



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

CAROLINE PAGANI MARTINS

**PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA
À SAÚDE:
ENTRE TRAJETÓRIAS INSTITUCIONAIS E DINÂMICAS
MUNICIPAIS**

Londrina
2026

CAROLINE PAGANI MARTINS

**PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA
À SAÚDE: ENTRE TRAJETÓRIAS INSTITUCIONAIS E
DINÂMICAS MUNICIPAIS**

Tese apresentada à Universidade Estadual de Londrina - UEL, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva

Orientadora: Prof^a Dr^a Fernanda de Freitas Mendonça

Londrina
2026

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

Martins, Caroline Pagani.

Precarização do Trabalho na Atenção Primária à Saúde: : entre trajetórias institucionais e dinâmicas municipais / Caroline Pagani Martins. - Londrina, 2026.
196 f.

Orientador: Fernanda de Freitas Mendonça.

Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2026.

Inclui bibliografia.

1. Sistema Único de Saúde - Tese. 2. Precarização do Trabalho - Tese. 3. Atenção Primária à Saúde - Tese. 4. Força de Trabalho - Tese. I. de Freitas Mendonça, Fernanda. II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. III. Título.

CDU 614

CAROLINE PAGANI MARTINS

**PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA
À SAÚDE: ENTRE TRAJETÓRIAS INSTITUCIONAIS E
DINÂMICAS MUNICIPAIS**

Tese apresentada à Universidade Estadual
de Londrina - UEL, como requisito parcial
para a obtenção do título de Doutora em
Saúde Coletiva

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Dra^a Fernanda de Freitas
Mendonça
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Prof^a. Dr^a. Brigida Gimenez Carvalho
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Prof. Dr. João Felipe Marques da Silva
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Prof^a. Dr^a. Silvia Karla Vieira Azevedo Andrade
Departamento de Saúde Coletiva - UEL

Prof^a. Dr^a. Stela Maris Lopes Santini
Autarquia Municipal de Saúde de Apucarana

Londrina, ____ de ____ de ____.

AGRADECIMENTOS

À Deus e à Nossa Senhora, por me guiarem e sustentarem nessa caminhada, tanto nos dias bons quanto nos ruins;

Aos meus pais, por me mostrarem desde cedo a importância da educação e do compromisso com tudo o que me proponho a fazer;

À Wilson Sinsuke Kaneshima Junior, por me apoiar e incentivar a ser sempre uma versão melhor de mim;

À minha orientadora, Fernanda de Freitas Mendonça, por ensinar com empatia e generosidade como a ciência pode ser também um meio de luta por justiça social;

À cada um dos membros da banca, pessoas que admiro e respeito muitíssimo, por terem aceitado contribuir com esta tese. É uma honra;

Aos colegas de Gestsus, por tornarem esse período mais leve, mostrando que a Academia pode sim ser um lugar de amor e partilha;

Aos trabalhadores desse país, especialmente os do Sistema Único de Saúde; que dedicam a sua vida a cuidar do próximo mesmo diante de tantos impasses.

La vida no es solo trabajar. Hay que dejarle un buen capítulo para la locura que tenga cada uno.

José “Pepe” Mujica

RESUMO

MARTINS, Caroline Pagani. **Precarização do Trabalho na Atenção Primária à Saúde:** entre trajetórias institucionais e dinâmicas municipais. 2026. 196f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Londrina, Londrina, Paraná, 2026.

A Atenção Primária à Saúde (APS) constitui o principal nível de organização do cuidado no Sistema Único de Saúde (SUS), sendo fortemente dependente da força de trabalho para a garantia do acesso, da continuidade e da integralidade das ações. No entanto, desde sua conformação histórica, a APS tem sido marcada por arranjos institucionais que favoreceram a disseminação de formas precárias de trabalho nos municípios brasileiros. Esta tese teve como objetivo analisar como escolhas institucionais realizadas ao longo da trajetória do SUS contribuem para a consolidação da precarização do trabalho na APS dos municípios brasileiros. Trata-se de um estudo de abordagem quantiquantitativa, de natureza explicativa. No plano quantitativo, foram analisados dados secundários do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) referentes ao período de 2017 a 2023, com foco nas modalidades de contratação, carga horária e multiplicidade de vínculos de médicos e profissionais de enfermagem atuantes na APS de municípios de grande porte (MGP), segundo macrorregiões brasileiras. No plano qualitativo, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com nove gestores municipais de saúde da macrorregião Norte do Paraná, conduzidas entre junho e setembro de 2022. As entrevistas foram previamente agendadas e realizadas em ambientes privativos, com a presença de dois pesquisadores, buscando compreender as percepções desses atores acerca das formas de admissão e vínculo da força de trabalho no SUS, bem como as diferenças entre municípios de pequeno e grande porte. Os resultados evidenciam a persistência e a heterogeneidade regional da precarização laboral na APS, expressa na predominância de vínculos não estatutários, na elevada fragmentação das jornadas de trabalho e na multiplicidade de vínculos profissionais. As entrevistas revelaram que tais arranjos são frequentemente naturalizados pelos gestores como respostas pragmáticas a restrições fiscais, instabilidade normativa e fragilidades do financiamento federal. À luz do Institucionalismo Histórico, sustenta-se que a precarização do trabalho na APS é um processo ancorado em trajetórias institucionais e dependências de percurso construídas desde a implementação do SUS, no qual a descentralização sem correspondente indução federativa para a estruturação de carreiras, a flexibilização das formas de contratação, a fragilidade dos mecanismos de coordenação nacional e a difusão de racionalidades neoliberais e gerenciais na administração pública contribuíram para a consolidação de arranjos laborais precários como soluções recorrentes e socialmente legitimadas. Desse modo, esta tese contribui para o campo da Saúde Coletiva ao evidenciar como escolhas institucionais passadas produzem efeitos duradouros sobre a organização do trabalho em saúde. Seus achados reforçam que o enfrentamento da precarização do trabalho na APS exige não apenas iniciativas locais, mas o fortalecimento de políticas nacionais de gestão do trabalho, com maior coordenação federativa, financiamento adequado e estratégias estruturantes de provimento e carreira que favoreçam a estabilidade dos vínculos e a valorização da força de trabalho no SUS.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde; Atenção Primária à Saúde; Força de Trabalho; Precarização do Trabalho; Gestão de Pessoas no Setor de Saúde.

ABSTRACT

MARTINS, Caroline Pagani. **Precarization of Work in Primary Health Care:** between institutional trajectories and municipal dynamics. 2026. 196f. Thesis (Doctorate in Public Health) – Graduate Program in Public Health, State University of Londrina, Londrina, Paraná, 2026.

Primary Health Care (PHC) is the main level of care organization in Brazil's Unified Health System (SUS). It relies heavily on the health workforce to ensure access, continuity, and comprehensiveness of care. However, since its historical development, PHC has been shaped by institutional arrangements that have favored the spread of precarious employment relationships across Brazilian municipalities. This thesis analyzes how institutional choices made throughout the trajectory of the SUS contributed to the consolidation of precarious work in PHC. This study adopts a mixed-methods explanatory approach. The quantitative component analyzes secondary data from the National Registry of Health Establishments (CNES) for the period 2017–2023. It examines hiring modalities, working hours, and multiple job holdings among physicians and nursing professionals working in PHC in large municipalities across Brazilian macro-regions. The qualitative component includes semi-structured interviews with nine municipal health managers from the Northern region of Paraná. Interviews took place between June and September 2022. They were scheduled in advance and conducted in private settings with two researchers present. The interviews explored managers' perceptions of hiring arrangements and employment relationships in the SUS, as well as differences between small and large municipalities. The findings show that precarious work in PHC remains persistent and unevenly distributed across regions. It appears in the predominance of non-civil service contracts, the high fragmentation of working hours, and the widespread presence of multiple job holdings among health professionals. Interviews indicate that managers often normalize these arrangements as pragmatic responses to fiscal constraints, regulatory instability, and weaknesses in federal funding. Drawing on Historical Institutionalism, this thesis argues that precarious work in PHC reflects institutional trajectories and path dependencies built since the implementation of the SUS. Decentralization without strong federal induction for career structures, the flexibilization of hiring arrangements, weak national coordination mechanisms, and the spread of neoliberal and managerial rationalities in public administration have reinforced precarious labor arrangements as recurrent and socially legitimized solutions. This thesis contributes to the field of Public Health by showing how past institutional choices produce long-term effects on the organization of health work. The findings suggest that addressing precarious work in PHC requires more than local managerial initiatives. It demands stronger national workforce policies, improved federal coordination, adequate funding, and structured career and recruitment strategies that promote employment stability and strengthen the health workforce in the SUS.

Keywords: Unified Health System; Primary Health Care; Workforce; Job Security; Personnel Management.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Macrorregiões de Saúde do Estado do Paraná.....	69
Figura 2 – Macrorregião Norte do Estado do Paraná.....	69

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Tendência temporal das lotações de médicos na Atenção Primária à Saúde de municípios de grande porte segundo modelos de Joinpoint. Brasil e regiões, 2017 a 2023.....	172
Gráfico 2. Tendência temporal das lotações de enfermeiros na Atenção Primária à Saúde de municípios de grande porte segundo modelos de Joinpoint. Brasil e regiões, 2017 a 2023.	172
Gráfico 3. Tendência temporal das lotações de médicos com vínculo estatutário na Atenção Primária à Saúde de municípios de grande porte, segundo regiões, estimada por modelos de Joinpoint, Brasil, 2017–2023.....	173
Gráfico 4. Tendência temporal das lotações de médicos com vínculos flexíveis na Atenção Primária à Saúde de municípios de grande porte, segundo regiões, estimada por modelos de Joinpoint, Brasil, 2017–2023.....	173
Gráfico 5. Tendência temporal das lotações de médicos com vínculos precários na Atenção Primária à Saúde de municípios de grande porte, segundo regiões, estimada por modelos de Joinpoint, Brasil, 2017–2023.....	174
Gráfico 6. Tendência temporal das lotações de enfermeiros com vínculo estatutário na Atenção Primária à Saúde de municípios de grande porte, segundo regiões, estimada por modelos de Joinpoint, Brasil, 2017–2023.....	174
Gráfico 7. Tendência temporal das lotações de enfermeiros com vínculos flexíveis na Atenção Primária à Saúde de municípios de grande porte, segundo regiões, estimada por modelos de Joinpoint, Brasil, 2017–2023.....	175
Gráfico 8. Tendência temporal das lotações de enfermeiros com vínculos precários na Atenção Primária à Saúde de municípios de grande porte, segundo regiões, estimada por modelos de Joinpoint, Brasil, 2017–2023.....	175
Gráfico 9. Distribuição da carga horária ambulatorial de médicos estatutários na Atenção Primária à Saúde de municípios de grande porte, segundo regiões, Brasil, 2017–2023 (teste de Kruskal-Wallis)	176
Gráfico 10. Distribuição da carga horária ambulatorial de médicos não estatutários na Atenção Primária à Saúde de municípios de grande porte, segundo regiões, Brasil, 2017–2023 (teste de Kruskal-Wallis)	176
Gráfico 11. Distribuição da carga horária ambulatorial de enfermeiros estatutários na Atenção Primária à Saúde de municípios de grande porte, segundo regiões, Brasil, 2017–2023 (teste de Kruskal-Wallis)	177
Gráfico 12. Distribuição da carga horária ambulatorial de enfermeiros não estatutários na Atenção Primária à Saúde de municípios de grande porte, segundo regiões, Brasil, 2017–2023 (teste de Kruskal-Wallis)	177

LISTA DE TABELAS

MANUSCRITO 1

Tabela 1. Perfil da força de trabalho de médicos e enfermeiros na Atenção Primária à Saúde de municípios de grande porte por região do Brasil, 2017 a 2023: coeficiente médio por 100.000 habitantes ($\bar{x}$ Coef.) e desvio padrão (DP).....82

Tabela 2. Variação percentual anual (APC) do total de lotações de médicos e enfermeiros e modalidades de contratação protegido, flexível e precarizado na Atenção Primária à Saúde de municípios de grande porte, 2017–2023.....84

Tabela 3. Média ($\bar{x}$), desvio-padrão (DP), mediana (M) e amplitude interquartil (AIQ) da carga horária ambulatorial semanal de médicos e enfermeiros na Atenção Primária à Saúde de municípios de grande porte, segundo vínculo empregatício e região, entre 2017 e 2023.....86

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Proposta de classificação das modalidades de contratação segundo estabilidade e proteção do vínculo. Brasil, 2025.....	66
Quadro 2 - Classificação dos municípios segundo importância da APS no gasto municipal e relevância das emendas parlamentares.....	70
Quadro 3 - Municípios selecionados para o estudo de campo, segundo posicionamento nas categorias de importância (primeira versão).....	71
Quadro 4 - Municípios selecionados para o estudo de campo, segundo posicionamento nas categorias de importância (versão final).....	71
Quadro 5 - Matriz analítica de interpretação dos discursos segundo o referencial do IH. Paraná, 2025.....	76

MANUSCRITO 1

Quadro 1. Proposta de classificação das modalidades de contratação segundo estabilidade e proteção do vínculo. Brasil, 2025.....	80
---	----

MANUSCRITO 2

Quadro 1. Matriz analítica de interpretação dos discursos segundo o referencial do IH. Paraná, 2025.....	97
Quadro 2. Perfil dos gestores municipais de saúde entrevistados. Paraná, 2025.....	98
Quadro 3. Matriz analítica comparativa dos municípios segundo capacidade institucional, recursos/atratividade e dimensão simbólica/política. Paraná, 2025.....	102

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
ADAPS	Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária
APS	Atenção Primária à Saúde
APSA	<i>American Political Science Association</i>
AT	Análise Temática
CBO	Classificação Brasileira de Ocupações
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CF 88	Constituição Federal de 1988
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
Ciplan	Comissão Interministerial de Planejamento
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conferência Nacional de Saúde
COAP	Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde
DesprecarizaSUS	Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS
eAB	Equipe de Atenção Básica
eAP	Equipe de Atenção Primária
EC 95/2016	Emenda Constitucional nº 95/2016
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
ESF	Estratégia Saúde da Família
eSF	Equipe de Estratégia de Saúde da Família
ETL	Extração, transformação e carga
FNS	Fundo Nacional de Saúde
FTS	Força de trabalho em saúde
GM	Gabinete do Ministro
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IH	Institucionalismo Histórico
LC	Lei Complementar
LRF	Lei de Responsabilidade Fiscal
MGP	Municípios de grande porte
MP	Medida Provisória

MPP	Municípios de pequeno porte
MRSB	Movimento da Reforma Sanitária Brasileira
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Normas Operacionais Básicas
NOB/RH	Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUS
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OPEP	Organização dos Países Exportadores de Petróleo
OSCIP	Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público
OSS	Organizações Sociais de Saúde
PAB	Piso da Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PCCS	Planos de Cargos, Carreiras e Salários
PDI	Plano Diretor de Investimentos
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PDRAE	Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado
PEC	Projeto de Emenda à Constituição
PMA	Programa de Políticas Públicas e Modelos de Atenção e Gestão do Sistema e dos Serviços de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAS	Política Nacional de Assistência Social
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PPB	Programa Previne Brasil
PROGESUS	Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS
PSF	Programa Saúde da Família
RH	Recursos humanos
RGPS	Regime Geral da Previdência Social
RS	Região de Saúde
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SIOPS	Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UEL	Universidade Estadual de Londrina

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO	24
2 INTRODUÇÃO	26
3 REFERENCIAL ANALÍTICO	30
3.1 A EVOLUÇÃO DO PENSAMENTO INSTITUCIONAL NAS POLÍTICAS PÚBLICAS	30
3.2 O RETORNO DAS INSTITUIÇÕES: O SURGIMENTO DO NEO-INSTITUCIONALISMO	29
3.3 AS CORRENTES DO NEOINSTITUCIONALISMO	33
3.3.1 Institucionalismo da escolha racional	34
3.3.2 Institucionalismo sociológico	35
3.3.3 Institucionalismo histórico	36
3.3.3.1 Dependência de trajetória	38
3.3.3.2 <i>Feedbacks</i> positivos	40
3.3.3.3 Conjunturas críticas (<i>critical junctures</i>)	39
3.4 DINÂMICAS INSTITUCIONAIS E GESTÃO DO TRABALHO NA APS: UMA PERSPECTIVA DO INSTITUCIONALISMO HISTÓRICO	42
3.4.1 Conceitos de gestão do trabalho e força de trabalho	44
3.4.2 Trajetória da gestão do trabalho e o projeto inacabado de uma carreira única do SUS	45
3.4.3 Municipalização do SUS: entre a descentralização normativa e os limites da capacidade local	48
3.4.4 Reforma gerencial, terceirização e fragilização do trabalho no SUS	51
3.4.5 Entre progressos e permanências: a despreciação do trabalho em saúde (2003–2015)	56
3.4.6 Neoliberalismo e contrarreformas: desfinanciamento e precarização do trabalho no SUS	59
4 OBJETIVOS	62
4.1 OBJETIVO GERAL	62
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	62
5. METODOLOGIA	59
5.1 MOVIMENTO 1: ABORDAGEM QUANTITATIVA	59
5.1.1 Tipo de estudo	59
5.1.2 Coleta dos dados	64
5.1.3 Análise dos dados	67
5.2 MOVIMENTO 2: ABORDAGEM QUALITATIVA	68
5.2.1 Tipo de estudo	68
5.2.2 Seleção dos municípios que compuseram o local de estudo	68
5.2.3 Sujeitos de pesquisa e coleta dos dados	72

5.2.3.1 Etapa preparatória para as entrevistas	72
5.2.3.2 Realização das entrevistas	72
5.2.4 Análise dos dados	74
6 RESULTADOS	77
6.1 MANUSCRITO 1 - PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UM DESAFIO PARA A SUSTENTABILIDADE DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA?	77
6.2 MANUSCRITO 2 - ESCOLHA OU MAL NECESSÁRIO? TENSÕES NOS DISCURSOS DE GESTORES MUNICIPAIS SOBRE A PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO NO SUS	92
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	112
REFERÊNCIAS	99
APÊNDICES	113
APÊNDICE A (Manual de Campo)	132
APÊNDICE B (Dossiê Municipal)	159
APÊNDICE C (Modelo de Diário de Campo)	162
APÊNDICE D (Roteiro de Entrevistas)	164
APÊNDICE E (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE)	169
APÊNDICE F (Gráficos complementares das análises quantitativas - modelos de Joinpoint e teste de Kruskal-Wallis)	172
ANEXOS	178
ANEXO 1 (Parecer nº 4.014.705/2020 do Comitê de Ética em Pesquisa - CEP da ENSP)	179

1 APRESENTAÇÃO

Ainda na graduação em Odontologia, na Universidade Federal de Pelotas, tive contato pela primeira vez com a possibilidade de uma trajetória profissional vinculada ao SUS e à Saúde da Família. Naquele momento, percebi que o exercício da Odontologia poderia ultrapassar os limites de um consultório e se inserir em um projeto coletivo de cuidado e transformação social.

Essa inquietação também se expressou na minha aproximação com o movimento estudantil e com diferentes espaços de participação política dentro da Universidade. Foi ali que comecei a compreender, de forma mais concreta, que a saúde não se produz apenas nos serviços, mas também nas disputas sociais, nas políticas públicas e nas formas de organização do trabalho.

Após a graduação, tive uma breve experiência no setor privado, em uma clínica odontológica popular. Essa vivência me permitiu observar, de maneira muito concreta, as desigualdades de acesso aos serviços de saúde bucal e as estratégias de mercado que se expandiam sobre esse campo.

Em 2018, iniciei a Residência Multiprofissional em Saúde da Família na Universidade Estadual de Londrina (UEL). Foi nesse período que me aproximei de maneira mais profunda do cotidiano da APS e da complexidade que envolve a gestão do trabalho no SUS. A experiência da residência consolidou meu interesse pela área de gestão em saúde e abriu caminho para o ingresso no mestrado.

“E que venha o doutorado.” Foi com essa frase que finalizei minha dissertação de mestrado, defendida em 2022. De lá para cá, a vida foi permeada por mudanças: no objeto de pesquisa, no governo federal e também na minha própria inserção profissional.

Em relação ao objeto de pesquisa, cabe aqui explicar o porquê de ter me debruçado sobre o tema da precarização do trabalho. Quando em 2020, no início da crise sanitária global provocada pela Covid-19, visitei municípios da Macrorregião Norte do Paraná para entrevistar gestores locais de saúde a respeito das mudanças nas regras de financiamento federal da Atenção Primária à Saúde (APS), as benesses da terceirização da força de trabalho estavam presentes em quase todos os discursos. Em 2022, porém, ao retornar à mesma região no âmbito daquela pesquisa, as falas mudaram vertiginosamente.

O motivo? A pandemia. No momento em que os municípios mais precisaram dos profissionais de saúde, os estatutários foram os que permaneceram. Com a

impossibilidade de realizar concursos, a terceirização foi altamente utilizada. Todavia, a rotatividade era altíssima e não havia tempo hábil para treinar os novos trabalhadores, que tão logo iniciavam suas atividades, deixavam seus postos por propostas mais atrativas.

Esses relatos me levaram a seguinte reflexão: Por que, mesmo percebendo as problemáticas da precarização do trabalho, os gestores municipais de saúde ainda se valem tanto de modalidades de contratação desprotegidas? Todo o trabalho conduzido desde então, cujo produto final é essa tese, teve como norte essa pergunta (e a indignação que julgo inerente a nós, sanitaristas).

Em relação à Presidência da República, apesar do alívio pelo fim do governo anterior e da expectativa de um novo ciclo para a saúde pública brasileira após um período de desmonte, não se pode perder de vista que o neoliberalismo continua a se aprofundar.

Por fim, mas não menos importante, a mudança de emprego também deve ser pontuada, visto que me atravessa enquanto pesquisadora. As convicções sobre a necessidade de defender condições laborais dignas aos trabalhadores do SUS, incluindo estabilidade e direitos trabalhistas, embora sempre tenham estado presentes em minha trajetória, em 2025 ganharam um novo contorno: tornei-me eu servidora pública municipal atuante na APS.

Hoje sou, além de professora de Saúde Coletiva, dentista do SUS. E essa condição aqui transparece. Em cada reflexão, em cada crítica. Por isso, desejo aos que se aventurarem por essas linhas, uma excelente leitura.

2 INTRODUÇÃO

A organização do trabalho em saúde ocupa posição de destaque no debate sobre a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). Desde sua criação, o sistema público brasileiro convive com tensões estruturais decorrentes da combinação entre um projeto universalista, guiado pelos princípios da Constituição Federal de 1988 (CF 88), e arranjos institucionais historicamente marcados por desigualdades, fragilidade administrativa e limitada capacidade estatal, especialmente no nível municipal (Druck, 2016; Teodoro, 2024).

Nesse contexto, a força de trabalho da Atenção Primária à Saúde (APS) emerge como elemento estratégico tanto para a efetivação das ações de cuidado quanto para a materialização dos direitos sociais previstos na Carta Constitucional. Entretanto, a precarização dos vínculos, a diversidade de formas de contratação e a instabilidade laboral persistem como marcas estruturantes da APS brasileira, conformando um cenário de desafios contínuos para a gestão do trabalho (Galavote et al., 2016; Narvai, 2017).

A trajetória brasileira da gestão do trabalho em saúde ilustra esse processo: escolhas realizadas antes e durante a criação do SUS, somadas a reformas posteriores, definiram bases institucionais que ainda sustentam a fragmentação, a desigualdade regional e a precarização da força de trabalho. A reforma sanitária e a criação do SUS representaram avanços históricos ao instituírem um projeto universalizante de saúde, pautado na integralidade e na participação social. Contudo, a ausência de uma política nacional sólida e contínua para a gestão do trabalho, aliada à expansão acelerada de responsabilidades para o nível municipal, consolidou um cenário ambíguo (Moyses, 2010; Machado; Ximenes Neto, 2018; Cegatti, Carnut, Mendes, 2020).

A municipalização implicou descentralização normativa e ampliou o protagonismo local, mas sem garantir, de forma homogênea, suporte técnico, estrutural e financeiro para que os municípios pudessem estruturar políticas estáveis de provimento, carreira e valorização profissional (Moyses, 2010; Machado; Ximenes Neto, 2018). Autores como Santini et al. (2017), Machado e Ximenes Neto (2018) e Pinafo et al. (2020) mostram que a fragmentação federativa e as diferenças entre municípios no que tange ao porte populacional, à capacidade institucional, à dependência de transferências intergovernamentais e à disponibilidade de recursos

humanos, produziram arranjos desiguais que impactam diretamente a organização da APS.

Além disso, a literatura indica que a precarização do trabalho em saúde não pode ser reduzida à consequência de crises econômicas ou de insuficiência de recursos. Trata-se também de uma escolha institucional, resultante de correlações de forças entre gestores, trabalhadores e atores políticos, bem como da prevalência de uma racionalidade fiscalista que orienta as políticas públicas no país. Essa racionalidade está intrinsecamente vinculada ao avanço do neoliberalismo, entendido não apenas como um conjunto de políticas econômicas, mas como uma forma de racionalidade política que redefine o papel do Estado, orientando-o para a disciplina fiscal, a contenção do gasto social e a incorporação de lógicas de mercado na gestão pública (Druck, 2016; Lacaz, 2019; Dias, Lima, Teixeira, 2020; Silva, Carvalho, Santini, 2020).

Nesse sentido, o gerencialismo se mostra como uma das expressões operacionais do neoliberalismo no âmbito do Estado, traduzindo seus princípios em instrumentos concretos de gestão. Ao enfatizar eficiência, desempenho, metas e contratos, o gerencialismo promove a flexibilização das relações de trabalho, a ampliação de vínculos não estáveis e a introdução de mecanismos competitivos em setores tradicionalmente orientados por princípios públicos, como a saúde. No caso do SUS, essa articulação entre neoliberalismo e gerencialismo contribuiu para a institucionalização de formas de gestão em que a ampliação do acesso convive com a fragilização das relações de trabalho e com a crescente presença de arranjos privatizantes e terceirizados (Druck, 2021; Misoczky; Abdala; Damboriarena, 2017).

No caso da APS, essa dinâmica se expressa na multiplicidade de vínculos, na rotatividade de profissionais, na presença crescente de contratos temporários e terceirizações e na fragilidade dos processos de planejamento e coordenação do trabalho, fenômenos que repercutem diretamente na continuidade do cuidado, na coesão das equipes e na qualidade das ações de saúde (Narvai, 2017; Galavote et al., 2016).

A consolidação dessa agenda de flexibilização foi particularmente intensa a partir da década de 1990, com a reforma do Estado e a difusão do gerencialismo como modelo de gestão pública. Essa reforma, inaugurada pelo Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, em 1995, propôs a substituição da burocracia estatal pela lógica da eficiência e da gestão orientada a resultados, aproximando estruturas

públicas dos mecanismos do mercado (Bresser-Pereira, 2000; Misoczky; Abdala; Damboriarena, 2017; Druck, 2021). Ainda que revestido de discurso modernizador, esse processo repercutiu na expansão de vínculos flexíveis, terceirizações e mecanismos de privatização indireta, especialmente no setor saúde, cujas características de trabalho (coletividade, interdependência e julgamento clínico) contrastam com os pressupostos competitivos do gerencialismo (Chiavegato Filho; Navarro, 2012; Druck, 2021).

A década de 2000 sinalizou um movimento de inflexão nesse cenário, com a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), a reinstalação da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS e a formulação de políticas voltadas à estruturação da gestão do trabalho no âmbito nacional. Esse período, especialmente entre 2004 e 2006, foi marcado por esforços institucionais para fortalecer a gestão do trabalho como componente estratégico da consolidação do SUS, articulando-se às diretrizes do Pacto pela Saúde. Tais iniciativas buscaram enfrentar a precarização e induzir maior institucionalidade nas relações de trabalho, ainda que seus efeitos tenham sido heterogêneos no território nacional (Machado; Oliveira; Moysés, 2011; Mendonça et al., 2010).

Contudo, os avanços foram insuficientes para reverter a fragmentação da gestão do trabalho no Brasil, que voltou a se intensificar a partir da segunda metade da década de 2010. A Emenda Constitucional nº 95/2016, a ampliação das possibilidades de terceirização e a reforma trabalhista de 2017 aprofundaram a flexibilização dos vínculos e reconfiguraram o marco regulatório do trabalho no país. Estudos recentes indicam que, no período pós-pandemia de COVID-19, essas tendências não apenas se mantiveram, como foram intensificadas, evidenciando tanto a centralidade quanto a vulnerabilidade dos trabalhadores da saúde (Silva, Carvalho, Santini, 2020; Santos, Chinelli, Fonseca, 2022; Neri, Domingues, 2025).

A literatura recente tem destacado, por exemplo, o crescimento de formas atípicas de contratação, a ampliação do multiemprego, a intensificação do trabalho e o desgaste físico e psíquico dos profissionais, especialmente na APS, que assumiu papel central na coordenação do cuidado durante a pandemia. Além disso, apontam-se lacunas persistentes na proteção social, na regulação do trabalho e na capacidade estatal de induzir padrões mais estáveis e equitativos de contratação, reforçando a permanência e, em alguns casos, o aprofundamento de padrões históricos de precarização (Santos, Chinelli, Fonseca, 2022; Neri, Domingues, 2025).

Essas transformações impactam diretamente os municípios, principais responsáveis pela execução das ações relativas à APS e entes federativos que mais contratam trabalhadores da saúde. Municípios de grande porte (MGP), por concentrarem maior parte da população e dos vínculos formais, revelam tendências nacionais relacionadas ao provimento, à distribuição de profissionais e aos efeitos das políticas federais de financiamento e regulação (Lopes; Pavan; Almeida, 2021). Já municípios de pequeno porte (MPP), especialmente em regiões mais distantes dos grandes centros, enfrentam restrições decorrentes da limitada capacidade institucional, da dependência de transferências intergovernamentais e da dificuldade crônica de fixação de profissionais, reproduzindo trajetórias de precarização e assimetria regional (Pinafo et al., 2020; Santini et al., 2017).

Diante desse cenário, coloca-se a seguinte questão de pesquisa: quais e de que modo as escolhas institucionais na história do SUS contribuíram para a consolidação de formas precárias de trabalho na APS? Responder a essa questão implica compreender a precarização como um fenômeno historicamente construído, que resulta da interação entre condicionantes macroestruturais, arranjos institucionais e estratégias adotadas pelos atores no âmbito local.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 A EVOLUÇÃO DO PENSAMENTO INSTITUCIONAL NAS POLÍTICAS PÚBLICAS

A influência das instituições sobre os fenômenos sociais já era tematizada por pensadores clássicos da teoria política. Em *O Leviatã* (1651) e no *Ensaio sobre o Governo Civil* (1690), Thomas Hobbes e John Locke, respectivamente, argumentavam que a ausência de normas conduziria à instabilidade social, sendo necessário um arcabouço institucional capaz de regular comportamentos. Para Locke, no "Estado de Natureza", os indivíduos priorizam seus próprios interesses, mesmo às custas da segurança e bem-estar de outros. Já Hobbes atribuía à figura soberana a responsabilidade de garantir a ordem por meio da aplicação das leis. Ambos reconheciam o papel estruturante das regras na contenção de conflitos e na organização da vida social (Ribeiro; Brito, 2022).

A ideia de que a organização normativa da sociedade, ao limitar as possibilidades de ação dos indivíduos, seria capaz de moldar e induzir comportamentos, serviu de base para a formação do institucionalismo clássico – ou “velho” institucionalismo. Surgido nos Estados Unidos entre o final do século XIX e o início do século XX, teve entre seus autores mais reconhecidos Thorstein Veblen, John Commons e Wesley Mitchell (Ribeiro; Brito, 2022). No institucionalismo clássico, a unidade de análise era a instituição e as discussões versaram sobre o conceito e a evolução de instituições, hábitos e regras (Conceição, 2000; Peres, 2008).

A abordagem fortemente normativa e descritiva, não considerando que o estudo das regras formais, isoladamente, não explicava o comportamento político ou os efeitos das políticas, fez com que, ao final da Segunda Guerra Mundial, o “velho” institucionalismo perdesse espaço para o enfoque behaviorista (ou comportamentalista) na ciência política (Peres, 2008; Lima; Machado; Gerassi, 2015). Os behavioristas partiam de uma análise empiricamente orientada, não se limitando às estruturas formais para o entendimento das crenças e valores que mobilizam indivíduos e grupos, tal qual faziam os institucionalistas clássicos. Nesse novo paradigma, as instituições eram consideradas variáveis exógenas ou pouco relevantes, visto que o olhar estava centrado nos sujeitos e suas preferências (Peres, 2008; Contrera; Estevinho, 2021).

Ao final dos anos 1960, porém, iniciou-se aquilo que David Easton, então presidente da *American Political Science Association* (APSA), denominou de

revolução pós-behaviorista (Easton, 1969). De modo geral, as críticas ao comportamentalismo centravam-se em suas limitações analíticas, especialmente quanto à capacidade de explicar adequadamente a complexidade dos fenômenos políticos. Uma das objeções mais recorrentes apontava que a ênfase nas preferências individuais era insuficiente para compreender os processos decisórios coletivos, os quais exigem a análise dos mecanismos de agregação e articulação entre as escolhas individuais no interior das instituições (Dahl, 1961).

3.2 O RETORNO DAS INSTITUIÇÕES: O SURGIMENTO DO NEO-INSTITUCIONALISMO

A prosperidade econômica dos anos 1950 e 1960 mascarou a diversidade no *policy-making* dos países industrializados, levando à falsa impressão de que um modelo único e bem-sucedido de organização dos Estados estava sendo seguido (Dias; Machado; Gerassi, 2015). Entretanto, o embargo dos países membros da Organização dos Países Exportadores de Petróleo (OPEP) e do Golfo Pérsico à distribuição de petróleo para os EUA e nações da Europa e África, na década de 1970, deflagrou uma crise econômica de proporções globais. A resposta à crise variou em cada país, levando-se em conta fatores como instituições políticas e econômicas vigentes, tradições ideológicas, estruturas sociais e pressões internas (de sindicatos, partidos políticos, da opinião pública, etc) (Contrera; Estevinho, 2021).

Para compreender essa questão de maneira prática, é possível analisar as posturas e decisões dos EUA e do Reino Unido. Embora o contexto de recessão fosse mundial e ambos tenham direcionado suas estratégias de enfrentamento para a adoção de medidas neoliberais (Johnson; Garnett; Walker, 2016), as políticas, bem como seus resultados, variaram, o que é explicado pelo fato de as instituições de cada país moldarem as escolhas políticas e seus efeitos (Dias; Machado; Gerassi, 2015).

Se por um lado as mudanças políticas e econômicas exigiram que o Estado e as instituições retomassem seu protagonismo nas produções acadêmicas, o “velho” institucionalismo, com seu viés normativo e descritivo, seria insuficiente para uma compreensão aprofundada da reforma e reestruturação dos países naquele momento. Por essa razão, esse período marcou a ascensão de uma nova corrente teórica: o neoinstitucionalismo (Steinmo, 2008).

Iniciado nos anos 1970 na academia norte-americana, o interesse pela investigação sobre a influência das instituições sobre processos políticos foi

consolidado na década seguinte, ganhando espaço na Europa e, posteriormente, na América Latina. A característica central do neoinstitucionalismo é a de que as instituições importam (Contrera; Estevinho, 2021). Por essa razão, entender de que forma essa perspectiva teórica compreende o conceito de instituição e seu papel na sociedade é fundamental.

Enquanto para o institucionalismo clássico as instituições se referiam tão somente à órgãos de Estado ou governo, sendo representadas por estruturas materiais, como constituições, cortes, gabinetes ministeriais e arranjos federais, no neoinstitucionalismo a sua definição adquiriu maior complexidade (Conceição, 2000; Nascimento, 2009). Em geral, são entendidas como as estruturas que mediam a relação entre Estado e sociedade, podendo incluir desde regras formais (leis, decretos e outros arranjos normativos) a aspectos informais, como códigos de conduta, hábitos e as convenções próprias de cada sociedade (Nascimento, 2009; Lima; Machado; Gerassi, 2015).

Elas são moldadas por contextos específicos, que envolvem desde conjunturas políticas e econômicas, disputas de poder, características de cada sociedade e decisões passadas. Por esse motivo, devem ser entendidas como o resultado de padrões de interação e negociação política que, após estabelecidos, retroalimentam as decisões de ordem política. Ou seja, não se limitam à meros espelhos das forças sociais (Frey, 2000).

Outro aspecto relevante é o de que, para os neoinstitucionalistas, ainda que o comportamento dos atores seja moldado pelas instituições – formais e informais – estes não são receptores passivos, buscando alinhá-las conforme seus projetos de poder (Contrera; Estevinho, 2021).

“Os atores políticos e sociais agem não somente de acordo com os seus interesses pessoais. Também as suas identidades, ora enquanto cidadão, político, servidor público, ora enquanto engenheiro, médico, sindicalista ou chefe de família, influenciam o seu comportamento nos processos de decisão política. Regras, deveres, direitos e papéis institucionalizados influenciam o ator político nas suas decisões e na sua busca por estratégias apropriadas”.
(Frey, 2000, p.233)

Em um contexto constrangido (*constraints*) por normas e condutas socialmente prescritas, esses atores perseguem seus projetos particulares. Essas restrições possuem raízes históricas, resultando de decisões tomadas anteriormente e, ao passo que constroem as ações, também moldam preferências e objetivos. Ademais, podem ser vantajosas a determinados indivíduos ou grupos, visto que preservam, representam e distribuem recursos de poder (Goodin, 1996).

Sendo assim, é compreensível que, mais do que defender a importância das instituições na composição político-econômica de uma sociedade, o neoinstitucionalismo se preocupe em analisar quais e como as instituições operam e resistem, ou seja, de que forma exercem sua influência ao longo do tempo (Lima; Machado; Gerassi, 2015).

“(...) O novo institucionalismo tem incitado algumas ‘grandes questões’ que acompanham hoje a agenda da ciência política contemporânea. Estas questões, naturalmente, não são novas, pelo contrário, elas envolvem debates clássicos: O que são instituições? Qual o real impacto das instituições sobre a ação humana? Como as instituições são formadas e transformadas? Como explicar a mudança institucional? Que posições metodológicas e epistemológicas melhor se ajustam à análise institucional? Os neo-institucionalistas não são os primeiros a formular estas questões, mas eles trazem um novo olhar ou mesmo uma renovada atenção sobre elas, revestindo-as de importância”. (Nascimento, 2009, p.100)

Outro entendimento do referencial neoinstitucional é a de que não há uma teoria geral que possa ser aplicada a todos os lugares e tempos, visto que as realidades não são homogêneas. As afirmações só podem ser aplicadas a conjunturas político-econômicas específicas, pois não necessariamente aquilo que foi efetivo em um local ou momento será bem-sucedido em outro. Assim, as hipóteses, além de provisórias, devem ser formuladas, testadas e alteradas a partir de casos concretos (Lima; Machado; Gerassi, 2015).

3.3 AS CORRENTES DO NEOINSTITUCIONALISMO

O neoinstitucionalismo não é uma corrente de pensamento unificada (Ribeiro, 2012). Hall e Taylor (1996) identificaram três abordagens que, mesmo compartilhando o mesmo objetivo de elucidar o papel das instituições na determinação de resultados políticos e sociais, analisam esse fenômeno de maneiras distintas. São elas: institucionalismo da escolha racional, institucionalismo sociológico e o IH (Hall; Taylor, 1996; Ribeiro, 2012). Posteriormente, a taxonomia foi ampliada, agregando o institucionalismo construtivista, o econômico e o de redes (Ribeiro, 2012).

Embora não se anulem mutuamente (pelo contrário, se complementam), conhecer as particularidades das vertentes do neoinstitucionalismo é fundamental tanto para reconhecer como elas são empregadas nos diferentes estudos quanto para entender as potencialidades e limitações que apresentam na análise das políticas públicas (Lima; Machado; Gerassi, 2015). Por esse motivo, as características e divergências das abordagens descritas por Hall e Taylor (1996) serão melhor discutidas nessa seção.

3.3.1 Institucionalismo da escolha racional

O institucionalismo da escolha racional foi desenvolvido a partir de estudos que buscavam compreender a dinâmica do Congresso dos Estados Unidos da América (EUA) no que se referia à aprovação de leis. Em se tratando de um espaço caracterizado pela diversidade de preferências dos legisladores e pela discussão de questões complexas, a formação de maiorias estáveis para a aprovação das leis, conforme se supunha, seria difícil. No entanto, o que se observava era justamente o contrário, com resultados estáveis. Ao tentar entender esse fenômeno paradoxal, os institucionalistas da escolha racional encontraram nas instituições a sua resposta (Hall; Taylor, 1996; Ribeiro, 2012).

As regras estabelecidas pelo Congresso limitavam as escolhas e informações disponíveis aos seus membros ao determinarem quais propostas poderiam ser votadas e em que ordem. Ademais, a discussão de determinados temas em comissões específicas e os mecanismos que facilitavam a troca de apoio entre os congressistas reduziam os chamados “custos de negociação”, facilitando acordos. Por essas razões, atribui-se às instituições o papel de organizar e garantir maior solidez ao processo decisório. Vislumbra-se, assim, a principal ideia do institucionalismo da escolha racional: as instituições coordenam os comportamentos estratégicos dos atores e facilitam a cooperação ao modelarem as dinâmicas individuais (Hall; Taylor, 1996; Ribeiro, 2012; Lima; Machado; Gerassi, 2015).

Conforme explica Peres (2008), para essa corrente do neoinstitucionalismo as preferências dos atores já são previamente dadas, estabelecendo-se uma “escala de utilidades” ou o que poderia se entender como uma lista de prioridades. As instituições, ao imporem obstáculos que restringem as decisões, não modificam tais preferências, e sim deslocam as escolhas para os objetos que ocupam as posições subsequentes quando a primeira opção não está disponível. Ou seja, as instituições não mudam os desejos individuais, mas fazem com que um indivíduo ou grupo talvez não consigam selecionar aquela que seria a primeira alternativa em sua “escala de utilidade”, o que os obrigaria a optar pela segunda, ou pela terceira, e assim por diante (Peres, 2008).

Em relação aos seus elementos metodológicos, o institucionalismo da escolha racional se aproxima da economia neoclássica, valendo-se de modelos formais e matemáticos para simular comportamentos. O individualismo metodológico e a suposição de que ações individuais são sempre racionais fazem com que essa

corrente seja criticada, visto que a simplificação dos fenômenos políticos e sociais torna as análises artificiais (Ribeiro, 2012).

3.3.2 Institucionalismo sociológico

O institucionalismo sociológico surgiu no fim dos anos 1970, no âmbito da teoria das organizações. Diferentemente do institucionalismo da escolha racional, no institucionalismo sociológico os processos de socialização que formam as preferências individuais são tidos como relevantes, e, portanto, estudados em profundidade. Para essa corrente, o papel das instituições é o de moldar aquilo que as pessoas desejam ou entendem como possível. Ganham, assim, maior protagonismo, pois não se resumem à limitação de escolhas, mas formam preferências, valores e percepções (Hall; Taylor, 1996; Peres, 2008).

Contrapondo-se às abordagens que explicam a adoção de formas organizacionais com base exclusivamente em critérios de racionalidade instrumental e eficiência, defende que esses arranjos devem ser compreendidos como práticas culturalmente institucionalizadas, assimiladas pelas organizações de modo análogo aos mitos e cerimônias presentes em diversas sociedades. Tais práticas são incorporadas não por seu potencial de maximizar a eficiência, mas por conferirem legitimidade às organizações diante de seu ambiente institucional, reforçando sua aceitação social e sua conformidade com expectativas culturalmente construídas (Hall; Taylor, 1996; Baeta; Mucci; Moreira, 2011).

Um conceito central no institucionalismo sociológico é o de isomorfismo institucional, processo em que organizações que atuam no mesmo campo institucional passam a adotar estruturas e práticas cada vez mais parecidas, mesmo que essa convergência não esteja necessariamente associada a melhorias na eficiência (Nascimento, 2009; Baeta; Mucci; Moreira, 2011). O isomorfismo institucional situa os mecanismos de mudança institucional dentro das próprias instituições, por meio de dinâmicas como a busca por legitimidade e a adaptação simbólica as normas culturais dominantes. Segundo DiMaggio e Powell (2005) três tipos de isomorfismo podem ser descritos: o coercitivo, o mimético e o normativo.

O isomorfismo coercitivo resulta de pressões formais e informais exercidas sobre as organizações por outras organizações das quais elas dependem. Mudanças organizacionais ocorridas por determinação governamental, como quando a gestão local de saúde implementa protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas nacionais para

se adequar às normativas estabelecidas e evitar penalidades administrativas, é um exemplo dessa “coerção”. O mimético, por sua vez, ocorre quando, diante de incerteza, uma organização imita outra considerada bem-sucedida ou legítima. (DiMaggio; Powell, 2005).

“Tomar outras organizações como modelo, como denominamos, constitui uma resposta à incerteza. A organização imitada pode não estar consciente de que está sendo imitada ou pode não ter o desejo de ser imitada. Ela simplesmente serve como fonte conveniente de práticas que a organização que a copia pode utilizar. Os modelos podem ser difundidos involuntariamente, indiretamente por meio da transferência ou rotatividade de funcionários, ou explicitamente por organizações como firmas de consultoria ou associações de comércio de indústrias. Até mesmo as inovações podem ser creditadas ao fato de se possuir outras organizações como modelo”. (DiMaggio; Powell, 2005).

Por fim, o isomorfismo normativo deriva da profissionalização, que, conforme explicam DiMaggio e Powell (2005), pode ser interpretada como o esforço coletivo dos integrantes de uma determinada profissão para estabelecer os critérios, práticas e formas de organização do seu exercício, buscando reconhecimento social e respaldo teórico que sustentem sua autonomia profissional. Esse processo ocorre, sobretudo, por meio da educação formal e da atuação de redes profissionais, que disseminam normas e modelos de conduta considerados legítimos. Instituições de formação técnica e associações profissionais atuam como vetores dessa homogeneização, ao transmitir uma base cognitiva comum que molda as práticas de gestores e trabalhadores de diferentes instituições (Macedo; Ckagnazaroff, 2018).

Ainda que ofereça subsídios analíticos para explicar as modificações ocorridas no cerne das instituições, avançando em relação ao institucionalismo da escolha racional ao considerar os aspectos simbólicos, culturais e históricos na persistência e mudança das instituições, o institucionalismo sociológico, sob a perspectiva do isomorfismo, falha ao oferecer uma visão unidimensional dessas mudanças, uma vez que enfatiza a reprodução de formas consagradas e não contempla transformações intencionais ou orientadas (Greenwood; Hinings, 1996).

3.3.3 Institucionalismo histórico

O IH constitui uma vertente analítica das ciências sociais, especialmente da ciência política, que se consolidou na década de 1980 a partir do diálogo entre a sociologia histórica, a teoria política e a história econômica (Hall; Taylor, 1996). Essa abordagem surgiu como crítica tanto ao behaviorismo, por sua negligência em relação ao papel das instituições formais, quanto ao racionalismo econômico, que reduzia a

ação política à maximização de interesses individuais, ignorando a dimensão histórico-contextual das escolhas (Macedo; Ckagnazaroff, 2018; Contrera; Estevinho, 2021).

Diferentemente dessas abordagens, o IH enfatiza o papel das instituições na conformação das decisões políticas ao longo do tempo. Preferências, estratégias e resultados não emergem de maneira isolada ou espontânea, mas são profundamente moldados pelos percursos institucionais anteriores (Macedo; Ckagnazaroff, 2018). Essa perspectiva sustenta que as instituições carregam temporalidades próprias e operam como estruturas que condicionam, mas não determinam de forma linear, as ações dos atores políticos (Steinmo, 2008).

Uma das contribuições centrais do IH é o reconhecimento de que a história não segue trajetórias lineares ou progressivas. Em vez disso, os processos históricos são marcados por descontinuidades, rupturas, contingências e avanços não cumulativos, em que as decisões tomadas em momentos específicos têm efeitos duradouros sobre os caminhos possíveis no futuro (Contrera; Estevinho, 2021). Assim, conceitos como dependência de trajetória (*path dependence*), sequência temporal e contexto histórico assumem papel explicativo fundamental (Nascimento, 2009).

Ao se posicionar entre o institucionalismo da escolha racional e o institucionalismo sociológico, essa corrente reconhece que os indivíduos são simultaneamente orientados por normas socialmente construídas e por interesses estratégicos. Como observa Steinmo (2008), os resultados políticos são mais bem compreendidos quando se considera essa tensão entre busca de adequação normativa e cálculo racional.

Hall e Taylor (2003) destacam três elementos fundamentais dessa abordagem: (1) os indivíduos tomam decisões estratégicas, mas essas decisões são moldadas por instituições que oferecem estabilidade de expectativas ao definir padrões de comportamento e estruturas cognitivas; (2) as instituições criam assimetrias de poder, favorecendo certos grupos em detrimento de outros, o que gera conflitos distributivos; e (3) as instituições são, por natureza, resistentes à mudança, por isso transformações significativas ocorrem, em geral, em momentos de crise (conjunturas críticas), seguidos por novos períodos de estabilidade institucional.

Portanto, o foco do IH está na análise das disputas políticas concretas, da distribuição de poder e das formas de interação entre atores sociais e políticos,

sempre à luz das condições históricas específicas em que esses processos se desenvolvem. Essa abordagem não coaduna com a ideia de instituições neutras ou meramente técnicas, compreendendo-as como produtos e produtoras de conflitos, interesses e constrangimentos (Steinmo, 2008). Nesse sentido, entender qualquer resultado político demanda a análise do arranjo institucional que o torna possível, bem como do percurso histórico que o antecedeu e o conformou.

Ao investigar os determinantes institucionais por trás da diversidade nos sistemas de saúde adotados por diferentes países, Immergut (1992) tomou como ponto de partida uma questão central: por que determinadas nações implementaram sistemas nacionais de saúde amplos e universais, enquanto outras mantiveram modelos de seguro mais descentralizados e fragmentados? A partir da análise das trajetórias políticas de vários países europeus, ela identificou que a configuração institucional de cada sistema político oferecia distintos pontos de veto aos grupos de interesse, exigindo negociações específicas no processo de formulação das políticas. Desse modo, a análise da variação nos resultados das políticas de saúde exige, necessariamente, considerar o modo como as instituições políticas nacionais moldam tanto os atores que participam do processo decisório quanto as regras que orientam sua atuação (Immergut, 1992).

Sendo assim, a escolha do IH como referencial teórico para a análise da precarização do trabalho no SUS se justifica pela capacidade desta abordagem de articular os fatores históricos, políticos e institucionais que moldam as políticas públicas ao longo do tempo. Para tanto, porém, vê-se a necessidade de um aprofundamento em ideias centrais dessa vertente: dependência de trajetória (*path dependence*); *feedbacks* positivos (*positive feedbacks*); e conjunturas críticas (*critical junctures*).

3.3.3.1 Dependência de trajetória

O IH parte do pressuposto de que as ações dos indivíduos estão situadas em contextos institucionais moldados por processos de formação ao longo do tempo. Em outras palavras, a compreensão das instituições e de suas dinâmicas atuais exige uma abordagem temporal que considere os caminhos percorridos anteriormente (Kay, 2005; Bernardi, 2012). A ênfase na história não se limita a uma contextualização periférica, mas constitui o eixo analítico central desse referencial, pois permite compreender como decisões passadas criam estruturas que condicionam as

possibilidades de ação futura (Pierson, 2000).

“Sob condições de dependência da trajetória é verdade que as circunstâncias atuais em certo sentido ‘provocam’ os resultados atuais, mas o foco nessas ocorrências simultâneas é altamente enganoso. Elas fornecem uma explicação ‘fotográfica’ para o que deveria ser visto como uma imagem em movimento. As condições necessárias para os resultados atuais ocorreram no passado. O objeto fundamental de estudo torna-se o ponto crítico ou os eventos que o desencadearam (*triggering events*) e que definem o desenvolvimento ao longo de uma determinada trajetória e os mecanismos de reprodução da atual trajetória.” (Pierson, 2000).

O conceito de dependência de trajetória não é consensual entre autores do IH, sendo entendido de maneiras distintas entre aqueles interessados na aplicação da história e da temporalidade para a compreensão de fenômenos sociais e políticos (Bernardi, 2012). Todavia, Pierson (2000) se destaca nesse campo pela difusão e refinamento da concepção de dependência de trajetória no âmbito da Ciência Política.

Segundo este autor, a dependência de trajetória se fundamenta na ideia de que, uma vez estabelecida uma trajetória institucional, ela tende a se perpetuar por meio de mecanismos que reforçam sua continuidade e dificultam mudanças. Ou seja, decisões tomadas em momentos como os períodos de formação de instituições e políticas públicas produzem efeitos duradouros, restringindo alternativas futuras. Isso se deve à inércia institucional, que favorece a manutenção do *status quo*, tornando eventuais reformas altamente custosas e até mesmo inviáveis (Hall; Taylor, 1996; Pierson, 2000).

É importante destacar que, embora as instituições exerçam influência sobre os comportamentos e decisões dos atores, elas também são moldadas por eles, que operam com graus variados de agência. Estratégias adotadas pelos atores políticos influenciam diretamente a trajetória institucional (Bernardi, 2012). Uma decisão tomada em um momento específico tende a se projetar no tempo por meio da constituição de coalizões de interesse que sustentam e reforçam sua continuidade. Assim, a institucionalização de determinada escolha não apenas constrange alternativas futuras, mas também se legitima por meio da ação coordenada de atores que compartilham interesses em sua manutenção (Contrera; Estevinho, 2021).

A lógica que explica a ocorrência da dependência de trajetória é a de que, com o passar do tempo, os benefícios associados à continuidade da trajetória escolhida tornam-se mais evidentes ao mesmo tempo em que os custos de mudança aumentam, tanto em termos materiais quanto políticos. Esse processo tende a gerar um ciclo de reforço institucional que dificulta o surgimento de alternativas e, assim, limita o espectro de possibilidades de ação futura (Hall; Taylor, 1996; Pierson, 2000).

Por essa razão, a dependência de trajetória não deve ser compreendida como mera repetição do passado, mas como o resultado de uma sequência de decisões interdependentes, nas quais cada escolha subsequente é condicionada pelas anteriores. O arranjo institucional, portanto, adquire certa rigidez, sustentada não apenas por estruturas formais, mas também por interesses organizados, padrões de comportamento consolidados e expectativas estabilizadas ao longo do tempo (Pierson, 2000).

Em suma, a análise da dependência de trajetória constitui um instrumento analítico valioso para a formulação de hipóteses sobre os fatores que explicam tanto a estabilidade quanto as dificuldades de mudança nos sistemas políticos e institucionais (Kay, 2005). Essa dinâmica gera padrões de continuidade, nos quais mesmo instituições que se mostram disfuncionais ou ineficazes continuam a operar, não necessariamente por sua eficiência, mas devido à dificuldade de rompimento com a ordem estabelecida. Ou seja, estudar a dependência de trajetória permite compreender por que certas instituições e políticas tendem a se perpetuar, mesmo diante de evidências de sua inadequação (Pierson, 2000; Bernardi, 2012).

3.3.3.2 *Feedbacks* positivos

Os mecanismos de *feedback* positivo correspondem a processos de auto reforço nos quais escolhas institucionais iniciais tendem a se consolidar ao longo do tempo, aumentando a probabilidade de continuidade da trajetória já estabelecida. Tais características explicam por que, na política, instituições e políticas públicas apresentam forte tendência à persistência, mesmo diante de pressões por mudança (Lima; Mörschbacher, 2017).

No âmbito do IH, são identificadas quatro características da política que favorecem os *feedbacks* positivos e, conseqüentemente, a dependência de trajetória. A primeira delas é o papel central da ação coletiva. A formulação e a manutenção de políticas dependem de processos coordenados entre múltiplos atores, tal qual partidos, organizações sociais e sindicatos, que investem tempo, recursos e capital político para sustentar determinada agenda. Esses investimentos geram custos elevados para reorganizar ou substituir as estruturas existentes, ao passo que produzem benefícios crescentes aos envolvidos, reforçando os incentivos para defender e ampliar a política em questão (Pierson, 2000).

A segunda diz respeito à alta densidade institucional. Sistemas políticos são

compostos por um conjunto extenso e interdependente de instituições, como regras constitucionais, legislações e órgãos administrativos, os quais se sustentam e se reforçam mutuamente. A interligação dessas estruturas faz com que a modificação de um elemento exija alterações simultâneas em outros, elevando significativamente os custos e a complexidade das reformas, contribuindo para a manutenção da trajetória vigente (Pierson, 2000).

A terceira trata da autoridade política. As instituições distribuem poder de forma desigual entre atores e grupos sociais, e a posse de recursos institucionais fortalece a capacidade daqueles que se beneficiam do arranjo existente para resistir a alterações. Ao controlar agendas, recursos e processos decisórios, esses atores podem bloquear iniciativas de mudança e assegurar a manutenção das regras e políticas que os favorecem, retroalimentando o ciclo de estabilidade (Pierson, 2000).

A quarta e última característica é a complexidade e opacidade do sistema político. Os sistemas políticos modernos se caracterizam por elevado grau de especialização, sobreposição de competências e interdependência entre diferentes níveis e esferas de governo. Tal configuração dificulta a compreensão completa das regras e dos efeitos potenciais de mudanças, principalmente por parte da sociedade. A incerteza gerada por essa opacidade tende a estimular a preservação do *status quo*, na medida em que atores evitam promover alterações cujas consequências não possam antecipar com segurança (Pierson, 2000).

Em síntese, esses elementos criam um ambiente em que as instituições encontram condições favoráveis para sua própria reprodução. Assim, o *feedback* positivo atua como mecanismo que consolida escolhas passadas, reduzindo a probabilidade de mudanças significativas e ampliando a dependência de trajetória no desenvolvimento político e institucional (Lima; Mörschbacher, 2017).

3.3.3.3 Conjunturas críticas (*critical junctures*)

Os períodos mais favoráveis à criação ou transformação de instituições coincidem com momentos de menor rigidez institucional. Isso ocorre porque em situações de instabilidade política ou crise, as barreiras que normalmente limitam alterações são atenuadas, abrindo espaço para o surgimento de novas estruturas ou para alterações significativas nas já existentes (Gazzola, 2023).

Enquanto para alguns autores essas mudanças ocorrem de maneira gradual, sendo resultado de adaptações incrementais às pressões e demandas, para

outros, em especial as mais profundas, derivam de crises excepcionais, como guerras, revoluções, colapsos econômicos ou transições políticas, capazes de romper com o contexto vigente (Collier; Collier, 2002; Mahoney; Thelen, 2009; Mariano; Ferreira; Neves, 2023).

Esses períodos de baixa resistência institucional, desencadeados por eventos disruptivos, configuram aquilo que se denomina de “conjuntura crítica”, isto é, uma ruptura que pode encerrar antigos padrões e inaugurar novas dinâmicas sociais, políticas ou econômicas (Collier; Collier, 2002). No IH, o conceito de conjuntura crítica é central para explicar a evolução institucional e as trajetórias históricas, inclusive no que se refere à redistribuição de poder, à redefinição de normas sociais e à reorganização de estruturas existentes.

No entanto, cabe destacar que mesmo sem alterações estruturais diretas, essa ruptura pode modificar a percepção dos atores e influenciar de maneira duradoura a dinâmica política e social, criando condições para mudanças posteriores. Ou seja, o impacto de uma conjuntura crítica pode prolongar-se no tempo, funcionando como catalisador para transformações que se desenvolvem gradualmente (Gazzola, 2023; Mariano; Ferreira; Neves, 2023).

Pierson (2004) ressalta que, em contextos de contingência e incerteza, nos quais as restrições às mudanças estão limitadas, abrem-se oportunidades para mudanças significativas, ainda que imprevisíveis. Nesse cenário, a ação política torna-se decisiva para definir a trajetória futura das instituições, evidenciando o papel da agência dos atores no direcionamento das transformações (e não uma relação causal entre crise e mudança institucional).

3.4 DINÂMICAS INSTITUCIONAIS E GESTÃO DO TRABALHO NA APS: UMA PERSPECTIVA DO INSTITUCIONALISMO HISTÓRICO

O referencial teórico do IH oferece uma base analítica robusta para compreender a organização do trabalho na APS como resultado de escolhas políticas, trajetórias institucionais e condicionantes estruturais ao longo do tempo.

Conforme defendido por Hall e Taylor (1996), o IH reconhece que as instituições não apenas regulam comportamentos, mas também estruturam interesses e definem os termos do conflito político, influenciando profundamente a dinâmica das políticas públicas. Ademais, ao enfatizar a noção de dependência da trajetória, essa abordagem demonstra como decisões e eventos passados criam padrões

institucionais duradouros que moldam e limitam as possibilidades de ação no presente (Pierson, 2000).

No contexto brasileiro, apesar da reforma sanitária ter instituído um projeto universalizante de saúde, a ausência de uma política nacional sólida para a gestão do trabalho no SUS reflete a fragmentação institucional e a hegemonia de uma racionalidade fiscalista, que prioriza o equilíbrio orçamentário em detrimento da valorização do trabalho em saúde (Druck, 2016). Essa lacuna institucional se expressa na inexistência de uma carreira nacional unificada, na autonomia municipal sem suporte técnico-financeiro adequado e na fragmentação da gestão federativa, o que resulta em arranjos institucionais diversos e desiguais que reproduzem e naturalizam a precarização laboral (Ribeiro; Moreira, 2016; Teodoro, 2024).

Dias, Lima e Teixeira (2020) reforçam que a precarização do trabalho em saúde não pode ser compreendida exclusivamente como uma consequência econômica, mas deve ser entendida como uma escolha institucional, reflexo da correlação de forças entre atores estatais, gestores e trabalhadores. A operacionalização da gestão da força de trabalho na APS é atravessada por variáveis institucionais, legais e políticas que consolidam essas desigualdades e definem os formatos contratuais adotados. Essa complexidade evidencia que a precarização não é mera omissão, mas resultado de decisões institucionais condicionadas por disputas políticas e pela arquitetura desigual do federalismo brasileiro (Narvai, 2017).

A APS, enquanto base estruturante do sistema e mediadora das relações entre serviços e territórios, sofre particularmente os efeitos desses arranjos institucionais. A instabilidade dos vínculos laborais fragiliza a formação de equipes coesas, compromete o vínculo com os usuários e limita a capacidade de planejamento local, impactando negativamente a efetividade das ações em saúde (Galavote et al., 2016; Narvai, 2017). Ademais, os trabalhadores da APS enfrentam uma dupla contradição: por um lado, são sujeitos de um projeto de cuidado integral e emancipador; por outro, submetem-se a relações laborais fragmentadas, desvalorizadas e frequentemente desumanizantes (Giovani; Vieira, 2013).

Marcos recentes na história do SUS, como a reforma do Estado nos anos 1990, as crises fiscais e políticas (notadamente a EC 95/2016, que instituiu o “teto de gastos”), a Reforma Trabalhista (Lei nº 13.467) e a Lei das Terceirizações (Lei nº 13.429), aprovadas em 2017, e a pandemia de COVID-19, configuram *feedbacks positivos* que impactaram decisivamente a gestão do trabalho em saúde,

aprofundando desafios e consolidando arranjos institucionais favoráveis à precarização do trabalho. Estes, por sua vez, têm se materializado em mudanças incrementais e ambíguas que buscam “modernizar” a gestão sem romper com o modelo institucional vigente. Ao mesmo tempo, a expansão da APS por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF) ocorre sob a lógica de vínculos precários, refletindo as contradições institucionais e políticas em jogo (Medeiros et al., 2010; Martins; Molinaro, 2013; Galavote et al., 2016).

A análise da gestão do trabalho na APS requer a articulação entre os condicionantes institucionais das políticas públicas, explicitados pelo referencial do IH, e os efeitos concretos desses processos na produção do cuidado em saúde. A partir dessa articulação é possível analisar não apenas os mecanismos que sustentam a precarização, mas também sua historicização, apontando limites e possibilidades para a superação dessas formas precárias no âmbito do SUS. Diante do exposto, as próximas seções deste referencial analítico serão destinadas ao aprofundamento da seguinte discussão: Quais e de que modo as escolhas institucionais na história do SUS contribuíram para a consolidação de formas precárias de trabalho na APS?

3.4.1 Conceitos de gestão do trabalho e força de trabalho

A análise dos marcos institucionais e históricos que moldaram a organização e as políticas de gestão do trabalho no SUS requer, como ponto de partida, a definição dos conceitos de gestão do trabalho e força de trabalho em saúde (FTS).

No âmbito do SUS, a gestão do trabalho compreende um conjunto articulado de ações e dispositivos relacionados ao ciclo funcional dos trabalhadores, abrangendo processos de ingresso, provimento, mobilidade, enquadramento funcional, desenvolvimento na carreira e garantia dos direitos trabalhistas. Envolve, igualmente, a promoção de condições adequadas de trabalho, a criação de mecanismos de participação dos trabalhadores na formulação de políticas, como nos Planos de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS), e a institucionalização de espaços de negociação coletiva (Ramos et al., 2009).

O conceito contemporâneo de gestão do trabalho, ao longo do desenvolvimento do SUS, evoluiu para superar a noção tradicional de Recursos Humanos (RH) (Santini et al., 2017). Este último, originário da ciência da administração, tratava a força de trabalho de forma equiparada a outros recursos organizacionais, como financeiros ou materiais e, portanto, com enfoque

essencialmente gerencial e instrumental. A transição conceitual incorporou a perspectiva da FTS, termo de inspiração marxista oriundo das ciências políticas e sociais, que considera a totalidade das relações de produção no campo da saúde, englobando não apenas o trabalho e o trabalhador, mas também as interações sociopolíticas e as dinâmicas do mercado de trabalho (Pierantoni; Varella; França, 2004).

Essa mudança paradigmática representa um deslocamento da visão do trabalhador como mero insumo organizacional para a compreensão de seu papel enquanto sujeito histórico e agente de transformação, dotado de direitos e responsabilidades no processo de produção social da saúde (Santini et al., 2017).

3.4.2 Trajetória da gestão do trabalho e o projeto inacabado de uma carreira única do SUS

A compreensão da trajetória da gestão do trabalho em saúde no Brasil, por sua vez, exige a análise das transformações que marcaram a segunda metade do século XX. Entre a década de 1970 e o início dos anos 1980, o país atravessou uma profunda crise econômica que repercutiu de forma significativa nas políticas públicas, incluindo o setor da saúde (Moyses, 2010). O modelo então vigente seguia a lógica flexneriana, com ênfase na medicina hospitalocêntrica e no financiamento público da compra de serviços de prestadores privados. Tal arranjo revelou-se incapaz de responder às necessidades sanitárias da população brasileira, reforçando o caráter seletivo e excludente do acesso aos serviços de saúde, especialmente para os grupos de menor renda e para aqueles residentes em regiões distantes dos grandes centros urbanos (Moyses, 2010).

Durante os anos 1970, conforme analisado por Médici (1986), houve significativa expansão do ensino superior privado em Medicina, formando profissionais com perfil especializado, tecnologicamente orientado e predominantemente desvinculado das necessidades sociais e epidemiológicas do país. Esse contexto também foi marcado pela multiplicidade de vínculos de trabalho e pela concentração de médicos nos grandes centros urbanos, em contraste com a escassez em parte dos municípios (Médici, 1986). Nas décadas mais recentes, esse processo se intensificou: entre 2000 e 2019, o número de escolas médicas no Brasil cresceu 214,9%, com predominância de instituições privadas ao longo de toda a série histórica, cursos majoritariamente avaliados com desempenho mediano e mensalidades elevadas,

configurando a formação médica como um segmento de alta rentabilidade para o setor privado (Santos Júnior et al, 2021).

No contexto da transição política brasileira, que se delineava a partir do final do regime autoritário, os anos finais da década de 1970 e o início dos anos 1980 foram marcados por intensas mobilizações sociais e pela incorporação progressiva de diversos segmentos da classe trabalhadora e da sociedade civil ao debate sobre saúde pública. Essa efervescência social buscava construir um novo pacto social fundado na recuperação do Estado de Direito e na efetivação de políticas públicas que respondessem às demandas históricas por inclusão e justiça social (Abrão; Abrão; Mathias, 2024).

Nesse cenário, a saúde coletiva emergiu como uma proposta teórico-política que visava superar o modelo biomédico tradicional, elaborando uma nova concepção para o processo saúde-doença e para a organização da atenção à saúde, pautada na integralidade, universalidade e participação social (Moyses, 2010). A mobilização caracterizou-se como o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB), conjunto plural de ações, articulações e proposições que buscavam a reformulação do sistema de saúde brasileiro em seus múltiplos aspectos, incluindo os trabalhadores necessários para sua operacionalização (Moyses, 2010; Abrão; Abrão; Mathias, 2024).

Um marco decisivo nesse processo foi a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1986, que se consolidou como um evento paradigmático por institucionalizar a participação organizada da sociedade civil e dos trabalhadores da saúde na formulação das políticas públicas do setor (Abrão; Abrão; Mathias, 2024). Nela, foram estabelecidas prioridades fundamentais relativas à gestão do trabalho, como: a garantia de remuneração justa e isonômica entre profissionais de mesma categoria independentemente da esfera administrativa (federal, estadual ou municipal), por meio da implantação imediata e efetiva dos PCCS; a admissão de trabalhadores mediante concursos públicos, com estabilidade no emprego; e a composição multiprofissional das equipes, adequada às necessidades regionais e em consonância com os padrões mínimos de cobertura assistencial (Moyses, 2010).

Ainda em 1986, realizou-se a Conferência Nacional Temática de Recursos Humanos, promovida pela Comissão de Recursos Humanos da Comissão Interministerial de Planejamento (Ciplan), que aprofundou os debates sobre a valorização do trabalhador da saúde, focando na sua inserção institucional, no

desenvolvimento das carreiras, na formação das equipes e nos desafios da nova gestão dos serviços (Moyses, 2010).

De acordo com Narvai (2017), a 9ª CNS, realizada em 1992, procurou avançar nessa agenda ao considerar imprescindível a constituição de quadros profissionais em cada esfera de governo e a criação de um plano de carreira nacional vinculado a todos os trabalhadores do SUS. Tal proposta foi formulada no sentido de consolidar uma carreira única de saúde, que garantisse não apenas a estabilidade, mas também a ocupação preferencial de funções gerenciais e técnicas por servidores de carreira.

Décadas mais tarde, a 14ª CNS, em 2011, retomou essa pauta ao propor um PCCS de abrangência nacional, estruturado como carreira de Estado, com piso salarial unificado, isonomia entre profissionais com o mesmo nível de formação, incentivos de exclusividade, valorização da escolaridade e estratégias de interiorização. Nessa ocasião, chegou-se inclusive a estabelecer prazo para a implementação, o que nunca se concretizou (Narvai, 2017).

Apesar da recorrência com que o tema foi retomado ao longo de três décadas, a implantação de um PCCS nacional e de uma carreira unificada para o SUS permanece como promessa não concretizada, revelando a persistência da lacuna institucional na gestão do trabalho. Sobre isso, Teodoro (2024, p. 1) é enfático ao afirmar: “Os direitos dos trabalhadores no SUS constituem um ponto cego na Reforma Sanitária Brasileira”. O autor discorre sobre limites na construção do SUS: ao passo em que se ampliou de forma inédita os direitos sociais, o mesmo não ocorreu quanto à institucionalidade dos direitos trabalhistas.

Essa tensão revela que a expansão do sistema foi sustentada sobre vínculos precários e instáveis, produzindo uma democracia marcada pela fragilidade do trabalho como lugar de direitos (Machado; Ximenes Neto, 2018). Nesse percurso, a ascensão do gerencialismo, consolidado na reforma do Estado dos anos 1990 e intensificado após 2016, configurou-se como programa adversário ao SUS (Teodoro, 2024).

Sobre a década de 1990, Machado e Ximenes Neto (2018, p. 1978) a definem como “década perdida para os trabalhadores do SUS”, evidenciando um período de retrocessos significativos na gestão do trabalho em saúde. Dois fenômenos centrais marcaram esse momento e permanecem com efeitos observáveis nos dias atuais: o processo de municipalização do sistema de saúde brasileiro, que intensificou desigualdades decorrentes da fragilidade técnica e financeira de determinados

municípios (Santini et al., 2017; Machado; Ximenes Neto, 2018); e a já mencionada consolidação do gerencialismo, intimamente associado ao avanço das políticas neoliberais no plano nacional e internacional (Teodoro, 2024).

Esses elementos configuram o pano de fundo para analisar, nas seções seguintes, os impactos sobre os vínculos e a políticas laborais no sistema de saúde público brasileiro.

3.4.3 Municipalização do SUS: entre a descentralização normativa e os limites da capacidade local

A promulgação da CF 88 representou um marco na redefinição do papel dos municípios brasileiros, ao reconhecê-los como entes federados dotados de autonomia política, administrativa e financeira (Santos, 2011). A partir desse novo arranjo institucional, verificou-se uma expansão expressiva no número de municípios. Se em meados da década de 1950 o país possuía pouco mais de 2.400 municípios, chegando a 4.235 em 1963, nas décadas subsequentes esse processo se intensificou. Em 1988, o Brasil contava com 3.974 municípios; em 1990 já eram 4.491, e em 2000 esse número alcançava 5.561, chegando, atualmente, a 5.570 (Machado; Ximenes Neto, 2018). Trata-se, portanto, de um crescimento de mais de 220% em meio século, processo que não necessariamente esteve acompanhado de sustentabilidade político-administrativa.

Nesse movimento de expansão, algumas características são de especial relevância: predominância de municípios pequenos, com até 50.000 habitantes, o que reforça a ideia de que a criação de novos entes federativos nem sempre esteve associada a condições de viabilidade econômica ou administrativa. Há, ainda, uma concentração demográfica expressiva, na medida em que uma pequena parcela dos municípios, aqueles com mais de 100 mil habitantes, concentram quase metade da população nacional. Finalmente, nota-se que os empregos na área da saúde permanecem concentrados nos municípios de maior porte, revelando uma desigualdade significativa no que se refere à oferta de força de trabalho e serviços de saúde (Machado; Ximenes Neto, 2018).

No campo da saúde, a CF 88 estabeleceu as bases para a criação do SUS, que viria a ser regulamentado pelas Leis 8.080/1990 e 8.142/1990. A primeira definiu princípios, diretrizes, competências e formas de organização, além de estabelecer regras sobre as relações entre as esferas de governo (Brasil, 1990a). Já a segunda

disciplinou aspectos relativos à participação social e ao financiamento, instituindo o princípio da transferência de recursos condicionada ao cumprimento de requisitos pelos estados e municípios, preservando, contudo, a autonomia municipal (Brasil, 1990b).

Apesar desses avanços normativos, a efetivação da descentralização exigiu a criação de instrumentos operacionais que viabilizassem a transferência concreta de responsabilidades ao ente municipal, visto que até o início da década de 1990 muitas ações ainda permaneciam sob a alçada federal ou estadual (Pellegrini, 2007). Nesse contexto, o Ministério da Saúde (MS) instituiu as Normas Operacionais Básicas (NOB), que desempenharam papel central na consolidação da municipalização da saúde. A NOB 01/1993 introduziu diferentes modalidades de habilitação municipal (incipiente, parcial e semiplena), definiu responsabilidades de cada esfera e criou os espaços de negociação intergovernamental por meio das Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e Tripartite (CIT) (Brasil, 1993). Foi a partir dela que o município passou, de fato, a ser reconhecido como gestor do sistema local de saúde, possibilitando repasses diretos “fundo a fundo”, que se mostraram decisivos para fortalecer experiências bem-sucedidas em diversas localidades (Duarte, 2008).

A NOB 01/1996 aprofundou esse processo ao instituir as modalidades de Gestão Plena da Atenção Básica e Gestão Plena do Sistema Municipal. Com a criação do Piso da Atenção Básica (PAB), estabeleceu-se, pela primeira vez, um repasse per capita, o que ampliou a capacidade de investimento dos municípios na APS e fortaleceu políticas estruturantes, como o Programa de Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (Brasil, 1996). A Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS 01/2001), por sua vez, foi responsável por instituir o Plano Diretor de Regionalização (PDR) e o Plano Diretor de Investimentos (PDI) (Brasil, 2001), contudo a adesão municipal foi aquém do esperado, em grande medida pela insuficiência crônica de financiamento (Duarte, 2008).

A partir de meados da década de 2000, foram introduzidos novos instrumentos voltados à coordenação interfederativa no SUS, como o Pacto pela Saúde, o Decreto nº 7.508/2011 e a Lei Complementar nº 141/2012.

O Pacto pela Saúde representou uma tentativa de reorganizar as relações entre os entes federados por meio da pactuação de responsabilidades, estruturando-se em três dimensões: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão.

Nele, a gestão do trabalho foi reconhecida como eixo estruturante do sistema, estabelecendo-se estabeleceu diretrizes como a valorização dos trabalhadores, a indução à adoção de vínculos que assegurassem direitos sociais e previdenciários, a implementação de planos de carreira e o estímulo à negociação entre gestores e trabalhadores. Ademais, reafirmou a autonomia dos entes federados na gestão de seus quadros, mantendo a descentralização como princípio organizador (Brasil, 2006a). Nessa configuração a implementação das diretrizes nacionais permaneceu condicionada às capacidades administrativas, técnicas e financeiras dos municípios, contribuindo para a persistência de heterogeneidades na organização da força de trabalho no SUS.

O Decreto nº 7.508 regulamentou a Lei nº 8.080/1990, introduzindo novos instrumentos de planejamento e organização, como o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP), além de reforçar a regionalização como estratégia para a integração das ações e serviços (Brasil, 2011). Complementarmente, a Lei Complementar nº 141/2012 estabeleceu regras mais precisas para o financiamento do sistema, definindo os mínimos constitucionais de aplicação em saúde por parte de cada ente federado e ampliando a transparência e o controle dos gastos (Brasil, 2012).

Em conjunto, esses instrumentos evidenciaram um movimento de aprimoramento do arcabouço institucional do SUS, com maior formalização das responsabilidades e mecanismos de coordenação interfederativa. Ainda assim, tais avanços não foram suficientes para superar as tensões inerentes ao modelo descentralizado, uma vez que a autonomia dos entes federados continuou a produzir variações significativas na capacidade de implementação das políticas públicas em saúde.

Esse processo evidencia as tensões e desafios da descentralização no setor saúde. Arretche e Marques (2002) destacam que a ampliação da oferta de serviços ambulatoriais nos municípios não pode ser explicada apenas pela dinâmica político-partidária local, mas está diretamente vinculada aos incentivos e regras definidas pela estratégia de descentralização do MS. Além disso, fatores como porte populacional e localização territorial mostraram-se determinantes. Municípios de menor porte, por exemplo, passaram a ofertar proporcionalmente mais serviços ambulatoriais per capita do que capitais e cidades médias, beneficiando-se, sobretudo, das transferências intergovernamentais (Arretche; Marques, 2002). Entretanto, essa dependência torna-os particularmente vulneráveis à retração do financiamento

federal, comprometendo a sustentabilidade de suas redes de atenção (Pinafo et al., 2020).

Além disso, se por um lado a municipalização representou um avanço democrático ao aproximar a gestão dos cidadãos e permitir maior adequação das políticas às realidades locais, de outro, a transferência de responsabilidades ocorreu sem que houvesse a correspondente transferência de capacidade técnica, administrativa e financeira, gerando situações de precarização das relações de trabalho (Pinafo et al., 2020). Entre 1992 e 2005, a participação municipal nos empregos públicos de saúde saltou de 41,6% para 68,8%, sem que isso tivesse se traduzido, necessariamente, em melhores condições laborais ou estabilidade para os trabalhadores (Santini et al., 2017).

Em síntese, a descentralização e a municipalização da saúde, ao mesmo tempo em que consolidaram o SUS como política pública universal e ampliaram a capacidade de resposta local, também evidenciaram profundas desigualdades entre os municípios, tanto no que se refere à sua estrutura administrativa quanto à disponibilidade de recursos (Santini et al., 2017; Pinafo et al., 2020). Essa ambiguidade constitui um dos eixos centrais para entender os avanços e limites do modelo brasileiro de gestão do trabalho e da atenção à saúde.

3.4.4 Reforma gerencial, terceirização e fragilização do trabalho no SUS

O processo de reforma do Estado no Brasil deve ser analisado em um duplo movimento: de um lado, o contexto internacional marcado pela crise do capital e pela ascensão do neoliberalismo; de outro, as especificidades da história política e econômica brasileira, atravessada pela ditadura militar e pela posterior redemocratização (Oliveira, 2011).

O golpe civil-militar de 1964 representou uma estratégia das classes dominantes nacionais para assegurar seu poder político e econômico. A aliança entre o regime ditatorial e o capital monopolista, tanto nacional quanto estrangeiro, foi direcionada para um projeto de modernização conservadora, cujo eixo central foi a rápida acumulação de capital. Para isso, adotaram-se medidas como a ampliação das vantagens ao capital estrangeiro, a privatização de setores estratégicos da economia e o arrocho salarial. Esse modelo, ainda que tenha gerado um breve ciclo de crescimento econômico, resultou em profundas desigualdades sociais e, ao final, mergulhou o país em um quadro de inflação, recessão e endividamento que se

estendeu pelos anos 1980 (Netto, 2017).

A crise econômica, somada ao esgotamento político do regime, transformou-se em crise de legitimidade, abrindo caminho para a transição democrática. Contudo, essa transição ocorreu de forma negociada, sem ruptura estrutural. A CF 88, com forte conteúdo social e democrático, enfrentou limites derivados dessa correlação de forças (Netto, 2017).

No plano internacional, a crise estrutural dos anos 1970 marcou o fim do ciclo expansivo do capitalismo baseado no padrão fordista-keynesiano. Entre os fatores que demonstravam esse esgotamento estavam a redução das taxas de lucro, a desaceleração da produtividade, o desemprego crescente e o aumento do endividamento global. Essa crise foi não apenas econômica, mas também social e política, atingindo a legitimidade do projeto burguês (Chiavegato; Navarro, 2012). Nesse contexto, tornou-se necessário reconfigurar os mecanismos de acumulação e as formas de regulação social. A reestruturação produtiva implicou transformações profundas na relação entre capital e trabalho, na redefinição do papel do Estado e na consolidação de uma nova racionalidade social (Druck; Dutra; Silva, 2019).

O neoliberalismo emergiu, então, como resposta política e ideológica à crise do capitalismo, orientando a redução da presença estatal na economia, a ampliação dos espaços de mercado e a difusão de valores concorrenciais como norma de vida (Druck, 2021). Como afirmam Dardot e Laval (2016), o neoliberalismo não se restringe à destruição de direitos e instituições: ele também produz subjetividades, moldando comportamentos e instituindo a competição como princípio organizador das relações sociais.

Na América Latina, e particularmente no Brasil, a agenda neoliberal foi incorporada sob a justificativa de que a crise vivida nas décadas de 1980 e 1990 derivava de um “inchaço” do Estado (Oliveira, 2011). Afirmava-se que a presença estatal excessiva no setor produtivo teria agravado a inflação e a crise fiscal, sendo, portanto, necessário “revolucionar” o aparelho estatal (Bresser-Pereira, 2022). É nesse cenário que se insere o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE), lançado em 1995 pelo então ministro Luiz Carlos Bresser-Pereira, sob o governo de Fernando Henrique Cardoso. O documento instituiu as diretrizes para a implantação de uma administração pública de caráter gerencial, pautada pela eficiência e pela redefinição do papel estatal (Bresser-Pereira, 2000).

A proposta de Bresser-Pereira (2022) tinha como eixos centrais: redefinir a

intervenção estatal no mercado; recuperar a “governança” por meio do ajuste fiscal e do fortalecimento da capacidade administrativa do governo; ampliar a governabilidade política; e delimitar as funções do Estado, com ênfase nas privatizações, terceirizações e processos de “publicização”. A chamada reforma gerencial concentrou-se, sobretudo, na redução do tamanho do Estado e na tentativa de modernizar sua administração, substituindo o modelo burocrático pela lógica da gestão orientada para resultados (Bresser-Pereira, 2022). Embora o ministro tenha defendido que essa reforma não deveria ser identificada como neoliberal, parte expressiva da literatura crítica aponta o contrário.

A EC nº 19/1998 deu continuidade às diretrizes estabelecidas pelo PDRAE, consolidando a adoção do modelo gerencial na administração pública brasileira (Brasil, 1998). Orientada pelos princípios de eficiência, flexibilização e controle por resultados, a emenda promoveu alterações relevantes nas relações de trabalho, como o enfraquecimento do regime jurídico único, a ampliação da possibilidade de contratação sob regime celetista e a relativização da estabilidade dos servidores, ao prever hipóteses de desligamento por insuficiência de desempenho e excesso de quadros. Esse marco evidencia a compreensão, no âmbito do gerencialismo, de que a estabilidade dos servidores públicos constituía um entrave ao ajuste fiscal e à maior “eficiência” do Estado, contribuindo para a reconfiguração das carreiras públicas e para a intensificação de vínculos mais flexíveis e menos protegidos no setor público (Santos, 2018).

Para Misoczky, Abdala e Damboriarena (2017), o gerencialismo constitui-se como expressão da racionalidade neoliberal aplicada à gestão pública, funcionando como instrumento de disseminação da lógica empresarial e mercadológica em todas as esferas da vida social. Nesse sentido, o gerencialismo não pode ser visto como um projeto neutro ou meramente técnico, como advogava Bresser-Pereira (2008), mas como parte de um movimento global de transformação do Estado em consonância com os interesses do capital (Misoczky; Abdala; Damboriarena 2017).

Mesmo diante das críticas, é inegável que a reforma gerencial desencadeada em 1995 inaugurou um processo contínuo de reconfiguração do aparelho estatal brasileiro, que ainda hoje se faz presente. O neoliberalismo, por meio dessas reformas, instituiu práticas, valores e estruturas que reorganizaram não apenas a gestão pública, mas também as formas de governo e de sociabilidade (Misoczky; Abdala; Damboriarena, 2017).

Esse percurso histórico é fundamental para o entendimento dos impactos que tais transformações tiveram sobre o mundo do trabalho e os direitos trabalhistas. A racionalidade neoliberal, ao subordinar o Estado à lógica do mercado, não apenas redefiniu sua atuação, mas também abriu caminho para formas de contratação mais flexíveis, processos de terceirização e estratégias de precarização que incidem diretamente sobre os trabalhadores (Druck, 2021). Assim, a análise da reforma do Estado não pode prescindir da reflexão sobre suas repercussões na esfera laboral.

A retórica que sustentou a reforma gerencial no Brasil partia da ideia de que os serviços públicos eram caros e ineficazes. A partir dessa premissa, difundiu-se a noção de que somente a gestão moldada pelos princípios da iniciativa privada poderia gerar eficiência e qualidade (Bresser-Pereira, 2000). Essa perspectiva propunha a substituição da estabilidade dos servidores por formas flexíveis de contratação, em que a permanência no emprego dependeria do desempenho e da competição. A concorrência, nesse quadro, passou a ser defendida disciplinadora, transformando o trabalho em um espaço regido por valores mercadológicos e esvaziando a cooperação e a solidariedade que tradicionalmente orientavam o serviço público (Druck, 2021).

No campo da saúde, contudo, o ideário gerencialista se mostra contraditório. O trabalho em saúde distingue-se por sua natureza coletiva, baseada em equipes multiprofissionais e na integração de diferentes saberes técnicos e experiências sociais. O produto desse trabalho não é material e tampouco padronizável: exige julgamento clínico, interpretação de contextos singulares e adequação do conhecimento técnico às condições concretas dos usuários (Campos, 2010). A racionalidade concorrencial, portanto, tende a entrar em choque com a dinâmica própria da atenção à saúde, que demanda articulação, corresponsabilidade e diálogo entre profissionais (Chiavegato Filho; Navarro, 2012).

Apesar disso, no PDRAE se defendia que a legislação estatutária dos servidores públicos era ultrapassada e excessivamente protetora (Druck, 2021). Pesquisas posteriores, como a de Chanlat (2002), revelam os efeitos da adoção desse modelo gerencial: aumento da carga de trabalho decorrente da redução de pessoal, manutenção de hierarquias rígidas apesar do discurso de autonomia, ausência de reconhecimento profissional e enfraquecimento dos laços de solidariedade no ambiente laboral. A fragmentação das equipes, intensificada pelo uso recorrente de contratos temporários e pela terceirização, comprometeu não apenas o bem-estar dos trabalhadores, mas também a qualidade dos serviços oferecidos (Druck, 2016).

No âmbito do SUS, esses processos assumiram contornos ainda mais graves. A descontinuidade dos concursos públicos, a estagnação de carreiras, a proliferação de vínculos precários e as terceirizações indiscriminadas fragilizaram a estrutura de recursos humanos do sistema (Santos, 2008). O próprio MS, em documento de 2004, reconheceu essa problemática, definindo como precário o trabalho exercido sem proteção social ou trabalhista. Nesse marco, vínculos precários foram descritos como aqueles que não asseguram benefícios básicos, como aposentadoria, licença médica, férias ou estabilidade. Já entidades sindicais ampliaram essa definição, incluindo a ausência de concursos públicos e a substituição de empregos permanentes por formas flexíveis de contratação (Brasil, 2004a; Koster; Machado, 2012).

No plano internacional, a Organização Internacional do Trabalho (OIT) reforçou essa análise ao propor sete dimensões que caracterizam a precariedade: insegurança no mercado de trabalho; vulnerabilidade em caso de demissão; indefinições quanto às funções e qualificações; riscos à saúde e à integridade física; insegurança de renda; ausência de perspectiva de carreira; e fragilidade de representação sindical. Essas dimensões, vistas em conjunto, evidenciam a distância entre a prática da flexibilização no SUS e os princípios do trabalho decente, que pressupõem vínculos estáveis, garantias sociais e valorização profissional (Machado; Vieira; Oliveira, 2015).

As consequências desse processo são amplamente documentadas na literatura. A rotatividade elevada dos profissionais gera custos adicionais com reposição de pessoal, rompe vínculos entre trabalhadores e comunidade e prejudica a continuidade das ações de saúde. Além disso, a instabilidade fragiliza o compromisso público e submete os trabalhadores às oscilações político-partidárias, o que desorganiza a construção de políticas de longo prazo. Diante das baixas remunerações, tornou-se comum o *multiemprego*, muitas vezes combinando vínculos públicos e privados, o que aprofunda o desgaste físico e emocional dos trabalhadores e afeta diretamente a qualidade do cuidado (Medeiros et al., 2010; Koster; Machado, 2012; Pierantoni et al., 2015; Santini et al., 2017).

Outra consequência é a terceirização no setor público que, conforme enfatiza Druck (2016) não é apenas um mecanismo administrativo: trata-se de uma das principais estratégias de privatização e de esvaziamento do caráter social do Estado. Ao enfraquecer a posição do servidor como sujeito político e garantidor de direitos, o Estado neoliberal compromete o próprio princípio da universalidade, colocando em

risco a capacidade do SUS de se afirmar como política pública transformadora e voltada para a equidade (Druck, 2016).

A lógica gerencial contribuiu fortemente para a expansão das Organizações Sociais de Saúde (OSS), regulamentadas pela Lei nº 9.637/1998 (Brasil, 1998), e das Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), que emergiram como instrumento privilegiado de implementação das políticas públicas, permitindo a contratação de pessoal em regimes celetistas ou temporários, sem concurso público direto (Druck, 2016). Esse movimento foi posteriormente reforçado pela Lei nº 13.019/2014, que estabeleceu normas gerais para as parcerias entre a administração pública e organizações da sociedade civil, ampliando a segurança jurídica e a utilização desses instrumentos na execução de políticas públicas (BRASIL, 2014).

Desse modo, a combinação entre gerencialismo e terceirização institucionalizou múltiplos vínculos laborais, fragilizando direitos trabalhistas e precarizando carreiras (Martins; Molinaro, 2013; Eberhardt; Carvalho; Murofuse, 2015).

Agrega-se como indutora das terceirizações a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), de 2000. Ela redefiniu limites e parâmetros de gastos com pessoal na administração pública em todas as esferas federativas (Brasil, 2000). Ao estabelecer tetos para despesas com servidores ativos, aposentados e pensionistas, restringiu a expansão de quadros estatutários e dificultou a implementação de concursos públicos e planos de carreira estruturados no SUS. Como efeito, gestores passaram a recorrer às modalidades de contratação “flexíveis”, compatíveis com os limites orçamentários estabelecidos (Druck, 2016).

Esse movimento foi posteriormente aprofundado e juridicamente viabilizado de forma mais incisiva pela Lei nº 13.429/2017, que ampliou as possibilidades de terceirização ao permitir sua adoção inclusive nas atividades-fim, conferindo maior segurança normativa à externalização da força de trabalho. Nesse contexto, a LRF reforçou institucionalmente a lógica gerencial que já permeava as reformas da década de 1990, enquanto a legislação posterior consolidou os instrumentos legais que favoreceram a expansão dessas modalidades, com impactos persistentes sobre a estabilidade, a valorização profissional e a consolidação de carreiras no SUS.

3.4.5 Entre progressos e permanências: a despreciação do trabalho em

saúde (2003–2015)

Entre 2003 e 2015, ainda que a precarização das relações de trabalho em saúde não tenha sido eliminada, observou-se um movimento de retração desse fenômeno. Esse recuo não se expressou, necessariamente, em termos quantitativos (Silva; Carvalho; Santini, 2020), mas sobretudo em uma reorientação político-institucional no âmbito do governo federal, marcada por maior indução, regulação e valorização do trabalho no Sistema Único de Saúde.

Tal movimento esteve associado à adoção de políticas públicas que resgataram os princípios constitucionais de que a saúde é um bem público e de que os trabalhadores do setor devem ser reconhecidos como parte estruturante dessa política, configurando uma postura de contraposição à lógica precarizante que havia se intensificado na década anterior (Santini et al., 2017; Machado; Ximenes Neto, 2018). A criação, em 2003, da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), no âmbito do Ministério da Saúde, simbolizou essa inflexão (Machado; Ximenes Neto, 2018).

A SGTES assumiu papel estratégico na indução de políticas voltadas à formação, qualificação, desenvolvimento e regulação do trabalho em saúde, ao mesmo tempo em que fortaleceu o debate sobre a valorização do trabalhador (Brasil, 2023a). Nesse cenário, a instituição da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), pela Portaria nº 198/GM de 2004, destacou-se como instrumento de articulação entre ensino e serviço, buscando modificar práticas assistenciais por meio da formação em serviço e da problematização do cotidiano de trabalho (Brasil, 2004b).

Também merece destaque a reinstalação da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS em 2003 (Brasil, 2003a), espaço que se consolidou como fórum de interlocução entre gestores, trabalhadores e empregadores. Dela resultou, entre outras iniciativas, a criação do Grupo de Trabalho sobre Desprecarização do Trabalho no SUS, que mais tarde foi incorporado ao Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS (Brasil, 2003b). Esse comitê, de natureza colegiada, passou a coordenar o Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS (DesprecarizaSUS), incentivando a criação de instâncias estaduais e municipais capazes de formular estratégias adequadas às realidades locais (Brasil, 2006b).

Nesse contexto, a publicação da Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUS (NOB/RH) em 2005 consolidou, em termos normativos, essa agenda ao estabelecer princípios e diretrizes para a gestão do trabalho, com ênfase na valorização dos trabalhadores, na desprecarização dos vínculos e na institucionalização de mecanismos de planejamento, negociação e regulação no interior do sistema. A NOB/RH reforçou o papel das instâncias interfederativas e contribuiu para conferir maior densidade institucional à política de gestão do trabalho (Brasil, 2005; Scalco; Lacerda; Calvo, 2010).

A instituição do Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS (ProgeSUS), em 2006, buscou enfrentar a fragilidade das estruturas administrativas responsáveis por essa área nos estados e municípios, por meio de cooperação técnica e financeira destinada à sua organização, modernização e profissionalização. O programa previu, entre outras ações, investimentos em infraestrutura, capacitação de equipes e produção de dados para apoio à tomada de decisão, contribuindo para ampliar a capacidade estatal de gestão do trabalho no nível subnacional (Brasil, 2006c).

Os efeitos dessas políticas foram documentados em diferentes estudos. Em capitais como Aracaju, Belo Horizonte, Florianópolis e Vitória, verificou-se predomínio de vínculos estatutários entre médicos e enfermeiros da ESF, sinalizando um movimento de valorização da contratação direta (Mendonça et al., 2010). Outra pesquisa apontou queda expressiva da terceirização na APS ao longo da década de 2000, com taxas de contratação direta superiores a 90% em diversas ocupações, incluindo um crescimento notável na formalização do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) (Machado, Oliveira e Moysés, 2011). Ainda assim, esse avanço não foi homogêneo, já que, em algumas categorias, como a médica, a proporção de vínculos precários permaneceu significativa (Eberhardt; Carvalho; Murofuse, 2015).

Apesar de não ser possível estabelecer uma causalidade linear entre a criação da SGTES e a redução da precarização, o fato é que tais políticas contribuíram para fortalecer uma agenda pública voltada à valorização dos trabalhadores da saúde. Entretanto, as limitações também se tornaram evidentes (Santini et al., 2017). A dificuldade em fixar profissionais em determinadas regiões e a baixa capilaridade de programas como o DesprecarizaSUS (que, em muitos municípios, sequer era

conhecido pelos gestores) revelam que os avanços foram parciais e insuficientes para alterar estruturalmente as regras do jogo (Pierantoni et al., 2008).

Assim, quando se analisa o período pós-2016, marcado pelo impeachment de Dilma Rousseff, observa-se o início de uma nova etapa de desestruturação dessa agenda. Nesse contexto, retornam de forma mais intensa os elementos de flexibilização e perda de direitos trabalhistas, reeditando, sob novas bases, a chamada “anti-política” de recursos humanos característica do receituário neoliberal dos anos 1990 (Machado; Ximenes Neto, 2018).

Todavia, observa-se no período recente a reemergência dessa temática, como evidenciado pela realização da 4ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, em 2024, que recolocou em debate, em âmbito nacional e de forma participativa, a centralidade do trabalho e da educação na sustentação do SUS, reafirmando diretrizes como a valorização dos trabalhadores, a defesa de vínculos estáveis e o fortalecimento da regulação estatal (Brasil, 2024). Esse movimento sugere uma tentativa de rearticulação institucional da política de gestão do trabalho, indicando que arenas participativas capazes de reintroduzir o tema na agenda governamental resistem mesmo diante de trajetórias marcadas por descontinuidades.

3.4.6 Neoliberalismo e contrarreformas: desfinanciamento e precarização do trabalho no SUS

Ao longo de sua trajetória, o SUS logrou conquistas significativas no que tange à ampliação da força de trabalho em saúde. Contudo, acumulou uma dívida histórica em relação aos trabalhadores, acentuada pelas sucessivas contrarreformas do Estado sob orientação neoliberal (Paim, 2018). No entanto, embora a década de 1990, como apontado anteriormente, tenha sido caracterizada como um período crítico para os trabalhadores, marcado pela consolidação do gerencialismo e por importantes retrocessos (Machado; Ximenes Neto, 2018), observa-se, à luz dos desdobramentos mais recentes, que os processos de flexibilização e precarização se intensificaram nas décadas seguintes, assumindo contornos ainda mais profundos e abrangentes.

O quadro se agravou após a ruptura institucional de 2016, quando, sob a presidência de Michel Temer, aprovou-se em ritmo acelerado um conjunto de reformas de caráter liberalizante. Entre elas, destacam-se a EC 95/2016 (Brasil, 2016) que, ao congelar por 20 anos os investimentos sociais, ameaçou a manutenção do piso mínimo de aplicação de recursos em saúde; a Lei nº 13.429/2017, que autorizou

a terceirização irrestrita, inclusive em atividades-fim (Brasil, 2017a); e a Lei nº 13.467/2017, conhecida como reforma trabalhista (Brasil, 2017b), apontada por alguns autores como uma contrarreforma, pois instituiu a flexibilização como regra, enfraquecendo a regulação protetiva do trabalho e ampliando a insegurança social (Lacaz, 2019; Druck; Dutra; Silva, 2019; Passos; Lupatini, 2020).

Essas mudanças se inserem em um movimento global de reformas neoliberais que, desde a década de 1970, têm promovido a erosão dos sistemas de proteção social. A despeito das especificidades nacionais, observa-se convergência em torno da diminuição da intervenção estatal, da transferência de responsabilidades para a negociação individual entre patrões e empregados e da redução da atuação sindical (Chiavegato; Navarro, 2012; Druck; Dutra; Silva, 2019). No Brasil, a reforma trabalhista ocorreu em um ambiente de crise democrática, retração de forças progressistas e discurso hegemônico de modernização, utilizado para legitimar a fragilização de direitos (Druck; Dutra; Silva, 2019).

Entre os efeitos deletérios, destaca-se a ampliação da terceirização em todos os setores da economia, inclusive em serviços públicos essenciais, como a saúde. Trabalhadores terceirizados passaram a enfrentar condições de maior vulnerabilidade: salários inferiores, jornadas mais longas, menor estabilidade e maiores riscos de acidentes de trabalho, incluindo os fatais. No setor saúde, a abertura irrestrita para terceirização contribuiu para o avanço de estratégias de privatização velada do SUS, corroendo as bases do Estado de Bem-Estar Social e desvalorizando os servidores públicos (Lacaz, 2019; Cegatti; Carnut; Mendes, 2020).

A chegada de Jair Bolsonaro à presidência, em 2019, reforçou essa agenda, com a extinção do Ministério do Trabalho e a proposição de novas medidas de caráter regressivo (Druck; Dutra; Silva, 2019). Nesse mesmo período, o SUS já se encontrava fragilizado pela focalização de políticas, como a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB 17) (Brasil, 2017c), o modelo de financiamento do Programa Previne Brasil (PPB) (Brasil, 2019a) e a criação da Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária (ADAPS) (Brasil, 2019b), que reforçaram mecanismos de seletividade e privatização (Morosini; Fonseca; Baptista, 2020).

A pandemia de Covid-19, a partir de 2020, evidenciou e intensificou tais fragilidades. Os trabalhadores da saúde enfrentaram escassez de pessoal, vínculos frágeis, sobrecarga de trabalho, insuficiência de equipamentos de proteção e atraso de pagamentos (Morosini; Chinelli; Carneiro, 2020). Além disso, dispositivos legais

aprovados no contexto da crise sanitária ampliaram a precariedade. A Medida Provisória (MP) nº 927/2020 (Brasil, 2020a) autorizou a intensificação da jornada de trabalho, enquanto a Lei Complementar (LC) nº 173/2020 (Brasil, 2020b) proibiu concursos e reajustes salariais, bloqueando alternativas de provimento estável de pessoal (Silva; Carvalho; Santini, 2020). Ainda nesse cenário, ganhou destaque a Proposta de Emenda Constitucional (PEC) nº 32/2020 (Brasil, 2020c), denominada reforma administrativa (atualmente PEC nº 38/2025). Apesar de se apresentar como medida de modernização do Estado, dedicou-se sobretudo a flexibilizar os vínculos de servidores, reduzir direitos e ampliar a presença do setor privado em cargos de gestão. Seus potenciais efeitos incluem a diminuição da autonomia dos trabalhadores, a desestruturação das carreiras públicas e o enfraquecimento da capacidade estatal de garantir políticas sociais universais (Oreiro; Ferreira-Filho, 2021; Secchi et al., 2021). Essa PEC segue em tramitação no Congresso Nacional.

Diante do conjunto de decisões políticas e marcos normativos analisados ao longo deste referencial teórico, evidencia-se um processo sistemático recente de desestruturação do trabalho no setor público. A precarização do trabalho, nesse contexto, não se configura como efeito colateral, mas como elemento constitutivo de um projeto de orientação neoliberal, voltado à redução de custos, à limitação da atuação estatal e à ampliação da participação do setor privado. O resultado é a fragilização das condições de trabalho e de saúde dos profissionais, com repercussões diretas sobre a qualidade da atenção à saúde prestada à população (Pereira et al., 2022; Lopes et al., 2023).

Assim, sustenta-se a compreensão de que as transformações observadas na gestão do trabalho em saúde não são episódicas ou isoladas, mas expressam um movimento estrutural e historicamente construído, que orienta a análise empírica desenvolvida.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Analisar como escolhas institucionais realizadas ao longo da trajetória do SUS contribuem para a consolidação da precarização do trabalho na APS dos municípios brasileiros.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Investigar a consolidação de formas precárias de trabalho entre categorias profissionais da Atenção Primária em Saúde em diferentes macrorregiões brasileiras.

- Compreender como gestores municipais de saúde da macrorregião Norte do Paraná constroem sentidos, justificativas e limites em torno da flexibilização dos vínculos de trabalho na APS.

5. METODOLOGIA

A pesquisa adotou um desenho de método misto, integrando abordagens quantitativa e qualitativa. Essa opção possibilitou a análise tanto das dimensões estruturais e históricas da precarização do trabalho na APS, quanto das interpretações e significados atribuídos pelos gestores municipais às práticas de gestão do trabalho em diferentes realidades locais.

Foram conduzidos dois movimentos metodológicos complementares. O Movimento 1 consistiu em uma abordagem quantitativa, de âmbito nacional, voltada à caracterização das modalidades de contratação e das condições de trabalho de médicos e enfermeiros da APS em MGP. O Movimento 2, de natureza qualitativa, concentrou-se na compreensão das percepções e práticas de gestores municipais de saúde sobre as formas de admissão, vínculo e gestão do trabalho em municípios da macrorregião Norte do Paraná.

O estudo foi desenvolvido no âmbito do projeto multicêntrico *“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”*, financiado pelo Programa de Políticas Públicas e Modelos de Atenção e Gestão do Sistema e dos Serviços de Saúde (PMA/Fiocruz) e conduzido em parceria entre a Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP/Fiocruz) e a Universidade Estadual de Londrina (UEL). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da ENSP (Parecer nº 4.014.705/2020), em conformidade com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (Anexo 1).

5.1 MOVIMENTO 1: ABORDAGEM QUANTITATIVA

5.1.1 Tipo de estudo

A etapa quantitativa se caracterizou por um estudo ecológico, de caráter exploratório, em que se analisou tendências e padrões da gestão do trabalho em MGP, destacando a consolidação de formas precárias de vínculo entre médicos e enfermeiros da APS no período de 2017 a 2023.

5.1.2 Coleta dos dados

A delimitação temporal teve como ponto de partida a Reforma Trabalhista de 2017, marco relevante na flexibilização das relações laborais no país (Lacaz, 2019; Druck; Dutra; Silva, 2019). A escolha pelos MGP (população ≥ 100 mil habitantes) fundamentou-se em sua relevância demográfica e estrutural: embora representem apenas 319 dos 5.570 municípios brasileiros, concentram mais da metade da população nacional (Brasil, 2023b).

Foram utilizados dados secundários extraídos do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), disponível no portal do MS (<https://cnes.datasus.gov.br>). O CNES é o principal repositório de informações sobre a rede assistencial e a força de trabalho em saúde no Brasil, abrangendo tanto o setor público quanto o privado. A base fornece dados sobre vínculos, carga horária, ocupações e locais de atuação, sendo essencial para o planejamento, regulação e monitoramento das políticas de saúde. Apesar de estudos apontarem inconsistências ou defasagens em algumas informações (Carvalho et al., 2016; Coelho et al., 2024), o CNES é amplamente reconhecido por sua abrangência e por sua importância estratégica para o estudo da estrutura de serviços e da gestão do trabalho no SUS (Pelissari, 2019).

Os dados foram processados conforme um fluxo ETL (Extração, Transformação e Carga), que compreendeu: (1) extração dos arquivos originais; (2) padronização e limpeza das variáveis de interesse; e (3) consolidação em bases analíticas uniformes, assegurando comparabilidade e consistência entre períodos e regiões.

O estudo concentrou-se nas categorias médica e de enfermagem, identificadas no CNES pelos códigos da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO): “2251”, “2252”, “2253” e “2231” (médicos) e “2235” (enfermeiros), vinculadas às equipes de APS dos tipos 70 (eSF), 71 (eAB) e 76 (eAP). A escolha dessas categorias decorreu de seu papel central na coordenação do cuidado e na organização das práticas interprofissionais, sendo médicos e enfermeiros responsáveis por atividades clínicas, educativas e de gestão que estruturam a ESF como modelo ordenador da atenção no SUS (Rangel et al., 2011; Barbosa et al., 2019).

A tabulação e análise dos dados foram realizadas entre janeiro e julho de 2025, elencando-se cinco dimensões principais: distribuição regional de médicos e enfermeiros, tipologia da equipe a qual o trabalhador estava vinculado; modalidades

de contratação, com um olhar sobre a expectativa de segurança e estabilidade do trabalhador a depender do regime de contratação adotado; total de vínculos de trabalho de um mesmo profissional no SUS; e cargas horárias ambulatoriais cumpridas em estabelecimentos de APS.

Essas dimensões permitiram estimar tendências estruturais da força de trabalho na APS, avaliando a evolução das formas de vínculo e padrões regionais de precarização laboral. Para isso, definiu-se as seguintes variáveis: a) Coeficiente médio de lotações médicas e de enfermagem na APS no Brasil e por região; b) Coeficiente médio de profissionais dessas categorias em cada um dos tipos de equipes selecionados (eSF, eAB/eAP e sem equipe); c) Coeficiente médio de profissionais médicos e de enfermagem que exerciam múltiplos vínculos no SUS; d) Coeficiente médio de trabalhadores alocados em modalidades de contratação protegidas, flexíveis e precarizadas; e) Média e mediana de carga horária ambulatorial de cada categoria profissional segundo vínculo (estatutário e não estatutário).

As modalidades de contratação são classificadas, fundamentalmente, de acordo com critérios de estabilidade e segurança do vínculo laboral, entendidos como dimensões centrais para a análise do grau de precarização do trabalho. A estabilidade refere-se à forma de contratação e à permanência do trabalhador no posto de trabalho, enquanto a segurança diz respeito à garantia de direitos trabalhistas e à inserção protegida no mercado de trabalho (Carneiro et al., 2023).

Boaventura (2018) propõe uma tipologia que organiza as modalidades de contratação em três categorias: protegida com estabilidade (PCE), protegida sem estabilidade (PSE) e desprotegida (DES), evidenciando diferenças importantes entre vínculos amparados pela legislação trabalhista, mas desprovidos de estabilidade, como aqueles característicos da gestão pública indireta, dos contratos temporários e dos cargos comissionados.

Buscando contribuir ao debate científico, a presente pesquisa propõe uma classificação própria, que categoriza em protegidas, flexíveis e precarizadas as 11 modalidades de contratação mais frequentes entre médicos e enfermeiros da APS no período do estudo.(quadro 1).

Quadro 1. Proposta de classificação das modalidades de contratação segundo estabilidade e proteção do vínculo. Brasil, 2025.

Classificação	Características	Modalidade de contratação	Definição
Protegido	Regime jurídico próprio, estabilidade, direitos plenos.	Estatutário	Estabelece uma relação de trabalho formal com o setor público, assegurando estabilidade legal e garantia de direitos trabalhistas. O ingresso ocorre por concurso público, com cargos previamente autorizados pelo poder legislativo.
Flexível	Direitos assegurados, mas vínculo instável e com limitação temporal.	Contrato prazo determinado	Vínculo temporário com a administração pública (direta ou indireta), por tempo determinado, regido por lei específica ou CLT. Contratação por necessidade do serviço, via processo seletivo simplificado (podendo ser dispensado). Apresenta maior instabilidade, com possibilidade de encerramento antes do prazo.
		Emprego público	Vínculo com a administração pública (direta ou indireta), regido pela CLT, com contrato por tempo indeterminado e direitos trabalhistas garantidos. Difere do estatutário por não assegurar estabilidade constitucional e estar vinculado ao Regime Geral da Previdência Social (RGPS).
		Intermediado celetista	Sem vínculo direto com o setor público; contratação mediada por entidade privada (pessoa jurídica ou física), regida pela CLT por tempo indeterminado. Pode gerar maior insegurança devido à intermediação. Na saúde, destaca-se a atuação das Organizações Sociais (OS).
		Intermediado prazo determinado	Trabalhador temporário intermediado pela administração pública ou por pessoa física/jurídica, por prazo determinado, regido por lei específica ou pela CLT. Vinculado a necessidades temporárias, com maior instabilidade e encerramento ao término do contrato ou da demanda.
		Intermediado emprego público celetista	Vínculo indireto com a administração pública, regido pela CLT, com contrato por tempo indeterminado. Contratação realizada por entidade pública (como associação ou fundação).
Precarizado	Ausência de vínculo empregatício, sem garantias sociais e trabalhistas.	Autônomo PF	Trabalhador pessoa física, sem vínculo empregatício, com atuação autônoma e sem subordinação direta, contratado para prestação de serviços ou apoio técnico por prazo determinado e objetivo específico. Remuneração por serviço,

			possibilidade de múltiplos contratantes, sem direitos trabalhistas
		Autônomo PJ	Trabalhador pessoa jurídica, proprietário/sócio de empresa privada, sem vínculo empregatício com o contratante/intermediador. Presta serviços, inclusive em instituição pública, sem obrigações trabalhistas do ente público.
		Bolsista	Não configura vínculo empregatício. Profissional ou estudante que atua em ensino, pesquisa ou extensão/serviço, com bolsa financiada por ente público ou privado. Não é regido pela Lei do Estágio, possui prazo determinado e não conta com direitos trabalhistas.
		Residência	Não configura vínculo empregatício; trata-se de formação em serviço (pós-graduação) com supervisão. Remuneração por bolsa (financiada por ente público ou privado). Prazo determinado, com direitos limitados (sem 13º e adicional de férias) e filiação ao RGPS como contribuinte individual.
		Intermediado autônomo PJ	Não há vínculo empregatício com o setor público nem com o intermediador. O trabalhador atua como pessoa jurídica (CNPJ) e presta serviços por meio de uma empresa intermediadora, que faz a mediação com a instituição pública, sem geração de obrigações trabalhistas.

Fonte: Elaboração própria, com base na Portaria nº 1.130 (BRASIL, 2017d) e em Carneiro et al. (2023).

Ao adotar o regime estatutário como referência normativa (ou “padrão-ouro”) e ao explicitar as gradações de perda de direitos e de instabilidade entre os diferentes vínculos, essa proposta busca evidenciar de forma mais clara a transição da proteção para a vulnerabilidade, tornando visível como o discurso da “flexibilização” opera como ponto de inflexão nas trajetórias de precarização do trabalho em saúde, inclusive em modalidades sem vínculo empregatício formal, como bolsistas e residentes.

5.1.3 Análise dos dados

Os dados extraídos foram transformados para planilhas no programa Microsoft Excel® versão 365, no qual foram realizados os cálculos de coeficiente (por 100 mil habitantes) para cada município e ano de extração. A análise descritiva,

cálculo de média ($\bar{x}$), desvio-padrão (DP), mediana (M) e amplitude interquartil (AIQ), foi realizada no software IBM SPSS Statistics®, versão 25.0.

As tendências das lotações e vínculos profissionais foi realizada por regressão tipo *joinpoint*, tendo os anos do período do estudo como variável independente. Foram empregados os parâmetros de variância constante, não correlacionado, método paramétrico e teste de permutação de Monte Carlo (4499 permutações aleatórias) para a definição do modelo com melhor ajuste para cada segmento (Good, 2005). Como resultado deste processo foram extraídos a variação percentual anual (*annual percent change* – APC) e respectivos intervalos de confiança à 95% (IC95%) para cada variável investigada (Kim et al., 2000; Clegg et al., 2009). As análises foram processadas no programa Joinpoint Regression Software (versão 5.4).

Os gráficos correspondentes às análises realizadas nesse movimento encontram-se disponíveis no capítulo de Apêndices (Apêndice F) desta tese, conferindo maior fluidez à exposição dos resultados no corpo do texto principal.

5.2 MOVIMENTO 2: ABORDAGEM QUALITATIVA

5.2.1 Tipo de estudo

A etapa qualitativa configurou-se como um estudo de caso, exploratório, voltado a compreender as percepções e práticas de gestores municipais sobre a organização da APS e a gestão do trabalho, analisando convergências e divergências entre municípios de diferentes portes.

5.2.2 Seleção dos municípios que compuseram o local de estudo

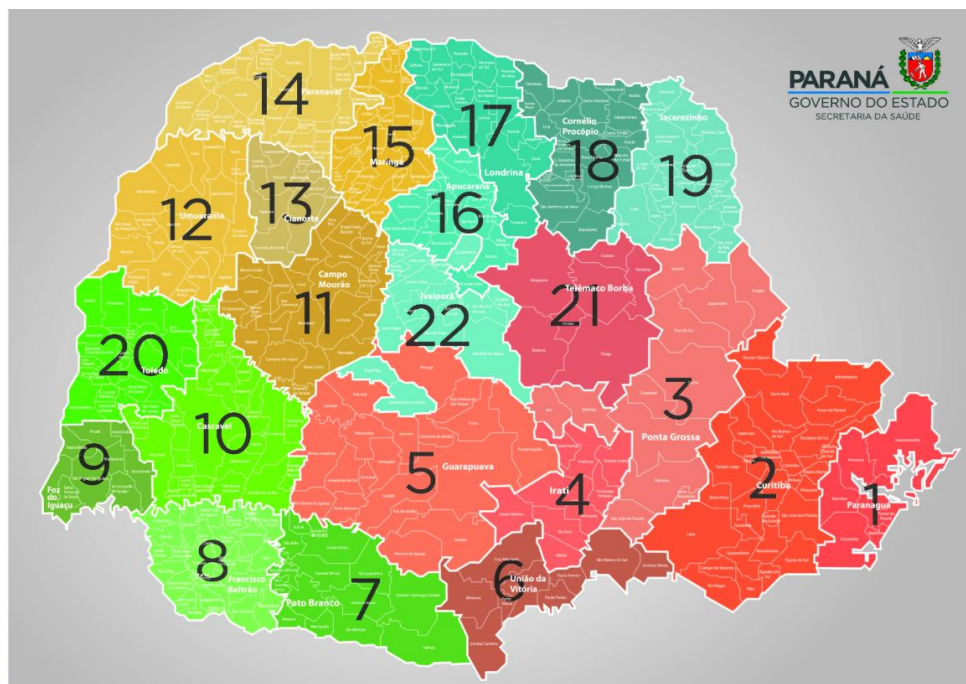
O campo empírico correspondeu à macrorregião Norte do Paraná, composta por cinco Regiões de Saúde (16^a, 17^a, 18^a, 19^a e 22^a RS), que somam cerca de dois milhões de habitantes distribuídos em 97 municípios (PARANÁ, 2025).

Figura 1. Macrorregiões de Saúde do Estado do Paraná

SECRETARIA DA SAÚDE DO PARANÁ

DIVISÃO POR REGIONAIS E MACROREGIONAIS

REGIONAIS DE SAÚDE	Nº DE MUNICÍPIOS
1º PARANAGUÁ	7
2º CURITIBA	29
3º PONTA GROSSA	12
4º IRATI	9
5º GUARAPUAVA	20
6º UNIÃO DA VITÓRIA	9
7º PATO BRANCO	15
8º FRANCISCO BELTRÃO	27
9º FOZ DO IGUAÇU	9
10º CASCAVEL	25
11º CAMPO MOURÃO	25
12º UMUARAMA	21
13º CIANORTE	11
14º PARANAVAI	28
15º MARINGÁ	30
16º APUCARANA	17
17º LONDRINA	22
18º CORNÉLIO PROCÓPIO	20
19º JACAREZINHO	22
20º TOLEDO	18
21º TELEMACHO BORBA	7
22º IVAIPORÁ	16
TOTAL DO PARANÁ	399
MACROREGIONAIS DE SAÚDE	Nº DE MUNICÍPIOS
MACRO LESTE	93
MACRO NORTE	97
MACRO OESTE	94
MACRO NOROESTE	115



Fonte: Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA-PR)

Figura 2. Macrorregião Norte do Estado do Paraná



Fonte: Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA-PR)

A seleção dos municípios ocorreu na etapa preparatória do projeto multicêntrico, com base em dois indicadores de financiamento da APS: a) Despesa municipal per capita em APS, que expressa importância do gasto dos municípios com APS; b) Participação das emendas parlamentares federais no total das transferências

do Ministério da Saúde (MS) destinadas à APS, indicador que evidencia a importância das emendas nas transferências federais para a APS aos municípios.

Os cálculos consideraram o período de 2015 a 2020, tendo como fontes o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o SIGA Brasil (que disponibiliza informações sobre o Orçamento Federal) e os arquivos de repasses fundo a fundo do Fundo Nacional de Saúde (FNS). Com base na média dos valores obtidos, os municípios foram classificados em categorias combinadas de “alta” e “baixa” importância relativa dos indicadores (quadro 2).

Quadro 2. Classificação dos municípios segundo importância da APS no gasto municipal e relevância das emendas parlamentares.

Categoria	Descrição
Alta-Alta	Municípios com alta importância em ambos os indicadores, ou seja, situados no último quartil tanto para o gasto municipal em APS quanto para a participação das emendas nas transferências federais.
Baixa-Baixa	Municípios com baixa importância em ambos os indicadores, localizados no primeiro quartil para as duas dimensões analisadas.
Alta-Baixa	Municípios com alta importância da APS no gasto municipal em saúde (último quartil) e baixa dependência de emendas parlamentares (primeiro quartil).
Baixa-Alta	Municípios com baixa importância da APS no gasto municipal (primeiro quartil) e alta participação das emendas parlamentares nas transferências federais (último quartil).
Alta-Ø	Municípios com alta despesa per capita em APS, mas sem destaque em relação à participação de emendas nas transferências federais.
Baixa-Ø	Municípios com baixa despesa per capita em APS, sem destaque quanto à participação das emendas nas transferências federais.
Ø-Alta	Municípios com alta participação das emendas parlamentares nas transferências federais para a APS, independentemente da importância do gasto municipal.
Ø-Baixa	Municípios com baixa participação das emendas parlamentares nas transferências federais para a APS, sem destaque em relação ao gasto municipal.
Sem enquadramento	Municípios que não se enquadram nas combinações anteriores, apresentando valores intermediários ou inconsistentes entre os dois indicadores.

Fonte: Elaboração própria a partir de dados do SIOPS, FNS/MS, SIGA Brasil e IBGE (2015–2020).

A seleção priorizou municípios representativos das quatro combinações principais (alta-alta, alta-baixa, baixa-alta e baixa-baixa) garantindo a presença das cinco regionais que compõem a macrorregião. O município de Londrina foi incluído de forma obrigatória por sua relevância político-institucional enquanto sede da macrorregião. A primeira versão da seleção segundo os indicadores descritos é apresentada no Quadro 3.

Quadro 3. Municípios selecionados para o estudo de campo, segundo posicionamento nas categorias de importância (primeira versão).

CRITÉRIOS PARA SELEÇÃO DOS MUNICÍPIOS		Importância das emendas nas transferências federais para APS	
		Alta	Baixa
Importância da APS no gasto municipal em saúde	Alta	Miraselva (17ª RS) Santo Antônio do Paraíso (18ª RS)	Cruzmaltina (22ª RS) Salto do Itararé (19ª RS)
	Baixa	Porecatu (17ª RS) São Pedro do Ivaí (16ª RS)	Apucarana (16ª RS) Cândido de Abreu (22ª RS)

Fonte: Elaboração própria.

Diante das confirmações e recusas de participação e de especificidades observadas na gestão de determinados municípios, foi necessário realizar ajustes na amostra, culminando na configuração demonstrada no Quadro 4.

Quadro 4. Municípios selecionados para o estudo de campo, segundo posicionamento nas categorias de importância (versão final).

CRITÉRIOS PARA SELEÇÃO DOS MUNICÍPIOS		Importância das emendas nas transferências federais para APS	
		Alta	Baixa
Importância da APS no gasto municipal em saúde	Alta	Arapuã (22ª RS) Santo Antônio do Paraíso (18ª RS)	Cruzmaltina (22ª RS) Conselheiro Mairinck (19ª RS)
	Baixa	Porecatu (17ª RS) Pinhalão (19ª RS)	Apucarana (16ª RS) Cândido de Abreu (22ª RS)

Fonte: Elaboração própria.

Ao final, foram incluídos nove municípios: Apucarana (16ª RS), Arapuã, Cândido de Abreu e Cruzmaltina (22ª RS), Conselheiro Mairinck e Pinhalão (19ª RS), Porecatu e Londrina (17ª RS) e Santo Antônio do Paraíso (18ª RS). Entre eles, conforme classificação estabelecida pela Política Nacional de Assistência Social (PNAS, 2004), sete são considerados de pequeno porte e dois de grande porte, o que permite comparar realidades contrastantes em termos de capacidade estatal e organização institucional.

5.2.3 Sujeitos de pesquisa e coleta dos dados

5.2.3.1 Etapa preparatória para as entrevistas

A etapa de preparação incluiu a elaboração de materiais de apoio padronizados para o campo:

- Um manual de campo (Apêndice A), contendo orientações éticas e logísticas para o trabalho das equipes, procedimentos para entrevistas e armazenamento seguro dos dados;
- Dossiês municipais (Apêndice B), com informações sobre estrutura, financiamento e organização da APS em cada local;
- E diários de campo individuais (Apêndice C), nos quais os entrevistadores registraram impressões, dificuldades e observações contextuais após cada entrevista.

5.2.3.2 Realização das entrevistas

Os sujeitos da pesquisa foram secretários municipais de saúde e/ou membros das equipes gestoras das secretarias dos nove municípios. As entrevistas, de caráter semiestruturado, foram conduzidas entre junho e setembro de 2022 por pesquisadores previamente treinados. As entrevistas foram agendadas por telefone ou e-mail e realizadas nas sedes das secretarias municipais de saúde, em ambiente privativo, com a presença de dois pesquisadores. Antes da coleta principal, realizou-se uma entrevista piloto em município não participante para validação do instrumento.

Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice E), autorizando a gravação e transcrição integral das entrevistas. Para preservar o anonimato, o gestor de cada município foi identificado por códigos alfanuméricos (M1 a M9).

Doze questões orientaram as entrevistas realizadas neste estudo, sendo apresentadas a seguir por sua relação direta com os objetivos da pesquisa. O roteiro completo encontra-se no Apêndice D.

- O que é APS para você? Como você vê o papel da APS no sistema de saúde? (Nota: explorar sentidos da APS abrangente e focalizada).
- Como vê o papel da Estratégia Saúde da Família na organização da APS? Quais os desafios para a consolidação da ESF (no que se refere aos seus

atributos) na prática? Como vê o papel: eAP, eSB, Nasf, ACS na organização da APS? (Nota: explorar cada um dos pontos).

- Como você vê o papel do Programa Previne Brasil? Você sentiu reflexos desse programa na APS no seu município depois que foi implantado pelo Ministério da Saúde?
- Como está organizada a APS do seu município? (Nota: explorar projetos específicos, ações intersetoriais, processo de trabalho das equipes SF, NASF, Saúde Bucal, ACS – foco no trabalho interprofissional? No território? Existência de apoio matricial, apoio institucional).
- Na sua experiência, houve alguma alteração na organização da APS no município, a partir de 2017, devido às políticas ou regras federais do SUS? Se sim, você poderia citar exemplos do que mudou? A que você atribui essa(s) mudança(s)? (Nota: implantação ou fechamento de novas equipes/serviços, por exemplo). (Nota: caso o entrevistado não fale, fazer menção explícita à PNAB, Previne, EC 86/2015 e EC 95/2016).
- O município fez adesão ao Programa Médicos pelo Brasil? A questão de provimento de médicos é um problema? Como foi ou está em seu município a transição entre o Programa Mais Médicos (PMM) e Programa Médicos pelo Brasil (PMpB)?
- O município conta com um setor de gestão do trabalho/Recursos Humanos? Quais estratégias têm sido usadas para provimento da força de trabalho? Essas estratégias têm relação com as mudanças das regras federais (PNAB 2017)? Quais os principais desafios na área da gestão do trabalho (dimensionamento; rotatividade; escassez e distribuição de profissionais)?
- Após as alterações na normatização da APS (PNAB/2017; Previne Brasil) houve mudança na forma de contratação/vínculo de profissionais (ACS, profissionais do NASF, médicos 40h) (questionar sobre cada programa especificamente). Houve mudança na forma de atuação dos profissionais dessas equipes? (Pedir para dar exemplo de cada programa NASF, ESF, PACS). Se sim, percebe efeitos para a oferta/organização e produção dos serviços e na assistência à população?
- Quais formas de contratação, de vínculo e de regime de trabalho são adotadas pelo município na APS? Ocorreu alguma mudança com a pandemia? (Nota:

explorar a questão da flexibilização da carga horária contratual como vantagem ou limite, terceirização, pejetização).

- 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. Se sim, são utilizados indicadores para avaliar o cumprimento dos indicadores de desempenho relativos ao Previn Brasil? (Em caso positivo, explorar como faz).
- Como as instâncias de governança (CIR, CIB) participam no processo decisório de adesão dos municípios aos programas e estratégias direcionados à APS? Que pautas são levadas para a CIR e a CIB? (Nota: explorar como as pautas da CIR e CIB são definidas e como ocorre a participação do município nesse sentido).
- Como a SES (e suas regionais) e o COSEMS participam da gestão da APS? (Nota: existência de apoio/colaboração/monitoramento, informativos, estabelecimento/incentivo de relações solidárias entre os municípios).

5.2.4 Análise dos dados

A análise das entrevistas foi conduzida por meio da Análise Temática (AT). Conforme proposto por Braun e Clarke (2006), a AT consiste em um método cujo propósito é identificar, organizar e interpretar padrões de sentido presentes nos dados. Esses padrões, denominados temas, expressam elementos que guardam pertinência com o problema investigado e condensam significados recorrentes que atravessam o conjunto das narrativas analisadas.

Trata-se de uma abordagem que compartilha características centrais das análises qualitativas em geral, como a busca sistemática por regularidades, a flexibilidade procedimental e o caráter iterativo do processo analítico. Ademais, exige coerência interna dentro de cada tema, bem como de distinção clara entre eles.

A análise temática pode assumir diferentes orientações. Em sua vertente indutiva, os temas emergem diretamente dos dados, sem referência prévia a um conjunto de categorias teóricas. Em contraste, a abordagem dedutiva, adotada nesta tese, parte de categorias previamente definidas à luz de um referencial analítico, orientando a leitura e o agrupamento dos conteúdos (Souza, 2019).

Souza (2019) ainda pondera que o processo analítico envolve alguns pressupostos metodológicos fundamentais. Um deles é a importância das anotações contínuas: ideias e interpretações preliminares são registrados ao longo de toda a leitura do material, constituindo parte indissociável da própria análise e não uma etapa posterior de redação. Outro aspecto relevante refere-se à relação com a literatura pois, especialmente no caso da abordagem dedutiva, é indispensável um engajamento prévio consistente com o arcabouço teórico que fundamenta as categorias de análise.

O desenvolvimento da AT, cabe ressaltar, não se dá de forma linear. O pesquisador transita repetidamente entre as fases, revisitando decisões, ajustando interpretações e reorganizando temas conforme novas conexões se tornam visíveis (Braun; Clarke, 2006).

A análise das entrevistas ocorreu a partir de três momentos, complementares entre si. O primeiro correspondeu à pré-análise, etapa dedicada à caracterização dos gestores entrevistados, considerando idade, formação, vínculo com o município, tempo de atuação e trajetória profissional. Essa descrição inicial foi entendida como fundamental, uma vez que tais elementos influenciam as percepções sobre a organização da APS e as práticas de gestão do trabalho.

Na etapa seguinte, procedeu-se à categorização temática dos discursos. As falas foram organizadas em nove conjuntos temáticos que abordaram: concepções sobre a APS; visão da ESF e desafios para sua consolidação; organização interna da APS; efeitos de políticas federais como a PNAB 2017 e o PPB; existência de setores, instrumentos e práticas voltadas à gestão do trabalho; modalidades de provimento e contratação; dificuldades relacionadas à fixação, rotatividade e atração de profissionais; percepções acerca da terceirização e flexibilização dos vínculos; e estrutura administrativa municipal e sua articulação com instâncias regionais.

Por fim, realizou-se a interpretação transversal do material empírico, orientada pelo referencial do IH. Com base nesse marco teórico, foram definidos três eixos temáticos interpretativos que permitiram aprofundar a leitura dos achados. O primeiro abordou a capacidade institucional, considerando a estrutura administrativa, os instrumentos de planejamento, o grau de autonomia decisória e a qualificação da burocracia local. O segundo tratou dos recursos e da atratividade, englobando disponibilidade e distribuição de profissionais, estratégias de provimento e fixação, condições de trabalho e presença de vínculos precários. O terceiro correspondeu à dimensão simbólica e política, relacionada aos sentidos atribuídos à APS, à ESF e à

terceirização, à legitimidade conferida às escolhas de gestão e às dinâmicas de poder nos municípios.

A partir desses três eixos, construiu-se uma matriz analítica comparativa (quadro 5) que sistematizou os resultados por município, permitindo identificar convergências, diferenças e padrões entre contextos institucionais distintos.

Quadro 5. Matriz analítica de interpretação dos discursos segundo o referencial do IH. Paraná, 2025

EIXOS	CARACTERÍSTICAS
Capacidade Institucional	Estrutura administrativa Instrumentos de planejamento Autonomia decisória Burocracia local
Recursos e Atratividade	Disponibilidade e distribuição de profissionais Estratégias de provimento e fixação Condições de trabalho Dependência de vínculos precários
Dimensão Simbólica	Sentidos atribuídos à APS, ESF e terceirização Percepção sobre políticas federais (PPB, PNAB) Dinâmicas de poder no território (pressões políticas e sociais)

Fonte: Elaboração própria

Delineados os procedimentos metodológicos que orientaram esta investigação, o capítulo seguinte dedica-se à apresentação e análise dos resultados, integrando as diferentes fontes de evidência para compreender as configurações da gestão do trabalho na APS.

6 RESULTADOS

Os resultados obtidos foram sistematizados de modo a responderem aos objetivos específicos elencados nesta tese e serão apresentados sob a forma de dois manuscritos cuja estrutura corresponde a artigos científicos.

6.1 MANUSCRITO 1

Precarização do trabalho na Atenção Primária à Saúde: Um desafio para a sustentabilidade da Estratégia de Saúde da Família?

RESUMO

A Atenção Primária à Saúde (APS), nível de atenção estruturante do Sistema Único de Saúde (SUS), tem na Estratégia Saúde da Família (ESF) seu principal modelo de assistência e gestão. Apesar de sua expansão, persistem desafios relacionados à gestão do trabalho, especialmente quanto às formas de contratação dos profissionais. Sendo assim, buscou-se analisar as tendências da gestão do trabalho na APS de municípios de grande porte (MGP) brasileiros, com foco na evolução do número de médicos e enfermeiros inseridos sob vínculos precários. Trata-se de estudo ecológico, exploratório, baseado em dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), do período compreendido entre 2017 e 2023. Foram analisadas lotações de médicos e enfermeiros atuantes na APS, segundo tipos de equipe, modalidades de contratação, multiplicidade de vínculos e carga horária ambulatorial. As tendências temporais foram estimadas por regressão joinpoint, com cálculo da variação percentual anual. Observou-se crescimento estatisticamente significativo das lotações de médicos e enfermeiros em todo o país. Contudo, esse aumento ocorreu predominantemente por vínculos flexíveis e precarizados. Identificaram-se diferenças regionais importantes, com maior fragmentação em regiões com maior densidade de serviços de saúde e presença do setor privado. As jornadas dos profissionais não estatutários mostraram-se mais variáveis em comparação às dos estatutários. A expansão da APS nos MGP tem ocorrido de forma dissociada do fortalecimento de vínculos estáveis, o que impõe desafios à sustentabilidade da ESF.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Força de Trabalho; Gestão em Saúde; Gestão de Pessoas no Setor de Saúde; Precarização do Trabalho

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é reconhecida internacionalmente como nível estratégico para o acesso equânime, a longitudinalidade e a coordenação do cuidado, especialmente em contextos marcados por envelhecimento populacional, predomínio de doenças crônicas e profundas desigualdades sociais e territoriais (Macinko; Mendonça, 2018). No Brasil, a Estratégia Saúde da Família (ESF) constitui o principal eixo de organização da APS, estruturada a partir de uma lógica territorial, comunitária e multiprofissional, voltada à integralidade e à resolutividade do cuidado

(Macinko; Mendonça, 2018; Piperno; Dias, 2022).

Apesar dos avanços observados desde sua implementação, a ESF enfrenta desafios estruturais que tensionam sua sustentabilidade no Sistema Único de Saúde (SUS), entre os quais se destacam o subfinanciamento, a priorização de modelos fragmentados de APS e a precarização das relações de trabalho (Mendonça et al., 2023). A precarização laboral, longe de constituir um fenômeno recente ou circunscrito ao contexto brasileiro, insere-se em um movimento global associado às reformas neoliberais iniciadas a partir da década de 1970, que vêm promovendo a flexibilização de direitos trabalhistas e a reconfiguração do papel do Estado, inclusive no âmbito da administração pública (Carneiro; Martins, 2015; Druck; Dutra; Silva, 2019).

No Brasil, esse processo se intensificou a partir da década de 1990, com a implementação de reformas de cunho neoliberal, como a reforma gerencial do Estado de 1995, orientada pelo enxugamento da máquina pública e pela transferência da execução de serviços ao setor privado. Articuladas aos programas de privatização iniciados em 1990, essas medidas favoreceram a expansão da terceirização e a ampliação da precariedade laboral no setor público (Druck, 2016; Druck; Dutra; Silva, 2019).

A aprovação da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), em 2000, reforçou esse movimento ao restringir a realização de concursos públicos sob a justificativa de controle dos gastos com pessoal, estimulando a adoção de múltiplas modalidades de contratação marcadas pela instabilidade e pela fragilização de direitos. Mais recentemente, a reforma trabalhista de 2017 ampliou a possibilidade de terceirização inclusive em atividades essenciais, aprofundando a desvalorização do trabalho no setor público e contribuindo para o esvaziamento do conteúdo social do Estado (Pereira et al., 2022).

No âmbito do SUS, o avanço dessa agenda tem se expressado no aumento de trabalhadores inseridos sob vínculos precários, frequentemente submetidos a múltiplos contratos e jornadas extensas como estratégia de complementação de renda. A literatura aponta que tais condições repercutem negativamente sobre a organização do trabalho em saúde, ao intensificar a rotatividade, fragilizar a coesão das equipes e comprometer a continuidade do cuidado, elementos centrais para o funcionamento da ESF (Eberhardt; Carvalho; Murofuse, 2015; Carneiro; Martins, 2015; Viana; Ribeiro, 2021; Pereira et al., 2023).

Essas dinâmicas produzem impactos diretos sobre a consolidação da ESF, ao

e elevar custos com capacitação, interromper programas de saúde e tensionar a qualidade do cuidado ofertado à população (Silva et al., 2020; Santos; Chinelli; Fonseca, 2022; Lopes et al., 2023; Tomin, 2025). Nesse sentido, compreender a evolução das formas de inserção dos profissionais de saúde na APS torna-se fundamental para analisar possíveis mudanças na organização dos serviços e seus efeitos sobre a capacidade do SUS de garantir atenção integral e contínua. Assim, o presente estudo teve como objetivo analisar as tendências da gestão do trabalho na APS de municípios de grande porte (MGP) brasileiros, com foco na evolução do número de médicos e enfermeiros inseridos sob vínculos precários.

MÉTODOS

Estudo ecológico, de caráter exploratório, sobre as tendências da gestão do trabalho na APS de MGP brasileiros, realizado com base em dados oficiais do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) extraídos diretamente do portal oficial do Ministério da Saúde (<https://cnes.datasus.gov.br/pages/downloads/arquivosBaseDados.jsp>).

Para a extração, considerou-se a competência do mês de dezembro para os anos de 2017 a 2023. Foram extraídos dados de profissionais médicos e enfermeiros que atuavam em equipes de saúde da APS dos tipos: 70 – Equipe de Saúde da Família (eSF), Equipe de Atenção Básica (eAB), que esteve vigente até 2020, e 76- Equipe de Atenção Primária (eAP). Para a identificação e filtragem das categorias profissionais incluídas considerou-se os códigos da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), os quais iniciavam em “2251”, “2252”, “2253” e “2231” para médicos e em “2235” para enfermeiros.

O processo de gestão da força de trabalho foi analisado por meio das seguintes variáveis: (a) coeficiente médio de lotações de profissionais médicos e enfermeiros na APS no Brasil e por região; (b) coeficiente médio desses profissionais segundo os tipos de equipes selecionados (eSF, eAB/eAP e sem equipe); (c) coeficiente médio de médicos e enfermeiros com múltiplos vínculos no SUS; (d) coeficiente médio de trabalhadores alocados em modalidades de contratação protegidas, flexíveis e precarizadas; e (e) média e mediana da carga horária ambulatorial por categoria profissional, segundo vínculo estatutário e não estatutário.

A classificação das modalidades de contratação teve como base os critérios de estabilidade e segurança do vínculo laboral, entendidos como elementos centrais para

a análise do grau de precarização do trabalho (Boaventura, 2018; Carneiro et al., 2023). Sendo assim, o presente estudo organizou as 11 modalidades de contratação mais frequentes entre médicos e enfermeiros da APS no período analisado em três categorias: protegidas, flexíveis e precarizadas (quadro 1).

Quadro 1. Proposta de classificação das modalidades de contratação segundo estabilidade e proteção do vínculo. Brasil, 2025.

Classificação	Características	Modalidade de contratação	Definição
Protegido	Regime jurídico próprio, estabilidade, direitos plenos.	Estatutário	Estabelece uma relação de trabalho formal com o setor público, assegurando estabilidade legal e garantia de direitos trabalhistas. O ingresso ocorre por concurso público, com cargos previamente autorizados pelo poder legislativo.
Flexível	Direitos assegurados, mas vínculo instável e/ou com limitação temporal.	Contrato prazo determinado	Vínculo temporário com a administração pública (direta ou indireta), por tempo determinado, regido por lei específica ou CLT. Contratação por necessidade do serviço, via processo seletivo simplificado (podendo ser dispensado). Apresenta maior instabilidade, com possibilidade de encerramento antes do prazo.
		Emprego público	Vínculo com a administração pública (direta ou indireta), regido pela CLT, com contrato por tempo indeterminado e direitos trabalhistas garantidos. Difere do estatutário por não assegurar estabilidade constitucional e estar vinculado ao Regime Geral da Previdência Social (RGPS).
		Intermediado celetista	Sem vínculo direto com o setor público; contratação mediada por entidade privada (pessoa jurídica ou física), regida pela CLT por tempo indeterminado. Pode gerar maior insegurança devido à intermediação. Na saúde, destaca-se a atuação das Organizações Sociais (OS).
		Intermediado prazo determinado	Trabalhador temporário intermediado pela administração pública ou por pessoa física/jurídica, por prazo determinado, regido por lei específica ou pela CLT. Vinculado a necessidades temporárias, com maior instabilidade e encerramento ao término do contrato ou da demanda.
		Intermediado emprego público celetista	Vínculo indireto com a administração pública, regido pela CLT, com contrato por tempo indeterminado. Contratação realizada por entidade

			pública (como associação ou fundação).
Precarizado	Ausência de vínculo empregatício, sem garantias sociais e trabalhistas.	Autônomo PF	Trabalhador pessoa física, sem vínculo empregatício, com atuação autônoma e sem subordinação direta, contratado para prestação de serviços ou apoio técnico por prazo determinado e objetivo específico. Remuneração por serviço, possibilidade de múltiplos contratantes, sem direitos trabalhistas
		Autônomo PJ	Trabalhador pessoa jurídica, proprietário/sócio de empresa privada, sem vínculo empregatício com o contratante/intermediador. Presta serviços, inclusive em instituição pública, sem obrigações trabalhistas do ente público.
		Bolsista	Não configura vínculo empregatício. Profissional ou estudante que atua em ensino, pesquisa ou extensão/serviço, com bolsa financiada por ente público ou privado. Não é regido pela Lei do Estágio, possui prazo determinado e não conta com direitos trabalhistas.
		Residência	Não configura vínculo empregatício; trata-se de formação em serviço (pós-graduação) com supervisão. Remuneração por bolsa (financiada por ente público ou privado). Prazo determinado, com direitos limitados (sem 13º e adicional de férias) e filiação ao RGPS como contribuinte individual.
		Intermediado autônomo PJ	Não há vínculo empregatício com o setor público nem com o intermediador. O trabalhador atua como pessoa jurídica (CNPJ) e presta serviços por meio de uma empresa intermediadora, que faz a mediação com a instituição pública, sem geração de obrigações trabalhistas.

Fonte: Elaboração própria, com base na Portaria nº 1.130 (BRASIL, 2017) e em Carneiro et al. (2023).

Fonte: Elaboração própria

Os dados extraídos foram transformados para planilhas no programa Microsoft Excel® versão 365, no qual foram realizados os cálculos de coeficiente (por 100 mil habitantes) para cada município e ano de extração. A análise descritiva, cálculo de média ($\bar{x}$), desvio-padrão (DP), mediana (M) e amplitude interquartil (AIQ), foi realizada no software SPSS (25.0).

As tendências das lotações e vínculos profissionais foi realizada por regressão

tipo *joinpoint*, tendo os anos do período do estudo como variável independente (Kim et al., 2000). Foram empregados os parâmetros de variância constante, não correlacionado, método paramétrico e teste de permutação de Monte Carlo (4499 permutações aleatórias) para a definição do modelo com melhor ajuste para cada segmento (Good, 2005). Como resultado deste processo foram extraídos a variação percentual anual (*annual percent change* – APC) e respectivos intervalos de confiança à 95% (IC95%) para cada variável investigada (Kim et al., 2000; Clegg et al., 2009). As análises foram processadas no programa Joinpoint Regression Software (versão 5.4)

Seguindo os preceitos da Resolução nº 466/2012 e nº 510/2016, este estudo não exigiu a aprovação prévia em Comitê de Ética em Pesquisa por envolver apenas informações de domínio público e acesso irrestrito, sem possibilidade de identificação dos participantes.

RESULTADOS

Achados referentes ao quantitativo de MGP por região, ao número de habitantes destas localidades, ao total de lotações médicas e de enfermagem, aos tipos de equipe em que esses profissionais estavam alocados, as modalidades de contratação as quais estavam submetidos e a presença de multiplicidade de vínculos são apresentados na tabela 1.

Tabela 1. Perfil da força de trabalho de médicos e enfermeiros na Atenção Primária à Saúde de municípios de grande porte por região do Brasil, 2017 a 2023: coeficiente médio por 100.000 habitantes ($\bar{x}$ Coef.) e desvio padrão (DP)

Variáveis		Norte		Nordeste		Centro-Oeste		Sudeste		Sul		Brasil	
Dados contextuais	Total de MGP	26		64		25		149		55		319	
	População	8.613.471		22.737.289		9.874.585		59.543.657		14.874.933		115.643.935	
		$\bar{x}$ Coef.	DP	$\bar{x}$ Coef.	DP	$\bar{x}$ Coef.	DP	$\bar{x}$ Coef.	DP	$\bar{x}$ Coef.	DP	$\bar{x}$ Coef.	DP
Total de lotações	Médicos	33,85	12,56	35,32	10,69	33,83	11,87	59,39	53,79	57,16	33,45	50,09	41,53
	Enfermeiros	33,90	13,00	32,92	9,75	27,36	10,05	29,53	13,21	36,70	17,52	31,63	13,55
Tipo de equipe	Méd. eSF	20,86	8,03	24,73	9,70	19,74	7,85	17,74	15,07	23,39	13,24	20,53	12,94
	Méd. eAB/eAP	1,10	1,91	0,84	2,03	1,24	2,43	5,51	11,78	4,40	13,45	3,69	10,09
	Méd. s/ equipe	11,88	9,85	9,74	9,45	12,84	10,30	36,13	51,42	29,35	28,13	25,87	39,2
	Enf. eSF	22,71	9,12	25,72	8,34	19,59	7,45	16,24	9,98	20,94	8,38	19,74	9,87
	Enf. eAB/eAP	1,26	2,41	0,76	1,62	1,01	2,02	3,03	5,10	2,58	5,59	2,19	4,45
	Enf. s/ equipe	9,91	8,58	6,43	6,06	6,75	5,84	10,24	9,61	13,17	13,47	9,68	9,77
Modalidade contratação	Méd. estável	4,82	5,46	6,67	7,49	6,70	7,60	20,53	22,87	22,15	18,08	15,67	19,21
	Méd. flexível	20,85	13,89	17,08	11,10	17,45	12,98	21,55	22,28	19,10	22,43	19,85	19,37

	Méd. precarizado	7,85	,08	8,14	6,35	8,47	9,10	13,31	26,40	14,58	18,14	11,67	20,22
	Enf. estável	10,07	8,75	11,68	9,58	9,34	9,28	12,94	11,43	22,49	15,14	13,82	12,19
	Enf. flexível	22,14	15,55	16,79	12,47	14,01	12,15	14,49	14,02	11,28	12,11	14,99	13,66
	Enf. precarizado	1,42	4,92	0,86	2,04	3,07	7,52	1,29	3,72	2,26	3,93	1,52	4,09
Multiplicidade vínculo	Medicina	14,96	21,11	11,67	12,77	12,14	13,32	43,24	122,05	29,64	35,62	29,82	86,3
	Enfermagem	8,37	13,06	3,58	8,77	7,15	29,41	7,48	14,49	12,6	30,87	7,63	19,13

Fonte: Elaboração própria.

O Sudeste apresentou o maior coeficiente médio de lotações médicas na APS (59,39), seguido pelas regiões Sul (57,16), Nordeste (35,32), Norte e Centro-Oeste (33,83). Em termos de lotações de enfermagem, a distribuição mostrou-se mais uniforme entre as regiões, variando entre 27,36 (Centro-Oeste) e 36,70 (Sul).

Embora o Nordeste concentre o segundo maior número de MGP e de população total, essa região apresentou coeficiente médio de lotações médicas inferior ao observado no Sul, indicando desigualdades regionais na distribuição dessa categoria profissional. Entre enfermeiros, esse fenômeno foi menos expressivo.

A eSF foi o tipo de equipe predominante para médicos e enfermeiros em todas as regiões, com coeficientes médios variando entre 17,74 e 24,73 para médicos e entre 16,24 e 25,72 para enfermeiros. Entretanto, observou-se que nas regiões Sudeste e Sul o quantitativo de profissionais da medicina sem adscrição a equipes formais superou o número médio de vinculados à eSF (Sudeste: 136,59 sem equipe *versus* 68,05 na eSF; Sul: 76,14 sem equipe *versus* 59,26 na eSF). Nessas mesmas regiões também se verificou maior participação de médicos em equipes eAB/eAP (Sudeste: 14,40; Sul: 17,02), valores superiores aos observados no Norte, Nordeste e Centro-Oeste. Em escala nacional, essa configuração também se repetiu, indicando expansão relativa dessas modalidades.

As modalidades de contratação classificadas como flexíveis apresentaram os maiores coeficientes médios nacionais tanto para médicos (19,85) quanto para enfermeiros (14,99). Esse padrão foi observado em todas as regiões para médicos, com destaque para o Sudeste (92,46). Entre enfermeiros, a presença de vínculos protegidos foi mais expressiva, especialmente no Nordeste (47,77) e Sul (61,01), sendo esta última a única região em que a classificação 'protegido' superou as demais formas de contratação tanto para médicos quanto para enfermeiros.

As modalidades classificadas como precarizadas apresentaram valores inferiores às demais para ambas as profissões, embora com maior magnitude nas

regiões Sudeste e Sul quando comparadas às demais. A multiplicidade de vínculos foi mais elevada entre médicos em todas as regiões, com médias mais altas no Sudeste (43,24) e no Sul (29,64). Entre enfermeiros, o fenômeno também esteve presente, porém de forma menos acentuada, variando entre 3,58 (Nordeste) e 12,60 (Sul).

Na tabela 2, o emprego da análise de *joinpoint*, método que ajusta modelos de regressão segmentada a séries temporais, identificando automaticamente os pontos em que ocorrem mudanças estatisticamente significativas na tendência ao longo do tempo (Kim et al., 2000), evidenciou o crescimento do número total de lotações na APS em todas as regiões do país, tanto para médicos quanto para enfermeiros, no período entre 2017 e 2023.

Tabela 2. Variação percentual anual (APC) do total de lotações de médicos e enfermeiros e modalidades de contratação protegido, flexível e precarizado na Atenção Primária à Saúde de municípios de grande porte, 2017–2023.

Profissão	Categorias	Período	APC	p-valor	APC	p-valor	APC	p-valor
			Norte		Nordeste		Centro-Oeste	
Médico	Total de lotações	2017–2023	3,7*	0,002	4,8*	0,002	4,7*	0,002
	Protegido	2017–2023	-4,8*	0,021	1,0	0,556	1,0	0,556
	Flexível	2017–2021	6,5	0,088	-	-	-	-
		2021–2023	-2,6	0,677	-	-	-	-
	Precarizado	2017–2023	-	-	5,1	0,136	5,1	0,136
		2017–2019	-	-	-3,9	0,689	-3,9	0,689
		2019–2023	-	-	13,4	0,075	13,4	0,075
		2017–2021	1,6	0,933	-	-	-	-
Enfermeiro	Total de lotações	2021–2023	36,3*	<0,001	-	-	-	-
		2017–2021	-	-	10,5*	<0,001	10,5*	<0,001
		2021–2023	-	-	2,9	0,244	2,9	0,243
	Protegido	2017–2023	8,6*	0,001	-	-	-	-
		2017–2020	-	-	6,3*	0,020	6,2*	0,020
		2020–2023	-	-	0,6	0,752	0,7	0,743
	Flexível	2017–2023	3,0*	0,006	6,3*	-	-	-
		2017–2020	-	-	12,4*	<0,001	12,4*	<0,001
		2020–2023	-	-	5,8*	0,005	5,8*	0,005
		2017–2021	16,8*	<0,001	-	-	-	-
	Precarizado	2021–2023	1,2	0,567	-	-	-	-
		2017–2023	2,8	0,464	26,9*	0,028	23,2*	<0,001
			Sudeste		Sul		Brasil	
Médico	Total de lotações	2017–2023	5,2*	<0,001	8,9*	<0,001	5,5*	0,003
	Protegido	2017–2020	-1,5	0,219	-	-	-	-
		2020–2023	-3,9*	<0,001	-	-	-	-
		2017–2023	-	-	1,8	0,155	-1,5*	<0,001
	Flexível	2017–2019	-0,6	0,991	-	-	-	-
		2019–2023	6,8*	0,008	-	-	-	-
		2017–2023	-	-	11,8*	<0,001	5,5*	<0,001
	Precarizado	2017–2019	9,7*	0,006	3,9	0,289	5,4	0,166
		2019–2023	26,9*	<0,001	20,9*	<0,001	21,5*	<0,001
	Total de lotações	2017–2023	7,5*	<0,001	10,9*	<0,001	7,7*	<0,001
Enfermeiro	Protegido	2017–2019	-	-	3,0	0,168	-	-
		2019–2023	-	-	12,4*	<0,001	-	-
		2017–2023	4,3*	<0,001	-	-	5,2*	<0,001
	Flexível	2017–2021	-	-	22,5*	<0,001	12,7*	<0,001
		2021–2023	-	-	-6,2	0,404	2,0	0,427
		2017–2023	9,0*	<0,001	-	-	-	-
	Precarizado	2017–2021	-	-	19,5*	<0,001	28,0*	<0,001
		2021–2023	-	-	-1,3	0,971	6,5	0,278

2017-2023

35,5*

<0,001

-

-

-

-

Fonte: Elaboração própria

Entre os médicos, a APC foi positiva em todas as regiões, variando de 3,7% no Norte a 8,9% no Sul, com crescimento médio nacional de 5,5% ao ano. Para a enfermagem, o aumento foi mais expressivo, com APC elevadas em todas as regiões, destacando-se o Nordeste e o Centro-Oeste, que apresentaram dois segmentos temporais: crescimento acentuado entre 2017 e 2021 (APC de 10,5%) seguido de estabilização, sem significância estatística, no período subsequente. No país, a APC para lotações de enfermagem foi de 7,7% ao ano.

No que se refere às modalidades de vínculo dos médicos, observa-se comportamento heterogêneo entre regiões e ao longo do tempo. Os vínculos protegidos apresentaram tendência de redução significativa no Norte (APC de -4,8%) e no Brasil (-1,5%), além de queda no Sudeste entre 2020 e 2023 (-3,9%). Nas demais regiões, as variações não foram estatisticamente significativas ou indicaram estabilidade. Em contrapartida, os vínculos flexíveis de médicos cresceram no Sul (11,8%) e no Brasil (5,5%), além de aumento no Sudeste a partir de 2019 (6,8%). Já os vínculos precarizados entre médicos mostraram-se ampliados principalmente no Norte e no Sudeste. No Brasil, identificou-se aumento significativo dos vínculos precarizados a partir de 2019 (21,5%).

Entre os profissionais de enfermagem, os vínculos protegidos cresceram no país (5,2%) e em todas as regiões, ainda que algumas tenham exibido dois segmentos temporais, com aumento significativo inicial e posterior estabilização. Os vínculos flexíveis de enfermagem foram os que apresentaram as maiores APC, com destaque para as regiões Norte (16,8%) e Sul (22,5%). As modalidades de contratação classificadas como precarizadas apresentaram aumentos especialmente no Sudeste (35,5%), no Centro-Oeste (3,2%) e no Nordeste (26,9%), bem como no Brasil, onde se observou crescimento significativo entre 2017 e 2021.

Em conjunto, os resultados indicam expansão do número de lotações na APS acompanhada por importantes mudanças na composição das modalidades de contratação, com crescimento mais acentuado dos vínculos flexíveis e precarizados, sobretudo entre a enfermagem.

A análise da carga horária ambulatorial semanal na APS (tabela 3) revelou diferenças regionais expressivas tanto entre médicos estatutários quanto entre não estatutários.

Tabela 3. Média ($\bar{x}$), desvio-padrão (DP), mediana (M) e amplitude interquartil (AIQ) da carga horária ambulatorial semanal de médicos e enfermeiros na Atenção Primária à Saúde de municípios de grande porte, segundo vínculo empregatício e região, entre 2017 e 2023.

Variáveis	Méd. Estatutário			Méd. Não estatutário			Enf. Estatutário			Enf. Não estatutário		
	$\bar{x} \pm DP$	M	AIQ	$\bar{x} \pm DP$	M	AIQ	$\bar{x} \pm DP$	M	AIQ	$\bar{x} \pm DP$	M	AIQ
Norte	21,78 $\pm$ 13,76	24,36	18,86	34,9 $\pm$ 4,33	36,51	7,03	30,89 $\pm$ 13,58	36,31	7,83	36,53 $\pm$ 5,56	37,91	3,26
Nordeste	26,19 $\pm$ 13,04	29,09	18,60	35,64 $\pm$ 4,18	37	5,99	32,89 $\pm$ 12,72	38,94	5,84	37,8 $\pm$ 4,07	38,98	2,54
Centro-Oeste	21,28 $\pm$ 13,3	23,46	17,74	33,77 $\pm$ 4,90	34	5,74	29,84 $\pm$ 15,5	37,9	10	38,53 $\pm$ 3,69	39,27	2,4
Sudeste	18,16 $\pm$ 8,05	18,46	8,85	27,07 $\pm$ 8,85	28,44	13,57	29,42 $\pm$ 12,18	33,65	11	31,27 $\pm$ 11,55	36,15	12,54
Sul	23,05 $\pm$ 7,91	22,18	10,54	28,42 $\pm$ 7,86	29,38	12,84	33,15 $\pm$ 7,69	35,74	8,8	32,84 $\pm$ 11,11	37,5	8,06
Brasil	21,15 $\pm$ 10,69	20,5	12,54	30,19 $\pm$ 8,24	32,11	12	30,91 $\pm$ 12,18	35,78	9,83	34,31 $\pm$ 9,71	38,05	5,49

Fonte: Elaboração própria

No grupo estatutário, as comparações mostraram que no Sudeste foram exercidas as menores cargas horárias (mediana igual a 18,46 horas). Em contraste, o Nordeste registrou a maior mediana do grupo, alcançando 29,09 horas semanais.

Entre os médicos não estatutários, as desigualdades regionais tornam-se ainda mais acentuadas. Nordeste e Norte concentraram as maiores medianas, enquanto Sul e Sudeste apresentaram os valores mais baixos (29,38 horas no Sul e 28,44 horas no Sudeste). A comparação entre vínculos evidencia que, em todas as regiões, os não estatutários exercem cargas horárias superiores às dos estatutários. No primeiro grupo, as medianas variaram de 28,44 horas (Sudeste) a 37,01 horas (Nordeste), ao passo que, entre os estatutários, oscilaram de 18,46 horas (Sudeste) a 29,09 horas (Nordeste). Observou-se, ainda, que a amplitude interquartil foi maior entre os não estatutários, sobretudo no Sul e no Sudeste, denotando maior heterogeneidade na distribuição das jornadas.

De forma geral, os resultados apontam que profissionais não estatutários exercem jornadas laborais mais extensas e que as desigualdades regionais são substancialmente mais pronunciadas nesse segmento.

Padrão semelhante foi identificado entre os enfermeiros. Entre os estatutários, o Nordeste apresentou a maior carga horária, com mediana de 38,94 horas, enquanto o Sudeste registrou a menor (33,65 horas). Entre os enfermeiros não estatutários, as jornadas foram consistentemente mais elevadas em todas as regiões, com padrões de diferenciação regional ainda mais marcados. A maior mediana foi registrada no Centro-Oeste (39,27 horas), enquanto Sudeste e Sul apresentaram as menores (36,15 e 37,50 horas, respectivamente).

A comparação entre vínculos evidenciou o exercício de cargas horárias superiores entre não estatutários, tanto em medianas quanto em médias. A variabilidade também diferiu entre os grupos: enquanto os estatutários exibiram padrões de dispersão mais moderados e relativamente homogêneos, os não estatutários apresentaram configurações contrastantes, com forte concentração de valores no Norte, Nordeste e Centro-Oeste, e maior variabilidade no Sul e Sudeste. Em conjunto, esses achados sugerem maior estabilidade e padronização das jornadas entre enfermeiros estatutários e maior heterogeneidade entre aqueles vinculados a contratos não estatutários.

DISCUSSÃO

Os resultados indicam que a ampliação das lotações de médicos e enfermeiros na APS de MGP entre 2017 e 2023 ocorreu de forma concomitante a mudanças na configuração da gestão do trabalho, caracterizadas pela redução relativa dos vínculos protegidos e pelo aumento dos contratos flexíveis e precarizados. Esse padrão evidencia que a expansão da capacidade assistencial da APS foi acompanhada por deslocamentos graduais nos arranjos institucionais de inserção profissional (Mahoney; Thelen, 2010), com aprofundamento de estratégias de flexibilização laboral e mudanças nas formas de regulação do trabalho no setor público da saúde (Lopes et al., 2023).

Tais transformações não podem ser compreendidas apenas como respostas conjunturais à ampliação da cobertura assistencial, mas como parte de um processo histórico iniciado nas reformas do Estado da década de 1990. A incorporação de princípios gerencialistas e neoliberais à administração pública, associada à contenção de gastos e à busca por maior flexibilidade administrativa, favoreceu a adoção de vínculos laborais menos protegidos (Druck, 2021). Ao longo dos anos 2000, esse movimento foi reforçado por dispositivos institucionais e normativos com efeitos cumulativos e duradouros sobre as formas de inserção laboral na APS, como a Lei de Responsabilidade Fiscal (Brasil, 2000) que, ao estabelecer limites para os gastos com pessoal nos entes federativos, restringiu a ampliação de vínculos estatutários permanentes.

As diferenças regionais observadas na distribuição das lotações e das modalidades de contratação indicam que a implementação das políticas nacionais é mediada por trajetórias institucionais locais e condições estruturais diferenciadas

(Pierson, 2004; Lima, 2025). Regiões com maior concentração populacional e maior densidade de serviços de saúde apresentaram coeficientes mais elevados de médicos sem adscrição a equipes formais, maior presença de equipes eAB/eAP e níveis mais altos de multiplicidade de vínculos, sobretudo entre médicos. Esse conjunto de evidências sugere que, em contextos marcados por maior complexidade organizacional e dinamismo dos mercados de trabalho, a inserção profissional na APS tende a assumir formatos mais fragmentados (Santos; Chinelli; Fonseca, 2022; Cruz; Marques, 2023).

A predominância das modalidades flexíveis como principal forma de contratação de médicos e enfermeiros aponta para a consolidação de um padrão de gestão do trabalho que, embora mantenha os vínculos estáveis como componente do arranjo, não os expande de forma proporcional ao crescimento da força de trabalho, incorporando novos profissionais predominantemente por meio de contratos mais flexíveis e instáveis. Trata-se de um processo de mudança gradual na gestão do trabalho, na medida em que não envolve substituição das formas de contratação existentes, mas sua recomposição, com crescimento dos vínculos flexíveis em ritmo superior ao dos estáveis ao longo do tempo (Mahoney; Thelen, 2010; Cegatti; Carnut; Mendes, 2020). A expansão recente dos contratos precarizados, principalmente entre médicos no Sudeste e no Sul, indica um aprofundamento desse padrão, com maior exposição dos trabalhadores a formas de inserção desprovidas de proteção trabalhista (Eberhardt; Carvalho; Murofuse, 2016).

Mais recentemente, esse processo foi favorecido e legitimado por dispositivos normativos como a Lei nº 13.429/2017, que ampliou as possibilidades de terceirização inclusive para atividades-fim, e a Reforma Trabalhista (Lei nº 13.467/2017), que expandiu mecanismos de flexibilização das relações de trabalho, fortalecendo formas contratuais mais instáveis e consolidando um ambiente institucional propício à expansão de vínculos precários também no setor público da saúde (Santos, 2017; Cegatti; Carnut; Mendes, 2020).

No que se refere à enfermagem, observou-se uma dinâmica distinta daquela percebida entre os médicos. Embora a distribuição regional das lotações de enfermeiros seja mais homogênea, o aumento destas foi acompanhado por crescimento consistente dos vínculos flexíveis e precarizados. Isso sugere que a ampliação da presença da enfermagem na APS tem sido sustentada por formas de contratação mais instáveis, o que pode refletir assimetrias historicamente construídas

entre categorias profissionais no interior do sistema de saúde, com impactos sobre a organização do trabalho e a permanência dos profissionais nos serviços (Christófar, 2018; Pereira et al., 2023).

Os achados relativos à carga horária ambulatorial mostram um contraste entre as jornadas mais homogêneas entre profissionais estatutários e maior variabilidade entre não estatutários, especialmente médicos, indicando arranjos laborais mais fragmentados e possivelmente articulados à multiplicidade de vínculos. Esses padrões sugerem que a instabilidade contratual se associa a estratégias de composição de renda e de gestão do tempo de trabalho, configurando respostas adaptativas dos profissionais às condições institucionais vigentes (Mahoney; Thelen, 2010), com potenciais repercussões sobre a continuidade e a integração das ações na APS (Soratto et al., 2017; Lima et al., 2023).

Em que pesem as limitações inerentes ao delineamento ecológico e ao uso de dados secundários do CNES, o presente estudo mostrou que a expansão da força de trabalho na APS dos MGP tem ocorrido de forma dissociada do fortalecimento dos vínculos estáveis. A coexistência do crescimento do número de lotações com a ampliação de modalidades de contratação flexíveis e precarizadas indica que a consolidação da ESF vem sendo tensionada por arranjos de contratação marcados por instabilidade, fragmentação das jornadas, multiplicidade de vínculos e maior frequência de profissionais sem adscrição formal a equipes.

Dessa forma, embora a APS siga em expansão, os resultados apontam para desafios estruturais à sustentabilidade da ESF, especialmente em regiões com alta densidade de serviços de saúde, maior presença do setor privado e mercados de trabalho profissionais mais dinâmicos (Cruz; Marques, 2023). O modelo de gestão do trabalho que tem sido adotado nessas localidades impõe barreiras à longitudinalidade do cuidado, à formação de vínculos duradouros com a comunidade e à continuidade das ações no território, evidenciando tensões entre a trajetória recente de expansão da APS e os pressupostos que orientaram a formulação da ESF (Oliveira et al., 2024).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao analisar as tendências da gestão do trabalho na APS de municípios de grande porte brasileiros, com foco na evolução das formas de inserção de médicos e enfermeiros sob vínculos precários, este estudo evidenciou que a expansão do número desses profissionais ocorreu de forma articulada a mudanças na composição

dos vínculos de trabalho. Os resultados indicam que o crescimento das lotações foi absorvido predominantemente por modalidades contratuais não estáveis, com padrões distintos entre regiões e categorias profissionais, apontando para transformações relevantes na organização da força de trabalho na APS e em suas condições de sustentação da atenção integral e contínua no SUS. A análise temporal das tendências revelou que essas mudanças não se configuram como fenômenos pontuais, mas como processos sustentados ao longo do tempo. As diferenças observadas entre médicos e enfermeiros, bem como entre regiões, sugerem que a gestão do trabalho na APS responde de maneira heterogênea às condições locais dos sistemas de saúde e dos mercados de trabalho profissionais, produzindo arranjos diversos de inserção laboral. Embora este estudo tenha se concentrado nas categorias médica e de enfermagem, os resultados evidenciam a necessidade de investigações que incluam outras categorias profissionais da APS, de modo a compreender em que medida padrões semelhantes ou distintos se manifestam no que tange a gestão do trabalho.

Ao evidenciar a coexistência entre expansão assistencial e instabilidade das relações trabalhistas, o estudo contribui para a compreensão dos desafios contemporâneos da ESF, destacando a importância da gestão do trabalho como dimensão estruturante para a consolidação da APS. Considerando que a análise se restringiu a MGP, ressalta-se a necessidade de estudos sobre municípios de pequeno porte, onde a menor capacidade institucional, a maior escassez de profissionais e a dependência de arranjos mais flexíveis podem intensificar a instabilidade dos vínculos e suas repercussões sobre a organização do cuidado.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.130**, de 11 de maio de 2017. Altera o anexo da Portaria nº 1.321/GM/MS, de 22 de julho de 2016. Brasília. 2017d. Disponível em: <https://www.cosemsrn.org.br/wp-content/uploads/2017/05/portaria1130.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2026.

BRASIL. Presidência da República. **Lei complementar nº 101**, de 4 de maio de 2000. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. Brasília, 5 maio 2000. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/LCP/Lcp101.htm. Acesso em: 20 abr. 2025.

CARNEIRO, Carla Cabral Gomes; MARTINS, Maria Inês Carsalade. Novos modelos de gestão do trabalho no setor público de saúde e o trabalho do agente comunitário de saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 13, n. 1, p. 45–66, 2015.

CHRISTÓFARO, Maria Auxiliadora Córdova. O DESMONTE DA ATENÇÃO BÁSICA E AS REPERCUSSÕES NA PRÁTICA DA ENFERMEIRA. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 32, 2018. Disponível em: <<https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/28529>>. Acesso em: 9 jul. 2025.

CEGATTI, Fábio; CARNUT, Leonardo; MENDES, Áquilas. Terceirizações na área da saúde no Brasil: reflexos no SUS, nas políticas sociais e nos trabalhadores. **JMPHC | Journal of Management & Primary Health Care** | ISSN 2179-6750, v. 12, p. 1–41, 2020.

CLEGG, Limin X.; HANKEY, Benjamin F.; TIWARI, Ram; et al. Estimating average annual per cent change in trend analysis. **Statistics in Medicine**, v. 28, n. 29, p. 3670–3682, 2009.

CRUZ, Andrey Oliveira da; MARQUES, Maria Cristina da Costa. Terceirização da saúde pública e o desmonte da atenção primária do município de São Paulo: resultados preliminares de uma revisão integrativa. **JMPHC - Journal of Management & Primary Health Care**. ISSN 2179-6750, v. 15, n. spec, p. e014–e014, 2023.

DRUCK, Graça. A TERCEIRIZAÇÃO NA SAÚDE PÚBLICA: FORMAS DIVERSAS DE PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 14, n. suppl 1, p. 15–43, 2016.

DRUCK, Graça; DUTRA, Renata; SILVA, Selma Cristina. A CONTRARREFORMA NEOLIBERAL E A TERCEIRIZAÇÃO: a precarização como regra. **Caderno CRH**, v. 32, n. 86, p. 289, 2019.

DRUCK, Graça. O Estado neoliberal no Brasil: a ideologia do empreendedorismo e o fim dos servidores públicos: The neoliberal state in Brazil: the ideology of entrepreneurship and the end of public servants. *Contemporânea - Revista de Sociologia da UFSCar*, v. 11, n. 3, 2021. Disponível em: <<https://www.contemporanea.ufscar.br/index.php/contemporanea/article/view/1067>>. Acesso em: 20 ago. 2025.

EBERHARDT, Leonardo Dresch; CARVALHO, Manoela de; MUROFUSE, Neide Tiemi. Vínculos de trabalho no setor saúde: o cenário da precarização na macrorregião Oeste do Paraná. **Saúde em Debate**, v. 39, n. 104, p. 18–29, 2015.

GIRARDI, Sabato; CARVALHO, Cristiana Leite; MAAS, Lucas Wan Der; et al. O Trabalho Precário em Saúde: Tendências e Perspectivas na Estratégia da Saúde da Família. **Divulgação em Saúde para Debate**, n. 45, 2010.

GOOD, Phillip. **Permutation, Parametric and Bootstrap Tests of Hypotheses**. New York: Springer-Verlag, 2005. 3 ed. 316 p.

KIM, Hyune-Ju; FAY, Michael P.; FEUER, Eric J.; et al. Permutation tests for joinpoint regression with applications to cancer rates. **Statistics in Medicine**, v. 19, n. 3, p. 335–351, 2000.

LIMA, Janaína Ferreira de; BORGES, Flávio Adriano; OGATA, Márcia Niituma; et al. Satisfação no trabalho: um olhar para a enfermagem da atenção primária à saúde. **Revista Remecs - Revista Multidisciplinar de Estudos Científicos em Saúde**, v. 8, n. 14, p. 87–98, 2023.

LIMA, Luciana Dias De; DIAS, Henrique Sant'Anna; MENDONÇA, Fernanda De Freitas; et al. Entre normas e práticas: implementação e repercussões regionais de mudanças nas políticas de atenção primária à saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 41, n. 8, p. e00206924, 2025.

LOPES, Wellington Pereira; CARVALHO, Brígida Gimenez; SANTINI, Stela Maris Lopes; et al. Contexto sociopolítico e a organização da força de trabalho e oferta de serviços da Atenção Básica. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 21, p. e02005221, 2023.

MACINKO, James; MENDONÇA, Claunara Schilling. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe1, p. 18–37, 2018.

MEDEIROS, Cássia Regina Gotler; JUNQUEIRA, Álvaro Gustavo Wagner; SCHWINGEL, Glademir; et al. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. suppl 1, p. 1521–1531, 2010.

MENDONÇA, Fernanda De Freitas; LIMA, Luciana Dias De; PEREIRA, Adelyne Maria Mendes; et al. As mudanças na política de atenção primária e a (in)sustentabilidade da Estratégia Saúde da Família. **Saúde em Debate**, v. 47, n. 137, p. 13–30, 2023.

OLIVEIRA, Larayne Gallo Farias; FRACOLLI, Lislaine Aparecida; PINA-OLIVEIRA, Alfredo Almeida; et al. RAZÕES DA ROTATIVIDADE DAS EQUIPES DA ESF E SEUS IMPACTOS PARA A LONGITUDINALIDADE DO CUIDADO. **Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia**, v. 12, n. 3, 2024. Disponível em: <<https://interfaces.unileao.edu.br/index.php/revista-interfaces/article/view/1973>>. Acesso em: 2 maio 2025.

PEREIRA, Átila Augusto Cordeiro; CUNHA, Carlos Leonardo Figueiredo; ALVARENGA, Eric Campos; et al. Precarização do trabalho de enfermeiras: uma análise na Atenção Primária à Saúde brasileira. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 21, p. e02311227, 2023.

PEREIRA, Átila Augusto Cordeiro; LEMOS, Messias; CUNHA, Carlos Leonardo Figueiredo; et al. Os impactos da Reforma Trabalhista sobre o trabalho da Enfermagem. **REME-Revista Mineira de Enfermagem**, v. 26, 2022. Disponível em: <<https://periodicos.ufmg.br/index.php/reme/article/view/39242>>. Acesso em:

7 maio 2025.

PIPERNO, Giulia Caroline; DIAS, Ricardo Burato. Rotatividade das equipes da estratégia saúde da família: prejuízo na atenção primária à saúde. In: PEREIRA, Erondi Tamandaré Reis; ORNELLAS, André Luis; POLETTTO, Antonio Henrique de Oliveira; PAULA, Lucila Bistaffa de; MELLO, Luciana Coimbra de; PASSARINI, Jesiela; FERNANDES, Jéssica Moreira; DIAS, Ricardo Burato. Políticas de Saúde Pública: um olhar de estudantes de Medicina. Araçatuba: Unisalesiano, 2022. cap. 1, p. 161-172. Disponível em: https://unisalesiano.com.br/aracatuba/wp-content/uploads/2023/10/Políticas-de-Saude-Publica_Medicina_UniSALESIANO.pdf#page=161. Acesso em: 12 jun. 2025.

SANTOS, Enoque Ribeiro dos. A nova lei da terceirização: Lei n. 13.429/2017: um cheque em branco ao empresariado. **Revista Eletrônica: acórdãos, sentenças, ementas, artigos e informações**, v. 13, n. 204, 2017. Disponível em: <<https://periodicos.trt4.jus.br/revista-eletronica/article/view/525>>. Acesso em: 5 set. 2025.

SANTOS, Renato Penha de Oliveira; CHINELLI, Filippina; FONSECA, Angélica Ferreira. NOVOS MODELOS DE GESTÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E AS PENOSIDADES DO TRABALHO. **Caderno CRH**, v. 35, p. e022037, 2022.

SILVA, João Felipe Marques da; CARVALHO, Brígida Gimenez; SANTINI, Stela Maris Lopes. A pejetização em saúde na macrorregião norte do Paraná e suas implicações com a COVID-19. **Revista Gestão & Saúde**, v. 11, n. 3, p. 326–339, 2020.

SORATTO, Jacks; PIRES, Denise Elvira Pires de; TRINDADE, Letícia Lima; et al. INSATISFAÇÃO NO TRABALHO DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 26, p. e2500016, 2017.

TOMIM, Geiciely Cavanha. REFORMA NEOLIBERAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE BRASILEIRA: UMA ANÁLISE CRÍTICA DO DESMONTE DO NASF E A PRECARIZAÇÃO DAS EQUIPES EMULTI. **ARACÊ**, v. 7, n. 7, p. 39419–39433, 2025.

VIANA, Vera Gardênia Alves; RIBEIRO, Maysa Ferreira Martins. Fragilidades que afastam e desafios para fixação dos médicos da Estratégia de Saúde da Família. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, v. 9, p. 216, 2021.

6.2 MANUSCRITO 2

Escolha ou mal necessário? Tensões nos discursos de gestores municipais sobre a precarização do trabalho no SUS

RESUMO

A organização da gestão do trabalho na Atenção Primária à Saúde (APS) constitui elemento central para a consolidação da Estratégia Saúde da Família (ESF), especialmente diante de processos persistentes de flexibilização e precarização laboral no Sistema Único de Saúde (SUS). Sendo assim, este estudo teve como objetivo analisar os discursos de gestores municipais de saúde sobre a gestão do trabalho na APS, com ênfase nas percepções sobre a flexibilização dos vínculos laborais, comparando municípios de portes distintos. Trata-se de um estudo qualitativo, realizado na macrorregião Norte do Paraná, com entrevistas conduzidas em 2022 junto a gestores de nove municípios. Os dados foram examinados por meio de Análise Temática, orientada por três eixos interpretativos: capacidade institucional, recursos e atratividade profissional, e dimensão simbólica e política da gestão. Os resultados evidenciam que as estratégias de contratação e organização do trabalho não se explicam exclusivamente por restrições financeiras ou demográficas, mas refletem trajetórias institucionais diferenciadas e distintos graus de capacidade estatal. Municípios com maior estrutura técnico-administrativa e instrumentos de gestão consolidados apresentaram discursos críticos à terceirização, compreendendo-a como solução transitória. Em contraste, municípios com fragilidade institucional tenderam a naturalizar vínculos flexíveis como resposta permanente às dificuldades de provimento, mesmo reconhecendo seus efeitos negativos sobre a continuidade do cuidado. A análise revelou ainda que valores, crenças e experiências acumuladas pelos gestores influenciam a legitimação ou contestação da precarização do trabalho. A flexibilização dos vínculos na APS se encontra institucionalizada de forma desigual entre os municípios, produzindo impactos relevantes sobre a sustentabilidade da ESF.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Gestão em Saúde; Gestão de Pessoas no Setor de Saúde; Precarização do Trabalho

INTRODUÇÃO

No Sistema Único de Saúde (SUS), gestão do trabalho é um conceito que extrapola a perspectiva tradicional da administração de recursos humanos, incorporando dimensões políticas, normativas e institucionais que participam da configuração do trabalho em saúde. Desse modo, a gestão do trabalho envolve não apenas a contratação, a remuneração e a alocação de pessoal, mas também a construção de mecanismos participativos, a institucionalização de carreiras públicas e a garantia de direitos e condições adequadas de trabalho (Ramos et al., 2009).

A ampliação dos debates sobre o modelo de atenção e a criação de políticas nacionais para a gestão do trabalho em saúde favoreceram uma mudança paradigmática: alterou-se, ainda que de forma desigual, o enfoque tecnicista dos “recursos humanos” para uma compreensão da força de trabalho como categoria social e política, vinculada a relações de poder e modos de produção do cuidado (Pierantoni; Varella; França, 2004). Essa transição expôs disputas entre projetos de saúde, formas de organização do Estado e racionalidades gerenciais, tensionando a lógica pública do direito à saúde frente à expansão de modelos privatizantes de gestão

(Santini et al., 2017). Desde os anos 1990, esse processo avançou paralelamente à disseminação de contratos temporários, terceirizações e organizações sociais, configurando formas de flexibilização laboral alinhadas a agendas neoliberais e à redefinição do papel do Estado (Cegatti; Carnut; Mendes, 2020).

No âmbito municipal, ao passo que a descentralização do SUS ampliou o protagonismo dos municípios na gestão da saúde, incluindo decisões a respeito da força de trabalho, também aprofundou assimetrias entre eles. Se, por um lado, permitiu maior proximidade entre gestores e realidades locais, por outro, muitos municípios passaram a assumir responsabilidades sem dispor de estruturas administrativas, suporte técnico ou recursos suficientes para garantir vínculos estáveis e carreira para os trabalhadores (Pinafo et al., 2020).

Municípios de pequeno porte (MPP) enfrentam, de maneira mais aguda, limitações financeiras, dificuldade de provimento e dependência de instâncias estaduais ou federais (Pinafo, 2020). Os municípios de grande porte (MGP), por sua vez, enfrentam desafios relacionados à complexidade de suas redes de serviços, às desigualdades intraurbanas e à coexistência de modelos assistenciais distintos (Lopes; Pavan; Almeida, 2021). Entretanto, mesmo entre municípios com características populacionais semelhantes, observam-se estratégias diversas de gestão do trabalho, indicando que fatores históricos, institucionais e político-simbólicos também influenciam as escolhas locais (Streeck; Thelen, 2005).

Na Atenção Primária à Saúde (APS), essas questões ganham centralidade. A APS é o nível responsável por coordenar o cuidado, manter vínculos com os usuários e articular respostas diante das necessidades dos territórios. Contudo, a precarização e a rotatividade de trabalhadores fragilizam a continuidade do cuidado e dificultam a consolidação de modelos baseados na lógica comunitária e interprofissional da Estratégia Saúde da Família (ESF) (Galavote et al., 2016; Narvai, 2017). As formas de contratação adotadas pelos municípios expressam não apenas restrições financeiras, mas também visões de mundo, projetos políticos e modos de operar a gestão pública.

Considerando esse cenário, torna-se necessário analisar por que municípios com características demográficas semelhantes adotam formas distintas de organização da força de trabalho na APS. Parte-se do pressuposto de que tais diferenças não são explicadas exclusivamente pelo porte populacional ou pela disponibilidade de recursos financeiros, mas também por fatores institucionais,

trajetórias históricas de gestão, formas de inserção em redes regionais de governança e significados atribuídos à estabilidade, à terceirização e ao serviço público (Pierson, 2004; Cegatti; Carnut; Mendes, 2020).

Diante disso, este estudo teve como objetivo compreender como capacidades institucionais, condições de atratividade profissional e dimensões simbólico-políticas conformam diferentes modos de justificar, aceitar ou contestar a precarização do trabalho em saúde na APS.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo, ancorado na abordagem da Análise Temática (AT), voltado à compreensão das percepções e práticas de gestores municipais de saúde sobre a organização e a gestão do trabalho da APS. O campo empírico localizou-se na macrorregião Norte do Paraná, composta por cinco Regiões de Saúde (16^a, 17^a, 18^a, 19^a e 22^a RS), abrangendo aproximadamente dois milhões de habitantes distribuídos em 97 municípios (Paraná, 2025).

A escolha dos municípios ocorreu durante a etapa preparatória de um projeto multicêntrico do qual este estudo deriva. Utilizaram-se dados secundários existentes no banco do projeto para a construção de dois indicadores de financiamento municipal da APS: 1) despesa municipal per capita em APS; e 2) participação das emendas parlamentares federais no total das transferências do Ministério da Saúde (MS) para a APS. A partir da combinação entre alta ou baixa participação da APS no gasto municipal e alta ou baixa dependência de emendas parlamentares, os municípios foram categorizados. Buscou-se selecionar prioritariamente os dois mais representativos de cada quadrante (alta-alta, alta-baixa, baixa-alta, baixa-baixa), assegurando ainda a representação das cinco RS. O município sede da macrorregião (Londrina) foi incluído obrigatoriamente por sua relevância política e estrutural na macrorregião.

Ao final do processo de seleção, foram incluídos nove municípios: Apucarana (16^a RS), Arapuã (22^a RS), Cândido de Abreu (22^a RS), Conselheiro Mairinck (19^a RS), Cruzmaltina (22^a RS), Londrina (17^a RS), Pinhalão (19^a RS), Porecatu (17^a RS) e Santo Antônio do Paraíso (18^a RS). Para caracterização do porte populacional, adotou-se a tipificação proposta pela Política Nacional de Assistência Social (PNAS), segundo a qual os municípios são classificados em: pequeno porte I (até 20.000 habitantes); pequeno porte II (20.001 a 50.000 habitantes); médio porte (50.001 a

100.000 habitantes); grande porte (100.001 a 900.000 habitantes); e Metrópoles (acima de 900.000 habitantes) (BRASIL, 2004c). Considerando essa classificação, a amostra constituiu-se por sete municípios de pequeno porte e dois de grande porte. Esta distribuição permitiu contemplar realidades contrastantes quanto à capacidade estatal, disponibilidade de recursos e inserção regional.

Os sujeitos de pesquisa foram secretários municipais de saúde e/ou integrantes das equipes gestoras dos nove municípios selecionados. Para assegurar a confidencialidade e o sigilo ético, a identidade dos participantes foi preservada por meio da atribuição de códigos alfanuméricos, correspondentes ao município de origem (M1, M2, ..., M9). Antes do início do trabalho de campo, realizou-se uma entrevista piloto em município não pertencente à amostra, com o objetivo de testar o roteiro e ajustar o instrumento de coleta.

As entrevistas foram conduzidas presencialmente, no ano de 2022, por dois pesquisadores, em ambientes reservados nas secretarias municipais de saúde. Todos os participantes foram informados sobre os objetivos da pesquisa, autorizaram a gravação das conversas e formalizaram sua concordância mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). As entrevistas foram posteriormente transcritas na íntegra para análise.

A análise foi desenvolvida em três etapas. Na primeira, procedeu-se à caracterização do perfil dos gestores entrevistados (idade, formação acadêmica, tempo de atuação no cargo, experiência prévia em gestão e vínculo empregatício com o município), por compreender que tais trajetórias conformam visões de mundo e influenciam a dimensão simbólica/política das práticas de gestão.

Na segunda etapa, realizou-se uma leitura compreensiva das transcrições, seguida da categorização dos discursos segundo um conjunto de temas previamente definidos: a) visão sobre a APS; b) visão sobre a ESF e desafios para sua consolidação; c) organização da APS (programas, equipes e processos de trabalho); d) efeitos de políticas federais, especialmente Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2017 e Programa Previne Brasil (PPB); e) existência de setores, instrumentos e práticas de gestão do trabalho; f) formas de provimento e modalidades de contratação; g) desafios de provimento, fixação, rotatividade e atração de profissionais; h) percepção sobre terceirização e flexibilização dos vínculos; i) estrutura geral de gestão municipal e relação com instâncias regionais.

A terceira etapa consistiu na interpretação transversal dos achados à luz do

referencial do Institucionalismo Histórico (IH) a partir de uma matriz de análise (quadro 1). Nela, os discursos agrupados nos temas elencados na etapa anterior foram examinados em profundidade, buscando coerências internas, contradições e elementos de sentido que expressassem modos de organizar, justificar ou naturalizar determinadas práticas de gestão e modelos de atenção.

Quadro 1. Matriz analítica de interpretação dos discursos segundo o referencial do IH. Paraná, 2025

EIXOS	CARACTERÍSTICAS
Capacidade Institucional	Estrutura administrativa Instrumentos de planejamento Autonomia decisória Burocracia local
Recursos e Atratividade	Disponibilidade e distribuição de profissionais Estratégias de provimento e fixação Condições de trabalho Dependência de vínculos precários
Dimensão Simbólica	Sentidos atribuídos à APS, ESF e terceirização Percepção sobre políticas federais (PPB, PNAB) Dinâmicas de poder no território (pressões políticas e sociais)

Fonte: Elaboração própria.

Com base nesses eixos, elaborou-se uma matriz analítica comparativa que reuniu os perfis municipais, permitindo identificar convergências e divergências entre municípios de diferentes portes e trajetórias institucionais.

O estudo está vinculado ao projeto “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”, financiado pelo Programa de Políticas Públicas e Modelos de Atenção da Fiocruz (PMA-Fiocruz) e desenvolvido em parceria entre a ENSP/Fiocruz e a Universidade Estadual de Londrina. Foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP/Fiocruz (Parecer nº 4.014.705/2020) e cumpriu a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

A apresentação dos resultados foi organizada a partir de dois movimentos complementares entre si. No primeiro, realizou-se uma caracterização descritiva dos

achados, com exposição das evidências de acordo com os temas investigados nas entrevistas. No segundo, elaborou-se uma análise comparativa a partir dos eixos interpretativos (capacidade institucional; recursos e atratividade; e dimensão simbólica/política), possibilitando a comparação dos municípios investigados. Essa estrutura visou permitir maior profundidade na compreensão dos padrões, convergências e singularidades observadas entre os diferentes contextos municipais.

Caracterização descritiva dos achados

A análise das entrevistas revelou que o perfil dos gestores municipais de saúde constitui um elemento relevante para compreender as dinâmicas institucionais que moldam a gestão do trabalho na APS, especialmente no que tange à legitimidade atribuída à terceirização como estratégia de provimento.

Observou-se variação significativa quanto à formação em saúde e experiência prévia na gestão pública. Entre os nove entrevistados, cinco possuíam formação superior em saúde (M1, M2, M4, M7 e M8), sendo que três (M1, M2 e M7) apresentavam também pós-graduação relacionada à saúde coletiva/pública. Outros dois tinham formação superior em Pedagogia (M6 e M9) e um apenas ensino médio (M5). Um dos gestores (M3) possuía ensino fundamental, apresentando longa permanência no cargo (20 anos). A experiência prévia em gestão também variou: cinco já haviam ocupado funções técnicas ou gerenciais na gestão pública daquele ou de outros municípios, enquanto os demais assumiram a secretaria sem experiência anterior no comando da pasta. Em relação ao vínculo empregatício, a maioria era concursada e efetiva no local de atuação (M1, M2, M4, M5, M6, M7), enquanto outros ocupavam cargos comissionados (M3, M8, M9).

Uma síntese do perfil dos gestores entrevistados é apresentada no quadro 2.

Quadro 2. Perfil dos gestores municipais de saúde entrevistados. Paraná, 2022

Codificação	Porte	Idade	Escolaridade	Formação em saúde	Pós-graduação em s. coletiva/pública	Vínculo contratual	Experiência prévia na gestão
M1	Grande	46	Superior completo	Sim	Sim	Estatutário	Sim
M2	Grande	56	Superior completo	Sim	Sim	Estatutário	Sim
M3	Pequeno	76	Fundamental completo	Não	Não	Cargo comissionado	Sim
M4	Pequeno	35	Superior completo	Sim	Não	Estatutário	Não
M5	Pequeno	56	Médio completo	Não	Não	Estatutário	Sim
M6	Pequeno	48	Superior completo	Não	Não	Estatutário	Não
M7	Pequeno	41	Superior completo	Sim	Sim	Estatutário	Não

M8	Pequeno	36	Superior completo	Sim	Não	Cargo comissionado	Não
M9	Pequeno	45	Superior completo	Não	Não	Cargo comissionado	Sim

Fonte: Elaboração própria.

A diversidade, observada no perfil dos gestores, foi identificada também em outros aspectos das entrevistas, como na compreensão sobre a APS e a ESF, na relação com instâncias federativas e nas práticas adotadas frente à dificuldade de contratação e permanência de profissionais.

Quanto à visão sobre a APS, esse nível de atenção foi majoritariamente descrito como a porta de entrada do sistema de saúde, com responsabilidade pela prevenção de doenças, promoção da saúde e coordenação do cuidado. Nos dois MGP, a APS foi associada à lógica territorial, ao vínculo com a comunidade e ao desenvolvimento de ações multiprofissionais. Em contrapartida, em alguns MPP, nos discursos de M3 e M5, a APS foi reduzida ao atendimento de demandas básicas e à realização de consultas e procedimentos rotineiros. Houve registros de compreensão limitada sobre os princípios que orientam a APS, especialmente nos municípios com menor estrutura técnica e gestores com menor formação na área. *“Hoje a gente ainda está fazendo os atendimentos médicos de livre demanda, nós não fazemos agendamento de consultas médicas aqui” (M3).*

Sobre a ESF, observou-se reconhecimento de sua importância, ainda que em níveis distintos de compreensão e implementação. Nos municípios de maior porte (M1 e M2) e em alguns de pequeno porte com maior organização interna (M4 e M8), a ESF foi associada à territorialização, longitudinalidade e trabalho em equipe. Em outros, embora existisse cobertura formal da ESF, as ações foram descritas como centradas em consulta médica ou em demandas imediatas da população (M3 e M5). As dificuldades mais citadas para a consolidação da ESF incluíram a rotatividade de profissionais (M1, M3, M4, M5), a escassez de médicos (M3, M4 e M5), a resistência de trabalhadores à adoção de agendas programadas (M3 e M8) e a grande extensão territorial, especialmente nos municípios com extensas áreas rurais, assentamentos ou aldeias indígenas (M4).

Numa cidade maior, como você tem o profissional, você o utiliza para apoio, mas aqui nunca foi. Em cidade pequena o NASF [Núcleo de Apoio à Saúde da Família] veio para atender paciente, é a realidade. À equipe, nunca houve [apoio matricial]. Ele nunca funcionou como era para funcionar em município pequeno, justamente pela falta de material humano, recursos humanos. (M5)

Quanto à organização dos serviços na APS, todos possuíam equipes de saúde da família (eSF) implantadas, embora com diferentes composições e abrangência. Alguns contavam com cobertura de 100% da população adscrita, enquanto outros relatavam dificuldades de dimensionamento de equipes para atender grandes territórios ou populações dispersas. As equipes NASF estavam presentes em parte dos municípios, sendo mantidas com recursos próprios em alguns deles após o fim do financiamento federal. Entretanto, em alguns casos (M5 e M9) essa modalidade de equipe foi totalmente descontinuada.

Em relação às políticas nacionais de financiamento da APS, verificou-se heterogeneidade na compreensão e uso delas. O PPB foi reconhecido pelos gestores de MGP e alguns MPP mais estruturados, como um programa que trouxe impacto na reorganização do processo de trabalho, no cadastramento e no monitoramento de indicadores. *“Eu vejo que o Previne Brasil veio para fazer com que a equipe de atenção primária cumpra com o seu papel, não só terapêutico, mas de prevenção e promoção. São as coisas que a gente trabalha dentro desses indicadores (...) eu vejo como positivo* (M7). Em outros municípios, especialmente M3 e M9, houve desconhecimento ou pouca familiaridade com as diretrizes do PPB, da PNAB 2017 e de outros programas federais. Em pelo menos dois MPP, os gestores relacionaram melhorias no financiamento a emendas parlamentares, sem associação direta às políticas federais.

No que se refere à gestão do trabalho, foram observadas diferenças nas estruturas administrativas e nos instrumentos de gestão. Ambos os MGP possuíam setores Recursos Humanos (RH) específicos da saúde, com plano de cargos, carreiras e salários (PCCS) e previsão de concursos públicos. Nos MPP, esse setor era centralizado para toda a prefeitura, sem equipe técnica exclusiva para a saúde. As falas de M6 e M8 apontaram a não existência de PCCS. Mecanismos de avaliação de desempenho formal foram raramente relatados, limitando-se à ouvidoria ou ao monitoramento de indicadores por parte das Regionais de Saúde.

Sobre provimento e permanência de profissionais, em geral múltiplas modalidades de contratação eram utilizadas, combinando concursados, contratados por Processo Seletivo Simplificado (PSS), credenciamentos e, em alguns casos, cargos comissionados. Um entrevistado relatou a realização de pregão para essa finalidade.

Na verdade, foi feito através de um processo licitatório de pregão, não foi feito

credenciamento. O pregão é uma modalidade licitatória, onde é feito pelo menor preço. Quando houve esse problema em relação a falta de médico, nós encaminhamos para a prefeitura um ofício dizendo essa necessidade, então o setor jurídico achou por bem realizarmos esse processo licitatório. (M3)

A contratação de médicos foi apontada como o maior desafio, especialmente em municípios pequenos e distantes de centros urbanos. Para M3, M4 e M5, a saída encontrada para a atração de médicos foi a contratação de empresas terceirizadas ou profissionais Pessoas Jurídicas (PJ). *“Pelo concurso os profissionais estão defasados no salário, aí não tem [interessados] e quando não tem, a gente tem que ter o profissional, ele tem que ser contratado de outra forma”.* (M6).

A terceirização por meio de credenciamento de empresas foi relatada como prática presente na maioria dos casos, sobretudo para suprir ausência de médicos e enfermeiros. Alguns gestores reconheceram vantagens operacionais, como maior flexibilidade e facilidade para substituição de profissionais, enquanto outros (M1, M2, M3 e M7) mencionaram prejuízos à continuidade do cuidado, mantendo esse modelo por necessidade conjuntural.

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, estão vindo muitas pessoas da área hospitalar para a gente com uma formação bem desvinculada da que está [APS]. Isso tem trazido um desgaste no sentido de retomar a atividade, de fazer a proposta da questão do vínculo, acompanhar indicador, ver resultado. Isso tem atrapalhado bastante a gente. (M2)

A rotatividade de profissionais, principalmente médicos, foi uma preocupação recorrente, com impactos negativos sobre a continuidade do cuidado e a criação de vínculo com os usuários. *“A maioria [da rotatividade é atrelada ao] médico, não tem como não ser. E a questão de enfermeiros. Porque, por exemplo, não passam no concurso público, contrata, de repente, você faz o PSS, passam outras pessoas. Vamos ter que trocar, de repente passa em um concurso [em outro local] e tem que trocar de novo”* (M4).

Quanto à relação com instâncias de governança e apoio, todos relataram algum grau de interação com as Regionais de Saúde e o Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS). No entanto, gestores de municípios pequenos destacaram maior dependência dessas instâncias para orientações técnicas e suporte em decisões administrativas, enquanto municípios maiores relataram menor necessidade de apoio. A participação em espaços colegiados como a Comissão Intergestores Regional (CIR) variou, com alguns gestores descrevendo sua atuação ativa e outros

mencionando dificuldades ou baixa participação.

Outro aspecto relevante identificado nas entrevistas dos MPP foi a proximidade entre gestores, população e atores políticos locais, o que interferia na rotina administrativa e no processo decisório relativo à gestão do trabalho. *“Porque aqui, gente, município pequeno, se falta o servidor no serviço, eles batem na porta do vereador, do prefeito, de todo mundo e vira um caos, vira uma questão política”* (M7).

Por fim, observou-se que os conselhos municipais de saúde foram mais citados como instâncias de controle social em municípios de maior porte (M1, M2), enquanto em municípios menores essa menção foi menos frequente ou ausente.

Análise comparativa a partir dos eixos interpretativos

Considerando a heterogeneidade observada entre os municípios, elaborou-se uma matriz analítica comparativa (quadro 3) para sintetizar os resultados. Essa matriz permite evidenciar aproximações, contrastes e padrões entre os contextos estudado.

Quadro 3. Matriz analítica comparativa dos municípios segundo capacidade institucional, recursos/atratividade e dimensão simbólica/política. Paraná, 2025

Município	Porte	Capacidade institucional	Recursos e atratividade de profissionais	Dimensão simbólica e política (discursos sobre a contratação flexível)
M1	MGP	Alta capacidade administrativa/institucional; setor de gestão do trabalho estruturado; equipe técnica qualificada; autonomia local	Boa atratividade; uso pontual de PJ e PSS; tendência a concursos	Discurso crítico à terceirização; defende vínculos estáveis e gestão pública do trabalho
M2	MGP	Muito alta capacidade institucional; RH próprio; PCCS; planejamento contínuo; autonomia política	Atratividade alta; credenciamento usado de forma transitória e estratégica	Discurso técnico e crítico; terceirização vista como excepcional e indesejada
M3	MPP	Capacidade institucional baixa; ausência de NASF; dependência da Regional e COSEMS	Baixa atratividade; rotatividade; uso de terceirização via pregão	Terceirização naturalizada como “necessária”; discurso pragmático
M4	MPP	Capacidade institucional intermediária; integração multiprofissional sem NASF formal; equipe gestora participativa	Múltiplos vínculos; dificuldades de fixação; PSS e PJ frequentes	Discurso ambivalente: reconhece prejuízos, mas valoriza gestão sobre vínculos
M5	MPP	Baixa capacidade institucional; gestão via departamento; ausência de liderança técnica; forte dependência externa	Atratividade limitada; vínculo misto; concursos pontuais	Justifica terceirização por restrições federativas; discurso de submissão
M6	MPP	Muito baixa capacidade institucional; gestora despreparada; dependência da equipe técnica intermediária	Baixa atratividade e salários; credenciamento predominante	Discurso pobre e evasivo; terceirização naturalizada e acrítica
M7	MPP	Capacidade institucional intermediária; planejamento orçamentário; consórcio	Atratividade baixa, mas gestão busca estabilidade e concursos;	Discurso maduro e crítico; admite terceirização como conjuntural

		intermunicipal para NASF; articulação regional	PCCS existente	
M8	MPP	Capacidade institucional intermediária (em construção); gestora ativa, mas processos fragilizados; ausência de PCCS e avaliação	Concurso ausente há 12 anos; vínculos múltiplos; desligamento de aposentados	Discurso ambivalente; reconhece vínculo estável como valor, mas cede à flexibilização
M9	MPP	Baixa capacidade institucional; possui PCCS e avaliação, porém com gestão tecnicamente frágil e dependente	Equipe majoritariamente concursada, mas forte uso de credenciamento médico	Terceirização vista como facilitadora do controle; discurso funcionalista

Fonte: Elaboração própria.

A análise comparativa dos nove municípios a partir dos três eixos revelou que as diferenças observadas não se explicam apenas pelo porte populacional ou potencial econômico, constituindo um dos principais achados deste estudo. Mesmo entre MPP, foram identificadas variações expressivas quanto à organização da APS, gestão do trabalho e coerência institucional das práticas.

No eixo da capacidade institucional, municípios como M1 e M2 apresentaram estruturas administrativas consolidadas, com setores técnicos, PCCS e gestores com formação específica e experiência prévia. Entretanto, entre os MPP, houve contrastes: enquanto M4, M7 e M8, apesar de limitações, demonstravam apropriação progressiva de instrumentos administrativos, planejamento e participação em espaços regionais, outros (M3, M5, M6 e M9) evidenciaram fragilidade institucional, dependência de instâncias externas e baixa tecnicidade na tomada de decisões.

Em relação aos recursos e atratividade profissional, embora os MGP apresentassem maior capacidade de financiamento e manutenção de equipes (inclusive NASF com recursos próprios), observou-se que alguns MPP se valeram de estratégias exitosas, como cooperação via consórcios intermunicipais, para a manutenção dessas equipes. Por outro lado, em sua maioria os MPP relataram elevada rotatividade, baixa adesão a concursos, uso intensivo de credenciamentos e dificuldades para cumprir carga horária. Em geral, condições de provimento não variaram linearmente com porte ou renda, mas com a capacidade local de construir arranjos institucionais e redes de cooperação.

No eixo da dimensão simbólica e política, os discursos dos gestores revelaram sentidos distintos atribuídos à APS, à ESF e à terceirização. Enquanto em municípios com maior institucionalização a terceirização foi vista como solução temporária e criticada por fragilizar vínculos e continuidade do cuidado, naqueles com baixa capacidade institucional a contratação por empresas foi naturalizada como estratégia

legítima e permanente, sem problematização ética ou política. Além disso, o grau de autonomia frente a demandas políticas locais, influência de vereadores e pressão comunitária também variou entre municípios pequenos, indicando que a dimensão simbólica está associada à cultura institucional, trajetória dos gestores e estabilidade das regras locais.

DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo evidenciaram que a organização da gestão do trabalho na APS não se explica apenas por variáveis estruturais, como porte populacional ou disponibilidade financeira, mas resulta de trajetórias institucionais diferenciadas, arranjos locais de poder e significados atribuídos às formas de contratação e organização da força de trabalho. Esse achado converge com o referencial do IH, segundo o qual escolhas passadas, contextos políticos e estruturas organizacionais condicionam possibilidades presentes, produzindo padrões de continuidade mesmo diante de mudanças normativas, econômicas ou administrativas (Pierson, 2004; Mahoney; Mohamedali; Nguyen, 2016).

A comparação entre municípios revelou que formas semelhantes de inserção no SUS e acesso a políticas federais resultaram em configurações distintas de gestão do trabalho. Municípios com maior capacidade institucional, caracterizados por setores técnicos consolidados, instrumentos de gestão formalizados (como PCCS) e estabilidade das equipes, apresentaram discursos mais críticos à terceirização, interpretando-a como estratégia transitória e excepcional. Já municípios com menor capacidade institucional tenderam a naturalizar a terceirização, descrevendo-a como solução funcional ou inevitável, mesmo quando reconheciam seus limites (Junqueira et al., 2010).

Essas diferenças são melhor compreendidas quando situadas no contexto das transformações recentes no marco regulatório do trabalho e do financiamento do SUS. A ampliação das possibilidades de terceirização, associada às mudanças introduzidas pela reforma trabalhista e à flexibilização das formas de contratação no setor público, expandiu o repertório de estratégias disponíveis para os gestores (Druck 2016; Santos, 2017; Passos; Lupatini, 2020).

Ao mesmo tempo, o contexto de restrição fiscal, intensificado por dispositivos como a EC 95/2016, impôs barreiras à ampliação de vínculos estáveis, pressionando os municípios a adotar soluções mais flexíveis para garantir a continuidade da oferta

de serviços (Santos; Chinelli; Fonseca, 2022). Nesse cenário, a terceirização e outras formas de contratação não estáveis não são apenas escolhas discricionárias, mas um conjunto de alternativas institucionalmente viáveis.

A divergência entre municípios sugere que essas mudanças normativas e fiscais não produzem efeitos homogêneos, sendo mediadas por trajetórias administrativas e políticas locais. Arranjos institucionais previamente consolidados tendem a gerar mecanismos de retroalimentação, sustentando práticas já estabelecidas e dificultando sua reversão, seja por custos de mudança, limitações técnicas ou fragilidade decisória (Lima; Mörschbacher, 2017).

Além disso, os efeitos dessas transformações variam conforme o “grau” de institucionalização dos municípios, isto é, de acordo com a estruturação prévia de suas capacidades administrativas, de seus instrumentos de gestão e dos padrões de contratação já estabelecidos. Alterações introduzidas em contextos marcados por maior fragilidade institucional tendem a se articular a práticas preexistentes, reforçando sua continuidade, enquanto em contextos mais estruturados podem ser parcialmente absorvidas ou moduladas (Pierson, 2004). Assim, municípios que historicamente investiram em carreiras públicas e serviços próprios tendem a apresentar maior capacidade de resistência relativa à flexibilização, ao passo que aqueles com tradição de vínculos temporários e arranjos mais fragmentados incorporam com maior facilidade as alternativas abertas pelo ambiente normativo recente.

Ainda que condicionados por essas estruturas, os gestores demonstraram diferentes graus de agência na condução das políticas. A presença de gestores tecnicamente qualificados e com experiência prévia favoreceu a adoção de práticas mais estruturadas de gestão e a construção de leituras críticas sobre a flexibilização laboral. Em alguns municípios de pequeno porte, estratégias como consórcios intermunicipais e participação na governança regional ampliaram a capacidade de prover equipes, indicando que, mesmo em contextos restritivos, há margens de ação que podem ser mobilizadas para mitigar a dependência de vínculos mais instáveis.

Esses achados dialogam com a perspectiva de que instituições moldam comportamentos ao mesmo tempo em que são reproduzidas e reinterpretadas por atores situados em posições específicas. Indicam, portanto, que mesmo em contextos restritivos os atores interpretam e utilizam as regras institucionais disponíveis, reorientando sua aplicação sem necessariamente alterar sua forma (Mahoney;

Thelen, 2009). No entanto, essa agência se exerce de forma limitada, uma vez que as condições normativas e fiscais delimitam o conjunto de alternativas disponíveis. Ou seja, a atuação dos gestores tende mais a operar dentro dos arranjos existentes do que a promover mudanças substantivas na forma de organização do trabalho.

As falas analisadas indicam ainda que a terceirização assume significados distintos conforme o contexto, sendo associada tanto à modernização e à agilidade quanto à precarização e à perda de qualidade assistencial. Essa variação evidencia que as escolhas institucionais não são apenas respostas técnicas, mas também construções simbólicas e políticas, ancoradas em valores e expectativas estabilizados ao longo do tempo (Lima; Mörschbacher, 2017).

Dessa forma, a flexibilização das relações de trabalho na APS não pode ser compreendida apenas como resposta imediata a restrições financeiras, mas como resultado de um processo mais amplo, no qual mudanças normativas, transformações no financiamento e trajetórias institucionais locais se articulam, produzindo e estabilizando determinados padrões de contratação. Esse processo contribui para a consolidação de arranjos que, embora funcionalmente adaptativos, tensionam atributos centrais da APS, como a continuidade do cuidado e a vinculação entre profissionais e população (Cegatti; Carnut; Mendes, 2020).

Por fim, os achados reforçam que a descentralização do SUS, ao ampliar a autonomia municipal sem equalizar capacidades institucionais e financeiras, contribuiu para a produção de padrões heterogêneos de gestão do trabalho. As transformações recentes no marco normativo e no financiamento do sistema tendem a interagir com essas desigualdades, podendo reforçar trajetórias já existentes e aprofundar diferenças entre municípios (Santini et al., 2017; Pinafo et al., 2020).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As formas de organização da APS e os modelos de gestão do trabalho adotados pelos municípios, conforme revelado pelos resultados do presente estudo, não se explicam apenas por recursos disponíveis ou porte populacional, mas estão profundamente relacionadas às trajetórias institucionais, capacidades administrativas acumuladas e sentidos atribuídos ao trabalho no setor público.

Municípios com maior estruturação técnico-administrativa tenderam a questionar a terceirização e defender vínculos estáveis; já aqueles com baixa

capacidade institucional naturalizaram modelos flexíveis como solução permanente, apesar de seus impactos sobre a continuidade do cuidado e a consolidação da APS.

Embora se reconheça que o recorte territorial restrito ao Norte do Paraná limite extrapolações para outros contextos, os achados, analisados sob a lente do IH, evidenciam mecanismos de reprodução institucional, nos quais escolhas passadas delimitam possibilidades futuras e tornam a flexibilização laboral não apenas uma resposta operacional, mas um arranjo legitimado política e simbolicamente.

Nesse sentido, o enfrentamento da precarização do trabalho na APS exige mais do que ajustes incrementais e normativos, implicando a disputa de projetos em torno do papel do Estado e da própria natureza do trabalho no setor público. Entre as estratégias necessárias, destaca-se o fortalecimento do financiamento público da saúde, condição indispensável para reduzir a dependência de arranjos precários. Do mesmo modo, a valorização e estruturação de carreiras públicas no SUS se colocam como eixo central para enfrentar a fragmentação dos vínculos e a alta rotatividade, contrapondo-se à lógica de flexibilização que tem orientado reformas recentes, como a Reforma Trabalhista de 2017.

No campo da qualificação do trabalho, o investimento em educação permanente e na gestão do trabalho deve ser compreendido como estratégia política e institucional, especialmente em municípios com menor capacidade administrativa, onde a precarização tende a se alicerçar como única alternativa viável. Entretanto, tais medidas encontram limites concretos em um contexto marcado por iniciativas que buscam ampliar a flexibilização das relações de trabalho no setor público, como a Reforma Administrativa descrita na Proposta de Emenda à Constituição nº 38/2025.

Adicionalmente, os resultados evidenciam que a persistência da precarização está diretamente relacionada a um arranjo federativo assimétrico, no qual a descentralização das responsabilidades não foi acompanhada da correspondente indução de capacidades e de diretrizes nacionais para a gestão do trabalho. Nesse cenário, a transferência de encargos aos municípios, sem financiamento adequado e sem coordenação efetiva, contribui para a reprodução de soluções precárias como resposta.

O enfrentamento desse quadro requer, portanto, o fortalecimento das relações interfederativas, com maior protagonismo da União na coordenação de políticas de gestão do trabalho, atuação mais incisiva dos estados na redução das desigualdades

regionais e na organização de redes, e ampliação das capacidades institucionais municipais.

Assim, a precarização do trabalho na APS não pode ser compreendida nem enfrentada como fenômeno meramente técnico ou conjuntural, mas como expressão de disputas históricas em torno do Estado, do financiamento público e dos direitos sociais. Seu enfrentamento exige a reconstrução de capacidades estatais, a revalorização do trabalho público e a adoção de estratégias que rompam com trajetórias institucionais que, até o presente, têm favorecido a sua reprodução.

REFERÊNCIAS

CEGATTI, Fábio; CARNUT, Leonardo; MENDES, Áquilas. Terceirizações na área da saúde no Brasil: reflexos no SUS, nas políticas sociais e nos trabalhadores. *JMPHC | Journal of Management & Primary Health Care* | ISSN 2179-6750, v. 12, p. 1–41, 2020.

DRUCK, Graça. A TERCEIRIZAÇÃO NA SAÚDE PÚBLICA: FORMAS DIVERSAS DE PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 14, n. suppl 1, p. 15–43, 2016.

GALAVOTE, Heletícia Scabelo; FRANCO, Túlio Batista; FREITAS, Paula de Souza Silva; et al. A gestão do trabalho na estratégia saúde da família: (des)potencialidades no cotidiano do trabalho em saúde. *Saúde e Sociedade*, v. 25, n. 4, p. 988–1002, 2016.

JUNQUEIRA, Túlio da Silva; COTTA, Rosângela Minardi Mitre; GOMES, Ricardo Corrêa; et al. As relações laborais no âmbito da municipalização da gestão em saúde e os dilemas da relação expansão/precarização do trabalho no contexto do SUS. *Cad. saúde pública*, v. 26, n. 5, p. 918–928, 2010.

LIMA, Enzo Lenine Nunes Batista Oliveira; MÖRSCHBÄCHER, Melina. Contribuições e desafios do institucionalismo histórico na Ciência Política contemporânea. *BIB - Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais*, n. 81, p. 103–122, 2016.

LOPES, Rogerio Campos; PAVAN, Maria Valéria; ALMEIDA, Fernando Antonio de. Desafios para a implantação da Estratégia de Saúde da Família em municípios de grande porte no Brasil: Um estudo de caso. *Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba*, v. 23, n. 2, p. 59–66, 2021.

MAHONEY, James; MOHAMEDALI, Khairunnisa; NGUYEN, Christoph. *Causality and Time in Historical Institutionalism*. [s.l.]: Oxford University Press, 2016. Disponível em: <<https://academic.oup.com/edited-volume/28116/chapter/212252196>>. Acesso em: 5 dez. 2025.

MAHONEY, James; THELEN, Kathleen (Orgs.). **Explaining Institutional Change:**

Ambiguity, Agency, and Power. 1. ed. Cambridge University Press, 2009.

Disponível em:

https://levitsky.scholars.harvard.edu/sites/g/files/omnuum7971/files/levitsky/files/mahoney_and_thelen_2010.pdf. Acesso em: 1 abr. 2026.

NARVAI, Paulo Capel. Por uma carreira interfederativa, única e nacional do SUS – artigo de Paulo Capel Narvai. Abrasco. 8 out. 2017. Disponível em:

<https://abrasco.org.br/por-uma-carreira-interfederativa-unica-e-nacional-do-sus/>. Acesso em: 12 mar. 2025.

PARANÁ. Governo do Estado. Regionais de Saúde. Disponível em:

<https://www.saude.pr.gov.br/Pagina/Macrorregional-Norte>. Acesso em: 14 mar. 2025.

PASSOS, Saionara da Silva; LUPATINI, Márcio. A contrarreforma trabalhista e a precarização das relações de trabalho no Brasil. **Revista Katálýsis**, v. 23, p. 132–142, 2020.

PIERANTONI, Célia R.; VARELLA, Thereza C.; FRANÇA, Tania. Recursos humanos e gestão do trabalho em saúde: da teoria para a prática. In: REGO, Andre F. (org.). Obse-r vatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análises. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. v. 2. p. 51-70.

PIERSON, Paul. Politics in Time: History, Institutions, and Social Analysis. Princeton: Princeton University Press, 2004. Disponível em:

<<https://www.degruyter.com/document/doi/10.1515/9781400841080/html>>. Acesso em: 9 ago. 2025.

PINAFO, Elisangela; NUNES, Elisabete de Fátima Polo de Almeida; CARVALHO, Brígida Gimenez; et al. Problemas e estratégias de gestão do SUS: a vulnerabilidade dos municípios de pequeno porte. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, n. 5, p. 1619–1628, 2020.

RAMOS, Alexandre de Souza; PINTO, Isabela Cardoso Matos; CAPUTO, Maria Constantina; et al. Política de gestão do trabalho e educação permanente na Bahia: O SUS é uma escola. *Rev. baiana saúde pública*, v. 33, n. 1, p. 40–50, 2009.

SANTINI, Stela Maris Lopes; NUNES, Elisabete de Fátima Polo de Almeida; CARVALHO, Brígida Gimenez; et al. DOS ‘RECURSOS HUMANOS’ À GESTÃO DO TRABALHO: UMA ANÁLISE DA LITERATURA SOBRE O TRABALHO NO SUS. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 15, p. 537–559, 2017.

SANTOS, Enoque Ribeiro dos. A nova lei da terceirização: Lei n. 13.429/2017: um cheque em branco ao empresariado. **Revista Eletrônica: acórdãos, sentenças, ementas, artigos e informações**, v. 13, n. 204, 2017. Disponível em:

<<https://periodicos.trt4.jus.br/revista-eletronica/article/view/525>>. Acesso em: 5 set. 2025.

SANTOS, Renato Penha de Oliveira; CHINELLI, Filippina; FONSECA, Angélica Ferreira. NOVOS MODELOS DE GESTÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E AS PENOSIDADES DO TRABALHO. **Caderno CRH**, v. 35, p. e022037, 2022.

STREECK, Wolfgang; KATHLEEN, Thelen. Introduction: Institutional Change in Advanced Political Economies. In: WOLFGANG, Streeck; KATHLEEN, Thelen (Orgs.). *Beyond Continuity*. Oxford University Press Oxford, 2005, p. 1–39. Disponível em: <<https://academic.oup.com/book/54803/chapter/422691509>>. Acesso em: 6 nov. 2025.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta tese analisou a precarização do trabalho na Atenção Primária à Saúde (APS) a partir de uma perspectiva histórico-institucional, articulando evidências quantitativas e qualitativas para compreender como escolhas institucionais realizadas ao longo da trajetória do Sistema Único de Saúde (SUS) contribuíram para a consolidação de formas precárias de inserção laboral nos municípios brasileiros.

Os resultados do manuscrito quantitativo demonstraram que a precarização do trabalho na APS em municípios de grande porte é um fenômeno persistente, disseminado e heterogêneo no território nacional, manifestando-se por meio da predominância de vínculos não estatutários, da fragmentação das cargas horárias e da elevada multiplicidade de vínculos entre médicos e profissionais de enfermagem. Tais padrões revelam não apenas desigualdades regionais, mas também limites institucionais à consolidação de relações de trabalho estáveis e compatíveis com os princípios organizativos da APS, como a longitudinalidade e a coordenação do cuidado.

O manuscrito qualitativo aprofundou a compreensão desses achados ao evidenciar como gestores municipais interpretam, justificam e operacionalizam tais arranjos laborais. As entrevistas mostraram que a adoção de modalidades de contratação precárias é frequentemente naturalizada como estratégia pragmática frente a restrições fiscais, instabilidade normativa, insegurança jurídica e fragilidades do financiamento federal. Observou-se, ainda, que municípios de pequeno porte e de grande porte compartilham desafios semelhantes, embora apresentem distintas capacidades administrativas e margens de manobra institucional, o que resulta em respostas diferenciadas à gestão da força de trabalho.

À luz do IH, a tese sustenta que a precarização do trabalho na APS não pode ser compreendida como resultado exclusivo de decisões recentes ou de falhas locais de gestão. Trata-se de um processo ancorado em trajetórias institucionais e dependências de percurso construídas desde a implementação do SUS, nas quais a descentralização sem a correspondente indução federativa para a estruturação de carreiras, a flexibilização das formas de contratação, a fragilidade dos mecanismos de coordenação nacional e o avanço de lógicas gerenciais sobre a administração pública contribuíram para a consolidação de arranjos laborais precários como soluções recorrentes e socialmente legitimadas.

Do ponto de vista propositivo, o enfrentamento da precarização do trabalho na APS requer a adoção de estratégias que ultrapassem respostas pontuais e desarticuladas e incidam sobre os aspectos institucionais que sustentam esse fenômeno. Entre essas estratégias, destaca-se a necessidade de fortalecimento do financiamento público da saúde, como preconizado por iniciativas como o movimento Saúde +10, que propôs a destinação mínima de 10% da receita corrente bruta da União para a saúde.

Ademais, a construção e implementação de uma carreira única no SUS configuram-se como medida estratégica para enfrentar a fragmentação dos vínculos e a elevada rotatividade observadas na APS. Ao instituir parâmetros nacionais para ingresso, progressão e mobilidade, uma carreira dessa natureza poderia reduzir desigualdades regionais, ampliar a atratividade da APS e alinhar a gestão do trabalho aos atributos da longitudinalidade e da coordenação do cuidado, ao mesmo tempo em que reforçaria o caráter público do sistema.

No âmbito da qualificação do trabalho, o fortalecimento das políticas de educação permanente em saúde seria, para além de uma estratégia formativa, um dispositivo institucional capaz de produzir mudanças nos processos de trabalho e maior integração entre gestão e atenção. Em contextos marcados por vínculos instáveis, a educação permanente assume papel ainda mais relevante ao contribuir para a continuidade das práticas e para a consolidação de referências técnico-assistenciais no território.

Por outro lado, o enfrentamento da precarização também passa pela disputa em torno dos marcos normativos que regulam o trabalho no setor público. Nesse sentido, a resistência a propostas de reforma administrativa que ampliam a flexibilização dos vínculos, como aquelas que buscam relativizar a estabilidade e expandir formas de contratação precárias, tal qual a PEC nº38/2025, constitui dimensão central do debate contemporâneo, na medida em que essas iniciativas tendem a aprofundar padrões de precarização laboral.

Essas estratégias, entretanto, só podem produzir efeitos sustentáveis se articuladas no âmbito das relações interfederativas. A análise desenvolvida evidencia que a precarização é, em grande medida, produto de um arranjo descentralizado no qual houve transferência de responsabilidades sem a correspondente indução de capacidades institucionais. Embora MGP disponham, em geral, de maior estrutura administrativa e capacidade de gestão em comparação aos MPP, observam-se

importantes desigualdades também no interior desse grupo. Ainda assim, os resultados demonstram que mesmo municípios mais estruturados permanecem atravessados por vínculos precários, elevada rotatividade e dificuldades de fixação de profissionais na APS. Tal achado reforça que a precarização do trabalho nesse nível de atenção não decorre apenas de fragilidades locais ou insuficiências gerenciais específicas, mas de condicionantes institucionais e políticos mais amplos que moldaram a gestão do trabalho no SUS ao longo de sua trajetória.

Assim, à União cabe exercer de forma mais efetiva seu papel coordenador, não apenas por meio do financiamento, mas também da formulação de políticas nacionais de gestão do trabalho, definição de diretrizes para carreiras e regulação das formas de contratação. Aos estados, compete fortalecer sua função de coordenação regional, apoiando técnica e financeiramente os municípios e contribuindo para a organização de redes que demandem maior estabilidade da força de trabalho. Já ao ente municipal permanece a responsabilidade pela gestão direta do trabalho, cuja efetividade depende das condições institucionais e materiais asseguradas pelas demais esferas.

Sendo assim, entende-se que o enfrentamento da precarização do trabalho na APS exige mais do que ajustes normativos ou iniciativas isoladas no âmbito municipal. Requer a reconstrução de capacidades estatais, o fortalecimento do papel coordenador do Estado nacional e a retomada de políticas de valorização da força de trabalho em saúde como dimensão central para a sustentabilidade do SUS e para a efetivação do direito à saúde. Implica, ainda, reconhecer que a precarização do trabalho não constitui um fenômeno meramente administrativo ou conjuntural, mas expressão de transformações mais amplas associadas ao avanço da racionalidade neoliberal sobre o setor público, marcada pela flexibilização das relações de trabalho, pela austeridade fiscal, pela redução do papel do Estado e pela incorporação de lógicas mercantis à gestão das políticas sociais.

Nesse sentido, o enfrentamento efetivo da precarização demanda também a disputa de projetos de Estado e de sociedade, em defesa de um SUS público, universal, estatal e sustentado por relações de trabalho estáveis, protegidas e orientadas pelas necessidades sociais em saúde.

REFERÊNCIAS

ABRÃO, Dibulo Ferreira; ABRÃO, Giane Coelho Barbosa; MATHIAS, Luciana Fillies Bueno. EVOLUÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL: DA DITADURA MILITAR À CONSOLIDAÇÃO DO SUS. **REVISTA FOCO**, v. 17, n. 10, p. e6231–e6231, 2024.

ARRETCHE, Marta; MARQUES, Eduardo. Municipalização da saúde no Brasil: diferenças regionais, poder do voto e estratégias de governo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, n. 3, p. 455–479, 2002.

BAETA, Odemir Vieira. O Institucionalismo Sociológico na Implementação da Política e Atenção à Saúde do Servidor Público de uma Instituição Federal de Ensino Superior de Minas Gerais. **Administração Pública e Gestão Social**, p. 232–242, 2011.

BARBOSA, Simone de Pinho; COELHO, Karina Aza; CARVALHO, Lorena Miranda de; et al. Aspectos que Compõem o Perfil dos Profissionais Médicos da Estratégia Saúde da Família: o Caso de um Município Polo de Minas Gerais. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 43, p. 395–403, 2019.

BERNARDI, Bruno Boti. O conceito de dependência da trajetória (path dependence): definições e controvérsias teóricas. Perspectivas: **Revista de Ciências Sociais**, v. 41, 2012. Disponível em: <<https://periodicos.fclar.unesp.br/perspectivas/article/view/4978>>. Acesso em: 3 ago. 2025.

BOAVENTURA, Fabiana Esteves. Precarização do trabalho e (des)proteção social no Brasil contemporâneo. 2018. 197 f., il. Tese (Doutorado em Política Social)—Universidade de Brasília, Brasília, 2018.

BRASIL. Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Relatório Nacional Consolidado da 4ª SGTES**. 100p. Brasília, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/assuntos/conferencias/4a-cngtes/publicacoes>. Acesso em 15 mar. 2026.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 331**, de 4 de novembro de 2003. Brasília. 2003a. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sgtes/mnnp-sus/legislacao/resolucao-331-de-4-de-novembro-de-2003-cns-mesa_permanente/view. Acesso em: 23 mai. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Princípios e Diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS (NOB/RH–SUS). 3 ed. 98 p. Brasília, 2005. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/NOB_RH_2005.pdf. Acesso em: 13 mar. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestão do trabalho e da regulação profissional em saúde: agenda positiva**. Brasília - DF. 2004a. 64 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_positiva.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 13.958**, de 18 de dezembro de 2019. Institui o

Programa Médicos pelo Brasil, no âmbito da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), e autoriza o Poder Executivo federal a instituir serviço social autônomo denominado Agência Brasileira de Apoio à Gestão do SUS (AGSUS). (Redação dada pela Lei nº 14.621, de 2023). Brasília. 2019c. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2019/Lei/L13958.htm. Acesso em: 02 jun. 2025

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96**. Brasília. 1996. Disponível em: <http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/NOB%2096.pdf>. Acesso em: 16 abr. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 198**, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília. 2004b. Disponível em: <https://www.normasbrasil.com.br/norma/?id=188196> Acesso em: 20 mai. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.130**, de 11 de maio de 2017. Altera o anexo da Portaria nº 1.321/GM/MS, de 22 de julho de 2016. Brasília. 2017d. Disponível em: <https://www.cosemsrn.org.br/wp-content/uploads/2017/05/portaria1130.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.430**, de 23 de dezembro de 2003. Cria o Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS e dá outras providências. Brasília. 2003b. Disponível em: Acesso em: 22 mai. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436**, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde(SUS). Brasília. 2017c. Disponível em: https://abennacional.org.br/wp-content/uploads/2024/06/PNAB_portaria_2436-setembro_2017.pdf. Acesso em: 21 mai. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.979**, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Brasília. 2019a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt2979_13_11_2019.html. Acesso em: 02 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 95**, de 26 de janeiro de 2001. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001. Brasília. 2001. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095_26_01_2001.html. Acesso em: 17 abr. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes

Operacionais do Referido Pacto. Brasília, 22 fev. 2006a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html. Acesso em: 18 mar. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. **Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS - DesprecarizaSUS: perguntas & respostas**. Brasília. 2006b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt2430_23_12_2003.html. Acesso em: 13 mai. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. **Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS: ProgeSUS**. Brasília, 2006c. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilhaprogesus.pdf>. Acesso em: 14 mar. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho em Saúde. **Especial 20 anos da SGTES: avanços e conquistas da SGTES**. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Casa de Oswaldo Cruz. Site do Observatório História e Saúde. Rio de Janeiro. 2023a. Disponível em: https://ohs.coc.fiocruz.br/documento_de_trab/especial-20-anos-da-sgtes-avancos-e-conquistas-da-sgtes/. Acesso em: 23 ago. 2025.

BRASIL. Ministério do Planejamento e Orçamento. **Portaria nº 470**, de 28 de junho de 2023. Brasília. 2023b. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-pr-470-de-28-de-junho-de-2023-493169747>. Acesso em: 20 fev. 2025.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, 28 jun. 2011. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm. Acesso em: 11 mar. 2026.

BRASIL. Presidência da República. **Emenda Constitucional nº 95**, de 15 de dezembro de 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. Acesso em: 12 mai. 2025."

BRASIL. Presidência da República. **Emenda Constitucional nº 19, de 4 de junho de 1998**. Modifica o regime e dispõe sobre princípios 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. Brasília, 1998. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Emendas/Emc/emc19.htm. Acesso em: 19 mar. 2026.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 13.019**, de 31 de julho de 2014. Estabelece o regime jurídico das parcerias entre a administração pública e as organizações da sociedade civil, em regime de mútua cooperação, para a consecução de finalidades de interesse público e recíproco, mediante a execução de atividades ou de projetos previamente estabelecidos em planos de trabalho inseridos em termos de colaboração, em termos de fomento ou em acordos de cooperação; define diretrizes para a política de fomento, de colaboração e de cooperação com organizações da sociedade civil; e altera as Leis nºs 8.429, de 2 de junho de 1992, e 9.790, de 23 de março de 1999. Brasília, 2014. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/lei/l13019.htm. Acesso em: 20 mar. 2026

BRASIL. Presidência da República. **Lei complementar nº 101**, de 4 de maio de 2000. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. Brasília, 5 maio 2000. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/LCP/Lcp101.htm. Acesso em: 20 abr. 2025.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 13.429**, de 31 de março de 2017. Altera dispositivos da Lei nº 6.019, de 3 de janeiro de 1974, que dispõe sobre o trabalho temporário nas empresas urbanas e dá outras providências; e dispõe sobre as relações de trabalho na empresa de prestação de serviços a terceiros. Brasília, 2017a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/l13429.htm. Acesso em: 26 mai. 2025.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 13.467**, de 13 de julho 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 nº 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. Brasília, 2017b. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2017/Lei/L13467.htm. Acesso em: 20 mai. 2025.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 20 set. 1990a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm. Acesso em: 22 abr. 2025.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 8.142**, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, 31 dez. 1990b. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8142.htm. Acesso em: 16 abr. 2025.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 9.637**, de 15 de maio de 1998. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências. Brasília, 18 maio 1998. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9637.htm. Acesso em: 20 abr. 2025.

BRASIL. Presidência da República. **Lei complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012**. Regulamenta o § 3o do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Brasília, 2012. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm. Acesso em: 18 mar. 2026.

BRASIL. Presidência da República. **Medida Provisória nº 927**, de 22 de março de 2020. Dispõe sobre as medidas trabalhistas para enfrentamento do estado de calamidade pública reconhecido pelo Decreto Legislativo nº 6, de 20 de março de 2020, e da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (covid-19), e dá outras providências. Brasília. 2020a.

BRASIL. Presidência da República. **Proposta de Emenda à Constituição nº 32, de 2020**. Altera disposições sobre servidores, empregados públicos e organização administrativa. Brasília. 2020c. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/Projetos/Ato_2019_2022/2020/PEC/emc-00032.htm Acesso em: 05 jun. 2025.

BRASIL. Presidência da República. **Lei Complementar nº 173**, de 27 de maio de 2020. Estabelece o Programa Federativo de Enfrentamento ao Coronavírus SARS-CoV-2 (Covid-19), altera a Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000, e dá outras providências. Brasília. 2020b.

BRASIL. **Portaria nº 545**, de 20 de maio de 1993. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica - SUS 01/93. Brasília, 20 maio 1993. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt0545_20_05_1993.html. Acesso em: 18 abr. 2025.

BRAUN, Virginia; CLARKE, Victoria. Using thematic analysis in psychology. **Qualitative Research in Psychology**, v. 3, n. 2, p. 77–101, 2006.

BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos. A reforma gerencial do Estado de 1995. **Revista de Administração Pública**, v. 34, n. 4, p. 7 a 26–7 26, 2000.

BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos. Uma reforma gerencial da administração pública no Brasil. **Revista do Serviço Público**, v. 73, n. b, p. 180–219, 2022.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Cogestão e neoartesanato: elementos conceituais para repensar o trabalho em saúde combinando responsabilidade e autonomia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 2337–2344, 2010.

CARNEIRO, Carla Cabral; MOROSINI, Márcia Valéria; KOSTER, Isabella;

FONSECA, Angelica Ferreira; CHINELLI, Filippina; REIS, Renata; DURÃO, Anna Violeta; BRAGA, Ialê Falleiros; ARCE, Vladimir Andrei; ROSARIO, Celita; SANTOS, Renato Penha; NEWLANDS, Ana Clara; KRIEGER, Carolina; DANTAS, Gustavo Rego; MENEZES, Clarissa Alves; TEIXEIRA, Marcia; BRUM, Tiana. Configurações do Trabalho na Atenção Primária: modalidades de contratação. 2º Boletim da Pesquisa “Desafios do Trabalho na Atenção Primária à Saúde na Perspectiva dos Trabalhadores”. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz. Novembro, 2023. 32 p.

CARNEIRO, Carla Cabral Gomes; MARTINS, Maria Inês Carsalade. Novos modelos de gestão do trabalho no setor público de saúde e o trabalho do agente comunitário de saúde. Trabalho, Educação e Saúde, v. 13, n. 1, p. 45–66, 2015.

CARVALHO, Marselle Nobre De; COSTA, Ester Massae Okamoto Dalla; SAKAI, Marcia Hiromi; et al. Expansão e diversificação da força de trabalho de nível superior nas Unidades Básicas de Saúde no Brasil, 2008 - 2013. **Saúde em Debate**, v. 40, n. 109, p. 154–162, 2016.

CEGATTI, Fábio; CARNUT, Leonardo; MENDES, Áquilas. Terceirizações na área da saúde no Brasil: reflexos no SUS, nas políticas sociais e nos trabalhadores. JPMHC | **Journal of Management & Primary Health Care** | ISSN 2179-6750, v. 12, p. 1–41, 2020.

CHANLAT, Jean-François. O gerencialismo e a ética do bem comum: a questão da motivação para o trabalho nos serviços públicos. VII Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma Del Estado y de la Administración Pública, 2002, Lisboa, Portugal. 2002. Disponível em: <https://cdi.mecon.gob.ar/bases/docolec/clad/cong7/dp2356.pdf>. Acesso em: 27 abr. 2025.

CHRISTÓFARO, Maria Auxiliadora Córdova. O DESMONTE DA ATENÇÃO BÁSICA E AS REPERCUSSÕES NA PRÁTICA DA ENFERMEIRA. Revista Baiana de Enfermagem, v. 32, 2018. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/28529>. Acesso em: 9 jul. 2025.

CLEGG, Limin X.; HANKEY, Benjamin F.; TIWARI, Ram; et al. Estimating average annual per cent change in trend analysis. Statistics in Medicine, v. 28, n. 29, p. 3670–3682, 2009.

COELHO, Jeane Grande Arruda De Miranda; MEDEIROS, Kátia Rejane De; FELICIANO, Marciana; et al. Análise da clareza metodológica como dimensão de qualidade do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Saúde em Debate, v. 48, n. 140, p. e8383, 2024.

COLLIER, Ruth Berins; COLLIER, David. Shaping the Political Arena: Critical Junctures, the Labor Movement, and Regime Dynamics in Latin America. University of Notre Dame Press, 2015. Disponível em: <http://www.jstor.org/stable/10.2307/j.ctvpj74pj>. Acesso em: 9 ago. 2025.

CONCEIÇÃO, Octavio Augusto C. OS ANTIGOS, OS NOVOS E OS NEO-

INSTITUCIONALISTAS: HA CONVERGENCIA TEÓRICA NO PENSAMENTO INSTITUCIONALISTA? *Análise Econômica*, v. 19, n. 36, 2001. Disponível em: <<https://seer.ufrgs.br/index.php/AnaliseEconomica/article/view/10664>>. Acesso em: 14 jul. 2025.

CONTRERA, Renata Bueno. O NEOINSTITUCIONALISMO NA CIÊNCIA POLÍTICA: uma revisão da literatura. *Revista de Ciência Política, Direito e Políticas Públicas - POLITI(K)CON*, v. 2, p. 27–37, 2021.

CRUZ, Andrey Oliveira da; MARQUES, Maria Cristina da Costa. Terceirização da saúde pública e o desmonte da atenção primária do município de São Paulo: resultados preliminares de uma revisão integrativa. *JMPHC - Journal of Management & Primary Health Care*. ISSN 2179-6750, v. 15, n. spec, p. e014–e014, 2023.

DAHL, Robert A. The Behavioral Approach in Political Science: Epitaph for a Monument to a Successful Protest. *American Political Science Review*, v. 55, n. 4, p. 763–772, 1961.

DARDOT, Pierre; LAVAL, Christian. Neoliberalismo e subjetivação capitalista. *O Olho da História*, v. 22, p. 1-15, 2016

DIAS, Henrique Sant’Anna; LIMA, Luciana Dias De; TEIXEIRA, Marcia. De ações pontuais a marco de governo: a medicina na trajetória da política nacional de educação e regulação do trabalho na saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 18, n. 2, p. e00270101, 2020.

DIMAGGIO, Paul Joseph; POWELL, Walter W. The iron cage revisited: institutional isomorphism and collective rationality in organizational fields. *RAE - Revista de Administracao de Empresas*, v. 45, n. 2, p. 74–89, 2005. Disponível em: <https://periodicos.fgv.br/rae/article/view/37123>. Acesso em: 14 dec. 2025.

DRUCK, Graça. A TERCEIRIZAÇÃO NA SAÚDE PÚBLICA: FORMAS DIVERSAS DE PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 14, n. suppl 1, p. 15–43, 2016.

DRUCK, Graça. O Estado neoliberal no Brasil: a ideologia do empreendedorismo e o fim dos servidores públicos: The neoliberal state in Brazil: the ideology of entrepreneurship and the end of public servants. *Contemporânea - Revista de Sociologia da UFSCar*, v. 11, n. 3, 2021. Disponível em: <<https://www.contemporanea.ufscar.br/index.php/contemporanea/article/view/1067>>. Acesso em: 20 ago. 2025.

DRUCK, Graça; DUTRA, Renata; SILVA, Selma Cristina. A CONTRARREFORMA NEOLIBERAL E A TERCEIRIZAÇÃO: a precarização como regra. *Caderno CRH*, v. 32, n. 86, p. 289, 2019.

DUARTE, José Ênio Servilha. A Municipalização da Saúde nos 20 Anos do SUS. *Boletim do Instituto de Saúde - BIS*, n. esp, p. 20–22, 2008.

EASTON, David. The New Revolution in Political Science. *American Political Science*

Review, v. 63, n. 4, p. 1051–1061, 1969.

EBERHARDT, Leonardo Dresch; CARVALHO, Manoela de; MUROFUSE, Neide Tiemi. Vínculos de trabalho no setor saúde: o cenário da precarização na macrorregião Oeste do Paraná. *Saúde em Debate*, v. 39, n. 104, p. 18–29, 2015.

FILHO, Luiz Gonzaga Chiavegato; NAVARRO, Vera Lucia. A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO EM SAÚDE EM UM CONTEXTO DE PRECARIZAÇÃO E DO AVANÇO DA IDEOLOGIA GERENCIALISTA. v. 13, .

FREY, Klaus. POLÍTICAS PÚBLICAS: UM DEBATE CONCEITUAL E REFLEXÕES REFERENTES À PRÁTICA DA ANÁLISE DE POLÍTICAS PÚBLICAS NO BRASIL. *Planejamento e Políticas Públicas*, n. 21, 2000. Disponível em: <<https://www.ipea.gov.br/ppp/index.php/PPP/article/view/89>>. Acesso em: 16 jul. 2025.

GALAVOTE, Heletícia Scabelo; FRANCO, Túlio Batista; FREITAS, Paula de Souza Silva; et al. A gestão do trabalho na estratégia saúde da família: (des)potencialidades no cotidiano do trabalho em saúde. *Saúde e Sociedade*, v. 25, n. 4, p. 988–1002, 2016.

GAZZOLA, Ana Elisa Thomazella. O Mercosul e suas crises: uma análise institucional de 1991 a 2023. 2023. 202 p. Tese (Doutorado em Relações Internacionais) - Programa de Pósgraduação em Relações Internacionais San Tiago Dantas da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” (Unesp), da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) e da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), São Paulo, 2023.

GIOVANI, Miriam Suzi Paro; VIEIRA, Camila Mugnai. Longitudinalidade do cuidado diante da rotatividade de profissionais na Estratégia Saúde da Família. *RECIIS*, v. 7, n. 4, 2013. Disponível em: <<https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/572>>. Acesso em: 14 dez. 2025.

GIRARDI, Sabato; CARVALHO, Cristiana Leite; MAAS, Lucas Wan Der; *et al.* O Trabalho Precário em Saúde: Tendências e Perspectivas na Estratégia da Saúde da Família. *Divulgação em Saúde para Debate*, n. 45, 2010.

GOOD, Phillip. **Permutation, Parametric and Bootstrap Tests of Hypotheses**. New York: Springer-Verlag, 2005. 3 ed. 316 p.

GOODIN, Robert E. (Org.). *The Theory of Institutional Design*. 1. ed. Cambridge University Press, 1996. Disponível em: <<https://www.cambridge.org/core/product/identifier/9780511558320/type/book>>. Acesso em: 16 jul. 2025.

GREENWOOD, Royston; HININGS, C. R. Understanding Radical Organizational Change: Bringing together the Old and the New Institutionalism. *The Academy of Management Review*, v. 21, n. 4, p. 1022, 1996.

HALL, Peter A.; TAYLOR, Rosemary C. R. As três versões do neo-institucionalismo. *Lua Nova*, São Paulo, n. 58, p. 193-224, 2003.

HALL, Peter A.; TAYLOR, Rosemary C. R. Political Science and the Three New Institutionalisms. *Political Studies*, v. 44, n. 5, p. 936-957, 1996.

IMMERGUT, Ellen Margaretha. *Health Politics: Interests and Institutions in Western Europe*. Cambridge University Press, 1992.

JOHNSON, Matthew; GARNETT, Mark; WALKER, David (Orgs.). *Conservatism and Ideology*. Routledge, 2017. Disponível em: <<https://www.taylorfrancis.com/books/9781317529002>>. Acesso em: 15 jul. 2025.

JUNQUEIRA, Túlio da Silva; COTTA, Rosângela Minardi Mitre; GOMES, Ricardo Corrêa; *et al.* As relações laborais no âmbito da municipalização da gestão em saúde e os dilemas da relação expansão/precarização do trabalho no contexto do SUS. **Cad. saúde pública**, v. 26, n. 5, p. 918-928, 2010.

KAY, Adrian. A Critique of the Use of Path Dependency in Policy Studies. *Public Administration*, v. 83, n. 3, p. 553-571, 2005.

KIM, Hyune-Ju; FAY, Michael P.; FEUER, Eric J.; *et al.* Permutation tests for joinpoint regression with applications to cancer rates. *Statistics in Medicine*, v. 19, n. 3, p. 335-351, 2000.

KOSTER, Isabella; MACHADO, Maria Helena. A gestão do trabalho e o contexto da flexibilização no Sistema Único de Saúde. *Divulg. Saúde Debate*, v. 47, p. 33-44, mai 2012. Disponível em: <https://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2013/10/revista-divulgacao-n.47-completa.pdf>. Acesso em: 23 abr. 2025.

LACAZ, Francisco Antonio de Castro. A (Contra) Reforma Trabalhista: lei 13.467/2017, um descalabro para a Saúde dos Trabalhadores. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 24, n. 3, p. 680-680, 2019.

LIMA, Enzo Lenine Nunes Batista Oliveira; MÖRSCHBÄCHER, Melina. Contribuições e desafios do institucionalismo histórico na Ciência Política contemporânea. *BIB - Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais*, n. 81, p. 103-122, 2016.

LIMA, Janaína Ferreira de; BORGES, Flávio Adriano; OGATA, Márcia Niituma; *et al.* Satisfação no trabalho: um olhar para a enfermagem da atenção primária à saúde. *Revista Remecs - Revista Multidisciplinar de Estudos Científicos em Saúde*, v. 8, n. 14, p. 87-98, 2023.

LIMA, Luciana Dias de; DIAS, Henrique Sant'Anna; MENDONÇA, Fernanda De Freitas; *et al.* Entre normas e práticas: implementação e repercussões regionais de mudanças nas políticas de atenção primária à saúde no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 41, n. 8, p. e00206924, 2025.

LIMA, Luciana Dias de; MACHADO, Cristiani Veira; GERASSI, Camila Duarte. O

NEO-INSTITUCIONALISMO E A ANÁLISE DE POLÍTICAS DE SAÚDE:: CONTRIBUIÇÕES PARA UMA REFLEXÃO CRÍTICA. In: CAMINHOS para Análise das Políticas de Saúde. 1. ed. [S. l.]: Rede UNIDA, 2015. cap. 4, p. 181-219. ISBN 978-85-66659-39-9.

LOPES, Rogerio Campos; PAVAN, Maria Valéria; ALMEIDA, Fernando Antonio de. Desafios para a implantação da Estratégia de Saúde da Família em municípios de grande porte no Brasil: Um estudo de caso. Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba, v. 23, n. 2, p. 59–66, 2021.

LOPES, Wellington Pereira; CARVALHO, Brígida Gimenez; SANTINI, Stela Maris Lopes; et al. Contexto sociopolítico e a organização da força de trabalho e oferta de serviços da Atenção Básica. Trabalho, Educação e Saúde, v. 21, p. e02005221, 2023.

MACEDO, Reginaldo Moraes de; CKAGNAZAROFF, Ivan Beck. NEO-INSTITUCIONALISMO: DISCUSSÃO ACERCA DA TEORIA E SUAS VERTENTES. Revista Vale, v. 16, n. 1, 2018. Disponível em: <<http://periodicos.unincor.br/index.php/revistaunincor/article/view/3551>>. Acesso em: 25 jul. 2025.

MACINKO, James; MENDONÇA, Claunara Schilling. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. Saúde em Debate, v. 42, n. spe1, p. 18–37, 2018.

MACHADO, Maria Helena; OLIVEIRA, Eliane dos Santos de; MOYSES, Neuza Maria Nogueira. TENDÊNCIAS DO MERCADO DE TRABALHO EM SAÚDE NO BRASIL. In: PIERANTONI, Celia Regina; DAL POZ, Mario Roberto; FRANÇA, Tania. O TRABALHO EM SAÚDE: ABORDAGENS QUANTITATIVAS E QUALITATIVAS. 1. ed. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ObservaRH, 2011. cap. 2, p. 103-116. Disponível em: https://capacidadeshumanas.org/trajetoriainstitucionaldosus/wp-content/uploads/2017/11/Otrabalhoemsaudeabordagensquantitativas_Pierantoni.pdf. Acesso em: 4 mar. 2025.

MACHADO, Maria Helena; VIEIRA, Ana Luiza Stiebler; OLIVEIRA, Eliane. Gestão, trabalho e educação em saúde: perspectivas teórico-metodológicas. In: BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria; AZEVEDO, Creuza da Silva; MACHADO, Cristiani Vieira. Políticas, planejamento e gestão em saúde: abordagens e métodos de pesquisa. Fiocruz, 2015. cap. X, p. 294-391. ISBN 9788575414590.

MACHADO, Maria Helena; XIMENES NETO, Francisco Rosemiro Guimarães. Gestão da Educação e do Trabalho em Saúde no SUS: trinta anos de avanços e desafios. Ciência & Saúde Coletiva, v. 23, p. 1971–1979, 2018.

MAHONEY, James; MOHAMEDALI, Khairunnisa; NGUYEN, Christoph. Causality and Time in Historical Institutionalism. Oxford University Press, 2016. Disponível em: <<https://academic.oup.com/edited-volume/28116/chapter/212252196>>. Acesso em: 5 dez. 2025.

MAHONEY, James; THELEN, Kathleen (Orgs.). Explaining Institutional Change: Ambiguity, Agency, and Power. 1. ed. [s.l.]: Cambridge University Press, 2009. Disponível em: <<https://www.cambridge.org/core/product/identifier/9780511806414/type/book>>. Acesso em: 9 ago. 2025.

MARIANO, Marcelo Passini; FERREIRA, Guilherme Augusto Guimarães; NEVES, Bárbara Carvalho. Uma crítica do conceito de conjuntura crítica: a questão da mudança no Institucionalismo Histórico. *Revista de Sociologia e Política*, v. 31, p. e001, 2023.

MARTINS, Maria Inês Carsalade; MOLINARO, Alex. Reestruturação produtiva e seu impacto nas relações de trabalho nos serviços públicos de saúde no Brasil. 2013.

MEDEIROS, Cássia Regina Gotler; JUNQUEIRA, Álvaro Gustavo Wagner; SCHWINGEL, Glademir; et al. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, n. suppl 1, p. 1521–1531, 2010.

MEDICI, André Cezar. Emprego em saúde na conjuntura recente: lições para a reforma sanitária. *Revista de Administração Pública*, v. 21, n. 3, p. 132 a 146–132 146, 1987.

MENDONÇA, Fernanda De Freitas; LIMA, Luciana Dias De; PEREIRA, Adelyne Maria Mendes; et al. As mudanças na política de atenção primária e a (in)sustentabilidade da Estratégia Saúde da Família. *Saúde em Debate*, v. 47, n. 137, p. 13–30, 2023.

MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de; MARTINS, Maria Inês Carsalade; GIOVANELLA, Ligia; et al. Desafios para gestão do trabalho a partir de experiências exitosas de expansão da Estratégia de Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, p. 2355–2365, 2010.

MISOCZKY, Maria Ceci Araujo; ABDALA, Paulo Ricardo Zilio; DAMBORIARENA, Luiza Araujo. A trajetória Ininterrupta da Reforma do Aparelho de Estado no Brasil: Continuidades nos Marcos do Neoliberalismo e do Gerencialismo. *Administração Pública e Gestão Social*, v. 1, n. 3, p. 184–193, 2017.

MOROSINI, Marcia Valeria Guimarães Cardoso; CHINELLI, Filippina; CARNEIRO, Carla Cabral Gomes. Coronavírus e crise socio sanitária: a radicalização da precarização do trabalho no SUS. In: SILVA, Leticia Baptista; DANTAS, André Vianna. Crise e pandemia: quando a exceção é regra geral. Rio de Janeiro: EPSJV, 2020. p. 93-111. ISBN 978-65-990319-4-6. Disponível em: https://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/crise_e_pandemia.pdf#page=94. Acesso em: 1 jun. 2025.

MOROSINI, Marcia Valeria Guimarães Cardoso; FONSECA, Angelica Ferreira; BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria. Previne Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica? *Cadernos de Saúde Pública*, v. 36, n. 9, p. e00040220, 2020.

MOYSES, Neuza Maria Nogueira. Políticas de Gestão do Trabalho no SUS: O Desafio Sempre Presente. n. 45, 2010.

NARVAI, Paulo Capel. Por uma carreira interfederativa, única e nacional do SUS – artigo de Paulo Capel Narvai. Abrasco. 8 out. 2017. Disponível em: <https://abrasco.org.br/por-uma-carreira-interfederativa-unica-e-nacional-do-sus/>. Acesso em: 12 mar. 2025.

NASCIMENTO, Emerson Oliveira do. Os novos institucionalismos na ciência política contemporânea e o problema da integração teórica. Revista Brasileira de Ciência Política, n. 1, p. 95–121, 2009.

NERI, Filipe Silva; DOMINGUES, Juliana. Gestão do trabalho em Saúde: tensões e desafios em contexto (pós) pandêmico. Temporalis, v. 25, n. 49, p. 446–465, 2025.

NETTO, José Paulo. Ditadura e Serviço Social: Uma análise do Serviço Social no Brasil no pós-64. São Paulo: Cortez, 2017.

OLIVEIRA, Larayne Gallo Farias; FRACOLLI, Lislaine Aparecida; PINA-OLIVEIRA, Alfredo Almeida; et al. RAZÕES DA ROTATIVIDADE DAS EQUIPES DA ESF E SEUS IMPACTOS PARA A LONGITUDINALIDADE DO CUIDADO. Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia, v. 12, n. 3, 2024. Disponível em: <<https://interfaces.unileao.edu.br/index.php/revista-interfaces/article/view/1973>>. Acesso em: 2 maio 2025.

OLIVEIRA, Rodrigo Ferreira. A contra-reforma do Estado no Brasil: uma análise crítica. Revista Urutaguá - DCS UEM, ed. 24, 17 dez. 2025. Disponível em: <https://www.novaconcursos.com.br/blog/pdf/contrarreforma.pdf>. Acesso em: 6 maio 2025.

OREIRO, José Luis; FERREIRA-FILHO, Helder Lara. A PEC 32 da Reforma Administrativa: Uma análise crítica. Brazilian Journal of Political Economy, v. 41, p. 487–506, 2021.

PAIM, Jairnilson Silva. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. Ciência & Saúde Coletiva, v. 23, p. 1723–1728, 2018.

PARANÁ. Governo do Estado. Regionais de Saúde. Disponível em: <https://www.saude.pr.gov.br/Pagina/Macrorregional-Norte>. Acesso em: 14 mar. 2025.

PASSOS, Saionara da Silva; LUPATINI, Márcio. A contrarreforma trabalhista e a precarização das relações de trabalho no Brasil. Revista Katálisis, v. 23, p. 132–142, 2020.

PELLISSARI, Marcia Regina. CNES como instrumento de gestão e sua importância no planejamento das ações em saúde. Revista de Saúde Pública do Paraná, v. 2, n. 1, p. 159–165, 2019.

PELLEGRINI, Bárbara. O discurso do gestor federal no processo de

descentralização política: obstáculos à municipalização do SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 12, n. 2, p. 325–333, 2007.

PEREIRA, Átila Augusto Cordeiro; CUNHA, Carlos Leonardo Figueiredo; ALVARENGA, Eric Campos; et al. Precarização do trabalho de enfermeiras: uma análise na Atenção Primária à Saúde brasileira. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 21, p. e02311227, 2023.

PEREIRA, Átila Augusto Cordeiro; LEMOS, Messias; CUNHA, Carlos Leonardo Figueiredo; et al. Os impactos da Reforma Trabalhista sobre o trabalho da Enfermagem. *REME-Revista Mineira de Enfermagem*, v. 26, 2022. Disponível em: <<https://periodicos.ufmg.br/index.php/rem/article/view/39242>>. Acesso em: 7 maio 2025.

PERES, Paulo Sérgio. Comportamento ou instituições? A evolução histórica do neo-institucionalismo da ciência política. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, v. 23, p. 53–71, 2008.

PIERANTONI, Célia R.; VARELLA, Thereza C.; FRANÇA, Tania. Recursos humanos e gestão do trabalho em saúde: da teoria para a prática. In: REGO, Andre F. (org.). *Obse-r vatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análises*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. v. 2. p. 51-70.

PIERANTONI, Célia Regina; VARELLA, Thereza Christina; SANTOS, Maria Ruth dos; et al. Gestão do trabalho e da educação em saúde: recursos humanos em duas décadas do SUS. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 18, p. 685–704, 2008.

PIERANTONI, Celia Regina; VIANNA, Cid Manso de Mello; FRANÇA, Tania; et al. Rotatividade da força de trabalho médica no Brasil. *Saúde em Debate*, v. 39, n. 106, p. 637–647, 2015.

PIERSON, Paul. Increasing Returns, Path Dependence, and the Study of Politics. *American Political Science Review*, v. 94, n. 2, p. 251–267, 2000.

PIERSON, Paul. *Politics in Time: History, Institutions, and Social Analysis*. Princeton: Princeton University Press, 2004. Disponível em: <<https://www.degruyter.com/document/doi/10.1515/9781400841080/html>>. Acesso em: 9 ago. 2025.

PINAFO, Elisangela; NUNES, Elisabete de Fátima Polo de Almeida; CARVALHO, Brígida Gimenez; et al. Problemas e estratégias de gestão do SUS: a vulnerabilidade dos municípios de pequeno porte. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, n. 5, p. 1619–1628, 2020.

PIPERNO, Giulia Caroline; DIAS, Ricardo Burato. Rotatividade das equipes da estratégia saúde da família: prejuízo na atenção primária à saúde. In: PEREIRA, Erondi Tamandaré Reis; ORNELLAS, André Luis; POLETTTO, Antonio Henrique de Oliveira; PAULA, Lucila Bistaffa de; MELLO, Luciana Coimbra de; PASSARINI, Jesiela; FERNANDES, Jéssica Moreira; DIAS, Ricardo Burato. *Políticas de Saúde Pública: um olhar de estudantes de Medicina*. Araçatuba: Unisalesiano, 2022. cap. 1,

p. 161-172. Disponível em: https://unisalesiano.com.br/aracatuba/wp-content/uploads/2023/10/Políticas-de-Saude-Publica_Medicina_UniSALESIANO.pdf#page=161. Acesso em: 12 jun. 2025.

RAMOS, Alexandre de Souza; PINTO, Isabela Cardoso Matos; CAPUTO, Maria Constantina; et al. Política de gestão do trabalho e educação permanente na Bahia: O SUS é uma escola. *Rev. baiana saúde pública*, v. 33, n. 1, p. 40–50, 2009.

RANGEL, Rosiane Filipin; FUGALI, Mônica De Melo; BACKES, Dirce Stein; et al. AVANÇOS E PERSPECTIVAS DA ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO EM ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA. *Cogitare Enfermagem*, v. 16, n. 3, 2011. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/24223>. Acesso em: 10 nov. 2025.

RIBEIRO, Fernando. Institucionalismo da escolha racional e institucionalismo histórico: divergências metodológicas no campo da Ciência Política. **Pensamento Plural**, n. 10, p. 89–100.

RIBEIRO, Gustavo Moreno Alves; BRITO, Alexsandro. O “VELHO” E O “NOVO” INSTITUCIONALISMO: considerações conceituais. **Mundo Econômico**, v. 8, n. 1, p. 5–22, 2022.

RIBEIRO, José Mendes; MOREIRA, Marcelo Rasga. A crise do federalismo cooperativo nas políticas de saúde no Brasil. **Saúde em Debate**, v. 40, n. spe, p. 14–24, 2016.

SANTINI, Stela Maris Lopes; NUNES, Elisabete de Fátima Polo de Almeida; CARVALHO, Brígida Gimenez; et al. DOS ‘RECURSOS HUMANOS’ À GESTÃO DO TRABALHO: UMA ANÁLISE DA LITERATURA SOBRE O TRABALHO NO SUS. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 15, p. 537–559, 2017.

SANTOS, Angela Penalva. Autonomia Municipal no Contexto Federativo Brasileiro. **Revista Paranaense de Desenvolvimento - RPD**, n. 120, p. 209–230, 2011.

SANTOS, Daniele Carvalho. **ESTABILIDADE NO SERVIÇO PÚBLICO BRASILEIRO: EFEITOS DA EMENDA CONSTITUCIONAL Nº 19/1998**. 2018. 94 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Administração Pública e Social) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2018. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/184994/001076527.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 18 mar. 2026.

SANTOS JÚNIOR, Claudio José Dos; MISAEL, Jailton Rocha; TRINDADE FILHO, Euclides Maurício; et al. Expansão de vagas e qualidade dos cursos de Medicina no Brasil: “Em que pé estamos?” **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 45, n. 2, p. e058, 2021.

SANTOS, Nelson Rodrigues dos. Política pública de saúde no Brasil: encruzilhada, buscas e escolhas de rumos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, p. 2009–2018, 2008.

SANTOS, Renato Penha de Oliveira; CHINELLI, Filippina; FONSECA, Angélica Ferreira. NOVOS MODELOS DE GESTÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E

AS PENOSIDADES DO TRABALHO. Caderno CRH, v. 35, p. e022037, 2022.

SCALCO, Sirlesia Vigarani; LACERDA, Josimari Telino de; CALVO, Maria Cristina Marino. Modelo para avaliação da gestão de recursos humanos em saúde.

Cadernos de Saúde Pública, v. 26, p. 603–614, 2010.

SECCHI, Leonardo; FARRANHA, Ana Claudia; RODRIGUES, Karina Furtado; et al. Reforma administrativa no Brasil: passado, presente e perspectivas para o futuro frente à PEC 38/2020. **Cadernos Gestão Pública e Cidadania**, v. 26, n. 83, 2021. Disponível em: <<https://periodicos.fgv.br/cgpc/article/view/82430>>. Acesso em: 21 dez. 2025.

SILVA, João Felipe Marques da; CARVALHO, Brígida Gimenez; SANTINI, Stela Maris Lopes. A pejetização em saúde na macrorregião norte do Paraná e suas implicações com a COVID-19. **Revista Gestão & Saúde**, v. 11, n. 3, p. 326–339, 2020.

SORATTO, Jacks; PIRES, Denise Elvira Pires de; TRINDADE, Letícia Lima; et al. INSATISFAÇÃO NO TRABALHO DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 26, p. e2500016, 2017.

SOUZA, Luciana Karine de. Pesquisa com análise qualitativa de dados: conhecendo a Análise Temática. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 71, n. 2, p. 51–67, 2019.

STEINMO, Sven. Historical institutionalism. In: DELLA PORTA, Donatella; KEATING, Michael. Approaches and Methodologies in the Social Sciences: A Pluralist Perspective. Inglaterra: Cambridge University Press, 2012. cap. 7, p. 118-138.

STREECK, Wolfgang; KATHLEEN, Thelen. Introduction: Institutional Change in Advanced Political Economies. In: WOLFGANG, Streeck; KATHLEEN, Thelen (Orgs.). Beyond Continuity. [s.l.]: Oxford University Press Oxford, 2005, p. 1–39. Disponível em: <<https://academic.oup.com/book/54803/chapter/422691509>>. Acesso em: 6 nov. 2025.

TEODORO, Ronaldo. Por uma carreira SUS para fazer avançar a Reforma Sanitária. **Saúde em Debate**, v. 48, p. e142ED, 2024.

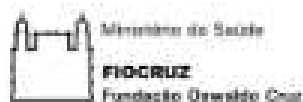
TOMIM, Geiciely Cavanha. REFORMA NEOLIBERAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE BRASILEIRA: UMA ANÁLISE CRÍTICA DO DESMONTE DO NASF E A PRECARIZAÇÃO DAS EQUIPES EMULTI. **ARACÊ**, v. 7, n. 7, p. 39419–39433, 2025.

VIANA, Vera Gardênia Alves; RIBEIRO, Maysa Ferreira Martins. Fragilidades que afastam e desafios para fixação dos médicos da Estratégia de Saúde da Família. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, v. 9, p. 216, 2021.

APÊNDICES

APÊNDICE A

Manual de Campo

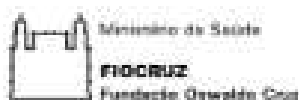


Mudanças nas regras de transferência de recursos federais do Sistema Único de Saúde: implicações e desafios para o financiamento e a organização da Atenção Primária à Saúde no Brasil

Manual de campo

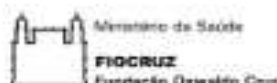
Rio de Janeiro e Paraná

2022



Sumário

Apresentação	3
Fase preparatória	5
Seleção dos municípios	5
Elaboração dos roteiros de entrevista	6
Matriz de referência	6
Perfis e mapeamento dos atores a serem entrevistados	9
Roteiros semiestruturados e TCLE	10
Elaboração dos dossiês dos municípios	11
Realização de piloto para teste do instrumento de pesquisa e treinamento da equipe	13
Fase de execução	14
Coordenação local, entrevistadores e procedimento de envio dos convites de participação	14
Agendamento e realização das visitas/entrevistas	15
Atividades pós-entrevistas e elaboração do diário de campo	20
Apoio financeiro ao trabalho de campo	22
Fase de finalização	24
Apêndices	26



Apresentação

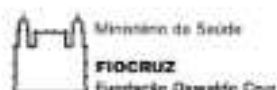
O manual de campo da pesquisa tem como objetivo orientar a equipe quanto aos procedimentos envolvidos com a realização das diferentes fases dessa etapa do projeto. Nele, estão detalhadas todas as atividades de preparação, desenvolvimento e finalização dos trabalhos. Busca-se definir uma dinâmica relativamente padronizada das tarefas, garantindo rigor e uniformidade no desenvolvimento das atividades e qualidade do material que será coletado e posteriormente analisado.

A pesquisa de campo vincula-se ao objetivo 3 do projeto, a saber: "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". Nesse sentido, envolve visitas aos 14 municípios selecionados e entrevistas com atores-chave nas duas regiões escolhidas: Metropolitana I do Rio de Janeiro (5) e cinco regiões da Macro Norte do Paraná (9).

A seleção dos municípios se deu por meio da análise dos resultados de indicadores de financiamento e gasto municipal com a Atenção Primária à Saúde. Buscou-se garantir uma amostra diversificada no que tange à relevância do gasto do município em APS e a proporção dos recursos federais transferidos, oriundos de emendas parlamentares, na composição do orçamento municipal.

As visitas e entrevistas serão realizadas com o apoio de um dos quatro roteiros semiestruturados, ajustados conforme o perfil do entrevistado, assim como os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A elaboração dos roteiros teve como base uma matriz organizada em duas dimensões de análise - modelo de atenção e modelo de gestão, para as quais foram definidas categorias e variáveis associadas com as regras federais de financiamento e gestão da APS e as emendas parlamentares. Essa matriz de referência também orientará a análise dos dados coletados.

A dinâmica das atividades de campo foi concebida de modo que os entrevistadores terão um membro da equipe de pesquisa como ponto focal de apoio para cada estado (RJ e PR).



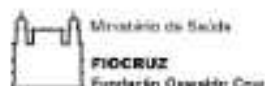
O material de apoio à entrevista envolve um “dossiê” com informações sobre o município, o próprio roteiro semiestruturado, que conterá notas/lembretes, e um diário de campo para preenchimento após o dia de trabalho.

Esperamos concluir a etapa de campo até o fim de setembro de 2022, finalizando-a quando da transcrição dos áudios das entrevistas e organização do material que seguirá para análise dos pesquisadores do projeto.

O manual está estruturado de acordo com as fases do trabalho de campo, descritas sucintamente no quadro 1, contemplando uma seção sobre as atividades de preparação da ida a campo, seguida pela apresentação dos procedimentos a serem adotados nas visitas e entrevistas. Por último, uma seção na qual serão destacadas as ações referentes à fase de finalização dessa etapa do projeto.

Quadro 1. Fases da etapa de campo da pesquisa, segundo período previsto para realização e síntese das atividades. Rio de Janeiro e Paraná, 2022.

Fase	Período	Atividades
Preparatória	Março a maio de 2022	• Seleção dos municípios; • Elaboração do roteiro de entrevista; • Preparação dos “dossiês” dos municípios; • Mapeamento dos atores a serem entrevistados; • Elaboração do manual de campo; • Uniformização/nivelamento da equipe.
Execução	Maio a agosto de 2022	• Envio dos convites aos atores mapeados; • Agendamento das visitas/entrevistas; • Realização das visitas/entrevistas; • Elaboração de diário de campo; • Entrega do material ao ponto focal após a realização da visita/entrevista; • Entrega da comprovação de despesas relacionadas com a atividade de campo ao ponto focal.
Finalização	Agosto a setembro de 2022	• Organização do material do campo; • Encaminhamento dos áudios para transcrição;



- Recebimento do material transcrito e organização para análise

Elaboração: equipe da pesquisa. Abril de 2022

1. Fase preparatória

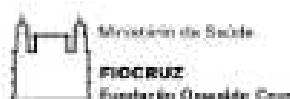
1.1. Seleção dos municípios

A escolha dos municípios envolveu a análise dos resultados de indicadores de financiamento e gasto municipal, a partir do relatório de dados quantitativos secundários produzido pelo projeto. Foram realizados cálculos para as regiões Metropolitana I do RJ e Macrorregião Norte do PR, com distribuição dos municípios por quartis.

A análise da distribuição por quartis orientou a opção por dois indicadores. O primeiro se refere à despesa municipal em APS per capita, que destaca a importância do gasto municipal em APS; o segundo indicador trata da participação das transferências por emendas para a APS na transferência total do MS para a APS, que expressa a importância das emendas nas transferências federais para a APS.

Como critérios de seleção dos municípios, definiu-se a inclusão obrigatória do município polo da região. A cidade do Rio de Janeiro, capital do estado, no caso da Metropolitana I; e a cidade de Londrina, no caso da macrorregião norte do Paraná. A inclusão dos demais municípios considerou seu posicionamento na associação entre a alta ou a baixa importância da APS no gasto municipal em saúde e a alta ou baixa importância das emendas nas transferências federais para APS.

Foram identificados mais de um município nos distintos posicionamentos possíveis - alta/alta; alta/baixa; baixa/alta; e baixa/baixa - prevendo a ocorrência de recusa de participação por parte do primeiro município de eleição. No caso da Metropolitana I do RJ, a seleção totalizou 5 municípios: Mesquita, Seropédica, Belford Roxo, Nova Iguaçu e Rio de Janeiro. Para a Macro Norte do PR, a soma foi de 9 municípios: Miraselva, Santo Antônio do Paraíso, Cruzmaltina, Salto do Itararé, Porecatu, São Pedro do Ivaí, Apucarana, Cândido de Abreu e Londrina.



As opções em caso de recusa são: RJ: Magé e Duque de Caxias; e PR: Ariranha do Ivaí, Arapuã, Rosário do Ivaí, Mato Rico, Bom Sucesso, Pinhalão, Jataizinho e Bandeirantes. O quadro 2 apresenta os municípios selecionados no RJ e no PR e as opções em caso de recusa, conforme posicionamentos de importância a partir dos resultados dos indicadores e dos critérios adotados.

Quadro 2. Municípios selecionados para o trabalho de campo (visitas e entrevistas), segundo posicionamento quanto à importância dos indicadores de referência. Rio de Janeiro e Paraná, 2022.

CRITÉRIOS PARA SELEÇÃO DOS MUNICÍPIOS		Importância das emendas nas transferências federais para APS	
		Alta	Baixa
Importância do gasto municipal em APS	Alta	<u>Metropolitana I do RJ:</u> Mesquita <u>Macro Norte do PR:</u> 17ª região - Miraselva 18ª região - Santo Antônio do Paraíso	<u>Metropolitana I do RJ:</u> Seropédica <u>Macro Norte do PR:</u> 19ª região - Salto do Itararé 22ª região - Cruzmaltina
	Baixa	<u>Metropolitana I do RJ:</u> Belford Roxo <u>Macro Norte do PR:</u> 16ª região - São Pedro do Ivaí 17ª região - Porecatu	<u>Metropolitana I do RJ:</u> Nova Iguaçu <u>Macro Norte do PR:</u> 16ª região - Apucarana 22ª região - Cândido de Abreu

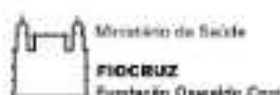
Elaboração: equipe da pesquisa. Abril de 2022

Nota 1. Polos regionais incluídos: Metropolitana I do RJ - Rio de Janeiro (capital) / Macro Norte do PR: Londrina (17ª RS)

Nota 2. Opções em caso de recusa: Metropolitana I do RJ - Magé (alta-baixa); Duque de Caxias (baixa-alta) / Macro Norte do PR - Alta-alta: Ariranha do Ivaí (22ª RS) ou Arapuã (22ª RS); Alta-baixa: Rosário do Ivaí (22ª RS) ou Mato Rico (22ª RS); Baixa-alta: Bom sucesso (16ª RS) ou Pinhalão (19ª RS); e Baixa-baixa: Jataizinho (17) ou Bandeirantes (18)

1.2. Elaboração dos roteiros de entrevista

1.2.1. Matriz de referência



Os roteiros foram elaborados com o auxílio de uma matriz de referência composta por duas dimensões - modelo de atenção e modelo de gestão, com conteúdo desenvolvido segundo as regras federais para APS e as emendas parlamentares. Na dimensão do modelo de atenção, valorizou-se as concepções, a composição, a organização e avaliação dos serviços e das práticas adotadas no âmbito da APS nos municípios. No modelo de gestão, foram destacados o planejamento e as gestões do trabalho, orçamentário-financeira e intergovernamental, bem como as relações Executivo-Legislativo, no âmbito da APS nos municípios.

O preenchimento da matriz foi realizado pela equipe de pesquisa, orientada a evidenciar os pontos centrais a serem explorados nas entrevistas, em diálogo com os objetivos do projeto, de modo a compor as perguntas dos roteiros semiestruturados. De forma concomitante, foram levantados os perfis dos potenciais entrevistados e as fontes de informação dos dados para confecção de dossiês sobre os municípios do estudo.

O quadro 3 apresenta a referida matriz com o conteúdo que orientou a elaboração dos roteiros de entrevista e a estruturação dos dossiês, segundo as duas dimensões propostas.

Quadro 3. Matriz de análise para o estudo dos efeitos das mudanças nas regras de financiamento federal na configuração do modelo de atenção e de gestão da APS, em regiões e municípios selecionados das regiões Metropolitana I do Rio de Janeiro e da Macro Norte do Paraná.

Dimensão de análise	Regras federais da APS	Emendas parlamentares
Modelo de atenção Envolve aspectos que definem as concepções, composição, organização e avaliação dos serviços e das práticas adotadas no âmbito da APS nos municípios.	Concepções Concepção de APS / finalidade da APS na percepção do gestor; percepção sobre o Programa Previne Brasil Composição e organização Serviços ofertados (características da unidade); composição das equipes (eAP, eSF, eSB, Nasf, ACS, equipe multi); formação profissional das equipes; programas e estratégias desenvolvidas na AB; organização do trabalho; Interprofissionalidade; territorialização; adesão ao Programa Médicos pelo Brasil; co- -ats (extinção dos blocos de financiamento; PNAB 2017; alterações de 2019 etc.); percepções sobre relação entre o atual modelo de financiamento e alteração na organização da APS no município	Concepções Expectativas, estratégias e desafios de conformação de um modelo de APS mais robusto e ampliado em um contexto de oscilações anuais da participação das emendas na composição do orçamento municipal Composição e organização Alinhamento entre as propostas apresentadas e financiadas com as emendas, a adesão aos programas de indução federal e a política municipal para APS; existência de recursos de EP enviados para enfrentamento da pandemia de Covid-19 e seu direcionamento para a (re)organização da APS pelo município Monitoramento e avaliação

	(implantação ou fechamento de novas equipes/serviços). Monitoramento e avaliação Monitoramento e avaliação de programas e ações desenvolvidas (incluindo cadastramento, indicadores de processo e de resultado); processos de monitoramento e avaliação (Sistema de informação de registro na APS); alterações/implantação de novos processos organizacionais na APS decorrentes das novas regras de financiamento (prontuário eletrônico, ações de monitoramento e avaliação de ações/programas e serviços); percepções sobre pontos positivos e negativos das alterações produzidas.	Existência de especificidade no monitoramento e avaliação de ações de projetos custeados com as EP - Instabilidade de orçamento/ despesas futuras; em que se investe com recursos de EP?
Modelo de gestão Envolve aspectos que conformam e caracterizam o planejamento e a gestão do trabalho, orçamentário-financeira e intergovernamental no âmbito da APS nos municípios.	Planejamento e gestão do trabalho Estratégias de provimento da força de trabalho (dimensionamento; desafios da rotatividade; escassez e distribuição de profissionais; expectativas quanto ao papel dos programas federais - Provab(?), PMM e Médicos pelo Brasil/ADAPS); formas de contratação e de vínculo dos trabalhadores; regimes de trabalho adotados para os distintos profissionais da APS (flexibilização da carga horária contratual); adoção de ferramentas de avaliação de desempenho; existência do PCCS, organização por coordenação de unidades/serviços ou por categoria profissional?; existência do apoio matricial, apoio institucional; visão/posicionamento quanto aos novos formatos institucionais de gestão (OSS, Fundação etc.); e às mudanças gerais no mundo do trabalho (reforma trabalhista e terceirização da atividade-fim) Planejamento e gestão orçamentário-financeira De que forma o município toma conhecimento do recebimento dos recursos de transferências federais e estaduais (site, monitoramento de contas, há clareza no processo, acessibilidade e transparência quanto às informações)? - Como são planejados e executados os recursos recebidos via transferências federais e estaduais? (questão das mudanças nos blocos de custeio e investimento); faz uso do planejamento ascendente e participativo? <u>Quais decisões</u> são unilaterais? Área técnica possui autonomia para planejamento e execução dos recursos vinculados? E da fonte livre também? Como são gastos/investidos os recursos em APS: decisões quanto à alocação de recursos de custeio e investimento; e à adesão de programa; adesão de novos programas é feita análise custo benefício pela equipe? Organização da área de planejamento e orçamento (existência de equipe, local de trabalho, ambiência); Relação com a contabilidade (específico para a Saúde ou atua também na	Planejamento e gestão do trabalho Ocorrência da pejetização ou outros formatos de terceirização/relação trabalhista como saída para o provimento de RH com recursos de EP. Planejamento e gestão orçamentário-financeira Inserção entre a captação de emendas e o planejamento em saúde: o município inclui a expectativa de captação de recursos de emenda para execução de ações do PMS, PAS ou instrumento de planejamento específico do município? Existência de equipe técnica de referência e de regras formais (atos do poder Executivo municipal) para a incorporação dos recursos de EP ao orçamento municipal; alinhamento/associação dos recursos oriundos das emendas com os programas orçamentários; aplicação/uso de recursos de custeio advindos de emendas: os municípios que receberam emendas de custeio? Alocaram os recursos de que forma? Execução do objeto no caso de equipamentos: há dificuldades quanto à aquisição de itens? Tempo médio de execução das propostas; Todos os equipamentos adquiridos estão em uso? Houve o cuidado com dimensionamento para realização da proposta? O cardápio proposto atende às necessidades na prática? Os valores sugeridos para os respectivos itens são suficientes? Houve necessidade de contrapartida municipal para execução do objeto? Relações intergovernamentais e com o poder legislativo Captação de recursos por emenda parlamentar (processos e fluxos): como o município se articula para captação desses recursos? Quem são os responsáveis pela

prefeitura, a definição para a utilização das fontes de recursos parte da secretaria de saúde ou contabilidade); uso de programa para autorização/controle gastos por subfunção, sistema para execução orçamentária (empenho/liquidação/pagamento); fluxo de documentos e de informações (inter secretaria e da secretaria com outros órgãos municipais); elaboração de instrumentos de planejamento/orçamento (integração dos instrumentos de planejamento/orçamento da saúde e do executivo); execução dos recursos em APS; prestação de contas Relações intergovernamentais e com o poder legislativo Relação com outras instâncias de governança (CIR, CIB); há planejamento regional na complementação de serviços (compra de serviços)	captação no município? Como é estabelecido o contato e a negociação com os parlamentares? (Trata-se de um contato regular ou esporádico?); como são definidos os objetos das emendas? Quais as relações estabelecidas com o poder legislativo para: estratégias de captação de recurso de EP; existência de espaço institucional voltado para a relação com parlamentares, tendo em vista a apresentação de propostas para captação das emendas; discussão, negociação e aprovação acerca do uso dos recursos de EP por instâncias de gestão colegiada (CIR, CIB); envolvimento dos consórcios intermunicipais de saúde na captação de recursos de emendas; alinhamento político da gestão municipal com os parlamentares proponentes das EP e com o governo federal.
--	--

Elaboração: equipe da pesquisa. Abril de 2022

1.2.2. Perfis e mapeamento dos atores a serem entrevistados

A partir dos elementos identificados para cada dimensão da matriz, a equipe de pesquisa buscou identificar os sujeitos da pesquisa. Nesse sentido, foram levantados quatro perfis de atores a serem entrevistados, conforme detalhado a seguir:

1. Técnicos e dirigentes de instâncias de gestão estadual, regional e de representação da gestão local
 - Representantes dos estados (superintendente e/ou coordenador de APS)
 - Representantes do COSEMS (coordenador técnico e/ou assessor técnico para APS)
 - Representantes dos Consórcios (coordenador ou representante na região) que atuam em grupos de trabalho relacionados à AB/APS
2. Atores envolvidos com a relação Executivo-legislativo
 - Deputados federais
 - Assessores parlamentares de prefeituras
 - Componentes de mandatos legislativos com foco na saúde
 - Consultores legislativos

A identificação dos nomes dos atores dos diferentes perfis será feita pela equipe de pesquisa, para cada município selecionado, tendo como subsídios as informações municipais disponíveis nas páginas eletrônicas das prefeituras, dentre outras fontes relevantes. Esse processo também contará com o apoio dos interlocutores do projeto

(COSEMS-RJ e PR, por exemplo), com vistas à facilitação do acesso ao entrevistado para encaminhamento dos convites de participação e demais comunicações.

O registro dos nomes mapeados, bem como das demais informações referentes às formas de contato com o sujeito da pesquisa, deverá ser feito em uma planilha única, no formato Excel, disponibilizada online. O mesmo documento será utilizado para registro e controle do envio dos convites de participação, da confirmação ou recusa, bem como do agendamento da entrevista. Importante lembrar que outros nomes poderão ser adicionados na planilha por indicação dos participantes que forem sendo entrevistados.

A planilha tem uma aba para cada estado (RJ e PR) e poderá ser acessada pelo link a seguir: [X Registro e controle das Informações dos atores mapeados, dos convites e ado g...](#)

1.2.3. Roteiros semiestruturados e TCLE

Foram definidos quatro roteiros semiestruturados, considerando os perfis elencados anteriormente. A matriz de referência auxiliou na proposição das perguntas, com posterior identificação e vinculação das mesmas aos roteiros. Os roteiros trazem, ainda, notas/lembretes com os pontos centrais que devem ser ressaltados ao longo das entrevistas, conforme perfil do ator e dinâmica percebida no processo.

Também foram elaborados os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido, um para cada perfil de entrevistado (quatro no total), com base no modelo de TCLE submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP-Fiocruz. No quadro 4, são disponibilizados os links de acesso aos roteiros e aos TCLEs, segundo o perfil do entrevistado.

Quadro 4. Links para acesso aos roteiros de entrevista e aos termos de consentimento livre e esclarecido, segundo perfil do entrevistado

Roteiro/Perfil	Link Roteiro	Link TCLE
1. Gestor/Tomador de decisão	W Roteiro 1.docx	Para Paraná W TCLE perfis 1 e 2 para en...
2. Profissionais em funções técnicas e operacionais das SMS/Prefeituras	W Roteiro 2.docx	Para Rio de Janeiro W TCLE perfis 1 e 2 para en...
3. Técnicos e dirigentes de instâncias de gestão estadual, regional e de representação da gestão local	W Roteiro 3.docx	Para Paraná W TCLE perfil 3 para entre... Para Rio de Janeiro W TCLE perfil 3 para entre...
4. Atores envolvidos com a relação Executivo-legislativo	W Roteiro 4.docx	Para Paraná W TCLE perfil 4 para entre... Para Rio de Janeiro W TCLE perfil 4 para entre...

Elaboração: equipe da pesquisa. Abril de 2022

ATENÇÃO! Os entrevistadores e pontos focais devem realizar, previamente, no momento de preparação para a entrevista, a personalização dos arquivos dos roteiros, garantindo adequação ao perfil do entrevistado e ao local de realização do campo.

Estão disponíveis os roteiros originais em formato PDF, para envio prévio aos atores (potenciais entrevistados) que os solicitarem (Acesse a pasta com os roteiros em PDF [aqui](#)). Não deverão ser enviados aos atores os roteiros personalizados.

1.3.Elaboração dos dossiês dos municípios

Os dossiês dos municípios foram idealizados como recurso de apoio aos entrevistadores, tanto na fase preparatória quanto no campo propriamente dito. O objetivo é que o entrevistador tenha em mãos um cenário geral e da estrutura, da organização, da gestão

municipal e do financiamento da APS no momento da entrevista, além de uma caracterização preliminar das equipes gestoras municipais da saúde.

O conteúdo dos dossiês será desenvolvido a partir dos seguintes componentes:

Componente	Descrição
Caracterização preliminar da equipe gestora da saúde municipal atual	Nome do secretário de saúde, tempo no cargo, formação profissional, filiação partidária (se houver), composição da equipe dirigente na saúde municipal (eventualmente, incluir informações sobre o prefeito).
Dados gerais e indicadores socioeconômicos selecionados	Nome do município, estado, macrorregião/região de saúde a que pertence, número de habitantes, porte populacional IDH, renda, saneamento
Indicadores da rede de Atenção Primária à Saúde	Retrato atual (dados mais recentes disponíveis) e indicadores com base na série histórica (2016-2021) ¹ da organização da APS do município, destacando: número de unidades de saúde; número de equipes (ESF e EAP, saúde bucal) e ACS; informações sobre adesão aos programas federais
Indicadores de financiamento da APS	Despesa municipal em APS per capita; Participação da despesa municipal em APS; "Participação das transferências por emendas para a APS na transferência total do MS para a APS"; Participação das transferências por emendas para a APS no gasto total dos municípios em APS (série histórica 2015-2020)

Elaboração: equipe de pesquisa. Abril de 2022

Podem ser incorporadas outras informações relevantes, identificadas pela equipe de pesquisa ao longo do desenvolvimento do trabalho de campo. Recomenda-se, no entanto, que o dossiê esteja finalizado, e seja devidamente discutido entre a equipe de entrevistadores, previamente à realização da visita/entrevista. Outro ponto importante é que as inclusões dos dados e informações venham acompanhadas da fonte/origem.

Os dados e indicadores calculados poderão ser acessados a partir de uma planilha geral, no Excel, disponível no drive do e-mail do projeto: [dados para dossie.xlsx](#), que reúne os

¹ O objetivo é compreender os possíveis reflexos das mudanças nas regras, calculando indicadores na forma de na forma de razão (exemplo: maior de 1 indicaria aumento, entre 0 e 1, redução; razão entre visitas domiciliares e habitantes) e na forma de média (exemplo: média de eSF por UBS, média de ACS por eSF). Poderão também ser elaboradas estimativas, variações percentuais, dentre outras.

dados e indicadores de todos os municípios do estudo, incluindo aqueles que estão elencados como opção em caso de recusa.

Visa-se, com isso, facilitar ao entrevistador identificar quais são as semelhanças e diferenças do caso individual com os demais. Com a planilha, é possível fazer uso da ferramenta ‘tabela dinâmica’, para tabulações específicas e sínteses individualizadas para os municípios.

De todo modo, para viabilizar a confecção de um “Dossiê municipal”, sugere-se o uso do arquivo word disponível no drive do e-mail do projeto [Modelo dossiê municipal.docx](#) como modelo (editável e customizável). O arquivo preenchido com as informações municipais, a critério da equipe de campo local, deverá ser impresso e compor o conjunto de materiais que os entrevistadores levarão para as visitas/entrevistas.

Poderão ser necessárias reuniões de confecção coletiva dos “Dossiês municipais”, envolvendo os entrevistadores designados.

1.4. Realização de piloto para teste do instrumento de pesquisa e treinamento da equipe

O teste do instrumento de pesquisa e o treinamento da equipe envolve a realização de uma visita a um município selecionado, com aplicação dos roteiros (perfis 1 e 2). O município escolhido deve fazer parte de uma das regiões de saúde estudadas, mas não deve fazer parte da lista de municípios selecionados, mesmo que seja na condição de segunda opção para os casos de recusa.

O objetivo do teste é identificar a assertividade das perguntas, considerando seu potencial de entendimento pelo entrevistado e de captação do conteúdo da forma mais clara e adequada às perguntas de investigação. Os roteiros serão objeto de alterações após o teste, de modo a incorporar aspectos relevantes identificados pela equipe de entrevistadores.

Esse processo também inclui avaliar a forma de aplicação do TCLE, desde a sua apresentação ao entrevistado até o preenchimento e coleta das assinaturas e rubricas. Outro ponto a se avaliar refere-se aos aspectos relacionados ao deslocamento, necessidade do material de apoio e condições do ambiente de realização das entrevistas.

O relato sobre a realização do teste está detalhado em documento anexo (**Anexo XX**) a este manual.

2. Fase de execução

2.1. Coordenação local, entrevistadores e procedimento de envio dos convites de participação

A coordenação local dos trabalhos do campo no Paraná e no Rio de Janeiro cabe, respectivamente, aos seguintes membros da pesquisa: **Elisabete de Fátima e Henrique Dias**, definidos como pontos focais. Eles deverão ser consultados para fornecer orientações complementares aos entrevistadores, solucionar problemas, esclarecer dúvidas, bem como disponibilizar e organizar o material necessário para o desenvolvimento das atividades do campo.

Preliminarmente, foram definidos os seguintes entrevistadores:

- Rio de Janeiro: Adelyne Mendes, André [Schmidt](#), Henrique Dias e Luciana Lima;
- Paraná: Brígida Gimenez, Caroline Pagani, Elisabete de Fátima Nunes, Fernanda Mendonça, Karla Ulinski, Stela Santini e Talita Bengozi.

No decorrer da fase de execução, poderão ser incluídos novos integrantes na função de entrevistadores, desde que se viabilize a sua capacitação para o desenvolvimento das atividades.

|

A operacionalização do campo inicia-se com o envio dos convites para participação dos atores mapeados e inseridos na planilha específica (ver página 10). Para garantir o devido acompanhamento dos envios dos convites e do agendamento das entrevistas, foi criado um e-mail específico dessa etapa do projeto - financiamento.aps.pma@gmail.com. Todas as

comunicações referentes ao trabalho de campo devem ser realizadas por meio deste e-mail.

O texto padrão do convite (modelo aprovado pela coordenação da pesquisa) será encaminhado pelo ponto focal, inicialmente por e-mail, com cópia para a equipe de entrevistadores, de modo que possa acompanhar e colaborar com o processo. Lembrar que todos os desdobramentos decorrentes do envio do convite devem ser registrados na planilha única de acompanhamento.

O modelo do convite pode ser acessado por meio do link: [W Modelo convite.docx](#). Os pontos focais devem selecionar os trechos presentes no modelo do convite, de acordo com o perfil do entrevistado. Também, deverão ser inseridos nome do convidado e forma de tratamento, se necessária. (Exemplo: Dra. Fulana de Tal; Exmo. Fulano de Tal)

Todos os convites deverão sair com a assinatura padrão no corpo da mensagem de e-mail:



É possível realizar um segundo contato por outros meios (telefônico, mensagem por WhatsApp, Telegram), nos casos de demora grande na resposta ao convite. Esse recurso deve ser bem avaliado pela equipe, de modo que não acabe gerando efeito contrário e inibindo a aceitação da participação do convidado.

2.2. Agendamento e realização das visitas/entrevistas

Havendo o aceite e confirmação da participação na pesquisa, na condição de entrevistado, deverá ser feito o agendamento, de acordo com a preferência e disponibilidade das partes

envolvidas. Recomenda-se que os primeiros [agendamentos](#) sejam feitos para os atores dos perfis 1 e 2; e que as entrevistas para esses perfis sejam no formato presencial, na ocasião da visita ao município.

Nesse momento, deverão ser definidos os nomes (ao menos 2) dos entrevistadores designados para realizarem a entrevista agendada. Essa informação pode ser inserida no campo 'observações' da planilha de controle de agendamentos (link disponível na página 10 deste manual).

O agendamento deve ser feito com a antecedência necessária para que o ponto focal e os entrevistadores providenciem e leiam todo o material pertinente à realização da entrevista. Deverá também haver planejamento para que sejam viabilizados os apoios financeiros previstos.

Aconselha-se que as entrevistas para os perfis 3 e 4 sejam mais curtas e, sempre que possível, realizadas de modo virtual.

A entrevista deve ocorrer, preferencialmente, em horário comercial e, se presencial, em local da estrutura organizacional da prefeitura/da secretaria de saúde/do órgão de representação da gestão do SUS. A realização da entrevista não deverá interferir na rotina e nas atividades de gestão das secretarias de saúde e das demais organizações.

A realização da entrevista deve ser feita, no mínimo, em dupla, a não ser que o entrevistado não expresse concordância. Os entrevistadores deverão se apresentar pelo nome e indicar a filiação institucional (ENSP - UEL), seguida da explanação quanto ao propósito da entrevista, ao tempo de duração, ao uso do roteiro semiestruturado (eventualmente, o roteiro pode ser mostrado/lido para o entrevistado; ver também orientação para envio prévio do formato PDF do roteiro, em caso de solicitação - página 11) e a necessidade de assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido.

Deve-se garantir tempo suficiente para que o entrevistado leia o TCLE, faça perguntas e o assine. Nesse momento, deverá também ser solicitada a autorização para a gravação da

entrevista, chamando a atenção para o compromisso da equipe da pesquisa quanto ao sigilo e proteção dos dados confidenciais.

Lembrar ao entrevistado que serão envidados todos os esforços necessários para que não haja a identificação do sujeito da pesquisa, nas ações de divulgação dos resultados e de disseminação dos produtos.

É recomendado que a dupla de entrevistadores tenha em mãos número excedente de roteiros e TCLE e que os dois entrevistadores façam, individualmente, os registros no arquivo do roteiro.

O roteiro de entrevista deverá ser integralmente preenchido com as informações iniciais sobre o ator e deverá ter as anotações dos pontos mais relevantes capturados pela equipe durante a entrevista. Preferencialmente, deverão ser exploradas todas as perguntas nele inseridas, apoiadas pelas notas e lembretes presentes no documento.

O roteiro não deve, entretanto, engessar a realização da entrevista; não devem ser feitas interrupções desnecessárias e a dupla de entrevistadores deverá estar atenta a pontos críticos das falas dos entrevistados, de modo a explorar detalhadamente os assuntos. No decorrer da entrevista, sempre promover estímulos (não constranger o ator!) para que os entrevistados forneçam as informações mais relevantes e de maneira clara.

É de suma importância lembrar das informações dos dossiês e de todos os resultados já gerados pela pesquisa (pesquisa documental e análise dos dados de financiamento da APS). A leitura prévia de todo o material, preparatória para a entrevista, é atividade obrigatória do entrevistador.

O TCLE deve ser assinado em duas vias, sendo que uma delas deverá ser entregue ao entrevistado. A outra via deve ser mantida sob guarda do entrevistador, com entrega ao ponto focal posteriormente à entrevista, de forma física e também, se possível, de forma digitalizada. A entrega dos TCLE assinados ao ponto focal pode ser realizada em bloco, ao final de todas as entrevistas agendadas.

Importante lembrar de orientar o entrevistado quanto às duas opções a serem marcadas, no que se refere às autorizações quanto à função institucional.

Todas as páginas do TCLE devem ser rubricadas pelo pesquisador responsável e pelo entrevistado, sobretudo aquela que ficará com o entrevistador. Não esquecer de preencher, no campo apropriado do TCLE, o nome do entrevistado por extenso e com letra legível.

No caso do Paraná, as vias deverão conter tanto a assinatura da coordenadora geral e a assinatura de uma das coordenadoras da UEL, instituição parceira.

No caso da realização de entrevistas no formato virtual, o ponto focal e os entrevistadores deverão ajustar o fluxo de procedimentos, garantindo conhecimento prévio ao entrevistado do conteúdo do roteiro, se requerido. Também, será preciso ter a assinatura do TCLE antecipadamente à realização da entrevista. Recomenda-se que o TCLE seja enviado por e-mail, com pedido de retorno do arquivo assinado até um dia antes do dia agendado para a entrevista.

Mesmo nos casos de entrevistas virtuais, recomenda-se a impressão do roteiro semiestruturado que será aplicado (um roteiro para cada integrante da equipe de entrevistadores participantes da sessão virtual), facilitando as anotações e todo o preenchimento do documento ao longo da conversa. Outra justificativa para essa recomendação é a redução do risco de sobrecarga nos dispositivos em que serão realizadas as entrevistas.

Entrevistas virtuais precisarão ser comunicadas com antecedência, de modo que seja possível realizar o agendamento das salas virtuais (Zoom do PMA/VPPCB/Fiocruz ou Google Meet da UEL). Pede-se que uma solicitação de agendamento seja feita ao ponto focal com uma antecedência mínima de 7 dias.

A gravação da entrevista, quando autorizada, deve ser realizada com gravador digital fornecido pelo projeto. Recomenda-se que sejam utilizados pelo menos dois gravadores na mesma entrevista, assegurando minimização do risco de perdas decorrentes de problemas técnicos. Importante lembrar de preparar o gravador previamente, garantindo manuseio adequado e carregamento suficiente das baterias.

Alternativamente, em casos especiais, poderão ser feitas gravações por Apps de aparelhos celulares. No entanto, deve-se ter preocupação quanto à transmissão das informações, considerando a possibilidade de interceptação, hackeamento etc.

Quando ocorrer de as equipes de entrevista realizarem o campo no mesmo dia, utilizar um gravador digital para cada visita e adicionar o uso de um app de gravação pelo celular. Sempre, em todos os casos previstos para o uso de app, fazer a opção pelo ‘modo avião’.

O uso de Apps de gravação pelo celular deverá ser comunicado previamente aos pontos focais, para deliberação junto à coordenação do projeto.

Com o objetivo de organizar o processo de transcrição dos áudios, pede-se que a gravação seja iniciada com uma fala padrão do entrevistador, indicando seu nome, data e local de realização da entrevista, bem como o nome do entrevistado.

Atentar para o fato de que o entrevistado pode recorrer a outras pessoas da sua equipe para participação na entrevista (desde o início ou de forma inesperada, no decorrer da conversa, estimulado por uma pergunta feita e que ele se sentiu inseguro em responder). Essa situação exige adequações na dinâmica da entrevista, devendo ser esclarecida a necessidade de que todos os participantes assinem o TCLE e esteja cientes dos propósitos do estudo, bem como autorizem a gravação.

Em casos assim, os entrevistadores podem também recorrer à estratégia de convidar os participantes adicionais para uma entrevista subsequente, registrando o ponto para o qual ele poderá contribuir e recomendando que a entrevista prossiga apenas com o entrevistado original.

Se a entrevista ainda assim ocorrer com a participação de mais de uma pessoa, precisarão ser providenciados recursos de identificação dos participantes adicionais durante a gravação da entrevista, se autorizada (de modo que seja possível vincular a fala ao sujeito na transcrição do áudio). Nesses casos, o roteiro poderá também apoiar a equipe de entrevistadores nos registros de falas relevantes (associando-as aos nomes dos participantes).

Quando a gravação das entrevistas não for autorizada, os entrevistadores deverão realizar o máximo de registros possível no Roteiro. É recomendado informar ao entrevistado que a conversa pode demandar um tempo maior de duração.

Para fins de produção de evidências da realização das atividades de campo pela equipe, pode-se avaliar a possibilidade de registros fotográficos da equipe nas visitas. Importante lembrar, no entanto, das regras instituídas pelo PMA quanto ao uso da imagem capturada nessas ocasiões. Deverá ser realizado o preenchimento da ficha de créditos de imagens e audiovisuais, informando o local do registro, quem o realizou e descrever a imagem.

A ficha pode ser acessada aqui: [W Ficha de créditos imagens e audiovisuais PMA.docx](#) .

ATENÇÃO! É expressamente proibido o registro fotográfico do momento das entrevistas e dos entrevistados.

2.3. Atividades pós-entrevistas e elaboração do diário de campo

Após a realização das entrevistas, a equipe de entrevistadores deverá entregar ao ponto focal (sugere-se entrega em bloco ou ao final de todo o processo) os impressos dos roteiros semiestruturados com as anotações e registros realizados; e dos TCLE devidamente assinados. É desejável que a entrega também ocorra na forma digitalizada, porém a digitalização poderá ser realizada pelo ponto focal.

Outra entrega que deve ser feita é a dos comprovantes das despesas realizadas durante os deslocamento para as visitas/entrevistas. Recomenda-se que os comprovantes sejam

entregues organizados cronologicamente e separados por eventos de deslocamento (exemplo: comprovantes das despesas de viagem para o município X, estado do XX, em XX/XX/2022).

A entrega dos arquivos dos áudios das entrevistas ocorrerá mediante o seu upload em uma pasta correspondente ao estado, na nuvem (Google drive) do projeto: [Gravações Paraná](#) e [Gravações Rio de Janeiro](#). Diferentemente das outras entregas, os arquivos dos áudios deverão ser transferidos tão logo seja possível. Sugere-se não ultrapassar 24 horas após o dia da realização da entrevista. Para fins de padronização, deve-se nomear o arquivo da seguinte maneira:

- No caso do Paraná: exemplo - PR_Londrina_Perfil1_04jun22
- No caso do RJ: exemplo - RJ_Duque_de_Caixas_Perfil2_13jul22

Os pontos focais deverão elaborar uma planilha de controle das entregas dos arquivos físicos e digitalizados, registrando a data e o nome do entrevistador que realizou a entrega. Todo o material deve ser conferido pelo ponto focal no ato da entrega. No caso dos arquivos digitalizados, o envio deve ser para o e-mail do projeto financiamento.aps.pma@gmail.com.

Os entrevistadores terão como atividade pós-entrevista a elaboração de um diário de campo individual, que visa apoiar o entrevistador no registro das impressões imediatamente posteriores à realização da entrevista. Entende-se que o diário poderá contribuir fortemente com o processo analítico, já que os registros nele feitos permitirão recuperar elementos contextuais que permearam a conversa e a visita ao município.

Sugere-se que os seguintes pontos sejam registrados, sucintamente, no diário de campo: quem foi entrevistado, duração da entrevista, local de ocorrência, relato do ambiente/condições de realização da conversa, impressões sobre o interesse do entrevistado em fornecer as informações/responder as perguntas, considerações sobre pontos positivos e negativos da entrevista, sinalização e providências tomadas para os casos de a entrevista ter contado com a participação de mais alguém além do

entrevistado, pontos que ficaram em aberto etc. É desejável que o entrevistador redija, ao fim, um comentário de avaliação da entrevista realizada.

Esses pontos estruturam o modelo de Diário de Campo que está disponível no Google Drive da pesquisa [W Modelo diário de campo.docx](#) e que deve ser utilizado para preenchimento. Recomenda-se que o modelo do Diário de Campo seja impresso e incluído com os demais materiais de entrevista (Roteiro e TCLE), no processo de organização da ida ao campo.

Assim como nos demais casos, o entrevistador deverá entregar os diários de campo ao ponto focal, na versão impressa preenchida e, se possível, a versão digitalizada (por e-mail).

2.4. Apoio financeiro ao trabalho de campo

O projeto tem um orçamento destinado ao custeio das despesas referentes ao trabalho de campo, incluindo o pagamento de diárias (inteiras e meias), adicional de deslocamento e passagens terrestres. Também, previu-se a aquisição, em caso de necessidade, de material de consumo, como cartucho para impressoras, caneta, papel, pastas, pranchetas etc, além da possibilidade, também se for necessário, de compra de gravadores. Parte dos recursos previstos será destinada à contratação de serviços de transcrição dos áudios das entrevistas.

O fluxo de solicitação do apoio inicia-se com o levantamento da demanda junto aos pontos focais do campo, que irão organizar e encaminhar o pedido de apoio por e-mail à equipe de gestão do PMA. A intermediação com a Fiotec (executora dos recursos financeiros dos projetos apoiados pelo PMA/VPPCB/Fiocruz) é feita exclusivamente pela equipe de gestão do PMA.

No caso do pagamento de diárias/adicional de deslocamento, as solicitações devem explicitar o motivo/justificativa da solicitação (por exemplo: para a realização de trabalho de campo, coleta de evidências), e trazer as informações relativas a cada beneficiário, conforme a seguir:

Nome completo:
E-mail:
Telefone:
Período (datas das diárias):
Quantidade de diárias (informando se inteira ou meia):
Valor da diária (segundo tabela Fiotec): R\$
Dados bancários (banco/agência/conta):

Os pedidos devem ser encaminhados pelos pontos focais para a equipe de gestão do PMA (pma@fiocruz.br) com uma antecedência de 7 a 10 dias da data da viagem/deslocamento. Assim, sugere-se que a equipe de entrevistadores organize a visita pelo menos 15 dias antes, repassando as informações supramencionadas aos pontos focais por e-mail (financiamento.aps.pma@gmail.com).

Em relação aos valores, o orçamento do projeto estabeleceu o valor de R\$350 (trezentos e cinquenta reais) para uma diária inteira (paga quando inclui pernoite), tendo como limite o pagamento de 50 (cinquenta) diárias inteiras. Deslocamentos com retorno no mesmo dia (sem pernoite) podem ser apoiados com meia diária. O adicional de deslocamento é de R\$ 120 (cento e vinte reais), pago ao beneficiário, por viagem, em parcela única (não é por dia; ou seja, o valor é o mesmo independentemente do número de dias da viagem). Esses valores obedecem a tabela atualmente instituída pela Fiotec e não podem ser incrementados.

Por recomendação da equipe de gestão do PMA, não devem ser feitos pedidos de reembolso de despesas de campo, uma vez que as regras da Fiotec exigem tomada de preços com no mínimo três fornecedores. Imediatamente após o retorno da equipe de entrevistadores, cada beneficiário deverá preencher um relatório de viagem (modelo Fiotec a ser enviado pela equipe de gestão do PMA), para fins de comprovação.

Desse modo, pede-se que mantenham a posse de todos os comprovantes das despesas realizadas com os recursos, caso seja necessária a apresentação junto com o relatório. O envio do relatório é feito diretamente pelo beneficiário do apoio à equipe do PMA, porém pede-se que os pontos focais sejam colocados em cópia na ocasião do envio.

As demandas referentes às aquisições de insumos e de gravadores, bem como da contratação do serviço de transcrição dos áudios das entrevistas serão levantadas e encaminhadas pelos pontos focais, em conjunto com a coordenação do projeto. O valor máximo orçado para os insumos e gravadores é de R\$ 4.000,00. Para as transcrições, R\$ 5.000,00. A princípio, não faremos uso dos recursos destinados ao pagamento de passagens terrestres, conforme inicialmente previsto. Posteriormente, podemos encaminhar um remanejamento orçamentário.

3. Fase de finalização

A fase de conclusão do campo direciona-se, prioritariamente, aos pontos focais, responsáveis pela organização, checagem e arquivamento de todo o material resultante das atividades. Deverão ser conferidos e sistematizados todos os TCLE, roteiros e comprovantes de despesas, em suas versões impressas e digitalizadas, de modo que estejam devidamente preenchidos e identificados.

As gravações dos áudios das entrevistas deverão ser parcialmente ouvidas, de modo a conferir e assegurar a qualidade do som. Se constatada má qualidade do arquivo do áudio, o ponto focal deverá solicitar a gravação reserva (por isso, a importância de mais de um gravador digital em uso concomitante ou o app do celular).

Quanto à sistematização do conteúdo dos diários de campo, encorajamos a realização de ‘rodas de conversa’ ou ‘oficinas’ da equipe de pesquisa, em setembro de 2022. O objetivo é de compartilhamento e troca das impressões e experiências vivenciadas durante as visitas e entrevistas, bem como realizar um certo ‘balanço do campo’.

Outra atividade da fase de finalização consiste no encaminhamento dos áudios para transcrição, embora seja possível dar início às remessas ainda durante a fase de execução. Essa definição fica condicionada ao formato de contratação do serviço pela Fiotec (possibilidade de realizar aditivo contratual ampliando o número de minutos contratados).

O contato com a empresa contratada para o serviço de transcrição deve ocorrer exclusivamente por meio do e-mail do projeto (financiamento.aps.pma@gmail.com).

Apêndices

I - Relato sobre a realização do teste do instrumento e treinamento da equipe

Em 31 de maio de 2022, as entrevistadoras do Paraná realizaram o teste piloto do instrumento de pesquisa (roteiros 1 e 2), para avaliação da adequação e qualidade, além de realização do treinamento da equipe. A atividade foi realizada em Cambira, município da macrorregião norte do Paraná, pertencente a 16ª regional de saúde do Paraná (cuja sede é Apucarana). Sua escolha se deu por sugestão de informante-chave no campo do Paraná e pelo fato de o município não pertencer à lista dos municípios selecionados..

Realizou-se as atividade de preparação prévia do material, incluindo a elaboração do dossiê municipal, anteriormente preenchido e analisado; a checagem e impressão dos roteiros de entrevista (1 e 2); e dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Participaram do teste cinco pesquisadoras (duas professoras e três doutorandas), que visitaram o referido município, sendo as responsáveis pela realização das entrevistas e anotações. Os diálogos foram gravados mediante aprovação prévia dos entrevistados, registrada pela assinatura dos TCLE. Para as gravações, foram usados celulares em “modo avião” (na ocasião do teste, os gravadores ainda não haviam sido disponibilizados).

Foram entrevistadas, individualmente, a secretária de saúde e a coordenadora de Atenção Básica (AB) por meio do Roteiro 1; e ainda a assessora de compras e licitações e a diretora financeira, de maneira conjunta, com o Roteiro 2. Os procedimentos tiveram duração aproximada de uma hora e meia.

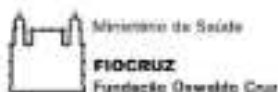
Finalizadas as entrevistas, as pesquisadoras identificaram a necessidade de promover alterações em ambos os roteiros, reunindo-se em espaço protegido para discutir as propostas de modificações. Estas alterações foram novamente discutidas com os pesquisadores responsáveis pelas entrevistas, do Paraná e Rio de Janeiro, em reunião online, para concluir as modificações sugeridas.

Após o teste, decidiu-se pela reorganização dos roteiros em 3 blocos: (1) Modelo de Atenção; (2) Modelo de Gestão; (3) Emendas Parlamentares. As perguntas dos roteiros foram renumeradas de forma sequencial e contínua.

Avaliou-se a importância de elaboração e discussão prévia dos dossiês e da necessidade de realizar antecipadamente personalizações dos roteiros originais, verificando caso a caso.

APÊNDICE B

Dossiê municipal



Projeto: 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

Etapa de campo - Dossiê municipal

Estado:

Município:

Macrorregião/Região de Saúde:

Número de habitantes/Porte Populacional:

Bloco 1. Caracterização preliminar da equipe gestora da saúde municipal | atual/prefeitura

Nome do secretário de saúde:

Tempo no cargo:

Formação profissional:

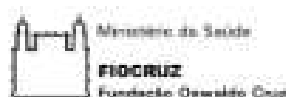
Filiação partidária (se houver):

Composição da equipe dirigente na saúde municipal (foco na AB/APS):

Organograma da SMS:

Informações sobre o prefeito: (nome, partido, formação, trajetória - dados eleitorais TSE)

Outras anotações relevantes:



Bloco 2. Indicadores socioeconômicos selecionados

IDH

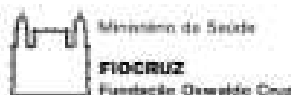
Renda

Saneamento

IVA - Indústria, Comércio e Serviços, Adm. Pública e Agropecuária

Outras informações relevantes:

I

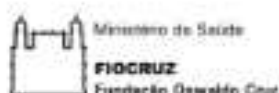


Bloco 3. Indicadores da rede de Atenção Primária à Saúde

Retrato atual (dados mais recentes disponíveis) e Série histórica (2016-2021)

- número de unidades de saúde
- número de equipes (ESF e EAP, saúde bucal) e ACS;
- cobertura
- informações sobre adesão aos programas federais

Outras informações relevantes:



Bloco 4. Indicadores de financiamento da APS

Série histórica 2015-2020 – média e outros cálculos

- Despesa municipal em APS per capita;
- Participação da despesa municipal em APS;
- "Participação das transferências por emendas para a APS na transferência total do MS para a APS";
- Participação das transferências por emendas para a APS no gasto total dos municípios em APS

Outras informações relevantes:

APÊNDICE C

Modelo de Diário de Campo



Projeto: 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.

Diário de campo individual

Nome do entrevistador:

Local, data e hora da entrevista:

Quem foi entrevistado? (Nome e cargo/perfil)

Entrevista com mais de uma pessoa simultaneamente?

1. Relato das impressões do ambiente/condições de realização da conversa (presença de barulho, movimento de pessoas, interrupções; limpeza, conforto das instalações, estrutura física permitiu o bom andamento da conversa?)

2. Comentário sobre o interesse do(s) entrevistado(s) em fornecer as informações, em responder as perguntas (receptividade do entrevistado; passou segurança nas falas/afirmações?)

3. Listar pontos positivos e negativos da entrevista. Considera que ficou alguma questão não suficientemente esclarecida? Se sim, qual?

4. Relato das providências tomadas para os casos de a entrevista ter contado com a participação de mais alguém além do entrevistado. (Escrever 'não se aplica', caso essa situação não tenha estado presente).

5. Outras impressões e percepções que considere relevantes?



Em síntese, como você avalia a entrevista realizada? Apresente um comentário avaliativo final (qual o balanço que você faz?), respeitando o esboço abaixo:

Diário preenchido pelo pesquisador

APÊNDICE D

Roteiro de entrevistas

Roteiro de entrevista

- Perfil 1. Gestor/Tomador de decisão -

Dados do entrevistado:

Nome:

Data de nascimento:

Sexo:

Formação:

Conte-me sobre a sua trajetória profissional

- Formação complementar (especialização, mestrado, doutorado):
- Cargo:
- Tempo no cargo:
- Experiência anterior na gestão

Bloco 1. Modelo de Atenção à Saúde

1. O que é APS para você? Como você vê o papel da APS no sistema de saúde? (Nota: explorar sentidos da APS abrangente e focalizada).
2. Como vê o papel da Estratégia Saúde da Família na organização da APS? Quais os desafios para a consolidação da ESF (no que se refere aos seus atributos) na prática? Como vê o papel: eAP, eSB, Nasf, ACS na organização da APS? (Nota: explorar cada um dos pontos).
3. Como você vê o papel do Programa Previne Brasil? Você sentiu reflexos desse programa na APS no seu município depois que foi implantado pelo Ministério da Saúde?
4. Como está organizada a APS do seu município? (Nota: explorar projetos específicos, ações intersetoriais, processo de trabalho das equipes SF, NASF, Saúde Bucal, ACS - foco no trabalho interprofissional? No território? Existência de apoio matricial, apoio institucional).
5. Na sua experiência, houve alguma alteração na organização da APS no município, a partir de 2017, devido às políticas ou regras federais do SUS? Se sim, você poderia citar exemplos



do que mudou? A que você atribui essa(s) mudança(s)? (Nota: implantação ou fechamento de novas equipes/serviços, por exemplo). (Nota: caso o entrevistado não fale, fazer menção explícita à PNAB, Previne, EC 86/2015 e EC 95/2016).

6. O município recebeu recursos federais para enfrentamento da pandemia de Covid-19? Como ele foi aplicado? (Nota: explorar os efeitos sobre a organização da APS: reorganização da atenção, implantação de serviços, integração entre vigilâncias e atenção).

7. O município fez adesão ao Programa Médicos pelo Brasil? A questão de provimento de médicos é um problema? Como foi ou está em seu município a transição entre o Programa Mais Médicos (PMM) e Programa Médicos pelo Brasil (PMPB)?

8. Como é feito o monitoramento e avaliação da APS no município? (Nota: existência de prontuário eletrônico, de sistemas (softwares) e uso de indicadores para monitoramento e avaliação de ações/projetos/serviços)? Houve alteração nesse processo decorrente das novas regras de financiamento do SUS? Quais foram os desafios e facilidades?

9. Quem participa do monitoramento e avaliação? (Nota: gestão, profissionais, controle social)

Bloco 2. Modelo de Gestão

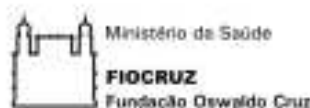
10. O município conta com um setor de gestão do trabalho/Recursos Humanos? Quais estratégias têm sido usadas para provimento da força de trabalho? Essas estratégias têm relação com as mudanças das regras federais (PNAB 2017)? Quais os principais desafios na área da gestão do trabalho (dimensionamento; rotatividade; escassez e distribuição de profissionais)?

11. Após as alterações na normatização da APS (PNAB/2017; Previne Brasil) houve mudança na forma de contratação/vínculo de profissionais (ACS, profissionais do NASF, médicos 40h) (questionar sobre cada programa especificamente). Houve mudança na forma de atuação dos profissionais dessas equipes? (pedir para dar exemplo de cada programa NASF, ESF, PACS). Se sim, percebe efeitos para a oferta/organização e produção dos serviços e na assistência à população?

12. Quais formas de contratação, de vínculo e de regime de trabalho são adotadas pelo município na APS? Ocorreu alguma mudança com a pandemia? (Nota: explorar a questão da flexibilização da carga horária contratual como vantagem ou limite, terceirização, pejotização).

13. 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. Se sim, são utilizados indicadores para avaliar o cumprimento dos indicadores de desempenho relativos ao Previne Brasil? (Em caso positivo, explorar como faz).

14. Como é definida a adesão aos programas federais/estaduais (quem participa das decisões, que critérios são considerados/ é avaliado custo/benefício para o município/população usuária)?



15. Como as instâncias de governança (CIR, CIB) participam no processo decisório de adesão dos municípios aos programas e estratégias direcionados à APS? Que pautas são levadas para a CIR e a CIB? (Nota: explorar como as pautas da CIR e CIB são definidas e como ocorre a participação do município nesse sentido).

16. Como a SES (e suas regionais) e o COSEMS participam da gestão da APS? (Nota: existência de apoio/colaboração/monitoramento, informativos, estabelecimento/incentivo de relações solidárias entre os municípios).

17. Existe co-financiamento estadual para a APS? Se sim, ele é complementar ou diferente dos incentivos federais? (Nota: existe definição e monitoramento de indicadores de desempenho? Se sim, explorar quais são).

18. Você acompanha a participação das emendas parlamentares (EP) no financiamento federal do SUS? (Caso a resposta seja não, podemos pular as questões sobre a temática EP e encerrar).

Bloco 3. Emendas Parlamentares

(SOMENTE PARA QUEM RESPONDEU POSITIVAMENTE À PERGUNTA 18)

19. Como o município se articula para captação dos recursos de emendas parlamentares para a saúde? Quem são os responsáveis pela captação no município? (principais atores envolvidos). Explorar os seguintes pontos relacionados a processos e fluxos:

- Como é estabelecido o contato e a negociação com os parlamentares? Trata-se de um contato regular ou esporádico?
- Os parlamentares/mandatos participam na definição do objeto financiável? Se sim, a participação do parlamentar foi ao encontro das necessidades e da decisão da equipe técnica? Caso negativa, pedir para relatar a situação.
- Como é a participação do prefeito (a) e secretário (a) de saúde no processo de negociação das emendas?
- No processo de negociação das emendas federais, há a participação de deputados (as) estaduais e vereadores?

20. No município, o alinhamento político da gestão municipal com os parlamentares proponentes das EP e/ou com o governo federal tem favorecido a captação de recursos? Você percebe alguma orientação partidária em relação à alocação de emendas? Ou o município capta recursos de EP para a saúde de parlamentares de diferentes espectros ideológicos?

21. Há discussão, negociação e aprovação acerca do uso dos recursos de EP por instâncias de gestão colegiada (CIR, CIB ou consórcio)? Se sim, como é o fluxo? Quais as principais tensões? (Pedir exemplos das possíveis tensões).

22. Quem são os atores da SMS envolvidos no processo de cadastramento e monitoramento das propostas nos sistemas do Fundo Nacional de Saúde (FNS)? O município sentiu necessidade de fazer mudanças nessa organização nos últimos anos, como por exemplo compor equipes específicas ou contratar consultorias?



23. Nos últimos anos, algumas mudanças têm ganhado relevância no debate sobre o financiamento do SUS, como o Novo Regime Fiscal, também conhecido como a EC 95/2016 e o Programa Previnde Brasil na atenção básica. Considerando a execução obrigatória de emendas parlamentares nesse conjunto de mudanças, seria possível identificar alguns reflexos na gestão municipal do SUS? Quais? (abordar se recorda como era antes da impositividade, se entende como isso interferiu no volume de recursos recebidos, ser impositiva ou não)

24. Qual sua visão sobre a participação das emendas parlamentares no financiamento federal do SUS? E na APS? Como considera os critérios/a forma de distribuição dessa fonte de recursos? Você percebe diferenças?

25. Você vê vantagens/desvantagens desta forma de transferência, frente aos recursos provenientes de receitas programáticas? Percebe se há regularidade no recebimento dos recursos captados via EP nos últimos anos? Como avalia as consequências desta modalidade de financiamento para a o planejamento das ações? Poderia citar algum exemplo?

26. As emendas parlamentares para a saúde têm contribuído para atender as necessidades da população em seu município? E da APS, de maneira mais específica? (Se nesta tivermos resposta fechada, perguntar o porquê)

27. Os recursos recebidos de EP interferem/repercutem sobre a organização da APS? Como isso ocorre? (Nota: ampliação de serviços, compra de materiais e equipamentos, adequação/melhoria de espaços/construção de unidades. Explorar o quanto de recursos de emenda de investimentos o município recebeu e o que foi feito com esses recursos - ver Dossiê).

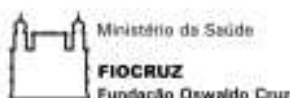
28. As transferências de recursos recebidas por EP repercutiram sobre a contratação de serviços de saúde? E da APS? Houve pagamento de prestação de serviços (médicos/odontológicos/de enfermagem) com recursos de emendas? (Nota: Ocorrência da pejetização ou outros formatos de terceirização/relação trabalhista como saída para o provimento de RH com recursos de EP).

29. Como foi definido o uso dos recursos das emendas parlamentares recebidas pelo município? Há especificidades para a APS? Como são feitas/planejadas essas ações (quais critérios)? O PMS é considerado para a aplicação dos recursos provenientes das EP? E o controle social? (Nota: Explorar como são definidos os objetos das emendas, se consideram o PMS e CMS neste processo).

30. Como é feita a incorporação dos recursos de EP ao orçamento municipal (é previsto ou são feitos ajustes posteriores à aprovação do orçamento)?

31. Há algum tipo de planejamento e acompanhamento diferenciado para as emendas de custeio e de investimento? Como é feito? (Nota: destacar as especificidades do uso dos recursos de EP).

32. Como são executadas as EP de PAB/PAP (Piso da Atenção Primária) (custeio)? São elaborados planos de aplicação para as emendas de custeio? Existe dificuldade para execução das EP de PAB (custeio)? (pedir para descrever com que se gasta, quais as dificuldades, se há clareza com que pode ou não gastar)



33. Com que fonte de recursos o município realiza obras e compra de equipamentos? (Explorar se há ou não o uso de EP para essas ações, se há predomínio das emendas neste processo).

34. Como são executadas as EP de estruturação (investimento)? Existe dificuldade para execução das EP de estruturação (investimento)? Se sim, quais? (Nota: abordar separadamente a execução de obras e aquisição de equipamentos. Para equipamentos, que critérios foram utilizados para definição dos itens solicitados? Todos os equipamentos adquiridos estão em uso?).

35. Os itens financiáveis por EP (cardápio proposto pelo MS) atendem às necessidades de seu município? Os valores sugeridos para os respectivos itens são suficientes? (Nota: investigar se geralmente há necessidade de contrapartida municipal para execução do objeto).

36. Qual o tempo médio de execução das propostas? Quem participa do monitoramento e avaliação? Há participação do controle social? Se sim, de que forma? No seu município, existem propostas não executadas com os recursos recebidos por EP? Por quê?

37. Como é feita a prestação de contas dos recursos recebidos por EP? (Exemplos: aprovação do conselho e relatório de gestão, abordar para ambos os tipos: investimento e custeio).

38. O que vocês recebem de emenda parlamentar, de alguma forma contribui para a redução dos investimentos com recursos próprios por parte do município nas despesas com a saúde? (Refere-se ao mínimo de 15% estabelecido pela lei 141/12, investigar também se mesmo não impactando sobre os 15%, houve menor investimento de recursos próprios na APS, direcionando em outras áreas, como atenção especializada ou vigilância)

39. Os consórcios intermunicipais de saúde têm participado da captação de recursos de EP? Como? Quais as vantagens e desvantagens da articulação via consórcio?

APÊNDICE E

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)



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

Rubrica pesquisador:

Rubrica participante: _____



atividade profissional (função de gestão) desenvolvida, e do reduzido número de pessoas que serão entrevistadas.

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

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

Prof. Dra. Luciana Dias de Lima

Pesquisadora – e-mail: luciana@ensp.fiocruz.br

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

Página 2 de 3

Rubrica pesquisador:

Rubrica participante: _____



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

Paraná, ____ de _____ de 2022.

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)

Fernanda de Freitas Mendonça Pesquisadora do Projeto (UEL/PR)

Nome completo do entrevistado

Assinatura do entrevistado

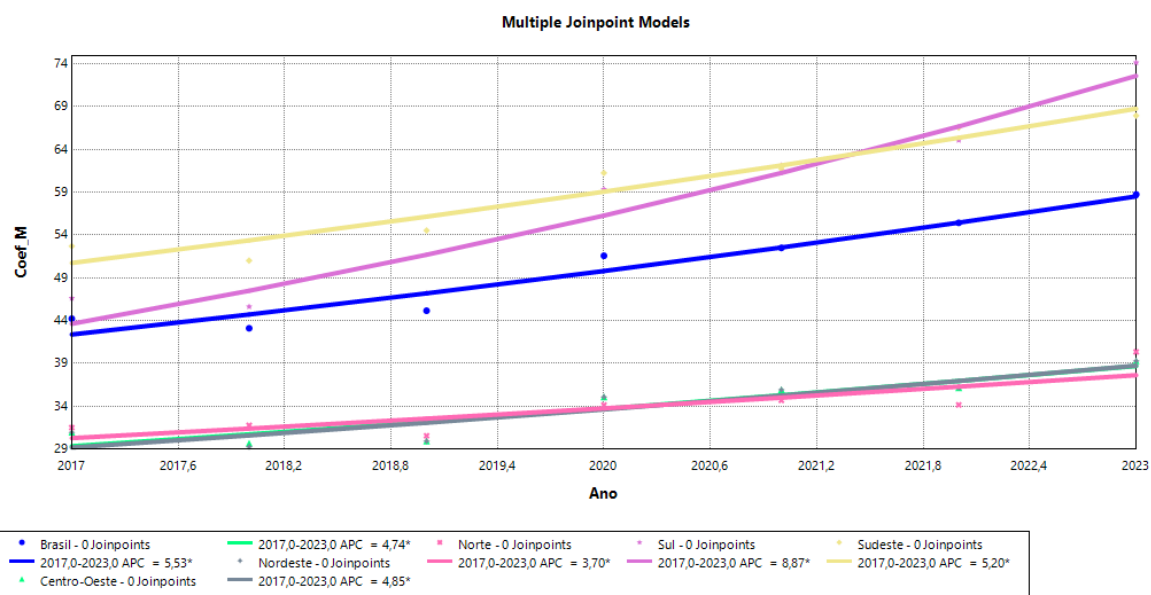
Rubrica pesquisador: _____

Rubrica participante: _____

APÊNDICE F

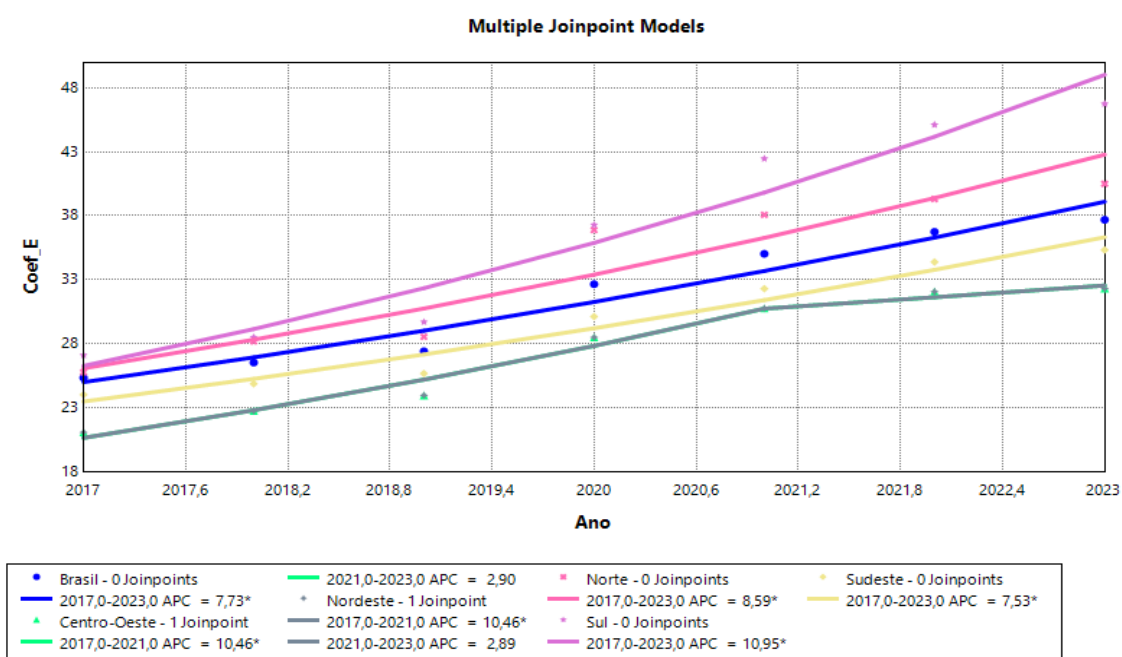
Gráficos complementares das análises quantitativas (modelos de Joinpoint e teste de Kruskal-Wallis)

Gráfico 1. Tendência temporal das lotações de médicos na Atenção Primária à Saúde de municípios de grande porte segundo modelos de Joinpoint. Brasil e regiões, 2017 a 2023.



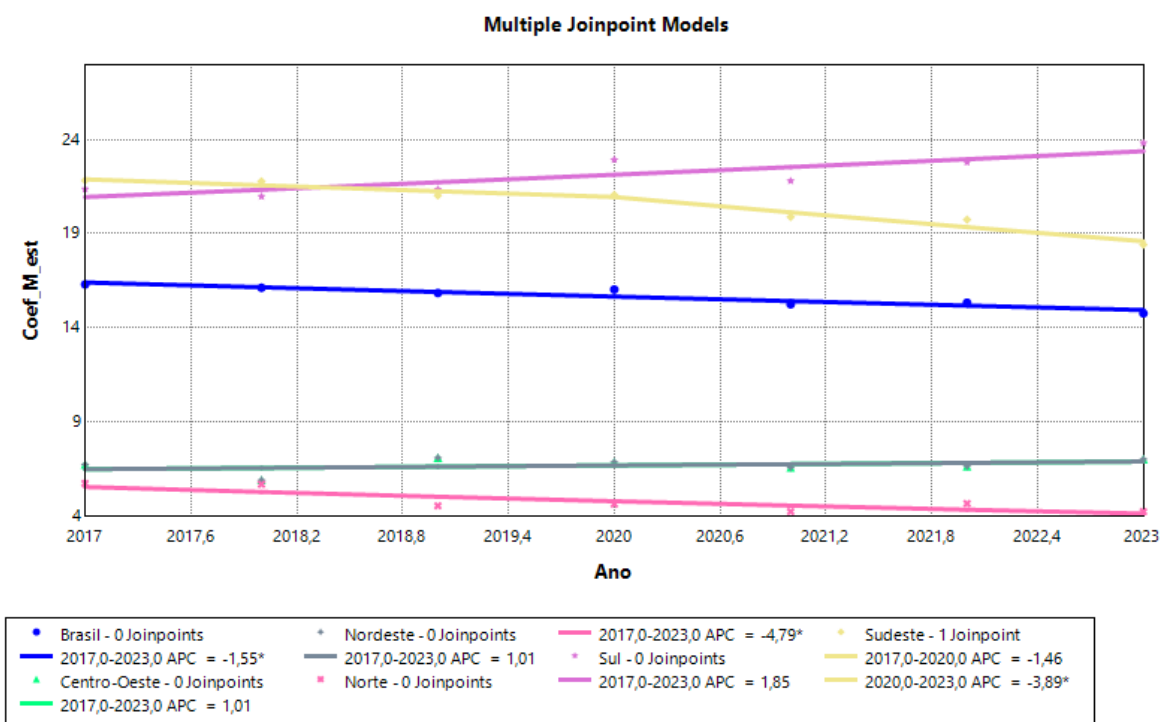
Fonte: Elaboração própria, a partir de dados do CNES.

Gráfico 2. Tendência temporal das lotações de enfermeiros na Atenção Primária à Saúde de municípios de grande porte segundo modelos de Joinpoint. Brasil e regiões, 2017 a 2023.



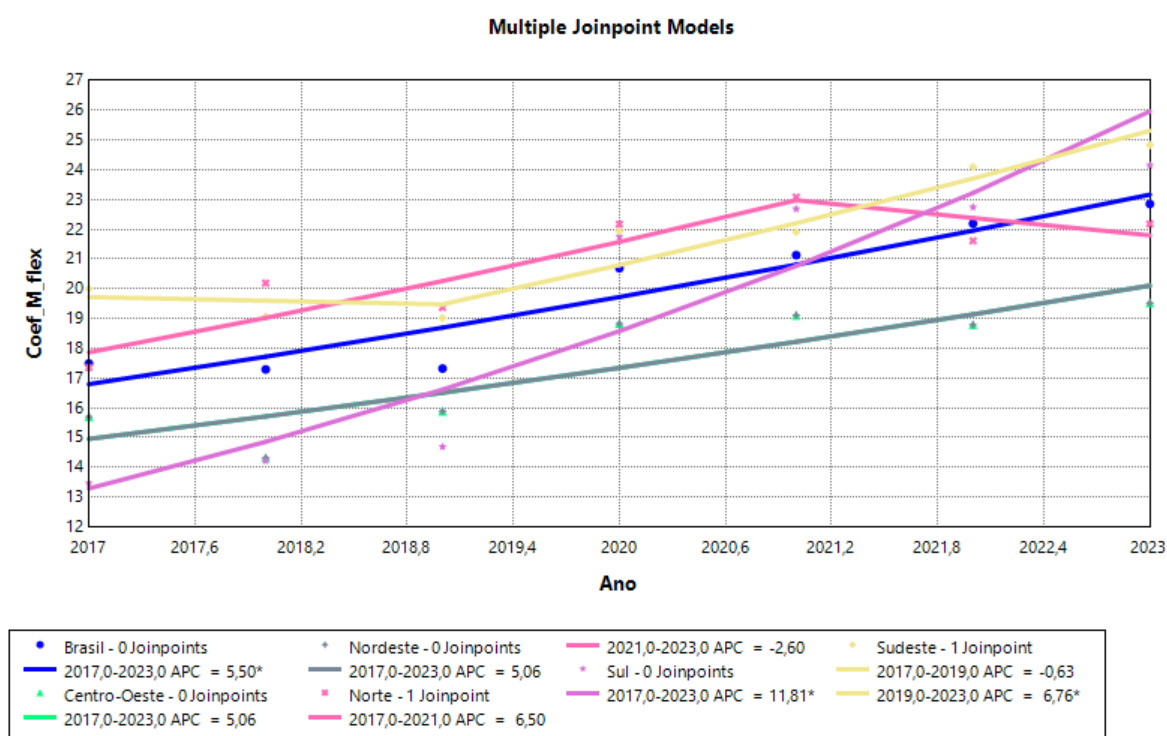
Fonte: Elaboração própria, a partir de dados do CNES.

Gráfico 3. Tendência temporal das lotações de médicos com vínculo estatutário na Atenção Primária à Saúde de municípios de grande porte, segundo regiões, estimada por modelos de Joinpoint, Brasil, 2017–2023



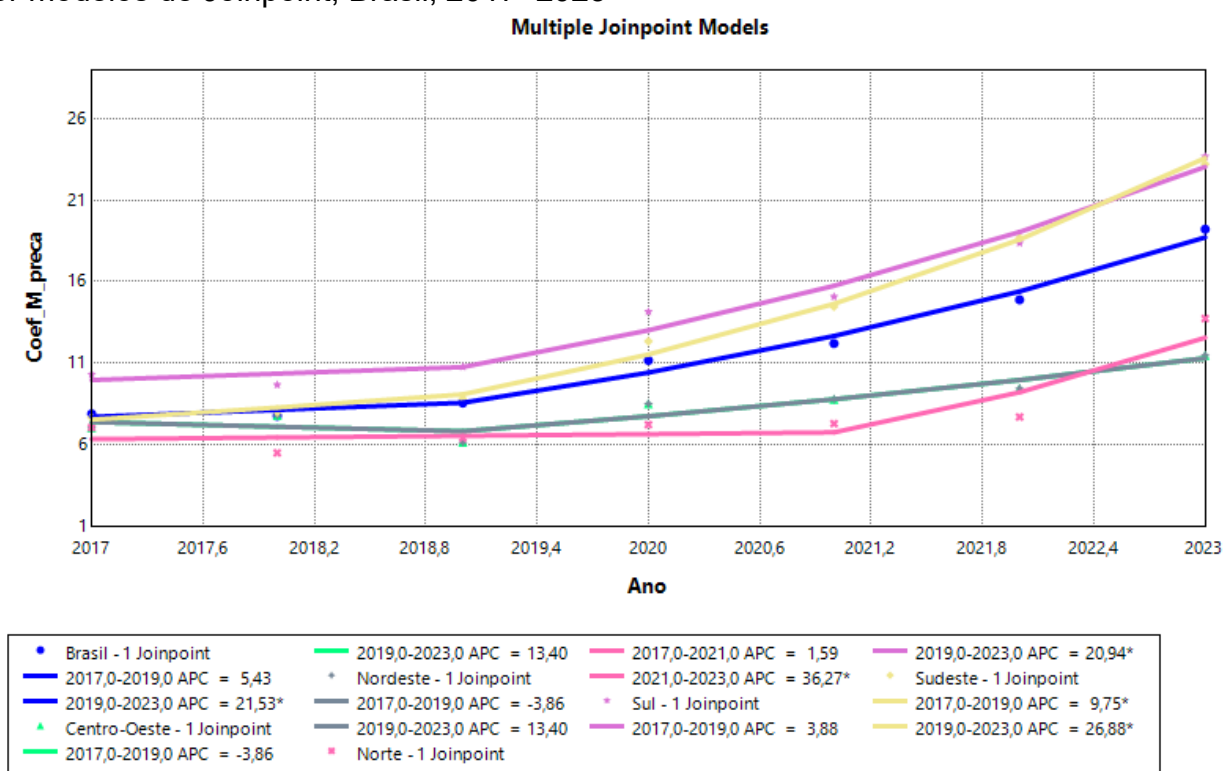
Fonte: Elaboração própria, a partir de dados do CNES

Gráfico 4. Tendência temporal das lotações de médicos com vínculos flexíveis na Atenção Primária à Saúde de municípios de grande porte, segundo regiões, estimada por modelos de Joinpoint, Brasil, 2017–2023



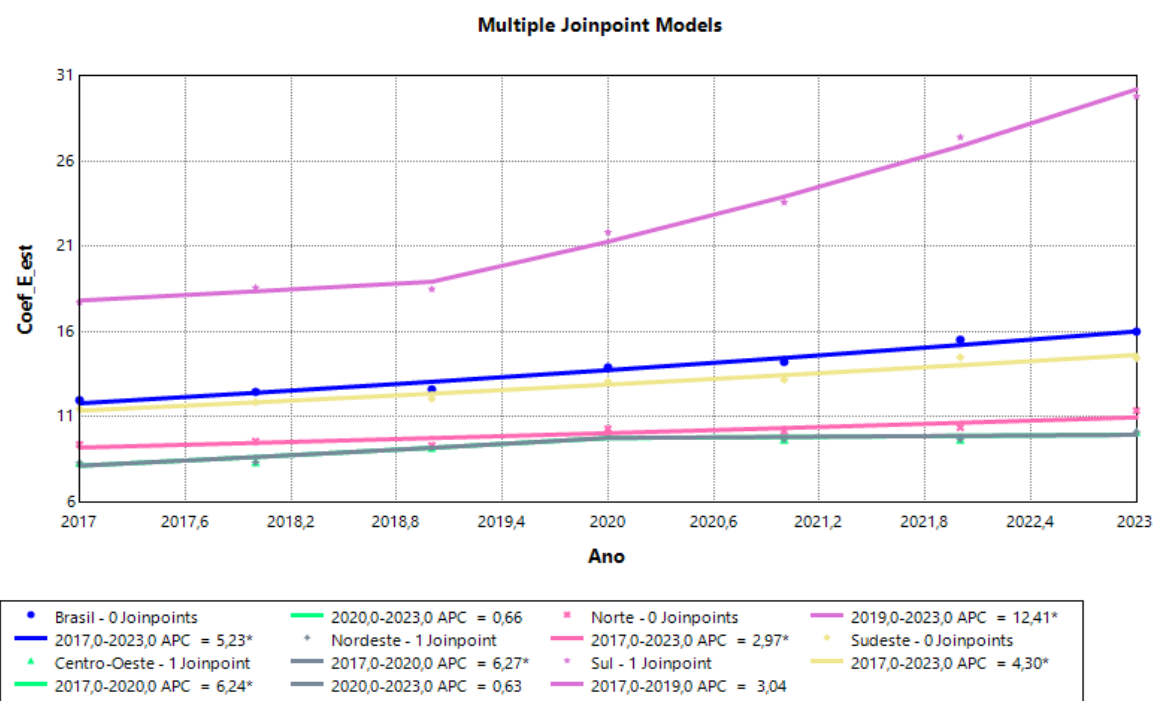
Fonte: Elaboração própria, a partir de dados do CNES

Gráfico 5. Tendência temporal das lotações de médicos com vínculos precários na Atenção Primária à Saúde de municípios de grande porte, segundo regiões, estimada por modelos de Joinpoint, Brasil, 2017–2023



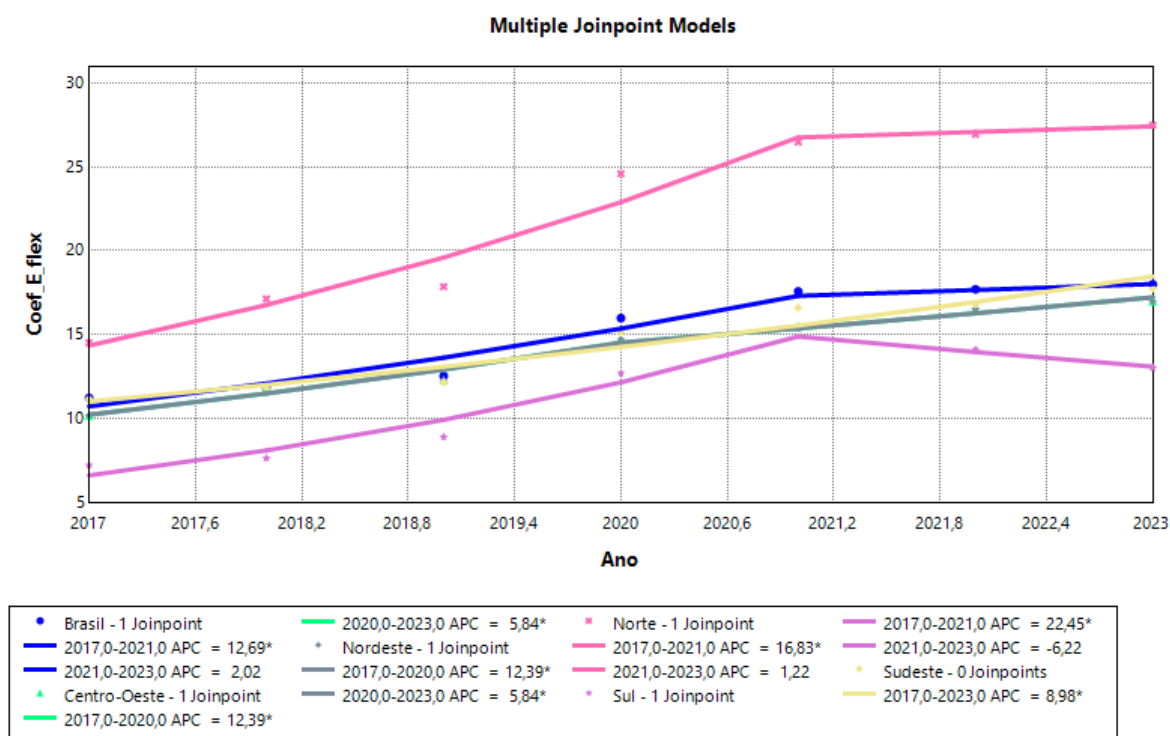
Fonte: Elaboração própria, a partir de dados do CNES

Gráfico 6. Tendência temporal das lotações de enfermeiros com vínculo estatutário na Atenção Primária à Saúde de municípios de grande porte, segundo regiões, estimada por modelos de Joinpoint, Brasil, 2017–2023



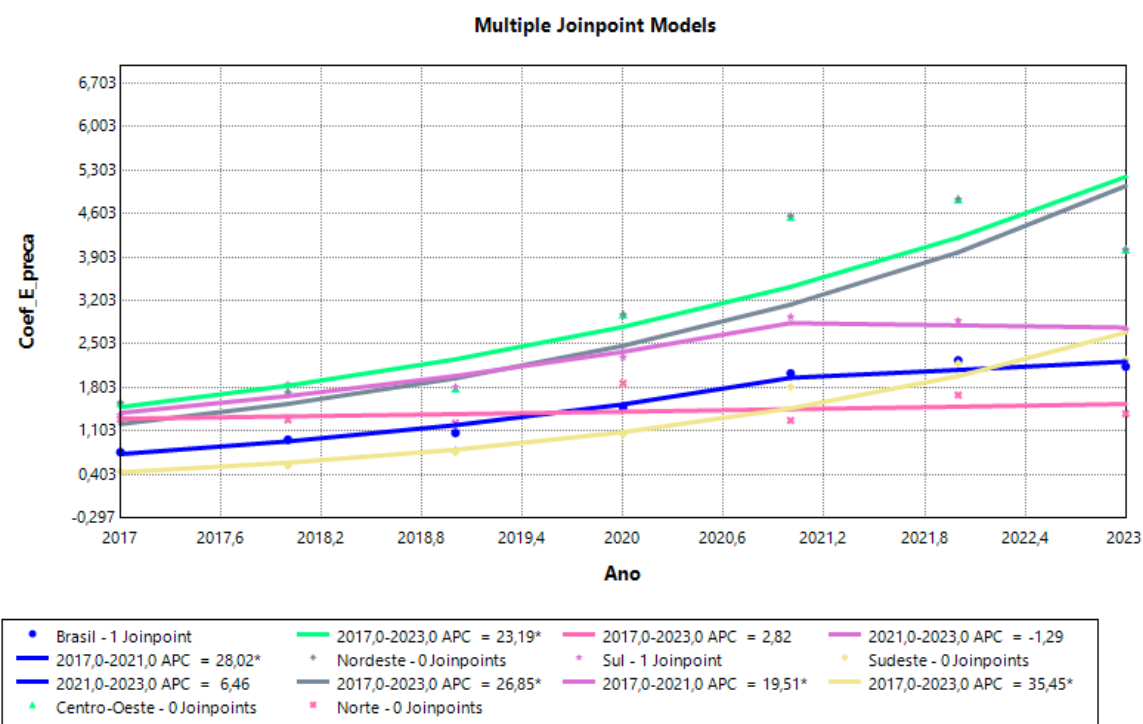
Fonte: Elaboração própria, a partir de dados do CNES

Gráfico 7. Tendência temporal das lotações de enfermeiros com vínculos flexíveis na Atenção Primária à Saúde de municípios de grande porte, segundo regiões, estimada por modelos de Joinpoint, Brasil, 2017–2023



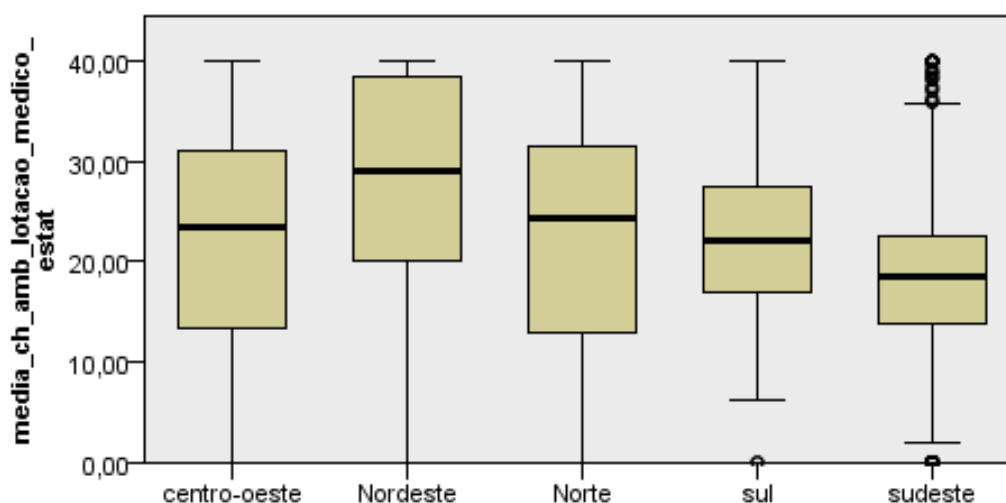
Fonte: Elaboração própria, a partir de dados do CNES

Gráfico 8. Tendência temporal das lotações de enfermeiros com vínculos precários na Atenção Primária à Saúde de municípios de grande porte, segundo regiões, estimada por modelos de Joinpoint, Brasil, 2017–2023



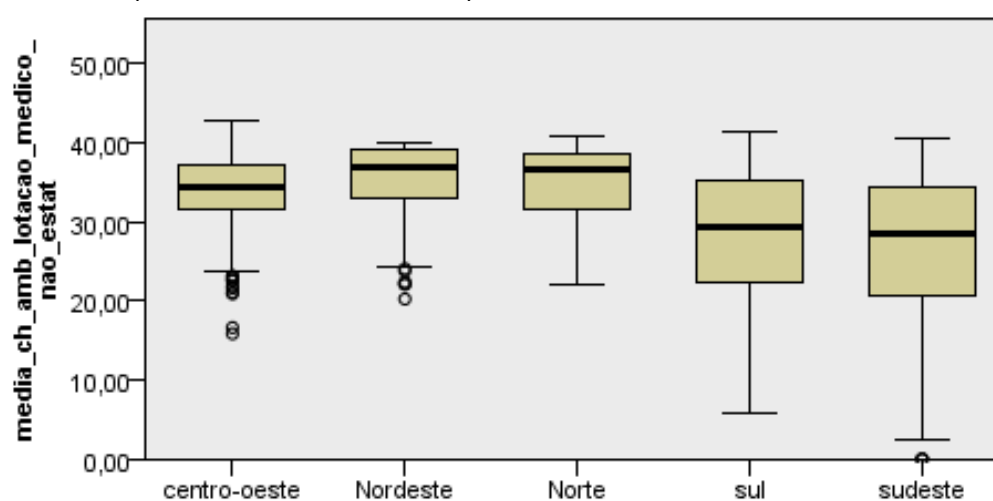
Fonte: Elaboração própria, a partir de dados do CNES

Gráfico 9. Distribuição da carga horária ambulatorial de médicos estatutários na Atenção Primária à Saúde de municípios de grande porte, segundo regiões, Brasil, 2017–2023 (teste de Kruskal-Wallis)



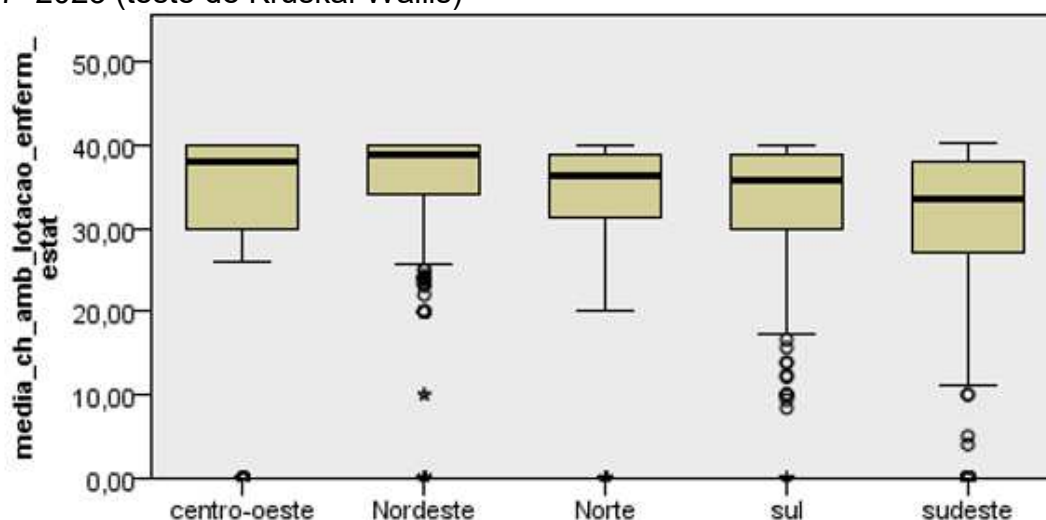
Fonte: Elaboração própria, a partir de dados do CNES

Gráfico 10. Distribuição da carga horária ambulatorial de médicos não estatutários na Atenção Primária à Saúde de municípios de grande porte, segundo regiões, Brasil, 2017–2023 (teste de Kruskal-Wallis)



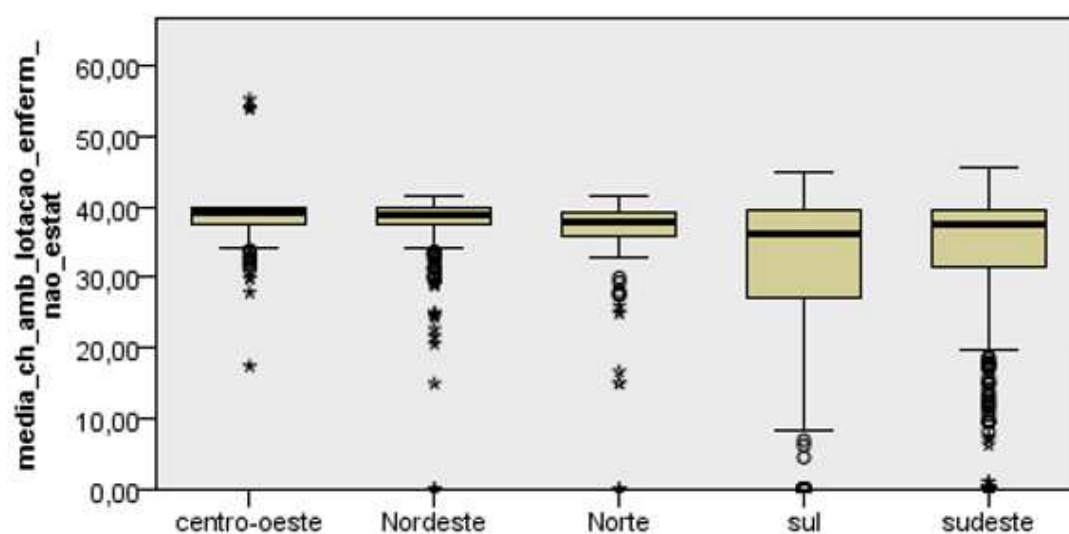
Fonte: Elaboração própria, a partir de dados do CNES

Gráfico 11. Distribuição da carga horária ambulatorial de enfermeiros estatutários na Atenção Primária à Saúde de municípios de grande porte, segundo regiões, Brasil, 2017–2023 (teste de Kruskal-Wallis)



Fonte: Elaboração própria, a partir de dados do CNES

Gráfico 12. Distribuição da carga horária ambulatorial de enfermeiros não estatutários na Atenção Primária à Saúde de municípios de grande porte, segundo regiões, Brasil, 2017–2023 (teste de Kruskal-Wallis)

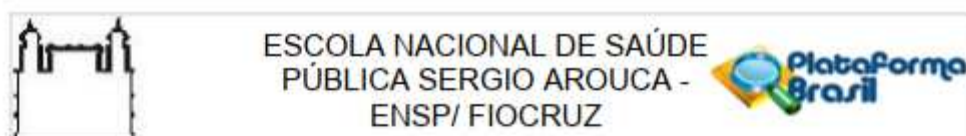


Fonte: Elaboração própria, a partir de dados do CNES

ANEXOS

ANEXO 1

Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da ENSP (Parecer nº 4.014.705/2020)



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: 4.106.806

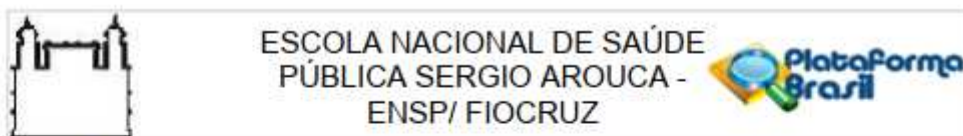
Apresentação do Projeto:

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



Continuação do Parecer: 4.196.806

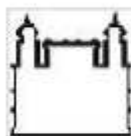
básica, publicados e/ou vigentes no período de 2015 a 2020. Os documentos serão obtidos nos sites oficiais do Governo Federal e do Ministério da Saúde. 2. Estudo exploratório, com base em dados secundários de abrangência nacional, oriundos de sistemas de informações oficiais, referentes aos recursos 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,

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

Página 02 de 15



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
 PÚBLICA SERGIO AROUCA -
 ENSP/ FIOCRUZ



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.

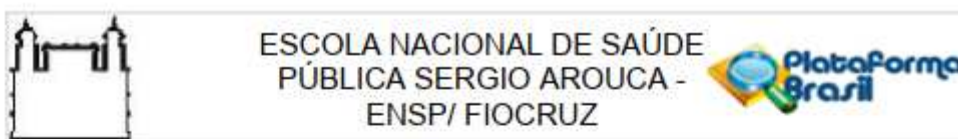
Objetivo Secundário:

- 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:

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo	
Bairro: Mangueiras	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

"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:

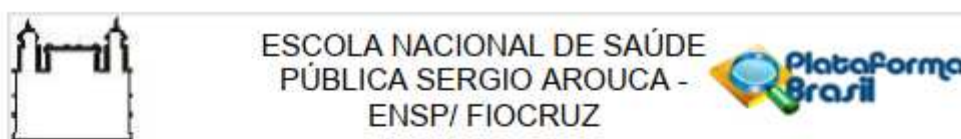
"Um benefício da pesquisa se relaciona a possibilidade dos entrevistados refletirem sobre os processos de trabalho relacionados à gestão da saúde no diálogo com os pesquisadores. Além disso, a pesquisa foi construída de modo colaborativo entre instituições acadêmicas, parceiras e beneficiárias do estudo. 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.



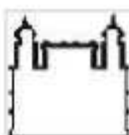
Continuação do Parecer: 4.196.806

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:
 - TermodParceria_SESA_Apucarana.pdf, postado em 26/07/2020
 - TermodParceria_SESA_Ivaipora.pdf, postado em 26/07/2020
 - TermodParceria_SES_RJ.pdf, postado em 26/07/2020
 - TermodParceria_COSEMS_PR.pdf, postado em 26/07/2020
 - TermodParceria_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.



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 4.156.806

- 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



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



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

Página 07 de 15



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
 PÚBLICA SERGIO AROUCA -
 ENSP/ FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 4.198.806

() 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:

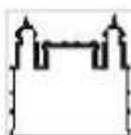
1.4 Não foram incluídas as instituições coparticipantes, como as Secretarias municipais e estaduais do Rio de Janeiro e do Paraná (Resolução MS/CNS/CONEP 580/18 cap. II art. 10º)

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: Mangueiras CEP: 21.041-210
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863 Fax: (21)2598-2863 E-mail: cep@ensp.fiocruz.br



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



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?

(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

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.



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

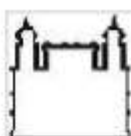
Resposta à pendência: Pendência atendida

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.



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



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 486/12 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 486/12 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

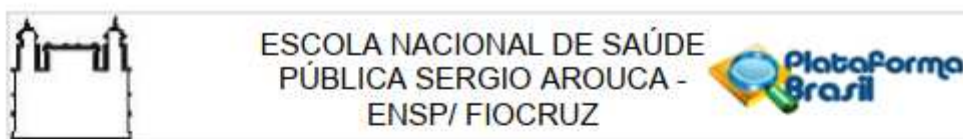
Resposta à pendência: Pendência atendida

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.



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?

☒ (X) sim. Roteito_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?

☒ (X) sim. resultado_edital_pma_vf_09-07-2020

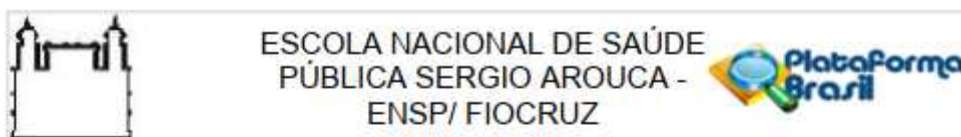
☐ () não

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).



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 prevê 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

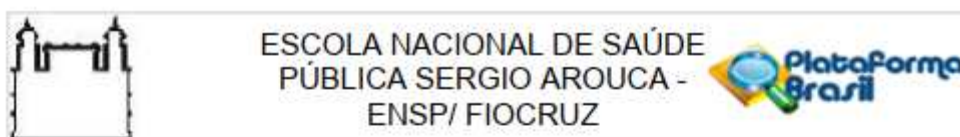
() não

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.



Continuação do Parecer: 4.196.806

XX

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.

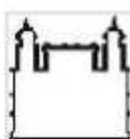
2* Qualquer necessidade de modificação no curso do projeto deverá ser submetida à apreciação do CEP, como EMENDA. Deve-se aguardar parecer favorável do CEP antes de efetuar a/s modificação/ões.

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	Aceite
Outros	res_edital_pma_2020.pdf	27/07/2020 12:17:53	Jennifer Braathen Salgueiro	Aceite
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1537570.pdf	26/07/2020 12:21:01		Aceite
Outros	formulario_resp_pend_parecer_4014	26/07/2020	Luciana Dias de	Aceite



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SÉRGIO AROUCA -
ENSP/FIOCRUZ



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_Ivaipora.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))