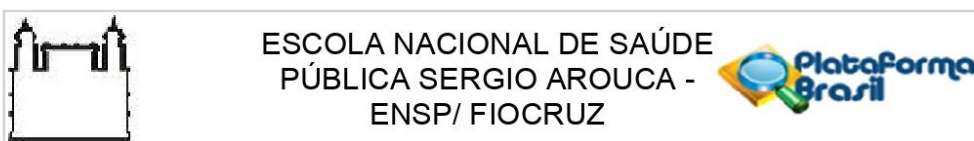
1.1 Riscos: Prever riscos não considerados no texto, como se poderá ocorrer constrangimento dos participantes durante a entrevista (Resolução MS/CNS/CONEP 466/12 art. V).

Resposta da pendência 1:

A redação foi alterada de forma a explicitar de forma mais clara os riscos aos participantes durante a entrevista.

“Toda pesquisa possui riscos potenciais, maiores ou menores, dependendo dos objetivos e metodologias adotadas. No caso deste estudo, há risco de ocorrer identificações dos sujeitos e constrangimentos dos entrevistados em razão do cargo público ocupado, da atividade profissional (função de gestão) desenvolvida, e do reduzido número de pessoas que serão entrevistadas (máximo 40). Visando reduzir riscos de identificação, esclarecemos no TCLE que as informações obtidas por meio da entrevista serão processadas e analisadas em conjunto com as demais entrevistas e materiais de outras fontes de pesquisa e que os resultados das análises são de responsabilidade dos pesquisadores; que citações diretas de falas, que permitam a identificação do entrevistado, serão evitadas; que após a transcrição, serão atribuídos códigos de modo a garantir o sigilo dos entrevistados; que o nome e os dados pessoais dos entrevistados não serão de modo algum utilizados. Será ainda solicitada a autorização do entrevistado das condições de

**Endereço:** Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo  
**Bairro:** Manguinhos **CEP:** 21.041-210  
**UF:** RJ **Município:** RIO DE JANEIRO  
**Telefone:** (21)2598-2863 **Fax:** (21)2598-2863 **E-mail:** cep@ensp.fiocruz.br



Continuação do Parecer: 4.196.806

uso do seu depoimento por meio do TCLE. Serão assegurados o sigilo e a privacidade das informações fornecidas em todas as etapas do estudo, incluindo na divulgação de seus resultados. Os dados coletados na entrevista serão arquivados por pelo menos 5 anos e serão acessados somente pela equipe de pesquisadores.”

Há algum documento anexado para a pendência 1?

( X ) sim. Inserir o nome do arquivo postado na plataforma: A alteração foi atualizada nas informações básicas do projeto e estarão no documento gerado automaticamente pelo sistema PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO

( ) não

Resposta à pendência: Pendência atendida

2. Item de pendência:

1.2 Benefícios: o texto incluído não se refere aos benefícios dos participantes e sim a justificativa do estudo. Incluir benefícios diretos (quando existir) e indiretos para o participante ou comunidade (Resolução MS/CNS/CONEP 466/12 art. V)

Resposta da pendência 2: A redação foi alterada de modo a incluir benefícios diretos e indiretos para o participante e instituição.

“Um benefício da pesquisa se relaciona a possibilidade dos entrevistados refletirem sobre os processos de trabalho relacionados à gestão da saúde no diálogo com os pesquisadores. Além disso, a pesquisa foi construída de modo colaborativo entre instituições acadêmicas, parceiras e beneficiárias do estudo. Nesse processo, foram definidos produtos visando contribuir com os esforços da gestão pública da saúde, envolvendo: a elaboração de manual com a sistematização dos documentos que serão analisados no estudo e suas implicações para o financiamento e a organização da atenção básica; a oferta de um curso de curta duração sobre financiamento do SUS e gestão orçamentária voltado para as equipes de gestão das secretarias de saúde; e produção de infográfico contendo uma síntese de informações qualificadas sobre o financiamento e a gestão da atenção básica.”

Há algum documento anexado para a pendência 2?

( X ) sim. Inserir o nome do arquivo postado na plataforma: A alteração foi atualizada nas informações básicas do projeto e estarão no documento gerado automaticamente pelo sistema PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO

**Endereço:** Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo  
**Bairro:** Manguinhos **CEP:** 21.041-210  
**UF:** RJ **Município:** RIO DE JANEIRO  
**Telefone:** (21)2598-2863 **Fax:** (21)2598-2863 **E-mail:** cep@ensp.fiocruz.br



Continuação do Parecer: 4.196.806

( ) não

Resposta à pendência: Pendência atendida

3. Item de pendência:

1.3 Tamanho da amostra: na seção de riscos menciona 50 pessoas e no item referente ao tamanho da amostra é mencionado 100. Esclarecer e padronizar a informação.

Resposta da pendência 3:

O número máximo de entrevistas a serem realizadas será 40, pois foram excluídos do estudo os dirigentes e profissionais de unidades básicas de saúde. Serão entrevistados somente gestores de alto escalão das secretarias de saúde dos estados e municípios do Rio de Janeiro e do Paraná (Coordenadores Municipais de Atenção Primária à Saúde, Secretários Municipais de Saúde, Dirigentes Estaduais e Presidentes dos Cosems). A informação foi corrigida e padronizada.

Há algum documento anexado para a pendência 3?

( X ) sim. Inserir o nome do arquivo postado na plataforma: A alteração foi atualizada nas informações básicas do projeto e estarão no documento gerado automaticamente pelo sistema PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO

( ) não

Resposta à pendência: Pendência atendida

4. Item de pendência:

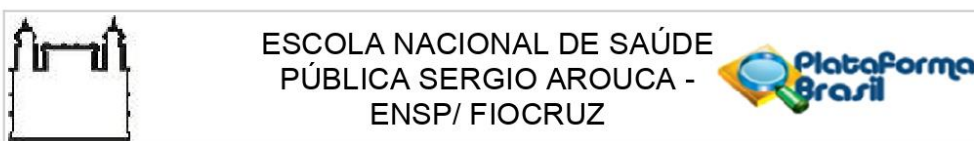
1.4 Não foram incluídas as instituições coparticipantes, como as Secretarias municipais e estaduais do Rio de Janeiro e do Paraná (Resolução MS/CNS/CONEP 580/18 cap. II art. 10º)

Resposta da pendência 4:

O estudo foi cadastrado como multicêntrico, em parceria com a Universidade Estadual de Londrina (UEL). Foram incluídos os seguintes alunos do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UEL como membros da equipe de pesquisa: Karen Patrícia Wilke Ferreira Rocha e Luana Carla Tironi de Freitas Giacometti.

Como não serão entrevistados dirigentes e profissionais de unidades básicas de saúde, somente gestores de alto escalão das secretarias de saúde dos estados e municípios do Rio de Janeiro e do

**Endereço:** Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo  
**Bairro:** Manguinhos **CEP:** 21.041-210  
**UF:** RJ **Município:** RIO DE JANEIRO  
**Telefone:** (21)2598-2863 **Fax:** (21)2598-2863 **E-mail:** cep@ensp.fiocruz.br



Continuação do Parecer: 4.196.806

Paraná (Coordenadores Municipais de Atenção Primária à Saúde, Secretários Municipais de Saúde, Dirigentes Estaduais e Presidentes dos Cosems), estas instituições não foram inseridas como co-participantes. Entretanto, foram inseridos como documentos os termos de formalização de parcerias instituídas no âmbito do projeto para fins de desenvolvimento do estudo (UEL), dos produtos e divulgação dos seus resultados (com as diretorias e coordenações das secretarias estaduais de saúde e Cosems).

Há algum documento anexado para a pendência 4?

sim. Inserir o nome do arquivo postado na plataforma: A alteração foi atualizada nas informações básicas do projeto e estarão no documento gerado automaticamente pelo sistema PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO

Além disso foram incluídos os seguintes documentos de formalização de parcerias:

Plano de Trabalho\_ENSP\_UEL\_ComAssinaturas\_Final

Termo de Parceria\_Cosems\_RJ

Termo de Parceria\_Cosems\_PR

Termo de Parceria\_SES\_RJ

Termo de Parceria\_SESA\_CISMEPAR

Termo de Parceria\_SESA\_Ivaipora

Termo de Parceria\_SESA\_Apuarana

não

Resposta à pendência: Pendência atendida

5. Item de pendência:

2.1 Especificar quais as instituições coparticipantes que serão captadas as cartas de anuência e incluir justificativa para a não entrega das cartas de anuência (Resolução MS/CNS/CONEP 580/18 cap. II art. 10º, §1º).

Resposta da pendência 5:

O documento "DeclaracaoCEP.pdf" foi excluído pois serão entrevistados somente gestores de alto escalão das secretarias de saúde dos estados e municípios do Rio de Janeiro e do Paraná (Coordenadores Municipais de Atenção Primária à Saúde, Secretários Municipais de Saúde, Dirigentes Estaduais e Presidentes dos Cosems), sendo necessário nesse caso somente o TCLE.

Há algum documento anexado para a pendência 5?

sim.

**Endereço:** Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo  
**Bairro:** Manguinhos **CEP:** 21.041-210  
**UF:** RJ **Município:** RIO DE JANEIRO  
**Telefone:** (21)2598-2863 **Fax:** (21)2598-2863 **E-mail:** cep@ensp.fiocruz.br



Continuação do Parecer: 4.196.806

( X ) não

Resposta à pendência: Pendência atendida

6. Item de pendência:

3.1 No item patrocinador principal consta o nome da Fiocruz. Porém, no documento da Plataforma Brasil foi informado que o projeto ainda será submetido a um edital de fomento da Fiocruz. Adequar a informação (Norma Operacional MS/CNS Nº 001/2013 item 3.4.1 alínea 16). Posteriormente apresentar a carta de aprovação do projeto no edital citado pelo pesquisador (Norma Operacional CNS 001/13 item 3.4.1, 16).

Resposta da pendência 6:

O projeto foi aprovado no âmbito do Edital. A informação foi corrigida da plataforma Brasil. Foi anexada a lista de projetos aprovados do Edital.

Há algum documento anexado para a pendência 6?

( X ) sim. Inserir o nome do arquivo postado na plataforma: A alteração foi atualizada nas informações básicas do projeto e estarão no documento PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO

Foi inserido do documento:

resultado\_edital\_pma\_vf\_09-07-2020

( ) não

Resposta à pendência: Pendência atendida

7. Item de pendência:

4. Considerações sobre o documento TCLE\_ProjetoPMA\_Abril\_2020.pdf

4.1 Explicitar que os procedimentos da pesquisa não deverão interferir na rotina dos serviços de assistência à saúde nem nas atividades profissionais dos trabalhadores no serviço (Resolução MS/CNS/CONEP 580/18 cap. II art. 5º e 6º).

4.2 Explicitar uma forma de divulgação dos resultados da pesquisa para os participantes e instituições onde os dados foram coletados, ao término do estudo (Resolução MS/CNS/CONEP 580/18 cap. II art. 9º). Os meios mencionados (relatórios de pesquisa, artigos científicos e trabalhos em eventos científicos) não se configuram como devolutivos aos participantes de pesquisa.

**Endereço:** Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo  
**Bairro:** Manguinhos **CEP:** 21.041-210  
**UF:** RJ **Município:** RIO DE JANEIRO  
**Telefone:** (21)2598-2863 **Fax:** (21)2598-2863 **E-mail:** cep@ensp.fiocruz.br



Continuação do Parecer: 4.196.806

4.3 No TCLE Lê-se: "Assim, será solicitada a autorização do entrevistado para identificação da fala através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido". Esclarecer. Ainda, se haverá identificação direta este risco da identificação deve estar no item risco da Plataforma Brasil.

4.4 No meio do TCLE tem campo referente a autorização das condições de uso do seu depoimento para fins da pesquisa científica. Adequar, colocando este quesito para o final do documento antes da assinatura do participante; ainda o campo deve ter as opções de autoriza ( )sim ( ) não.

4.5 Incluir a assinatura do pesquisador responsável pela pesquisa ao final do termo devendo as páginas de assinaturas estar na mesma folha (Resolução MS/CNS/CONEP 466/12 art. IV.5, alínea "d").

4.6 Esclarecer a forma de abordagem e local das entrevistas. Incluir as afirmações sobre sigilo e privacidade de todos os participantes durante todas as fases da pesquisa. Incluir quais serão as medidas tomadas para assegurar o sigilo dos participantes (Resolução MS/CNS/CONEP 466/12 art. IV.3, alínea "e").

4.7 Incluir um telefone de contato institucional. Ainda, recomenda-se não utilizar telefones pessoais no TCLE.

Resposta da pendência 7:

Todas as solicitações de alteração foram feitas no TCLE e grifadas em amarelo.

Há algum documento anexado para a pendência 7?

( X ) sim. TCLE\_ProjetoPMA\_Abril\_2020\_modificado.pdf

( ) não

Resposta à pendência: Pendência atendida

8. Item de pendência:

5. Considerações sobre documento faltante:

5.1 Postar o documento que será utilizado para a coleta de dados, ou seja, o ROTEIRO DE ENTREVISTA/questionário que será aplicado nas entrevistas.

5.2 Vale salientar que se as perguntas do questionário forem distintas para os diferentes grupos de pessoas investigados deve-se considerar a necessidade de TCLE específicos para cada grupo, considerando que possa haver diferentes objetivos, riscos e benefícios com a aplicação do instrumento. Esclarecer.

**Endereço:** Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo  
**Bairro:** Manguinhos **CEP:** 21.041-210  
**UF:** RJ **Município:** RIO DE JANEIRO  
**Telefone:** (21)2598-2863 **Fax:** (21)2598-2863 **E-mail:** cep@ensp.fiocruz.br



Continuação do Parecer: 4.196.806

Resposta da pendência 8:

O roteiro foi elaborado e postado na plataforma Brasil. O mesmo roteiro será aplicado a todos os entrevistados da pesquisa. Esta informação foi incluída no roteiro.

Há algum documento anexado para a pendência 8?

sim. Roteiro\_Entrevistas

não

Resposta à pendência: Pendência atendida

9. Item de pendência:

6.Referente ao financiamento do estudo:

6.1)Caso o projeto seja contemplado pela instituição de fomento, durante a tramitação do projeto, a pesquisadora deverá anexar carta de aprovação do projeto no edital, ou carta de compromisso de enviar posteriormente via notificação

6.2)Esclarecer como se efetivará a pesquisa caso não seja obtido o financiamento requerido (Norma Operacional 001/13 3.3.e)

Resposta da pendência 9:

A lista de projetos selecionados no âmbito do Edital PMA 2020 foi postada na plataforma Brasil. O item 6.2. não se aplica, pois o projeto foi selecionado.

Há algum documento anexado para a pendência 9?

sim. resultado\_edital\_pma\_vf\_09-07-2020

não

Resposta à pendência: Pendência atendida

10. Item de pendência:

Considerações Finais a critério do CEP:

As pendências deverão ser respondidas no "formulário de respostas às pendências", disponível na página eletrônica do CEP e as informações deverão ser atualizadas em TODOS os documentos pertinentes (ex.: no formulário da Plataforma, no projeto na íntegra e em outros documentos pertinentes).

**Endereço:** Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo  
**Bairro:** Manguinhos **CEP:** 21.041-210  
**UF:** RJ **Município:** RIO DE JANEIRO  
**Telefone:** (21)2598-2863 **Fax:** (21)2598-2863 **E-mail:** cep@ensp.fiocruz.br



Continuação do Parecer: 4.196.806

Documentos alterados a serem anexados após o parecer do CEP deverão ser nomeados com a palavra "modificado".

Ao responder as pendências o pesquisador deve rever o cronograma da pesquisa e atualizá-lo, considerando o tempo necessário à obtenção da aprovação.

Resposta da pendência 10:

Todas as solicitações acima foram atendidas. Informamos que o cronograma preve o início da pesquisa em 10/08/20 atendendo ao edital PMA 2020.

Há algum documento anexado para a pendência 10?

( X ) sim. Inserir o nome do arquivo postado na plataforma: A alteração foi atualizada nas informações básicas do projeto e estarão no documento PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO

Foi anexado:

formulario\_resp\_pend\_parecer\_4.014.705

folhaDeRosto\_modificada

PMA\_FinanciamentoAPS\_24\_07\_20\_CEP\_modificado

( ) não

Resposta à pendência: Pendência atendida

**Considerações Finais a critério do CEP:**

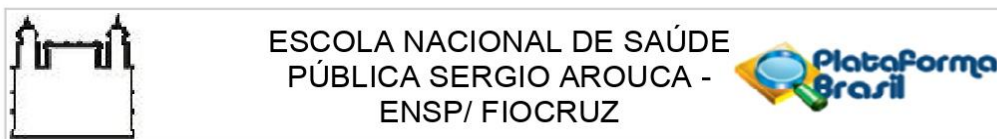
\*\*\*\*\*

ATENÇÃO:

\*\*\*CASO OCORRA ALGUMA ALTERAÇÃO NO FINANCIAMENTO DO PROJETO ORA APRESENTADO (ALTERAÇÃO DE PATROCINADOR, COPATROCÍNIO, MODIFICAÇÃO NO ORÇAMENTO), O PESQUISADOR TEM A RESPONSABILIDADE DE SUBMETER UMA EMENDA AO CEP SOLICITANDO AS ALTERAÇÕES NECESSÁRIAS. A NOVA FOLHA DE ROSTO A SER GERADA DEVERÁ SER ASSINADA NOS CAMPOS PERTINENTES E A VIA ORIGINAL DEVERÁ SER ENTREGUE NO CEP. ATENTAR PARA A NECESSIDADE DE ATUALIZAÇÃO DO CRONOGRAMA DA PESQUISA.

CASO O PROJETO SEJA CONCORRENTE DE EDITAL, SOLICITA-SE ENCAMINHAR AO CEP, PELA PLATAFORMA BRASIL, COMO NOTIFICAÇÃO, O COMPROVANTE DE APROVAÇÃO. PARA ESTES CASOS, A LIBERAÇÃO PARA O INÍCIO DO TRABALHO DE CAMPO (COLETA DE DADOS, ABORDAGEM DE POSSÍVEIS PARTICIPANTES ETC.) ESTÁ CONDICIONADA À APRESENTAÇÃO DA FOLHA DE ROSTO, ASSINADA PELO PATROCINADOR, EM ATÉ 15 (QUINZE) DIAS APÓS A DIVULGAÇÃO DO RESULTADO DO EDITAL AO QUAL O PROJETO FOI SUBMETIDO.\*\*\*

**Endereço:** Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo  
**Bairro:** Manguinhos **CEP:** 21.041-210  
**UF:** RJ **Município:** RIO DE JANEIRO  
**Telefone:** (21)2598-2863 **Fax:** (21)2598-2863 **E-mail:** cep@ensp.fiocruz.br



Continuação do Parecer: 4.196.806

\*\*\*\*\*

Verifique o cumprimento das observações a seguir:

1\* Em atendimento a Resolução CNS nº 466/2012, cabe ao pesquisador responsável pelo presente estudo elaborar e apresentar ao CEP RELATÓRIOS PARCIAIS (semestrais) e FINAL. Os relatórios compreendem meio de acompanhamento pelos CEP, assim como outras estratégias de monitoramento, de acordo com o risco inerente à pesquisa. O relatório deve ser enviado pela Plataforma Brasil em forma de "notificação". Os modelos de relatórios (parciais e final) que devem ser utilizados encontram-se disponíveis na homepage do CEP/ENSP (<https://cep.ensp.fiocruz.br/>), em: pesquisa projetos de pesquisa documentos necessários.

2\* Qualquer necessidade de modificação no curso do projeto deverá ser submetida à apreciação do CEP, como EMENDA. Deve-se aguardar parecer favorável do CEP antes de efetuar a/s modificação/ões.

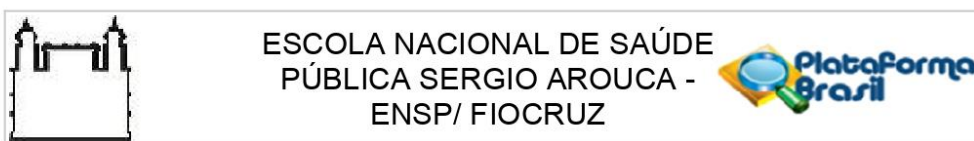
3\* Justificar fundamentadamente, caso haja necessidade de interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

4\* O Comitê de Ética em Pesquisa não analisa aspectos referentes a direitos de propriedade intelectual e ao uso de criações protegidas por esses direitos. Recomenda-se que qualquer consulta que envolva matéria de propriedade intelectual seja encaminhada diretamente pelo pesquisador ao Núcleo de Inovação Tecnológica da Unidade.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	aut_ENSP.pdf	06/08/2020 12:43:44	Jennifer Braathen Salgueiro	Aceito
Outros	res_edital_pma_2020.pdf	27/07/2020 12:17:53	Jennifer Braathen Salgueiro	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1537570.pdf	26/07/2020 12:21:01		Aceito
Outros	formulario_resp_pend_parecer_4014	26/07/2020	Luciana Dias de	Aceito

**Endereço:** Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo  
**Bairro:** Manguinhos **CEP:** 21.041-210  
**UF:** RJ **Município:** RIO DE JANEIRO  
**Telefone:** (21)2598-2863 **Fax:** (21)2598-2863 **E-mail:** cep@ensp.fiocruz.br



Continuação do Parecer: 4.196.806

Outros	705.pdf	12:20:11	Lima	Aceito
Outros	RoteiroEntrevistas.pdf	26/07/2020 12:16:22	Luciana Dias de Lima	Aceito
Outros	TermodeParceria_SESA_Apucarana.pdf	26/07/2020 12:15:18	Luciana Dias de Lima	Aceito
Outros	TermodeParceria_SESA_lvaipora.pdf	26/07/2020 12:14:52	Luciana Dias de Lima	Aceito
Outros	TermodeParceria_SESA_CISMEPAR.pdf	26/07/2020 12:14:37	Luciana Dias de Lima	Aceito
Outros	TermodeParceria_SES_RJ.pdf	26/07/2020 12:14:18	Luciana Dias de Lima	Aceito
Outros	TermodeParceria_COSEMS_PR.pdf	26/07/2020 12:14:03	Luciana Dias de Lima	Aceito
Outros	TermodeParceria_COSEMS_RJ.pdf	26/07/2020 12:13:46	Luciana Dias de Lima	Aceito
Outros	planoetrabalho_ENSP_UEL_ComAssinaturas_Final.pdf	26/07/2020 12:13:01	Luciana Dias de Lima	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PMA_FinanciamentoAPS_24_07_20_CEP_modificado.pdf	26/07/2020 12:02:49	Luciana Dias de Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_ProjetoPMA_Abril_2020_modificado.pdf	26/07/2020 12:02:09	Luciana Dias de Lima	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto_modificada.pdf	26/07/2020 11:54:49	Luciana Dias de Lima	Aceito
Outros	QuadroEquipe_CEP.pdf	10/04/2020 14:40:43	Luciana Dias de Lima	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

RIO DE JANEIRO, 06 de Agosto de 2020

Assinado por:  
**Jennifer Braathen Salgueiro**  
(Coordenador(a))

**Endereço:** Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo  
**Bairro:** Manguinhos **CEP:** 21.041-210  
**UF:** RJ **Município:** RIO DE JANEIRO  
**Telefone:** (21)2598-2863 **Fax:** (21)2598-2863 **E-mail:** cep@ensp.fiocruz.br

## APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

O(a) Sr(a) está sendo convidado(a) para participar da pesquisa intitulada ***Mudanças nas regras de transferência de recursos federais do Sistema Único de Saúde: implicações e desafios para o financiamento e a organização da Atenção Primária à Saúde no Brasil*** coordenada pela Prof. Dra. Luciana Dias de Lima da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz - ENSP/FIOCRUZ. O projeto se dá em parceria com a Universidade Estadual de Londrina (UEL), Paraná.

Esse trabalho tem como objetivo geral analisar as transformações na composição das transferências de recursos federais do Sistema Único de Saúde e suas repercussões para o financiamento e a organização da Atenção Primária à Saúde, em nível nacional e em diferentes contextos regionais e municipais.

O(a) Sr(a) foi selecionado(a) para responder às questões dessa pesquisa por exercer função, no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde/Prefeitura, relacionada à gestão do sistema de saúde e/ou da Atenção Primária à Saúde. Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e o(a) Sr.(a) tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar. A qualquer momento o(a) Sr.(a) pode desistir de participar e retirar seu consentimento, sem nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a ENSP/FIOCRUZ. Sua colaboração nesta pesquisa consistirá em conceder entrevista após identificação do pesquisador, leitura e assinatura do TCLE, em dia, horário e local de trabalho de sua preferência, garantindo o sigilo e a privacidade das informações fornecidas ao pesquisador.

A execução da pesquisa envolve uma série de estratégias metodológicas, incluindo entrevistas com gestores e técnicos das secretarias de saúde dos estados e municípios do Rio de Janeiro e do Paraná, bem como representantes de instâncias de gestão regional e da gestão local da saúde, e do poder Legislativo; análise documental; e pesquisa em bases de dados secundários. Os resultados da pesquisa aos participantes e suas instituições serão divulgados após o término do estudo por intermédio de apresentações específicas voltadas para os gestores. Além disso, estão previstos a confecção de e-book interativo, infográfico e curso de curta duração para disseminação de produtos e resultados da pesquisa durante o seu desenvolvimento.

O tempo previsto para realização da entrevista é sessenta minutos. A realização da entrevista não deverá interferir na rotina e nas atividades de gestão da sua instituição. Sua entrevista será gravada para transcrição posterior, visando facilitar o processamento do material. Entretanto, você pode solicitar ao pesquisador que interrompa a gravação a qualquer momento durante a realização da entrevista. Os dados coletados na entrevista serão arquivados, em arquivos digitais, por pelo menos 5 anos e serão acessados somente pela equipe de pesquisadores. Com o fim deste prazo, o material será descartado.

O benefício relacionado a sua participação na pesquisa é o de contribuir com o debate sobre os condicionantes e desafios do financiamento público e da organização da Atenção Primária à Saúde em seu estado, região ou município. Além disso, possibilitará a identificação dos elementos que favorecem ou dificultam a organização dos serviços de atenção básica, visando à proposição de estratégias para a superação de obstáculos à consolidação do SUS.

Toda pesquisa possui riscos potenciais, maiores ou menores, dependendo dos objetivos e metodologias adotadas. No caso deste estudo, há risco de ocorrer identificações dos sujeitos e constrangimentos dos entrevistados em razão do cargo público ou de notoriedade pública ocupado e da atividade profissional (função de gestão) desenvolvida, e do reduzido número de pessoas que serão entrevistadas.

Página 1 de 3

Rubrica pesquisador: \_\_\_\_\_

Rubrica participante: \_\_\_\_\_





Visando reduzir riscos de identificação, esclarecemos que as informações obtidas por meio da sua entrevista serão processadas e analisadas em conjunto com as demais entrevistas e material de outras fontes de pesquisa e que os resultados da análise são de responsabilidade dos pesquisadores; que citações diretas de falas, que permitam sua identificação serão evitadas; que após a transcrição, serão atribuídos códigos de modo a garantir o sigilo dos entrevistados; que seu nome e dados pessoais não serão de modo algum utilizados. Serão assegurados o sigilo e a privacidade das informações fornecidas em todas as etapas do estudo e de divulgação de seus resultados.

Ressaltamos que se o senhor (a) vier a sofrer qualquer tipo de dano previsto ou não neste termo de consentimento e resultante de sua participação nesta pesquisa receberá assistência integral, com direito à indenização, conforme itens III.2.0, IV.4.c, V.3, V.5 e V.6 da Resolução CNS 466/12.

Este termo é redigido em duas vias, sendo uma para o senhor (a) e outra para o pesquisador. Nele constam os dados da pesquisadora responsável e do Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. Suas dúvidas sobre a pesquisa, seus desdobramentos e sua participação serão esclarecidas a qualquer momento, inclusive após a conclusão do estudo.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade.

Solicitamos que assinale a(s) opção(ões) abaixo que considerar pertinente(s), relativa(s) à autorização das condições de uso do seu depoimento para fins da pesquisa científica.

Autorizo que minha função institucional conste em uma listagem geral de entrevistados. Sim ( ) Não ( )

Autorizo que minha função institucional seja vinculada às informações por mim fornecidas. Sim ( ) Não ( )

**Tel e Fax** - (0XX) 21- 25982863      **E-Mail:** [cep@ensp.fiocruz.br](mailto:cep@ensp.fiocruz.br)

**Endereço:** Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – Térreo - Mangunhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210

Prof. Dra. Luciana Dias de Lima

Pesquisadora – e-mail: [luciana@ensp.fiocruz.br](mailto:luciana@ensp.fiocruz.br)

DAPS – Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – 7º. Andar. Tel.: (21) 2598 – 2849

Tel. CEP/ENSP- (21) 2598-2863

Rio de Janeiro/Paraná, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2020.

Página 2 de 3

Rubrica pesquisador: \_\_\_\_\_

Rubrica participante: \_\_\_\_\_





Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

\_\_\_\_\_  
Luciana Dias de Lima  
Pesquisadora e Coordenadora do Projeto de Pesquisa (ENSP/Fiocruz/RJ)

\_\_\_\_\_  
Brígida Gimenez de Carvalho/Fernanda de Freitas Mendonça [ajustar com um dos nomes]  
Pesquisadora do Projeto (UEL/PR)

\_\_\_\_\_  
Nome completo do entrevistado

\_\_\_\_\_  
Assinatura do entrevistado

Página 3 de 3

Rubrica pesquisador: \_\_\_\_\_

Rubrica participante: \_\_\_\_\_

