

Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

Instituto Aggeu Magalhães

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

Jeane Grande Arruda de Miranda Coelho

Tipologia das formas de contratação de pessoal na Atenção Primária à Saúde no Brasil:

Uma análise com base no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

Recife

2023

Jeane Grande Arruda de Miranda Coelho

Tipologia das formas de contratação de pessoal na Atenção Primária à Saúde no Brasil:

Uma análise com base no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

Tese de Doutorado em Saúde Pública apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor em Ciências.

Orientadora: Dra. Kátia Rejane de Medeiros

Coorientadora: Dra. Marciana Feliciano

Recife

2023

Título do trabalho em inglês: Typology of forms of hiring personnel in Primary Health Care in Brazil: An analysis based on the National Register of Health Establishments.

C672t Coelho, Jeane Grande Arruda de Miranda.
Tipologia das formas de contratação de pessoal na atenção primária à saúde no Brasil: uma análise com base no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde / Jeane Grande Arruda de Miranda Coelho. -- 2022.
223 p. : il.color, mapas.

Orientadora: Kátia Rejane de Medeiros.
Coorientadora: Marciana Feliciano.
Tese (Doutorado em Programa de Pós-graduação em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Instituto Aggeu Magalhães, Recife, 2022.
Bibliografia: f. 206-223.

1. Atenção primária à saúde. 2. Administração de serviços de saúde. 3. Mão de obra em saúde. 4. Recursos humanos. I. Título.

CDU 614

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da Rede de Bibliotecas da Fiocruz com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Bibliotecário responsável pela elaboração da ficha catalográfica: Adagilson Batista Bispo da Silva - CRB-1239
Biblioteca Luciana Borges Abrantes dos Santos

Jeane Grande Arruda de Miranda Coelho

Tipologia das formas de contratação de pessoal na Atenção Primária à Saúde no Brasil:

Uma análise com base no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

Tese de Doutorado em Saúde Pública apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor em Ciências.

Aprovada em: 15 de dezembro de 2022.

BANCA EXAMINADORA

Dr^a. Kátia Rejane de Medeiros

Instituto Aggeu Magalhães / Fundação Oswaldo Cruz

Dr^o. Wayner Vieira de Souza

Instituto Aggeu Magalhães / Fundação Oswaldo Cruz

Dr^o. Garibaldi Dantas Gurgel Júnior

Instituto Aggeu Magalhães / Fundação Oswaldo Cruz

Dr^a. Maria Inês Martins Carsalade

Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca / Fundação Oswaldo Cruz

Dr^o. Thadeu Borges Souza Santos

Universidade do Estado da Bahia

A Deus, razão de meu viver.

Aos meus pais, Alexandre (*In memoriam*) e Miriam,
que doaram o amor às letras e me ensinaram a não desistir.

A Marcos (*In memoriam*) e aos meus filhos,
Juliana, Marcos André e João Filipe,
a expressão do Amor de Deus em minha vida.

AGRADECIMENTOS

Gratidão, aprendizado, esperança e humildade são palavras que me definem. Não foi apenas mais um curso, mas uma superação de limites e a construção de uma rede de apoio para que essa tese fosse defendida. Sim, da alegria de ter passado no Doutorado em Saúde Pública e das disciplinas que nos desafiaram a ter outros olhares para o mundo que nos cerca, a uma pandemia que nos fez repensar o sentido da vida. Tempos muito desafiadores, mas que se revestiram de esperança de dias melhores.

Assim, a minha gratidão em primeiro lugar é a **Deus**. Ao Senhor da minha vida, que me fez acreditar que um novo tempo havia chegado. Aquele que me sustenta, me renova, me concede sabedoria e muita perseverança para trilhar novos caminhos. Que me concedeu o maior título, a de filha Dele. Obrigada, Meu Senhor e Deus! A Ele, toda honra e glória!

Gratidão à minha **família**, que me deu o suporte nessa “longaaaaa” jornada. A Marcos (*In memoriam*), que me demonstrou que o casamento é uma Aliança com Deus até o fim. Aos meus filhos, genro e nora: Juliana e Renê; Marcos André e Luana; e João Filipe, por sempre me fazerem rir e tornar essa vida mais leve e cheia de amor. À minha mãe, grande e eterna incentivadora: aquela que me acompanha em cada passo e que torna esse mundo mais digno, com seus valores inegociáveis, dentre os quais a compaixão pelo próximo. Ao meu pai (*In Memoriam*), um mestre por excelência, que me concedeu o legado da docência e um coração pleno de misericórdia. Às minhas irmãs, Janine e Juliane, a Ana Eliza, Amália, Sabrina e a todos os familiares que se fizeram presentes nesse tempo como expressão da graça de Deus em minha vida. Enfim, a família é o meu maior bem!

À minha orientadora, Kátia Medeiros, hoje uma amiga. Por sua sabedoria, doçura, discernimento e acolhimento desde o primeiro dia que nos conhecemos. Você é muito especial, Kátia. É singular em competência, simpatia, altruísmo e alegria. E, também, minha coorientadora, Marciana. Nunca conheci uma cearense tão determinada, zelosa e de uma inteligência ímpar. O amor e a dedicação a sua mãe e tia nos inspiram a acreditar que as pessoas com quem vivemos são os nossos maiores tesouros.

Ao grupo de pesquisa, em especial, a Carlos, peça-chave nos fundamentos de minha tese, e a Simara, mãe de Maria Clara e de Maria Cecília (que amo muito), uma amigona, que esteve comigo no compartilhar dos anseios e dos desafios dessa tese.

À minha turma de Doutorado, as meninas e o menino, pelos momentos de aprendizado, de descobertas de novas amizades, de risos e de perseverança.

À Igreja Anglicana, em especial ao Bispo Miguel e Juliane, ao Bispo Flávio e Lene, às minhas pastoras muito amadas, por me apresentarem o meu Salvador e me fazerem viver o extraordinário de Deus na vida em comum. Amor que excede tempos e lugares. Em especial, às companheiras de orações, Vera Nascimento e Tereza Catão, que me sustentaram por suas intercessões ao Pai. Sem isso, nada disso estaria acontecendo agora.

Ao grupo da Aliança Bíblica de Profissionais, em especial, aos amigos Araci e Paulo, Marcos e Jacira, Cleide e Amaro, Simone, Valéria, Calebe e Jônatas e todos os que me fizeram conhecer a Missão por meio do trabalho. Sim, aqueles que me ensinaram que Fé e Ciência podem andar de mãos juntas e trouxeram sentido e significado à minha jornada laboral.

Aos amigos Fábio, pai de Bia, pelo compartilhar de sua expertise em geoprocessamento, que constituiu um apoio essencial na tese, e pela alegria de nossos encontros; Fernando Moreira, por seu carinho, dedicação, altruísmo e por suas preciosas contribuições a este trabalho; Raquel Acioli, pelo ombro sempre amigo e pelo olhar de uma sanitarista que me fez refletir mais sobre o meu trabalho na tese; Mércia, mãe de Malu, com seus conselhos e apoio. Muito bondosa em tudo que faz e, juntas, partilhamos do desafio da docência.

À Secretaria de Saúde de Pernambuco, à Secretaria Executiva de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, pelo aprendizado profissional e pelos amigos que encontrei: Fernanda Tavares, Vanessa Diniz, Edva Martins, Guido Cabral, Dilma Marciano, Nancy Janssen, Josie Lilian e a Equipe da SELECON (amizade e superação nos definiram). Mas, também, a todos que me fizeram ver o quão bom é servir o bem público. À turma do jardim de oração, pelo suporte nos momentos mais difíceis de minha caminhada: Vaneide, Ana Cláudia, Natália, Glauba, Stella, Rafaela Gurgel, Raquel, Manu, entre tantas outras que são o perfume de Cristo nessa Secretaria.

Ao Instituto Aggeu Magalhães (IAM), pelo quadro docente que nos desafiaram, a mim e a meus colegas de estudo, a dar o melhor de nós mesmos, e pela oportunidade de crescer no conhecimento da saúde pública.

Enfim, a todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para que uma nova doutora chegasse para compartilhar de sua expertise, o meu **MUITO OBRIGADA!**

Finalmente, afirmo que todo esse processo necessitou de muita humildade, por reconhecer-me como eterna aprendiz e com a esperança renovada de que em CRISTO é que sou forte e capaz. Assim, continuo na jornada. Não é uma chegada, porém mais um ponto de partida. Até aqui nos ajudou o Senhor! Que venham mais desafios.....

**“Uma Verdade Universal: não há saúde sem
trabalhadores de saúde”.**

3º Fórum Global sobre Recursos Humanos em Saúde, Recife- Pernambuco, 2013.

RESUMO

COELHO, Jeane Grande Arruda de Miranda. Tipologia das formas de contratação de pessoal na Atenção Primária à Saúde no Brasil: Uma análise com base no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. 2022. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2022.

Na década de 80, fortaleceu-se a proposta de reforma do Estado, com a redução de seu tamanho e a incorporação de padrões oriundos da iniciativa privada, inserindo novos modelos de gestão da saúde. Ao mesmo tempo, com a implantação do SUS ocorreu uma mudança do modelo assistencial baseado nos princípios da Atenção Primária à Saúde (APS). Coube aos municípios o desenvolvimento de ações e serviços de saúde, sendo responsáveis pela contratação e gerenciamento de trabalhadores. Contudo, este mercado de trabalho foi impactado pela tendência de flexibilização das relações trabalhistas. Propôs-se, então, criar uma tipologia para as formas de contratação de pessoal na Atenção Primária à Saúde com base no CNES dos municípios de Pernambuco, Bahia e Rio de Janeiro, no período de 2008 a 2020, que apresentam diferentes tipos e modalidades de gestão da saúde. O estudo foi desenvolvido em três etapas: a primeira e a segunda, por meio de pesquisa documental de abordagem qualitativa. Na primeira etapa foi analisada a dimensão da qualidade clareza metodológica do CNES e, na segunda, as mudanças das formas de contratação disponíveis no CNES e a criação de uma tipologia. A terceira etapa adotou uma abordagem quantitativa do tipo descritivo para validar a tipologia das formas de contratação; a classificação dos municípios segundo a tipologia das formas de contratação; e a distribuição espacial dos municípios classificados. Evidenciou-se que a maior parte da documentação utiliza linguagem pouco clara; a mudança de algumas variáveis no Sistema; o número excessivo de atualizações do Sistema, entre outros, comprometendo seu manuseio e a produção de informações. Sobre as mudanças nas formas de contratação, verificou-se que a multiplicidade e o crescimento numérico dos códigos revelam a complexidade do Sistema, tanto para a inserção, manutenção e atualização dos cadastros dos profissionais de saúde como para a realização de discussões entre gestores, técnicos e usuários. Foi criada uma tipologia das formas de contratação, que considera a existência ou não de garantia de direitos trabalhistas e de estabilidade: Protegida com Estabilidade (PCE), Protegida Sem Estabilidade (PSE) e Desprotegida (DES). Na validação da tipologia, em todos os estados foi identificado o crescimento da força de trabalho na APS. Em Pernambuco e Bahia ocorreram mudanças de perfil das formas de contratação, de PSE para PCE. No Rio de Janeiro permaneceu o perfil PSE. Quanto à classificação dos municípios, foram identificados sete tipos. Obteve-se, como resultado, que as capitais no final da série diferiam: Recife, como Município Muito PCE, Salvador, como Município PCE e o Rio de Janeiro, como Município em transição. Quanto à distribuição espacial dos municípios classificados segundo as Mesorregiões de Saúde, ao se comparar os três estados ficou evidente que as formas de contratação mais precarizadas encontram-se no Rio de Janeiro, em especial nos municípios de portes 4, 5 e 6; em detrimento dos estados do Nordeste, que optaram por formas mais protegidas.

Palavras-chave: atenção primária à saúde; gestão de serviços de saúde; recursos humanos em saúde.

ABSTRACT

COELHO, Jeane Grande Arruda de Miranda. Typology of forms of hiring personnel in Primary Health Care in Brazil: An analysis based on the National Register of Health Establishments. 2022. Thesis (Doctorate in Public Health) – Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Osvaldo Cruz, Recife, 2022.

In the 1980s, the State reform proposal was strengthened, with the reduction of its size and the incorporation of standards from the private sector, inserting new health management models. At the same time, with the implementation of the SUS, there was a change in the care model based on the principles of Primary Health Care (PHC). Municipalities were responsible for developing health actions and services, being responsible for hiring and managing workers. However, this labor market was impacted by the trend towards more flexible labor relations. It was proposed, then, to create a typology for the forms of hiring personnel in Primary Health Care based on the CNES of the municipalities of Pernambuco, Bahia and Rio de Janeiro, in the period from 2008 to 2020, which present different types and modalities of health management. The study was developed in three stages: the first and second, through documental research with a qualitative approach. In the first stage, the methodological clarity dimension of the CNES was analyzed and, in the second, the changes in the forms of hiring available in the CNES and the creation of a typology. The third stage adopted a descriptive quantitative approach to validate the typology of forms of contracting; the classification of municipalities according to the typology of forms of contracting; and the spatial distribution of classified municipalities. It was evident that most of the documentation uses unclear language; the change of some variables in the System; the excessive number of System updates, among others, compromising its handling and the production of information. Regarding the changes in hiring methods, it was verified that the multiplicity and numerical growth of the codes reveal the complexity of the System, both for the insertion, maintenance and updating of the records of health professionals and for holding discussions between managers, technicians and users. A typology of forms of contracting was created, which considers the existence or not of guaranteed labor rights and stability: Protected with Stability (PCE), Protected Without Stability (PSE) and Unprotected (DES). In the validation of the typology, in all states, the growth of the PHC workforce was identified. In Pernambuco and Bahia there were changes in the profile of hiring methods, from PSE to PCE. In Rio de Janeiro, the PSE profile remained. As for the classification of municipalities, seven types were identified. As a result, the capitals at the end of the series differed: Recife, as a Very PCE Municipality, Salvador, as a PCE Municipality, and Rio de Janeiro, as a Municipality in transition. As for the spatial distribution of municipalities classified according to Health Mesoregions, when comparing the three states it was evident that the most precarious forms of hiring are found in Rio de Janeiro, especially in municipalities of sizes 4, 5 and 6; to the detriment of the Northeastern states, which opted for more protected forms.

Keywords: primary health care; health services management; health human resources.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Limites para cada ente na despesa com pessoal.....	36
Quadro 2 -	Características das modalidades jurídico-administrativas.....	39
Quadro 3 -	Atributos da Atenção Primária à Saúde.....	46
Quadro 4 -	Principais Sistemas de Informação de âmbito nacional mantidos pelo Datasus.....	66
Quadro 5 -	Categorias de análises.....	73
Quadro 6 -	Identificação da tabulação no Tabwin, segundo o tipo de estabelecimento, esfera administrativa e tipo de gestão. PE, BA e RJ, 2008.....	74
Quadro 7 -	Identificação da tabulação no Tabwin, segundo o tipo de estabelecimento, natureza jurídica e tipo de gestão. PE, BA e RJ, 2016.....	75
Quadro 8 -	Caracterização das categorias de formas de contratação do CNES, segundo subclassificação dos tipos. PE, BA, RJ. 2008 a 2020.....	78
Quadro 9 -	Descrição dos percentuais tomados como recorte para estabelecer a classificação dos municípios, segundo a forma de contratação praticada na APS.....	84
Quadro 10 -	Características do CNES. Brasil. 2021.....	92
Quadro 11 -	Documentos do CNES segundo identificação do arquivo, ano de publicação, principais achados quanto à forma de contratação e portarias relacionadas. Brasil. 2000 a 2021.....	95
Quadro 12 -	Síntese das categorias de análise quanto à clareza metodológica.....	102
Quadro 13 -	Portarias do CNES segundo ano de publicação e finalidade. Brasil. 2000 a 2020.....	105
Quadro 14 -	Formas de contratação segundo organização hierárquica dos códigos e conceitos. Brasil. 2022.....	109
Quadro 15 -	Número de códigos de formas de contratação das portarias segundo sua relação com o estabelecimento e seu detalhamento. Brasil. 2007 a 2020.....	113

Quadro 16 -	Número de códigos de formas de contratação da base de dados do CNES segundo sua relação com o estabelecimento, seu detalhamento e ano. PE, BA e RJ. 2008 a 2020.....	115
Quadro 17 -	Síntese dos principais resultados das mudanças das formas de contratação de pessoal na APS segundo objetivo, categorias e detalhamento. PE, BA, RJ. 2008 a 2020.....	121
Quadro 18 -	Categorização dos códigos de formas de contratação com o estabelecimento segundo o detalhamento das formas de contratação e base de dados. PE, BA e RJ. 2008 a 2020.....	124
Quadro 19 -	Caracterização das categorias de formas de contratação, segundo subclassificação dos tipos de formas de contratação no CNES.....	127
Quadro 20 -	Síntese da criação de tipologia das formas de contratação de pessoal da APS segundo objetivo e detalhamento. PE, BA e RJ. 2008 a 2020..	131
Quadro 21 -	Síntese dos principais resultados da validação da tipologia das formas de contratação de pessoal da APS segundo objetivo e detalhamento. PE, BA e RJ. 2008 a 2020.....	168
Quadro 22 -	Síntese da classificação dos municípios.....	178
Quadro 23 -	Síntese da Distribuição espacial por estados e Mesorregiões.....	202

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Linha do tempo dos principais acontecimentos que impactaram a APS.....	52
Figura 2 -	Coleta dos dados no site do CNES.....	70
Figura 3 -	Dados coletados na pasta Documentação.....	72
Figura 4 -	Linha do tempo da institucionalização do CNES.....	91
Figura 5 -	Distribuição espacial da classificação dos municípios segundo ano, tipo e Mesorregião. Pernambuco. 2008.....	182
Figura 6 -	Distribuição espacial da classificação dos municípios segundo ano, tipo e Mesorregião. Pernambuco. 2014.....	183
Figura 7 -	Distribuição espacial da classificação dos municípios segundo ano, tipo e Mesorregião. Pernambuco. 2020.....	184
Figura 8 -	Distribuição espacial da classificação dos municípios segundo ano, tipo e Mesorregião. Bahia. 2008.....	189
Figura 9 -	Distribuição espacial da classificação dos municípios segundo ano, tipo e Mesorregião. Bahia. 2014.....	190
Figura 10 -	Distribuição espacial da classificação dos municípios segundo ano, tipo e Mesorregião. Bahia. 2020.....	191
Figura 11 -	Distribuição espacial da classificação dos municípios segundo ano, tipo e Mesorregião. Rio de Janeiro. 2008.....	196
Figura 12 -	Distribuição espacial da classificação dos municípios segundo ano, tipo e Mesorregião. Rio de Janeiro. 2014.....	197
Figura 13 -	Distribuição espacial da classificação dos municípios segundo ano, tipo e Mesorregião. Rio de Janeiro. 2020.....	198

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 -	Número total de formas de contratação de pessoal na APS. PE, BA, RJ. 2008 a 2020.....	133
Gráfico 2 -	Percentual das formas de contratação de pessoal na APS. PE, BA e RJ, 2008 a 2020.....	135
Gráfico 3 -	Percentual das formas de contratação dos municípios. Pernambuco. 2008 a 2020.....	139
Gráfico 4 -	Percentual das formas de contratação dos municípios. Bahia. 2008 a 2020.....	148
Gráfico 5 -	Percentual das formas de contratação dos municípios. Rio de Janeiro. 2008 a 2020.....	156

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Número e percentual de municípios por porte populacional dos estados de Pernambuco, Bahia e Rio de Janeiro. Brasil, 2020.....	81
Tabela 2 -	Distribuição dos perfis segundo o Estado e porte populacional. PE, BA, RJ, 2008 a 2020.....	83
Tabela 3 -	Número e percentual de códigos de formas de contratação com o estabelecimento segundo a existência de vínculo empregatício por portarias, base de dados e ano. PE, BA e RJ. 2007 a 2020.....	116
Tabela 4 -	Número e percentual de municípios selecionados para a composição da base de dados do CNES. PE, BA e RJ. 2008 a 2020.....	132
Tabela 5 -	Medidas de tendência central e quartis das formas de contratação dos municípios de PE, BA e RJ, segundo o ano. PE, BA e RJ, 2008, 2014 e 2020.....	134
Tabela 6 -	Medidas de tendência central e quartis das formas de contratação dos municípios de PE segundo o ano. Pernambuco, 2008, 2014 e 2020.....	138
Tabela 7 -	Número e percentual das formas de contratação segundo o ano, porte populacional e subclassificação. Pernambuco. 2008.....	141
Tabela 8 -	Número e percentual das formas de contratação segundo o ano, porte populacional e subclassificação. Pernambuco. 2014.....	142
Tabela 9 -	Número e percentual das formas de contratação segundo o ano, porte populacional e subclassificação. Pernambuco. 2020.....	143
Tabela 10 -	Medidas de tendência central e quartis das formas de contratação dos municípios da BA segundo o ano. Bahia, 2008, 2014 e 2020.....	147
Tabela 11 -	Número e percentual das formas de contratação segundo o ano, porte populacional e subclassificação. Bahia. 2008.....	149
Tabela 12 -	Número e percentual das formas de contratação segundo o ano, porte populacional e subclassificação. Bahia. 2014.....	150
Tabela 13 -	Número e percentual das formas de contratação segundo o ano, porte populacional e subclassificação. Bahia. 2020.....	151

Tabela 14 -	Medidas de tendência central e quartis das formas de contratação dos municípios do RJ segundo o ano. Rio de Janeiro. 2008, 2014 e 2020.....	155
Tabela 15 -	Número e percentual das formas de contratação segundo o ano, porte populacional e subclassificação. Rio de Janeiro. 2008.....	158
Tabela 16 -	Número e percentual das formas de contratação segundo o ano, porte populacional e subclassificação. Rio de Janeiro. 2014.....	159
Tabela 17 -	Número e percentual das formas de contratação segundo o ano, porte populacional e subclassificação. Rio de Janeiro. 2020.....	160
Tabela 18 -	Número e percentual dos municípios classificados segundo o ano, tipologia das formas de contratação e porte populacional. Pernambuco. 2008, 2014 e 2020.....	170
Tabela 19 -	Número e percentual dos municípios classificados segundo o ano, tipologia das formas de contratação e porte populacional Bahia. 2008, 2014 e 2020.....	172
Tabela 20-	Número e percentual dos municípios classificados segundo o ano, tipologia das formas de contratação e porte populacional. Rio de Janeiro. 2008, 2014 e 2020.....	174

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AD	Administração Direta
ADI	Ação Direta de Inconstitucionalidade
APS	Atenção Primária à Saúde
Cadsus	Cadastro de Usuários do Sistema Único de Saúde
CBO	Código Brasileiro de Ocupação
Ceis	Complexo Econômico Industrial da Saúde
CES	Conselho Estadual de Saúde
CF	Constituição Federal
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CNES	Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde
Conass	Conselho Nacional de Secretários De Saúde
Conasems	Conselho Nacional de Secretarias municipais de Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
eSF	Equipe de Saúde da Família
Ebserh	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
Facepe	Fundação de Amparo à Ciência e Tecnologia de Pernambuco
FEDP	Fundação Estatal de Direito Privado
Finbra	Finanças do Brasil
FHC	Fernando Henrique Cardoso
FPM	Fundo de Participação dos Municípios
IBGE	Instituto de Geografia e Estatísticas
ICMS	Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Prestação de Serviços
Icsap	Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária
Idsus	Índice de Desempenho do SUS
IMIP	Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira
LC	Lei Complementar
LRF	Lei de Responsabilidade Fiscal
Mare	Administração Federal e da Reforma do Estado
MDF	Manual de Demonstrativos Fiscais

MPP	Municípios de Pequeno Porte
MRSB	Movimento de Reforma Sanitária Brasileiro
Nasf	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NGP	Nova Gestão Pública
Nordinfo	Nordie Council for Scientific Information and Research Libraries
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
OS	Organizações Social
Oscip	Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público
PAB	Piso da Atenção Básica
Pacs	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PDM	Pacto de Diretrizes e Metas
PDRAE	Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PSF	Programa de Saúde da Família
PIB	Produto Interno Bruto
PMM	Programa Mais Médicos
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNRHS	Política Nacional de Recursos Humanos em Saúde
Proadess	Projeto Avaliação do Desempenho do Sistema Saúde
Proep	Programa de Excelência em Pesquisa
Provab	Programa de Valorização da Atenção Básica
PSE	Programa de Saúde na Escola
Rais	Relação Anual de Informações Sociais
RCL	Receita Corrente Líquida
RGF	Relatório de Gestão Fiscal
RH	Recursos Humanos
RHS	Recursos Humanos em Saúde
RJU	Regime Jurídico Único
Sgtes	Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde
SI	Sistema de Informação
SIA	Sistema de Informação Ambulatorial

SIH	Sistema de Informação sobre Internações Hospitalares
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
Sinan	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
Sinasc	Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos
Siops	Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SIS	Sistema de Informação de Saúde
Sisab	Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica
SI- PNI	Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização
Sesp	Serviço Especial de Saúde Pública
STF	Supremo Tribunal Federal
STN	Secretaria do Tesouro Nacional
SUS	Sistema Único de Saúde
UHC	Universal Health Coverage
Unicef	Fundo das Nações Unidas para a Infância.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	22
2	HIPÓTESES	27
3	OBJETIVOS.....	28
3.1	Objetivo Geral.....	28
3.2	Objetivos Específicos.....	28
4	REFERENCIAL TEÓRICO.....	29
4.1	A Reforma do Estado Brasileiro.....	29
4.1.1	A Lei de Responsabilidade Fiscal: os contextos e as despesas com pessoal em pauta.....	33
4.2	Os Novos Modelos de Gestão da Saúde.....	37
4.2.1	As Organizações Sociais: o contexto político, sua institucionalização e os impasses de sua adoção nas formas de contratação.....	39
4.3	A Atenção Primária à Saúde.....	42
4.3.1	Histórico, conceitos e atributos da APS: a relevância de pensar a forma de contratação dos trabalhadores.....	42
4.3.2	Atenção Primária à Saúde no Brasil: o contexto histórico e a Estratégia de Saúde da Família	47
4.3.3	A Política Nacional de Atenção Básica: entre acertos e retrocessos.....	50
4.4	O Mundo do Trabalho	53
4.4.1	Um cenário de muitas mudanças: do trabalho protegido à sua precarização.....	54
4.4.2	A Força de Trabalho em Saúde no Brasil: sua importância e suas assimetrias.....	57
4.4.3	Tipos de Vínculos na Administração Pública: a flexibilização em foco.....	59
4.4.4	Gestão do Trabalho: sua institucionalização e o impacto das mudanças nas formas de contratação.....	61
4.5	Sistemas de Informação em Saúde: a qualidade da informação como alvo.....	64
5	MÉTODO.....	69

5.1	Primeira etapa – Avaliação da dimensão da qualidade clareza metodológica do CNES.....	69
5.1.1	Tipo de pesquisa, fonte, coleta e análise dos dados.....	69
5.2	Segunda etapa – Descrição das mudanças e classificação das formas de contratação presentes no CNES e criação de uma tipologia.....	73
5.2.1	A base de dados do CNES.....	73
5.2.2	Tipo de pesquisa, fonte, coleta e análise dos dados.....	75
5.2.3	Categorização das formas de contratação e criação da tipologia.....	76
5.3	Terceira etapa – Validação da tipologia das formas de contratação de pessoal na APS nos municípios dos Estados de Pernambuco, Bahia e Rio de Janeiro; tipificação dos municípios dos estados selecionados de acordo com as formas de contratação praticadas na APS; e a distribuição espacial dos municípios classificados segundo a tipologia proposta.....	79
5.3.1	Análise das formas de contratação de pessoal na APS.....	79
5.3.1.1	<i>Tipo de pesquisa, fonte e coleta dos dados da análise das formas de contratação.....</i>	<i>79</i>
5.3.1.2	<i>Técnica de análise dos dados das formas de contratação.....</i>	<i>82</i>
5.3.1.3	<i>Classificação dos municípios.....</i>	<i>83</i>
5.4	Aspectos Éticos.....	86
6	RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	87
6.1	A dimensão de qualidade de clareza metodológica do CNES.....	87
6.1.1	História da institucionalização e caracterização do CNES.....	87
6.1.2	Análise documental e avaliação da clareza metodológica.....	93
6.2	Sobre as mudanças nas formas de contratação de pessoal na Atenção Primária à Saúde.....	104
6.2.1	As mudanças nas formas de contratação.....	104
6.3	Criação de uma tipologia das formas de contratação identificadas na Atenção Primária à Saúde nos estados selecionados segundo o CNES.....	122
6.3.1	Proposta de uma nova tipologia	122

6.4	Validação da tipologia proposta das formas de contratação nos Estados de Pernambuco, Bahia e Rio de Janeiro nos anos de 2008 a 2020.....	132
6.4.1	O conjunto dos estados de Pernambuco, Bahia e Rio de Janeiro.....	133
6.4.2	O Estado de Pernambuco.....	137
6.4.3	O Estado da Bahia.....	146
6.4.4	O Estado do Rio de Janeiro.....	154
6.5	Classificação dos municípios dos estados selecionados de acordo com a tipologia das formas de contratação de pessoal praticadas na Atenção Primária à Saúde.....	169
6.5.1	O Estado de Pernambuco.....	169
6.5.2	O Estado da Bahia.....	171
6.5.3	O Estado do Rio de Janeiro.....	173
6.6	Distribuição espacial dos municípios classificados, de acordo com a tipologia das formas de contratação de pessoal praticadas na Atenção Primária à Saúde.....	179
6.6.1	Os municípios do Estado de Pernambuco.....	179
6.6.2	Os municípios do Estado da Bahia.....	185
6.6.3	Os municípios do Estado do Rio de Janeiro.....	192
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	203
	REFERÊNCIAS.....	207

1 INTRODUÇÃO

Em 1988, inscrevia-se um novo capítulo na história brasileira: a Constituição Federal (CF/88) promulgada reconhecia a saúde como “direito de todos e dever do Estado” e instituía seu acesso por meio de um Sistema Único (SENADO FEDERAL, 2018, p.51; CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2020). A implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) efetivou-se com a promulgação das Leis nº 8080/1990 e nº 8142/1990, tendo o seu financiamento garantido por recursos fiscais e com a proposta de mudança do modelo assistencial baseado nos princípios da Atenção Primária à Saúde (APS) (PAIM, 2013; PINTO; GIOVANELA, 2018; VIACAVA et al., 2018).

A implementação do SUS foi um marco na América Latina, pois o Brasil constitui um dos países capitalistas na região a possuir um sistema universal de saúde, com desenho territorializado, e que prevê uma rede hierarquizada em níveis de atenção integrados. Além dele, a Costa Rica foi um dos primeiros países das Américas a possuir um sistema universal de saúde. Embora sua Constituição não coloque a definição da saúde como direito, o país implementou uma prática que a considera como tal, por meio da Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS, Fundo da Seguridade Social da Costa Rica). Esses sistemas constituem um caminho mais efetivo, equitativo e eficiente para materializar o acesso aos serviços de saúde como direito social e a APS se conforma como o coração dos referidos sistemas (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ; CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2018; GIOVANELA et al., 2018; ROSA, 2018).

A descentralização do SUS, materializada por meio da municipalização, é do tipo político-administrativo, pois envolve a transferência da gestão de serviços públicos, de poder decisório sobre os recursos financeiros e da responsabilidade sobre o conjunto dos prestadores de serviços. Se, antes, esse poder decisório se concentrava na União, nessa diretriz coube ao nível estadual e, principalmente, ao municipal, o desenvolvimento de ações e serviços de saúde (PAIM, 2009; SILVA, 2011).

Ao mesmo tempo, a diretriz da descentralização acarretou mudanças significativas na estrutura das relações de trabalho e colocou a esfera municipal como responsável pela contratação e gerência de trabalhadores, para dar conta dos objetivos e metas propostos pela reforma setorial. Este fato refletiu no aumento de demanda deste setor, que se caracteriza por atividades desenvolvidas principalmente por recursos humanos (PIERANTONI et al., 2008; 2015).

No bojo da municipalização da saúde foi implantada a maior parte dos sistemas de informações, o que proporcionou aos municípios destaque na produção da informação. Daí, aponta-se a necessidade de dados fidedignos e completos que gerem informações para subsidiar estudos da situação de saúde e para apoio decisório aos gestores (CORIOLANO; PENTEADO; ARREGI, 2018).

Nessa perspectiva, destaca-se o estudo de Coelho e Chioro (2021), apontando 54 Sistemas de Informações em Saúde (SISs) de base nacional, em funcionamento entre os anos de 2010 e 2018, classificando-os, de acordo com sua principal lógica de funcionamento, em quatro tipos: cadastramento populacional e de estabelecimento de saúde; monitoramento de eventos relevantes para a saúde pública; controle de programas e/ou repasses federais; apoio à informatização de políticas, processos e serviços do SUS.

Um dos SISs que desempenha papel fundamental no SUS é o Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES), que representa a principal fonte de informação sobre todos os estabelecimentos de saúde no Brasil, a despeito da natureza jurídica que possuam ou se estão integrados ao SUS. Ademais, é o cadastro oficial do Ministério da Saúde acerca da rede assistencial existente e constitui um apoio ao planejamento em saúde aos três entes federativos. Dentre as informações cadastradas estão as relacionadas aos profissionais, por exemplo: tipo de cargo, forma de contratação, carga horária, entre outras. (ROCHA et al., 2018; PELISSARI, 2019; SILVA, 2021).

Não obstante a relevância dos SISs, faz-se necessário saber a qualidade das informações geradas por eles. Assim, são imprescindíveis avaliações regulares e sistematizadas dos dados disponibilizados para verificar seus pontos fortes e suas possíveis limitações. Uma das dimensões de qualidade apontadas em vários estudos é a clareza metodológica, muitas vezes necessária para o início das atividades da pesquisa (LIMA et al., 2009) Dessa forma, o estudo aponta para a importância do CNES como fonte de informação e evidencia a necessidade de aprimoramento deste sistema, a partir da avaliação de uma de suas dimensões de qualidade.

A estruturação e o fortalecimento da APS são essenciais na organização dos sistemas de saúde, ressaltando que este nível de atenção é responsável pela resolução de cerca de 80% dos problemas de saúde da população. O que possibilita a melhora nos níveis de saúde da população, a satisfação dos usuários, bem como menores gastos. No Brasil, a APS é parte estruturante do SUS e sustenta-se no modelo Estratégia Saúde da Família (ESF) (MIRANDA et al., 2017; MORIMOTO; COSTA, 2017; PINTO; GIOVANELA, 2018).

A ampliação da APS foi acompanhada de um incremento do mercado de trabalho em saúde, um segmento de grande importância na economia do país. O setor saúde gera empregos

diretos e indiretos, na indústria farmacêutica, nos centros de pesquisa e ensino, entre outros. E, mesmo incorporando cada vez mais o uso de novas tecnologias, a saúde não reduz sua incorporação de mão-de-obra qualificada, tanto em nível técnico quanto profissional, o que a distingue de outros setores econômicos. Além disso, o número crescente de profissionais de saúde também reflete a expansão da atenção (MACHADO, 2008).

Contudo, ao longo da década de 1990, este mercado de trabalho foi impactado pela tendência de desestruturação e desregulamentação sobre a qualidade do emprego. E isto afetou os contratos de trabalho, favorecendo a informalidade dos vínculos de forma heterogênea. (MACHADO, 2008) Além disso, a multiplicidade de formas de contratação constitui um grande desafio, ao se constatar que muitas delas são precárias (MACHADO, 2008; VIACAVA et al., 2018).

Segundo Nogueira, Baraldi e Rodrigues (2004), entre as diversas conceituações referentes à precariedade e à informalidade do trabalho, emergem três: 1) déficit ou ausência de direitos de proteção social; 2) instabilidade do vínculo, do ponto de vista dos interesses dos trabalhadores; e 3) situação associada a condições de trabalho de determinados setores da economia, que criam vulnerabilidade social para os trabalhadores que nelas estão inseridos.

Apesar dessas conceituações, não há consenso sobre o que constitui o trabalho precário: a) para o Ministério da Saúde, é aquele realizado sem a proteção social do trabalhador; b) para o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), é aquele sem a garantia dos direitos sociais do ponto de vista dos trabalhadores, o que leva à defesa da flexibilização do trabalho, em alguns casos; c) para a Administração Pública, é todo trabalho realizado sem concurso público (EBERHARDT; CARVALHO; MUROFUSE, 2015).

Alguns autores afirmam que a flexibilização das relações de trabalho se confirma como tendência no SUS, como forma de superação dos entraves jurídicos postos no dia a dia, como, por exemplo, a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) (KOSTER; MACHADO, 2012; TEIXEIRA, MARTINS, SILVA; 2014).

Esta Lei, criada em 04 de maio de 2000, apoia-se em quatro eixos: planejamento, transparência, controle e responsabilização, e aponta que o município não pode ultrapassar 54% da receita corrente líquida com gastos com pessoal, e se ultrapassar seu limite prudencial (51,3%) pode sofrer as sanções previstas. O que tem levado a questionamentos sobre a necessidade de revisão da LRF quanto à contratação de profissionais para a ESF e outros serviços de saúde (GALAVOTE et al, 2016; MEDEIROS et al., 2017; SANTIN; PEREIRA; CAMARGO, 2017).

Entretanto, Medeiros et al. (2017) não evidenciaram correlação entre a despesa com pessoal total e a despesa com pessoal da saúde, o que “...contradiz e coloca em xeque os argumentos dos gestores de saúde, que atribuem a crise de governabilidade do setor saúde aos limites de gastos com pessoal definidos pela LRF”.

Estudos têm revelado que, na saúde, têm crescido e operado distintas formas trabalhistas de contratação no conjunto da Federação Brasileira. Os estudos de Santos et al. (2014), Cardoso e Campos (2013) e Andreazzi e Bravo (2014) corroboram essa afirmação, nos estados de Pernambuco, Bahia e Rio de Janeiro, respectivamente.

Ramos e Seta (2019) analisaram, no período de 2009 a 2014, o desempenho da atenção primária nas capitais da Região Sudeste, comparando unidades terceirizadas com aquelas do modelo de Administração Direta (AD) na prestação e na gestão da saúde na APS. O estudo revelou que as duas capitais, Rio de Janeiro e São Paulo, que adotam o modelo de gestão por meio de Organizações Sociais (OSs) não obtiveram melhor desempenho, ao se considerar o conjunto dos indicadores selecionados, em relação às duas, Belo Horizonte e Vitória, que mantiveram a provisão e a gestão da APS na AD.

Na outra direção, ao analisar a experiência de São Paulo na redução das desigualdades em saúde no período de 2001 a 2016, além da centralidade que a APS obteve na política municipal de saúde, os bons resultados alcançados são creditados ao conjunto do ambiente político; aos instrumentos de participação social; à capacidade de gestão da Secretaria Municipal de Saúde e às boas condições financeiras; e à atuação das OSs, com experiência na oferta de APS (COELHO; MARCONDES; BARBOSA, 2019). Essas evidências demonstram muitas contradições, seja no âmbito jurídico, pelas várias interpretações sobre sua legalidade, seja por parte da sociedade civil e profissionais de saúde, que apresentam resistência ao modelo de flexibilização das relações trabalhistas (ANDREAZZI; BRAVO, 2014).

Além disso, a predominância de vínculos precários vem crescendo no setor público, e, conseqüentemente, também nas ESFs, o que impacta na saúde física e psíquica dos profissionais por submetê-los a diferenças salariais, de benefícios e de tratamento. Com isso, acarreta instabilidade e insegurança aos profissionais, provocando alta rotatividade, o que também é responsável pela ruptura de algumas características específicas da APS: a longitudinalidade, que pressupõe o vínculo de longo tempo entre profissionais e usuários, e prejuízos na continuidade do cuidado (BARBOSA et al., 2019).

Não obstante o Brasil possuir um sistema de saúde universal, o país aplica 3,99% do seu PIB com ações e serviços públicos de saúde, ou seja, menos recursos que outros países com

os mesmos princípios, o que sugere a necessidade de se observar o aumento crescente das OSs, tanto na atenção como na gestão da APS e nos demais níveis de atenção.

Considerando os conflitos gerados pela flexibilização das relações de trabalho; as formas de contratação que podem comprometer a resolutividade da ESF; a necessidade de analisar e classificar essas distintas formas de contratação que, mesmo protegidas por legislação trabalhista, não incluem estabilidade, a exemplo das formas de contratação na gestão pública indireta; e, finalmente, as ameaças que, de forma orquestrada, implicam no desmonte do SUS. Logo, urge levantar bandeiras, através de estudos que possam corroborar a luta por um SUS universal, equânime e de qualidade. (MIRANDA et al., 2017; MORAIS et al., 2018)

Considerando o exposto, pergunta-se: **Como estabelecer uma tipologia das formas de contratação de pessoal na Atenção Primária à Saúde com base no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde?**

2 HIPÓTESES

Como hipóteses, aponta-se:

- a) O CNES incorporou a flexibilização das relações trabalhistas, com a inserção de múltiplas formas de contratação, o que reflete a reforma estrutural do Estado Brasileiro na década de 90;
- b) É possível tipificar a flexibilização das relações trabalhistas nos municípios brasileiros, com base na análise do CNES.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Criar uma tipologia para as formas de contratação de pessoal na Atenção Primária à Saúde, com base no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, nos municípios de Pernambuco, Bahia e Rio de Janeiro, no período de 2008 a 2020.

3.2 Objetivos Específicos

- a) Avaliar a dimensão da qualidade da clareza metodológica do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde;
- b) Descrever as mudanças nas formas de contratação de pessoal na Atenção Primária à Saúde dos estados selecionados, nos anos de 2008 a 2020, com base no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde;
- c) Propor uma tipologia das formas de contratação identificadas na Atenção Primária à Saúde nos estados selecionados, segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde;
- d) Validar a tipologia proposta nos municípios de Pernambuco, Bahia e Rio de Janeiro nos anos de 2008 a 2020;
- e) Tipificar os municípios dos estados selecionados de acordo com as formas de contratação de pessoal praticadas na Atenção Primária à Saúde segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde;
- f) Apresentar a distribuição espacial dos municípios classificados de acordo com a tipologia das formas de contratação de pessoal praticadas na Atenção Primária à Saúde.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

Esta tese se propõe aprofundar o conhecimento sobre as formas de contratação na APS em diferentes tipos de modalidades de gestão da saúde nos estados de Pernambuco, Bahia e Rio de Janeiro, que têm experiências distintas de gestão neste nível de atenção. Além disso, o estudo comparativo, realizado numa série de treze anos, vai propiciar o conhecimento da abrangência da adoção destes modelos, na APS. Buscou-se também explicar a importância da qualidade de informação do CNES, por meio da análise de dimensão de Clareza Metodológica, com vistas a oferecer uma contribuição ao aprimoramento desse sistema.

Para isso, o referencial teórico está organizado em 5 (cinco) capítulos: a) A Reforma do Estado Brasileiro; b) Os Novos Modelos de Gestão da Saúde; c) A Atenção Primária à Saúde; d) O Mundo do Trabalho; e) Sistemas de Informação em Saúde: a qualidade da informação como alvo.

4.1 A Reforma do Estado Brasileiro

Ao término da Segunda Guerra Mundial seguiu-se um período de prosperidade econômica que teve como desdobramento uma distribuição mais equitativa dos ganhos da sociedade, em especial nos países da Europa. Esses chamados Anos Dourados (1945-1973) foram caracterizados pela adoção do *Welfare State* (Estado de Bem-estar Social) que, de acordo com Silva e Mattos (2009, p.151), representava “...um modelo de proteção social em que o risco era entendido como um problema da coletividade, e a segurança (nos seus vários aspectos: garantia de emprego, de renda crescente e proteção social) era um direito de cidadania”. Nesse período, ocorreu a elevação da participação do Estado na economia e, como desdobramentos, o aumento do gasto público e do emprego público.

Entretanto, nas décadas de 70 e 80, a crise política do Estado se estabelece após os dois choques do petróleo (1973 e 1979) e a elevação súbita dos juros dos Estados Unidos. Nessa perspectiva, a grave crise da economia capitalista vigente foi atribuída aos excessos dos Estados Unidos e às políticas keynesianas. O Estado, outrora considerado essencial no desenvolvimento econômico, passou a ser visto como obstáculo à iniciativa privada e como ineficiente, burocrático, inchado, entre outras características negativas. E, em consequência, nos anos 80, as discussões políticas e econômicas em nível global passaram a adotar a defesa do Estado mínimo (TRAVAGIN, 2017).

Nesse contexto, o receituário neoliberal ganhou força, passando a ser implementado na maior parte dos países europeus, consolidando-se na década de 90, e trazendo no seu bojo o reposicionamento do Estado, particularmente no que concerne à estrutura do bem-estar social e ao padrão de regulação do trabalho. Este agora em ampliado processo de desregulamentação de direitos e de flexibilização das relações de trabalho (SILVA; MATTOS, 2009).

Como exemplo da onda neoliberal, destaca-se, em 1989, o Consenso de Washington, o qual não só ratifica a defesa do Estado mínimo, como muda as recomendações internacionais do Banco Mundial, passando a defender as políticas sociais residuais. Nesse diapasão, os países da América Latina constituem alvos fáceis dessas “recomendações”, haja visto que estavam passando por momentos de reorganização do bloco no poder, após o término de regimes autoritários. Além disso, o setor saúde brasileiro torna-se relevante ao Banco, que nele antevê uma grande área de investimento, considerando o recém-criado sistema de saúde único, universal, público e gratuito. Entre suas recomendações, encontram-se resumidamente (TRAVAGIN, 2017, p.998):

a) reorientação dos gastos públicos em direção à atenção básica apenas aos mais pobres; b) criação de um ambiente regulatório que permita ao setor privado atuar livremente, incluindo o sistema privado lucrativo; c) considerar a necessidade de pagamento no setor público pelos usuários com renda acima de um determinado valor; d) aprofundamento da descentralização do sistema; e) contenção de custos, focalizando-os em procedimentos de alto custo-efetividade; f) elaboração de mecanismos que limitem o acesso da população ao sistema público; g) limitar o governo federal às funções de regulação, assistência técnica e pesquisa.

Com isso, fortaleceu-se a proposta de reforma do Estado, com a redução de seu tamanho e a incorporação de padrões oriundos da iniciativa privada para a gestão pública. Assim, a administração pública gerencial, para se contrapor à crise da forma burocrática de administração do Estado, seria norteadada pelos valores de eficiência e eficácia, com a finalidade de aumentar sua governança e proteger o patrimônio público da apropriação por grupos de interesses (FURTADO; MELO, 2011; SANTOS et al., 2014; REIS, 2014).

As reformas do Estado compreenderam um longo processo, com a finalidade de mudar do Estado burocrático para o Estado gerencial, em duas fases:

- a) As denominadas reformas de 1ª geração, iniciadas no fim da década de 70 e que se estenderam durante toda a década de 1980. Esse conjunto de reformas incluía o programa de privatizações; a abertura comercial e financeira; a política de desregulamentação. Assim, visava a saúde fiscal do Estado, a redução do déficit e da inflação, entre outros.

- b) As denominadas reformas de 2ª geração, iniciadas na década de 1990 e que levaram em conta as críticas às propostas neoliberais da geração anterior, ao corrigir alguns problemas oriundos da maximização das políticas restritivas. As ações desse segundo conjunto de reformas voltaram-se para a melhoria da competência dos recursos humanos; para a implantação de recursos tecnológicos visando a otimização do tempo; para a democratização e descentralização. Ademais, buscou-se a criação de mecanismos de controle e transparência (FELICIANO, 2019; REIS, 2014).

Nesta perspectiva, faz-se necessária a diferenciação dos conceitos de Reforma de Estado e Reforma Administrativa, pois compreendem distintas dimensões. Segundo Gurgel Jr. (2004, p. 28):

A reforma administrativa, por sua vez, tem alcance limitado a mudanças no interior das organizações públicas, como as mudanças de organograma ou a criação de novas pastas, podendo ocorrer sem que necessariamente exista um processo de Reforma do Estado.

....

A Reforma do Estado envolve grandes transformações no contexto geral da administração pública, com uma concepção político-filosófica norteadora mais abrangente, não circunscrita às organizações do setor público, cuja execução repercute em toda a sociedade.

No Brasil, o gerencialismo tomou vulto durante o governo de Fernando Henrique Cardoso, ao instituir o Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE). A resposta para a superação da crise do Estado implicava em sua reforma e as medidas propostas compreendiam o ajustamento fiscal duradouro, as reformas econômicas orientadas para o mercado, a reforma da Previdência, a inovação dos instrumentos de política social e a reforma do aparelho do Estado. Com isso, em 1995, foi elaborado o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE). (BRASIL, 1995; SILVA, 2016; SILVA; LIMA; TEIXEIRA, 2015)

Cabe destacar que o diagnóstico para a implantação do PDRAE menciona, como um dos problemas, a tendência crescente da participação dos gastos com pessoal na receita da União, em especial com os inativos. “Como resultado do retrocesso burocrático de 1988 houve um encarecimento significativo do custeio da máquina administrativa, tanto no que se refere a gastos com pessoal, como bens e serviços, e um enorme aumento da ineficiência dos serviços públicos”. (BRASIL, 1995, p. 22)

Segundo o PDRAE, há três formas de gerir a administração pública: o patrimonialismo, a burocracia e a abordagem gerencial. Na primeira, a administração não visa o interesse público,

numa relação em que o servidor busca fidelidade ao *suserano*, mas não ao cidadão. Para alguns, estão presentes neste tipo o nepotismo, o empreguismo e a corrupção. (ALCANTARA, 2012; FURTADO; MELO, 2011)

Na segunda, ao considerar o conceito Weberiano, o servidor burocrático tem sua atuação pautada mais na eficiência e exatidão, com competências estabelecidas através de leis ou regulamentos, com o cargo vitalício e a divisão de trabalho, entre outras. Mas, Weber também alertava para alguns problemas deste modelo, como a oligarquização, o monopólio de poder, o conservadorismo, a transformação de meios em fins, entre outros. (ALCANTARA, 2012; FURTADO; MELO, 2011)

Quanto à abordagem gerencial, denominada de Nova Gestão Pública (NGP), tem como objetivo possibilitar maior eficiência e eficácia à administração pública, por meio da orientação ao cidadão, ênfase nos resultados por meio de contratos de gestão e transferência para o setor privado sem fins lucrativos de serviços sociais. No Brasil, a materialização deste modelo gerencial ocorreu pela aprovação da Emenda Constitucional 19/1998 e de diversas leis federais que estabeleceram agências reguladoras e executivas, como as Organizações Sociais (OSs) e as Organizações da Sociedade Civil de Interesse público (OSCIPs), entre outras. (ALCANTARA, 2012; FURTADO; MELO, 2011)

A partir desse diagnóstico, foi proposto um modelo conceitual com quatro setores do aparelho do Estado: o núcleo estratégico, as atividades exclusivas, os serviços não exclusivos e a produção de bens e serviços para o mercado. (REIS, 2014)

Os serviços não exclusivos do Estado abrangem as universidades, os hospitais, os centros de pesquisa e os museus. Para esses setores, o modelo de gestão proposto foi o das Organizações Sociais (OSs), implementado pela Lei nº 9.637/1998. As OSs são consideradas um dos padrões de apresentação do denominado terceiro setor, o que, segundo Bresser-Pereira, sugere uma terceira forma de propriedade entre a privada e a estatal. (ANDREAZZI; BRAVO, 2014; COSTA, 2003; MORAIS et al., 2018)

A transferência dos serviços não exclusivos do Estado para o setor público não-estatal é denominada de publicização e foi o modelo empreendido pelo Programa Nacional de Publicização, também implementado pela Lei nº 9.637/1998. O referido Programa se caracteriza pela transferência da execução de atividades, antes estatais, para o público não-estatal ou entes privados sem fins lucrativos, contudo, cabendo ao Estado a concessão de equipamentos estatais, recursos humanos e financeiros, além da fiscalização das entidades que se habilitarem para tal fim. O contrato de gestão constitui, então, o instrumento pelo qual o Estado repassaria aos entes públicos não-estatais a prestação de serviços não-exclusivos. Este

contrato fundamenta-se na avaliação de desempenho baseada em metas e indicadores anteriormente definidos. (COSTA, 2003; REIS, 2014; SILVA; LIMA; TEIXEIRA, 2015)

Caberia, então, às OSs, apresentar resultados de dois objetivos: a) melhor prestação de serviços públicos por meio do cumprimento de metas qualitativas e quantitativas e maior autonomia e flexibilidade para os gestores desses serviços; b) fortalecimento do controle social das OSs, conferindo maior participação da sociedade na formulação e avaliação de desempenho de suas unidades, o que ampliaria a parceria entre o Estado e a Sociedade. (FURTADO; MELO, 2011)

Dois movimentos demandaram a formalização dos contratos de gestão, bem como a inserção de novos papéis para a gestão pública. De um lado, o fortalecimento dos mecanismos de flexibilização e, do outro, a transição dos padrões tradicionais para uma Nova Administração Pública (NAP). Então, o SUS começa a conviver com esses novos arranjos institucionais na gestão dos serviços de saúde, com distintas naturezas jurídicas da administração indireta. Segundo Santos et al. (2014, p.112), o papel do gestor público ganha contornos mais complexos que “...demandam um novo papel do Estado diante da nova dinâmica de relações entre o público e o privado e a adoção de mecanismos de mercado na gestão pública”.

A crise do Estado burocrático/autoritário também atinge o setor público da saúde. Pois, o modelo de saúde oriundo do pós-64 tinha como características ser curativo, assistencial lucrativo, especializado, oneroso, incontrolável nos gastos, hospitalocêntrico, sem submissão à regulação e ao planejamento. Então, diante da crise fiscal e do crescente aumento de despesas com a saúde tornou-se imprescindível a contenção dos gastos com a assistência médico-previdenciária. (GURGEL JR., 2004)

Ressalta-se, então, que, na década de 90, dois movimentos são incluídos na agenda da saúde pública brasileira: de um lado, a construção do SUS, baseado na Reforma Sanitária de caráter social-democrata universalista; de outro, a proposta de publicização coordenada por uma reforma de estado liberal de caráter gerencialista excludente. Assim, nova agenda foi implantada no setor saúde, em especial, no que tange ao enxugamento de quadros, adoção de flexibilização e subcontratação da força de trabalho, o que levou à precarização dos direitos trabalhistas e à redução salarial. (GURGEL JR., 2004)

Não menos importante: a Reforma do Estado se utilizou de muitas estratégias para dar suporte à proposta gerencialista em curso, num cenário de muitos endividamentos dos entes federativos estaduais. Uma dessas estratégias foi a Lei de Responsabilidade Fiscal.

4.1.1 A Lei de Responsabilidade Fiscal: o contexto e as despesas com pessoal

No período anterior à CF/88 constituía prática comum os gestores administrarem a coisa pública como se esta fosse seu próprio patrimônio, daí decorrendo descontrolado nos gastos públicos, nepotismo e corrupção. Ademais, o país estava inserido num contexto de dívida pública crescente, renegociações recorrentes de dívidas com a União e instabilidade econômica substancial, o que muito afetava a entrada de capital externo devido aos investidores questionarem a capacidade do país em honrar suas dívidas. (COSTA; SILVA, 2015)

Nessa perspectiva, destaca-se a crise de endividamento dos estados brasileiros que, em 1997, compreendia o refinanciamento de 25 estados pelo Governo Federal. Mais ainda, esses entes federativos apresentavam um histórico de gastos com pessoal muito elevado, correspondendo, em média, a 79,1% e 65,4% da Receita Corrente Líquida (RCL) em 1995 e 1996, respectivamente. (COSTA; SILVA, 2016)

Cabe destacar que, no final da década de 1990, o país estava implementando mecanismos de reforma do Estado, e a publicação da LRF se alinha a este processo, vez que a disciplina fiscal era um de seus objetivos, além de transformar a administração pública burocrática em gerencial, dotando-a de mais eficiência e eficácia na gestão pública. (CHIEZA, 2008; QUEIROZ, 2001)

A Lei Complementar (LC) nº 101/2000, conhecida como Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), regulamentando o Artigo nº 163 da CF/88, tem por objetivo “estabelecer as normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal, para os três entes federativos, em todas as esferas de poder”. (SANTIN; PEREIRA; CAMARGO, 2017, p.117) Passa-se, então, a criar novas rotinas de planejamento, transparência e controle, o que implica numa mudança de postura dos gestores públicos frente à forma de utilização dos recursos públicos. (RABELO; RODRIGUES JÚNIOR, 2018)

Quanto ao planejamento, consiste na elaboração do processo orçamentário, em três etapas: o Plano Plurianual, a Lei de Diretrizes Orçamentárias e a Lei Orçamentária Anual, com a finalidade de planejar o gasto público e o equilíbrio das contas públicas. Quanto à transparência, consiste na divulgação dos dados públicos pela imprensa, internet ou por meio de audiências públicas, para que a sociedade possa acompanhar a evolução dos gastos, bem como avaliar o comprometimento do gestor público quanto à aplicação dos recursos arrecadados. (SOUSA, SILVA FILHO, 2019)

Em relação ao controle, é efetuado, interna e externamente. O controle interno possibilita ao gestor público reavaliar e redirecionar suas ações na procura do equilíbrio fiscal. E, nesta mesma direção, os órgãos competentes e a sociedade exercem o controle externo,

objetivando avaliar a postura do gestor quanto à legalidade e eficiência dos gastos públicos, subsidiados pelos limites impostos pela LRF. (SILVA, 2019)

A LRF vem disciplinar, ao lado da CF/88, as despesas com pessoal nas três esferas de governo, pois estabelece limites percentuais de gastos com pessoal em relação a cada ente federativo, além de colocar limites percentuais para os três poderes, incluindo o Tribunal de Contas e o Ministério Público. (SANTIN; PEREIRA; CAMARGO, 2017; RABELO; RODRIGUES JÚNIOR, 2018)

Faz-se necessário a compreensão do que, segundo o Art. 18 da LRF, constitui a despesa total com pessoal:

... o somatório dos gastos do ente da Federação com os ativos, os inativos e os pensionistas, relativos a mandatos eletivos, cargos, funções ou empregos, civis, militares e de membros de Poder, com quaisquer espécies remuneratórias, tais como vencimentos e vantagens, fixas e variáveis, subsídios, proventos da aposentadoria, reformas e pensões, inclusive adicionais, gratificações, horas extras e vantagens pessoais de qualquer natureza, bem como encargos sociais e contribuições recolhidas pelo ente às entidades de previdência. (BRASIL, 2000, p. 26)

Com isso, ressalta-se que a despesa com pessoal independe do vínculo empregatício; sendo assim, os servidores estão incluídos, quer sejam os servidores efetivos, quer os que possuem cargos em comissão, celetistas, empregados públicos, agentes políticos, agentes comunitários de saúde (ACS) e de combate de endemias (ACE). (RABELO; RODRIGUES JÚNIOR, 2018)

Ademais, a imposição de limites em relação aos gastos com pessoal é justificada pela relevância deste item de despesa corrente, e também, ao se considerar seu histórico elevado ao longo de um período extenso, em especial, no caso dos estados brasileiros. Mais ainda, os gastos elevados com o funcionalismo público têm por consequência a redução da receita disponível dos entes subnacionais e a restrição de sua capacidade na oferta de serviços públicos, tais como saúde, educação e segurança, bem como para a manutenção de suas atividades. Além disso, enquanto a despesa de pessoal tende a se manter constante ou crescente, o fluxo de receitas sofre grande impacto devido aos ciclos econômicos. (COSTA; SILVA, 2016; FELICIANO, 2019)

As receitas e os gastos dos três entes federativos são publicados periodicamente, por meio eletrônico. Quanto à despesa com pessoal, quadrimestralmente é emitido o Relatório de Gestão Fiscal (RGF), o que possibilita um melhor acompanhamento dos gastos realizados com pessoal ao serem confrontados com os limites impostos pela LRF. A base de cálculo dos limites máximos, do nível de alerta e do prudencial da LRF é a RCL. (RABELO; RODRIGUES JÚNIOR, 2018) E esta consiste na

... soma das receitas tributárias, patrimoniais, industriais, agropecuárias, de serviços, transferências correntes e outras receitas também correntes, sendo deduzidas nos estados as parcelas entregues aos municípios por determinação constitucional, assim como a contribuição dos servidores públicos para o custeio de seu sistema de previdência e assistência social, e as receitas provenientes da compensação financeira entre os diversos regimes de Previdência. (COSTA; SILVA, 2016, p.336)

Os limites para cada ente, na despesa com pessoal, de acordo com os artigos n. 19 e 20 da LC n. 101/00, estão explicitados no Quadro 1.

Quadro 1 – Limites para cada ente na despesa com pessoal

Ente Federativo	% Executivo	% Legislativo	% Judiciário	% MP	% Limite Prudencial do executivo	% Limites Globais da RCL
União	40,9	2,5	6,0	0,6	38,8	50,0
Estados	49,0	3,0*	6,0	2,0	46,5	60,0
Municípios	54,0	6,0**	-	-	51,30	60,0

*Incluindo o Tribunal de Contas do Estado.

** Incluindo o Tribunal de Contas do Município, quando houver.

Fonte: A autora, conforme LC 101/00 (BRASIL, 2000).

Não menos importantes são os vetos impostos aos entes federativos que excederem o limite prudencial (95%) da despesa total com pessoal. Entre eles, pode-se citar o veto para “... a criação de cargo, emprego ou função; e o provimento de cargo público, admissão ou contratação de pessoal a qualquer título, ressalvada a reposição decorrente de aposentadoria ou falecimento de servidores das áreas de educação, saúde e segurança”. O que contrasta com a necessidade do setor saúde de recursos humanos para gerir as demandas que se sobrepõem às transições demográficas, epidemiológicas e nutricionais em curso, entre outras, não repostas pela inclusão tecnológica neste setor. (OLIVEIRA, 2019)

O Manual de Demonstrativos Fiscais (MDF), em sua oitava edição, trouxe mudanças na interpretação da LRF, incluindo os gastos com pessoal advindos de outras formas de contratação que impliquem na realização da atividade-fim do ente público no apurado para verificação dos limites de gastos com pessoal. Ou seja, aqueles realizados “... por meio da contratação de cooperativas, de consórcios públicos, de organizações da sociedade civil, do serviço de empresas individuais ou de outras formas assemelhadas”. (BRASIL, 2017, p.524; OLIVEIRA, 2019, p.12)

Além disso, o Manual traz alguns apontamentos importantes:

Em relação às organizações da sociedade civil, esclarece-se que esse entendimento aplica-se aos casos em que essas *organizações administram estruturas pertencentes à administração pública ou têm a totalidade ou a maior parte das suas despesas custeadas pelo poder público*. Nesses casos, é possível identificar o valor das despesas

com pessoal relacionadas à atividade-fim do ente da federação que é custeada com os recursos repassados pelo poder público.

Não se enquadram, nesse entendimento, as despesas com pessoal das organizações que atuam na prestação de serviços ao cidadão de forma independente dos repasses efetuados pela administração pública, ou seja, que não dependam exclusivamente ou quase na totalidade dos recursos do setor público. (grifos nossos) (BRASIL, 2017, p. 524,525)

A implicação desse novo entendimento, segundo o qual os gastos com pessoal dos novos modelos de gestão da saúde, em especial os contratos de gestão estabelecidos com as OSs, estarão sob os limites previstos na LRF, acarretará impactos nas contas públicas e na gestão fiscal dos entes federativos que optaram por estabelecer contratos de gestão com OS, tais como os Estados de São Paulo, Rio de Janeiro, Pernambuco, dentre outros. (OLIVEIRA, 2019)

Ademais, os contratos de gestão firmados pelas OSs visam uma possível eficiência na prestação de um determinado serviço, sendo seu repasse parcialmente vinculado ao cumprimento de metas. E, neles, não são contemplados os gastos com pessoal como objeto principal. O que deverá ser mudado ante o novo entendimento. Esta regra deverá ser adotada até o final do exercício de 2020, pelos entes federados, mas ainda carece de maiores esclarecimentos. (OLIVEIRA, 2019)

Assim, é importante o conhecimento das novas modalidades de gestão adotadas pela saúde, em especial pelo ente federativo municipal, para se entender o contexto político, as implicações com o gasto público e como elas se caracterizam, para respaldar o debate sobre sua inserção na APS.

4.2 Os Novos Modelos de Gestão da Saúde

A partir do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE) foi instituído o Programa Nacional de Publicização, o qual estabeleceu a descentralização da responsabilidade da gestão do ente público estatal para o público não-estatal, sem, necessariamente, transferir a sua propriedade. Com isso, pretendia-se a redução da responsabilidade do Estado quanto à execução direta de serviços e o estabelecimento de seu papel regulador e promotor. Novos modelos jurídicos foram criados, denominados Modelos Alternativos de Gestão Indireta (Magi). São elas: a) na década de 90, as Organizações Sociais (OSs) e a Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (Oscip); b) nos anos 2000, a Parceria Público-Privado (PPP), a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh), Organizações da Sociedade Civil (OSCs). (REIS; COELHO, 2019; SANTOS, 2017)

Somam-se a estes modelos as Fundações Estatais de Direito Privado (FEDs), proposta surgida durante o segundo governo de Lula. A concepção adotada seria de transformação da administração pública a partir de uma revitalização do Estado, sendo este apresentado como atuante, promotor de crescimento e de justiça social e fiscalmente sustentável. Dentre os princípios apresentados neste modelo, destacam-se: a redução do déficit institucional, capacidade de formular e implementar políticas, otimização de recursos, participação, transparência e ética. (TEIXEIRA; MARTINS; SILVA, 2014)

No campo da saúde, as propostas das OSs e das FEDPs ganharam destaque no cenário nacional como modelos jurídico-institucionais adotados por estados e municípios. Este fato se justifica pelas inúmeras dificuldades encontradas pelos entes federativos na área de gestão de serviços de saúde. (SILVA; LIMA; TEIXEIRA, 2015)

A administração pública é composta de órgãos e agentes públicos, que são os representantes da vontade da pessoa jurídica. O Estado pode cumprir ou executar suas funções de forma centralizada e descentralizada. Segundo Teixeira e Silveira (2016, p.27), há distinções entre as duas formas:

A administração centralizada implica na execução de tarefas por meio dos agentes e órgãos que compõem a administração pública direta, composta pelo conjunto de órgãos e agentes públicos que integram a pessoa política estatal, ou seja, a União, Estados, Distrito Federal ou municípios, subordinados diretamente ao Chefe do Poder Executivo, Legislativo ou Judiciário. Na modalidade descentralizada, o Estado delega responsabilidades através de contratos de gestão e/ou termos de compromisso às entidades que compõem a administração pública indireta. Esta é composta por Novos Modelos de Jurídicos, a saber: Autarquias, Fundações Públicas, Empresas Públicas, Sociedades de Economia Mista, entes públicos não estatais (Organização Social, Organização da Sociedade Civil de Interesse Público e Organizações da Sociedade Civil) e sociedade de propósito específico (denominação da pessoa jurídica competente à contratualização por Parceria Público-Privada).

O Quadro 2 apresenta uma síntese das principais características dessas diferentes modalidades jurídico-administrativas:

Quadro 2 – Características das modalidades jurídico-administrativas

Tipos de Modalidade Jurídico Administrativas	Órgãos da Administração Direta	Organizações Sociais	Fundações Estatais de Direito Privado
Características			
Personalidade Jurídica	Direito Público	Direito Privado	Direito Privado
Relação com a Administração Pública	Administração Direta	Fora da Administração Pública	Administração Indireta
Forma de Ingresso	Concurso Público	Sem mecanismos delimitados	Concurso Público
Tipo de vínculo	Estatutário	CLT	CLT
Lei de Responsabilidade Fiscal	Observa	Não Observa	Não Observa
Licitações e contratos	Lei nº 8.666	Regulamento próprio	Lei nº 8.666 e Regulamento próprio
Autonomia orçamentária e financeira	Não possui	Orçamentária e financeira	Orçamentária e financeira
Financiamento e fomento	Orçamento Geral da União	Contrato de gestão	Contrato de gestão
Controle Interno e Externo	Controladoria Geral da União e Tribunal de Contas da União	Dos recursos do contrato de gestão	Controladoria Geral da União e Tribunal de Contas da União

Fonte: Adaptado de Ramos (2016, p.24).

4.2.1 As Organizações Sociais: o contexto político, sua institucionalização e os impasses de sua adoção nas formas de contratação

A figura das OSs surgiu no cenário nacional como um novo modelo de gestão no bojo da Reforma do Estado, na década de 90, a partir do PDRAE, sendo instituídas pela Lei nº 9.637/98. Ao longo dos anos foram inseridas no SUS, constituindo uma delegação de prestação de serviços para o terceiro setor, por meio de entidades de direito privado que se dispõem a desempenhar atividades de interesse público. (PACHECO et al., 2020)

Entretanto, a transferência das funções desempenhadas pelo Poder Público para os entes privados não retira sua responsabilidade de fiscalizador nem tampouco de mantenedor da qualidade dos serviços prestados à sociedade. Fato este expresso no art. 6º da lei supracitada, segundo a qual o contrato de gestão realizado entre as entidades e o Estado deve fixar as metas a serem atingidas no processo de parceria, bem como o controle dos resultados. (GOMES, 2020)

As Organizações Sociais, de acordo com o Mare, constituem

... um modelo de organização pública não-estatal destinado a absorver atividades publicizáveis mediante qualificação específica. Trata-se de uma forma de propriedade pública não-estatal,

constituída pelas associações civis sem fins lucrativos, que não são propriedade de nenhum indivíduo ou grupo e estão orientadas diretamente para o atendimento do interesse público. (BRASIL, 1998, p 13)

Vale salientar que o PDRAE foi institucionalizado pela Emenda nº 19, que inseriu a eficiência como princípio da Administração Pública, após três anos de discussão no Congresso e com o apoio da opinião pública. Por outro lado, a institucionalização das OSs não seguiu esta trajetória: não foram discutidas pela sociedade, nem pelos Conselhos das áreas publicizáveis. Foram criadas pela Medida Provisória nº 1.591/1997, posteriormente oficializadas pela Lei nº 9.637/98. (TRAVAGIN, 2017)

Segundo o Mare, as OSs fazem parte dos serviços não exclusivos do Estado e constituem um modelo de organização pública que visa absorver as atividades consideradas publicizáveis, como a saúde, por meio de qualificação específica. (TEIXEIRA; MARTINS; SILVA, 2014)

O Art. 1º da Lei nº 9.637/98 define a qualificação das OSs:

Art. 1º O Poder Executivo poderá qualificar como organizações sociais pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, cujas atividades sejam dirigidas ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do meio ambiente, à cultura e à saúde, atendidos aos requisitos previstos nesta Lei. (BRASIL, 1998, p. 47)

Para Bresser Pereira, um dos componentes básicos da Reforma é a delimitação das funções do Estado, por meio da privatização, da terceirização e da “publicização”, esta última entendida como: “*A transferência de responsabilidade dos serviços sociais e científicos ao setor público não-estatal*”. O Governo, assim, reduziria a execução ou a prestação direta de serviços e assumiria o papel de regulador e provedor, em especial, nas áreas de educação e saúde. Nesse cenário, as OSs tornaram-se uma estratégia central do movimento reformista, com sua base legal estabelecida por meio da Lei nº 9637/1998. (ANDREAZZI, BRAVO, 2014; SANTOS et al., 2014; SILVA, 2016)

Sanches-Martinez et al. (2014) afirmam que a privatização pode ser categorizada, a partir do léxico jurídico, em formal, funcional e material. A primeira corresponderia às FEDPs, ou seja, à administração do Estado por entidades públicas de direito privado; a funcional diz respeito à contratação de organização privada com ou sem fins lucrativos para a gestão da coisa pública, a exemplo das OSs; e a material corresponde à venda do patrimônio público e à completa transferência de titularidade do serviço para a iniciativa privada. Assim, o termo publicização se refere à privatização funcional.

Não menos importante, segundo as prescrições do Mare, é o fato de que as OSs apresentam vantagens sobre outras formas de organizações estatais, por sua maior autonomia administrativa em detrimento daquelas possíveis dentro do aparelho do Estado, o que pode ser

exemplificado pela contratação de pessoal nas condições de mercado; pela adoção de normas próprias para compras e contratos; por apresentar maior flexibilidade na execução orçamentária e financeira; pela permissão de remuneração aos dirigentes das OSs, estipulada pelo Conselho Administrativo destas entidades, entre outras. (MORAIS et al., 2018)

Segundo Barbosa (2010), a simplificação do processo de aquisição de bens e serviços possibilita ao Serviço sob gestão das OSs o abastecimento em intervalos menores e focado nas necessidades de consumo para determinado período, o que gera maior rotatividade no estoque, com menor ativo imobilizado e tende a ser menos dispendiosa. Situação que contrasta com o que ocorre nas unidades da AD, sujeitas a diversos controles externos, realizados segundo determinados procedimentos, que tornam o processo mais lento, ineficiente, com grandes estoques e maior ativo imobilizado.

Além disso, as OSs apresentam um arcabouço legal mais consolidado do que as FEDPs. As primeiras traduzem as propostas dos governos de FHC (PSDB) e as FEDPs as do governo Lula para a administração pública brasileira. (SILVA; LIMA; TEIXEIRA, 2015)

A análise dos dois modelos jurídico-institucionais, por meio dos seus respectivos marcos legais, permitiu verificar que o maior amadurecimento do projeto de reforma do governo FHC possibilitou maior difusão das OSs, em detrimento do documento “Gestão Pública para um Brasil de todos: um plano de gestão para o governo Lula”, em relação às FEDPs, pois, este último não conseguiu dar maior institucionalidade às fundações. Com isso, de forma contraditória, as OSs se proliferaram em um governo do PT, o qual propunha uma maior revitalização do papel do Estado. (SILVA; LIMA; TEIXEIRA, 2015)

A adesão ao modelo das OSs pelos gestores estaduais e municipais, em todo o território brasileiro, é explicada pela possibilidade de contratação de pessoal fora dos limites estabelecidos pela Lei Complementar nº 101/2000, conhecida como Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF). Lei ainda considerada, por muitos, como uma das molas-mestras da política financeira neoliberal e da contrarreforma do Estado, ao avançar sobre a autonomia dos entes subfederais. (ANDREAZZI; BRAVO, 2014; MORAIS et al., 2018)

A adoção das OSs tem sido objeto de vários estudos e de grandes debates: quanto à contratação de OSs pelo Poder Público, no que tange aos Contratos de Gestão (BORBA; AZEVEDO JÚNIOR, 2020); quanto aos repasses de recursos para as OSs, por meio de emendas parlamentares, na Assembleia Legislativa do Espírito Santo (TURINO; SODRÉ, 2018); como modelo de gestão dos serviços do SUS por OSs, se apresenta nos Planos Estaduais Plurianuais de Saúde nos quadriênios de 2012-2015 e 2016-2019, de onze estados brasileiros, incluídos o RJ, PE e BA. (KRÜGER; REIS, 2019)

Nessa perspectiva, ante a expansão do modelo de gestão das OSs, nota-se a importância da discussão do exercício da *accountability*, esta compreendida como a prestação de contas com transparência das ações dos serviços públicos para a sociedade. Pontua-se que ela se insere no contexto da 2ª geração de Reformas do Estado, iniciada na década de 1990. Ademais, no processo da *accountability* das OSs pode-se visualizar a relevância dos controles interno e externo. O primeiro realizado por órgãos que estejam dentro da própria estrutura do poder controlado. Quanto ao controle externo, é exercido por órgão não pertencente à mesma estrutura do poder. (PACHECO et al., 2020)

Estudo sobre a *accountability* das OSs e o papel do Conselho Estadual de Saúde (CES) em Pernambuco, aponta que, na percepção dos membros do CES entrevistados, as informações são repassadas pelas OSs de forma incompleta, em linguagem técnica e de difícil interpretação. O que acarreta dificuldades no acompanhamento e na deliberação dos processos, atestando a baixa transparência deste modelo. O mesmo pode ser verificado nos Contratos de Gestão, disponíveis apenas no Diário Oficial, de difícil acesso e desconhecido da população em geral. (PACHECO et al., 2020)

A adoção das OSs pelo poder público, para gerir os serviços de saúde, produz ainda mais questionamentos quando o serviço em pauta é a APS. Assim, é necessário compreender o papel e os atributos específicos desse nível de atenção.

4.3 A Atenção Primária à Saúde

4.3.1 Histórico, conceitos e atributos da APS: a relevância de pensar a forma de contratação dos trabalhadores

Nos primórdios do século XX surge, na Grã-Bretanha, a primeira proposta, em nível governamental, de organização de um primeiro nível de atenção, que consistiria na prestação de serviços de atenção primária para toda a população, por equipe médica generalista e de auxiliares, em centros médicos. A proposta discorria sobre a organização regionalizada dos serviços de saúde, que seriam hierarquizados nos níveis primário, secundário e terciário. Com base nesta formulação, foi construído posteriormente o Serviço Nacional de Saúde inglês, importante referência de sistema público e universal de saúde. O documento sobre estas ações foi denominado Relatório de Dawson, em homenagem ao Presidente do Conselho que elaborou a proposta. (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008; MELO et al., 2018)

A Atenção Primária à Saúde pode compreender diversas abordagens, com três linhas principais de interpretação: a) seletiva, de cesta restrita e focalizada de serviços; b) a que corresponde aos serviços médicos generalistas de primeiro contato, podendo ou não incluir amplo espectro de ações de saúde pública e de serviços clínicos para toda a população; c) abrangente, que delinea o modelo assistencial e de organização do sistema de saúde. (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008; MELO et al., 2018)

É com essa última abordagem que a Declaração de Alma-Ata, na cidade de mesmo nome situada no Cazaquistão, em 1978, se identifica. Esta Conferência Internacional sobre a APS, considerada seu marco fundamental, foi organizada pela OMS e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) e nela foram questionados os modelos verticais de intervenção adotados pela OMS para combate às endemias, em países pobres e em desenvolvimento, e o modelo médico hegemônico cada vez mais especializado e intervencionista. (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008; BRASIL, 2002)

A partir desta Conferência, governos foram convocados a formular políticas nacionais, estratégias e planos de ação para a adoção da APS como parte de um sistema de saúde integral. Três componentes essenciais emergem desta concepção abrangente de APS: acesso universal e primeiro contato do sistema de saúde; indissociabilidade da saúde do desenvolvimento econômico-social, com reconhecimento dos determinantes sociais e ambientais da saúde; participação social. Concepção essa constante no cerne da Constituição Federal Brasileira, ao estabelecer a saúde como “...direito de todos e dever do Estado” e ao instituir o SUS baseado nos princípios de universalidade, integralidade, equidade e participação social. (GIOVALELLA et al., 2019; GIOVANELLA, 2018; MELO et al.; 2018; FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ; CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2018)

A Carta de Alma-Ata conclamou a todos por justiça social, por meio de uma nova ordem econômica mundial, visando à redução das desigualdades entre os países centrais e os países denominados, à época, de Terceiro Mundo. Com isso, propôs a saúde para todos e a superação das desigualdades sociais entre países e no interior dos países. (GIOVALELLA et al., 2019; FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ; CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2018)

Entretanto, nos anos seguintes à Alma-Ata, no cenário político internacional ocorreram mudanças substanciais, com a ascensão ao poder de dirigentes conservadores, na Europa e nos Estados Unidos, que adotaram políticas neoliberais. O que pode ser verificado nas propostas do Unicef e da Fundação Rockefeller, de uma APS seletiva e focalizada, adotando a estratégia GOBI¹, que se propunha apenas aos cuidados da saúde infantil. Assim, foram incorporadas algumas ações fortemente relacionadas à redução da mortalidade infantil: suplementação

alimentar; alfabetização feminina; planejamento familiar, em contraposição ao ideário de equidade e saúde como direito universal. (GIOVALELLA et al., 2019; FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ; CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2018)

Nessa mesma direção, nos anos 80 e 90, na América Latina, também foram difundidos pacotes mínimos de serviços de APS focalizados no grupo materno-infantil ou nas populações mais vulneráveis, de extrema pobreza. Isto ocorreu *pari passu* aos ajustes estruturais e às imposições do Banco Mundial, que restringiam a concepção de uma APS abrangente. Entretanto, na primeira década do Século XXI, no bojo da redemocratização de alguns países latinoamericanos que tinham como premissa a justiça social, ocorreram alguns processos para revitalização da APS, promovidos pela Organização Pan-americana da Saúde (Opas). (GIOVALELLA et al., 2019)

Contudo, Pires-Alves e Cueto (2017) chamam a atenção para o fato de que a crise geral do capitalismo e sua publicização como crise fiscal dos Estados Nacionais, levou à substituição da racionalidade solidária entre os estados e entre classes, pela lógica do mercado. Mesmo ocorrendo movimentos de lutas para reivindicar o ideário de Alma-Ata, como a Carta de Otawa, em 1984, não havia mais o ímpeto reformista nos debates internacionais da década passada e foi se formando um novo ambiente, mais hostil a esse tipo de atenção, que não concebia mais uma APS abrangente, agora transformada em bandeira e trincheira de resistência.

Em outubro de 2018, realizou-se a Conferência Global sobre Atenção Primária à Saúde, em Astana, como parte das comemorações dos 40 anos da Declaração de Alma-Ata. A APS foi incluída no compromisso do alcance da cobertura universal em saúde (Universal Health Coverage – UHC) e nos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS), distanciando-se do ideário de quatro décadas passadas. Pois, a UHC restringe o direito à saúde, ao assegurar uma cesta de serviços restrita a ser contratada, apontando para a reedição de uma APS seletiva. (GIOVANELLA et al., 2019)

Segundo Matta e Morosini (2009, p. 23), a Atenção Primária à Saúde (APS), em nível internacional, é reconhecida como “... uma estratégia de organização da atenção à saúde voltada para responder, de forma regionalizada, contínua e sistematizada, à maior parte das necessidades de saúde de uma população, integrando ações preventivas e curativas, bem como a atenção a indivíduos e comunidades”.

De acordo com a Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, que 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), o Parágrafo Único do Art.1º

ratifica que os termos Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde são equivalentes² (BRASIL, 2011b; CARNUT, 2017) Assim, fica conceituada a APS como:¹

A Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvidas por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizadas com equipe multiprofissional e dirigidas à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária. (BRASIL, 2011b; BRASIL, 2017)

A APS foi instituída com a proposta de organizar os serviços a partir das necessidades de saúde da população adscrita, tendo como base a ação multiprofissional e interdisciplinar com participação social. Os atributos da APS foram inseridos na PNAB de 2006 e difundidos pelo país. Estes atributos definidos e categorizados por Starfield encontram-se no **Quadro 3**. (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008; CARVALHO et al., 2018; GOMES; GUTIÉRREZ; SORANZ, 2020)

¹A Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, em seu ANEXO 1, afirma: “A Política Nacional de Atenção Básica considera os termos Atenção Básica e Atenção Primária a Saúde, nas atuais concepções, como equivalentes. Associa a ambos os termos: os princípios e as diretrizes definidos neste documento”. Ademais, consta nos Cadernos de Atenção Básica, n. 28, Volume I, que os termos Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde seriam equivalentes. Esses termos estariam associados “às noções de vinculação e responsabilização de equipes de saúde pelo cuidado continuado de pessoas em seus territórios de vida, acessibilidade, atenção abrangente e integral (não focalizada e não seletiva), alta resolutividade e protagonismo na gestão do cuidado.” (BRASIL, 2013, p.13)

Quadro 3 – Atributos da Atenção Primária à Saúde

Atributo	Tipo de Atributo	O que é?
Primeiro contato	Essencial	A garantia de acessibilidade e utilização de um mesmo serviço de saúde como fonte de cuidado a cada novo problema ou novo episódio de um mesmo problema de saúde, com exceção das emergências médicas. Constitui a preferencial porta de entrada do sistema, a qual inicia-se a atenção e possibilita o filtro para o acesso aos serviços especializados.
Longitudinalidade	Essencial	Quando se assume a responsabilidade longitudinal pelo usuário com continuidade da atenção, independente da ausência ou da presença da doença.
Integralidade	Essencial	Compreende o amplo espectro das necessidades da população, o que implica na oferta de ações de atenção integral, tanto do ponto de vista do caráter biopsicossocial do processo saúde-doença, como ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação, mesmo que algumas não possam ser oferecidas dentro das unidades de APS, assim incluem os encaminhamentos para especialidades médicas focais, hospitais, entre outros.
Coordenação	Essencial	Compreende a continuidade do cuidado, seja por parte do atendimento pelo mesmo profissional, seja por meio de prontuários médicos, além do reconhecimento de problemas abordados em outros serviços e sua integração no cuidado global do paciente. O provedor de atenção primária deve ser capaz de integrar todo cuidado do paciente.
Orientação familiar	Derivado	Quando se considera o contexto familiar e seu potencial de cuidado e de ameaça à saúde, incluindo o uso de ferramentas de abordagem familiar. Compreende também ao conhecimento dos membros e de seus problemas de saúde.
Orientação comunitária	Derivado	Compreende o reconhecimento das necessidades em saúde da comunidade através de dados epidemiológicos e do contato direto; sua relação com ela, assim como o planejamento e a avaliação conjunta dos serviços.
Competência cultural	Derivado	Compreende a adaptação das equipes e profissionais de saúde às características culturais, étnicas e raciais da população para facilitar a relação e a comunicação quanto às representações dos seus processos saúde-doença.

Fonte: Adaptado de PINTO; GIOVANELLA, 2018; GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008.

Não menos importante é que a APS é o *locus* em que a prática do cuidado se efetiva por meio da interação entre trabalhadores e entre estes e os usuários. Este nível de atenção tem como eixo central a necessidade da equipe de saúde se aproximar das famílias e, assim, estabelecer laços de confiança e de afetividade. Esses vínculos auxiliam a aceitação das pessoas para o acompanhamento frequente de sua condição de saúde, em especial, o que é realizado por meio de visitas domiciliares. (VILELA; MAFRA, 2015)

De acordo com Carnut (2017, p. 1180), o trabalho em saúde na APS demanda, do profissional, alguns conhecimentos prévios para que seja realizado de acordo com os princípios do SUS. Assim, o cuidado constitui a categoria central em relação à prática de qualquer categoria profissional no setor saúde. Pode-se então compreender a importância do cuidado no espectro do princípio-diretriz da integralidade. Afirma o autor que “... a integralidade é uma forma de ampliar o olhar dos profissionais para além da lógica da ‘intervenção pura’, tentando alcançar os contornos do que se compreende como ‘cuidar’, no âmbito da construção dos serviços de saúde.”

Entretanto, a alta rotatividade dos membros das equipes pode gerar um ambiente de instabilidade e comprometer a continuidade do cuidado. Pois, a construção de laços de confiança demanda tempo e a contratação temporária pode acarretar prejuízos no estabelecimento dos atributos da APS. Além de interferir, tanto na qualificação dos profissionais como no desempenho das ações propostas. (VILELA; MAFRA, 2015)

Outro ponto de destaque é a gestão do trabalho na APS, ao se constituir como um elemento central para a consolidação do SUS, envolvendo questões relacionadas à vida funcional do trabalhador (a exemplo da forma de contratação de seu ingresso, provimento, garantia de direitos trabalhistas, entre outras), as condições adequadas de seu trabalho, sua participação na formulação de políticas, etc. (NUNES et al., 2015)

4.3.2 Atenção Primária à Saúde no Brasil: o contexto histórico e a Estratégia de Saúde da Família

Até a década de 80, não existia uma política nacional de atenção primária e o acesso à saúde pelo Estado não era universal. O que ocorria por alguns motivos: a) uma assistência médica de seguro social que prestava serviços de pronto-atendimento e atenção ambulatorial, com ênfase na atenção especializada, na qual, através da Previdência Social, apenas estavam incluídos os trabalhadores da economia formal e seus dependentes; b) pelo Funrural, que terceirizava ao contratar hospitais filantrópicos, as Santas Casas, para atender parte dos trabalhadores rurais; c) Pela Fundação Sesp, vinculada ao Ministério da Saúde, que ofertava serviços de controle de endemias, em áreas rurais do Norte e Nordeste; d) Por alguns poucos municípios que dispunham, em especial, de atendimentos de urgência. Vale ressaltar que grande parte da população não se encaixava nessas opções; era, portanto, desassistida, e obrigada a buscar a atenção à saúde, como indigente, nos hospitais filantrópicos, sem acesso a serviços de APS. (PINTO; GIOVANELLA, 2018; PEREIRA; JONES, 2016)

Entre os anos de 1964 e 1985, o Brasil atravessava um cenário bem delicado: vivia sob regime militar ditatorial, num período de internacionalização da economia e do propalado “milagre econômico” (1968-1973). Some-se a isso a crise no Sistema de Saúde, na Previdência Social e as péssimas condições de saúde da população brasileira. (PAIM, 2011)

É nesse contexto que toma vulto a reforma do sistema de saúde, defendida pelo Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB), sugerindo a necessidade de uma mudança de abordagens: de uma biológica dos problemas de saúde para uma histórico-estrutural, que levava em conta os aspectos socioeconômicos e políticos na distribuição desigual das doenças.

O papel que o Estado assume nesta proposta de mudanças é fundamental, uma vez que lhe caberia a promoção da saúde, a regulação do sistema e a oferta de serviços. (VIACAVA et al., 2018)

O período da Transição Democrática (1985-1988) é marcado, no setor saúde, pela realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, peça-chave para a inclusão, na Assembleia Nacional Constituinte, do capítulo “Saúde”, constante da Constituição. Ao mesmo tempo, eram construídas estratégias-ponte que facilitassem a transição de um modelo bismarckiano de seguro social para um modelo beveridgeano de sistema universal de saúde (SUS), por meio de medidas que visavam a integração das ações e a unificação dos serviços de saúde mediante convênios entre os três entes federativos. (PINTO; GIOVANELLA, 2018; PAIM, 2009)

No bojo de tantas mudanças, destacam-se aquelas incorporadas à Constituição Cidadã (1988) sobre o acesso à saúde, por meio de um Sistema Único, como um direito social. E ainda a inclusão, inspirada na Declaração de Alma-Ata, de uma concepção ampla de saúde, garantida “... mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco da doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008; PINTO; GIOVANELLA, 2018; PAIM, 2009; VIACAVA et al., 2018)

As Leis nº 8.080/90 e nº 8142/90 versam sobre a instituição do SUS e apresentam seus princípios e diretrizes: universalidade de acesso em todos os níveis de assistência à saúde; igualdade na assistência, sem preconceitos e privilégios de qualquer gênero; integralidade da assistência; participação da comunidade; descentralização político-administrativa e participação da comunidade na gestão do SUS. (VIACAVA et al., 2018)

Os sistemas de saúde universais são os que apresentam melhores respostas às necessidades sempre crescentes da população e que mais contribuem, nos países que os adotam, para o respectivo desenvolvimento econômico. (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2017) Por sua vez, a APS é considerada uma peça-chave; muitos estudos apontam sua capacidade de promover a melhoria da saúde e a equidade, proporcionando maior eficiência dos serviços e menores custos. (PINTO; GIOVANELLA, 2018)

Além disso, quando se considera, nos sistemas universais de saúde, as Redes de Atenção à Saúde (RAS), observa-se o quanto elas estão relacionadas a uma APS integral e resolutive, porta preferencial do sistema e sua ordenadora. Por outro lado, a regionalização é primordial para a APS, pois suas intervenções requerem a integração com os outros níveis de assistência para que possa exercer os atributos de cuidado regular e contínuo, promovendo a integralidade das ações e os impactos positivos na saúde da população. (BOUSQUAT, et al., 2019)

Para efetivar estes propósitos, foi necessário reordenar a atenção à saúde vigente seguindo outro modelo pautado pela APS como eixo norteador e modelo prioritário para a organização do SUS. Este modelo foi materializado primeiramente com a implantação do PACS, em especial na Região Nordeste. E, posteriormente, do PSF, em 1994, em todo o Brasil, com a formação de equipes de Saúde da Família (eSF), inicialmente com caráter seletivo; essas equipes foram crescendo em cidades de pequeno porte e em regiões mais pobres, e apresentaram maior expansão nos anos 2000, nos grandes centros urbanos. Atualmente, a Estratégia Saúde da Família (ESF) constitui o modelo prioritário para a estruturação da APS. (SIMAS; PINTO, 2017; MELO et al., 2018; PINTO; GIOVANELLA, 2018; CARVALHO et al., 2018)

Em 2006, com a Portaria nº GM/248, a ESF tem seu marco histórico para consolidação e expansão no território nacional, pois, é publicada a Política Nacional de Atenção Básica, ratificando este modelo como prioritário na organização da APS. A ESF procura colocar lado a lado a prática do cuidado individual à abordagem populacional na perspectiva da vigilância em saúde; busca integrar vigilância epidemiológica e sanitária; considera a territorialização/distritalização; integra atenção clínica e políticas intersetoriais; promove ações programáticas; reorganizou o atendimento à demanda espontânea, com acolhimento centrado no usuário. (GIOVANELLA; FRANCO; ALMEIDA, 2020; PINTO; GIOVANELLA, 2018; GOMES; GUTIÉRREZ; SORANZ, 2020)

Cada ESF inicialmente foi constituída por um médico, um enfermeiro, um ou dois técnicos de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS). Em seguida, foi ampliada sua composição ao integrar a Saúde Bucal (SB), com a inserção de um cirurgião dentista, um auxiliar de consultório dentário ou técnico em higiene dental. Em 2008, foram implantados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasfs), com vistas a ampliar a resolutividade das ações e serviços neste nível de atenção, sendo integradas outras categorias profissionais de acordo com as necessidades loco-regionais de saúde. E, na sequência, em 2010, com o incentivo do Ministério da Saúde, os agentes de endemias passaram a integrar as ESFs, com vistas ao desenvolvimento de ações ampliadas de vigilância em saúde. (PINTO; GIOVANELLA, 2018; CARVALHO et al., 2018)

Cecílio e Reis (2018), mesmo reconhecendo a forte expansão do projeto de APS nas últimas décadas, no Brasil, e seu impacto positivo, realizaram um ensaio questionando os desafios ainda hoje enfrentados pela APS em seu protagonismo no fortalecimento do SUS. Fizeram suas considerações à luz do profundo agravamento que possivelmente ocorrerá com o Novo Regime Fiscal proposto pelo Governo e aprovado pelo Congresso Nacional.

Os autores levantam quatro desafios/questionamentos: a) Os termos APS e AB, para além da semântica, revelam a disputa de diferentes projetos para o SUS; b) O descompasso entre a formulação da política e sua implementação real; c) A questão da coordenação do cuidado pela APS e a dificuldade de se romper seu isolamento para que tenha condições materiais e simbólicas para funcionar como centro de comunicação entre os vários pontos que compõem as complexas redes de cuidado; d) O desafio de se dispor de trabalhadores com o perfil e a qualificação necessários para a implantação da política de saúde tal qual foi pensada. (CECÍLIO; REIS, 2018)

4.3.3 A Política Nacional de Atenção Básica: entre acertos e retrocessos

Uma sociedade é constituída a partir da forma como fundamenta o arcabouço das bases conceituais, legais e normativas de suas políticas públicas. E estas, não somente expressam prioridades governamentais como também são frutos das escolhas das sociedades quanto ao tipo de nação que pretendem construir e ser. Além disso, refletem a orientação do Estado assim como os valores construídos como essenciais para a vida no coletivo. (MENEZES et al., 2020)

O conceito de política de saúde mais conhecido e adotado na esfera internacional dá ênfase ao “... seu caráter de estratégia oficial organizada em ações setoriais a serem desempenhadas de acordo com normas legalmente construídas, tendo por objetivo maior a qualidade de vida da população”. (FLEURY; OUVÉRY, 2008, p. 40) Destaca-se, ainda, que considerar a política de saúde como uma política social implica em assumir a saúde como um direito essencial à condição de cidadania, o que pode ser visto na instituição do SUS, em 1988. (MENEZES et al., 2020)

Desde 1994, quando o PSF foi implantado e depois aprimorado, transformando-se em ESF, a APS era regulada por diversas portarias e normas publicadas pelo Ministério da Saúde, cuja finalidade era apoiar o processo de descentralização do SUS através de incentivos financeiros destinados aos municípios e estados. Somente em 2006 foi instituída a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), com o objetivo de estabelecer diretrizes organizacionais, a partir dos princípios apontados pelos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, além de considerar a expansão da ESF, a qual foi confirmada como modelo prioritário na estruturação da APS no país. (GOMES; GUTIÉRREZ; SORANZ, 2020; BRASIL, 2006)

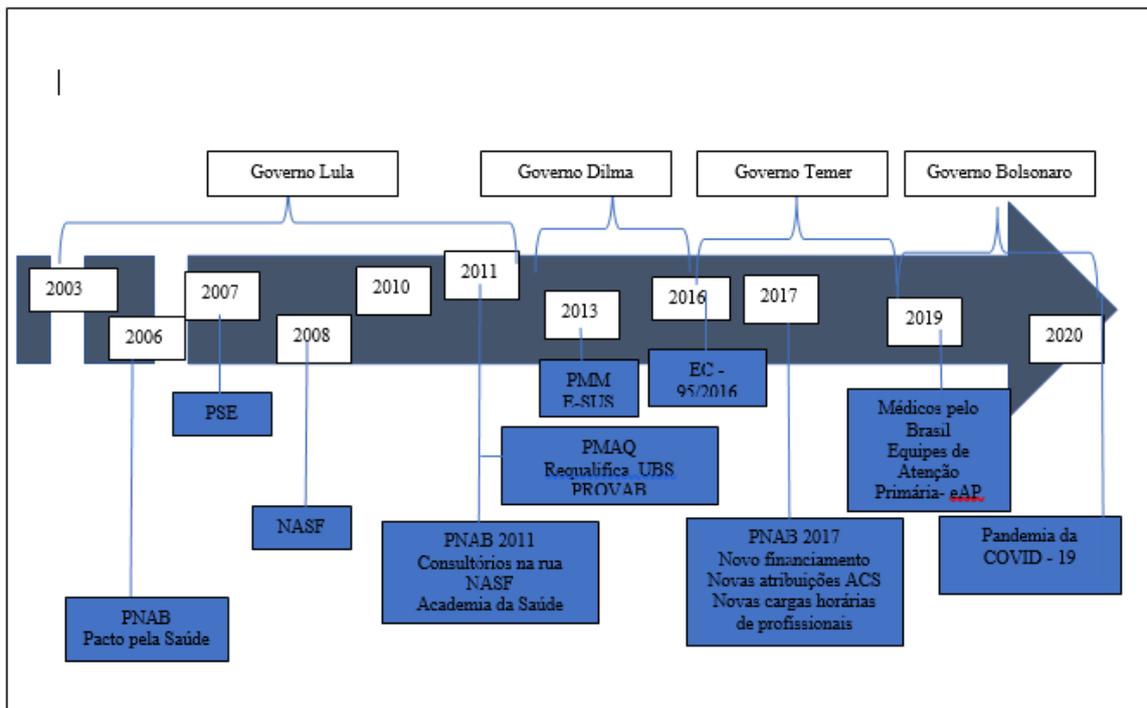
A Portaria nº 648, de 28 de março de 2006, que instituiu a PNAB, fundamentada em sólida base científica, incorporou e difundiu os atributos da APS e colocou em pauta a discussão sobre o sistema ser organizado em redes de atenção, para as quais propôs recomendações para

os serviços de saúde, em relação ao processo de trabalho, à composição das equipes, às atribuições das categorias profissionais, ao financiamento do sistema, dentre outras. (GOMES; GUTIÉRREZ; SORANZ, 2020; BRASIL, 2006)

A PNAB teve duas revisões: a primeira, por meio da Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, e a segunda, da Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Ressalta-se que as três edições da Política ocorreram em diferentes governos, em distintos contextos socioeconômicos e políticos. (GOMES; GUTIÉRREZ; SORANZ, 2020) É possível afirmar que as políticas direcionadas para o fortalecimento da APS no país foram as que mais promoveram a implantação dos princípios e diretrizes do SUS, mesmo considerando suas lacunas e seus desafios. (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018)

Destaca-se, na edição de 2011, a flexibilização da carga horária da categoria médica, com a finalidade de suprir o déficit já conhecido destes profissionais nas equipes. Além disso, houve outras inclusões importantes, que proporcionaram a ampliação do acesso e o incremento à resolutividade da atenção à saúde. São elas: eSF para população ribeirinha e fluvial, a equipe de Consultório na Rua, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf), o Programa Saúde na Escola (PSE) e a Academia da Saúde. (GOMES; GUTIÉRREZ; SORANZ, 2020)

Destacam-se, entre as propostas com efeito catalisador para a PNAB, instituindo novas práticas e ampliando o acesso: a) O Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade (PMAQ-AB), que permitiu vincular formas de transferência de recursos do PAB variável aos resultados oriundos da avaliação; b) O Requalifica UBS, com recursos disponíveis para a qualificação e ampliação da estrutura das unidades; c) O Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (Provab), que buscou a melhoria do acesso da população a uma atenção à saúde de qualidade e o aperfeiçoamento e educação permanente do profissional que trabalha na atenção básica; d) O Programa Mais Médicos (PMM) que, entre seus objetivos centrais, propõe diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias do SUS, a fim de reduzir as desigualdades no acesso aos serviços de saúde (FIGURA 1). (GIRARDI et al., 2016; LIMA et al., 2016; (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018; GOMES; GUTIÉRREZ; SORANZ, 2020)



Fonte: Adaptado de GOMES; GUTIÉRREZ; SORANZ, 2020.

A conjuntura na qual está inserida a última revisão da PNAB, em 2017, é bem antagônica aos princípios do SUS: possivelmente por ter sido feita no período de reorganização das forças políticas conservadoras, cujo desfecho foi o impedimento de Dilma Rousseff e a condução do vice-presidente Michel Temer ao poder. Paralelamente, é fortalecido o discurso para um aprofundamento da mercantilização dos direitos sociais brasileiros na qual a saúde também se insere. (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018)

Vale salientar que, ao modificar a destinação dos recursos do fundo público, atingindo especialmente as políticas sociais, impondo limites às mesmas, o que se pretende é materializar a redução da dimensão pública do Estado e ampliar a participação do setor privado. Ao mesmo tempo, trava-se uma ofensiva contra a classe trabalhadora ao se atingir os direitos trabalhistas e previdenciários, outrora conquistados ao custo de muitas lutas. Destaca-se, neste processo de reformas supressoras de direitos sociais, a Emenda Constitucional nº 95/2016, que congela por 20 anos a destinação de recursos públicos, produzindo efeitos em muitas políticas, especialmente no financiamento do SUS. (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018)

A nova PNAB, aprovada em 30 de agosto de 2017, apresenta como característica marcante a diversificação de alternativas para configuração e implementação da AB, constituindo uma flexibilidade justificada pela necessidade de atender as especificidades loco-regionais. Ao mesmo tempo em que se amplia a liberdade de escolha dos gestores do SUS, fato este positivo,

não se garante a transferência de recursos suficientes à autonomia dos entes municipais, o que é relevante ante a atual conjuntura de ajuste fiscal. (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018)

São considerados retrocessos do modelo assistencial da APS:

- a) As mudanças realizadas na equipe multiprofissional no que diz respeito ao número de ACS e à criação de eAP sem ACS, cargas horárias mínimas de 10 horas semanais ao médico, entre outras, o que se reflete no vínculo e no cuidado.
- b) O Programa Saúde na Hora, com prioridade no cuidado individual e na demanda espontânea, ao contratar plantonistas e poder ser transformado em unidades de pronto atendimento, descaracterizando o modelo assistencial.
- c) Restrição ao trabalho médico na APS, pois o Programa Médicos Pelo Brasil (PMB) não apresenta mais o componente de intervenção na graduação médica e a ampliação de vagas de residência em Medicina de Família e Comunidade (MFC) e o eixo que enfatizava a melhoria da infraestrutura das UBSs.
- d) Adoção de uma concepção restrita de APS em detrimento de uma abordagem abrangente e com integração à rede de serviços, o que compromete a integralidade do sistema.
- e) Um novo modelo de financiamento da APS substituindo o PAB fixo e o variável, que incentivavam a eSF e o Nasf através do pagamento por capitação ponderada, calculado pelo número de pessoas cadastradas nas referidas equipes, comprometendo a universalidade e equidade tão caras ao SUS. (GIOVANELLA; FRANCO; ALMEIDA, 2020)

Menezes et al. (2020) encontraram resultados que evidenciam mais retrocessos na política. Ao analisarem as orientações do MS para organização do processo de trabalho das equipes de APS e os modos de produção do cuidado, encontraram evidências de uma universalidade do acesso nos documentos anteriores a 2015 e, posteriormente, do modelo de cobertura universal. E isto constitui séria ameaça a um SUS equânime, universal e aos avanços sociais conquistados nas décadas anteriores.

Ademais, a nova PNAB impacta não somente na produção do cuidado e nos atributos da APS, mas também na maneira como a força de trabalho em saúde pode se ajustar ao seu cumprimento. Então, se faz mister saber sobre as mudanças ocorridas no cenário do mundo do trabalho, nos últimos tempos.

4.4 O Mundo do Trabalho

4.4.1 Um cenário de muitas mudanças: do trabalho protegido à precarização.

Nas últimas décadas do século XX ocorreram transformações profundas, tanto no universo do capital como no do trabalho. Em relação ao primeiro, a crise estrutural do sistema produtivo levou o capital a várias experiências em seu processo de reestruturação, sendo a mais expressiva a do Toyotismo, no Japão. A garantia de acumulação para o capital pautava-se, então, em um novo formato, mais flexível e compatível com essa nova fase. Este processo consolidou-se a partir do fortalecimento, em várias nações, do neoliberalismo: o novo desenho ideopolítico que veio em substituição ao Welfare State. (ANTUNES, 2010)

Não menos importante é a transição ocorrida entre o modelo taylorista/fordista, mais predominante no período de 1950 a 1970, no qual a organização do trabalho tinha como ênfase o trabalho prescrito, com intervenções reduzidas nos processos produtivos e carente de autonomia em relação aos trabalhadores, para outro modelo mais tecnológico, pautado na intelectualização do trabalho e no qual os parâmetros são o conhecimento técnico e a qualificação profissional. Nesse contexto, novas competências surgem para os trabalhadores e gestores, com necessidade de redefinição nas formas de recrutar, selecionar, treinar e manter os profissionais em suas respectivas atividades, incorporando novos instrumentos gerenciais essenciais a essa nova abordagem de gestão de RH. (BRASIL, 2011a)

Em relação ao segundo universo, os novos rumos do mundo do trabalho, com significativo processo de reestruturação, também chegaram aos serviços públicos, como a saúde, energia, educação, etc., sujeitando-se ao processo de mercadorização, o qual afeta intensamente os trabalhadores do setor estatal e público. (ANTUNES, 2010)

A reestruturação produtiva fundamenta-se no conceito de empresa enxuta (*leanproduction*), que reduz o trabalho humano e amplia o do maquinário tecnocientífico. Ao se redesenhar a planta produtiva, reduziu-se a força de trabalho, ampliou-se intensamente a produtividade, territorializou-se e desterritorializou-se o mundo produtivo, o que transformou profundamente as noções de espaço e tempo. O mundo do trabalho sofreu forte impacto, que pode ser constatado no desemprego exacerbado, na precarização estrutural do trabalho, na perda de direitos, entre outros. Assim, o desmonte da legislação social protetora do trabalho tem sido coordenado e exigido pelos capitais globais aos governos nacionais, ampliando as formas de precarização e o desmoronamento dos direitos sociais tão arduamente conquistados pela classe trabalhadora em sua trajetória. (ANTUNES, 2010)

Nessa mesma perspectiva, há uma mudança substancial nessas últimas décadas: se, antes, o que dominava no século XX era o trabalho contratado e regulamentado, agora o que se

percebe é sua substituição pelo trabalho terceirizado, flexibilizado, pelas formas de *trabalho part time*, pelo trabalho voluntário, pelo “terceiro setor”, pelo empreendedorismo, entre outros. E estes anteriormente eram denominados trabalho atípico. (ANTUNES, 2010)

Segundo Antunes (2018), a classe trabalhadora apresenta uma nova morfologia. Este desenho contemporâneo engloba tanto homens e mulheres que vivem da venda de sua força de trabalho como mercadoria, em troca de salário, quer seja na indústria, na agricultura e nos serviços, quer seja nas interconexões entre esses setores, pagos pelo capital-dinheiro, não importando que tipo de atividades realizem, materiais ou imateriais, regulamentadas ou não. Numa economia dirigida e norteada pelo capital financeiro, a consequência é a busca, pelas empresas, por altos lucros, a partir da transferência, aos trabalhadores, da responsabilidade por bons resultados. E, com isso, fazem pressão pela maximização do tempo, por altas taxas de produtividade, pela redução de custos (incluindo os que dizem respeito à força de trabalho) e, além disso, apontam para uma crescente flexibilização dos contratos de trabalho. É nesse panorama que a terceirização tem encontrado respaldo na estratégia empresária, constituindo uma das modalidades de gestão mais utilizadas.

Exemplo mais emblemático é o que tem acontecido no Reino Unido, expandindo-se para outras fronteiras: o zero hour contract. Um tipo de contrato em que não existe a determinação de horas nas quais os trabalhadores ficam à disposição, esperando ser chamados. Contudo, não são remunerados pelo tempo em que se colocaram em disponibilidade para o serviço. Nessa forma de contratação, encontram-se médicos, enfermeiros, cuidadores de idosos, motoristas, dentre outros. Além disso, mesmo sendo submetidos a modalidades de trabalho com contratos zerados, pejetizados, intermitentes, flexíveis, os trabalhadores ainda são expostos às exigências do cumprimento de metas, submetidos a práticas de assédio, que têm gerado adoecimentos, depressões e suicídios. (ANTUNES, 2018)

Não menos importante são os problemas de saúde ocasionados pelo processo de reestruturação produtiva, tais como a crescente incidência de lesões por esforço repetitivo e, em especial, os transtornos mentais oriundos da forma de organização do trabalho, da perda e instabilidade de direitos trabalhistas, da terceirização e quarteirização, entre outras. Sendo assim, a superexploração da força ocorre muitas vezes diante do cenário de intensificação do trabalho, do aumento das jornadas e da diminuição dos salários, ao ocorrerem simultaneamente ou não, mas que afetam diretamente a saúde do trabalhador. (LIRA; GURGEL; AMARAL, 2020)

No Brasil, na década de 80, como consequência da crise econômica, ocorreu uma desregulação do mercado de trabalho, porém no primeiro momento se apresentou por dois

movimentos contraditórios: de um lado, a desregulação, impulsionada pela desestruturação do mercado de trabalho; do outro, pela tentativa de regulação desse mesmo mercado pela Constituição Federal de 1988. (BRASIL, 2009)

Nas últimas décadas, estudos relacionados ao tema da terceirização, no Brasil, apontam para a degradação do trabalho, em todas as suas dimensões. Dentre as quais pode-se citar: o desrespeito aos direitos trabalhistas, as más condições de trabalho, os baixos salários, a piora das condições de saúde, os maiores índices de acidentes e a vulnerabilidade política dos trabalhadores que, ao se encontrarem dispersos e fragmentados, não se organizam coletivamente. (DRUCK, 2016)

Nessa perspectiva, a terceirização aponta para a precarização social do trabalho, constituindo uma estratégia de dominação, ao abarcar todos os trabalhadores, e se insere na “dinâmica de desenvolvimento do capitalismo flexível no contexto da globalização e da hegemonia neoliberal”. (DRUCK, 2016, p. 16)

E o incremento da terceirização em serviços essenciais, como, por exemplo, a saúde, tem como desdobramentos a redução do número de funcionários, bem como sua desqualificação e desvalorização, em detrimento de uma suposta eficiência das instituições privadas, que se apresentam mais ágeis e flexíveis em relação ao padrão do serviço público nacional. (DRUCK, 2016)

No que tange à precarização, segundo Cardoso e Campos (2013) este é um conceito relativo. E, como exemplo, cita o caso de um certo trabalhador, que não possui vínculo formal: ao conseguir um emprego via Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) estaria menos precarizado. Contudo, o contrário é verdadeiro: um trabalhador do serviço público, estatutário, ao ser contratado pela CLT, por outro ente que não seja a administração pública, estaria mais precarizado. Isto considerando que o vínculo estatutário confere ao servidor estabilidade e segurança para que possa investir em sua carreira, além de certos direitos, tais como: licença-prêmio, entre outros.

Além do que foi citado, o conceito de trabalho precário possui diferentes olhares, o que faz com que a abordagem deste tema de certo modo constitua uma tarefa complexa. O trabalho precário pode ser conceituado como: a) Trabalho incerto e imprevisível, no qual quem assume principalmente os riscos empregatícios são os trabalhadores; b) O resultado da flexibilização de direitos trabalhistas anteriormente conquistados pelos trabalhadores; c) Um dos resultados da reestruturação produtiva do capital ocorrida desde a década de 70, em que é estimulada a adoção de vínculos de trabalho mais flexíveis, na perspectiva do empregador, e mais precários, na perspectiva do trabalhador. (EBERHARDT; CARVALHO; MUROFUSE, 2015)

Outras abordagens também já foram citadas em relação à precarização do trabalho, como a do Ministério da Saúde; do Conasems e do Conass; a da Administração Pública; a de Nogueira, Baraldi e Rodrigues (2004) e a de Eberhardt, Carvalho e Murofuse (2015).

Não menos importante é o que aponta a Organização Internacional do Trabalho (OIT), ao listar seis dimensões interrelacionadas de precariedade, em contraposição ao trabalho decente, que são:

1) insegurança do mercado de trabalho pela ausência de oportunidades de trabalho; 2) insegurança do trabalho gerada pela proteção inadequada em caso de demissão; 3) insegurança de emprego gerada pela ausência de delimitações da atividade ou até mesmo de qualificação de trabalho; 4) insegurança de integridade física e de saúde em razão das más condições das instalações e do ambiente de trabalho; 5) insegurança de renda, fruto da baixa remuneração e ausência de expectativa de melhorias salariais; 6) insegurança de representação quando o trabalhador não se sente protegido e representado por um sindicato. (MACHADO; XIMENES NETO, 2018, p.1977)

Ademais, na sociedade brasileira os direitos trabalhistas sofrem ataques conforme as conjunturas econômicas e políticas acontecem. A retirada de direitos sociais da classe trabalhadora constitui mais uma regra do que uma exceção. Como exemplo mais próximo tem-se a Lei nº 13.467, de julho de 2017, que trata da “modernização trabalhista”, e que foi aprovada num cenário de crise política, ideológica, econômica e social, entrando em vigor em novembro do mesmo ano. Sua face mais perversa, dentro do contexto histórico de políticas de ajuste fiscal, revela-se na flexibilidade irrestrita das relações de trabalho e na redução de investimento da União em políticas públicas. (LARA; HILLESHEIM, 2020)

Pode -se apontar, ainda, que desde o crash de 2007/2008, as economias capitalistas vêm vivenciando um período de recessão global como resultado do colapso do Banco Lehman Brothers. Crise essa que também reverberou no Brasil, provocando um declínio na taxa de lucro e, nos anos de 2015 e 2016, a contração de 7,5% em seu PIB real. Soma-se a isso o golpe institucional de 2016, no qual o afastamento presidencial revelava o conflito distributivo entre classes. E, segundo Mendes e Carnut (2020, p.21): *“O pesado ajuste fiscal para assegurar o capital rentista, o pagamento do serviço da dívida pública, a abertura e privatização da economia brasileira para atender ao capital internacional, além dos cortes aos direitos trabalhistas e sociais são os principais objetivos do golpe em curso.”*

4.4.2 A Força de Trabalho em Saúde no Brasil: sua importância e suas assimetrias

A centralidade da força de trabalho nos Sistemas Sanitários, para promover o avanço da saúde, foi considerada, pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2006, como prioridade,

daí ter sido o tema inserido na agenda política global. Em seu relatório– “Trabalhando Juntos pela Saúde” –, a OMS apresentou evidências que subsidiaram a discussão e o enfrentamento da crise dos recursos humanos revelada por diversos países. Com isso, propôs um Plano Decenal (2006 a 2015), a ser construído pelos diversos atores envolvidos, visando a busca de formas de planejamento, qualificação e empregabilidade, bem como a fixação de médicos, enfermeiros e auxiliares, com ações imediatas e de médio e longo prazo. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2007; PIERANTONI et al., 2012; PORTELA et al., 2017)

O efeito catalisador desse relatório pode ser evidenciado em várias iniciativas, destacando-se a criação da Aliança Global para Força de Trabalho em Saúde; a realização de Fóruns Globais sobre Recursos Humanos em Saúde (Uganda, 2008; Tailândia, 2011; Brasil, 2013); e a elaboração da “Estratégia Global sobre Recursos Humanos para a Saúde: Força de Trabalho 2030”, aprovada em 2016 na Assembleia Mundial de Saúde. Destaca-se, ainda, que o 3º Fórum Global, realizado em Recife, teve como temática: “Uma Verdade Universal: não há saúde sem trabalhadores de saúde”. (DUSSAULT, 2015; PORTELA et al., 2017)

Ressalta-se a atuação do Ministério da Saúde, no período de 2006 a 2014, junto à Aliança Global para Força de Trabalho em Saúde que, dentre as diversas intervenções propostas para fixar profissionais de saúde em áreas mais carentes, adotou a ESF, pois, mesmo não sendo desenhada para este fim, constitui o exemplo mais bem sucedido de expansão da cobertura de médicos no território nacional. Ademais, em 2013, essa estratégia expandiu-se, com a implantação do Programa Mais Médicos (PMM), com base em acordo de cooperação entre Opas/OMS e o Ministério da Saúde. Este Programa foi executado a partir do recrutamento de médicos cubanos e a atração de médicos estrangeiros e brasileiros, com mecanismos de remuneração gerenciados pelo Governo Federal, com suporte dos governos municipais. (PORTELA et al., 2017)

Dados recentes apontam para o crescimento do setor saúde, ao se considerar os 30 anos de instituição do SUS, que compreende 200.049 estabelecimentos de saúde e 3.594.596 empregos de saúde. Destes, em 2017, o setor público municipal contava com cerca de 1,6 milhão, o estadual com cerca de 460 mil e o federal com cerca de 96 mil empregos de saúde. Além disso, a equipe de saúde tornou-se multiprofissional, incorporando enfermeiros, odontólogos, médicos, farmacêuticos, nutricionistas, fisioterapeutas, assistentes sociais, psicólogos, dentre outros. (MACHADO; XIMENES NETO, 2018)

Não há como não apontar que o Executivo Municipal é o grande empregador no setor público brasileiro. E isto se deve à ampliação de suas competências e atribuições, pois coube a estes entes federativos, na CF/1988, o provimento de serviços de educação, saúde e assistência,

responsáveis por parte expressiva dessa expansão. Ademais, ressalta-se também que, de 1980 a 2017, foram criados 1579 municípios novos. (LOPEZ; GUEDES, 2020)

Registra-se na AB o crescimento de profissionais, em especial médicos e enfermeiros, no Saúde da Família (SF), ressaltando que, em relação aos médicos, depois de uma redução nos percentuais entre 2005 e 2008 e estabilização até 2012, houve um incremento a partir de 2013, com a implantação do PMM. Ressalta-se que os enfermeiros constituem a categoria com mais profissionais. E quando se considera os ACSs, em 2018, eles totalizaram 263.756 trabalhadores, presentes na quase totalidade dos municípios brasileiros, integrando as equipes da ESF. (MOROSINI; FONSECA, 2018; VIACAVA et al., 2018)

Não menos importante é o espaço ocupado por entidades sem fins lucrativos nos totais de profissionais dos entes federativos estaduais. Somente os estados de São Paulo, Santa Catarina e Rio de Janeiro possuem cerca de um terço ou mais dos profissionais no setor, sem fins lucrativos, o que contrasta com o espaço mais reduzido dessas entidades, especialmente nos estados das regiões Norte e Nordeste. (LOPEZ et al., 2020)

Apenas em relação ao número de médicos devidamente registrados em instituições de saúde, as assimetrias interestaduais e regionais são bem visíveis. Basta dizer que todos os estados da Região Sudeste possuem maior oferta de médicos que os demais estados brasileiros, ficando entre os sete primeiros colocados em relação à densidade de médicos da população. Além disso, quando se considera o tipo de vínculo desta categoria e se observa apenas os públicos, esta regularidade se mantém, com exceção do Acre e Rio Grande do Norte, que apresentam maior proporção de médicos na rede pública que outros estados. Entretanto, o Estado de São Paulo passa para o oitavo lugar ao se considerar o total de médicos vinculados ao setor público. (LOPEZ et al., 2020)

4.4.3 Tipos de Vínculos na Administração Pública: a flexibilização em foco.

O Estado possui características fundamentais, na qualidade de empregador, que o diferencia de outro agente empregador qualquer. Pois, mesmo sendo submetido a regras comuns de ordenamento jurídico tanto quanto o empregador privado, num Estado de direito há diferenças substanciais, tais como: o direito público está acima do direito privado e exerce supremacia sobre este; e ainda, o Estado somente pode fazer o que está legalmente determinado. Assim, enquanto o agente privado se norteia pelo princípio da autonomia da vontade (pode fazer tudo que não contrarie a Lei), o Estado está limitado pelo princípio da legalidade. (NOGUEIRA; BARALDI; RODRIGUES, 2004)

Então, é necessário conhecer as quatro formas diretas de regime de trabalho que a administração pública utiliza. São elas: estatutária, celetista, especial e cargos em comissão. Os servidores estatutários são regidos pelo Regime Jurídico Único; os empregos públicos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT); o especial (contrato por tempo determinado em função de especial interesse público) e os cargos em comissão possuem pertinência ao Regime Geral de Previdência Social, o qual garante benefícios similares aos que são regidos pela CLT. (NOGUEIRA; BARALDI; RODRIGUES, 2004)

A Constituição Federal de 1988 trouxe inovações, tais como a imposição de um Regime Jurídico Único (RJU) que contemplasse a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios. No âmbito federal esta norma está contida na Lei nº 8.112/1990, que dispõe sobre o RJU dos servidores civis da União, das Autarquias e das Fundações Públicas Federais. Coube aos estados o estabelecimento de seus próprios processos de organização do Regime Jurídico para seus respectivos servidores. (BRASIL, 2011a)

O Regime Jurídico consiste no vínculo funcional que existe entre o ente público e o agente, podendo ser: o legal ou estatutário e o contratual, conhecido como celetista. No Regime Estatutário, a relação funcional entre os agentes e o ente público é realizada por normativa jurídica denominada Estatuto, em que cada ente federativo tem autonomia e independência para elaborar, no exercício de suas competências. Ademais, neste tipo de regime não existe contrato de trabalho entre os entes, pois o agente público ocupa um cargo público efetivo, no qual seu preenchimento exige a prévia aprovação em concurso público de provas ou de provas e títulos. Estes são os servidores públicos. (RIBEIRO, 2010)

Já no regime celetista, a fonte geradora de direito consiste num contrato de trabalho, o qual passa a ser celebrado entre os entes públicos e os agentes. O referido contrato é regido genericamente pela Consolidação das Leis de Trabalho (CLT), no qual o ente público ocupa o lugar de empregador, cabendo ao agente público o papel de empregado. Neste caso, encontram-se os empregados públicos que ocupam empregos públicos, conhecidos também como servidores públicos celetistas. (RIBEIRO, 2010)

Não menos importante é entender os desdobramentos oriundos da Emenda Constitucional nº 19, de 04 de junho de 1998, que se insere no contexto político da Reforma Administrativa, que buscava a consolidação de um modelo de Estado Gerencial, no qual se propunha a redução do Estado e a fragmentação dos vínculos funcionais com a Administração Pública, o que consistia na quebra de estabilidade dos servidores públicos. Nesta Emenda, a estabilidade era considerada um entrave para a redução dos gastos do Estado com pessoal. Com isso, restringia o quadro de servidores com direitos à estabilidade e para os demais cargos

autorizava os municípios, os estados e a União a contratar os servidores com base na CLT. (RIBEIRO, 2010; BRASIL, 2011a)

Além dos vínculos funcionais de estatutário e celetista na Administração Pública Direta, a CF/88, no art. 37, inciso II, também aponta para a possibilidade de nomeação de agentes para ocupar cargos em comissão, sem que os mesmos tivessem sido aprovados em concurso público de provas ou de provas e títulos. Constitui a forma de livre nomeação e livre exoneração, limitado para o exercício das atribuições de chefias, direção e assessoramento. Estes não são servidores efetivos e são responsáveis pela ligação entre o caráter técnico e o político. (RIBEIRO, 2010; NOGUEIRA; BARALDI; RODRIGUES, 2004)

A CF/88, no art. 37, inciso IX, também contempla a contratação temporária, sem a realização de concurso público de provas ou de provas e títulos, pelos entes federativos, com vistas à contratação de pessoas para solucionar situações de excepcional interesse público, reguladas pela Lei nº 8.745/93 e outros dispositivos legais, a qual dispõe sobre a exigência para o recrutamento de pessoal de processo seletivo simplificado. Entretanto, ocorrem indefinições e irregularidades relacionadas à forma de admissão, à renovação contínua do contrato, etc. (RIBEIRO, 2010; NOGUEIRA; BARALDI; RODRIGUES, 2004)

Além disso, a administração pública federal, estadual e municipal nas últimas décadas tem utilizado diferentes tipos de formas de contratação e de gestão de pessoal, tais como: terceirização; bolsas de trabalho; contratação temporária; estágios; contratos por órgãos internacionais; cooperativas; trabalho vinculado indiretamente por meio de Organizações Sociais; contratos de gestão com Organizações Cívicas de Interesse Público – Oscips; trabalho vinculado indiretamente, por meio de entidades filantrópicas e fundações privadas. (KOSTER, 2008; BRASIL, 2011a)

Dias (2016, p.225) aponta um processo de maior dependência do SUS em relação ao setor privado, destacando que as áreas interessantes ao capital são entregues seguindo a lógica do mercado e, como consequência, promovem ganhos excepcionais a diversos grupos econômicos. Por outro lado, restringem as ações públicas do Estado “... a práticas de cuidados focalistas, revestidas de um assistencialismo de baixa qualidade, voltado a grupos e regiões menos favorecidas e sem a garantia de acesso a todos os níveis de assistência, rebaixando a pauta da saúde a uma lógica que nega a determinação social do processo saúde-doença”.

4.4.4 Gestão do Trabalho: sua institucionalização e o impacto das mudanças nas formas de contratação

A gestão do trabalho em saúde tem constituído uma questão imprescindível para todas as instituições que visam a melhor adequação entre as necessidades da população usuária e os objetivos institucionais. Há de se considerar sua importância, pois, a produtividade e a qualidade dos serviços ofertados à sociedade constituirão reflexos da forma e das condições sob as quais são tratados os profissionais em suas organizações. Assim, aponta-se como fundamental a garantia de requisitos básicos, tanto para a valorização do profissional de saúde quanto do seu trabalho, como, por exemplo, carreira, salários, formas e vínculos de trabalho com proteção social; negociação permanente das relações de trabalho em saúde, adequadas condições de trabalho, dentre outros. (SANTANA; SANTOS, 2017; MACHADO; XIMENES NETO, 2018)

Nessa mesma direção, a Política de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde tem como foco central a participação do trabalhador, reconhecendo-a como peça-chave para atingir a efetividade e eficiência do SUS. O trabalhador, então, constitui o “sujeito e agente transformador de seu espaço de trabalho, protagonista de práticas e saberes, durante o processo de trabalho (individual e coletivo)”. (MACHADO; XIMENES NETO, 2018, p.1978)

Destaca-se, ainda, a criação, em 2003, da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (Sgtes), que tem por finalidade, em nível federal, mobilizar as ações gerenciais no campo do trabalho e da formação, promovendo a valorização e qualificação dos trabalhadores da área. Além disso, cabe à Sgtes um papel estratégico nas diretrizes intersetoriais, para promover o desenvolvimento de uma Política Nacional de Recursos Humanos (PNRHS), afirmando a relevância da área de recursos humanos e se colocando no enfrentamento dos desafios relacionados à gestão do trabalho e da educação em saúde. Exemplo disto foi a construção da agenda positiva da SGTES, a qual incorpora os princípios e diretrizes da Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS – NOB/RH/SUS. (PIERANTONI et al., 2012; MAGNAGO et al., 2017)

Segundo Galavote et al. (2016, p. 990), pode-se compreender a gestão do trabalho, tanto sob o formato administrativo, apenas

... pautado em situações de mando e no controle prescritivo da organização dos processos de trabalho, no campo da macropolítica, mas também pode ser uma ação cotidiana do trabalhador, no espaço da micropolítica, a partir do reconhecimento de que todos os trabalhadores são gestores do seu próprio trabalho, exercendo graus de liberdade na organização e execução de suas práticas.

Entretanto, no âmbito da saúde, as formas de gestão do trabalho têm enfrentado sérios desafios no decorrer do processo de implantação do SUS. Tanto no que concerne à necessidade de fixar profissionais nos serviços públicos, como ao superar o convívio entre formas distintas

de incorporação e gestão que diferenciam os trabalhadores no interior das organizações de saúde. Ou seja, o desafio de gerir trabalhadores sob regras de estabilidade de um lado e, do outro, os que estão sob regras flexíveis, menos incluídos nos sistemas de proteção social. (TEIXEIRA; MARTINS; SILVA, 2014)

Machado e Ximenes Neto (2018) afirmam que o setor da saúde se mantém crescendo e gerando novos postos de trabalho. Todavia, há problemas estruturais que persistem, em especial na gestão do trabalho, tais como: desequilíbrio entre oferta e demanda, escassez de profissionais no interior do país, precarização do trabalho, terceirização dos serviços de saúde e, conseqüentemente, de mão-de-obra especializada (médicos, enfermeiros, técnicos em geral, dentre outros). Com isso, o trabalho precário é um cenário que atinge enorme parcela do contingente da saúde.

Além disso, a multiplicidade nas formas de contratação aponta que não houve uma uniformização da política de recursos humanos, o que se traduz em dificuldades para a contratação e a manutenção de profissionais em muitas localidades. Torna-se necessário ressaltar que as desigualdades regionais quanto à disponibilidade de profissionais se inserem num contexto amplo de persistentes desigualdades sociais, econômicas e espaciais. (VIACAVA et al., 2018)

A adoção de modelos alternativos à gestão direta tem se difundido em estados e, em especial, nas cidades de médio e grande portes, o que traduz um volume expressivo de trabalhadores sob a égide desses novos modelos (TEIXEIRA; MATTA; SILVA JÚNIOR, 2018).

Considerando os marcos legais das OSs e das FEDPs quanto à forma de recrutamento e seleção dos trabalhadores, destaca-se que as OSs não têm obrigatoriedade de realizar seleção pública, o que difere do que é preconizado pelas FEDPs que a realizam. Ademais, as OSs não apresentam uma diretriz sobre a CLT, caracterizando um diálogo curto com a legislação trabalhista, podendo, em seu arcabouço, contratar por prazo indeterminado, por prazo determinado, por pagamento de salários, por concessão de bolsas e por trabalho voluntário. Por outro lado, as FEDPs definem a CLT como forma de contratação. Quanto ao Plano de Cargos, Carreira e Salários (PCCS) para os trabalhadores, em ambos os modelos esse quesito não é apresentado de forma mais aprofundada. (TEIXEIRA; MATTA; SILVA JÚNIOR, 2018)

Ponto importante é o que versa sobre a participação dos trabalhadores no processo de gestão, pois, no caso das OSs é apontado um Conselho de Administração; entretanto, não há precisão quanto à sua composição; colocam este item para ser tratado em legislações estaduais

e municipais, o que nem sempre corresponde a uma participação efetiva dos trabalhadores e do controle social.

No marco das FEDPs também há uma variação relativa à representação de trabalhadores nas instâncias da gestão. Ou seja, nos dois modelos analisados, a participação social não se encontra institucionalizada no tocante a privilegiar o interesse da população. (SILVA; LIMA; TEIXEIRA, 2015; TEIXEIRA; MATTA; SILVA JÚNIOR, 2018)

Diante de tantas mudanças nas formas de contratação, a partir especialmente da inserção das OSs e das FEDPs na APS, é necessário verificar de que forma elas estão inseridas no CNES, bem como a qualidade dessa informação, para que seja possível subsidiar outros estudos para a análise do novo cenário de contratações no país.

4.5 Sistemas de Informação em Saúde: a qualidade da informação como alvo

A informação em saúde constitui um instrumento para a tomada de decisão acerca da realidade socioeconômica, demográfica e epidemiológica, visando o planejamento, a gestão, a organização e a avaliação nos diversos níveis de atenção do SUS. (CORIOLANO; PENTEADO; ARREGI, 2018) Para isso, é preciso identificar as características individuais e coletivas da saúde da população que se quer estudar. (SANTOS; PEREIRA; SILVEIRA, 2017). Nessa perspectiva, a primazia pela qualidade da informação é condição essencial para subsidiar o processo de análise da situação sanitária, propiciando aos gestores tomar as decisões mais adequadas no planejamento das ações de saúde. (LIMA et al., 2009)

Os Sistemas de Informação em Saúde (SIS) são definidos como: ...*“instrumentos que, por meio do processamento de dados coletados em serviços de saúde e outros locais, dão suporte à produção de informações para a melhor compreensão dos problemas e tomada de decisão no âmbito das políticas e do cuidado em saúde”*. (COELHO; CHIORO, 2021, p.2) Constituem também instrumentos para aquisição, organização e análise dos dados fundamentais para definição de problemas e riscos para a saúde; para avaliação da eficiência, eficácia e influência que os serviços prestados possam gerar na saúde da população; e que contribuem para a produção do conhecimento em relação à saúde e dos temas correlatos a ela. (SANTOS; PEREIRA; SILVEIRA, 2017)

A inclusão de um capítulo sobre o SUS na CF/88 foi um marco de grande importância: no texto, está muito clara a relevância dos entes municipais no Pacto Federativo Nacional e, também, que o município é o lócus da execução da política de saúde. Com isso, os municípios tiveram necessidade de aprimorar a gestão pública para atender devidamente as disposições

legais que regulamentavam o sistema recém-criado e aos anseios da sociedade. (PINTO; FREITAS; FIGUEIREDO, 2018; FELICIANO et al., 2019) Ademais, a maior parte dos SISs foi implantada no bojo da municipalização da saúde, cabendo a este nível de atenção papel fundamental na produção da informação. (CORIOLANO; PENTEADO; ARREGI, 2018)

A Lei nº 8080/1990, que regulamentou o SUS, apontava para um sistema nacional de informação em saúde que contemplasse questões epidemiológicas e de prestações de serviços, que estivesse integrado em todo território nacional, cuja organização seria realizada pelo Ministério da Saúde, em articulação com seus entes estaduais e municipais. (SANTOS; PEREIRA; SILVEIRA, 2017)

Além disso, cresce o número de pesquisas sobre serviços de saúde que utilizam bases de dados secundários, que têm a vantagem de obter as informações com maior rapidez e menor custo, além da possibilidade de acompanhamento temporal. Ressalta-se, ainda, o enorme volume de informações populacionais e geográficas disponíveis nas bases de dados. (MACHADO; MARTINS; LEITE, 2016)

Para o Ministério da Saúde e no consenso da literatura, há um foco maior nas bases mais abrangentes e antigas do SUS, também denominadas os SIS “estruturantes”. Estes se encontram no portfólio do Datasus, divididos por áreas ou finalidades. São eles: a) Rede Assistencial: Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES); b) Assistência à Saúde: Sistema de Informação Ambulatorial (SIA); Sistema de Informação sobre Internações Hospitalares (SIH) e a Atenção Básica (Sisab); c) Epidemiológicas e de Morbidade: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan); d) Estatísticas vitais: Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc) e Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM); e) Informações Financeiras: Sistema de Informação sobre Orçamento Público em Saúde (Siops). (PINTO; FREITAS; FIGUEIREDO, 2018; BRASIL, 2021a ; COELHO; CHIORO, 2021)

No Quadro 4 estão listados os principais sistemas de informação que se encontram no portfólio do Datasus:

Quadro 4 – Principais Sistemas de Informação de âmbito nacional mantidos pelo Datasus

Finalidades ou áreas	Sistemas de Informação em Saúde	Sigla
Rede Assistencial	Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde	SCNES
	Cadastro de Usuários do Sistema Único de Saúde	Cadsus
Assistência à saúde	Sistema de Informação Ambulatorial	SIA
	Sistema de Informação sobre Internações Hospitalares	SIH
Epidemiológicas e de morbidade	Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização	SI-PNI.
	Sistema de Informação de Agravos de Notificação	Sinan
Estatísticas vitais	Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos	Sinasc
	Sistema de Informação sobre Mortalidade	SIM
Informações Financeiras	Sistema de Informação sobre Orçamento Público em Saúde	Siops

Fonte: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>

O Brasil conta com uma enorme rede de SISs de âmbito nacional, com a maior parte de suas informações disponíveis na internet, possibilitando sua utilização pelos gestores e pela sociedade. Nesse diapasão, o Datasus desenvolveu uma ferramenta de fácil acesso e compreensão para obter os dados oriundos dos sistemas de informação: o Tabwin e o Tabnet. (LIMA et al., 2009; CORIOLANO; PENTEADO; ARREGI, 2018)

Todavia, em estudo que visava, entre outros objetivos, identificar e analisar os SISs de base nacional, em funcionamento no Brasil entre os anos de 2010 e 2018, os autores obtiveram uma lista final de 54 SISs. Entretanto, ressaltaram que nem todos poderiam estar em pleno funcionamento, ora por integração total de alguns deles, ora pela descontinuidade oriunda da instância gestora responsável. Mas, assinalam que as bases de dados construídas a partir dos SISs, mesmo obsoletas, necessitam ser preservadas para diversos fins. (COELHO; CHIORO, 2021)

É oportuno esclarecer que as discussões sobre o tema qualidade da informação são recentes. A primeira dessas discussões ocorreu no Seminário de Nordie Council for Scientific Information and Research Libraries (NORDINFO), em 1989, em Copenhagem, Dinamarca. (PIRES; SENA, 2013)

Não há consenso, na literatura, sobre a definição do termo qualidade da informação, o que possibilita uma visão de sua complexidade conceitual. Essas definições são consideradas ambíguas, vagas e subjetivas por muitos autores com expertise no tema. Além disso, considera-se que este termo possui uma categoria multidimensional e seu conceito é multifacetado. (PAIM; NEHMY; GUIMARÃES, 1996; FELICIANO et al., 2019) Entretanto, Lima et al. (2009, p. 2096), em seu estudo sobre a revisão das dimensões de qualidade dos dados, afirmam

que “ ... uma informação de qualidade é aquela apta/conveniente para o uso, em termos da necessidade do usuário.”

Vale salientar a importância que assume a utilização da informação, para a gestão. É preciso ressaltar que os dados devem ser fidedignos e completos, quer sejam destinados a estudos da situação de saúde, quer nas ações de vigilância epidemiológica. O registro dos dados pode ser realizado de forma contínua ou periódica, como exemplo, no caso de óbitos, nascimentos, internações ou de recenseamento da população, respectivamente. (CORIOLANO; PENTEADO; ARREGI, 2018)

A garantia da qualidade da informação é objeto de preocupação de muitos países. O que pode ser constatado pelo enorme volume de recursos dispendidos para sua obtenção, ao ponto de organismos internacionais, como o Fundo Monetário Internacional (FMI), disponibilizarem, em sua página eletrônica, as iniciativas de 18 países para a melhoria das estatísticas econômicas. Apresenta também um modelo para aprimoramento e avaliação das informações: o *Data Quality Assessment Framework (DQAF)*. (FELICIANO et al., 2019)

Marchand (1990), *apud* Nehmy e Paim (1998), elencou cinco abordagens nos propostos teóricos sobre qualidade da informação encontrados na literatura: a) Transcendente; b) Baseada no usuário; c) Baseada no produto; d) Baseada na produção; e) Na qualidade como um dos aspectos de valor. Entretanto, todas elas podem ser agrupadas em duas grandes linhas de pensamento que mais predominam na ciência da informação: uma que enfatiza o produto (informação enquanto coisa) e, outra, centrada no usuário (abordagem subjetiva).

Por outro lado, Lima et al. (2009) relataram que o monitoramento da qualidade dos SIS no Brasil não era objeto de um plano de avaliação regular pelo Ministério da Saúde, o que levava à realização de uma gama de iniciativas não sistemáticas ou isoladas. Em face desta situação, os autores propuseram revisar as iniciativas da avaliação da qualidade dos SIS que abordam dimensões de qualidade e descrevem os métodos utilizados. Como resultado, apontaram nove dimensões: acessibilidade, clareza metodológica, confiabilidade, consistência, não duplicidade, oportunidade, validade, cobertura e completude. Nessa tese, assume-se as dimensões desses autores no que concerne à clareza metodológica.

Vários autores têm utilizado essas dimensões em seus estudos: FELICIANO et al., 2019; MACHADO; MARTINS; LEITE, 2016; ROCHA et al., 2018; MESSIAS et al., 2016.

Outro aspecto importante é destacado por Medeiros et al. (2005), que apontam que os sistemas de informações assistenciais analisados (SIA e SIH) apresentaram potencial para subsidiar o incremento das Políticas de Recursos Humanos em Saúde (RHSs). Com isso, afirmam ser possível aferir a necessidade presumida dos RHSs, quantitativa e qualitativamente.

A localização de vazios assistenciais de profissionais médicos, por meio da metodologia e do banco de dados criado, sugere sua utilização para outros níveis de atenção. Enfim, as potencialidades dos SIS são muitas e abrangentes.

Entretanto, foi evidenciado, no estudo de Lima et al. (2009), que os SISs estavam sendo mais utilizados para fins acadêmicos e de gestão pública, e nem todos haviam sido avaliados no tocante à análise da qualidade de seus dados. Fica evidente, então, a importância de mais estudos que visem a análise de qualidade dos SISs, de grande relevância para o SUS. (ROCHA et al., 2018) O que torna ainda mais atual a afirmação de Minayo (2005, p.27): “Não basta, pois, ter um banco de dados e produzir análises estatísticas tecnicamente perfeitas a partir dele, sem perguntar sobre a qualidade do que está aí armazenado”.

5 MÉTODO

O estudo foi desenvolvido em três etapas: a primeira e a segunda, por meio de pesquisa documental de abordagem qualitativa, utilizando de fontes bibliográficas e documentais. A primeira etapa ocupou-se em analisar a dimensão da qualidade clareza metodológica do CNES; a segunda, na análise das formas de contratação disponíveis no CNES ao longo da vigência do sistema, para identificar possíveis mudanças, a fim de construir uma tipologia. A terceira etapa adotou uma abordagem quantitativa do tipo descritivo para validar a tipologia das formas de contratação de pessoal na APS. Os municípios foram classificados de acordo com a tipologia proposta; e, por último, a tipologia foi distribuída espacialmente nos municípios dos três estados pesquisados. Adiante, cada etapa será descrita.

5.1 Primeira etapa – Avaliação da dimensão da qualidade clareza metodológica do CNES

5.1.1 Tipo de pesquisa, fonte, coleta e análise dos dados

Nesta primeira etapa, avaliou-se a dimensão da qualidade clareza metodológica do CNES, dada sua importância como principal fonte de dados desta tese. A pesquisa documental de abordagem qualitativa permitiu a compreensão do percurso histórico, das bases legais e da evolução na implementação do CNES, assim como as lacunas e desafios a ele relacionados.

Cresce o número de pesquisas sobre serviços de saúde, utilizando bases de dados secundárias, cujas vantagens são: obtenção mais rápida, menor custo das informações e possibilidade de acompanhamento temporal. Ressalta-se, ainda, o enorme volume de informações com amplitude populacional e geográfica disponíveis nas bases de dados. (MACHADO; MARTINS; LEITE, 2016)

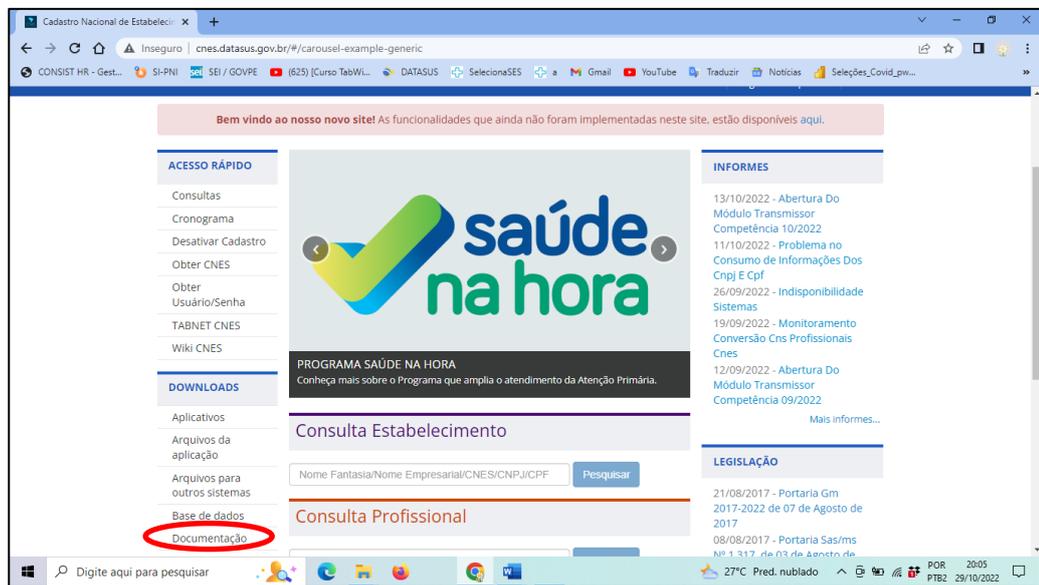
O CNES é gerido pelo Ministério da Saúde e abrange todos os estabelecimentos de saúde, públicos, conveniados ou privados, de pessoa física ou jurídica, que realizam qualquer tipo de serviço de Atenção à Saúde no território nacional, caracterizando-os segundo sua estrutura física e funcional. A inclusão de um estabelecimento no CNES é feita por meio do preenchimento de formulários específicos com dados sobre área física, recursos humanos, equipamentos, serviços ambulatoriais e hospitalares em funcionamento.

Ao ser cadastrado, é gerado, pelo Ministério da Saúde, um código numérico para cada estabelecimento. Alterações na base de dados do CNES podem ser solicitadas pelos gestores responsáveis pelas instituições cadastradas, assim também a exclusão. Assim, constitui-se como

ferramenta de apoio nas áreas de planejamento, controle e avaliação em saúde, o que subsidia a tomada de decisões pela gestão. Destaca-se que, em 2003, tornou-se o Sistema de Informação utilizado pelo SUS para pagamento dos serviços prestados. (EBERHARDT; CARVALHO; MUROFUSE, 2015; ROCHA et al, 2018) Pode ser acessado pelo sítio eletrônico <http://cnes.datasus.gov.br>.

Os documentos que compuseram o *corpus* da pesquisa foram coletados no site do CNES (<http://cnes.datasus.gov.br/>), na pasta “Documentação”, no espaço DOWNLOAD (Figuras 2 e 3).

Figura 2 - Coleta dos dados no site do CNES



Fonte: CNES.

Estudos como o de Machado, Martins e Leite (2016) e o de Pelissari et al. (2019) revelam a importância do CNES, tanto para investigar a qualidade da informação sobre hospitais no Brasil quanto sobre a cobertura, completude e consistência dos dados, bem como analisar a evolução da descentralização do atendimento de tuberculose para a Atenção Básica, respectivamente.

Vários autores têm utilizado esse Sistema em seus estudos, pois ele desempenha papel relevante no contexto do SUS, corroborando a legitimidade do uso e a necessidade de continuidade de estudos. (CASCAES; DOTTO; BOMFIM, 2018; PELISSARI, 2019; CARVALHO et al., 2016; ROCHA et al, 2018)

A análise foi realizada nos documentos técnicos e normativos do CNES: manuais, portarias, fichas de cadastro, Cadernos Layout TXT e outras documentações da base de dados, esta última em relação a como as formas de contratação dos profissionais cadastrados eram

descritas. Nessa etapa, o período da coleta de dados foi aumentado de 2000 para 2020, a fim de contemplar os documentos referentes ao período inicial da implantação do CNES.

Os documentos do CNES analisados foram identificados com a letra “D” e um número, o qual corresponde à ordem numérica de sua apresentação no site (D00). Adicionalmente, foram classificados segundo o nome do arquivo, o ano de publicação, a finalidade, sua relação com a temática do estudo e qual descritor foi empregado. Definiu-se Para a análise dos documentos foram definidos dois descritores: *tabela de vínculos de profissionais e formas de contratação*.

Neste estudo, foram empregadas as mesmas definições conceituais relativas à dimensão de qualidade dos SISs do estudo de Lima et al. (2009, p. 2096). Segundo estes autores, a dimensão da qualidade clareza metodológica é definida como: “ ... o grau no qual a documentação que acompanha o SIS (instruções de coleta, manuais de preenchimento, tabelas de domínios de valores de variáveis, modelos de dados, etc.) descreve os dados sem ambiguidades, de forma sucinta, didática, completa e numa linguagem de fácil compreensão.”

Figura 3 – Dados coletados na pasta Documentação

Leia-me da versão	18/06/2021	
Leia-me da versão SIMPLIFICADO	18/06/2021	
Fichas para Preenchimento SCNES	22/08/2012	
Caderno Layout de arquivos (Aplicação)	15/08/2016	
Caderno Layout de arquivos (Outros)	19/10/2012	
Caderno Layout Arquivo TXT SIA/SIH/CIHA/CIH	25/04/2016	
Caderno Layout TXT de Importação de Prof de Outros Sistemas	23/06/2017	
Caderno Layout TXT de Adequação de Vínculos de Outros Sistemas	04/07/2016	
Caderno Layout TXT Captação	08/09/2016	
Manual de Instalação do SCNES e SCNES em Rede	07/07/2015	
Dicionário de Dados do SCNES	15/08/2019	
Tabelas de Domínio	18/10/2019	
Glossário de Críticas	29/03/2021	
Manual de Preenchimento SCNES	13/12/2006	
Manual Instalação-Administração do SCNES	31/08/2012	
Manual Operacional do Sistema - SCNES	14/05/2009	
Manual de Operação SCNES - Equipes	31/08/2006	

Fonte: CNES.

A partir do conceito adotado, foram definidas 04 (quatro) categorias de análise, por meio das quais foram analisadas as documentações que tratam das formas de contratação no CNES para verificação de sua clareza metodológica.

As categorias de análise propostas encontram-se no Quadro 5.

Quadro 5 – Categorias de análise

Tipo de categoria	Descrição
Considerações gerais	Verificar o acesso ao sistema; as documentações com orientações sobre o CNES, os anos em que esses documentos são disponibilizados e o que esses documentos descrevem em relação às formas de contratação.
Usabilidade*	Estética da interface com o usuário – Verificar se a interface (telas/formulários/entradas de dados/ relatórios/ gráficos), termos e conceitos são claros e sem ambiguidades. Aprensibilidade – Verificar se o sistema disponibiliza manuais, tutoriais ou treinamento/acesso a dados e/ou <i>help</i> online.
Variáveis	Verificar se as definições e codificações das variáveis relativas às formas de contratação permitem comparabilidade e são claras.
Tipo de linguagem	Verificar se os manuais e/ou documentos são de fácil compreensão.

Fonte: A autora..

Nota:* Adaptado de Morais e Costa (2014).

Os resultados das análises foram organizados por meio de quadros, segundo a categoria de análise.

5.2 Segunda etapa – Descrição das mudanças, classificação das formas de contratação presentes no CNES e criação de uma tipologia

A segunda etapa compreendeu um estudo documental com abordagem qualitativa, em que foram analisadas as portarias disponibilizadas no site e as bases de dados dos profissionais de saúde da APS exportadas do CNES, para descrição das mudanças nas formas de contratação. Deu-se ênfase às formas de contratação descritas no CNES, estabelecendo-se uma classificação e a criação de uma tipologia que agrega as diversas formas de contratação do sistema, para evidenciar a flexibilização das relações trabalhistas na APS, verificando se são protegidas ou desprotegidas. Essa etapa do estudo foi concomitante à construção da base de dados pesquisada no CNES, descrita a seguir.

5.2.1 A base de dados do CNES

Os dados do CNES foram obtidos no sítio eletrônico do Departamento de Informática do SUS (Datasus), extraídos pelo Tabwin 4.1.5 e analisados no Excel.

Para a extração no Tabwin é necessário selecionar as variáveis a serem tabuladas; ao conjunto dessas variáveis dá-se o nome de LOG. Neste estudo, inicialmente, adotou-se para a extração dos dados, no período de 2008 a 2020, o LOG abaixo, no qual se encontram as definições para a tabulação do estudo. Foram considerados como tipos de serviços da APS: posto de saúde, centro de saúde/unidade básica, unidade mista e Unidade de Saúde da Família. Dois tipos de estabelecimentos de saúde, que também são classificados como serviços de APS, foram excluídos do estudo, por não constituírem serviços identificados nos estados de abrangência da pesquisa (Pernambuco - PE, Bahia – BA e Rio de Janeiro – RJ): unidade móvel fluvial e terrestre. Na etapa 3, descrita adiante, foram evidenciadas as razões para a escolha dos três estados.

Abaixo, a descrição do LOG utilizado para tabulação dos dados no TabWin para descrever as formas de contratação da APS nos estados selecionados. (QUADRO 6)

Quadro 6 – Identificação da tabulação no Tabwin, segundo o tipo de estabelecimento, esfera administrativa e tipo de gestão (PE, BA e RJ), 2008.

Linha=Município
Coluna=NovoVínculo Empreg
Incremento=Freqüência
Suprime_Linhas_Zeradas=true
Suprime_Colunas_Zeradas=fals
Não_Classificados=2
[Seleções_Ativas]
Tipo de Estabec.: POSTO DE SAÚDE CENTRO DE SAÚDE/UNIDADE BÁSICA UNIDADE MISTA/ UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA
Esfera Administiva: MUNICIPAL
Tipo de Gestão: MUNICIPAL

Fonte: CNES.

Ao realizar a tabulação dos dados para o período de 2008 a 2015 não se encontrou problemas. Mas, para 2016 a 2020, os dados não foram encontrados, em virtude da mudança do termo “esfera administrativa” para “natureza jurídica”, em cumprimento à Portaria nº 1.319/2014, sendo a causa da ausência de resultados. Essa informação foi obtida por contato com o órgão responsável pelo sistema (cnes@saude.gov.br). Assim, depois de efetuadas as

alterações necessárias, obteve-se a tabulação dos dados para os anos de 2016 a 2020, conforme o LOG utilizado no período descrito. (QUADRO 7)

Quadro 7 – Identificação da tabulação no Tabwin segundo o tipo de estabelecimento, natureza jurídica e tipo de gestão (PE, BA e RJ), 2016.

Linha=Município
Coluna=Novo Vínculo Empregatício
Incremento=Freqüência
Suprime_Linhas_Zeradas=true
Suprime_Colunas_Zeradas=false
Não_Classificados=0
[Seleções_Ativas]
Tipo de Estabelecimento: POSTO DE SAÚDE CENTRO DE SAÚDE UNIDADE BÁSICA UNIDADE MISTA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA
Tipo de Gestão: MUNICIPAL
Natureza Jurídica: 103-1 Órgão Público do Poder Executivo Municipal 106-6 Órgão Público do Poder Legislativo Municipal 112-0 Autarquia Municipal 115-5 Fundação Pública de Direito Público Municipal 118-0 Órgão Público Autônomo Municipal 124-4 Município 127-9 Fundação Pública de Direito Privado Municipal

Fonte: CNES.

Cada forma de contratação cadastrada no CNES tem um código único, constituído de seis dígitos (000000). Segundo a Portaria nº 1.321/2016, a Terminologia de Forma de Contratação de profissionais está organizada, de forma hierárquica, em: Forma de Contratação como Estabelecimento ou sua mantenedora (00); Forma de Contratação com o empregador (00); Detalhamento da Forma de Contratação (00). A primeira diz respeito à identificação da forma de contratação do profissional com o estabelecimento; a segunda identifica o tipo de contrato realizado entre o profissional e seu empregador; a terceira permite maior compreensão ao fornecer maiores detalhes do contrato com o empregador, quando aplicável.

Nesta análise foram utilizadas as terminologias acima citadas, tanto para a apresentação dos resultados da evolução das formas de contratação, quanto para sua classificação. Ademais, foi considerada a Tabela de Forma de Contratação disponibilizada na Portaria nº 1.130/ 2017, a qual está descrita nos resultados, como o parâmetro para as análises das portarias 2000 a 2020 e das bases de dados do CNES, no período de 2008 a 2020.

5.2.2 Tipo de pesquisa, fonte, coleta e análise dos dados

Trata-se de pesquisa documental de abordagem qualitativa. A pesquisa documental compreende

... um intenso e amplo exame de diversos materiais que não foram utilizados para nenhum trabalho de análise, *ou que podem ser reexaminados*, buscando-se outras interpretações ou informações complementares, chamados de documentos... Porém, é possível utilizar documentos e análise de documentos como estratégias complementares a outros métodos. (KRIPKA; SCHELLER; BONOTTO, 2015, p. 58) (grifo nosso)

Nesta etapa buscou-se a produção de novos conhecimentos a partir do reexame de diversas portarias e materiais relacionados ao CNES, que pudessem evidenciar a hipótese de que há uma tendência à flexibilização das relações trabalhistas, incorporadas no CNES, desde sua implantação, com a inserção de múltiplas formas de contratação no sistema, decorrentes da reforma estrutural do Estado brasileiro na década de 90.

As portarias foram coletadas no site do CNES, abrangendo o período de 2000 a 2020, o mesmo da primeira etapa, que corresponde à vigência do CNES, desde sua criação até o último ano analisado nesta tese. Foram incluídas na análise as portarias citadas nos documentos constantes na primeira etapa e/ou que eram relevantes para os objetivos do estudo, sendo identificadas, nomeadas com a letra “P” e um número correspondente à ordem numérica relacionada à data de sua publicação (P00). As portarias foram colhidas no *Wiki CNES*, pois, segundo a Portaria SAS/MS nº 1.701, de 25 de outubro de 2018, todas as informações que se encontram nessa página são consideradas “Documentação Oficial do CNES”.

Adicionalmente, optou-se por realizar uma análise do número dos códigos relativos às formas de contratação, inseridos na base de dados, dispostos ano a ano, de 2008 a 2020, para descrever as mudanças ocorridas nos anos estudados. O material relativo aos códigos das bases de dados foi analisado no Excel, versão 10.0.

5.2.3 Categorização das formas de contratação e criação da Tipologia

Os códigos relativos às formas de contratação foram categorizados, com o intuito de sintetizar o tipo de relação trabalhista vigente, considerando a proteção do vínculo empregatício. Para tal, primeiro foi feita uma pesquisa sobre o que significa o denominado vínculo protegido e, em seguida, analisou-se a forma como têm sido registradas as formas de contratação no CNES. A análise comparada entre o que está descrito na literatura e o que está expresso no CNES possibilitou a construção de uma proposta de classificação de formas de contratação.

Formas de contratação protegidas são aquelas que se baseiam na existência de proteção social e cobertura legal dos contratos de trabalho, ou seja, que garantem os direitos trabalhistas. São considerados como desprotegidos, conforme o CNES: contratos tácitos, pagamento de pessoa jurídica, pagamento de autônomos e trabalhadores contratados por cooperativas. Além disso, existem modalidades que não caracterizam vínculo empregatício, quer seja protegido ou desprotegido, tais como: estágio (Lei nº 11.788/08), residência, bolsa e voluntário. (Lei nº 9.608/98) (BRASIL, 2014a)

No CNES são identificadas como formas de contratação protegidas:

- a) Formas de contratação direta: estatutário: cargo público regido pela Lei nº 8.112/1990 e emprego público (celetistas; cargo comissionado e contratos temporários); e
- b) Formas de contratação indireta: Contratos por prazo determinado ou indeterminado intermediados pela esfera privada.

Nesta tese, propõe-se a criação de uma nova tipologia, contendo três tipos de formas de contratação: **Protegida com Estabilidade (PCE), Protegida Sem Estabilidade (PSE) e Desprotegida (DES)**. Esta divisão das formas de contratação protegidas em duas (PCE e PSE) é por causa da necessidade de distingui-las: mesmo protegidas por legislações trabalhistas, não apresentam estabilidade. Esse recorte para classificação das formas de contratação é relevante neste estudo, por dois motivos: primeiro, pelo destaque que as formas de contratação celetistas, praticadas pela gestão pública indireta (OS, OSCIP, Fundações...), vêm alcançando ao longo dos anos; segundo, por evidenciar o peso dos cargos comissionados e dos contratos temporários, formas de contratação classificados como PSE, nas relações trabalhistas praticadas pela administração direta.

Quanto às formas de contratação desprotegidas, a classificação norteia-se por dois conceitos de Nogueira, Baraldi e Rodrigues (2004), que caracterizam a precariedade e a informalidade do trabalho pela presença de: 1) situação caracterizada por déficit ou ausência de direitos de proteção social; 2) instabilidade do vínculo, do ponto de vista dos interesses dos trabalhadores. Nesta pesquisa para que uma contratação seja considerada precária, os dois critérios devem estar presentes.

Além das formas de contratação desprotegidas, citadas no *Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores: 2013-2015*, serão incluídas neste estudo aquelas que não se caracterizam como vínculo empregatício (estágio, residência, bolsa e voluntário), mas que constituem força de trabalho do SUS. Como exemplo, tem-se o Programa Mais Médicos (PMM), que, de acordo com o inciso II do Art. 3º da Portaria nº 1.143, de 29 de outubro de 2014, tem o seu vínculo inserido no CNES como: “II- ... 04 OUTROS, 01 BOLSA ou 00 SEM

SUBTIPO”. Vários estudos comprovam a importância do PMM na ampliação do acesso e no fortalecimento da APS, no Brasil. (GONÇALVES JÚNIOR; GAVA; SILVA, 2017; MIRANDA et al., 2017; CAMPOS; PEREIRA JÚNIOR, 2016) Esta tese considera que o trabalho precário é o que está conceituado pelo Ministério da Saúde. Ou seja, “...não oferece qualquer garantia de proteção social a quem o exerce.” (BRASIL, 2005, p. 25)

A flexibilização das relações de trabalho constitui uma tendência no SUS, ora para superar os entraves e limites impostos pela LRF, ora para se inserir na conjuntura de um mundo globalizado que tem levado à precarização das formas de contratação. (KOSTER; MACHADO, 2012) Com isso, espera-se que a classificação proposta e a criação dessa tipologia permitam uma melhor compreensão desta problemática no âmbito da APS.

Além das três categorias de contratação (Protegida com Estabilidade (PCE), Protegida Sem Estabilidade (PSE) e Desprotegida (DES)), foram realizadas subclassificações para permitir análises mais aprofundadas das formas de contratação adotadas pelos municípios, nos estados selecionados para o estudo.

O Quadro 8 descreve cada uma das três categorias e suas respectivas subclassificações.

Quadro 8 - Caracterização das categorias de contratação do CNES, segundo subclassificação dos tipos. PE, BA, RJ. 2008 a 2020.

Formas de contratação	Características	Subclassificação	Abreviação
Protegida com Estabilidade (PCE)	Os trabalhadores possuem os direitos trabalhistas garantidos e estabilidade	Estatutário	ESTT
		Emprego Público	EMPP
Protegida sem Estabilidade (PSE)	Os trabalhadores possuem os direitos trabalhistas garantidos, mas não têm estabilidade	Contrato por Prazo Determinado	CPTD
		Cargo Comissionado	CGCC
		Celetista	CLTT
		Vínculo empregatício sem tipo	VEST
Desprotegida (DES)	Os trabalhadores não possuem direitos trabalhistas e nem estabilidade	Autônomo intermediado	AUT_INT
		Autônomo diversos tipos	AUTO
		Bolsista	BLSA
		Demais tipos de vínculos não incluídos acima	OUTROS

Fonte: A autora.

5.3 Terceira etapa – Validação da tipologia das formas de contratação de pessoal na APS nos municípios dos Estados de Pernambuco, Bahia e Rio de Janeiro; tipificação dos municípios dos estados selecionados de acordo com as formas de contratação praticadas na APS; e a distribuição espacial dos municípios classificados segundo a tipologia proposta.

Após a categorização das formas de contratação e a criação da tipologia, realizou-se uma análise quantitativa das formas de contratação para a série de dados estudada. Além disso, foi apresentada uma classificação dos municípios segundo a tipologia das formas de contratação e sua distribuição espacial por Mesorregiões dos estados selecionados.

5.3.1 Análise das formas de contratação de pessoal na APS

A análise quantitativa das formas de contratação dos profissionais na APS foi realizada nos municípios de três estados: Pernambuco, Bahia e Rio de Janeiro. A escolha desses estados foi devida às diferenças de modalidades de gestão predominantes no âmbito da APS, o que propiciou um estudo comparativo.

No Estado de Pernambuco, a APS é gerida, majoritariamente, pela Administração Direta, conforme Santos et al. (2014), os quais apontam para a inserção das OSs, no Estado, predominantemente nos serviços de maior complexidade. Na Bahia, a mudança quanto à gestão do sistema de saúde para Fundação Estatal de Direito Privado (FEDP) foi assinalada por Cardoso e Campos (2013), que apontaram a Fundação Estatal de Saúde da Família da Bahia como proposta do Estado ante as falhas estruturais da APS, visando solucionar a precarização existente, assumindo, assim, o papel de indutor na escolha dos municípios por esse novo modelo de gestão. E, no Rio de Janeiro, Andreazzi e Bravo (2014) relatam que, desde 2009, as OSs são responsáveis pelo gerenciamento da APS.

5.3.1.1 Tipo de pesquisa, fonte e coleta dos dados e análise das formas de contratação

De acordo com Tobar e Yalour (2001), o tipo de pesquisa é definido conforme os objetivos e os meios empregados. Nesse sentido, este pode ser considerado um estudo de caso múltiplo com abordagem quantitativa, do tipo descritivo e exploratório.

Segundo Yin (2001), o estudo de caso é uma investigação empírica e compreende um método abrangente, com a lógica do planejamento, da coleta e da análise de dados. Pode incluir

tanto estudos de caso único quanto de múltiplos, assim como abordagens quantitativas e qualitativas de pesquisa. Destarte, os casos múltiplos possuem tanto vantagens como desvantagens em relação às pesquisas de caso único. Destaca-se, entretanto, que as provas resultantes dos casos múltiplos são consideradas mais convincentes, o que torna o estudo mais robusto.

Os casos, neste estudo, foram definidos considerando os distintos modelos de gestão pública responsáveis pela execução da APS nos municípios de três estados: PE, BA e RJ.

O objetivo do estudo de caso é compreender em profundidade o “como” e os “porquês” de uma dada entidade definida (pessoa, instituição, sistema educativo, uma política, etc.), dando ênfase à sua identidade e características próprias, em especial nos aspectos que interessam ao pesquisador. Visa, com isso, a construção de subsídios para o gestor/organismo aprimorar e/ou definir novas políticas ou formular novas teorias. (PONTE, 2006)

Almeida Filho e Barreto (2011) afirmam que os objetivos dos estudos descritivos compreendem o conhecimento e o registro sistemático da extensão e da gravidade dos problemas de saúde na população, dentre outros aspectos.

Ademais, este estudo se constitui como exploratório, pois, segundo Gil (2002, p.41), “... tem como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a constituir hipóteses. Pode-se dizer que pesquisas exploratórias têm como objetivo principal o aprimoramento de ideias ou a descoberta de intuições”.

Em uma breve caracterização desses estados, aponta-se que Pernambuco possui uma extensão territorial de 98.146,32 km², uma população de 8.796.448 habitantes, 184 municípios e um distrito estadual (Fernando de Noronha). (PERNAMBUCO, 2012) A Bahia possui uma extensão territorial de 564.732,642 km², distribuídos entre 417 municípios e uma população em torno de 14.016.906. O Rio de Janeiro possui uma extensão territorial de 43.781,566 km², distribuídos entre 92 municípios e uma população de 15.989.929 habitantes. (BRASIL, 2016)

O porte populacional foi adotado, considerando que cerca de 80% dos municípios que serão analisados, no caso, dos Estados de Pernambuco e Bahia, possuem menos de 50.000 habitantes e os municípios analisados do Rio de Janeiro cerca 60% possuem menos de 50.000 habitantes. Com isso, revela-se a grande diversidade de características que a gestão pública precisa enfrentar, uma vez que os diferentes portes populacionais exigem diferentes capacidades fiscais, do mesmo modo que em relação à organização da assistência à saúde, às questões burocráticas, às questões judiciais, aos distintos perfis profissionais na assistência e na gestão e até mesmo na capacidade de formação de recursos humanos. (ARCARI et al., 2020)

Os portes populacionais dos municípios dos três Estados estudados estão incluídos na Tabela 1.

Tabela 1 – Número e percentual de municípios, por porte populacional, dos estados de Pernambuco, Bahia e Rio de Janeiro. Brasil, 2020.

Porte populacional	Frequência							
	PE	%	BA	%	RJ	%	Total	%
≤10.000	17	9,2	69	16,5	7	7,6	93	13,4
>10.000≤20.000	65	35,3	179	42,9	20	21,7	264	38,1
>50.000≤100.000	23	12,5	27	6,5	11	12,0	61	8,8
>100.000≤500.000	10	5,4	14	3,4	22	23,9	46	6,6
>500.000	2	1,1	2	0,5	4	4,3	8	1,2
Total	184*	100,0	417	100,0	92	100,0	693	100,0

Fonte: IBGE, 2010.

Nota: *Fernando de Noronha foi excluído por ser um Distrito Estadual e, assim, apresentar caráter diferenciado das outras localidades.

Os municípios foram selecionados por amostra do tipo não probabilística, adotando o seguinte critério de inclusão:

- a) Municípios que apresentaram disponibilidade contínua das variáveis selecionadas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).
- b) Serão excluídos do estudo todos os municípios que não preencherem o critério acima mencionado.

Foram coletados os dados do sítio eletrônico do CNES. Segundo Marconi e Lakatos (2010), a coleta de dados constitui a etapa da pesquisa nas quais as informações prévias, relacionadas ao campo de interesse, são obtidas para serem submetidas às técnicas presentes no método, e assim, obter os propósitos da pesquisa.

O exame compreendeu o período de 2008 a 2020, constituindo uma série de 13 (treze) anos, o que se justifica pela necessidade de um maior aprofundamento do tema, com vistas a considerar os fenômenos políticos e de mudanças na APS quanto a seu financiamento.

Considerou-se o ano de 2008 como ponto de partida da análise, pois nesta tese assume-se que, neste ano, a 2ª versão do CNES, que foi totalmente reformulado, em 2005, pelo órgão responsável do sistema, já teria sido amplamente divulgada e utilizada pelos municípios. Ademais, em 2006, a Anvisa instituiu o caráter obrigatório do CNES para todos os estabelecimentos de saúde no país. E, em 2007, foi publicada a Portaria SAS nº 197, de 14 de

março de 2007, a qual redefine a tabela de formas de contratação de profissionais do CNES, adotada neste estudo para o início da análise.

O estabelecimento do marco final do período em 2020, justificou-se por contemplar o último ano do ciclo eleitoral municipal. Assim, o estudo abrangeria três períodos de gestões municipais, o que pode ser de grande relevância, haja vista que cabe a esse ente federativo a escolha das modalidades de gestão na APS.

Foi estabelecida a utilização do termo “formas de contratação”, em detrimento do termo “vínculo”, em conformidade com nova denominação adotada pela Portaria SAS nº 1.321, de 22 de junho de 2016, na qual as tabelas passam a ser chamadas de Tabela de Formas de Contratação. (BRASIL, 2016b)

5.3.1.2 Técnica de análise dos dados das formas de contratação

Os dados foram calculados e analisados em duas fases, que correspondem ao estudo descritivo.

Na primeira fase, foram calculados a soma e o percentual das categorias de análise PCE, PSE e DES, segundo o estado, porte populacional e ano. Ademais, foram calculados a soma e o percentual das subclassificações dessas categorias de análise: a) PCE (ESTT, EMPP); b) PSE (CPTD, CGCC, CLTT, VEST); c) DES (AUT_INT, AUTO, BLSA, OUTROS).

Para este estudo foram criados 18 (dezoito) perfis, os quais traduzem os portes, conforme a Tabela 2.

Tabela 2 – Distribuição dos perfis segundo o Estado e o porte populacional. PE, BA, RJ, 2008 a 2020.

Estado	Porte	Perfil
PE	1	pe1
PE	2	pe2
PE	3	pe3
PE	4	pe4
PE	5	pe5
PE	6	pe6
BA	1	ba1
BA	2	ba2
BA	3	ba3
BA	4	ba4
BA	5	ba5
BA	6	ba6
RJ	1	rj1
RJ	2	rj2
RJ	3	rj3
RJ	4	rj4
RJ	5	rj5
RJ	6	rj6

Fonte: A autora.

Na segunda fase, foram calculadas as medidas de tendência central (Média, Mediana), o Valor Mínimo, o Valor Máximo e os Quartis. Para verificar as mudanças no período foram apresentados os resultados das formas de contratação categorizadas (PCE, PSE e DES) para os anos de 2008 (ano inicial do período), 2014 (mediana do período) e 2020 (ano final do período).

Para a organização, armazenamento e processamento dos dados foi utilizado o software Excel versão 10.0 e os resultados apresentados em gráficos e tabelas.

5.3.1.3 Classificação dos municípios

Para a classificação dos municípios, considerou-se que a soma das três categorias de análise compreende 100%, sendo os municípios categorizados de acordo com os percentuais apresentados de formas de contratação categorizadas em PCE, PSE e DES, segundo o estado e o porte populacional (perfis descritos na Tabela 2) e ano.

Com isso, os municípios foram assim classificados: a) Município Muito Protegido com Estabilidade; b) Município Protegido com Estabilidade; c) Município Muito Protegido Sem

Estabilidade; d) Município Protegido Sem Estabilidade; e) Município Muito Desprotegido; f) Municípios Desprotegido; g) Município em transição.

Os critérios para classificação estão descritos no Quadro 9 e as cores em tons de verde, amarelo e vermelho traduzem o status dos municípios na classificação.

Quadro 9 – Descrição dos percentuais tomados como recorte para estabelecer a classificação dos municípios, segundo a forma de contratação mais praticada

Forma de contratação	Tipo de Municípios	Percentuais para classificação	Tons das cores
Protegida Com Estabilidade (PCE)	Município Muito PCE	$\geq 75,0\%$	
	Município PCE	$>50,0$ a $< 75,0\%$	
Protegida Sem Estabilidade (PSE)	Município Muito PSE	$\geq 75,0\%$	
	Município PSE	$>50,0$ a $< 75,0\%$	
Desprotegida (DES)	Município Muito DES	$\geq 75,0\%$	
	Município DES	$>50,0$ a $< 75,0\%$	

Fonte: A autora.

Foram analisados todos os percentuais, na seguinte ordem de apresentação: PCE – PSE – DES, para os anos de 2008, 2014 e 2020.

Depois de classificar pela ordem PCE, PSE, DES, foram considerados como “Em transição” os municípios que apresentaram duas ou três das categorias com percentuais entre ≥ 25 a $\leq 50\%$ das formas de contratação.

O termo “Em transição” tem o intuito de designar os municípios que se encontram no intervalo de ≥ 25 a $\leq 50\%$, em duas ou três categorias de formas de contratação, o que limita a capacidade de determinar em qual classificação o município se enquadra.

Em seguida, foram calculados os números absolutos e relativos da classificação dos municípios para as categorias de forma de contratação PCE, PSE e DES, segundo o porte populacional e os anos de 2008, 2014 e 2020, por meio do software Excel, versão 10.0 e os resultados apresentados em tabelas.

Por fim, realizou-se uma descrição dos municípios classificados por meio de mapas temáticos, ou seja, mediante codificação segundo sistema de identificação geográfica do IBGE. Esse recurso ajudou a compreender a distribuição espacial da classificação.

Além de considerar a distribuição espacial dos municípios classificados nos estados estudados, realizou-se a análise das mesorregiões.

Entende-se por Mesorregião uma área individualizada, no âmbito das Unidades da Federação, na qual a organização do espaço geográfico observa as definições de três dimensões: a) o processo social, como determinante; b) o quadro natural, como condicionante; c) a rede de comunicação e de lugares, como elemento de articulação espacial. Assim, pode-se afirmar que a Mesorregião apresenta uma identidade regional construída no decorrer dos anos pela sociedade nela encontrada. (IBGE, 2017; PEREIRA; GUTIERRES, 2018)

Assim, foram realizados os seguintes passos:

- a) A base cartográfica digital utilizada foi baixada do site do IBGE pelo link: <https://www.ibge.gov.br/geociencias/organizacao-do-territorio/malhas-territoriais/15774-malhas.html?=&t=acesso-ao-produto>.
- b) Foram utilizadas duas bases no formato shapefile: BR_municipios_2021 e BR_Mesorregioes_2021.
- c) Foi construído mediante codificação do Sistema de Informação Geográfico (SIG) denominado “indicadores”, com o aplicativo QGIS, versão 3.16.14 e nesse sistema foram carregadas as bases cartográficas, possibilitando a seleção dos municípios dos 3 estados analisados.
- d) A seleção dos municípios se deu por Query, utilizando as expressões de busca, "SIGLA" = 'BA' OR "SIGLA" = 'PE' OR "SIGLA" = 'RJ' para os municípios e para as Mesorregiões.
- e) Foi realizado um linkage da base geográfica com os indicadores selecionados nos anos de 2008, 2014 e 2020. Para cada ano, foi correspondido um linkage totalizando 9 operações de união da base geográfica com os dados.
- f) Foi aplicada uma gradação de cores representativas para cada tipo de situação: os municípios PCE assumiram padrões na paleta de cor verde; os municípios PSE assumiram padrões na paleta de cor amarela; os municípios Desprotegidos assumiram padrões na paleta de cor vermelha; os municípios em transição assumiram a cor cinza escuro; os municípios que não apresentaram dados ficaram em branco.
- g) Foram confeccionados 9 mapas temáticos com a classificação municipal, segundo a forma de contratação mais praticada, definida previamente. Os 9 mapas apresentam as mudanças que aconteceram nas formas de contratação praticadas nos três estados analisados, nos anos de 2008, 2014 e 2020.

Os mapas foram exportados em formato de imagem PNG com qualidade de saída a 300 dpi.

5.4 Aspectos Éticos

Por utilizar bases de dados secundárias de domínio público, não houve necessidade de submissão do projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa, conforme pressupostos éticos das pesquisas envolvendo seres humanos e de acordo com a Resolução de nº 466, de 12 de dezembro de 2012. (BRASIL, 2012)

Este estudo integra o Projeto intitulado “*Os municípios do Brasil: gasto com pessoal da saúde, relação com as formas de contratação e o impacto no indicador de internação por condições sensíveis à atenção primária*”, fomentado pelo PROEP/FACEPE - Edital 19/2015, desenvolvido pela orientadora desta tese, tendo a doutoranda um membro do grupo de pesquisa.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este item foi organizado de acordo com as etapas descritas no método, em consonância com os objetivos específicos da tese.

6.1 Dimensão da qualidade de clareza metodológica do CNES

Dentre os sistemas de base nacional que carecem de análises quanto à qualidade dos dados, destaca-se o CNES, que desempenha um papel relevante junto ao SUS, pois constitui uma base cadastral para a operacionalização de mais de 90 SISs, a exemplo do SIA, SIH, e-SUS Atenção Primária (e-SUS APS), entre outros. Os dados do CNES possibilitam o conhecimento da realidade da rede assistencial do país, além de serem primordiais na área de planejamento, controle e avaliação em saúde, nos três entes federativos. (ROCHA et al., 2018; BRASIL, 2021a)

Silva (2021), em Revisão Integrativa da Literatura (RIL) sobre o CNES, no período de 2003 a 2020, encontrou uma amostra de 59 artigos, dos quais apenas 02 tinham o sistema como tema central. Ademais, dentre os 25 artigos que abordavam o tema qualidade da informação, apenas 08 apresentaram evidências sobre o assunto e, destes, 02 se destacavam, por serem fruto de pesquisas mais minuciosas. Em nenhum artigo foi analisada a dimensão da qualidade de clareza metodológica do CNES.

No entanto, antes de avaliar a dimensão de qualidade proposta, para melhor compreender o sistema, é igualmente importante o conhecimento do percurso histórico de sua institucionalização, assim como de sua caracterização.

6.1.1 História da institucionalização e caracterização do CNES

Em 1976, surgem as primeiras informações sobre estabelecimentos de saúde no Brasil, trazidas pela Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária (MAS/IBGE), publicada pelo IBGE, com dados sobre as instituições ambulatoriais e hospitalares. No Inamps, nesse período, foi implantado o Sistema Nacional de Controle de Pagamento de Contas Hospitalares (SNCPCH) que, não obstante ser concebido para o faturamento de contas hospitalares, instituiu as primeiras fichas cadastrais: a Ficha Cadastral de Hospital (FCH) e a Ficha Cadastral de Terceiros (FCT). Mesmo após a extinção do SNCPCH, na década de 80, as fichas continuaram vigentes e compuseram o Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social (Samps), na

década de 1980, e o SIH, na década de 1990. Em 1994, implantou-se o SAI, cujo objetivo era a realização de faturamento nos atendimentos ambulatoriais no escopo do SUS e que agregou um conjunto de estabelecimentos de saúde que realizam esses atendimentos. (BRASIL, 2021b)

O relatório do Tribunal de Contas da União de 1997 evidenciou várias deficiências nos cadastros do SIA e do SIH, o que sugeria a existência de possíveis fraudes cadastrais e, além disso, foram encontradas atualizações de baixa qualidade e incompletas. Em resposta ao relatório, foi criada a Ficha de Estabelecimentos de Saúde (FCES), por meio da Portaria n° 1890/GM/MS/1997, incorporando, em sua base, muitas das variáveis da Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária. (AMS/IBGE) (IPEA, 2009; PELISSARI, 2019; BRASIL, 2021b)

Devido à persistência das dificuldades em operacionalizar o processo de atualização do cadastramento nas bases do SIA e SIH, foi instituído um Grupo de Trabalho para reformulação da FCES e, em 03 de outubro de 2000, através da Portaria n° 376/SAS/MS/2000 foi criado o Banco de Dados Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Nesse processo, contou-se com a cooperação das áreas técnicas do Ministério da Saúde, da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e da participação popular, por meio de consulta pública. Após três meses recebendo sugestões dos gestores estaduais e municipais e já tendo realizado uma pactuação sobre o cadastramento na CIT, a Portaria n° 511/SAS/MS/2000 revogou a Portaria n° 376/SAS/MS/2000 e adotou seu conteúdo, tornando disponível a primeira versão do CNES, que passou a se denominar Sistema FCES. (PINTO; FREITAS; FIGUEIREDO, 2018; SILVA, 2021; BRASIL, 2021b)

Em suma, o CNES adotou as variáveis advindas da Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária (AMS/IBGE de 1999 e de 2002); dos formulários do SIA-SUS; dos formulários do SIH-SUS; dos Formulários dos Sistemas de Autorização da APACs; e dos Formulários do Cadastro Nacional de Saúde, além das propostas oriundas de gestores das três esferas administrativas e da sociedade civil em geral. (PINTO; FREITAS; FIGUEIREDO, 2018)

A Portaria n° 511/SAS/MS/2000 merece destaque: contém definições quanto ao fluxo para o cadastro, que pode ser simples ou de dupla gestão; e ambos passam por auditorias *in loco* antes de encaminharem as informações ao Banco de Dados do CNES. (BRASIL, 2021b)

Em 2003, após muitos ajustes no Sistema, foi implementado efetivamente no território nacional o recadastramento informatizado, que contemplava todos os gestores envolvidos no processo. Ao longo dos anos, ao mesmo tempo que incorporou diversas funcionalidades sobre a gestão, o CNES adequou-se a regras de outros sistemas oficiais, tais como: as regras do CNPJ a partir de dados da Receita Federal do Brasil (RFB), o *linkage* dos cadastros dos profissionais

médicos em relação aos registros ativos no Conselho dessa categoria profissional, a possibilidade de revisão dos CPFs inválidos ou inativos. (PELISSARI, 2019)

Não obstante o CNES ter incorporado, desde sua criação, enorme cardápio de funcionalidades e de informações, foi disponibilizada, em outubro de 2005, uma segunda versão do cadastro, considerada uma evolução da anterior, denominada Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES). A proposta continha a total reformulação do sistema, compreendendo a mudança geral do layout, a revisão de telas de cadastro e a adoção de nova plataforma. Houve mudanças no banco de dados e adotou-se a linguagem de programação DELPHI e o banco de dados livres, Firebird. O desenvolvimento da versão 2.0.0 teve como objetivo dar ao sistema maior agilidade e estabilidade, melhor navegabilidade e ampliar a garantia de preservação da base digitada. (MORAIS; COSTA, 2014; BRASIL, 2021b; BRASIL, 2021c)

A norma publicada pela Anvisa, em 2006, definiu o caráter obrigatório do CNES para todos os estabelecimentos de saúde do país, quaisquer que sejam suas naturezas jurídicas ou se integram ou não a rede do SUS. O que foi reafirmado, em 2011, pelo Artigo 13 da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC), nº 63/2011, da referida Agência (BRASIL, 2021b).

Assim, o CNES abrange o conhecimento da totalidade dos estabelecimentos de saúde quanto à área física, aos recursos humanos, aos equipamentos e aos serviços ambulatoriais e hospitalares. Inclui, ainda, as informações dos profissionais que desempenham ações e/ou serviços de saúde no país, quer possuam vínculos com o SUS ou não. Evidencia-se, assim, sua importância como fonte de dados e ferramenta útil para a descrição do perfil dos profissionais que integram os serviços de saúde. (CASCAES; DOTTO; BOMFIM, 2018)

A despeito de todo o percurso de sua implementação, somente com a Portaria nº 1.646, de 2 de outubro de 2015, o CNES foi instituído e seu arcabouço legal definido. Além das disposições gerais, nela estão contidas as responsabilidades e competências dos entes envolvidos, o processo de cadastramento e manutenção ou atualização cadastral, a gestão das informações e governança e as disposições finais. Na Portaria de Consolidação nº 1, de setembro de 2017, o inciso IV do Art. 359 aponta uma das finalidades do Sistema, que corrobora a importância do estudo em pauta:

“... fornecer informações que apoiem a tomada de decisão, o planejamento, a programação e o conhecimento pelos gestores, pesquisadores, trabalhadores e sociedade em geral acerca da organização, existência e disponibilidade de serviços, força de trabalho e capacidade instalada dos estabelecimentos de saúde e territórios.” grifos nossos (BRASIL, 2017c – PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO, p. 105)

Há um consenso, no Ministério da Saúde e na literatura, que o CNES é identificado como SIS “estruturante”, embora haja questionamentos quanto à demora de sua institucionalização. Há de se considerar o histórico que perpassa a Lei nº 8.080/1990, a Portaria nº 399/GM/MS/2006, o Decreto nº 7.508/2011, a Portaria nº 2.073/GM/MS/2011, que revelam as pactuações necessárias, e, subliminarmente, o cenário de lutas que o SUS enfrenta para seu fortalecimento. (COELHO; CHIORO, 2021)

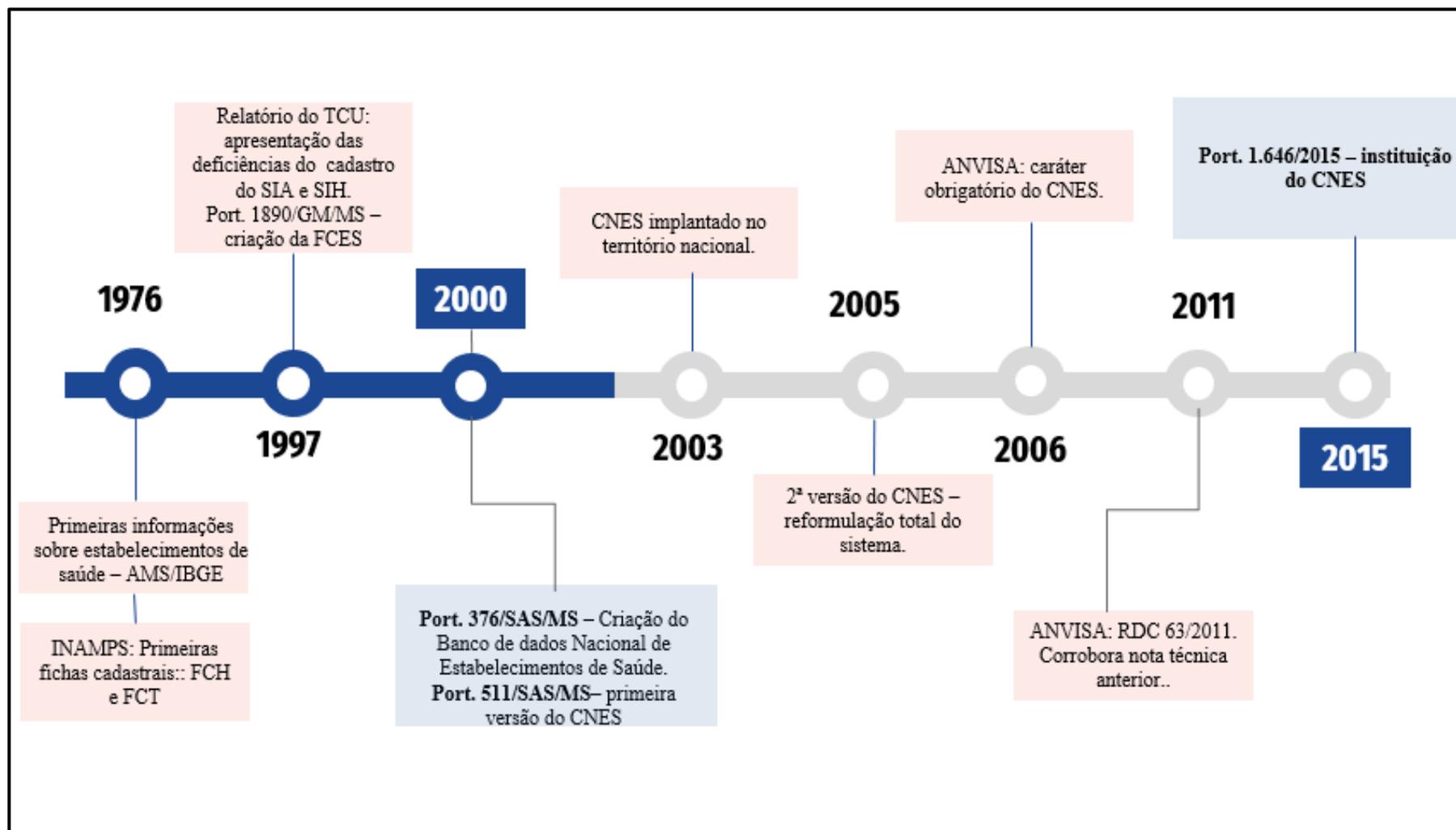
Machado, Martins e Leite (2016) e Pelissari et al. (2019) revelaram a importância do CNES tanto para investigar a qualidade da informação sobre hospitais no Brasil quanto à cobertura, completude e consistência dos dados, bem como para analisar a evolução da descentralização do atendimento de tuberculose para a AB, respectivamente.

Merece destaque o estudo de Moreira (2020), na pandemia da COVID-19, que utilizou o CNES para coleta de variáveis de cobertura assistencial, com a finalidade de conhecer o arsenal médico-assistivo no Brasil, objetivando o uso racional de leitos de UTI e de ventiladores pulmonares. Diante do cenário, no qual a OMS declarou a COVID-19 como Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional, evidencia-se a relevância desse SI em dotar os pesquisadores de informações, a fim de subsidiar o poder sanitário público para uma atuação assertiva e justa no aumento da cobertura assistencial e de alocação dos equipamentos.

Alguns autores apontam a falta de consistência dos dados disponibilizados no CNES como limitação aos seus estudos. (MENDES; RATTNER, 2020; GOMES; GUTIÉRREZ; SORANZ, 2020) Essa limitação deve ser ponderada, mas, não inviabiliza o uso de dados provenientes do CNES, haja vista que muitos estudos os têm utilizado e produzido informações relevantes para o conhecimento acerca da rede de atenção do SUS. Assumir as limitações do Sistema aponta para a necessidade de seu aprimoramento. E a avaliação das dimensões de qualidade, como se propõe neste estudo, é um caminho para a superação dessas limitações.

A Figura 4, a seguir, apresenta uma linha do tempo dos principais fatos do percurso histórico do CNES.

Figura 4 – Linha do tempo da institucionalização do CNES



Fonte: A autora.

Evidencia-se, mediante o percurso de estruturação e institucionalização do CNES, o quanto ele é um Sistema recente, prescindindo de análises como as realizadas adiante, as quais trataram sobre a dimensão de qualidade clareza metodológica.

Para uma melhor compreensão do CNES quanto à dimensão clareza metodológica, fez-se necessário a caracterização desse SI. O Quadro 10, a seguir, apresenta uma síntese das características desse sistema.

Quadro 10 – Características do CNES. Brasil, 2021.

Nome do SI	Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde
Instituição responsável	Ministério da Saúde
Formas de Acesso	Pode ser acessado pelo sítio eletrônico http://cnes.datasus.gov.br .
Formato de apresentação em cada tipo de acesso	Para consulta por estabelecimento : 1) Primeiro, acesse o portal do CNES e clique em Consultas; 2) No menu, escolha Estabelecimentos e selecione o item identificação; 3) Pode realizar a seleção pelos seguintes itens: atende ao SUS, pelo estado e município onde se localiza o estabelecimento, pelo tipo de gestão e pela natureza jurídica. Ou, ainda, preenchendo os dados no campo em branco por nome fantasia/ nome empresarial/ CNES/CNPJ/CPF.
	Para consulta por profissional : 1) Primeiro, acesse o portal do CNES e clique em Consultas; 2) No menu, escolha Profissionais e selecione o item vínculos; 3) Escolha a aba Geral e preencha no campo em branco o nome profissional/ CPF/CNS. 4) Clique em <i>pesquisar</i> para realizar a consulta.
Tipo de Registro	Administrativo
Objetivo do SI	O principal objetivo consiste em ser a base para operacionalizar os Sistemas de Informações em Saúde necessários a uma gestão mais eficiente do SUS.
Fluxo da informação	O fluxo para o cadastro do estabelecimento de saúde é de gestão estadual ou municipal. O estabelecimento de saúde encaminha as Fichas de Cadastro de Estabelecimento (FCESs) ao respectivo ente gestor, e este realiza uma auditoria <i>in loco</i> , com o intuito de verificar a veracidade das informações encaminhadas. Após a auditoria, o gestor encaminha os dados para o Banco de Dados do CNES. Há também o fluxo de dupla gestão: O estabelecimento de saúde encaminha as FCESs ao gestor municipal, e este realiza uma auditoria <i>in loco</i> , com o intuito de verificar a veracidade das informações encaminhadas. Após a verificação, o gestor municipal encaminha as informações ao gestor estadual, que as encaminha ao Banco de Dados do CNES.
Abrangência geográfica	Nacional.
Principais variáveis	<u>Variáveis comuns que podem permitir linkagem de bancos de dados e comparação de cadastro</u> : nome do município; código do município; UF; nome do estabelecimento/empresa; razão social; CNPJ; CNPJ mantenedora; endereço.
	<u>Variáveis específicas de interesse</u> : recursos físicos: consultórios, ambulatorios e leitos; equipamentos; pessoal ocupado segundo CBO; personalidade jurídica; atendimentos prestados; serviços especializados – especialidades ofertadas nos estabelecimentos; tipos de estabelecimentos; nível de atenção; serviço/classificação; tipo de atendimento prestado: internação, serviço de apoio à diagnose e terapia, ambulatorio, vigilância epidemiológica e/ou sanitária, farmácia ou cooperativa.

(continua)

(Conclusão)

Nome do SI	Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde
Intervalo entre o período de referência e divulgação	Os dados são coletados e informados diariamente ao Datasus pelos gestores estaduais e municipais, sendo disponibilizados/atualizados semanalmente.
Última data em que o Sistema se encontra disponível	Ano base/2022
Fidedignidade e confiabilidade das informações	O cadastro baseia-se na autoinformação pelos estabelecimentos de saúde. Com isso, podem ocorrer problemas relativos à não atualização obrigatória dos dados. Assim, pode permanecer no sistema o nome de estabelecimentos de saúde inexistentes. Considera-se também um viés possível, o estabelecimento do CNES como base para críticas de credenciamento de estabelecimentos de saúde que executam procedimentos específicos, o que pode gerar informações não fidedignas. Faz-se necessário destacar que as deficiências supracitadas são passíveis de correção com a maior participação dos gestores locais quanto às atualizações e validações das informações.
Status da base de dados em análise	Base de dados ativa. É a base cadastral para operacionalização de mais de 90 (noventa) sistemas de base nacional, tais como: Sistema de Informação Ambulatorial (SIA), Sistema de Informação Hospitalar (SIH), e- SUS Atenção Primária (e-SUS APS), entre outros.

Fonte: A autora, com base no Site do CNES (<http://cnes.datasus.gov.br/>) e Ipea, 2009.

6.1.2 Análise documental e avaliação da clareza metodológica

No método, Quadro 5, descreveu-se as categorias analisadas, começando pelas *considerações gerais*, que compreendem o acesso ao sistema e as documentações com orientação sobre o CNES, os anos em que esses documentos são disponibilizados e o que descrevem sobre as formas de contratação.

Inicialmente, foi acessado o site do CNES. De acordo com mensagem destacada no site, no período da coleta de dados (ago a nov/2021), este passava por uma reestruturação e nem todas as funcionalidades estavam devidamente implementadas, sendo necessário recorrer a versão do site anterior, quando necessário.

O acesso à documentação com orientações sobre o CNES não estava disponível no site para *download*. Então, foi enviado ao endereço eletrônico do Sistema (cnes@saude.gov.br), com questionamento quanto ao acesso aos documentos. A informação recebida foi de que o site do CNES utiliza o ambiente FTP (File Transfer Protocol que, em português, significa Protocolo de Transferência de Arquivos), mas esse ambiente deixou de ser acessado através de alguns

navegadores. As instruções para o acesso foram encontradas no *Wiki CNES* e, assim, pôde-se obter os referidos documentos, procedendo-se à análise de dimensão de qualidade.

No período 2006/2020, foram publicados 17 documentos para orientar os gestores dos três entes federativos e do Distrito Federal quanto ao cadastramento dos Estabelecimentos de Saúde ambulatoriais e hospitalares instalados no seu respectivo território. São eles: 05 manuais, 01 arquivo zipado com as diversas fichas de preenchimento, 06 cadernos de Layout, 02 Leiam² (versão completa e simplificada), 01 dicionário de dados, 01 tabela de domínios³ e 01 glossário de críticas.

Do conjunto do material, apenas 05 documentos foram selecionados para análise (D1, D2, D8, D12, D14), de acordo com os descritores “*Tabela de vínculos de profissionais e formas de contratação*”. Optou-se, então, por realizar uma análise mais acurada daqueles que se encontram no Quadro 11.

² Documentos que correspondem a um compêndio das versões utilizadas no CNES com a finalidade de realizar críticas e atualizações ao sistema. Visam o melhor desempenho do Sistema.

³ Tabela utilizada para armazenar um conjunto de valores possíveis para um determinado preenchimento de um campo em outra tabela. No caso do CNES, consiste no resumo dos códigos e informações (domínios) disponibilizadas no CNES para serem alimentados pelos estabelecimentos de saúde nos campos do Sistema, organizados em abas no Excel, por assunto.

Quadro 11 – Documentos do CNES segundo identificação do arquivo, ano de publicação, principais achados quanto à forma de contratação e portarias relacionadas. Brasil. 2000 a 2021.

Nº	Nome do Arquivo	Nome do Documento	Ano de publicação	Principais achados	Breve descrição do documento	Portarias relacionadas
D 1	Leia-me Completo	Leia-me Completo	maio/21	Refere-se à identificação das versões selecionadas pelos descritores "tabela de vínculos e formas de contratação". São 13 versões relacionadas às formas de contratação: 4.1.80; 4.1.60; 4.1.40; 4.0.61(não obrigatória); 4.0.60; 4.0.30; 3.2.80; 3.2.50; 3.2.30; 3.1.80; 3.1.00; 2.2.90; 2.1.7.	O documento Leia-me compreende uma compilação das versões disponibilizadas pelo Sistema desde 2005 até os dias atuais. No momento da coleta já apresentava cerca de 200 versões. Estas versões compreendem a inserção de novas informações necessárias para que o Cnes seja alimentado pelos usuários do Sistema.	Portaria nº 1130/2017; Portaria de Consolidação GM/MS nº 01/2017; Portaria nº 1321/2016; Portaria SAS/MS nº 1319/2014; Portaria GM/MS nº 1.662, de 2 de outubro de 2015; Portaria nº 121/2015; Portaria SAS nº 197/2007; Portaria nº 1.646/2015.
D 2	Leia-Me Da Versão Simplificado	Leia-me da versão Simplificada	maio/21	Refere-se à identificação das versões que foram selecionadas pelos descritores "tabela de vínculos e formas de contratação". São 07 versões relacionadas às formas de contratação: 4.1.80; 4.1.60; 4.1.40; 4.0.60; 4.0.30; 3.2.50; 3.2.30 .	De forma complementar ao documento Leia-me completo, a versão simplificada introduz novas especificações em algumas versões já descritas. Possui um número bem menor de versões disponibilizadas.	Portaria SAS/MS nº 1319/2014; Portaria SAS/MS nº 130/2016
D 8	Caderno Layout TXT de Adequação de Vínculos de Outros Sistemas	Caderno Layout para Geração do Arquivo TXT de Adequação de Vínculos de Profissionais de outros Sistemas	jun/16	Faz referência à nova nomenclatura da descrição do vínculo profissional.	Documento que dispõe de informações orientadas apenas aos operadores do Sistema. Linguagem de difícil entendimento.	Não possui.

(Continua)

(Conclusão)

Nº	Nome do Arquivo	Nome do Documento	Ano de publicação	Principais achados	Breve descrição do documento	Portarias relacionadas
D 12	Tabelas de Domínio	Scnes Domínios	out/19	Enfocando o domínio que trata sobre as formas de contratação, são descritas 32 formas de contratação na aba Formas De Contratação do Empregador.	Consiste no resumo dos códigos e informações (domínios) disponibilizados no CNES para serem alimentados pelos estabelecimentos de saúde nos campos do sistema, organizados em abas no Excel, por assunto.	Não possui
D 14	Manual de preenchimento do SCNES	Manual Técnico do Cadastro Nacional de Estabelec. de Saúde – Versão 2	Out/2006	O anexo 28 traz a Tabela de vínculos, com 12 tipos de formas de contratação.	Documento que visa uma melhor compreensão do Sistema e apresenta seus objetivos. Dispõe de muitos anexos com tabelas relacionadas ao uso do Sistema pelos estabelecimentos de saúde e pelos gestores municipais e estaduais.	Portaria MS/SAS 376, de 03 de outubro de 2000; Portaria /SAS n° 511/2000; Portaria n° 197/2007

Fonte: Site do CNES (<http://cnes.datasus.gov.br/>)

Dentre os documentos descritos no Quadro 11, cabe alguns destaques sobre *o Leia-me completo; a Tabela de Domínios; e o Manual Técnico do CNES*, respectivamente identificados como D1, D12 e D14.

O documento intitulado: “*Leia-me completo*”(D1), segundo descrição do CNES, é um “*Documento pelo qual a equipe responsável pelo desenvolvimento do sistema informa aos usuários as funcionalidades novas e os acertos promovidos na versão identificada no corpo do texto*”. Cabe ressaltar que a versão simplificada (D2) insere maiores especificações, em algumas versões, sobre detalhamentos do Sistema, o que é de muita valia para os operadores do Sistema. Mas, o mesmo não se aplica aos fins deste estudo, pois, traz um número inferior de versões e não acrescenta informações relevantes aos objetivos propostos.

O “*Leia-me completo*” (D1) constitui um documento denso e muito extenso (948páginas), o que demanda maior *expertise* e conhecimento do sistema para entendimento das informações ali contidas. Trata-se de um compêndio com 189 versões, disponibilizadas no período de 2005 a 2021, distribuídas conforme o critério de obrigatoriedade ou não, sem identificação quanto a esse critério e de correção. Dentre as versões disponibilizadas, 13 se relacionam às formas de contratação. Três versões incluem tabelas de formas de contratação relacionadas a portarias: a) Versão 3.1.00, relacionada à Portaria nº 121/2015; b) Versão 3.2.30, relacionada à Portaria nº 1.321/2016; c) Versão 3.2.80, relacionada à Portaria nº 1.130/2017.

Se considerarmos os 16 anos da segunda versão do CNES, na qual, em 2005, foi realizada uma reformulação completa do Sistema, pode-se verificar que, em média, houve 10 versões a cada ano. Fato que demanda uma constante atualização pelos operadores do Sistema. Ressalta-se que a gestão municipal é responsável pela alimentação e atualização das formas de contratação no CNES, com rotatividade decorrente de mudanças frequentes de gestores e de técnicos, ora pelo ciclo eleitoral, ora pela precarização dos vínculos institucionais.

Além disso, aponta-se para a complexidade e o volume das informações necessárias para o manuseio do Sistema, uma situação um tanto difícil para os municípios de pequeno e médio portes, que correspondem a cerca de 80% dos existentes nos estados de PE e BA, e a 60% do RJ, em sua maioria com insuficiente conhecimento e pouca experiência em sistemas de informação, o que torna imprescindível o suporte dos manuais instrutivos. (IBGE, 2010)

Não menos importante é o fato de que, nos últimos 50 anos, houve um incremento substancial do número de municípios, especialmente após a promulgação da CF/88, dos quais cerca de 74% correspondem àqueles com menos de 10.000 habitantes. Ademais, apresentam, geralmente, baixa capacidade de arrecadação tributária, menores transferências de ICMS e elevada dependência do Fundo de Participação Municipal (FPM), condições que contrastam

com os amplos investimentos necessários na força de trabalho do setor saúde. (FELICIANO, 2019)

A página oficial do CNES (Wiki CNES) aponta o crescimento do escopo do sistema, em seu percurso histórico, porém sem que tenha havido prévia discussão com as secretarias municipais e com as estaduais, o que leva a questionamentos quanto à capacidade operacional das secretarias de saúde em lidar com as mudanças efetuadas no Sistema. Por outro lado, são relatadas ações para qualificação e melhoria do CNES, dentre as quais se destacam: a) a revisão das terminologias utilizadas no cadastramento; b) melhoria no suporte aos municípios por meio do *service desk*⁴ do CNES (136 opção 8) aos quase 5.600 municípios; c) redução da quantidade de versões e lançamento de versões com novas críticas de rejeição no início da competência, dentre outras. (BRASIL, 2021b)

A Tabela de Domínios (D 12) consiste em uma planilha de Excel com cerca de 50 abas que correspondem às tabelas publicadas nas versões que o CNES apresenta. Foi possível identificar 3 abas que se relacionam com a organização das formas de contratação da Portaria nº 1.321/2016, a qual estabelece, em seu Art.3, uma terminologia hierarquicamente disposta em:

I - Forma de Contratação com o Estabelecimento ou sua Mantenedora: demonstra qual a relação entre o profissional e o estabelecimento de saúde ou sua mantenedora; II - Forma de Contratação com o Empregador: identifica o tipo de contrato realizado entre o profissional e seu contratante, seja ele o próprio estabelecimento de saúde, sua mantenedora ou um ente/entidade terceira; e III - Detalhamento da Forma de Contratação: fornece detalhes necessários para melhor compreensão do contrato com o empregador, quando aplicável. (BRASIL, 2016b)

A tabela de domínios apresenta os códigos das formas de contratação como são disponibilizados na base de dados para serem tabulados. Eles apresentam 06 dígitos, dos quais os dois primeiros correspondem ao código que identifica a forma de contratação do profissional com o estabelecimento, sendo assim identificados: 01 -*vínculo empregatício*; 02 -*autônomo*; 03 - *cooperativa*; 04 -*outros*; 05 - *residência*; 06 - *estágio*; 07 - *bolsa*; 08 -*intermediado*; 09 - *informal*; 10 -*servidor público cedido para a iniciativa privada*. Importante destacar que a codificação permite a comparabilidade das variáveis em série histórica. Impressiona o número de formas de contratação, habilitadas ou não, que se encontram na descrição do seu detalhamento: 58 ao todo. Daí, pode-se entender o que se chama complexidade e a necessidade do *Service desk*.

⁴ Service Desk – Serviço de atendimento aos municípios usuários do sistema para dirimir dúvidas.

O terceiro documento selecionado compreende o Manual Técnico do CNES (D14), segunda versão, editada em 2006, que busca apresentar o Sistema; sua relevância, sua fundamentação legal e os demais atos legais relacionados às mudanças nos diversos cadastramentos; seus objetivos; as instruções gerais de preenchimento dos formulários do CNES; e as tabelas relacionadas às configurações dos cadastros. Dentre os cinco manuais disponíveis no site, somente este apresenta uma tabela em que constam as formas iniciais de contratação do Sistema.

Um dos indicadores para a criação de manuais é a necessidade de treinamento, com vistas à redução da ineficiência e a melhoria da gestão de processos. Assim, “... *o objetivo da manualização é reunir informações e dispô-las de forma sistematizada, criteriosa e segmentada de forma a construir um instrumento facilitador de gestão de processos*”. (BRASIL, 2022b)

Nessa perspectiva, a adoção de manuais pelos gestores pode imprimir agilidade à organização, além de diversas outras vantagens, como: disponibilidade de um instrumento e fonte de informação constante; promover a uniformização e utilização de terminologias técnicas; constituir fonte de consulta permanente e atualizada. Porém, há limitações a considerar; dentre elas, chama a atenção a excessiva burocratização; o custo de sua elaboração e manutenção; o excesso de informação inserido nos manuais, pois os grandes manuais tendem a não atrair os usuários à sua leitura, etc. (BRASIL, 2022b)

O Manual Técnico do CNES (D14) apresenta uma linguagem clara e a opção de apresentação do sistema em prints das telas possibilita uma melhor compreensão do seu conteúdo. De uma forma geral, os cinco manuais promovem a uniformização das terminologias técnicas e constituem fonte permanente de consulta sobre o Sistema. Entretanto, a capacidade de apoio dos cinco manuais em relação às inclusões das novas formas de contratação durante a série histórica não corresponde ao montante de inserções novas. Pois, no período de 2008 a 2020 foram incluídos 44 novos códigos que identificam as formas de contratação para os que vão ser cadastrados.

Em relação à categoria **usabilidade**, conforme o Quadro 5, no que se refere à estética da interface com o usuário, o site atual apresenta uma interface mais moderna, intuitiva e de fácil compreensão, disponibilizando quatro itens de buscas: a) o Acesso Rápido (no qual pode-se acessar consulta dos profissionais e estabelecimentos), b) Downloads (no qual pode-se baixar base de dados e documentações), c) Informes e d) Legislação (na qual pode-se acessar as Portarias e documentos). Adicionalmente, tem-se dois campos de pesquisa rápida, por estabelecimento e por profissional. Ademais, a versão 4.0.00, de junho de 2017, no corpo do

texto aponta a substituição do site, informando o novo endereço a ser acessado. (BRASIL, 2021c) Questiona-se o fato de ainda não estarem prontas todas as funcionalidades do site.

É oportuno destacar que o site atual tem perfis nas redes sociais Twitter, Facebook e um canal do YouTube, conforme pode ser observado em tutorial disponível no YouTube, que trata sobre como acessar a área restrita do site do CNES. Um fato revela o esforço no sentido de qualificar o acesso de utilização do CNES (<https://www.youtube.com/watch?v=DbyDF1qAiJM>). Contudo, não obstante este esforço, nota-se a desatualização das redes e do canal do YouTube, a exemplo do referido tutorial datado de março/ 2018.

Ainda no tocante à categoria *usabilidade*, analisou-se a *apreensibilidade*, em que se evidencia que o Sistema disponibiliza orientações sobre os itens pesquisados em todas as abas, inclusive quanto ao acesso ao Tabnet, pelos profissionais de saúde, para realizar as tabulações necessárias. No site, há caminhos de buscas das documentações norteadoras do Sistema. Entretanto, a ferramenta de ajuda online (help online) somente pode ser encontrada na aba *contatos*, a qual direciona que tipo de gestor o usuário pode procurar e como identificar o contato do gestor. Essa informação, no entanto, não está no site atual e é apresentado um link para o site anterior, para a referida busca.

Não obstante a Portaria nº 1.321/2016 normatizar a nova Terminologia “Formas de contratação” em detrimento da Portaria nº 121/2015, que utilizava o termo “vínculo” (vínculo com o estabelecimento, vínculo com o empregador e o detalhamento do vínculo), e a própria Tabela de Domínio já utilizá-la, na consulta por profissional no CNES as informações são geradas com a terminologia mais antiga, o que evidencia uma incoerência do sistema ou a não atualização pela área responsável no Ministério da Saúde.

Outra categoria analisada a seguir diz respeito às *variáveis* relativas às formas de contratação, objetivando verificar se suas definições e codificações permitem comparabilidade. Nesse tocante, importante destaque ocorreu em 2015, com a mudança da *variável* esfera administrativa para natureza jurídica, em consonância com a Portaria SAS nº 1.319, de 24 de novembro de 2014, que afirma, em seu Art. 6º: “*Fica definido que a informação sobre Natureza Jurídica será a única fonte para identificar a constituição jurídico-institucional dos Estabelecimentos de Saúde cadastrados no CNES e [serão provenientes] [sic] exclusivamente do cadastro do CNPJ junto à RFB.*” Ademais, conclui, no Art. 7º: “*Ficam extintos os campos Esfera Administrativa, Natureza da Organização, Retenção de Tributos e Tipo de Prestador do CNES (grifo nosso).*” É oportuno relatar que essa mudança gera descontinuidade na Tabulação dos dados no TABWIN para a coleta dos bancos de dados subsequentes ao ano de 2015, o que

inclusive poderia comprometer as informações sobre as formas de contratação, objeto desta pesquisa. (BRASIL, 2014b)

Romero e Cunha (2007) apontam, em relação à clareza metodológica, que as variáveis “informação ignorada”, “raça do recém-nascido” e “ocupação materna” apresentaram diversos problemas no apoio dos manuais de procedimento e de preenchimento do Sinasc, quanto à definição dos códigos, à dubiedade de informante e à codificação e conceituação, respectivamente. Não por acaso, o estudo se propôs a ofertar subsídios para a melhoria das informações do sistema em tela, entre outros objetivos.

Quanto ao *tipo de linguagem*, de uma forma geral o conjunto dos documentos apresenta um teor mais técnico e pouco didático, a exemplo dos Cadernos de Layout, o que possivelmente é direcionado aos operadores do Sistema. Inclusive utilizando palavras de outro idioma, o que refuta os conceitos de linguagem de fácil compreensão, conforme preconizado por Lima et al. (2009). Os manuais constituem uma exceção. Soma-se, ainda, o fato de não se ter o aviso sobre a necessidade da linguagem FTP para baixar os arquivos. Por outro lado, aponta-se a inserção nas redes sociais e o novo site com funcionalidades mais intuitivas e mais didático como estratégia para suprir as falhas na apresentação do Sistema e torná-lo mais inteligível. O Quadro 12 apresenta uma síntese dos achados quanto à avaliação da clareza metodológica do CNES.

Quadro 12 – Síntese das categorias de análise quanto à clareza metodológica

Objetivo	Tipo de categoria	Descrição	Achados
Avaliar a dimensão da qualidade clareza metodológica do CNES	Considerações Gerais	Acesso ao sistema e o que esses documentos descrevem em relação às formas de contratação.	- Site em reestruturação e com algumas funcionalidades a serem implementadas. - Dificuldade de acesso às documentações (ambiente que nem todos os navegadores acessam). - Dos documentos analisados (D1, D12, D14): o primeiro é extenso, longo e com linguagem técnica; o segundo, resumo dos domínios do CNES em mais de 50 abas, sem orientações claras quanto à busca das informações; e o último é o manual do CNES, que apresenta linguagem clara, mas não atualizada, a versão é de 2006. O manual apresenta baixa capacidade de apoio em relação ao volume de inclusões das novas formas de contratação.
	Usabilidade*	Estética da interface com o usuário Apreensibilidade	- O site atual é mais intuitivo e mais didático. Possui perfis nas redes sociais, porém, desatualizados. - Disponibiliza orientações para realizar as tabulações necessárias quanto aos profissionais de saúde. A ferramenta de ajuda para se ter contato com os desenvolvedores do sistema somente é encontrada no site antigo.
	Variáveis	Verificar se as definições e codificações das variáveis relativas às formas de contratação permitem comparabilidade e são claras.	- Mudança nas regras de negócios em 2015, de esfera administrativa para natureza jurídica, o que gerou dificuldades de implementar tabulação nos anos subsequentes e, portanto, de comparabilidade na série histórica.
	Tipo de linguagem	Verificar se os manuais e/ou documentos são de fácil compreensão.	- Apenas os manuais possuem linguagem de fácil compreensão. Os demais documentos apresentam linguagem concernente ao ambiente técnico da informática, inclusive com palavras chaves em inglês.

Fonte: A autora.

Em resumo, quanto à avaliação da dimensão da clareza metodológica do CNES, evidenciou-se limites como: a maior parte da documentação utiliza linguagem pouco clara, com ênfase em termos técnicos do ambiente da informática; a mudança de algumas variáveis no Sistema quanto à identificação da natureza jurídica, sem que fique claro ao usuário-pesquisador, pode comprometer a comparabilidade em série histórica das formas de contratação; o número excessivo de atualizações do Sistema e, conseqüentemente, de versões disponibilizadas aos gestores dos entes federativos, requer maior manejo e conhecimento técnico dos operadores, entre outros. Esses fatores tanto podem influenciar na clareza metodológica do Sistema quanto comprometer seu manuseio e a produção de informações.

Não obstante, esses achados podem contribuir para o aprimoramento do Sistema e a promoção de maiores discussões e envolvimento das áreas técnicas com os gestores. Pois, informação de qualidade é aquela que se entende e se reproduz com clareza. Vários estudos sugerem a importância dessa dimensão. (MEDEIROS et al., 2014; ROMERO; CUNHA, 2007; MAIA et al., 2017)

Medeiros (2011) apontou diferenças quanto à clareza metodológica entre os Sistemas Finbra e Siops. Os manuais e documentos publicados pelo primeiro apresentam regularidade em suas publicações, entretanto, são pouco claros e didáticos, podendo levar a ambiguidades na compreensão das tabelas de domínios de valores e nas orientações quanto à composição dos indicadores. O autor esclarece, ainda, que um conhecimento contábil prévio poderia facilitar a compreensão da informação disponibilizada. Por outro lado, o SIOPS é mais bem avaliado nessa dimensão de qualidade.

Ruschi et al. (2017), ao avaliarem a clareza metodológica dos dados de Prontuários Eletrônicos do Paciente (PEP) de gestantes acompanhadas na Atenção Primária à Saúde de Vitória, Espírito Santo, constataram que a gestão municipal não disponibiliza manuais de preenchimento com domínios de valores das variáveis, o que prejudica o PEP quanto a essa dimensão de qualidade.

Lima, Schramm e Coeli (2010) analisaram os investimentos, em nível global, para obtenção de dados sobre a situação de saúde da população, que possibilitem uma melhor compreensão dos problemas. Alertam que informações de baixa qualidade podem comprometer o processo decisório, caso as avaliações desses dados sejam equivocadas, o que levaria à perda dos investimentos alocados.

No Brasil, o processo histórico da informação em saúde não foge à regra: tem como características a fragmentação, as múltiplas fontes, a baixa qualidade dos dados, as dificuldades dos gestores e do controle social ante o formato disponibilizado, a falta de padronização de linguagens e de banco de dados, entre outros. (MORAIS; COSTA, 2014)

Nessa perspectiva, ressalta-se o estudo de Moraes e Costa (2014), apresentando um modelo de avaliação para SIS, com a finalidade de investigar a efetividade dos Sistemas, considerando as necessidades dos gestores, dos profissionais de saúde, dos profissionais de TI e dos usuários do SUS. A ênfase é que esse modelo possa agregar subsídios para projetos que abordem avaliação e monitoramento da qualidade de Sistemas e dados em saúde.

Cabe destaque a importância, para este estudo, da clareza metodológica do CNES, pois, uma melhor compreensão dos dados apresenta como resultados avaliações mais robustas e

possibilidades de intervenções mais efetivas. Assim, os achados da pesquisa podem subsidiar, nos fóruns competentes, alterações no Sistema que visem sua melhor performance.

6.2 Sobre as mudanças nas formas de contratação de pessoal na Atenção Primária à Saúde

6.2.1 As mudanças nas formas de contratação

A análise do arsenal das portarias publicadas no período estudado permitiu não só aferir a clareza metodológica do Sistema, mas também a mudança das formas de contratação.

Os critérios de inclusão para analisar as portarias que fazem parte das versões do Sistema CNES, descritas no documento Leia-me Completo (D1), que apresentavam tabelas de formas de contratação e outras que poderiam auxiliar no processo de entendimento das pactuações para as inclusões de novas formas de contratação, conduziram a uma lista final de 11 portarias, descritas no Quadro 13.

Quadro 13 – Portarias do CNES segundo ano de publicação e a finalidade. Brasil, 2000 a 2020.

Nº	Nº da portaria	Ano de publicação	De que trata?	Tem relação com a inserção das formas de contratação?	Observações
P1	Portaria SAS/MS nº 511, de 29 de dezembro de 2000	2000	Art. 1º - Aprova a Ficha Cadastral dos Estabelecimentos de Saúde – FCES, o Manual de Preenchimento e a planilha de dados profissionais constantes no Anexo I, Anexo II, Anexo III, desta Portaria, bem como a criação do Banco de Dados Nacional de Estabelecimentos de Saúde	Não	Trata do cadastramento e recadastramento dos estabelecimentos de saúde
P2	Portaria SAS nº 197, de 14 de março de 2007	2007	Redefine a tabela de vínculo de profissionais apresentados no CNES	Sim	Apresenta 12 formas de contratação, descritas na tabela de vínculo de profissionais
P3	Portaria nº 134, de 4 de abril de 2011	2011	Trata da responsabilidade dos gestores dos estabelecimentos de saúde quanto à correta inserção, manutenção e atualização sistemática dos cadastros no SCNES dos profissionais de saúde	Não	Versa sobre a proibição do cadastramento no CNES de profissionais de saúde em mais de 2 (dois) cargos ou empregos públicos, conforme disposto no Art. 37, inciso XVI, alínea 'c', da Constituição Federal de 1998
P4	Portaria nº 118, de 18 de fevereiro de 2014	2014	Desativa automaticamente, no CNES, os Estabelecimentos de Saúde que estejam há mais de 6 (seis) meses sem atualização cadastral	Não	Importante para a melhoria da informação em saúde

(Continua)

(Continuação)

Nº	Nº da portaria	Ano de publicação	De que trata?	Tem relação com a inserção das formas de contratação?	Observações
P5	Portaria SAS nº 1.319, de 24/11/2014	2014	Estabelece regras no CNES para adequação às normas da Receita Federal do Brasil (RFB) de inscrição no Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica (CNPJ)	Sim	Art. 6º Fica definido que a informação sobre Natureza Jurídica será a única fonte para identificar a constituição jurídico-institucional dos Estabelecimentos de Saúde cadastrados no CNES, proveniente exclusivamente do cadastro do CNPJ junto à RFB. O termo Natureza Jurídica substitui a esfera administrativa.
P6	Portaria nº 121, de 11 de fevereiro de 2015	2015	Estabelece quais os vínculos de profissionais no CNES	Sim	Art. 1º Fica estabelecida a Terminologia de Vínculos de Profissionais ao CNES. Apresenta Tabela de Vínculos de profissionais.
P7	Portaria nº 1.646, de 2 de outubro de 2015	2015	Institui o CNES	Não	As normatizações sobre o CNES estão organizadas em 05 capítulos na Portaria.
P8	Portaria SAS nº 130, de 05/02/2016	2016	Altera o prazo estabelecido na Portaria nº 1.319/SAS/MS, de 24 de novembro de 2014, para adequação do cadastro dos estabelecimentos de saúde às normas da RFB de inscrição no CNPJ	Não	Art. 1º Fica alterado até a competência maio/2016, o prazo estabelecido no art. 9º da Portaria nº 1.319/SAS/MS, de 24 de novembro de 2014, publicada na página 40, seção 1, DOU nº 228, em 25 de novembro de 2014.

(continua)

(Conclusão)

Nº	Nº da portaria	Ano de publicação	De que trata?	Tem relação com a inserção das formas de contratação?	Observações
P9	Portaria nº 1.321, de 22 de julho de 2016	2016	Estabelece as formas de contratação dos profissionais, apresentadas no CNES.	Sim	Art. 1º Fica estabelecida a Terminologia de Formas de Contratação de Profissionais do CNES. Apresenta uma Tabela de Forma de Contratação.
P10	Portaria nº 1.130, de 11 de maio de 2017	2017	Altera o anexo da Portaria nº 1.321/GM/MS, de 22 de julho de 2016.	Sim	O anexo da Portaria nº 1.321/GM/MS, de 22 de julho de 2016, que estabelece as formas de contratação dos profissionais do CNES, passa a vigorar na forma do anexo a esta Portaria. Apresenta uma Tabela de Formas de Contratação.
P11	Portaria de Consolidação nº 1, de 28 de setembro de 2017	2017	Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do SUS.	Sim	O Capítulo IV trata do CNES e os Arts. 379 a 383 das formas de contratação dos profissionais. O ANEXO XXXIV apresenta uma Tabela de Forma de Contratação. Representa o consolidado de muitas portarias.

Fonte: A autora, baseada no Site do CNES (<http://cnes.datasus.gov.br/>).

Dentre as portarias analisadas, cinco apresentavam tabelas de formas de contratação (P2, P6, P9, P10, P11). Foi possível identificar, a partir de 2015, que todas as tabelas, exceto a P2, seguem uma organização hierárquica, e que a composição dos códigos acompanha essa lógica. Como exemplo, no Quadro 14, pode-se observar que o código 010101 corresponde ao servidor que:

- a) na Forma de Contratação com o Estabelecimento possui vínculo empregatício (01);
- b) na Forma de Contratação com o Empregador é estatutário efetivo (01);
- c) no Detalhamento da Forma de Contratação é um servidor próprio (01).

Além disso, as tabelas trazem a descrição dos conceitos, as referências legais e a equivalência na Relação Anual de Informações Sociais (Rais) das formas de contratação. Neste aspecto, destaca-se o esforço do órgão responsável em tornar a base legal instituída mais bem explicitada para os gestores e operadores do Sistema dos entes federativos.

Quadro 14 – Formas de contratação segundo a organização hierárquica dos códigos e conceitos. Brasil. 2022.

Forma de Contratação com o Estabelecimento	Forma de Contratação com o Empregador	Detalhamento da Forma de Contratação	Conceito
01 Vínculo Empregatício	01 Estatutário Efetivo	01 Servidor Próprio	Servidor da Administração Pública Direta ou Indireta, ocupante de cargo efetivo do próprio ente público, regido pelo Regime Jurídico Único (federal, estadual e municipal) e militar, vinculado a Regime Próprio de Previdência ou ao Regime Geral de Previdência Social.
		02 Servidor Cedido	Servidor da Administração Pública Direta ou Indireta, ocupante de cargo efetivo, cedido por outro ente público, regido pelo Regime Jurídico Único (federal, estadual e municipal) e Militar, vinculado a Regime Próprio de Previdência ou ao Regime Geral de Previdência Social.
	02 Empregado Público Celetista	02 Próprio	Empregado público do próprio ente/entidade pública da Administração Pública Direta ou Indireta, ocupante de emprego público, contratado pelo regime CLT por prazo indeterminado.
		03 Cedido	Empregado público, cedido por outro ente/entidade pública da Administração Direta ou Indireta, ocupante de emprego público, contratado pela CLT por prazo indeterminado.
	03 Contratado Por Tempo Determinado	01 Público	Trabalhador temporário, contratado pela Administração Pública Direta ou Indireta por tempo determinado, regido por lei específica (federal, estadual, distrital ou municipal) ou pela CLT.
		02 Privado	Trabalhador temporário, contratado por pessoa física ou jurídica por prazo determinado, regido pela CLT.
	04 Cargo Comissionado	03 Servidor Público Próprio	Servidor ou empregado público efetivo, próprio, do ente ou entidade pública da Administração Direta ou Indireta, ocupante de cargos de livre nomeação e exoneração.
		04 Servidor Público Cedido	Servidor ou empregado público efetivo da Administração Pública Direta ou Indireta, cedido por outro ente ou entidade pública, ocupante de cargos de livre nomeação e exoneração.
		05 Sem Vínculo com o Setor Público	Trabalhador não efetivo ocupante de cargos de livre nomeação e exoneração, sem vínculo com o setor público.
	05 Celetista	00 Não se Aplica	Trabalhador vinculado a empregador pessoa jurídica de natureza privada ou pessoa física, por contrato de trabalho regido pela CLT, por prazo indeterminado.

(Continua)

(Continuação)

Forma de Contratação com o Estabelecimento	Forma de Contratação com o Empregador	Detalhamento da Forma de Contratação	Conceito
02 Autônomo	09 Pessoa Jurídica	00 Não se aplica	Trabalhador pessoa jurídica, sem vínculo empregatício com seu contratante, proprietário/sócio de empresa privada.
	10 Pessoa Física	00 Não se aplica	Trabalhador pessoa física, sem vínculo empregatício, contratado para prestação de apoio técnico/serviços com objetivos específicos durante determinado prazo.
	11 Cooperado	00 Não se aplica	Trabalhador associado à cooperativa e que presta serviços na rede própria da cooperativa, sem vínculo empregatício.
05 Residência	01 Residente	01 Próprio	Profissional cursando residência médica ou multiprofissional, caracterizada por treinamento em serviço, com bolsa financiada pela instituição (pública ou privada) responsável pelo estabelecimento.
		02 Subsidiado por outro Ente/Entidade	Profissional cursando residência médica ou multiprofissional, caracterizada por treinamento em serviço, com bolsa subsidiada por outro ente/entidade.
06 Estágio	01 Estagiário	01 Próprio	Estudante de instituições de educação superior, educação profissional, ensino médio, da educação especial e dos anos finais do ensino fundamental, desenvolvendo atividades curriculares obrigatórias ou não obrigatórias, em ambiente de trabalho na modalidade profissional da educação de jovens e adultos. Pode ser remunerado, ou não, pela instituição (pública ou privada) responsável pelo estabelecimento. Regido pela Lei nº 11.788/2008.
		02 Subsidiado por outro Ente/Entidade	Estudante de instituições de educação superior, educação profissional, ensino médio, da educação especial e dos anos finais do ensino fundamental, desenvolvendo atividades curriculares obrigatórias ou não obrigatórias, em ambiente de trabalho na modalidade profissional da educação de jovens e adultos. Pode ser remunerado, ou não, por outro ente/entidade (pública ou privada). Regido pela Lei nº 11.788/2008 (Lei do estágio).
07 Bolsa	01 Bolsista	01 Próprio	Profissional ou estudante que desenvolve atividades de ensino, pesquisa e extensão/ensino-serviço financiada por instituição (pública ou privada) responsável pelo estabelecimento. Não regido pela Lei nº 11.788/2008 (Lei do estágio).
		02 Subsidiado por outro Ente/Entidade	Profissional ou estudante que desenvolve atividades de ensino, pesquisa e extensão/ensino-serviço financiada por outro ente/entidade (pública ou privada). Não regido pela Lei nº 11.788/2008 (Lei do estágio).

(Continua)

(Conclusão)

Forma de Contratação com o Estabelecimento	Forma de Contratação com o Empregador	Detalhamento da Forma de Contratação	Conceito	
08 Intermediado	01 Empregado Público Celetista	00 Não se aplica	Empregado público intermediado por ente/entidade pública, ocupante de emprego público, contratado pelo regime CLT por prazo indeterminado.	
	02 Contratado por Tempo Determinado	00 Não se aplica	Trabalhador temporário intermediado pela administração pública ou por pessoa física ou jurídica, por prazo determinado, regido por lei específica (ente público) ou pela CLT.	
	03 Cargo Comissionado	00 Não se aplica	Trabalhador sem vínculo ou servidor ou empregado público efetivo, ocupante de cargo de livre nomeação e exoneração intermediadas por órgãos ou entidade da Administração Pública Direta ou Indireta.	
	04 Celetista	00 Não se aplica	Trabalhador intermediado vinculado a empregador, pessoa jurídica de natureza privada ou pessoa física, por contrato de trabalho regido pela CLT, por prazo indeterminado.	
	05 Autônomo	01 Pessoa Jurídica		Trabalhador pessoa jurídica, sem vínculo empregatício com o contratante intermediador, proprietário/sócio de empresa privada.
		02 Pessoa Física		Trabalhador pessoa física, sem vínculo empregatício com o intermediador, contratado para prestação de apoio técnico/serviços com objetivos específicos durante determinado prazo.
	06 Cooperado	00 Não se aplica	Trabalhador associado à cooperativa intermediadora que presta serviços na rede de saúde.	
07 Servidor Público	01 Cedido		Servidor da Administração Pública Direta ou Indireta ocupante de cargo efetivo, cedido por outro ente público, regido pelo Regime Jurídico Único (federal, estadual e municipal) e Militar, vinculado a Regime Próprio de Previdência ou ao Regime Geral de Previdência Social.	
09 Informal	01 Contratado verbalmente	00 Não se aplica	Profissional sem contrato formal com o empregador, aguardando sua regularização (situação excepcional).	
	02 Voluntariado	00 Não se aplica	Profissional sem contrato formal com o empregador que atue de forma gratuita.	
10 Servidor Público Cedido Para Iniciativa Privada	01 Servidor cedido	00 Não se aplica	Servidor da Administração Pública Direta ou Indireta ocupante de cargo efetivo, cedido por ente público, regido pelo Regime Jurídico Único (federal, estadual e municipal) e militar, vinculado a Regime Próprio de Previdência ou ao Regime Geral de Previdência Social.	
	02 Empregado público Celetista	00 Não se aplica	Empregado público, cedido por ente/entidade pública da Administração Direta ou Indireta, ocupante de emprego público, contratado pela CLT por prazo indeterminado.	
	03 Cargo Comissionado	00 Não se aplica	Trabalhador sem vínculo ou servidor ou empregado público efetivo, ocupante de cargo de livre nomeação e exoneração intermediadas por órgãos ou entidade da Administração Pública Direta ou Indireta.	

Fonte: A autora, adaptado da Portaria nº 1.130/2017.

Para apresentar as mudanças das formas de contratação, optou-se por realizar a descrição dos códigos inseridos nas tabelas de formas de contratação das portarias selecionadas no período de 2007 a 2020 (Quadro 12). Considerou-se, então, as formas de contratação com o estabelecimento (códigos de 01 a 10) e sua relação com o detalhamento das formas de contratação. Entretanto, foi necessário adaptar os dados oriundos da Portaria SAS nº 197/2007 (P2), pois, a organização hierárquica somente apresentou-se a posteriori. Ressalta-se a relevância dessa portaria, pois compreende ao período inicial do estudo.

Conforme se pode observar no Quadro 15, há uma variação percentual no número de códigos relativos às formas de contratação, de 190,9%, passando de 11 a 32, entre os anos de publicação das Portarias P2 e P10 (2007 e 2017), demonstrando a diversificação nas formas como os trabalhadores de saúde têm sido contratados.

Ressalta-se que, dentre os vínculos empregatícios há os Contratos por Tempo Determinado (CTD), os cargos comissionados e os celetistas, que não têm estabilidade. Destaca-se, ainda, o crescimento nas formas que não constituem vínculo empregatício, como o autônomo (de 1 para 3); o conjunto de bolsa, residência e estágio (de 0 para 2; 0 para 2; e 0 para 2, respectivamente). Adicionalmente, observa-se o incremento da forma intermediada (de 0 para 8) e da cessão de servidores públicos para a iniciativa privada (de 0 para 3), em consonância com a Portaria nº 1.130/2017. (Quadro 15)

Quadro 15 – Número de códigos de formas de contratação das portarias segundo a sua relação com o estabelecimento e seu detalhamento. Brasil. 2007 a 2020.

Forma de contratação com o estabelecimento*		Detalhamento da Forma de contratação				
		Portaria SAS nº 197, de 14/03/2007	Portaria nº 121, de 11 de fevereiro de 2015.	Portaria nº 1.321, de 22 de julho de 2016.	Portaria nº 1.130, de 11 de maio de 2017	Portaria de Consolidação nº 1, de 28 de setembro de 2017.
01	Vínculo empregatício **	7	10	10	10	10
02	Autônomo	1	3	3	3	3
03	Cooperativa	1	0	0	0	0
04	Outros	2	0	0	0	0
05	Residência	0	2	2	2	2
06	Estágio	0	2	2	2	2
07	Bolsa	0	2	2	2	2
08	Intermediado	0	7	7	8	8
09	Informal	0	1	2	2	2
10	Servidor público cedido para iniciativa privada	0	0	0	3	3
TOTAL		11	27	28	32	32

Fonte: A autora baseada no Site do CNES (<http://cnes.datasus.gov.br/>).

Nota: * Códigos descritos na aba forma de contratação com o estabelecimento na Tabela Domínios (D 12).

** Vínculo empregatício – estatutário efetivo, empregado público celetista, Contrato Temporário por prazo determinado (CTD), Cargo Comissionado e Celetista.

Destacam-se, ainda, a Portaria nº 134, de 4 de abril de 2011, a Portaria nº 118/2014 e a Portaria nº 1.319/2014. A primeira proíbe o cadastramento no CNES de profissionais de saúde em mais de 2 (dois) cargos ou empregos públicos, o que demanda dos gestores maior responsabilidade no processo de inserção e atualização dos cadastros no sistema. A segunda portaria trata da desativação automática no CNES dos estabelecimentos de saúde que estejam há mais de 6 (seis) meses sem atualização cadastral; já a portaria 1.319/2014 traz a mudança das regras de negócio no CNES para adequação às normas da Receita Federal do Brasil (RFB) de inscrição no Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica. (CNPJ)(QUADRO 13)

Rocha et al. (2018) pontuaram que a publicação da Portaria nº 134/2011 tinha como propósito a redução das deficiências relatadas sobre o CNES, em especial as irregularidades relativas à pluralidade de vínculos públicos dos profissionais. E que a Portaria nº 118/2014 buscava a garantia de dados mais fidedignos com a realidade. Ademais, propuseram um estudo sobre a confiabilidade de dados do CNES.

Com o intuito de verificar o comportamento do número de tipos de formas de contratação dos profissionais na APS, foi realizada uma análise na base de dados do CNES, a partir dos códigos de formas de contratação com o estabelecimento, descritos no Anexo XXXIV da Tabela de Domínios da Portaria de Consolidação nº 1/ 2017. A necessidade de olhar por outro prisma a mudança nas formas de contratação permeou essa etapa, que tinha a finalidade de dar maior robustez aos achados.

Para os anos de 2008 a 2015, fez-se o *download* da base dos dados dos três estados selecionados para a pesquisa. No processo de tabulação na plataforma do Tabwin foram utilizadas variáveis para obter os resultados das formas de contratação na APS. Entretanto, ao ser utilizado o mesmo menu de variáveis para os anos de 2016 a 2020, não foi possível tabular os dados. Após inúmeras tentativas e uma consulta ao canal de atendimento do CNES, foi informado que a mudança do termo “esfera administrativa – município” para “natureza jurídica – município” era a causa da referida inconsistência, em cumprimento à Portaria nº 1.319/2014. Assim, depois de efetuadas as alterações necessárias, obteve-se a tabulação dos dados para os anos de 2016 a 2020. A ausência de uma nota explicativa no site que trata dessa temática pode vir a comprometer os estudos sobre séries históricas, tão necessários para o aprimoramento da qualidade dos dados do Sistema. Os achados referentes a estes comentários podem ser verificados no Quadro 16.

Quadro 16 – Número de códigos de formas de contratação da base de dados do CNES segundo sua relação com o estabelecimento, seu detalhamento e ano. PE, BA e RJ. 2008 a 2020.

Código da Forma de Contratação com o Estabelecimento	Descrição	Ano												
		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
00	A confirmar	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1
01	Vínculo empregatício *	9	11	11	11	11	11	11	21	22	22	22	22	22
02	Autônomo	1	8	7	7	8	8	8	10	12	12	12	12	12
03	Cooperativa	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
04	Outros	3	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3
05	Residência		1	1	1	1	1	1	3	3	3	3	3	3
06	Estágio				1	1	1	1	3	3	3	3	3	3
07	Bolsa								2	2	2	2	2	2
08	Intermediado								7	7	7	7	7	7
09	Informal*								1	2	2	2	2	2
10	Servidor público cedido para iniciativa privada									3	3	3	3	3
Total		15	24	23	24	25	25	26	51	59	59	59	59	59

Fonte: A autora baseada no Site do CNES (<http://cnes.datasus.gov.br/>).

Nota: * Vínculo empregatício – estatutário efetivo, empregado público celetista, Contrato Temporário por prazo determinado (CTD), Cargo Comissionado e Celetista.

Num panorama geral, a multiplicidade e o crescimento numérico dos códigos revelam a complexidade do Sistema, tanto para a inserção, manutenção e atualização dos cadastros dos profissionais de saúde como para discussões entre gestores, técnicos e usuários dos entes federativos, em especial, os que integram a APS. Além de impossibilitar o acompanhamento do controle social das mudanças ocorridas quanto às modalidades de gestão. O que pode ser corroborado pelo aumento de 391,6% no número de formas de contratação de profissionais da APS na esfera administrativa municipal/natureza jurídica municipal e tipo de gestão municipal que, ao longo da série histórica, teve um incremento de 15 para 59 formas de contratação. (Quadro 16)

Os dados apresentados nos Quadros 15 e 16 confluem, evidenciando o crescimento na diversificação das formas de contratação dos profissionais na APS dos municípios.

Comparando as formas de contratação que constituem vínculos empregatícios com as que não constituem, mediante análise das portarias e da base de dados, verificou-se redução de cerca de 30% das formas de contratação que constituem vínculos empregatícios. Do lado oposto, houve crescimento das que não têm este vínculo, ou seja, uma caminhada de precarização da força de trabalho em saúde, na APS (Tabela 3). Um fato que contrasta com a necessidade da APS em dispor de formas de contratação mais protegidas.

Tabela 3 – Número e percentual de códigos de formas de contratação com o estabelecimento segundo a existência de vínculo empregatício por portarias, base de dados e ano. PE, BA e RJ. 2007 a 2020.

Tipos	Portaria 197/2007*		Portaria 1130/2017*		Base 2008*		Base 2020*	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Vínculos empregatícios**	7	63,6	10	31,3	9	60,0	21	35,6
Sem vínculos empregatícios	4	36,4	22	68,8	6	40,0	38	64,4
Total	11	100,0	32	100,0	15	100,0	59	100,0

Fonte: Site do CNES (<http://cnes.datasus.gov.br/>).

Nota: * Números dos códigos descritos na aba forma de contratação com o estabelecimento na Tabela Domínios (D.12).

** Vínculo empregatício – estatutário efetivo, empregado público celetista, Contrato Temporário por prazo determinado (CTD), Cargo Comissionado e Celetista.

Nesse sentido, é necessário pautar que a ESF, o modelo brasileiro de APS, possui cerca de 41 mil equipes multiprofissionais e abrange 130 milhões de usuários, constituindo-se como parte estruturante de nosso sistema universal de saúde, o SUS. A expansão e a manutenção da cobertura da ESF nas últimas décadas promoveram o incremento das ações e serviços de saúde, oportunizando enormes efeitos positivos sobre a saúde da população. (GIOVANELLA et al.,

2019; FACCHINI; TOMASI; DILÉLIO, 2018) Vários estudos corroboram este fato. (PINTO; GIOVANELLA, 2018; PINTO JUNIOR et al., 2018; MIRANDA et al., 2017)

Macinko e Mendonça (2018) revisaram e sintetizaram evidências sobre o impacto do modelo de APS a partir dos conceitos de acesso, proteção financeira, qualidade dos serviços, eficiência no Sistema, impacto na saúde e equidade. Como conclusão, apontam que a ESF pode contribuir para a melhoria em todos esses indicadores, constituindo uma abordagem eficaz para a organização da APS no país.

Ademais, em estudo que visa descrever a implementação da AB no Nordeste brasileiro e sua correlação com os indicadores sociais, no período de 1998 a 2016, Carvalho et al. (2018) constataram uma tendência temporal de crescimento na implantação da APS no Nordeste brasileiro, especialmente para ACS e eSF, bem como a existência de forte correlação entre os indicadores sociais e de saúde com a implantação da AB. Contudo, ressaltam que, apesar desse crescimento, o êxito de suas ações não acompanhou o processo de expansão em tela, apontando a existência de desafios a serem enfrentados para a plena consolidação deste modelo.

Não obstante, as restrições ao SUS e às políticas sociais, feitas pela Emenda Constitucional 95, ameaçam essa realidade. Uma maior demanda de serviços públicos é esperada num contexto de recessão econômica, de redução de direitos trabalhistas, de desemprego e de perda de poder aquisitivo de maior parcela da população. Assim, como desfecho possível pode-se elencar a precarização dos serviços de saúde e, em decorrência, o incremento de problemas de saúde e o ressurgimento de doenças anteriormente controladas. Ademais, a gestão privada dos serviços públicos, realizada pelas organizações sociais de saúde, entre outras de naturezas similares, fragmenta a oferta e compromete a qualificação da infraestrutura das UBSs, etc. Ressalta-se, ainda, a importância que assume a força de trabalho em saúde com dedicação integral à ESF. (FACCHINI; TOMASI; DILÉLIO, 2018)

Pitombeira e Oliveira (2020) pontuam que a APS se encontra em risco de sofrer retrocessos ao se considerar a imposição, desde de 2016, de um quadro político que conflui para a adoção de políticas de austeridade e da publicação da EC 95/2016. E, como exemplos, apresentam os desdobramentos da PNAB 2017 e a mudança na condução do PMM, em 2018. Os autores apontam que a alocação de médicos em regiões longínquas do país e com alta vulnerabilidade social constituiu um importante diferencial para o acesso à saúde da população mais pobre. O cancelamento da parceria com o governo cubano na participação do PMM já pode ser percebido nas dificuldades registradas do acesso à assistência à saúde das populações mais carentes.

Maria Inês de Souza Bravo, uma das representantes da Frente Nacional contra a Privatização da Saúde pelo Fórum de Saúde do Rio de Janeiro, ressaltou, em entrevista, que as OSs e as Oscips, criadas pelo governo neoliberal de FHC, assim como as FEDPs, surgidas no governo Lula e a EBSEH, no de Dilma, constituem modalidades de gestão que aprofundam a precarização do trabalho, o descaso com o controle social e revelam o disfarce que a privatização assume ao ameaçar o direito à saúde. (DIAS, 2016)

Nessa perspectiva, Giovanella et al. (2019), ao analisarem a Medida Provisória nº 890/2019 (MP890) que instituiu o Programa Médicos pelo Brasil e a Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária (Adaps), relatam que a referida Agência adere às novas modalidades de gestão, que se baseiam nas orientações da *new public management*, ou seja, que têm como ponto de convergência a transferência da provisão de serviços sociais ao setor privado. A adoção desses modelos no setor público se justificaria para obter maior flexibilidade, autonomia e agilidade na gestão, com o incremento das parcerias entre Estado, mercado e sociedade civil.

Assim, a MP 890/2019 contém os elementos de flexibilização da força de trabalho ao ter, como proposta, a contratação inicial dos médicos por bolsas e, somente depois do período de dois anos, adotar a CLT. Nesse estudo, amparando-se em Giovanella et al. (2019), assume-se que a forma de contratação por bolsa se caracteriza como desprotegida.

Ao considerar a importância do vínculo na APS, um de seus atributos, entende-se que a flexibilização da força de trabalho pode ser uma das causas da baixa capacidade de fixação do profissional, o que pode gerar alta rotatividade e, conseqüentemente, problemas na criação de vínculos com os usuários e a incapacidade de se perceber o cuidado de forma longitudinal, tão caro aos preceitos basilares da APS. (CARNUT, 2017)

Dentre as formas de contratação que não constituem vínculo empregatício, chama a atenção o incremento das formas *autônomo* e *intermediado* (intermediado por OS, intermediado por OSCIP, intermediado por ONG, intermediado por entidade filantrópica e/ou sem fins lucrativos, intermediado por empresa privada e intermediado por cooperativa) e a inserção da forma *servidor público cedido para iniciativa privada*. (Quadros 13 e 14)

Santos et al. (2021) utilizaram a busca, no CNES, dos profissionais de saúde contratados como intermediados e autônomos, com a finalidade de revelar a entrada de modelos alternativos de gestão nos municípios de Pernambuco, em comparação com as formas de contratação com vínculo empregatício, no período de 2011 a 2015. Como resultado, constataram que 35% dos municípios apresentavam pelo menos uma forma de contratação

intermediada, ou seja, que não constitui uma forma de contratação tradicional do serviço público, nesse Estado.

Silva, Carvalho e Santini (2020) analisaram as formas de contratação “autônomo tipo pessoa jurídica” e “estatutário, emprego público e celetista”, disponíveis no CNES no período de 2015 a 2020, para verificar a existência da prática da pejetização, e compará-la com as formas de contratação que configurem vínculo empregatício, para evidenciar a fragilidade dessa relação e o quanto se agravou no período de pandemia na Macrorregião norte do Paraná. Como resultado, verificaram um expressivo aumento da pejetização no período analisado, indicando a precarização da força de trabalho nas quatro dimensões estabelecidas pela OIT: temporal, organizacional, econômica e social.

Entende-se por pejetização a relação na qual o empregador condiciona o contrato ou a continuidade deste à constituição de uma pessoa jurídica (PJ) por parte do empregado, ou seja, a constituição de uma empresa individual, com a finalidade de descaracterização da relação trabalhista e evitar suas consequências. Assim, o vínculo jurídico entre as partes será regido pelo direito civil. (TEIXEIRA, 2016)

Observa-se, ainda, que o período a partir de 2015 foi o que mais contribuiu para a flexibilização das relações trabalhistas. Além do mais, a assertiva de que o privado invade a esfera pública pode ser constatada pela Portaria nº 1.130/2017, a qual insere uma nova Tabela de Forma de Contratação, com o item “*servidor público cedido para a iniciativa privada*”.

Viana (2015), em estudo que abordou a análise, no CNES, pelos segmentos institucionais de gestão em saúde no Brasil, no período de 2005 a 2013, verificou um crescimento, na esfera privada, de cerca de 180% *versus* um crescimento de 42,3%, na esfera pública. No quadro evolutivo desse período cabe destaque à estatal indireta de direito privado, empresas, 301%; à não estatal de direito privado, ou seja, as OSs, 240%, e ao privado com fins lucrativos, 188,4%. O autor também observou a concentração de serviços públicos estatais nas regiões Norte e Nordeste, enquanto a oferta privada se concentra em maior parte no Sul, Sudeste e Centro-Oeste. Entretanto, as OSs são mais numerosas em todas as regiões do Brasil.

Quanto aos recursos humanos, os vínculos públicos estatais são mais fortes que os vínculos não estatais. Nestes últimos, os vínculos temporários representam 50% e os autônomos, 30%. Ao considerar o tipo lucrativo e o privado misto, o cenário não é diferente, com a predominância de vínculos frágeis e prestação de serviços terceirizados. (VIANA, 2015)

Druck, Dutra e Silva (2019) analisaram o período posterior a 2015, revelando maior crescimento de modalidades de formas de contratação que não constituem vínculo empregatício. Além disso, apontam como destaque, no período em tela, a aprovação da reforma

trabalhista, após a ruptura institucional de 2016, por meio das Leis nº 13.429/2017 e 13.467/2017, as quais tratam da terceirização irrestrita e do conjunto mais abrangente de alterações legislativas, respectivamente. Afirmam, ainda, que essa reforma somente foi possível, porque o cenário internacional e nacional era favorável à ofensiva de desmonte dos direitos sociais e trabalhistas.

Nessa perspectiva, destaca-se que, após 2008, diante da crise econômica, na Europa, foi observada uma nova onda de medidas restritivas sob a égide da austeridade fiscal, que constitui uma das manifestações do neoliberalismo, podendo limitar os avanços obtidos com as políticas de caráter universal e retardar a retomada do crescimento das economias dos países, comprometendo o presente e o futuro dessas nações. Isto é o que se aponta, tanto no Brasil como no mundo, quanto à visão sobre o papel do Estado: o confronto entre o welfarianismo (a construção do Estado de bem-estar social) e o neoliberalismo. (CEBES, 2018)

A situação brasileira é apresentada por Belluzzo e Bastos (2015), explicando que o cenário internacional, que oportunizou o crescimento econômico a partir de 2004, foi mudado abruptamente em 2008, mudanças estas que se intensificaram em 2011. Assim, a economia passou por uma desaceleração e, em 2014, o Governo reeleito (Dilma Rousseff) optou pela cartilha da austeridade em uma economia à beira de recessão, cortando gastos, para arcar com os custos da dívida pública, o que agravou o quadro, ao invés de resolvê-lo.

Entende-se por austeridade fiscal nas políticas governamentais as “...*escolhas que exigem grandes sacrifícios da população, seja porque aumentam a carga tributária, seja pela implementação de medidas que restringem a oferta de benefícios, bens e serviços públicos em razão de cortes de despesas e/ou da realização de reformas estruturais, afetando de forma significativa os estratos mais vulneráveis da população*”. (CEBES, 2018, p. 32)

A defesa da austeridade, em tempos mais recentes, sustenta-se pelo argumento de que, em tempos de crises econômicas, a melhor proposta é a implantação de medidas fiscais restritivas (ou seja, corte de gastos) e que estas podem ter um efeito expansionista de crescimento econômico. Além do mais, há dois mitos que a acompanham: o da fada de confiança e a metáfora do orçamento doméstico. (DWECK; OLIVEIRA; ROSSI, 2018)

No primeiro, haveria o pressuposto teórico de que o aumento da confiança dos agentes privados levaria ao sucesso das medidas austeras. Assim, o Governo se tornaria refém de vigilantes da dívida, os quais puniriam o mau comportamento ou seriam premiados pelo bom comportamento por uma fada de confiança. Argumento refutado pelo exemplo de países europeus. O segundo se refere ao equívoco de comparar o orçamento público ao doméstico. A diferença se constrói a partir dos argumentos do que o Governo pode fazer e as famílias, não:

a) o Governo tem a capacidade de definir seu orçamento; b) quando ele gasta, parte dessa renda retorna, sob a forma de impostos; c) o Governo pode emitir títulos da dívida em sua própria moeda e define as taxas de juros da dívida que irá pagar. (DWECK; OLIVEIRA; ROSSI, 2018)

A seguir, um resumo dos principais achados em relação às mudanças das formas de contratação de pessoal na APS. (Quadro 17)

Quadro 17 - Síntese dos principais resultados das mudanças das formas de contratação de pessoal na APS segundo objetivo, categorias e detalhamento. PE, BA, RJ. 2008 a 2020.

Objetivo	Categorias	Detalhamento dos resultados
Descrever as mudanças nas formas de contratação de pessoal na Atenção Primária à Saúde dos estados selecionados segundo CNES	Análise das Portarias	<ul style="list-style-type: none"> - Das 11 portarias selecionadas, apenas 5 apresentavam tabelas de formas de contratação. - Os códigos relativos ao detalhamento das formas de contratação passaram de 11 para 32, entre os anos de publicação das Portarias P2 e P10 (2007 e 2017). - Destaca-se o crescimento nas formas que não constituem vínculo empregatício. - Portaria nº 134/2011: proíbe o cadastramento no CNES de profissionais de saúde em mais de 2 (dois) cargos ou empregos públicos. - Portaria nº 118/2014; desativação automática no CNES dos Estabelecimentos de Saúde que estejam há mais de 6 (seis) meses sem atualização cadastral. - Portaria nº 1.319/2014: mudança das regras de negócio no CNES para adequação às normas da Receita Federal do Brasil (RFB) de inscrição no Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica (CNPJ).
	Base de dados do CNES	<ul style="list-style-type: none"> - Incremento de 15 para 59 formas de contratação, ao final da série. - A multiplicidade e o crescimento numérico dos códigos revelam a complexidade do sistema, tanto para a inserção, manutenção e atualização dos cadastros dos profissionais de saúde como para a realização de discussões entre gestores, técnicos e usuários dos entes federativos, em especial, os que integram a APS. - Chama a atenção o aumento das formas “autônomo”, “intermediado” e “Servidor público cedido para iniciativa privada”. - Verificou-se a redução de cerca de 30% do percentual de formas de contratação que constituem vínculos empregatícios e, do lado oposto, o crescimento das que não são, ou seja, revela uma caminhada de precarização da força de trabalho em saúde na APS.

Fonte: A autora.

A despeito dos resultados apresentados da diversificação e das mudanças nas formas de contratação, emerge maior interesse em identificar a situação encontrada nos municípios dos três Estados que compreendem o escopo do estudo, os quais foram selecionados pelo fato de representarem distintos modelos de gestão na APS: em Pernambuco, a Administração Direta;

na Bahia, as Fundações Estatais; no Rio de Janeiro, a intermediação por Organizações Sociais em Saúde (OSs).

Nessa perspectiva, propôs-se um maior refinamento dos dados para melhor compreensão do cenário nos três estados escolhidos, mediante uma nova classificação e tipificação das formas de contratação, conforme estão descritas adiante.

6.3 Criação de uma tipologia das formas de contratação identificadas na Atenção Primária à Saúde nos estados selecionados, segundo o CNES.

6.3.1 Proposta de uma nova tipologia

As dez formas de contratação com o estabelecimento disponibilizadas na Tabela Domínios (documento instrutivo disponível no CNES), conforme a Portaria nº 1.130/2017, para a realização das análises comparativas dos estados selecionados, necessitaram ser adequadas à proposta de uma nova categorização que expusesse a relação trabalhista estabelecida entre os profissionais da APS e a esfera da gestão municipal. Ou seja, as formas de contratação que passaram de vínculos empregatícios para as que não são, no período de 2008 a 2020. (Tabela 3)

Esta classificação, apresentada no Quadro 18, considera a existência de garantia de direitos trabalhistas e de estabilidade, resultando em três tipos de formas de contratação: Protegida com Estabilidade (PCE), Protegida Sem Estabilidade (PSE) e Desprotegida (DES). Assim, a classificação proposta considera que há distinção entre vínculos protegidos, nos quais o quesito estabilidade poderá revelar a introdução das formas de contratação dos modelos de gestão que se pautam por maior flexibilização das relações de trabalho, em especial, no Estado do Rio de Janeiro. Assim como a escolha, pelos outros estados, dos tipos de vínculos com estabilidade e do movimento dos gestores dos entes federativos em relação à adoção de formas que não apresentam proteção social, segundo o conceito adotado na tese.

Assim, o Quadro 18 apresenta o resultado da análise dos 59 códigos de formas de contratação com o estabelecimento, segundo o detalhamento das formas de contratação e base de dados, inseridos no CNES, considerando o período e os estados estudados.

Entretanto, percebe-se que pode haver diferentes classificações para análise das formas de contratação no CNES, a depender do percurso metodológico utilizado e os objetivos a serem alcançados. A exemplo de Santos et al. (2021), que tinham como objetivo conhecer a entrada de modelos alternativos de gestão em Pernambuco e utilizaram as formas de contratação

explicitadas na Portaria nº 121/2015, agrupando-as em dois grupos de variáveis: a) não estatais/autônomos (pessoa jurídica, pessoa física ou cooperados) e intermediados (por Organização Social, por entidade filantrópica, por empresa privada); b) vínculos tradicionais (estatutários, comissionados, contratos temporários e celetistas).

Quadro 18– Categorização dos códigos de formas de contratação com o estabelecimento segundo o detalhamento das formas de contratação e base de dados. PE, BA e RJ. 2008 a 2020.

CÓDIGOS CNES	Garantia de direitos trabalhistas	Estabilidade	CLASSIFICAÇÃO
010000 01 - Vinculo Empregaticio - 00 - Sem Tipo - 00 - Sem	x		Protegido sem estabilidade
010100 01 - Vinculo Empregaticio - 01 - Estatutario - 00 - S	x	x	Protegido com estabilidade
010101 01 - Vinculo Empregaticio - 01 - Estatutario - 01 - S	x	x	Protegido com estabilidade
010102 01 - Vinculo Empregaticio - 01 - Estatutario - 02 - S	x	x	Protegido com estabilidade
100100 -Servidor Publico Cedido Para Iniciativa Privada-Servidor Cedido-Nao Se Aplica	x	x	Protegido com estabilidade
010200 01 - Vinculo Empregaticio - 02 - Emprego Publico - 00	x	x	Protegido com estabilidade
010201 01 - Vinculo Empregaticio - 02 - Emprego Publico - 01	x	x	Protegido com estabilidade
010202 01 - Vinculo Empregaticio - 02 - Emprego Publico - 02	x	x	Protegido com estabilidade
010203 01 - Vinculo Empregaticio - 02 - Emprego Publico - 03	x	x	Protegido com estabilidade
080100 08 - Intermediado - 01 - Empregado Publico Celetista	x	x	Protegido com estabilidade
100200 - Servidor Publico Cedido Para Iniciativa Privada-Empregado Publico Celetista-Nao Se Aplica	x	x	Protegido com estabilidade
010300 01 - Vinculo Empregaticio - 03 - Contrato Por Prazo D	x		Protegido sem estabilidade
010301 01 - Vinculo Empregaticio - 03 - Contrato Por Prazo D	x		Protegido sem estabilidade
010302 01 - Vinculo Empregaticio - 03 - Contrato Por Prazo D	x		Protegido sem estabilidade
080200 08 - Intermediado - 02 - Contratado Temporario Ou Por	x		Protegido sem estabilidade
010400 01 - Vinculo Empregaticio - 04 - Cargo Comissionado -	x		Protegido sem estabilidade
010401 01 - Vinculo Empregaticio - 04 - Cargo Comissionado -	x		Protegido sem estabilidade
010402 01 - Vinculo Empregaticio - 04 - Cargo Comissionado -	x		Protegido sem estabilidade
010403 01 - Vinculo Empregaticio - 04 - Cargo Comissionado -	x		Protegido sem estabilidade

(Continua)

(Continuação)

CÓDIGOS CNES	Garantia de direitos trabalhistas	Estabilidade	CLASSIFICAÇÃO
010404 01 - Vinculo Empregaticio - 04 - Cargo Comissionado -	x		Protegido sem estabilidade
010405 01 - Vinculo Empregaticio - 04 - Cargo Comissionado -	x		Protegido sem estabilidade
080300 08 - Intermediado - 03 - Cargo Comissionado - 00 - Na	x		Protegido sem estabilidade
100300 -Servidor Publico Cedido Para Iniciativa Privada-Cargo Comissionado-Nao Se Aplica	x		Protegido sem estabilidade
010500 01 - Vinculo Empregaticio - 05 - Celetista - 00 - Nao	x		Protegido sem estabilidade
010501 01 - Vinculo Empregaticio - 05 - Celetista - 01 - Con	x		Protegido sem estabilidade
010502 01 - Vinculo Empregaticio - 05 - Celetista - 02 - Con	x		Protegido sem estabilidade
010503 01 - Vinculo Empregaticio - 05 - Celetista - 03 - Con	x		Protegido sem estabilidade
010504 01 - Vinculo Empregaticio - 05 - Celetista - 04 - Con	x		Protegido sem estabilidade
080400 08 - Intermediado - 04 - Celetista - 00 - Nao Se Apli	x		Protegido sem estabilidade
000000 A Confirmar			Desprotegido
020000 02 - Autonomo - 00 - Sem Tipo - 00 - Sem Subtipo			Desprotegido
020100 02 - Autonomo - 01 - Intermediado Por Organizacao Soc			Desprotegido
020200 02 - Autonomo - 02 - Intermediado Org Da Sociedade Ci			Desprotegido
020300 02 - Autonomo - 03 - Intermediado Por Organizacao Nao			Desprotegido
020400 02 - Autonomo - 04 - Intermediado P Entidade Filantro			Desprotegido
020500 02 - Autonomo - 05 - Intermediado Por Empresa Privada			Desprotegido
020600 02 - Autonomo - 06 - Consultoria - 00 - Sem Subtipo			Desprotegido
020700 02 - Autonomo - 07 - Sem Intermediacao(Rpa) - 00 - Se			Desprotegido
020800 02 - Autonomo - 08 - Intermediado Por Cooperativa - 0			Desprotegido

(Continua)

(Conclusão)

CÓDIGOS CNES	Garantia de direitos trabalhistas	Estabilidade	CLASSIFICAÇÃO
020900 02 - Autonomo - 09 - Pessoa Juridica - 00 - Nao Se Ap			Desprotegido
021000 02 - Autonomo - 10 - Pessoa Fisica - 00 - Nao Se Apli			Desprotegido
030000 03 - Cooperativa - 00 - Sem Tipo - 00 - Sem Subtipo			Desprotegido
040100 04 - Outros - 01 - Bolsa - 00 - Sem Subtipo			Desprotegido
040200 04 - Outros - 02 - Contrato Verbal/Informal - 00 - Se			Desprotegido
040300 04 - Outros - 03 - Proprietario - 00 - Sem Subtipo			Desprotegido
050000 05 - Residencia - 00 - Sem Tipo - 00 - Sem Subtipo			Desprotegido
050101 05 - Residencia - 01 - Residente - 01 - Proprio			Desprotegido
050102 05 - Residencia - 01 - Residente - 02 - Subsidiado Po			Desprotegido
060000 06 - Estagio - 00 - Sem Tipo - 00 - Sem Subtipo			Desprotegido
060101 06 - Estagio - 01 - Estagiario - 01 - Proprio			Desprotegido
060102 06 - Estagio - 01 - Estagiario - 02 - Subsidiado Por			Desprotegido
070101 07 - Bolsa - 01 - Bolsista - 01 - Proprio			Desprotegido
070102 07 - Bolsa - 01 - Bolsista - 02 - Subsidiado Por Outr			Desprotegido
010000 01 - Vinculo Empregaticio - 00 - Sem Tipo - 00 - Sem			Desprotegido
080501 08 - Intermediado - 05 - Autonomo - 01 - Pessoa Jurid			Desprotegido
080502 08 - Intermediado - 05 - Autonomo - 02 - Pessoa Fisic			Desprotegido
080600 08 - Intermediado - 06 - Cooperado - 00 - Nao Se Apli			Desprotegido
090100 09 - Informal - 01 - Contratado Verbalmente - 00 - Na			Desprotegido
090200- Informal Voluntariado Nao Se Aplica			Desprotegido

Fonte: A autora baseada no Site do CNES (<http://cnes.datasus.gov.br/>)

Adicionalmente, houve necessidade de uma subclassificação para identificar melhor os diferentes tipos de formas de contratação (PCE, PSE e DES). A visualização dessas diferenças possibilita maior robustez na análise e discussão dos resultados. O Quadro 19 apresenta essa subclassificação.

Quadro 19 - Caracterização das categorias de formas de contratação do estudo segundo subclassificação dos tipos no CNES.

Tipos de Vínculos	Características	Subclassificação	Códigos dos Tipos de Vínculos inseridos no SCNES
Protegido com Estabilidade (PCE)	Os trabalhadores possuem os direitos trabalhistas garantidos e estabilidade	ESTT	010100 01 - VINCULO EMPREGATICIO - 01 - ESTATUTARIO - 00 - S
			010101 01 - VINCULO EMPREGATICIO - 01 - ESTATUTARIO - 01 - S
			010102 01 - VINCULO EMPREGATICIO - 01 - ESTATUTARIO - 02 - S
			100100 -SERVIDOR PUBLICO CEDIDO PARA INICIATIVA PRIVADA-SERVIDOR CEDIDO-NAO SE APLICA
		EMPP	010200 01 - VINCULO EMPREGATICIO - 02 - EMPREGO PUBLICO - 00
			010201 01 - VINCULO EMPREGATICIO - 02 - EMPREGO PUBLICO - 01
			010202 01 - VINCULO EMPREGATICIO - 02 - EMPREGO PUBLICO - 02
			010203 01 - VINCULO EMPREGATICIO - 02 - EMPREGO PUBLICO - 03
			080100 08 - INTERMEDIADO - 01 - EMPREGADO PUBLICO CELETISTA
			100200 - SERVIDOR PUBLICO CEDIDO PARA INICIATIVA PRIVADA-EMPREGADO PUBLICO CELETISTA-NAO SE APLICA

(continua)

(Continuação)

Tipos de Vínculos	Características	Subclassificação	Códigos dos Tipos de Vínculos inseridos no SCNES
Protegido sem Estabilidade (PSE)	Os trabalhadores possuem os direitos trabalhistas garantidos, mas não têm estabilidade	CPTD	010300 01 - VINCULO EMPREGATICIO - 03 - CONTRATO POR PRAZO D
			010301 01 - VINCULO EMPREGATICIO - 03 - CONTRATO POR PRAZO D
			010302 01 - VINCULO EMPREGATICIO - 03 - CONTRATO POR PRAZO D
			080200 08 - INTERMEDIADO - 02 - CONTRATADO TEMPORARIO OU POR
		CGCC	010400 01 - VINCULO EMPREGATICIO - 04 - CARGO COMISSONADO -
			010401 01 - VINCULO EMPREGATICIO - 04 - CARGO COMISSONADO -
			010402 01 - VINCULO EMPREGATICIO - 04 - CARGO COMISSONADO -
			010403 01 - VINCULO EMPREGATICIO - 04 - CARGO COMISSONADO -
			010404 01 - VINCULO EMPREGATICIO - 04 - CARGO COMISSONADO -
			010405 01 - VINCULO EMPREGATICIO - 04 - CARGO COMISSONADO -
			080300 08 - INTERMEDIADO - 03 - CARGO COMISSONADO - 00 - NA
			100300 -SERVIDOR PUBLICO CEDIDO PARA INICIATIVA PRIVADA-CARGO COMISSONADO-NAO SE APLICA
		CLTT	010500 01 - VINCULO EMPREGATICIO - 05 - CELETISTA - 00 - NAO
			010501 01 - VINCULO EMPREGATICIO - 05 - CELETISTA - 01 - CON
			010502 01 - VINCULO EMPREGATICIO - 05 - CELETISTA - 02 - CON
			010503 01 - VINCULO EMPREGATICIO - 05 - CELETISTA - 03 - CON
			010504 01 - VINCULO EMPREGATICIO - 05 - CELETISTA - 04 - CON
			080400 08 - INTERMEDIADO - 04 - CELETISTA - 00 - NAO SE APLICA
		VEST	010000 01 - VINCULO EMPREGATICIO - 00 - SEM TIPO - 00 - SEM

(Continua)

(Continuação)

Tipos de Vínculos	Características	Subclassificação	Códigos dos Tipos de Vínculos inseridos no SCNES
Desprotegido (DES)	Os trabalhadores não possuem direitos trabalhistas e nem estabilidade	AUT_INT	020100 02 - AUTONOMO - 01 - INTERMEDIADO POR ORGANIZACAO SOC
			020200 02 - AUTONOMO - 02 - INTERMEDIADO ORG DA SOCIEDADE CI
			020300 02 - AUTONOMO - 03 - INTERMEDIADO POR ORGANIZACAO NAO
			020400 02 - AUTONOMO - 04 - INTERMEDIADO P ENTIDADE FILANTRO
			020500 02 - AUTONOMO - 05 - INTERMEDIADO POR EMPRESA PRIVADA
			020800 02 - AUTONOMO - 08 - INTERMEDIADO POR COOPERATIVA - 0
			080501 08 - INTERMEDIADO - 05 - AUTONOMO - 01 - PESSOA JURID
			080502 08 - INTERMEDIADO - 05 - AUTONOMO - 02 - PESSOA FISIC
		AUTO	020600 02 - AUTONOMO - 06 - CONSULTORIA - 00 - SEM SUBTIPO
			020700 02 - AUTONOMO - 07 - SEM INTERMEDIACAO(RPA) - 00 - SE
			020900 02 - AUTONOMO - 09 - PESSOA JURIDICA - 00 - NAO SE AP
			021000 02 - AUTONOMO - 10 - PESSOA FISICA - 00 - NAO SE APLI
			021100-AUTONOMO PESSOA FISICA NAO SE APLICA
			020000 02 - AUTONOMO - 00 - SEM TIPO - 00 - SEM SUBTIPO
		BLSA	040100 04 - OUTROS - 01 - BOLSA - 00 - SEM SUBTIPO
			070101 07 - BOLSA - 01 - BOLSISTA - 01 - PROPRIO
			070102 07 - BOLSA - 01 - BOLSISTA - 02 - SUBSIDIADO POR OUTR

(continua)

(Conclusão)

Tipos de Vínculos	Características	Subclassificação	Códigos dos Tipos de Vínculos inseridos no SCNES
Desprotegido (DES)	Os trabalhadores não possuem direitos trabalhistas e nem estabilidade	OUTROS	030000 03 - COOPERATIVA - 00 - SEM TIPO - 00 - SEM SUBTIPO
			040200 04 - OUTROS - 02 - CONTRATO VERBAL/INFORMAL - 00 - SE
			040300 04 - OUTROS - 03 - PROPRIETARIO - 00 - SEM SUBTIPO
			050000 05 - RESIDENCIA - 00 - SEM TIPO - 00 - SEM SUBTIPO
			050101 05 - RESIDENCIA - 01 - RESIDENTE - 01 - PROPRIO
			050102 05 - RESIDENCIA - 01 - RESIDENTE - 02 - SUBSIDIADO PO
			060000 06 - ESTÁGIO - 00 - SEM TIPO - 00 - SEM SUBTIPO
			060101 06 - ESTÁGIO - 01 - ESTAGIARIO - 01 - PROPRIO
			060102 06 - ESTÁGIO - 01 - ESTAGIARIO - 02 - SUBSIDIADO POR
			080600 08 - INTERMEDIADO - 06 - COOPERADO - 00 - NAO SE APLI
			090100 09 - INFORMAL - 01 - CONTRATADO VERBALMENTE - 00 - NA
			090200- INFORMAL VOLUNTARIADO NAO SE APLICA
			000000

Fonte: A autora baseada nos dados do CNES.

Nota: ESTT (Estatutário); EMPP (Emprego Público); CPTD (Contrato por Prazo Determinado); CGCC (Cargo Comissionado); CLTT (Celetista); VEST (Vínculo empregatício sem tipo); AUT_INT (Autônomo intermediado); AUTO (Autônomo diversos tipos); BLSA (Bolsista); OUTROS (demais tipos de vínculos não incluídos acima).

Ao classificar as formas de contratação, verifica-se a multiplicidade de codificações na categoria Desprotegido (cerca de 50%), com maior percentual para as que se relacionam a “autônomos intermediados” e “autônomos”. O que pode evidenciar que o CNES tem se moldado segundo a égide de uma maior flexibilização dos vínculos trabalhistas ao longo dos anos.

Destaca-se que a categoria “Desprotegido” não possui nem direitos trabalhistas, nem estabilidade. O que pode ser entendido atualmente como resultante da modernização trabalhista respaldada pela Lei nº 13.467/2017, que tem como prioridade a flexibilização irrestrita das relações de trabalho. A Lei em questão coloca o país num contexto de regressão de direitos sociais, privatizações e de redução do Estado na reprodução social. Ademais, há poucos anos dessa lei instituída, ainda num cenário de crise econômica, aconteceu a pandemia de Covid-19, que revelou os insuficientes investimentos em políticas públicas (saúde, educação e assistência social) e possibilitou a ampliação do desemprego. (LARA; HILLESHEIM, 2020)

Schramm, Souza e Mendes (2018) alertam que a crise econômica enfrentada pelo Brasil, associada à política de austeridade fiscal adotada pelo Governo tem o potencial de produzir um contexto mais grave ao se comparar com o que é vivenciado pelos países desenvolvidos. Consideraram a realidade brasileira, que convive há tempo com um quadro de altos níveis de desigualdade social, alta prevalência de doenças crônico-degenerativas, permanência de doenças infecciosas evitáveis e subfinanciamento crônico do setor saúde. Apontam para a diminuição do aporte financeiro nas políticas de proteção social, o incremento da pobreza e a reemergência de doenças transmissíveis por vetores aéreos. Ou seja, um sistema deficitário que se torna ainda mais sensível às medidas de austeridade impostas.

Por outro lado, a OMS realizou um encontro com o objetivo de discutir o impacto da crise econômica global e identificar ações que pudessem ajudar os países a mitigar o efeito negativo da crise para o bem-estar da população e, como resultados, apontaram seis eixos de atuação: a) proteger o gasto com saúde, colocando os gestores da saúde com a incumbência de utilizar evidências para defendê-lo; b) salvar vidas e proteger a renda, enfatizando as políticas de proteção social; c) tornar o gasto em saúde mais efetivo e eficiente, a exemplo de priorizar os serviços de atenção primária e de prevenção em saúde; d) colaborar com outros países e dentro do país, por exemplo, ao reconhecer o papel das organizações da sociedade civil; e) usar o monitoramento, a análise e a pesquisa na informação de políticas, como base para elaboração de planos de contingência; f) ajuda para a saúde, com a finalidade de manter o gasto em serviços-chaves. (VIEIRA, 2016)

A seguir, um resumo dos principais resultados da criação da tipologia das formas de contratação de pessoal na APS. (Quadro 20)

Quadro 20 - Síntese da criação de tipologia das formas de contratação de pessoal na APS segundo objetivo e detalhamento. PE, BA, RJ. 2008 a 2020.

Objetivo	Detalhamento dos resultados
Propor uma tipologia das formas de contratação identificadas na Atenção Primária à Saúde segundo CNES	<ul style="list-style-type: none"> - Tipos de formas de contratação propostas: Protegida com Estabilidade (PCE), Protegida Sem Estabilidade (PSE) e Desprotegida (DES). - Distribuição dos códigos do CNES de acordo com as subclassificações: 02 para PCE (estatutário; emprego público); 04 para PSE (Contrato por Prazo Determinado; Cargo Comissionado; Celetista; Vínculo empregatício sem tipo); 04 para DES (Autônomo intermediado; Autônomo diversos tipos; Bolsista; Outros - demais tipos de vínculos não incluídos acima).

Fonte: A autora.

Considerando a tipologia criada, buscou-se, então realizar a validação da proposta por meio da análise das formas de contratação de pessoal na APS nos três estados selecionados no período de 2008 a 2020.

6.4 Validação da tipologia proposta das formas de contratação de pessoal na APS nos Estados de Pernambuco, Bahia e Rio de Janeiro, nos anos de 2008 a 2020.

Após a categorização das formas de contratação e, em seguida, as classificações e subclassificações das mesmas, buscou-se, na base de dados do CNES, os municípios que apresentaram disponibilidade contínua das variáveis no período do estudo, ou seja, de 2008 a 2020. Assim, foi possível observar que, nos estados do RJ e BA, 24 municípios foram excluídos do universo da amostra por não cumprirem o critério de inclusão, atingindo os percentuais de 5,4% e 4,6%, respectivamente. Observou-se, ainda, a completude dos dados do Estado de Pernambuco. (TABELA 4)

Ressalta-se que, inicialmente, a análise foi realizada por estado e, em seguida, por portes populacionais dos municípios de PE, BA e RJ, ou seja, nos dois últimos objetivos propostos será apresentada em nível de municípios. Por isso, a importância de se realizar a estratificação a partir dessa etapa.

Tabela 4 - Número e percentual de municípios selecionados para a composição da base de dados do CNES. PE, BA e RJ. 2008 a 2020.

Estrato populacional	PE			BA			RJ			Total		
	n	banco	% pd	n	banco	% pd	n	banco	% pd	n	banco	% pd
1	17	17	0	69	62	10,1	7	7	0	93	86	7,5
2	65	65	0	179	171	4,5	20	20	0	264	256	3,0
3	67	67	0	126	123	2,4	28	25	10,7	221	215	2,7
4	23	23	0	27	27	0	11	11	0	61	61	0
5	10	10	0	14	13	7,1	22	20	9,1	46	43	6,5
6	2	2	0	2	2	0	4	4	0	8	8	0
Total	184	184	0	417	398	4,6	92	87	5,4	693	669	3,5

Fonte: A autora.

A despeito do baixo percentual de municípios (3,5%) em que os dados não estavam disponibilizados, é mister apontar que, de acordo com a Portaria do Ministério da Saúde nº 1.646/2015, que versa sobre a instituição do CNES, o cadastramento e a manutenção dos dados cadastrais são obrigatórios para todo e qualquer estabelecimento de saúde no país, devendo ser efetuados por seus responsáveis técnicos ou administrativos. Além disso, os profissionais de

saúde deveriam zelar pela correta inserção dos dados, vez que são corresponsáveis pelos dados disponibilizados no sistema. (SILVA, 2021; BRASIL, 2015)

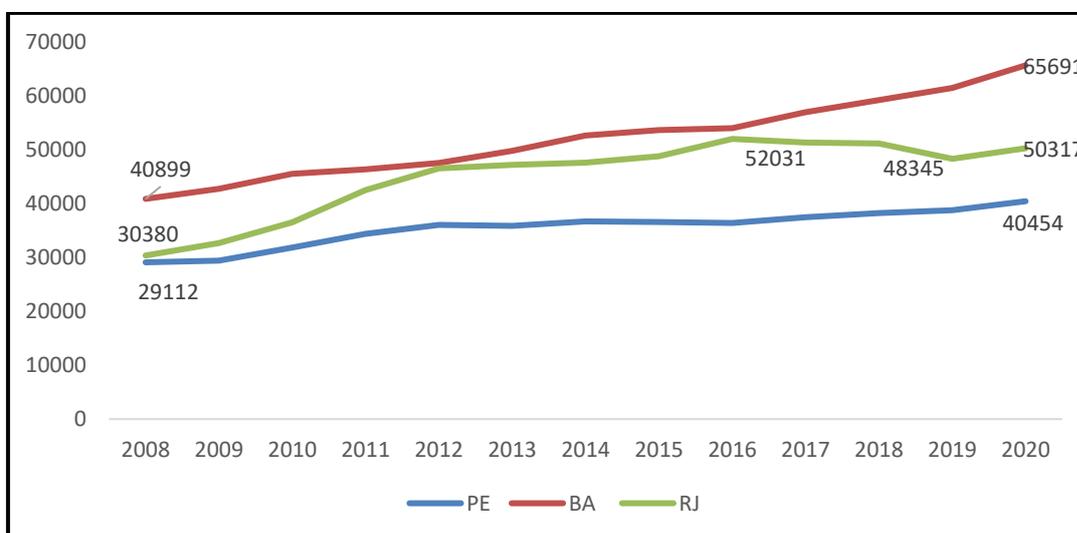
Ademais, vários autores têm utilizado os dados desse Sistema em seus estudos; dados relevantes no contexto do SUS, que ratificam a legitimidade de seu uso e a continuação das pesquisas. (CASCAES; DOTTO; BOMFIM, 2018; PELISSARI, 2019; CARVALHO et al, 2016)

Com o propósito de descrever as formas de contratação de pessoal na APS, os estados selecionados foram classificados segundo os tipos de formas de contratação. A seguir, foram calculados a soma e o percentual dos tipos PCE, PSE e DES. Adicionalmente, foram calculadas as medidas de tendência central (média, mediana, mínimo e máximo) e as separatrizes (1º e 3º quartil) para o conjunto dos tipos de formas de contratação, por ano e por Estado. Posteriormente, os municípios foram subclassificados segundo as formas de contratação, ano, estado e porte populacional.

6.4.1 O conjunto dos estados de Pernambuco, Bahia e Rio de Janeiro

Identificou-se o aumento do volume de contratações de pessoal na APS realizadas no período do estudo (n=100.391 e n=156.462), em 2008 e 2020, respectivamente. É importante ressaltar que os estados de RJ e BA apresentaram maiores variações percentuais (65,6% e 60,6%, respectivamente) que o de PE (38,9%). Entretanto, no Estado do RJ ocorreu redução do número de contratações, a partir de 2016. (GRÁFICO 1)

Gráfico 1–Número total de formas de contratação de pessoal na APS. PE, BA, RJ. 2008 a 2020.



Fonte: CNES

Foi verificado que as amostras de pessoas contratadas com estabilidade e sem estabilidade (PCE e PSE), no período estudado, não seguem uma distribuição normal. Segundo Ferreira (2020), quando a amostra é não paramétrica, ou seja, não segue uma distribuição normal, a média e a mediana não mais apresentam valores próximos. Assim, os valores mais representativos da amostra se tornam a mediana e os quartis, o que foi adotado neste estudo.

Conforme a Tabela 5, em relação ao número das formas de contratação nos três estados analisados, ocorreu aumento da mediana no conjunto de todas as formas de contratação, de 2008 a 2020. Destaca-se, entretanto, a mudança de perfil, de PSE para PCE. O que pode ser comprovado nos valores do terceiro quartil, no qual o PCE passa de 47 para 101, representando um aumento de 2,1 vezes no período.

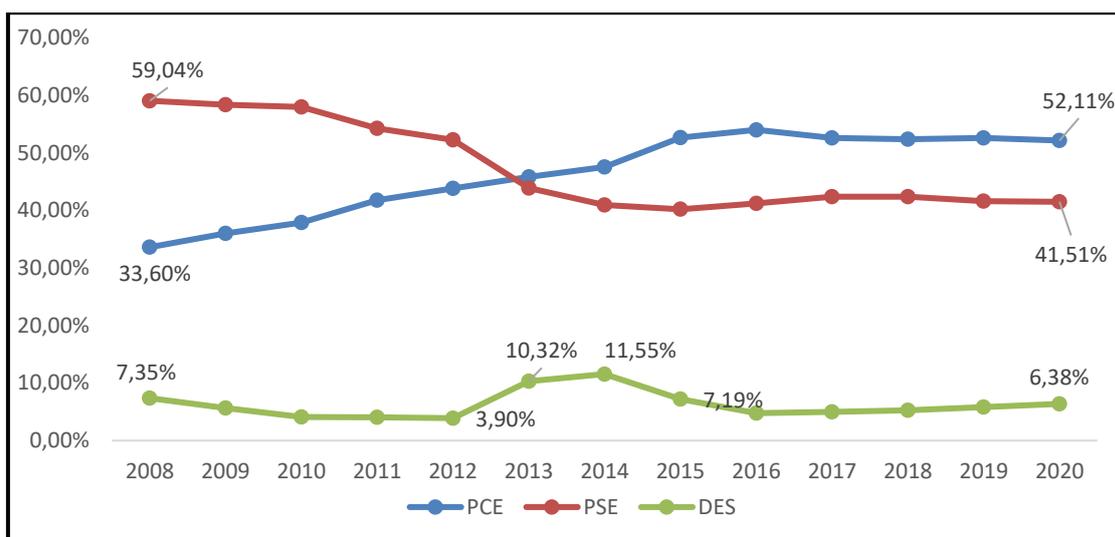
Tabela 5 - Medidas de tendência central e quartis das formas de contratação dos municípios de PE, BA e RJ segundo ano. PE, BA e RJ, 2008, 2014 e 2020.

Tipo de vínculo		Ano		
		2008	2014	2020
PCE-PSE - DES	SOMA	100391	137024	156462
	MEDIANA	67,00	96,00	120,00
	MÍNIMO	1	4	4
	MÁXIMO	7221	18136	16852
	1º QUARTIL	42	63	78
	3º QUARTIL	122	168	197
PCE	SOMA	33733	65112	81539
	MEDIANA	20	44	58
	MÍNIMO	0	0	0
	MÁXIMO	3353	67	7944
	1º QUARTIL	5	26	36
	3º QUARTIL	47	79	101
PSE	SOMA	59275	56083	64947
	MEDIANA	30	40	48
	MÍNIMO	0	0	0
	MÁXIMO	3682	2186	7999
	1º QUARTIL	12	20	29
	3º QUARTIL	73	82	85
DES	SOMA	7383	15829	9976
	MEDIANA	0	2	3
	MÍNIMO	0	0	0
	MÁXIMO	1694	9650	909
	1º QUARTIL	0	1	0
	3º QUARTIL	1	7	9

Fonte: A autora.

Identificou-se, ainda, no Banco de Dados, que os percentuais do conjunto das formas de contratação em todo o período, PCE, ao PSE e DES, correspondem aos valores de 47,20%, 46,53% e 6,27%, respectivamente.

Gráfico 2 – Percentual das formas de contratação de pessoal na APS. PE, BA e RJ, 2008 a 2020.



Fonte: CNES.

No Gráfico 2, nos valores relativos, também é possível observar a mudança de perfil de PSE para PCE nos municípios analisados. As duas séries apresentaram comportamentos opostos: redução com variação percentual de 42,2% (de 59,04% para 41,25%) no PSE *versus* crescimento do perfil PCE, com variação percentual de 55,08% (de 33,06% para 52,11%).

Além disso, destacam-se os valores percentuais assumidos pelo DES para o período de 2013 a 2015, bem acima do apresentado ao longo da série.

Os resultados do estudo revelam o aumento da força de trabalho em saúde, em especial na APS, o que pode sugerir a ampliação de acesso a esse nível de atenção por meio da expansão do número de ESFs implantadas.

Pinto e Giovanella (2018) avaliaram os efeitos da implementação da ESF no período de 1998 a 2017, descrevendo o acesso proporcionado e a tendência das internações por condições sensíveis à atenção básica. (ICSAB) Constataram a ampliação do acesso à APS, pois, o número de eSFs passou de 2.054, em julho de 1998, para 41.619, em outubro de 2017. Ou seja, a cobertura passou de 4,4% para cerca de 70%, compreendendo 143 milhões de brasileiros, destacando-se os municípios do interior, que passaram de 4,4% para 76,5% de cobertura, em relação às capitais, de 4,2% para 45,5% de cobertura, no mesmo período. Além disso, os

autores encontraram evidências de redução da taxa de internação por todas as condições de saúde analisadas, com maior redução para ICSAB (45%) do que para as Não-ICSAB (22%).

Destaque para o município do Rio de Janeiro, no qual existiam poucas e-ESFs, até 2008. Após a Reforma da Atenção Primária à Saúde nos dois governos municipais subsequentes (2009-2012; 2013-2016) houve o incremento do número de equipes e, em consequência, da cobertura, que atingiu valores em torno de 70%, o que pode ser ratificado neste estudo. O município de Salvador também apresentou períodos de expansão da cobertura, embora distintos do Rio de Janeiro (2005-2008; 2009-2012; 2015-2017). (PINTO; GIOVANELLA, 2018)

Machado e Ximenes Neto (2018) comentam sobre o gigantismo do SUS, a exemplo dos 3,5 milhões de trabalhadores que desempenham suas funções em equipes multiprofissionais qualificadas e especializadas e de seu contínuo crescimento na oferta de novos postos de trabalho, com a permanência de problemas estruturais, em especial, na gestão do trabalho. Entre os problemas, apontam a precarização do trabalho, a terceirização dos serviços de saúde e a carência de profissionais nas áreas localizadas fora dos grandes centros urbanos.

Ao debater os desafios contemporâneos da APS no Brasil, Magalhães Júnior (2021) indica que um dos eixos norteadores para reflexão é o da provisão adequada dos recursos humanos e seus dilemas. Entre as justificativas, aponta para a questão da provisão, da fixação e da apropriada formação médica para APS, inclusive citando a dificuldade dos gestores para compor suas equipes de APS com esse profissional.

Nessa mesma direção, Portela et al. (2017) afirmam que, dentre os desafios identificados em nível mundial inclui-se a dificuldade de atrair os profissionais de saúde para áreas longínquas e a alta rotatividade dos trabalhadores, em especial, dos médicos. Soma-se, ainda, a necessidade de adequação dessa força de trabalho às novas condições sanitárias e demográficas. Além disso, no caso brasileiro, destacam a ESF, como o exemplo bem-sucedido da expansão da cobertura de médicos no território, e o Programa Mais Médicos, experiência fruto do acordo de cooperação entre a OPAS/OMS e o Ministério da Saúde.

Entretanto, Sperling (2018, p.344) argumenta que a PNAB /2017 leva à fragilização do modelo de atenção adotado pelas equipes da ESF. O autor explica que o gestor, da mesma forma que pode, de forma arbitrária, compor as equipes e redesenhar os territórios, também poderá não priorizar a contratação de médicos e de enfermeiros de família e comunidade, profissionais responsáveis pelos melhores desempenhos sanitários deste nível de atenção. Por outro lado, o mercado de saúde pode seduzir esses profissionais

“ ... por meio de virtual autonomia para suas práticas, destacando a prevenção quaternária e a gestão da clínica na obtenção de melhores desfechos, buscando multifacetar a atuação dos especialistas em seus serviços, enquanto pratica melhor

remuneração, *mesmo que à custa de vínculos empregatícios desprotegidos e sem qualquer integração a redes de cuidado ou o fortalecimento do Sistema Único.*”

Com a finalidade de melhor organização da apresentação deste estudo, optou-se por apresentar os resultados e as discussões por Estado (Pernambuco, Bahia e Rio de Janeiro).

6.4.2 O Estado de Pernambuco

Ao analisar o Estado de Pernambuco, observou-se o incremento do número das formas de contratação no período pesquisado, considerando os valores da mediana e dos quartis. Destaca-se o maior crescimento do PCE no período de 2008 a 2020, quando a mediana passou de 15,5 para 63,5, um incremento da ordem de 309,7%. Ou seja, no ano de 2020, havia 63 pessoas contratadas com estabilidade, o que correspondia a 50% das formas de contratação no conjunto dos municípios. Por outro lado, o PSE apresentou discreto aumento na mediana, no período até 2014, e uma redução ao final da série (51, 63 e 61, respectivamente). Quanto ao DES, embora seus valores estejam bem abaixo das outras formas de contratação, no período após 2014, observou-se um aumento da mediana. (TABELA 6)

Tabela 6 - Medidas de tendência central e quartis das formas de contratação dos municípios de PE segundo ano. Pernambuco, 2008, 2014 e 2020.

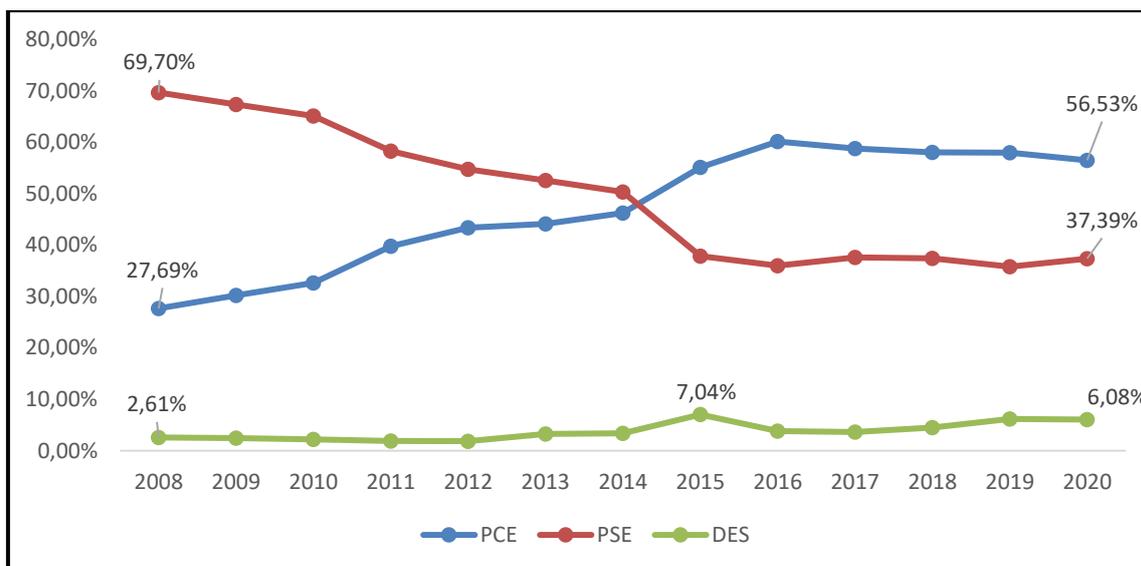
Tipo de vínculo		Ano		
		2008	2014	2020
PCE-PSE - DES	SOMA	29112	36695	40454
	MEDIANA	80	118	135
	MÍNIMO	14	30	33
	MÁXIMO	4696	5029	5223
	1º QUARTIL	52	76,75	92,75
	3º QUARTIL	135,25	188	203,25
PCE	SOMA	8062	16977	22868
	MEDIANA	15,5	49,5	63,5
	MÍNIMO	0	0	0
	MÁXIMO	1217	2676	4230
	1º QUARTIL	2	21	38,75
	3º QUARTIL	49	99,25	102,25
PSE	SOMA	20290	18481	15126
	MEDIANA	51,00	63,00	61,00
	MÍNIMO	0	8	1
	MÁXIMO	3453	2186	795
	1º QUARTIL	29,75	40	33
	3º QUARTIL	89	98,25	91
DES	SOMA	760	1237	2460
	MEDIANA	0	2	3
	MÍNIMO	0	0	0
	MÁXIMO	200	167	202
	1º QUARTIL	0	0	0,75
	3º QUARTIL	0	5	13,25

Fonte: CNES.

Os percentuais das formas de contratação em Pernambuco, de 2008 a 2020, em relação ao PCE, PSE e DES encontrados no Banco de Dados, correspondem a 47,94%, 48,20% e 3,86%, respectivamente.

No Gráfico 3, verificou-se a mudança de perfil de PSE para PCE no Estado de Pernambuco, onde as frequências relativas apresentam redução para o PSE (de 69,79% para 37,39%) e incremento no PCE (de 27,69% para 56,53%), o que representa 1,8 vezes de redução e 2,04 vezes de aumento no período, respectivamente. Além disso, em 2015 foi observado um padrão diferente no DES (7,04%) em relação aos percentuais anteriores da série.

Gráfico 3 – Percentual das formas de contratação dos municípios. Pernambuco, 2008 a 2020.



Fonte: CNES

As Tabelas 7, 8 e 9 apresentam a distribuição, por porte populacional, nos 184 municípios de Pernambuco, das subclassificações das formas de contratação no período do estudo (2008 – 2020), conforme o Quadro 17. Destaca-se que, ao longo da série a mudança de perfil de PSE para PCE fica evidenciada com o incremento do PCE (de 8.062 para 22.868) e a redução do PSE (de 20.290 para 15.126). Nessa mesma direção, observou-se a escolha dos municípios pelo ESTT (estatutário), com uma variação percentual na ordem de 36,3%. Contudo, cabe destacar que, se em 2008 apenas o porte 6 apresenta valores relativos de ESTT acima de 90% em relação ao EMPP, em 2020 identificou-se esse padrão em todos os portes.

Quando se considera o comportamento do PSE, o CPTD passa de 52,8% para 94,9% ao final da série, consolidando-se como preferência municipal. Nota-se, ainda, o contraste dos municípios de pequeno e médio porte com percentuais maiores no período em relação aos de porte 6, que iniciam a série com 17%. Além disso, identificou-se a redução do VEST (vínculo empregatício sem tipo) em todos os portes, ao ponto de, no final da série, todos estarem zerados. É importante ressaltar os valores do VEST nos anos de 2008 e 2014 no porte 6 (82,3% e 63,8%, respectivamente), o que pode sugerir falha no registro dos dados. Pois, são nesses municípios que o CPTD apresenta menores valores, o que destoia do conjunto dos outros municípios.

Com relação ao DES, observou-se redução de 50% do BLSA (040100-04), de 52,3%, em 2014, para 26,0%, em 2020. Destaca-se que esse código é o que identifica o Programa Mais Médicos, o que impactou os municípios de pequeno e médio porte, além dos de porte 5. Além disso, verificou-se o incremento do conjunto do AUT (AUT e AUT_INT) de 35,8% a 53,8%

ao final do período. Merece atenção o AUT_INT no ano de 2020, nos portes 1,2 e 3, com valores acima de 50%, e o código com mais números de contratações foi o 080501-08 (080501 08 - INTERMEDIADO - 05 – AUTÔNOMO - 01 - PESSOA JURÍDICA).

Tabela 7 – Número e percentual das formas de contratação segundo ano, porte populacional e subclassificação. Pernambuco. 2008.

Tipo	Porte 1		Porte 2		Porte 3		Porte 4		Porte 5		Porte 6		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
ESTT	58	49,6	532	48,4	1214	50,9	813	54,2	1188	70,9	1243	96,7	5048	62,6
EMPP	59	50,4	567	51,6	1170	49,1	688	45,8	488	29,1	42	3,3	3014	37,4
Total PCE	117	100,0	1099	100,0	2384	100,0	1501	100,0	1676	100,0	1285	100,0	8062	100,0
CPTD	355	77,5	2035	74,1	3496	80,2	1857	59,7	2103	45,3	877	17,6	10723	52,8
CGCC	27	5,9	144	5,2	43	1,0	128	4,1	4	0,1	0	0,0	346	1,7
CLTT	0	0,0	0	0,0	25	0,6	0	0,0	3	0,1	2	0,0	30	0,1
VEST	76	16,6	569	20,7	795	18,2	1123	36,1	2536	54,6	4092	82,3	9191	45,3
Total PSE	458	100,0	2748	100,0	4359	100,0	3108	100,0	4646	100,0	4971	100,0	20290	100,0
AUTO	0	0	3	75,0	29	11,0	208	45,9	11	91,7	21	80,8	272	35,8
BLSA	0	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	8,3	5	19,2	6	0,8
OUTROS	2	100	1	25,0	234	89,0	245	54,1	0	0,0	0	0,0	482	63,4
Total DES	2	100	4	100,0	263	100,0	453	100,0	12	100,0	26	100,0	760	100,0
Total Geral	577	2,0	3851	13,2	7006	24,1	5062	17,4	6334	21,8	6282	21,6	29112	100,0

Fonte: A autora.

Tabela 8 – Número e percentual das formas de contratação segundo ano, porte populacional municipal e subclassificação. Pernambuco. 2014.

Tipo	Porte 1		Porte 2		Porte 3		Porte 4		Porte 5		Porte 6		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
ESTT	226	62,09	1255	65,74	3604	76,49	2558	84,56	4139	98,95	2779	99,82	14561	85,77
EMPP	138	37,91	654	34,26	1108	23,51	467	15,44	44	1,05	5	0,18	2416	14,23
Total PCE	364	100,00	1909	100,00	4712	100,00	3025	100,00	4183	100,00	2784	100,00	16977	100,00
CPTD	563	92,8	3271	91,8	4561	93,2	2653	89,5	2613	94,0	1309	35,6	14970	81,0
CGCC	9	1,5	64	1,8	18	0,4	18	0,6	35	1,3	15	0,4	159	0,9
CLTT	0	0,0	0	0,0	24	0,5	0	0,0	0	0,0	7	0,2	31	0,2
VEST	35	5,8	227	6,4	290	5,9	294	9,9	131	4,7	2344	63,8	3321	18,0
Total PSE	607	100,0	3562	100,0	4893	100,0	2965	100,0	2779	100,0	3675	100,0	18481	100,0
AUTO	0	0	4	2,7	5	1,2	90	34,2	1	0,5	16	8,3	116	9,4
AUT_INT	0	0	50	33,6	81	19,1	18	6,8	1	0,5	99	51,6	249	20,1
BLSA	17	100	83	55,7	175	41,4	118	44,9	183	94,8	71	37,0	647	52,3
OUTROS	0	0	12	8,1	162	38,3	37	14,1	8	4,1	6	3,1	225	18,2
Total DES	17	100	149	100,0	423	100,0	263	100,0	193	100,0	192	100,0	1237	100,0
Total Geral	988	2,7	5620	15,3	10028	27,3	6253	17,0	7155	19,5	6651	18,1	36695	100,0

Fonte: A autora.

Tabela 9 – Número e percentual das formas de contratação segundo ano, porte populacional municipal e subclassificação. Pernambuco. 2020.

Tipo	Porte 1		Porte 2		Porte 3		Porte 4		Porte 5		Porte 6		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
ESTT	481	94,1	2724	96,2	5360	98,9	3784	96,5	4578	99,8	5585	99,8	22512	98,4
EMPP	30	5,9	109	3,8	62	1,1	137	3,5	7	0,2	11	0,2	356	1,6
Total PCE	511	100,0	2833	100,0	5422	100,0	3921	100,0	4585	100,0	5596	100,0	22868	100,0
CPTD	530	98,9	3307	96,8	4220	97,4	2343	92,5	3097	97,1	859	77,1	14356	94,9
CGCC	6	1,1	20	0,6	69	1,6	88	3,5	85	2,7	5	0,4	273	1,8
CLTT	0	0,0	90	2,6	45	1,0	103	4,1	9	0,3	250	22,4	497	3,3
VEST	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Total PSE	536	100,0	3417	100,0	4334	100,0	2534	100,0	3191	100,0	1114	100,0	15126	100,0
AUTO	6	12,2	97	27,0	221	22,1	180	48,3	0	0,0	8	2,6	512	20,8
AUT_INT	33	67,3	192	53,5	509	50,8	54	14,5	11	3,0	0	0,0	799	32,5
BSA	9	18,4	68	18,9	192	19,2	139	37,3	161	43,9	71	22,9	640	26,0
OUTROS	1	2,0	2	0,6	80	8,0	0	0,0	195	53,1	231	74,5	509	20,7
Total DES	49	100,0	359	100,0	1002	100,0	373	100,0	367	100,0	310	100,0	2460	100,0
Total Geral	1096	2,4	6609	16,3	10758	26,6	6828	16,9	8143	20,1	7020	17,4	40454	100,0

Fonte: A autora.

Os resultados deste estudo em relação ao Estado de Pernambuco apontam o aumento do número da força de trabalho na APS (de 100.391 para 156.462), o que sugere a expansão da atenção e melhores condições de saúde da população. Facchini, Tomasi e Dilélio (2018) relatam que há consenso sobre a ampliação do acesso e do papel desempenhado pela ESF na melhoria da situação de saúde do país ao se analisar as três décadas do SUS.

A mudança de perfil das formas de contratação com direitos trabalhistas, mas sem estabilidade (PSE), para outras com direitos trabalhistas e com estabilidade (PCE) tem seus resultados corroborados pelas medidas de tendência central. (Tabela 6)

Milanez et al. (2018) explicam que a estabilidade advinda desse vínculo trabalhista possibilita aos profissionais das eESFs o desenvolvimento de suas atividades como técnicos, longe das pressões e interferências da gestão.

Nunes et al. (2015), em estudo sobre a força de trabalho em municípios de pequeno porte do Paraná, verificaram que cerca de 80% dos profissionais possuíam vínculos empregatícios formais, ou seja, 38% eram estatutários e 44,5% contratados via CLT, estratégias potentes para a fixação desses profissionais, possibilitando a construção de vínculos mais fortes entre os sujeitos. O que pode ser corroborado pela assertiva de Carnut (2017, p. 1184):

A relação com os usuários tende a ser mais holística em territórios nos quais os profissionais têm vínculos empregatícios mais estáveis e com direitos trabalhistas assegurados, ou ainda, naqueles locais/gestões onde o profissional tem a capacidade de desenvolver-se em suas competências técnicas ou em relação a projetos de alcance comunitário.

Ao se considerar as eESFs, o maior quantitativo de profissionais é de ACS. Estes trabalhadores atuam com exclusividade no âmbito do SUS e somente na composição da referida equipe. Atualmente, há, no país, 250.864 trabalhadores, distribuídos em todas as regiões, em mais de 5 mil municípios. Historicamente, esse trabalho é realizado por mulheres que possuem vínculos empregatícios heterogêneos e com pouca experiência quanto à participação sindical. Entretanto, a categoria conseguiu aprovar, entre outras conquistas, o piso salarial nacional e uma legislação que garante a sua contratação mediante vínculo empregatício direto com órgão ou entidade de administração direta, autárquica ou fundacional. (NOGUEIRA, 2019)

A despeito das grandes conquistas da categoria dos ACS, dois fatos surgiram para contrapor a situação deles: o primeiro relacionado à Portaria nº 958/2016, que os excluía da composição mínima da ESF, sendo revogado pelo movimento organizado; o segundo, com a publicação da nova PNAB, em 2017, que manteve a flexibilização da presença dos ACSs, antes

obrigatória, na composição da equipe da ESF, agora materializada por meio das novas diretrizes da política. Quanto a essa reivindicação, a categoria não obteve sucesso. (MOROSINI, 2018)

Pernambuco, comparado aos demais estados do Nordeste, apresenta a menor cobertura da APS. Mas, houve incremento na última década, passando de 72% a 82% de cobertura, fato ratificado pelos achados deste trabalho. Ademais, de acordo com a Agenda Mais SUS, projeto do Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS) e da Umane, a ampliação de investimentos é insuficiente para dar conta da melhoria do sistema público de saúde, havendo necessidade de maior qualificação da força de trabalho. Nesse diapasão, a médica epidemiologista Ana Brito aponta que “A Estratégia Saúde da Família (ESF) precisa cobrir 100% do território pernambucano, pois é ela a porta de entrada para hierarquizar a assistência à saúde no Estado e organizar as demandas”. (LEITE, C., 2022)

Outro aspecto a considerar é que, em Pernambuco, enquanto na APS (gestão municipal) predominam formas de contratação como PCE, na gestão estadual houve o incremento de contratos “intermediados por OS”, os quais, neste estudo, são denominados PSE.

Vários estudos corroboraram essa assertiva: Santos et al. (2014), relatando que em Pernambuco houve o incremento das parcerias público-privadas na administração de serviços públicos de saúde e que essa expansão necessitaria estar vinculada ao fortalecimento da sua capacidade gestora; Pacheco et al. (2015), indicando que 28 Unidades de Saúde de média e alta complexidade estavam sob contratos de gestão com OSs no momento do estudo e que havia divergências entre os gestores estaduais e municipais quanto à adoção desse modelo de gestão; Santana e Santos (2017), que apontam o aumento de hospitais gerenciados por OSs e revelam que o motivo maior da adoção das OSs na SES foi a contratação de trabalhadores através do regime celetista.

Pacheco et al. (2020), ao analisarem, em Pernambuco, o controle social da accountability nas OSs, verificaram que a forma é incompleta e, numa linguagem técnica dos relatórios de prestação de contas disponibilizados pelas OSs aos Conselhos de Saúde trazem dificuldades a esses últimos, no seu papel de fiscalizar e debater amplamente as políticas de saúde.

Importante destacar o estudo de Gomes (2020), que analisou o julgamento da Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) nº 1.923 e a repercussão desta quanto à instituição de Organizações Sociais. Trata-se de análise no que tange à possibilidade de dispensa de licitação dos Contratos de Gestão celebrados pela Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco com a Organização Social IMIP Hospitalar, a qual apresenta contratos de grande porte na

administração e gestão dos três hospitais Metropolitanos e de várias Unidades de Pronto Atendimento em diversas cidades do Estado.

Dentre os resultados da pesquisa, podemos mencionar: a) a ADI somente foi julgada em 2015 e os contratos celebrados de 2009 a 2011; b) na prática, a dispensa de procedimento licitatório não garante a aplicabilidade concreta dos princípios constitucionais que regem a Administração Pública (legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência); c) a necessidade de implementação de meios de controle que tenham por finalidade a fiscalização de maneira mais efetiva dos contratos realizados entre o Poder Público e as Organizações Sociais em Pernambuco; d) as lacunas existentes nos dispositivos que deveriam regular a relação entre as OSs e o Estado, em nível estadual ou federal, apontam um longo caminho a ser trilhado no que tange à construção de um processo pautado por maior segurança jurídica. (GOMES, 2020)

Druck (2016) aponta que a Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) nº 1.923 foi julgada pelo Supremo Tribunal Federal (STF), e desde 2015, as OSs foram validadas como constitucionais, sendo liberada a terceirização para todos os serviços essenciais sob a responsabilidade do Estado, tais como: saúde, educação, cultura, ciência e tecnologia, desporto/lazer e meio ambiente.

Questionamentos emergem ao se verificar o crescimento da inserção desses novos modelos de gestão na atenção secundária e terciária no Estado: será que esses fatos possibilitam perspectivas de uma maior abertura para sua adoção pela APS também?

6.4.3 O Estado da Bahia

Em relação ao Estado da Bahia, verificou-se o crescimento, ao longo da série estudada, do número das formas de contratação (de 40.899 para 65.691) (Gráfico 1). Foi identificado que os valores das medianas do PCE eram superiores aos do PSE ao se considerar todos os anos em análise, representando um aumento de 2,42 vezes no período (de 21 para 51). Quanto ao DES, identificou-se que os valores das medianas e do 3º quartil, a partir de 2014, eram superiores ao inicial, mas que ainda se encontravam em baixos patamares em relação aos outros dois tipos de formas de contratação. (TABELA 10)

Tabela 10 - Medidas de tendência central e quartis das formas de contratação dos municípios da BA segundo tipo de vínculo e ano. Bahia, 2008, 2014 e 2020.

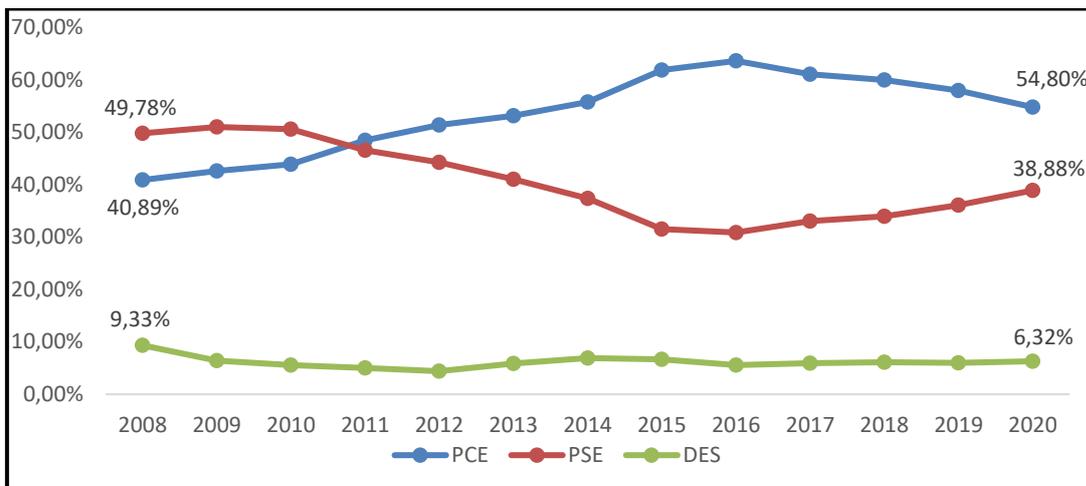
Tipo de vínculo		Ano		
		2008	2014	2020
PCE-PSE - DES	SOMA	40899	52691	65691
	MEDIANA	55	77	104
	MÍNIMO	1	4	4
	MÁXIMO	5139	5012	6397
	1º QUARTIL	33	54	71
	3º QUARTIL	88	131,25	164
PCE	SOMA	16722	29362	35999
	MEDIANA	21	40	51
	MÍNIMO	0	0	0
	MÁXIMO	887	3447	4047
	1º QUARTIL	8	26	34
	3º QUARTIL	42,75	66,75	89
PSE	SOMA	20361	19686	25538
	MEDIANA	19,5	28	43
	MÍNIMO	0	0	0
	MÁXIMO	2888	1285	1939
	1º QUARTIL	7	16	28
	3º QUARTIL	44	49,75	70
DES	SOMA	3816	3643	4154
	MEDIANA	0	3	2,5
	MÍNIMO	0	0	0
	MÁXIMO	1694	753	411
	1º QUARTIL	0	1	1
	3º QUARTIL	1	7	7

Fonte: A autora.

Quanto aos percentuais das formas de contratação no Estado da Bahia, no Banco de Dados, no período em análise, para os tipos do PCE, PSE e DES obteve-se os valores de 54,23%, 39,63% e 6,13%, respectivamente.

No Gráfico 4 verifica-se que os percentuais iniciais dos tipos PCE e PSE são mais próximos que os percentuais de ambos os tipos, no final da série estudada. A mudança dos perfis de PSE para PCE é também constatada no Estado da Bahia, com incremento da ordem de 34,01% para o último. Não obstante, a partir de 2017 percebe-se um incremento do PSE e um decréscimo do PCE. Quanto ao DES, observou-se sua redução ao longo da série.

Gráfico 4 – Percentual das formas de contratação dos municípios. Bahia. 2008 a 2020.



Fonte: CNES

A distribuição, por porte populacional, dos 398 municípios da Bahia, nas subclassificações das formas de contratação (2008 – 2020) está explicitada nas Tabelas 11, 12 e 13.

A mudança de perfil de PSE para PCE pode ser verificada pelo aumento 2,1 vezes de PCE no período (de 16.722 para 35.999), contrastando com o aumento 1,2 vezes de PSE no mesmo período (de 20.361 para 25.538). Em relação ao PCE, identificou-se a substituição do EMPP pelo ESTT, ao longo da série.

Se, em 2008 todos os portes apresentavam o EMPP com valores maiores de 60%, em 2020, nesses mesmos portes observou-se o predomínio do ESTT, com frequências superiores a 80%, em especial no porte 6 (99,9%).

Quanto ao PSE, a série se inicia com a escolha dos municípios de pequeno porte (1 e 2) pelo CPTD e de grande porte pelo VEST (5 e 6). Entretanto, o ano de 2014 consolida a opção pelo CPTD em todos os portes, fato este corroborado pelos valores zerados em todos os portes de VEST no ano de 2020.

Quanto ao DES, identificou-se redução de 4,1 vezes no período do conjunto do AUTO e AUTO_INT (80,1% para 19,3%). Ao mesmo tempo, observou-se o incremento do OUTROS em 2,1 vezes, no mesmo período (de 19,8% para 50,6%), em especial como intermediado-cooperado (080600 08 - INTERMEDIADO - 06 - COOPERADO - 00 - NÃO SE APLICA).

Destaca-se, ainda, o BLSA, que permaneceu, em 2014 e 2020, com cerca de 30%, mas sua distribuição nos portes se modificou. Em 2014, o Porte 5 se mostra com o maior percentual (59,5%), ao passo que, em 2020, os portes 1,2 e 3 mostram percentuais maiores que os municípios de grande porte (5 e 6).

Tabela 11 – Número e percentual das formas de contratação segundo ano, porte populacional e subclassificação. Bahia. 2008.

Tipo	Porte 1		Porte 2		Porte 3		Porte 4		Porte 5		Porte 6		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
ESTT	303	33,1	1380	34,6	1440	32,7	955	38,2	983	22,9	226	36,9	5287	31,6
EMPP	613	66,9	2606	65,4	2968	67,3	1548	61,8	3314	77,1	386	63,1	11435	68,4
Total PCE	916	100,0	3986	100,0	4408	100,0	2503	100,0	4297	100,0	612	100,0	16722	100,0
CPTD	465	70,6	2438	69,8	2679	44,0	1759	59,6	728	26,5	23	0,5	8092	39,7
CGCC	1	0,2	4	0,1	15	0,2	7	0,2	2	0,1	8	0,2	37	0,2
CLTT	0	0,0	4	0,1	6	0,1	0	0,0	0	0,0	18	0,4	28	0,1
VEST	193	29,3	1046	30,0	3392	55,7	1184	40,1	2019	73,4	4370	98,9	12204	59,9
Total PSE	659	100,0	3492	100,0	6092	100,0	2950	100,0	2749	100,0	4419	100,0	20361	100,0
AUTO	36	42,4	276	52,5	620	75,2	256	90,1	53	38,4	1817	92,8	3058	80,1
BLSA	0	0,0	0	0,0	1	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0
OUTROS	49	57,6	250	47,5	203	24,6	28	9,9	85	61,6	142	7,2	757	19,8
Total DES	85	100,0	526	100,0	824	100,0	284	100,0	138	100,0	1959	100,0	3816	100,0
Total Geral	1660	4,1	8004	19,6	11324	27,7	5737	14,03	7184	17,6	6990	17,1	40899	100,0

Fonte: A autora.

Tabela 12 – Número e percentual das formas de contratação segundo ano, porte populacional municipal e subclassificação. Bahia. 2014.

Tipo	Porte 1		Porte 2		Porte 3		Porte 4		Porte 5		Porte 6		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
ESTT	795	60,1	4748	74,4	5948	72,9	3071	75,0	2928	58,3	3947	90,0	21437	73,0
EMPP	527	39,9	1635	25,6	2209	27,1	1026	25,0	2091	41,7	437	10,0	7925	27,0
Total PCE	1322	100,0	6383	100,0	8157	100,0	4097	100,0	5019	100,0	4384	100,0	29362	100,0
CPTD	883	92,9	4230	94,0	5820	84,5	3010	93,3	1998	77,6	830	53,7	16771	85,2
CGCC	3	0,3	27	0,6	22	0,3	23	0,7	90	3,5	81	5,2	246	1,2
CLTT	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,1	1	0,0	0	0,0	3	0,0
VEST	64	6,7	245	5,4	1046	15,2	190	5,9	486	18,9	635	41,1	2666	13,5
Total PSE	950	100,0	4502	100,0	6888	100,0	3225	100,0	2575	100,0	1546	100,0	19686	100,0
AUTO	17	8,2	102	14,4	150	15,6	40	9,2	93	31,1	168	16,3	570	15,6
AUT_INT	3	1,4	12	1,7	55	5,7	74	17,1	4	1,3	599	58,0	747	20,5
BLSA	60	28,8	273	38,5	368	38,3	172	39,6	178	59,5	118	11,4	1169	32,1
OUTROS	128	61,5	322	45,4	387	40,3	148	34,1	24	8,0	148	14,3	1157	31,8
Total DES	208	100,0	709	100,0	960	100,0	434	100,0	299	100,0	1033	100,0	3643	100,0
Total Geral	2480	4,7	11594	22,0	16005	30,4	7756	14,72	7893	15,0	6963	13,2	52691	100,0

Fonte: A autora.

Tabela 13– Número e percentual das formas de contratação segundo ano, porte populacional municipal e subclassificação. Bahia. 2020.

Tipo	Porte 1		Porte 2		Porte 3		Porte 4		Porte 5		Porte 6		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
ESTT	1391	92,9	7353	95,6	9796	89,1	4193	81,4	5118	87,8	4831	99,9	32682	90,8
EMPP	107	7,1	337	4,4	1200	10,9	958	18,6	710	12,2	5	0,1	3317	9,2
Total PCE	1498	100,0	7690	100,0	10996	100,0	5151	100,0	5828	100,0	4836	100,0	35999	100,0
CPTD	1467	97,3	6750	98,5	8497	99,6	3331	99,6	2459	92,6	1948	73,8	24452	95,7
CGCC	40	2,7	75	1,1	24	0,3	12	0,4	192	7,2	136	5,1	479	1,9
CLTT	0	0,0	31	0,5	14	0,2	0	0,0	5	0,2	557	21,1	607	2,4
VEST	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Total PSE	1507	100,0	6856	100,0	8535	100,0	3343	100,0	2656	100,0	2641	100,0	25538	100,0
AUTO	21	17,8	103	13,8	198	21,4	133	16,6	19	2,4	95	12,4	569	13,7
AUT_INT	3	2,5	13	1,7	28	3,0	54	6,8	0	0,0	136	17,8	234	5,6
BLSA	55	46,6	287	38,6	391	42,3	211	26,4	174	21,7	130	17,0	1248	30,0
OUTROS	39	33,1	341	45,8	308	33,3	402	50,3	610	76,0	403	52,7	2103	50,6
Total DES	118	100,0	744	100,0	925	100,0	800	100,0	803	100,0	764	100,0	4154	100,0
Total Geral	3123	4,8	15290	23,3	20456	31,1	9294	14,15	9287	14,1	8241	12,5	65691	100,0

Fonte: A autora.

Segundo Bravo e Pelaez (2020), há uma disputa entre três projetos de saúde no Brasil. O primeiro refere-se ao construído no bojo da Reforma Sanitária Brasileira, na década de 70, com base nas lutas populares e sindicais, no qual a saúde tem caráter universal e é um direito social e de responsabilidade do Estado. O seguinte, o modelo privatista, no qual a lógica é orientada pelas regras de mercado, marcado pela exploração da doença, transformando-a em fonte de lucro. Os novos Modelos de Gestão, em substituição à gestão estatal, seriam seus exemplos. O terceiro, diz respeito ao da Reforma Sanitária flexibilizada, a proposição do SUS possível, que considera arranjos institucionais, mecanismos gerenciais e responsabilização dos profissionais para a conformação da política de saúde a um rebaixamento da proposta inicial. Esse modelo consolidou-se nos governos petistas.

Nessa perspectiva encontra-se o Estado da Bahia, no qual, em 2009, no governo de Jaques Wagner, uma gestão petista, surgiu a Fundação Estatal Saúde da Família (FESF -SUS). Inclusive, há diversos discursos e posições sobre se as Fundações Públicas de Direito Privado no SUS constituiriam na realidade um avanço ou um retrocesso. Não obstante, a FESF -SUS surge em um cenário de péssimos indicadores de acesso e qualidade de saúde do Estado em relação à Região Nordeste e de precarização dos direitos trabalhistas. O que, para alguns, significava que a adoção do regime celetista não seria um retrocesso. (CAVALCANTE; FRANCO, 2016)

Os resultados deste estudo apontam que o Estado da Bahia segue o padrão de Pernambuco, com crescimento da força de trabalho em saúde na APS. Assim, pode-se visualizar o seu crescimento no período do estudo, de 40.899 para 65.691 formas de contratação. Destaca-se que a implantação da ESF no Estado aconteceu de forma tardia, pois, em 2008, apenas tinha atingido 50% de cobertura, a menor média do Nordeste. (ANDRADE et al., 2019) Não obstante, segundo Pinto Júnior et al. (2018), em 2012 a cobertura populacional da ESF atingiu 79,5% e sua implantação em municípios baianos reduziu as taxas de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) em menores de um ano. O que demonstra o impacto desse modelo de atenção na melhoria das condições de saúde nessa faixa etária.

O estudo verificou ter havido incremento das formas de contratação com direitos trabalhistas e estabilidade, ao longo da série. Santos et al. (2015), ao analisarem a gestão do trabalho e educação permanente em saúde na ESF em um município da Macrorregião Sudoeste da Bahia, apontam diferenças de formas de contratação entre trabalhadores de nível médio e superior, com predominância de contratações por CLT no nível superior (78,5%), em comparação aos trabalhadores de nível médio. (35,7%)

Nessa mesma direção, Castro et al. (2017), verificando o perfil sociodemográfico, as características do emprego e a satisfação com o trabalho de ACSs em município baiano, identificaram que 95,7% dos entrevistados ingressaram por meio de concurso público, compondo o quadro permanente dos servidores municipais. O que pode ser verificado neste estudo, em que predominou a forma de contratação estatutária (ESTT) em todos os portes municipais e ao final da série, com percentuais superiores a 90%. (Tabela 14) Entretanto, vale destacar que a contratação não foi por emprego público (EMPP) oriunda da FESF -SUS. O que pode ser corroborado neste estudo, em que se verificou redução substancial desta forma de contratação, ao longo da série (de 68,4%, em 2008, para 9,2%, em 2020).

Segundo Andrade et al. (2019), o projeto da FESF -SUS de ampliação da ESF por meio de uma carreira intermunicipal promoveu polêmicas e tensões nos campos legislativos, executivo e jurídico. Fato que pode ser constatado pela baixa adesão ao processo de negociação para viabilizar a proposta da Fundação, pois, embora 110 câmaras municipais possuíssem leis autorizativas para sua implantação, apenas 69 apresentaram a documentação necessária em cartório.

Ademais, Bleicher e Oliveira (2018) apontaram que os profissionais do quadro efetivo da FESF relataram a instabilidade em manter seus empregos e os constantes atrasos salariais. Pois, apesar de terem ingressado por concurso público, esses profissionais podem perder o emprego ou serem deslocados para outro município, de acordo com as necessidades da FESF, o que pode diferir da escolha inicial do concurso.

Nessa perspectiva, pode-se entender as considerações de Cardoso e Campos (2013), ao analisarem a proposta da Fesp, no sentido de que ela faz restrições ao processo democrático, vez que o Controle Social nas instituições públicas do SUS constituem esferas públicas de participação social e gestão compartilhada. Por outro lado, embora a Fesp possua quatro esferas com esse propósito, a composição dos conselhos em relação aos representantes da saúde e/ou usuários é reduzida, ao se comparar o patamar preconizado pela CF/88.

Outro destaque nos achados deste trabalho é a identificação do incremento dos bolsistas em 2014 (32,1%) e em 2020 (30,0%). Essa forma de contratação, denominada desprotegida (DES), foi utilizada na formulação do Programa Mais Médicos, por meio da Lei nº 12.871/2013, que objetivava o provimento emergencial de Médicos na APS. Enquanto o PMM era acompanhado de incentivos financeiros federais, a adesão ao modelo da Fesf – SUS poderia acarretar um novo conjunto de compromissos financeiros ao ente federativo municipal, que já enfrentava dificuldades fiscais. Esse fato, ao lado de outras inseguranças jurídicas, pode ter contribuído para o enfraquecimento do modelo fundacional. (ANDRADE et al., 2019)

Além da criação e estruturação da Fundação Estatal de Saúde da Bahia, na APS, no período pós-2009, foi incrementada a gestão por serviços de saúde através de entes privados, em especial as OSs, em outros níveis de atenção. Os argumentos para sua adoção foram a não exigência de concurso público para o ingresso dos trabalhadores e os processos de compras sem as regras licitatórias da Lei nº 8.666. Assim, em 2015, o Governo Estadual já contabilizava 36 contratos de gestão. Além disso, observa-se a expansão das parcerias público-privadas (PPP) na gestão de hospitais e outras unidades de saúde, com formas de contratação precárias. (ÁVILA; NASCIMENTO, 2021) Outros estudos têm abordado os novos modelos de gestão na Bahia. (ANDRADE; PINTO, 2022; FAGUNDES, 2018; REIS; COELHO, 2018)

Em que pesem as narrativas de maior eficiência, benefícios e resolubilidade dos novos modelos de gestão no setor saúde, é surpreendente que os governos estaduais sucessivos, de um partido com histórico de lutas a favor dos trabalhadores, tenham se rendido ao processo de precarização das formas de contratação dos servidores. E, ainda, assumido modelos antagônicos aos princípios do SUS, em especial, o da participação social.

6.4.4 O Estado do Rio de Janeiro

O Estado do Rio de Janeiro apresentou incremento no número de formas de contratação, passando de 30.380 para 50.317, de 2008 a 2020, representando aumento de 1,65 vezes no período (Gráfico 1). Entretanto, enquanto os valores das medianas do PCE crescem, os do PSE não apresentam um comportamento linear. Não obstante, no período 2016-2019 houve um decréscimo na mediana de PSE (62, 52, 54 e 50, respectivamente) em relação ao ano de 2015 (n=87), o que difere do aumento apresentado em 2020 (n=74). Além disso, nos últimos três anos da série ocorreu um acréscimo de 2.515 formas de contratação de PCE, uma redução de 4.290 do PSE e uma adição de 915 de formas DES. Merecem destaque, ainda, os valores máximos assumidos no tipo PSE e DES no ano de 2014, o que configura como valores bem discrepantes em relação aos anos de 2008 e 2020, para ambos os tipos de formas de contratação. (TABELA 14)

Tabela 14 - Medidas de tendência central e quartis das formas de contratação dos municípios de RJ segundo o ano. Rio de Janeiro, 2008, 2014 e 2020.

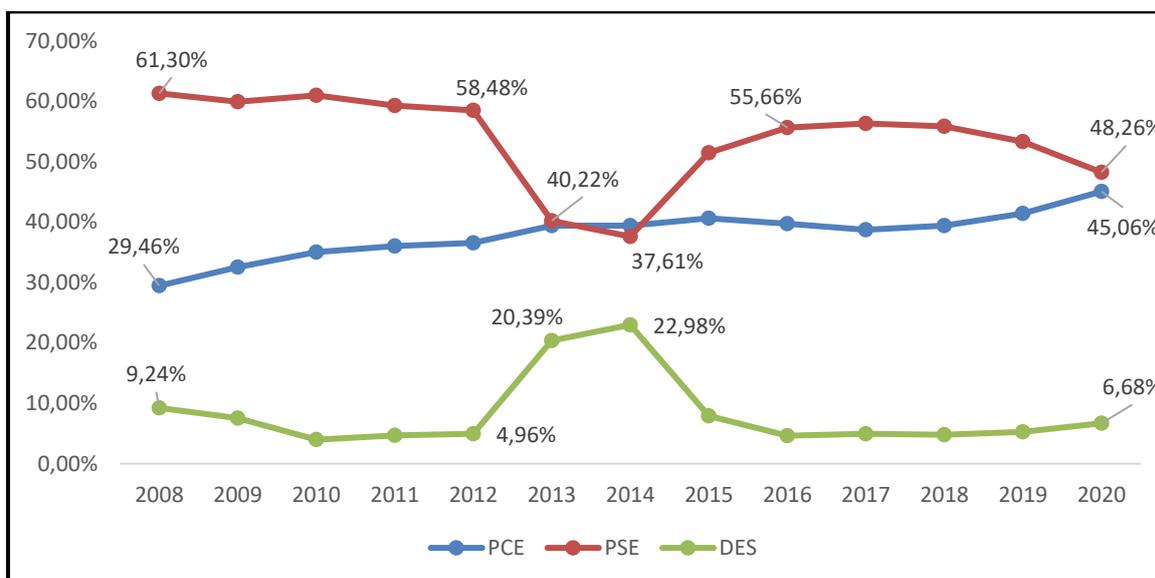
Tipo de formas de contratação		Ano		
		2008	2014	2020
PCE-PSE - DES	SOMA	30380	47638	50317
	MEDIANA	122	175	200
	MÍNIMO	3	26	38
	MÁXIMO	7221	18136	16852
	1º QUARTIL	65,5	100	109
	3º QUARTIL	282,5	365,5	429
PCE	SOMA	8949	18773	22672
	MEDIANA	20	57	95
	MÍNIMO	0	0	4
	MÁXIMO	3353	6742	7944
	1º QUARTIL	4,5	31,5	48
	3º QUARTIL	66	117	195,5
PSE	SOMA	18624	17916	24283
	MEDIANA	77	83	74
	MÍNIMO	0	0	0
	MÁXIMO	3682	1744	7999
	1º QUARTIL	20	26,5	29
	3º QUARTIL	156,5	258,5	191,5
DES	SOMA	2807	10949	3362
	MEDIANA	0	2	2
	MÍNIMO	0	0	0
	MÁXIMO	1175	9650	909
	1º QUARTIL	0	0	0
	3º QUARTIL	9	7,5	13

Fonte: A autora.

Ao verificar, no Banco de Dados, os percentuais das formas de contratação do Estado do Rio de Janeiro, ao longo do período em análise, observou-se que os valores de PCE, PSE e DES compreendem 38,48%, 53,19% e 8,33%, respectivamente.

O Gráfico 5 demonstra que não há mudança de perfil da forma de contratação dos municípios analisados no período, permanecendo como maiores percentuais os do PSE, mesmo com valores mais reduzidos do que os iniciais, exceto para o ano de 2014. Fato interessante ocorre com os percentuais de PSE e DES, no período de 2013 a 2014, que configuram uma possível falha no registro do dado na sua inserção, pois, aproximadamente, o que se reduz no PSE acrescenta-se no DES.

Gráfico 5 – Percentual das formas de contratação dos municípios. Rio de Janeiro. 2008 a 2020.



Fonte: CNES

A distribuição, por porte populacional, nos 87 municípios do Rio de Janeiro das subclassificações das formas de contratação no período do estudo (2008 – 2020) encontra-se nas Tabelas 15, 16 e 17. O conjunto dos municípios do Estado permanece, ao final da série, como PSE. Contudo, observou-se a redução percentual (de 61,30% para 48,26%) de PSE e incremento de PCE (de 29,46% para 45,06%). Importante ressaltar os valores discrepantes do PSE e DES no ano de 2014 em relação à série, fazendo com que, naquele ano, o PCE assumisse os maiores valores (18.773), em detrimento ao PSE (17.916).

Quanto ao PCE, fica evidenciado seu crescimento na ordem de 153,34% ao final da série. Em 2008, a opção de ESTT pode ser observada na maior parte dos portes (64,7%), tendo como exceção os portes 3 e 5, com percentuais maiores que 50%. Entretanto, nos anos seguintes, identificou-se maiores percentuais de ESTT em todos os portes, em especial nos portes 1 e 3, em 2020 (89,8% e 83,7%, respectivamente).

Em relação ao PSE, o início da série apresenta a escolha dos municípios de pequeno e médio porte por CPTD, em contraste com os de grande porte (5 e 6) por VEST, com valores acima de 50%, o que determina a predominância deste último no total geral (51,1%). Nos anos seguintes os valores de VEST ficam abaixo de 10% em todos os portes, e, no final da série, apresenta-se zerado em todos os portes. Quanto ao CPTD, observou-se que, em 2014, todos os portes o adotam com valores superiores a 75%. Mas, em 2020, o porte 6 constituiu uma exceção, apresentando como opção o CLTT (70,2%).

Considerando o DES, o ano de 2008 apresenta o OUTROS como maior percentual (69,0%), em especial nos portes 3 e 6, nos quais o código mais frequente é o de Cooperativa (030000 03). No ano de 2020 ambos os portes continuam, mas com menores percentuais e com novo código, o de Intermediado Cooperado (080600 08).

Em 2014, a maior frequência corresponde ao AUT_INT (84,9%) e chamam a atenção os valores assumidos no porte 6 (n = 9.280), no qual cerca de 90% compõem o código relativo ao Intermediado por Organização Social (020100 02). Fato esse que contrasta com os percentuais em 2020, no qual o AUT_INT (5,5%) fica muito abaixo do AUTO (53,3 %) em todos os portes.

Quanto ao BLSA, identificou-se o incremento, ao final da série, de 2,8 vezes. Entretanto, chama a atenção que, em 2008 e 2014, o tipo de bolsista é do código Bolsa Sem Subtipo (040100 04). Pois, em 2020 esse código tinha valores zerados e o de maior frequência é o de Bolsista Próprio (070101 07). O primeiro corresponde ao Programa Mais Médicos, o segundo não.

Tabela 15 – Número e percentual das formas de contratação segundo o ano, porte populacional e subclassificação. Rio de Janeiro. 2008.

Tipo	Porte 1		Porte 2		Porte 3		Porte 4		Porte 5		Porte 6		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
ESTT	36	58,1	300	66,1	393	48,6	433	87,8	909	44,2	3723	73,3	5794	64,7
EMPP	26	41,9	154	33,9	415	51,4	60	12,2	1147	55,8	1353	26,7	3155	35,3
Total PCE	62	100,0	454	100,0	808	100,0	493	100,0	2056	100,0	5076	100,0	8949	100,0
CPTD	109	63,0	469	54,9	1178	75,8	1051	60,5	2481	31,7	2417	37,4	7705	41,4
CGCC	1	0,6	36	4,2	15	1,0	46	2,6	535	6,8	631	9,8	1264	6,8
CLTT	0	0,0	1	0,1	0	0,0	7	0,4	41	0,5	98	1,5	147	0,8
VEST	63	36,4	349	40,8	361	23,2	632	36,4	4780	61,0	3323	51,4	9508	51,1
Total PSE	173	100,0	855	100,0	1554	100,0	1736	100,0	7837	100,0	6469	100,0	18624	100,0
AUTO	45	100,0	13	10,2	60	10,2	19	100,0	439	66,1	154	11,3	730	26,0
BLSA	0	0,0	65	50,8	65	11,1	0	0,0	9	1,4	0	0,0	139	5,0
OUTROS	0	0,0	50	39,1	461	78,7	0	0,0	216	32,5	1211	88,7	1938	69,0
Total DES	45	100,0	128	100,0	586	100,0	19	100,0	664	100,0	1365	100,0	2807	100,0
Total Geral	280	0,9	1437	4,7	2948	9,7	2248	7,4	10557	34,7	12910	42,5	30380	100,0

Fonte: A autora.

Tabela 16 – Número e percentual das formas de contratação segundo ano, porte populacional municipal e subclassificação. Rio de Janeiro. 2014.

Tipo	Porte 1		Porte 2		Porte 3		Porte 4		Porte 5		Porte 6		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
ESTT	188	88,7	738	67,4	1276	67,7	730	89,9	3855	81,8	8549	85,0	15336	81,7
EMPP	24	11,3	357	32,6	608	32,3	82	10,1	857	18,2	1509	15,0	3437	18,3
Total PCE	212	100,0	1095	100,0	1884	100,0	812	100,0	4712	100,0	10058	100,0	18773	100,0
CPTD	181	94,8	780	95,9	1954	96,1	1929	93,2	6480	79,4	3643	78,4	14967	83,5
CGCC	9	4,7	30	3,7	60	2,9	15	0,7	990	12,1	579	12,5	1683	9,4
CLTT	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,1	0	0,0	2	0,0	4	0,0
VEST	1	0,5	3	0,4	20	1,0	124	6,0	692	8,5	422	9,1	1262	7,0
Total PSE	191	100,0	813	100,0	2034	100,0	2070	100,0	8162	100,0	4646	100,0	17916	100,0
AUTO	0	0	1	1,1	4	1,8	2	0,7	12	2,0	1	0,0	20	0,2
AUT_INT	2	15,4	2	2,1	7	3,2	0	0,0	7	1,2	9280	95,2	9298	84,9
BLSA	11	84,6	27	28,7	30	13,5	36	13,1	215	35,9	314	3,2	633	5,8
OUTROS	0	0	64	68,1	181	81,5	237	86,2	365	60,9	151	1,5	998	9,1
Total DES	13	100	94	100,0	222	100,0	275	100,0	599	100,0	9746	100,0	10949	100,0
Total Geral	416	0,9	2002	4,2	4140	8,7	3157	6,6	13473	28,3	24450	51,3	47638	100,0

Fonte: A autora.

Tabela 17– Número e percentual das formas de contratação segundo ano, porte populacional municipal e subclassificação. Rio de Janeiro. 2020.

Tipo	Porte 1		Porte 2		Porte 3		Porte 4		Porte 5		Porte 6		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
ESTT	237	89,8	1008	78,4	2453	83,7	837	64,6	5079	78,7	7147	68,5	16761	73,9
EMPP	27	10,2	277	21,6	479	16,3	459	35,4	1376	21,3	3293	31,5	5911	26,1
Total PCE	264	100,0	1285	100,0	2932	100,0	1296	100,0	6455	100,0	10440	100,0	22672	100,0
CPTD	212	96,4	671	91,8	1576	90,6	1713	91,4	5958	74,2	3408	29,2	13538	55,8
CGCC	8	3,6	60	8,2	95	5,5	37	2,0	1478	18,4	79	0,7	1757	7,2
CLTT	0	0,0	0	0,0	69	4,0	125	6,7	599	7,5	8195	70,2	8988	37,0
VEST	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Total PSE	220	100,0	731	100,0	1740	100,0	1875	100,0	8035	100,0	11682	100,0	24283	100,0
AUTO	9	50,0	68	72,3	79	20,8	0	0,0	1247	74,4	389	33,9	1792	53,3
AUT_INT	2	11,1	2	2,1	101	26,6	0	0,0	78	4,7	3	0,3	186	5,5
BLSA	7	38,9	24	25,5	24	6,3	28	60,9	206	12,3	186	16,2	475	14,1
OUTROS	0	0,0	0	0,0	175	46,2	18	39,1	146	8,7	570	49,7	909	27,0
Total DES	18	100,0	94	100,0	379	100,0	46	100,0	1677	100,0	1148	100,0	3362	100,0
Total Geral	502	1,0	2110	4,2	5051	10,0	3217	6,4	16167	32,1	23270	46,2	50317	100,0

Fonte: A autora.

A década de 90 foi marcada por um desmonte do aparelho do Estado, sob a égide de uma política de ajuste neoliberal, dando como justificativa a crise do capital. E, assim, sob a bandeira de uma possível modernidade e eficiência, foi realizada a contrarreforma do Estado, com o desmonte dos mecanismos de proteção social e o avanço da precarização das relações de trabalho no país. (BRAVO; MENEZES, 2015; BRAUNERT; BERNARDO; BRIDI, 2021)

Segundo Mendes (2016), desde 1990 não se verificou a retirada do Estado da economia, mesmo nos tempos do capitalismo contemporâneo de supremacia do capital portador de juros. Por outro lado, observa-se sua presença ao adotar políticas austeras, reduzindo os direitos sociais e os da saúde, ao fomentar os mecanismos de mercantilização no seu interior, quando se considera os países capitalistas centrais e o Brasil. Neste, o próprio Estado permite a apropriação do fundo público pelo capital, promovendo um cenário de disputas pelos recursos financeiros do SUS, a despeito do que está legitimado em sua Constituição.

Assim, mesmo decorridas mais de duas décadas da Reforma do Estado Brasileiro, para Vieira e Benevides (2016) nestes tempos está em curso, na prática, uma reforma implícita do Estado. Pois, as medidas propostas para o ajuste fiscal sobre o direito à saúde, em especial, a instituição do “Novo Regime Fiscal”, por meio da Emenda Constitucional nº 95/2016, rompem a trajetória de busca pela consolidação do Estado de bem-estar-social construído ao longo dos anos. O que implicará no constrangimento da efetivação do direito à saúde. Ou seja, menor esforço do Estado em garantir os direitos sociais definidos na Constituição Federal e, conseqüentemente, a redução de seu tamanho.

Verifica-se, assim, que a EC nº 95/2016 retoma os princípios da austeridade como orientadores da gestão pública. Entretanto, destaca-se que o congelamento nos gastos públicos por vinte anos não é acompanhado pelo congelamento sobre os gastos com a dívida pública. O que leva muitos a questionar a legitimidade, a legalidade e a sustentabilidade do pagamento da dívida pelo Governo. Além disso, pode-se questionar quais as implicações e efeitos dessa austeridade na ponta e sobre a rede de proteção social e o legado da Seguridade Social, preconizados na CF/88. (PITOMBEIRA; OLIVEIRA, 2020)

Nesse diapasão, importante destaque deve ser dado a Santos e Vieira (2018, p.2311), ao afirmarem que a austeridade implementada no Brasil nem é universal nem tampouco momentânea, mas, sim, seletiva, pois,

... preserva e amplia os ganhos dos mais ricos, em consonância com as regras orientadas pelos organismos internacionais, aos custo da precarização das condições para a garantia de direitos sociais à população, desemprego, desaceleração da economia, financeirização e internacionalização do capital, aumento da desigualdade (.....), diminuição da proteção social provida pelo Estado para o universo da

população e condições de saúde e vida da população, afetando proporcionalmente os mais vulneráveis.”

Nesse cenário, surgem as OSs como novo modelo de gestão e, a partir daí, foram inseridas no SUS e adotadas por gestores estaduais e municipais, pela possibilidade de contratação de pessoal fora dos limites da LRF, segundo a justificativa de muitos gestores. (ANDREAZZI; BRAVO, 2014)

Krüger e Bastos (2020) questionam o lugar das OSs na gestão do SUS, afirmando que elas interferem na fronteira entre o público e o privado, entre economia e política, ao serem contratadas para realizar a gestão de seus respectivos serviços. Para os autores, as OSs estão situadas numa espécie de “não lugar”, escondendo sua natureza privada, pois acessam recursos públicos com a finalidade de cumprir uma função pública. (?) Ademais, sob a égide de uma parceria eficiente e de bom serviço, exigem que o Estado seja um bom repassador de recursos públicos, ao mesmo tempo que fazem críticas à sua gestão. Enfim, constituem uma invasão privada no DNA do SUS.

O que pode ser corroborado em estudo recente de Moraes et al. (2018), ao analisarem a constituição das OSs a partir das entidades que as originaram e sua tradição na prestação de serviços no mercado da saúde, considerando seus aspectos jurídico-legais e a capacidade de mobilizar recursos públicos para sua expansão e financiamento. Os autores concluem que essas organizações, “...ao mediar interesses públicos e privados no âmbito do mercado da saúde, têm concorrido para a tendência geral do sistema, qual seja, sua privatização”.

Ademais, colocam em xeque a natureza não lucrativa dessas organizações como entidades do terceiro setor. Apontam, ainda, a colocação dessas entidades em ranking das maiores empresas do país, com a possibilidade de aplicação dos excedentes monetários no jogo da financeirização dos capitais. E, por fim, entendem que as OSs caracterizam-se como um dos componentes do Complexo Econômico Industrial da Saúde (Ceis), quando se considera a gestão, a prestação e a regulação de serviços, dentro do contexto de forte mercantilização do setor saúde. (MORAIS et al., 2018)

É nesse recorte que se pode entender a opção pelas OSs no Sudeste, a exemplo do município do Rio de Janeiro. Com a bandeira de “desprecarizar” os vínculos irregulares dos profissionais de saúde da Secretaria Municipal de Saúde, a partir de 2009, as gestões municipais adotaram as OSs para atuar na expansão da ESF, sob a modalidade de contratação da CLT. Ressalta-se que essa forma de contratação, quando comparada à estatutária, se apresenta como mais precária, particularmente após a reforma trabalhista de 2017. (FONSECA; LIMA; TEIXEIRA, 2021)

Fato corroborado neste estudo, ao se identificar o aumento das formas de contratação de pessoal na APS, correspondendo a um incremento, no Estado, de 1,6 vezes no período (de 30.380 para 50.317). Ademais, o contrato celetista é categorizado como PSE e pode-se identificar a permanência desse perfil em toda a série.

Braunert, Bernardo e Bridi (2021) esclarecem que o setor público se distingue dos demais setores por apresentar postos de trabalho orientados pela formalidade e pela estabilidade. Além disso, aos trabalhadores vinculados na esfera pública cabe a garantia de um conjunto de direitos diferentes dos que trabalham na esfera privada. Não obstante, nos últimos anos, em especial, no governo atual (2019 – 2022), foram adotadas medidas que impactarão muito o setor privado, a exemplo da Lei da Terceirização (nº 13.429) e da reforma trabalhista, já aprovadas, bem como o setor público, com a proposta de reforma trabalhista por meio da PEC nº 32/2020, ainda em tramitação. Essa lei aponta para o fim da estabilidade dos servidores públicos e para uma maior flexibilização das relações trabalhistas. Ou seja, o neoliberalismo dirigindo suas garras para os servidores públicos.

Foi observado, no Estado, uma forte redução do volume de formas de contratação que possuem direitos trabalhistas e sem estabilidade, entre os anos 2018 a 2020 (- 4.290) e um incremento de menor porte das formas de contratação com direitos trabalhistas e estabilidade, no mesmo período (+ 2.515). Também foi verificado o incremento das formas de contratação desprotegidas (915). Ou seja, para a APS, a contratação de pessoal com ou sem estabilidade faz a diferença. O que corrobora com a opção deste estudo de realizar a classificação das formas de contratação ao adotar esse critério.

Após uma análise mais acurada, foi identificado que esse fenômeno ocorreu predominantemente nos portes 5 e 6 (Tabela 21). E, particularmente, no município do Rio de Janeiro, no qual, de 2018 a 2020, a redução de formas de contratação de PSE foi de 5.231 (de 13.230 para 7.999), o incremento de PCE foi de 1.877 (de 6.067 para 7.944) e o incremento de DES foi de 332 (de 577 para 909) formas de contratação, conforme consulta na Base de Dados.

O estudo está em acordo com o conteúdo do documento “Reorganização dos Serviços de Atenção Primária à Saúde”, publicado em outubro de 2018, o qual propõe a extinção de 184 equipes de saúde da família e 55 equipes de saúde bucal. Ação governamental que contrariava inclusive as metas propostas no Plano de Saúde Municipal para o período de 2018 a 2021. (FONSECA; LIMA; TEIXEIRA, 2021)

Dias (2016, p.225) relata que Maria Inês Souza Bravo, ao ser entrevistada, apontava para a crise de saúde do Rio de Janeiro, no final de 2015 e início de 2016, “... em que os hospitais geridos pelas Organizações Sociais foram fechados, e evidenciou-se, em todas elas, denúncias

de corrupção”. Além disso, Silva, Barbosa e Hortale (2016, p.1374), em estudo que visa caracterizar e analisar aspectos do sistema de governança da APS adotado pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do município do Rio de Janeiro, nas considerações finais afirmam que “... o modelo de OS ainda necessitaria ser aprimorado como alternativa de gestão no âmbito da APS no SUS, porque o Estado não possui a capacidade regulatória necessária,...”

Destaque importante fazem Silva, Lima e Teixeira (2015), ao analisar os marcos legais das OSs e das FEDPs: demonstraram que suas propostas evidenciam as dimensões institucionais e financeiras, relegando as sociais e políticas, particularmente, ao que concerne à participação e controle social.

Por outro lado, o crescimento das OSs no setor saúde tem sido amplamente noticiado nos últimos anos como parte de investigações da Polícia Civil e Federal, dos Ministérios Públicos e dos Tribunais de Contas, por conterem várias irregularidades, tais como: falta de transparência no repasse dos recursos, problemas no controle e fiscalização das entidades, inexistência de contas correntes específicas para o repasse e movimentações de valores das OSs, denúncias de improbidade administrativa contra os gestores das OSs, desvio de recursos públicos, superfaturamento de compras, entre outras. Vários autores discorrem sobre estes fatos. (TURINO; SODRÉ, 2018; ANDRAZZI; BRAVO, 2014; TRAVAGIN, 2017)

O que contrasta com o fortalecimento que essa modalidade de gestão vem apresentando em várias unidades da Federação, ao ponto de consolidarem o Instituto Brasileiro das Organizações Sociais de Saúde (IBROSS), com sede em Brasília, que comporta 19 instituições associadas com atuação em 13 estados e no Distrito Federal. Os números surpreendem, pois essas OSs, juntas, gerenciam mais de 800 unidades de saúde; anualmente, são responsáveis por mais de 40 milhões de consultas, quase 50 milhões de exames e chegam a registrar cerca de 10 milhões de atendimentos de urgência e emergência. A institucionalização deste Instituto, representando as OSs, testifica a suspeita de que este nicho empresarial está consolidado e vinculados ao poder, transformando a saúde em mercadoria. (KRÜGER; BASTOS, 2020; LIMA, 2018)

Fonseca, Lima e Teixeira (2021) resumiram a situação de fragilidade e vulnerabilidade dos serviços públicos de saúde no município do Rio de Janeiro: a) Antes de 2009, contratos irregulares; b) No governo de Eduardo Paes (2009 a 2016), a opção pelas OSs e contratos regidos pela CLT, sem a garantia da totalidade de direitos trabalhistas; c) No governo de Marcello Crivella (2017 a 2020), a permanência das OSs, porém, com a inserção das flexibilizações permitidas pela reforma trabalhista e pela Lei de Terceirizações, em 2017. Como exemplo, apontaram a Empresa Doctor Vip Brasil, atuando como quarteirizada e celebrando o

contrato pela natureza jurídica de “Sociedade em Conta de Participação”, a qual não prevê os direitos da CLT, não sendo possível garanti-los nem por meio de judicialização. Ou seja, uma situação sem precedentes de precarização das formas de contratação dos trabalhadores.

No Rio de Janeiro a experiência da contratação das OSs, seguindo as premissas e argumentos do PDRAE, pela Secretaria de Saúde Municipal, para realizar o gerenciamento da ESF, apresentou outro desfecho no que tange ao cuidado em saúde. Pois, cabe às OSs a responsabilidade de contratar e estabelecer normas de seleção, demissão, remuneração para os profissionais das equipes, bem como a forma de organização e avaliação do processo de trabalho destes. Entretanto, Carneiro e Martins (2015, p. 60) apontaram que:

Para os ACSs, especificamente, viu-se que a introdução do mecanismo de contratualização nos serviços da ESF no município do Rio de Janeiro induziu a construção de um saber institucional que altera a prática cotidiana e o sentido do trabalho desses profissionais, além de favorecer a competição e a produtividade. Essa lógica de organização do mundo do trabalho *repercutiu na produção do cuidado e no atendimento das necessidades de saúde da população (grifos nossos)*.

Neste estudo, observou-se que os municípios com até 50.000 habitantes apresentavam o predomínio de PCE (estatutários), em detrimento dos municípios de portes maiores, nos quais o PSE constituía a forma prioritária (Contratos por Tempo Determinado e Celetistas).

Saloti et al. (2019), em relação a estudos sobre OSs e sua adoção nas capitais da região mais rica do país, apontam que os entes municipais buscaram a expansão da APS, quer seja escolhendo a AD ou a intermediação por OS. A opção pela última reflete que, para muitos deles, a expansão ocorreria sem muitos gastos orçamentários, numa perspectiva de políticas neoliberais emergentes desde décadas passadas.

Em que pese o argumento de eficiência e de menor gasto orçamentário pelas OSs, Ramos e Seta (2019) concluíram que as capitais São Paulo e Rio de Janeiro, identificadas pela adoção de OS na APS, de acordo com os indicadores escolhidos no período de 2009 a 2014, de uma forma geral não tiveram melhores desempenhos em detrimento das que optaram pela provisão e gestão da APS por meio da Administração Direta. E relatam que, de 2009 a 2013, período de expansão da cobertura da ESF pelo modelo OS, o orçamento da saúde do município do Rio de Janeiro quase atinge o incremento de 100% .

Bellini (2022) se propôs a analisar os fatores que influenciam a eficiência ou ineficiência das OSs e da Administração Direta na prestação de cuidados primários e a qualidade dos serviços prestados pelos municípios do Sudeste brasileiro. Identificou que a administração pública necessita melhorar a prestação de serviços na APS, independente do modelo de gestão adotado, e que os governantes podem cancelar o seu importante papel de organizadora do

sistema de saúde. A autora explica, ainda, que, a despeito do grande avanço já percorrido na APS, as variações em sua forma de implantação no Sudeste levam à preocupação sobre os aspectos constitutivos desse nível de atenção, tais como, ter uma base comunitária e territorial, abrangente, resolutiva, de orientação comunitária e com a participação social.

Nogueira (2019), ao analisar as expressões de precarização do trabalho dos ACSs e confrontá-las com o processo de reestruturação produtiva e de intensificação da precarização social, aponta problemas relacionados à gestão do trabalho, como a existência de vínculos empregatícios precários, heterogêneos, terceirizações e baixos salários. Ademais, quanto às formas de contratação intermediadas pelas OSs, o autor verificou uma maior pressão por produtividade, menor estabilidade no emprego e maiores obstáculos nas relações entre profissionais e gestão para discutir suas atribuições.

Nessa mesma direção, Carneiro e Martins (2015), ao analisar a adoção do modelo de gestão por OS no município do Rio de Janeiro, apontaram a conjuntura de instabilidade e de precarização das formas de contratação dos ACSs. Como exemplo, explicam que a vigência do contrato com a OS é de dois anos e, caso haja interesse da contratante e o cumprimento de metas, por mais um ano. Ademais, a qualquer tempo o contrato pode ser rescindido. E, quando ocorrem rescisões, podem não ter os direitos trabalhistas assegurados. Além disso, os autores explicam que a gestão do trabalho na APS, sob a lógica da produtividade e do alcance de metas, pode não ter como resultados ganhos para a saúde da população, repercutindo na produção do cuidado e no atendimento das necessidades de saúde da população adscrita. Além disso, observou-se que este mecanismo de contratualização na ESF induziu a construção de um saber institucional que altera a prática cotidiana e o sentido do trabalho desses profissionais, favorecendo a competição e a produtividade.

Considerando os atributos da APS e que é nesse nível de atenção que a prática do cuidado se desenvolve através do conjunto de interações entre os trabalhadores e entre estes e os usuários (VILELA; MAFRA, 2015), cabe destaque o que Carnut (2017) apontou, entre outros fatores, que a relação com os usuários se constitui mais holística nos territórios em que há profissionais com vínculos empregatícios mais estáveis e com direitos trabalhistas assegurados.

Entretanto, os resultados deste estudo se contrapõem ao que Carnut (2017) argumentou, pois, ao final da série do estudo, os maiores percentuais cabiam às formas de contratação com direitos trabalhistas e sem estabilidade, em especial, aos contratos por tempo determinado (CPTD, 55,8%) e aos celetistas (CLLT, 37,0%). Vilela e Mafra (2015) apontam que a contratação temporária tem a possibilidade de fragilizar a ESF, tanto por interferir nos fluxos

de atividades, como na questão do vínculo já estabelecido com a comunidade. Ademais, a lacuna causada pelo período de contratação de uma nova pessoa acarreta sobrecarga na equipe e compromete a cobertura do programa.

As escolhas dos gestores sobre o modelo de gestão adotado para a APS constituem fatos relevantes. Os questionamentos que deverão ser feitos versam sobre qual ótica essas decisões são tomadas: a política; como forma de recompor a gestão orçamentária municipal; ou na perspectiva que acolha os princípios da APS e os profissionais que dela participam? Uma escolha usuário-centrada aponta para a valorização da força de trabalho em saúde. Mas, essa escolha nunca será simples, ante o contexto e a naturalização da precarização do trabalho nesses tempos de políticas neoliberais.

A seguir, uma síntese das mudanças das formas de contratação ao longo da série estudada (QUADRO 21):

Quadro 21- Síntese dos principais resultados da validação da tipologia das formas de contratação de pessoal na APS segundo objetivo e detalhamento. PE, BA, RJ. 2008 a 2020.

Objetivo	Detalhamento dos resultados			
Validar a tipologia proposta nos municípios de Pernambuco, Bahia e Rio de Janeiro nos anos de 2008 a 2020		PERNAMBUCO	BAHIA	RIO DE JANEIRO
	Número de municípios selecionados	184 (100%)	398 (95,4%)	87 (94,6%)
	Número de contratações ao longo da série	De 29.112 para 40.154 Variação percentual de 38,9%	De 40.899 para 65.691 Variação percentual de 60,6%	De 30.380 para 50.317 Variação percentual de 65,6%
	Valores Percentuais ao se considerar o período todo.	De 2008 a 2020, em relação ao PCE, ao PSE e ao DES, 47,94%, 48,20% e 3,86%, respectivamente.	De 2008 a 2020, em relação ao PCE, ao PSE e ao DES, 54,23%, 39,63% e 6,13%, respectivamente.	De 2008 a 2020, em relação ao PCE, ao PSE e ao DES, 38,48%, 53,19% e 8,33%, respectivamente
	Houve mudança de Perfil das formas de contratação?	De PSE para PCE.	De PSE para PCE.	Não, permaneceu como PSE.
	Percentual das formas de contratação dos estados de 2008 a 2020.	PCE – de 27,6 % para 56,3% PSE – de 69,7% para 37,3% DES – de 2,6% para 6,0%	PCE – de 40,8 % para 54,8% PSE – de 49,7% para 38,8% DES – de 9,3% para 6,3%	PCE – de 29,4 % para 45,6% PSE – de 61,3% para 48,2% DES – de 9,3% para 6,3%
	Maiores valores das Subclassificações (2020) e o perfil mais prevalente do estado das formas de contratação.	PCE – Estatutário PSE – Contrato por tempo determinado DES – Autônomo intermediado. Protegida com Estabilidade	PCE – Estatutário PSE – Contrato por tempo determinado DES – Outros. Protegida com Estabilidade	PCE – Estatutário PSE – Contrato por tempo determinado DES – Autônomo Protegida Sem Estabilidade

Fonte: A autora.

6.5 Classificação dos municípios dos estados selecionados, de acordo com a tipologia das formas de contratação de pessoal praticadas na Atenção Primária à Saúde

Com o propósito de identificar a situação dos municípios considerando as formas de contratação de pessoal da APS, foi elaborada uma classificação na qual os municípios receberam uma denominação a partir dos percentuais apresentados de PCE, PSE e DES.

A partir desta classificação, foram identificados sete tipos de municípios: Município Muito Protegido com Estabilidade (Município Muito PCE); Município Protegido com Estabilidade (Município PCE); Município Muito Protegido Sem Estabilidade (Município Muito PSE); Município Protegido Sem Estabilidade (Município PSE); Município Muito Desprotegido (Município Muito DES); Município Desprotegido (Município DES); Município em Transição.

A seguir, os resultados da classificação realizada nos anos de 2008, 2014 e 2020 nos três estados estudados.

6.5.1 O Estado de Pernambuco

A distribuição dos 184 municípios de PE como Município Muito PSE, ao longo da série, revela uma redução de 11,2 vezes dessa escolha, por parte dos gestores. Observa-se, ainda, o incremento do Município PCE (de 22,3% para 40,2%), do Município PSE (de 9,8% para 35,3%) e do Município em Transição (de 1,1% para 13,0%) (Tabela 19).

No ano de 2008, a escolha por Município Muito PSE abrangeu todos os portes, contrastando com 2014, onde apenas os portes 2 e 6 tiveram esse comportamento. Por outro lado, o Município Muito PCE apenas se encontra no porte 6, em 2020. O Município PCE revelou-se como preferência em 2014 e 2020, em especial nos portes 3, 4 e 5. Além disso, fica evidente que, ao final da série, a maior parte dos municípios com até 20.000 habitantes (44 municípios) apresentam um perfil diferente dos outros portes. Enquanto a opção deles é pelo conjunto do Município PSE, os demais municípios de outros portes preferem o conjunto dos Municípios PCE. (TABELA 18)

Tabela 18- Número e percentual dos municípios classificados segundo ano, tipologia das formas de contratação e porte populacional. Pernambuco. 2008, 2014 e 2020.

2008														
Tipos de Municípios	Porte 1		Porte 2		Porte 3		Porte 4		Porte 5		Porte 6		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Muito PCE	1	5,9	8	12,3	7	10,4	2	8,7	0	0,0	0	0,0	18	9,8
PCE	1	5,9	13	20,0	19	28,4	6	26,1	2	20,0	0	0,0	41	22,3
Muito PSE	12	70,6	39	60,0	33	49,3	11	47,8	6	60,0	1	50,0	102	55,4
PSE	3	17,6	5	7,7	6	9,0	1	4,3	2	20,0	1	50,0	18	9,8
Muito DES	0	0,0	0	0,0	1	1,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,5
DES	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	8,7	0	0,0	0	0,0	2	1,1
Em transição	0	0,0	0	0,0	1	1,5	1	4,3	0	0,0	0	0,0	2	1,1
Total	17	100,0	65	100,0	67	100,0	23	100,0	10	100,0	2	100,0	184	100,0

2014														
Tipos de Municípios	Porte 1		Porte 2		Porte 3		Porte 4		Porte 5		Porte 6		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Muito PCE	2	11,8	4	6,2	1	1,5	1	4,3	1	10,0	0	0,0	9	4,9
PCE	4	23,5	18	27,7	34	50,7	14	60,9	6	60,0	1	50,0	77	41,8
Muito PSE	5	29,4	26	40,0	11	16,4	3	13,0	0	0,0	1	50,0	46	25,0
PSE	6	35,3	14	21,5	18	26,9	5	21,7	3	30,0	0	0,0	46	25,0
Muito DES	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
DES	0	0,0	0	0,0	1	1,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,5
Em transição	0	0,0	3	4,6	2	3,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	2,7
Total	17	100,0	65	100,0	67	100,0	23	100,0	10	100,0	2	100,0	184	100,0

2020														
Tipos de Municípios	Porte 1		Porte 2		Porte 3		Porte 4		Porte 5		Porte 6		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Muito PCE	1	5,9	3	4,6	0	0,0	4	17,4	1	10,0	2	100,0	11	6,0
PCE	4	23,5	20	30,8	32	47,8	13	56,5	5	50,0	0	0,0	74	40,2
Muito PSE	2	11,8	6	9,2	0	0,0	1	4,3	0	0,0	0	0,0	9	4,9
PSE	7	41,2	29	44,6	24	35,8	3	13,0	2	20,0	0	0,0	65	35,3
Muito DES	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
DES	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	4,3	0	0,0	0	0,0	1	0,5
Em transição	3	17,6	7	10,8	11	16,4	1	4,3	2	20,0	0	0,0	24	13,0
Total	17	100,0	65	100,0	67	100,0	23	100,0	10	100,0	2	100,0	184	100,0

Fonte: A autora.

6.5.2 O Estado da Bahia

Quando se considera a série do estudo, verifica-se que os 398 municípios da Bahia apresentam distribuição como Município Muito PSE e Município Muito PCE na mesma direção, porém, com valores percentuais distintos para sua redução. Ou seja, enquanto a redução de Município Muito PSE compreende 17,9 vezes, a de Município Muito PCE compreende 4,0 vezes os valores iniciais.

Ademais, identificou-se o crescimento do Município PSE (de 11,1% para 29,9%) e que o Município PCE permanece como o de maiores percentuais (de 32,2 % para 48,7%). A redução do conjunto Município DES também foi verificada. Ao final da série, chama a atenção o número de municípios classificados como em transição (n=54).

Em 2008 e 2014, o conjunto dos Municípios PCE se revelou como opção dos gestores, em todos os portes, com exceção do porte 6, no qual a opção é a do conjunto do PSE, em 2008, e de Município PCE e Município em Transição, em 2014.

Entretanto, destacaram-se os municípios do porte 4 como Município Muito PSE (40,7%) no início da série. Foi verificado, também, que os municípios com até 50.000 habitantes (n=117) apresentam, ao longo da série, crescimento como Município PSE da ordem de 166,8%, 285,2% e 133,6%, respectivamente. (TABELA 19)

Tabela 19- Número e percentual dos municípios classificados segundo ano, tipologia das formas de contratação e porte populacional. Bahia. 2008, 2014 e 2020.

2008														
Tipos de Municípios	Porte 1		Porte 2		Porte 3		Porte 4		Porte 5		Porte 6		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Muito PCE	15	24,2	44	25,7	20	16,3	9	33,3	6	46,2	0	0,0	94	23,6
PCE	24	38,7	56	32,7	41	33,3	5	18,5	2	15,4	0	0,0	128	32,2
Muito PSE	11	17,7	43	25,1	39	31,7	11	40,7	2	15,4	1	50,0	107	26,9
PSE	9	14,5	15	8,8	15	12,2	1	3,7	3	23,1	1	50,0	44	11,1
Muito DES	2	3,2	4	2,3	2	1,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	8	2,0
DES	1	1,6	4	2,3	2	1,6	1	3,7	0	0,0	0	0,0	8	2,0
Em transição	0	0,0	5	2,9	4	3,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	9	2,3
Total	62	100,0	171	100,0	123	100,0	27	100,0	13	100,0	2	100,0	398	100,0

2014														
Tipos de Municípios	Porte 1		Porte 2		Porte 3		Porte 4		Porte 5		Porte 6		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Muito PCE	5	8,1	19	11,1	19	15,4	7	25,9	5	38,5	0	0,0	55	13,8
PCE	35	56,5	93	54,4	58	47,2	13	48,1	4	30,8	1	50,0	204	51,3
Muito PSE	6	9,7	9	5,3	13	10,6	5	18,5	2	15,4	0	0,0	35	8,8
PSE	8	12,9	27	15,8	23	18,7	2	7,4	1	7,7	0	0,0	61	15,3
Muito DES	0	0,0	1	0,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,3
DES	2	3,2	1	0,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	0,8
Em transição	6	9,7	21	12,3	10	8,1	0	0,0	1	7,7	1	50,0	39	9,8
Total	62	100,0	171	100,0	123	100,0	27	100,0	13	100,0	2	100,0	398	100,0

2020														
Tipos de Municípios	Porte 1		Porte 2		Porte 3		Porte 4		Porte 5		Porte 6		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Muito PCE	1	1,6	10	5,8	10	8,1	0	0,0	2	15,4	0	0,0	23	5,8
PCE	24	38,7	76	44,4	64	52,0	21	77,8	8	61,5	1	50,0	194	48,7
Muito PSE	1	1,6	2	1,2	2	1,6	0	0,0	1	7,7	0	0,0	6	1,5
PSE	24	38,7	58	33,9	35	28,5	1	3,7	1	7,7	0	0,0	119	29,9
Muito DES	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
DES	1	1,6	0	0,0	1	0,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,5
Em transição	11	17,7	25	14,6	11	8,9	5	18,5	1	7,7	1	50,0	54	13,6
Total	62	100,0	171	100,0	123	100,0	27	100,0	13	100,0	2	100,0	398	100,0

Fonte: A autora.

6.5.3 O Estado do Rio de Janeiro

Os 87 municípios do Rio de Janeiro apresentaram, ao longo da série, um comportamento distinto. Enquanto o conjunto dos Municípios PCE apresentaram um crescimento (de 17,2% para 56,3%), o conjunto dos Municípios PSE revelou uma redução (de 70,1% para 34,5%). Chama a atenção a redução do número de municípios do conjunto DES, ao longo da série (de 11 para 2).

O ano de 2008 é marcado pela opção dos gestores, de todos os portes de municípios, pelo conjunto de Municípios PSE em detrimento aos de PCE. Entretanto, essa escolha apenas permanece, em 2014, nos portes 3,4 e 5, e, em 2020, nos portes 4 e 5.

Os demais migram para o conjunto de PCE, à exceção do porte 6. Esses municípios apresentam uma distribuição distinta em cada ano aqui apresentado. Destaca-se, na série, o reduzido número de municípios classificados como em transição ao seu final (n=6).

Destaca-se, ainda, a permanência de dois municípios no conjunto DES, no final da série. (TABELA 20)

Tabela 20- Número e percentual dos municípios classificados segundo o ano, tipologia das formas de contratação e porte populacional. Rio de Janeiro. 2008, 2014 e 2020.

2008														
Tipos de Municípios	Porte 1		Porte 2		Porte 3		Porte 4		Porte 5		Porte 6		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Muito PCE	0	0,0	4	20,0	3	12,0	0	0,0	1	5,0	0	0,0	8	9,2
PCE	0	0,0	2	10,0	2	8,0	2	18,2	1	5,0	0	0,0	7	8,0
Muito PSE	3	42,9	7	35,0	11	44,0	8	72,7	10	50,0	1	25,0	40	46,0
PSE	3	42,9	4	20,0	5	20,0	1	9,1	6	30,0	2	50,0	21	24,1
Muito DES	1	14,3	1	5,0	4	16,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	6,9
DES	0	0,0	2	10,0	0	0,0	0	0,0	2	10,0	1	25,0	5	5,7
Em transição	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Total	7	100,0	20	100,0	25	100,0	11	100,0	20	100,0	4	100,0	87	100,0

2014														
Tipos de Municípios	Porte 1		Porte 2		Porte 3		Porte 4		Porte 5		Porte 6		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Muito PCE	2	28,6	4	20,0	6	24,0	0	0,0	2	10,0	0	0,0	14	16,1
PCE	2	28,6	8	40,0	4	16,0	2	18,2	1	5,0	2	50,0	19	21,8
Muito PSE	1	14,3	3	15,0	6	24,0	7	63,6	8	40,0	0	0,0	25	28,7
PSE	2	28,6	4	20,0	8	32,0	1	9,1	6	30,0	1	25,0	22	25,3
Muito DES	0	0,0	0	0,0	1	4,0	1	9,1	0	0,0	0	0,0	2	2,3
DES	0	0,0	1	5,0	0	0,0	0	0,0	2	10,0	1	25,0	4	4,6
Em transição	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	5,0	0	0,0	1	1,1
Total	7	100,0	20	100,0	25	100,0	11	100,0	20	100,0	4	100,0	87	100,0

2020														
Tipos de Municípios	Porte 1		Porte 2		Porte 3		Porte 4		Porte 5		Porte 6		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Muito PCE	1	14,3	4	20,0	10	40,0	0	0,0	5	25,0	0	0,0	20	23,0
PCE	4	57,1	11	55,0	6	24,0	4	36,4	3	15,0	1	25,0	29	33,3
Muito PSE	1	14,3	1	5,0	4	16,0	4	36,4	7	35,0	1	25,0	18	20,7
PSE	1	14,3	2	10,0	3	12,0	3	27,3	3	15,0	0	0,0	12	13,8
Muito DES	0	0,0	0	0,0	1	4,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,1
DES	0	0,0	1	5,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,1
Em transição	0	0,0	1	5,0	1	4,0	0	0,0	2	10,0	2	50,0	6	6,9
Total	7	100,0	20	100,0	25	100,0	11	100,0	20	100,0	4	100,0	87	100,0

Fonte: A autora.

A descentralização do SUS, conforme preconizada na CF/88, ocorreu na década de 90, entre muitos avanços e desafios. Nessa perspectiva, o município torna-se o lócus e o maior responsável pela gestão e execução das ações e serviços de saúde. Entretanto, a descentralização não se efetivou de forma homogênea, devido às particularidades e diversidades encontradas nos entes municipais. Uma delas diz respeito ao expressivo número de municípios e tipos de portes populacionais. (ARCARI et al., 2020)

Neste estudo, os três estados analisados ratificam essa assertiva. Os estados de Pernambuco, Bahia e Rio de Janeiro apresentam características bem distintas. O primeiro possui 184 municípios, com cerca de 80% compreendendo os portes 2 e 3. O mesmo perfil de porte tem o Estado da Bahia, entretanto, com mais que o dobro de municípios (417). Ambos integram a Região Nordeste, uma das mais desiguais em renda e oportunidades. O último Estado analisado se encontra na região mais rica e populosa do país, o Sudeste. E, na distribuição de seus 92 municípios, os portes 3, 5 e 2 compreendem aos maiores percentuais, respectivamente.

Nunes et al. (2015) relatam as dificuldades enfrentadas pelos municípios para dar conta das exigências necessárias de uma gestão tão complexa como a do trabalho em saúde. Em especial, destaca-se a situação dos municípios com até 20.000 habitantes, também conhecidos como municípios de pequeno porte (MPP), os quais apresentam falta de estrutura para o planejamento e reduzida capacidade de gestão urbana em relação às competências municipais demandadas pela CF/88. Cabe destaque que, para muitos desses entes federativos, a APS constitui a única modalidade de assistência à saúde. Assim, os municípios tornaram-se importantes gestores da força de trabalho no SUS, sendo uma das questões estruturantes para o desenvolvimento da APS a estabilidade e o vínculo de trabalho dos profissionais.

Em 2020, os MPPs de Pernambuco foram encontrados no conjunto de Municípios PSE, enquanto os da Bahia e Rio de Janeiro apresentaram comportamento diferente, ambos como Municípios PCE. Ou seja, quando se considera os PMMs, as maiores dificuldades para a melhoria da APS, segundo Nunes et al. (2015), são encontradas em Pernambuco.

Por outro lado, Menezes et al. (2020) relatam que os municípios de maior porte populacional possuem mais registros de terceirização da força de trabalho e flexibilização dos vínculos trabalhistas na APS. Fato que, neste estudo, em 2020, pôde ser verificado nos Estados do Rio de Janeiro e da Bahia, no porte 6 (RJ, 25% Muito PSE e 50% em Transição; BA, 50% em Transição).

Cabe destaque o estudo de Rodrigues, Gontijo e Gonçalves (2020, p.3575), para avaliar a eficiência dos gastos públicos em APS dos municípios do Rio de Janeiro. Os autores relataram que “... não foram encontradas evidências de que os municípios mais ricos, desenvolvidos ou

populosos foram mais (ou menos) eficientes com relação ao gasto público em APS do que aqueles que não o são”. E o tema gasto público em saúde é bem caro ao SUS, haja vista o subfinanciamento, que constitui um dos desafios estruturais do SUS. (VIACAVA et al., 2018)

Tendo como objetivo descrever a evolução do financiamento em saúde dos entes federativos municipais, no período de 2004 a 2019, Cruz, Barros e Souza (2021) constataram o crescimento real dos gastos municipais em saúde na ordem de 156,3% (de 2004 a 2014), uma queda no período de 2014 a 2015, e depois, um período de recuperação nos demais anos da série estudada. Ademais, ficou evidenciado que a dependência fiscal cresceu, particularmente após o período de crise em 2015, pois, observou-se o crescimento da participação das receitas não próprias nos orçamentos, em especial nos municípios menores.

Em resposta à grave crise econômica e política, em 2016, foi aprovada uma emenda constitucional que limitou o crescimento dos gastos federais ao reajuste da inflação, por um período de 20 anos. Além disso, foi realizada uma revisão da PNAB (2017), que possibilitou a flexibilização na composição das equipes de ESF, ao reduzir o número de profissionais que prestam atendimento à população adscrita. E, por fim, alterou o modelo de financiamento da APS, por meio do Programa “Previne Brasil”, instituído através da Portaria nº 2.979, de novembro de 2019, que, dentre outros aspectos, pode possibilitar o comprometimento da abrangência dos serviços da APS, haja visto que, na nova política, não há previsão de financiamento de equipes Nasf. (MASSUDA, 2020)

Entre os achados, destacam-se algumas particularidades entre as capitais estudadas: Recife se consolida como a capital que mais cresceu quanto às formas de contratação com direitos trabalhistas e com estabilidade (2008, Município PSE; 2014, Município PCE; 2020, Município Muito PCE); Salvador muda também o perfil, mas não atinge valores iguais ou maiores que 75% de formas de contratação com direitos trabalhistas e com estabilidade ao final da série (2008, Município PSE; 2014 e 2020, Município PCE); e o Rio de Janeiro se apresenta como a capital em que as formas de contratação são mais precarizadas, quando comparadas às outras duas capitais. (2008, Município PSE; 2014, Município DES; 2020, Município em transição)

Vale ressaltar as medidas de austeridade adotadas pela presidente Dilma para o enfrentamento da crise econômica, em 2015. Assim, para conseguir o superávit primário, o principal instrumento de consolidação fiscal foi o corte de despesas, promovendo o maior contingenciamento na autorização orçamentária, desde o início da Lei de Responsabilidade Fiscal, inclusive com a suspensão de contratação para novos cargos públicos. E, como consequência dessas medidas, em conjunto com outras políticas de âmbito recessivo e da queda

acentuada do PIB, observou-se o aumento do desemprego. (DWECK; SILVEIRA; ROSSI, 2018)

O Estado do Rio de Janeiro exemplifica a crise nacional. As medidas de austeridade implementadas promoveram um ciclo vicioso de cortes de despesas crescentes, levando a quedas maiores das receitas, mostrando que a austeridade adotada não tem sido eficiente para elevar o saldo primário e reduzir a dívida do Estado. Ademais, ampliou-se um processo de regressão social, o que levou a um incremento da pobreza e extrema pobreza, a partir de 2015. Um quadro em que se observa o crescimento da taxa de letalidade violenta, a partir de 2016. Dessa forma, pode-se ver a proposta de intervenção na segurança interligada ao Regime de Recuperação Fiscal; em ambos os casos não foi considerada a autonomia federativa do Estado do Rio de Janeiro. Ou seja, ao “choque de austeridade” se seguiu o “choque de ordem”. (DWECK; SILVEIRA, ROSSI, 2018)

Nunca é demais considerar a importância que Braunert, Bernardo e Bridi (2021) atribuem à contratação de servidores estáveis por meio de concurso público, pois possibilita a formação de um corpo técnico e estável que não está sujeito às nomeações de cunho político partidário e nem de oscilações de governos. Além disso, garante a continuidade de serviços públicos, permite a estabilidade administrativa e democrática. Tema pertinente nos tempos adversos que o país enfrenta.

Nesse diapasão, reveste-se de grande importância a classificação dos municípios proposta neste estudo, com vistas a subsidiar maiores reflexões e análises sobre os caminhos possíveis para formas de contratação de pessoal que se revistam de maior proteção aos trabalhadores da APS, para que a efetivação do direito à saúde seja prioridade.

A seguir, uma síntese dos resultados da classificação dos municípios no período da série.

Quadro 22 – Síntese da classificação dos municípios.

Objetivo	Pernambuco	Bahia	Rio De Janeiro
<p>Classificar os municípios dos estados selecionados de acordo com a tipologia das formas de contratação de pessoal praticadas na Atenção Primária à Saúde segundo CNES.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Redução acentuada de Municípios Muito PSE em todos os portes, ao longo da série. - Incremento do Município PCE, com exceção do porte 6, ao longo da série. - Apenas o porte 6 apresenta em 2020 Municípios Muito PCE. - O conjunto dos municípios PCE passa de 59 (32,1%) para 85 (46,2%). - O conjunto dos Municípios PSE passa de 120 (65,2%) para 74 (40,2%). - O conjunto dos municípios DES passa de 3 (1,6%) para 1 (0,5%). - Os municípios em transição passam de 2 (1,1%) para 24 (13%). 	<ul style="list-style-type: none"> - Municípios dos portes 1, 2 e 3 apresentam crescimento como município PSE, ao longo da série. - Redução acentuada de Municípios Muito PSE em todos os portes, ao longo da série. - O conjunto dos municípios PCE passa de 222 (55,8%) para 217 (54,5%). - O conjunto dos Municípios PSE passa de 151(38,0%) para 125 (31,4%). - O conjunto dos municípios DES passa de 16 (4,0%) para 2 (0,5%). - Os municípios em transição passam de 9 (2,3%) para 54 (13,6%). 	<ul style="list-style-type: none"> - Em 2020, os portes 1, 2 e 3 apresentam maiores valores como Municípios do conjunto PCE e os portes 4 e 5, do conjunto PSE. O porte 6 como município em transição. Ressalta-se que os portes 4,5 e 6 são os mais populosos, ou seja, com maior número de formas de contratação. - O conjunto dos municípios PCE passa de 15(17,2%) para 49 (56,3%). - O conjunto dos Municípios PSE passa de 61(70,1%) para 30 (34,5%). - O conjunto dos municípios DES passa de 11 (12,6%) para 2 (2,2%). - Os municípios em transição passam de 0 (0,0%) para 6 (6,9%).

Fonte: A autora.

6.6 Distribuição espacial dos municípios classificados de acordo com a tipologia das formas de contratação de pessoal praticadas na Atenção Primária à Saúde

Após a descrição da classificação dos municípios segundo as formas de contratação de pessoal da APS, com a finalidade de trazer ao conhecimento a distribuição espacial desses entes federativos ao longo dos anos, foram elaborados mapas temáticos para apresentar a situação dos municípios dos três estados selecionados. A divisão por Mesorregiões foi selecionada por possibilitar a apresentação das similaridades regionais de cada Estado.

6.6.1 Os municípios do Estado de Pernambuco

O Estado de Pernambuco é dividido em 5 Mesorregiões: a Mesorregião do Sertão Pernambucano; a Mesorregião do São Francisco Pernambucano; a Mesorregião do Agreste Pernambucano; a Mesorregião da Mata Pernambucana; e a Mesorregião Metropolitana do Recife.

A distribuição espacial dos Municípios classificados segundo as formas de contratação dos anos de 2008, 2014 e 2020 é apresentada a seguir. (FIGURAS 5, 6 e 7)

a) O ano de 2008

- **A Mesorregião do Sertão Pernambucano** - Chama a atenção a predominância do Município Muito PSE, na região central dessa Mesorregião. Observa-se uma agregação de municípios, desde o Norte, iniciando em Manari, até o Sul, chegando em Itapetim, do conjunto de PSE. Nota-se, ainda, a presença do município de Serra Talhada como Município Desprotegido.

- **A Mesorregião do São Francisco Pernambucano**- O conjunto de municípios PSE e o conjunto dos Municípios PCE apresentam os mesmos quantitativos numéricos.

- **A Mesorregião do Agreste Pernambucano** – Essa região é marcada pela forte presença dos Municípios Muito PSE e de PSE, com a visualização de duas agregações municipais com similaridades de perfis PSE. Uma na região que cerca o município de Pedra e outra na região, mais ao norte, que cerca o município de Caruaru.

- **A Mesorregião da Mata Pernambucana** – Cabe destaque que é a única região que apresenta dois municípios no conjunto do DES: Ribeirão, como Muito Desprotegido, e Escada, como DES. Ademais, os municípios são distribuídos como Muito PSE e PCE.

- **A Mesorregião Metropolitana do Recife** – O município de Ipojuca é o único como Muito PCE, numa região predominantemente do conjunto do PSE, inclusive a capital do Estado como Muito PSE.

b) O ano de 2014

- **A Mesorregião do Sertão Pernambucano** – O cenário de municípios Muito PSE é alterado para o conjunto de PCE, inclusive com a não visualização de nenhuma agregação por similaridade de perfis. Porém, o município de Bodocó é reconhecido como DES.

- **A Mesorregião do São Francisco Pernambucano**- O conjunto do PCE tem predominância, com a existência de uma agregação municipal com similaridade de perfis PCE na região próxima a Petrolina.

- **A Mesorregião do Agreste Pernambucano** – Aos municípios de PCE, seguem-se os de Muito PSE e de PSE. Destaque para o município de Buíque como Muito PCE. Não há mais visualização das agregações por similaridade de perfis do conjunto de PSE existentes no ano de 2008.

- **A Mesorregião da Mata Pernambucana** – Observa-se o crescimento numérico de municípios PCE e, em seguida, de PSE. Há visualização de uma agregação de municípios por similaridade de perfis no conjunto de PSE, na região mais ao norte que cerca Goiana.

- **A Mesorregião Metropolitana do Recife** – Os municípios apresentam cerca de 50% como PCE e como PSE, tendo a capital Recife se apresentado agora como PCE.

c) O ano de 2020

- **A Mesorregião do Sertão Pernambucano** – Os municípios se dividem quase de forma igualitária entre o conjunto de PSE e de PCE. Observa-se a presença de três municípios em transição.
- **A Mesorregião do São Francisco Pernambucano**- Não há mais predominância do conjunto de PCE e nem agregação municipal com similaridade de perfis PCE. Ao contrário, os municípios se apresentam distribuídos, quase de forma equânime, entre PSE e PCE. A exceção é Lagoa Grande, como: em Transição.

- **A Mesorregião do Agreste Pernambucano** – Nessa região foi observado o maior número de municípios em transição, em relação às demais regiões do Estado. Os municípios PCE constituem a maioria.

- **A Mesorregião da Mata Pernambucana** – Não há mais presença de agregação municipal com similaridade de perfis. A distribuição segue como municípios PCE e, em seguida, de PSE. Observa-se o município de Escada como DES e a presença de quatro municípios em Transição.

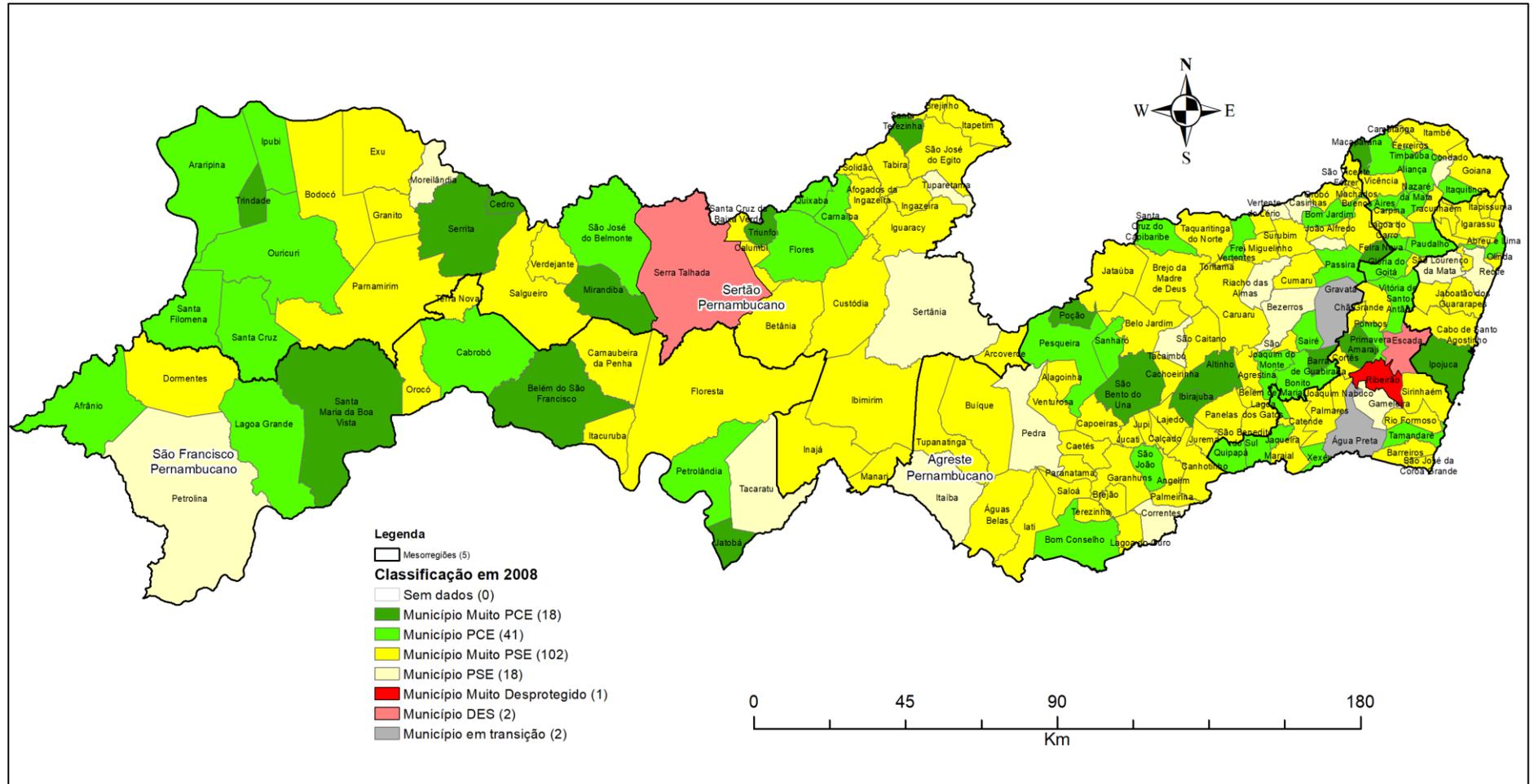
- **A Mesorregião Metropolitana do Recife** – Há um pequeno incremento dos municípios PSE e uma agregação municipal com similaridade de perfis PCE ao redor de Recife. Chama a atenção a mudança do município de Ipojuca para PSE.

Em resumo, a dinâmica regional é bem considerável. O que pode ser visualizado nos três anos da série analisados é que o perfil dos municípios do Estado é alterado do conjunto de PSE para o conjunto de PCE, em todas as Mesorregiões.

Nesta mesma direção, visualiza-se a redução acentuada de municípios Muito PSE e de Muito PCE em 2020, revelando que os municípios estão mais suscetíveis a mudanças ao não consolidarem seus perfis acima de 75%. O que pode ser entendido a partir da comparação dos mapas de 2014 e 2020.

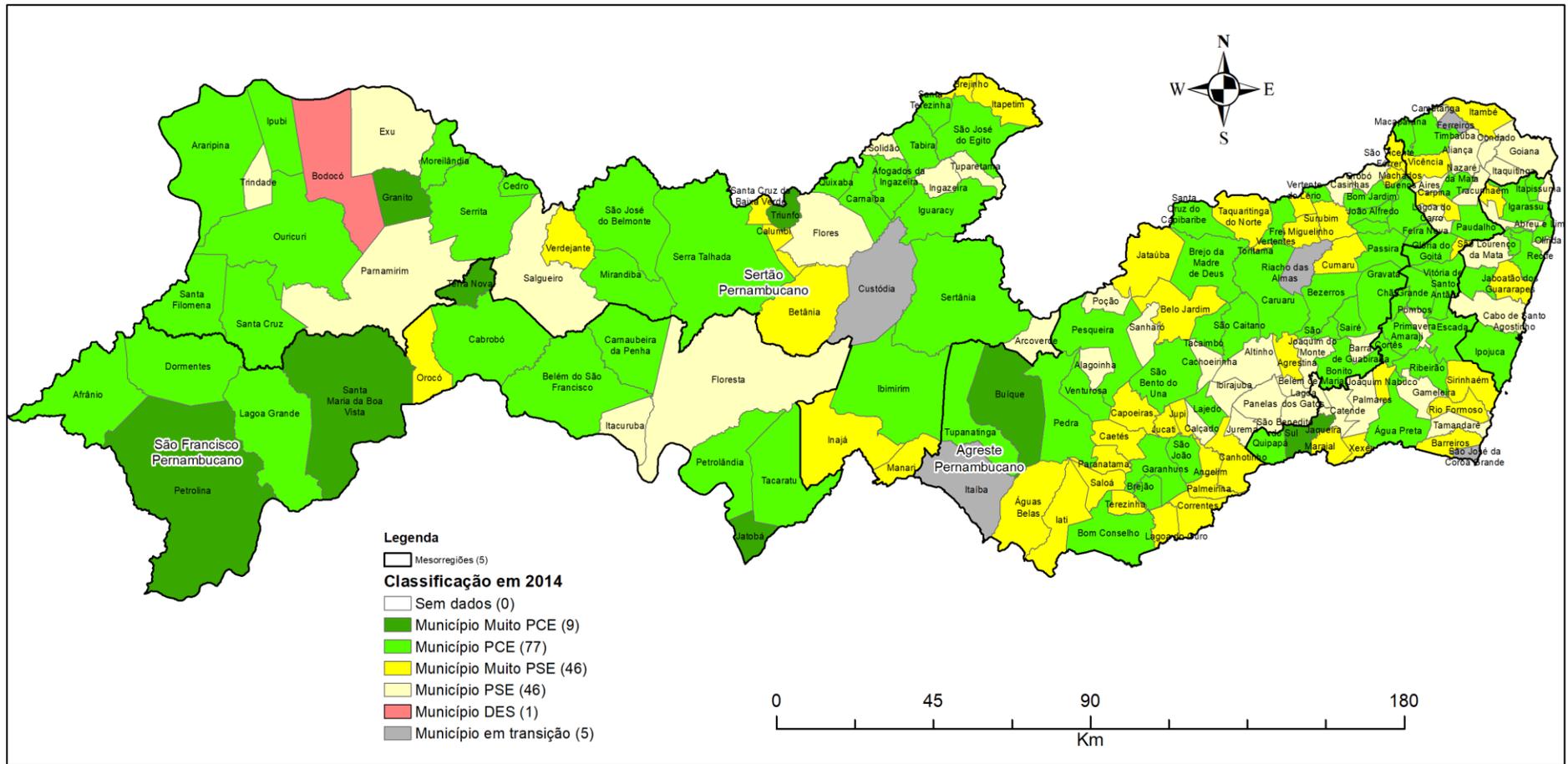
Além disso, a Mesorregião Agreste Pernambucano é a que mais apresenta possibilidade de mudanças ao se considerar o quantitativo de municípios em transição ao final da série.

Figura 5- Distribuição espacial da classificação dos municípios segundo ano, tipo e Mesorregião. Pernambuco. 2008.



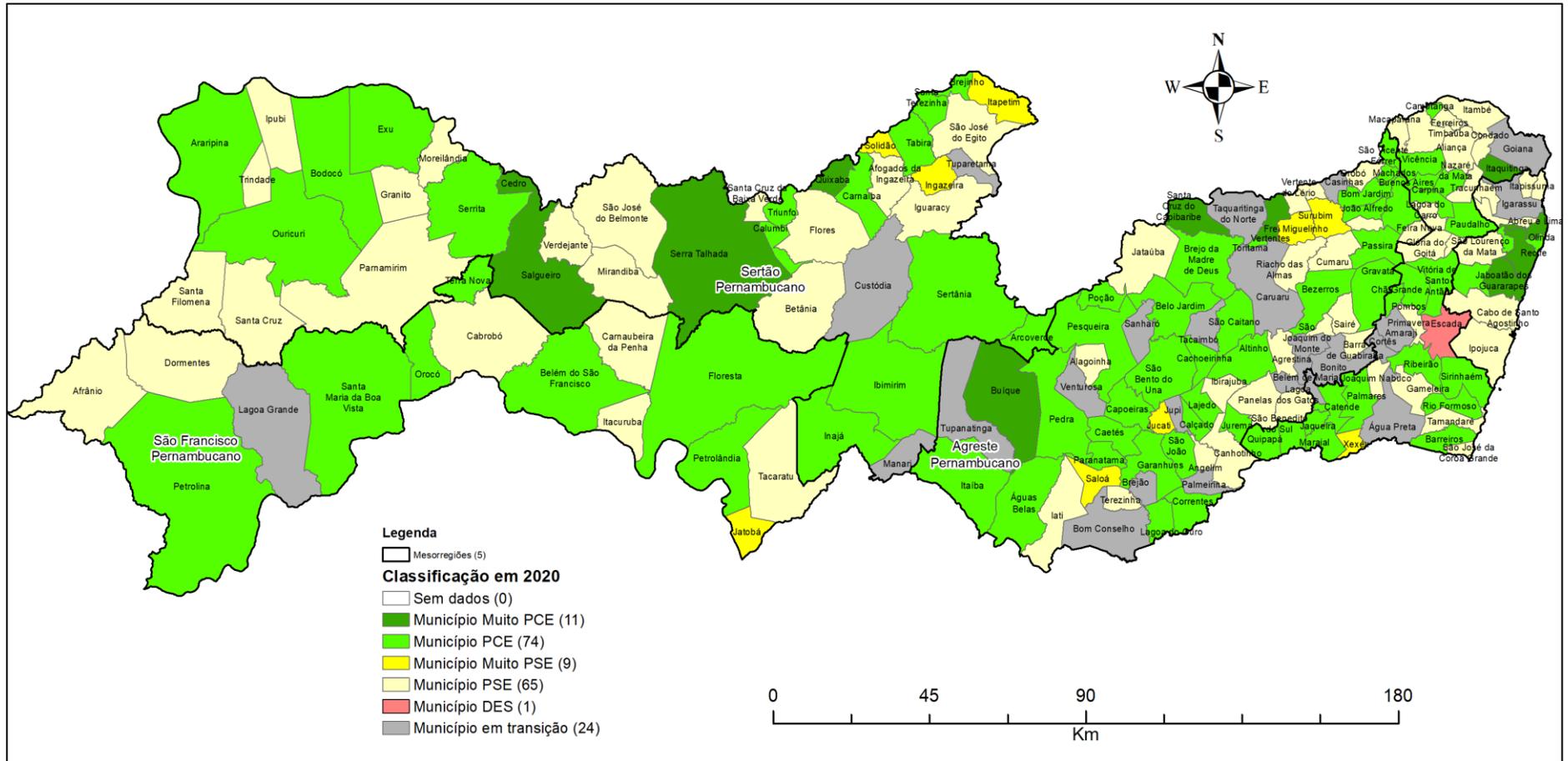
Fonte: A autora.

Figura 6- Distribuição espacial da classificação dos municípios segundo ano, tipo e Mesorregião. Pernambuco. 2014.



Fonte: A autora.

Figura 7- Distribuição espacial da classificação dos municípios segundo ano, tipo e Mesorregião. Pernambuco. 2020.



Fonte: A autora.

6.6.2 Os municípios do Estado da Bahia

O Estado da Bahia apresenta 7 mesorregiões em sua distribuição espacial, assim denominadas: Mesorregião do Extremo Oeste Baiano; Mesorregião do Vale São-Franciscano da Bahia; Mesorregião do Centro-Norte Baiano; Mesorregião do Nordeste Baiano; Mesorregião Metropolitana de Salvador; Mesorregião do Centro-Sul Baiano; Mesorregião do Sul Baiano.

A distribuição espacial dos municípios classificados segundo as formas de contratação de pessoal na APS nos anos de 2008, 2014 e 2020 é apresentada a seguir (Figuras 8, 9 e 10):

a) O ano de 2008

- **A Mesorregião do Extremo Oeste Baiano:** A região apresenta cinco municípios que foram excluídos do estudo por não apresentarem os dados completos (Correntina, Baianópolis, Catolândia, Wanderley e Mansidão). A predominância é de PCE, seguido de PSE.

- **A Mesorregião do Vale São-Franciscano da Bahia:** A região apresenta dois municípios que foram excluídos do estudo por não apresentarem os dados completos (Sento Sé e Morpará). A maioria compreende os municípios do conjunto PCE, seguidos de Muito PSE.

- **A Mesorregião do Centro-Norte Baiano:** A região apresenta dois municípios que foram excluídos do estudo por não apresentarem os dados completos (Ibiquera e Conceição da Feira), dois municípios Muito DES (Ubaí e Água Fria) e outros três DES. Além disso, há a presença de uma agregação municipal com similaridade de perfis do conjunto de PCE, em torno da cidade de Jaguarari, localizada mais ao norte. Observa-se, ainda, grande quantidade de municípios Muito PSE.

- **A Mesorregião do Nordeste Baiano:** A região apresenta um município que foi excluído do estudo por não apresentar os dados completos (Gavião). Além disso, na região central, há uma agregação municipal com similaridade de perfis do conjunto de PCE nas proximidades da cidade de Araci. A composição da distribuição segue com maior número de municípios PCE, seguido de Muito PSE. Destaque para cidade de Olindina, como Muito DES.

-A Mesorregião Metropolitana de Salvador: A região apresenta um município que foi excluído do estudo por não apresentar os dados completos (Dom Macedo Costa). Maior predominância do conjunto de PCE, mas a capital Salvador é apresentada como município PSE.

- A Mesorregião do Centro-Sul Baiano: Constitui a região com maior número de municípios e apresenta seis municípios que foram excluídos do estudo por não apresentarem os dados completos (Ibicoara, Manoel Vitorino, Boa Nova, Brejões, Aiquara e Jitaúna). A maior parte se apresenta como município do conjunto PCE e três municípios como Muito DES (Mucugê, Wagner e Cordeiros).

-A Mesorregião do Sul Baiano: A região apresenta uma maior frequência de municípios do conjunto PSE. Além disso, dois municípios que foram excluídos do estudo por não apresentarem os dados completos (Itabuna e Barra do Rocha). Observa-se um município como Muito DES (Ituberá).

b) O ano de 2014

- A Mesorregião do Extremo Oeste Baiano: Há agregação municipal com similaridade de perfis do conjunto de PCE em torno do município de Riachão das Neves. Ademais, o perfil da região é de PCE e há um único município como PSE. Nota-se a presença de alguns municípios em transição.

- A Mesorregião do Vale São-Franciscano da Bahia: O predomínio é de municípios do conjunto PCE. De municípios do conjunto PSE, cinco são PSE e apenas um, Muito PSE (Paulo Afonso).

- A Mesorregião do Centro-Norte Baiano: Observa-se a presença de muitos municípios em transição. Ademais, a maior parte é de municípios do conjunto PCE. Inclusive, com uma agregação municipal com similaridade de perfis de PCE em torno do município de Várzea Nova, mais ao norte.

- A Mesorregião do Nordeste Baiano: Permanece uma agregação municipal com similaridade de perfis do conjunto de PCE nas proximidades do município de Araci e predomínio de município PCE na região.

- **A Mesorregião Metropolitana de Salvador:** Maior parte dos municípios como do conjunto PCE, inclusive Salvador.

- **A Mesorregião do Centro-Sul Baiano:** Presença de muitos municípios em transição. Entretanto, em relação a 2008, nota-se uma maior diversificação do cenário regional, com a redução de municípios Muito PSE para PSE, a permanência de muitos do conjunto PCE e a redução para apenas um município Muito DES (Mucugê). Pode-se, ainda, visualizar um conjunto de municípios como PSE, de Jacaraci, na região mais ao sul, até Seabra, mais ao norte.

- **A Mesorregião do Sul Baiano:** Em relação ao ano anterior analisado, há maior incremento dos municípios do conjunto PCE, inclusive com uma agregação municipal com similaridade de perfis do conjunto PCE, na região do município Canavieiras.

c) O ano de 2020

- **A Mesorregião do Extremo Oeste Baiano:** Observa-se um aumento dos municípios como PSE em relação a 2008. Apresenta apenas um município Muito PCE, o que difere de 2014 (n=4).

- **A Mesorregião do Vale São-Franciscano da Bahia:** Permanece com o mesmo padrão de 2014, com o predomínio do conjunto de Município PCE.

- **A Mesorregião do Centro-Norte Baiano:** Não há mais visualização de agregação municipal com similaridade de perfis de PCE. Nota-se maior número de municípios PCE em relação a 2014. Identifica-se um município DES (Piritiba). Muitos municípios permanecem como em Transição.

- **A Mesorregião do Nordeste Baiano:** Não há mais município Muito PSE e observa-se a redução de municípios Muito PCE. É observado o incremento de municípios em Transição.

- **A Mesorregião Metropolitana de Salvador:** O aumento de municípios em Transição foi observado em relação a 2014 e permanece o predomínio do conjunto PCE. Não há mais nenhum município Muito PSE.

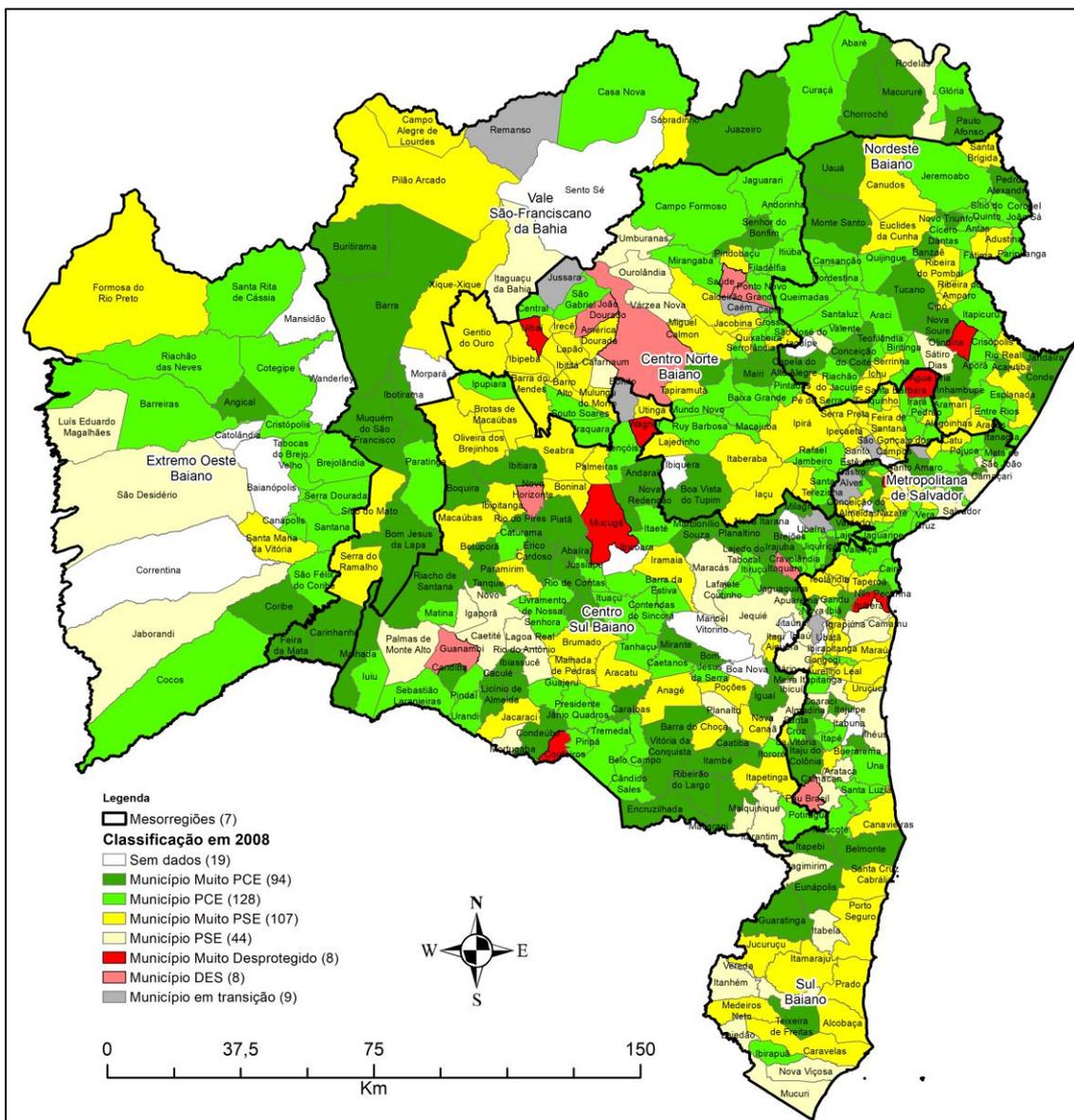
- **A Mesorregião do Centro-Sul Baiano:** Permanece o padrão anterior de muitos municípios em Transição e como PCE. Há apenas um município DES (Ipupiara). Há pequeno incremento dos municípios PSE.

- **A Mesorregião do Sul Baiano:** Na região mais ao sul, nota-se a alteração de municípios Muito PSE para PSE. Permanece maior predomínio de PCE.

Em suma, ao se visualizar os mapas dos três anos da série, nota-se uma mudança de perfil do conjunto PSE para o de PCE ao se considerar a maior parte das Mesorregiões, inclusive com redução acentuada dos perfis de Muito PSE.

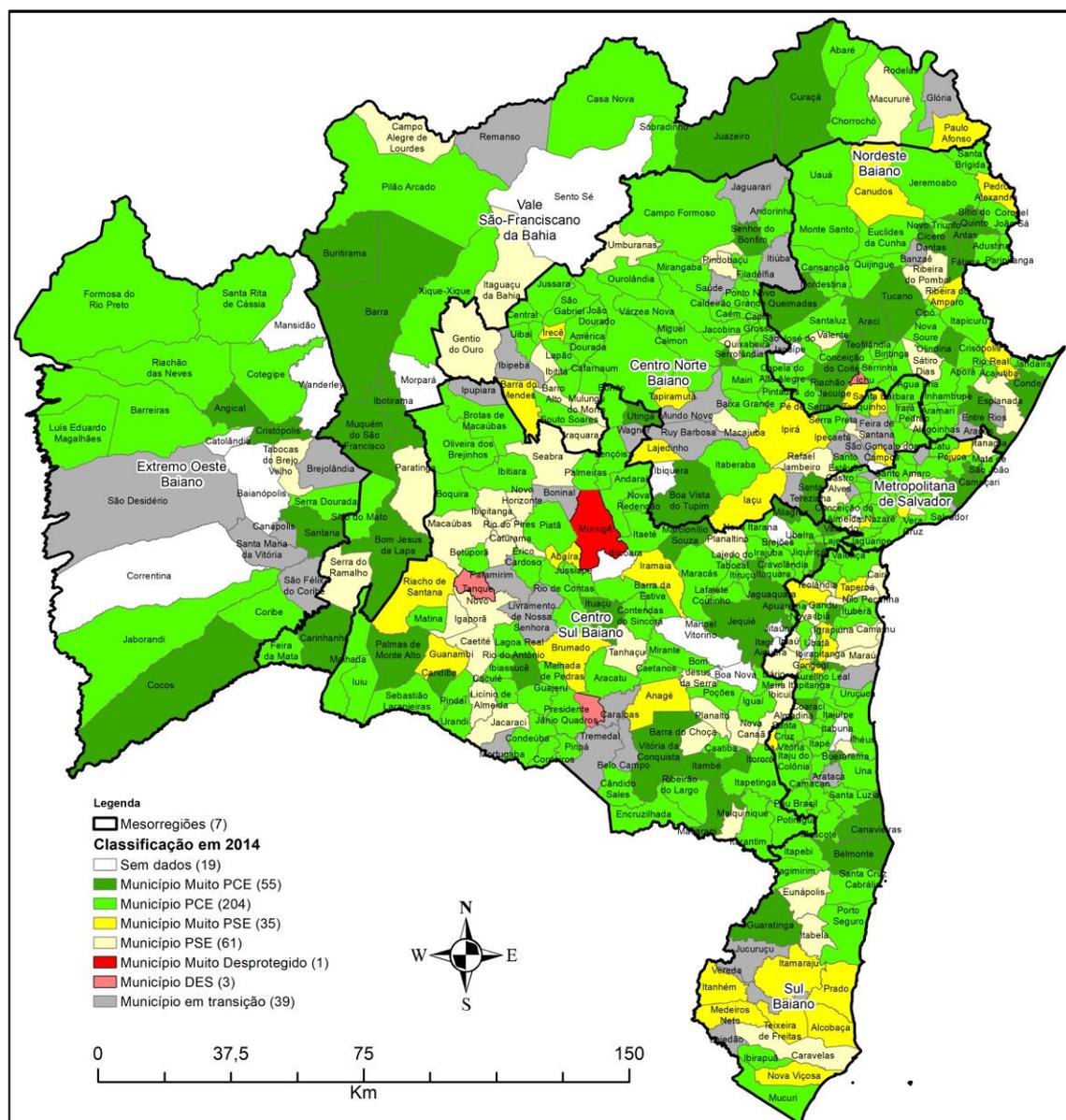
Entretanto, em 2020, chama a atenção o quantitativo de municípios, em todas as Mesorregiões, que se encontram em transição e daqueles que ainda permanecem como municípios PSE, em especial, quando se compara ao ano de 2014. Por outro lado, em 2020 observa-se a inexistência de municípios desprotegidos. Sem dúvida, um grande avanço.

Figura 8 - Distribuição espacial da classificação dos municípios segundo ano, tipo e Mesorregião. Bahia. 2008.



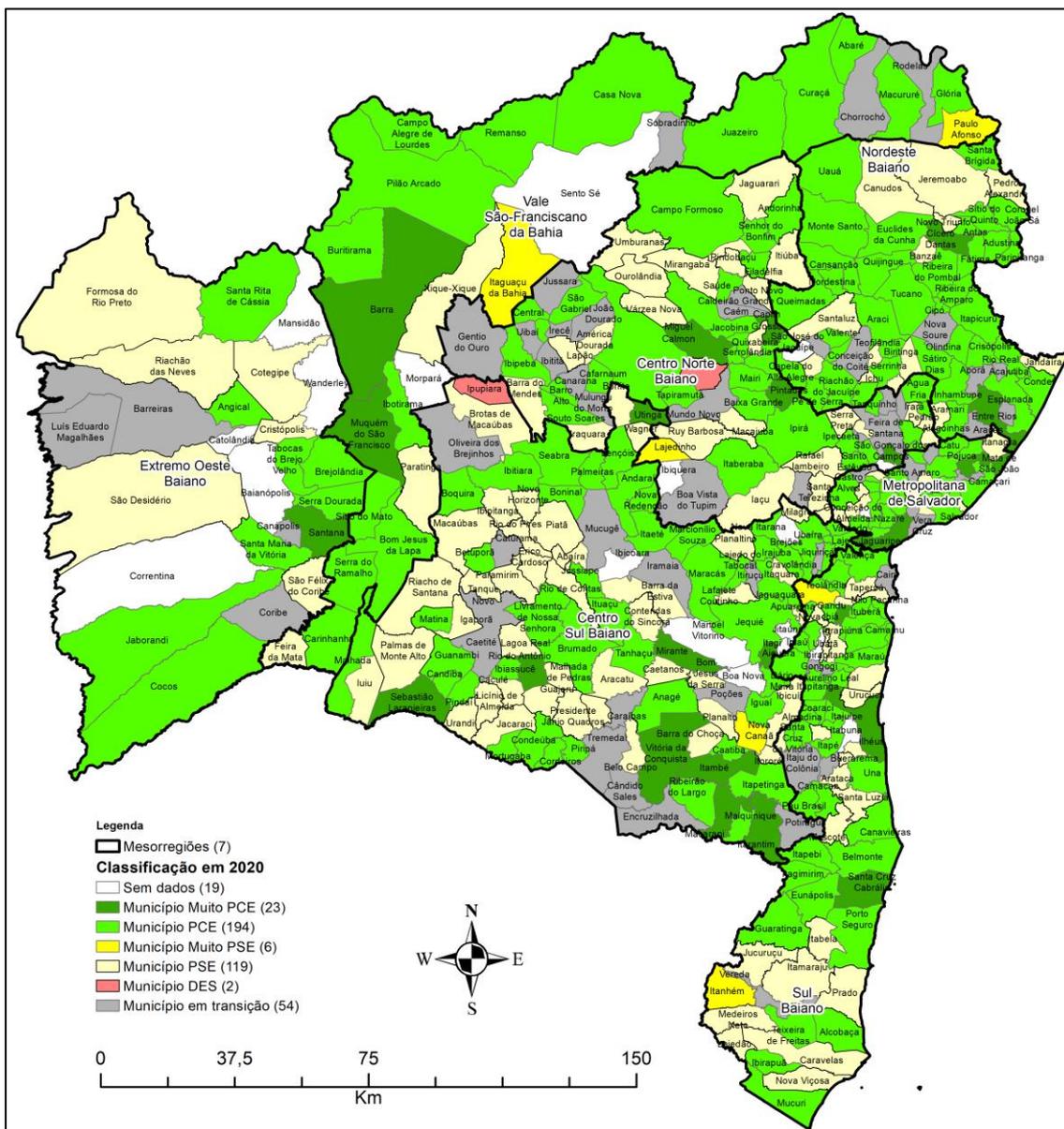
Fonte: A autora.

Figura 9- Distribuição espacial da classificação dos municípios segundo ano, tipo e Mesorregião. Bahia. 2014.



Fonte: A autora.

Figura 10 - Distribuição espacial da classificação dos municípios segundo ano, tipo e Mesorregião. Bahia. 2020.



Fonte: A autora.

6.6.3 Os municípios do Estado do Rio de Janeiro

O Estado do Rio de Janeiro é dividido em 7 mesorregiões, assim denominadas: Mesorregião Metropolitana do Rio de Janeiro; Mesorregião do Norte Fluminense; Mesorregião do Centro Fluminense; Mesorregião das Baixadas; Mesorregião do Noroeste Fluminense; Mesorregião do Sul Fluminense; Mesorregião do Norte Fluminense.

A distribuição espacial dos municípios classificados segundo as formas de contratação, nos anos de 2008, 2014 e 2020, é apresentada a seguir. (FIGURAS 11, 12 e 13)

a) O ano de 2008

- **A Mesorregião Metropolitana do Rio de Janeiro:** A região apresenta um município que foi excluído do estudo por não apresentar os dados completos (Teresópolis). A maior parte dos municípios são de Muito PSE, seguido de PSE, inclusive o município do Rio de Janeiro. É possível visualizar uma agregação municipal com similaridade de perfis do conjunto de PSE na região mais central, em torno do município de Magé. Observa-se a presença de dois municípios Muito DES (Engenheiro Paulo de Frontin e Paracambi) e três de DES (Nova Iguaçu, Mesquita e São João de Meriti).

- **A Mesorregião do Norte Fluminense:** A predominância é do conjunto de municípios PSE.

- **A Mesorregião do Centro Fluminense:** A predominância é de municípios Muito PSE, seguido de PSE. Observa-se a presença de dois municípios DES: Cordeiro, como Muito DES, e Santa Maria Madalena, como DES.

- **A Mesorregião das Baixadas:** A região apresenta dois municípios que foram excluídos do estudo por não apresentarem os dados completos (Iguaba Grande e Rio das Ostras). O perfil da região compreende municípios Muito PSE. Nota-se dois municípios como Muito DES (Arraial do Cabo e Casimiro de Abreu).

- **A Mesorregião do Noroeste Fluminense:** A região apresenta um município que foi excluído do estudo por não apresentar os dados completos (Bom Jesus do Itabapoana). O perfil da região compreende municípios Muito PSE. Inclusive com uma agregação municipal com similaridade

de perfis do conjunto de PSE, na região central, em torno de Itaperuna. Observa-se um município como Muito DES (Varre-Sai) e outro de DES (Porciúncula).

- **A Mesorregião do Sul Fluminense:** A região apresenta um município que foi excluído do estudo por não apresentar os dados completos (Paraty). O perfil da região compreende municípios PSE, seguidos dos Muito PSE. Inclusive com uma agregação municipal com similaridade de perfis do conjunto de municípios PSE, na região mais a oeste, em torno de Barra Mansa.

a) O ano de 2014

- **A Mesorregião Metropolitana do Rio de Janeiro:** A região permanece com predominância do conjunto de municípios PSE. Entretanto, há o incremento de municípios do conjunto de PCE. Cabe destaque para os três municípios DES, pois, entre eles se encontra a capital, Rio de Janeiro, e dois que se encontram como Muito DES (Paracambi e Seropédica).

- **A Mesorregião do Norte Fluminense:** Há mudança de perfil em relação ao ano de 2008 e os municípios se dividem, quase igualmente, em Municípios PSE e Municípios PCE.

- **A Mesorregião do Centro Fluminense:** Há uma agregação municipal com similaridade de perfis do conjunto de municípios PCE na região central, em torno de Macuco. Observa-se a mudança de perfil e a predominância passa a ser do conjunto de municípios PCE.

- **A Mesorregião das Baixadas:** Permanece a predominância do conjunto PSE, porém, com incremento do município PSE. Não há mais municípios DES.

- **A Mesorregião do Noroeste Fluminense:** Permanece a predominância do conjunto PSE, porém, com incremento do município PSE. Não há mais municípios DES. Pequeno incremento de municípios PCE.

- **A Mesorregião do Sul Fluminense:** A região mudou o perfil e passou a uma composição quase igualitária entre o conjunto de municípios PSE e PCE.

c) O ano de 2020

- **A Mesorregião Metropolitana do Rio de Janeiro:** Na região mais ao norte, há uma agregação municipal com similaridade de perfil do conjunto de PCE, em torno do município de Miguel Pereira. Três municípios, sendo um deles a capital, Rio de Janeiro, apresentam-se como municípios em transição. Ainda, os municípios do conjunto PSE são maioria, porém, em menor quantidade. O município de Paracambi permanece como DES.

- **A Mesorregião do Norte Fluminense:** O perfil predominante é o do conjunto de municípios PCE. Inclusive com uma agregação municipal com similaridade de perfis do conjunto de PCE, na região central, em torno de Campos dos Goytacazes.

- **A Mesorregião do Centro Fluminense:** Não há mais a visualização da agregação municipal com similaridade de perfis. Entretanto, a predominância continua sendo a do conjunto de municípios PCE. Destaca-se a mudança do município de Duas Barras, de PCE para DES.

- **A Mesorregião das Baixadas:** Permanece a predominância do conjunto PSE.

- **A Mesorregião do Noroeste Fluminense:** Há mudança de perfil, que passa do conjunto de municípios PSE para o PCE, inclusive com a não visualização de agregação municipal com similaridade de perfis.

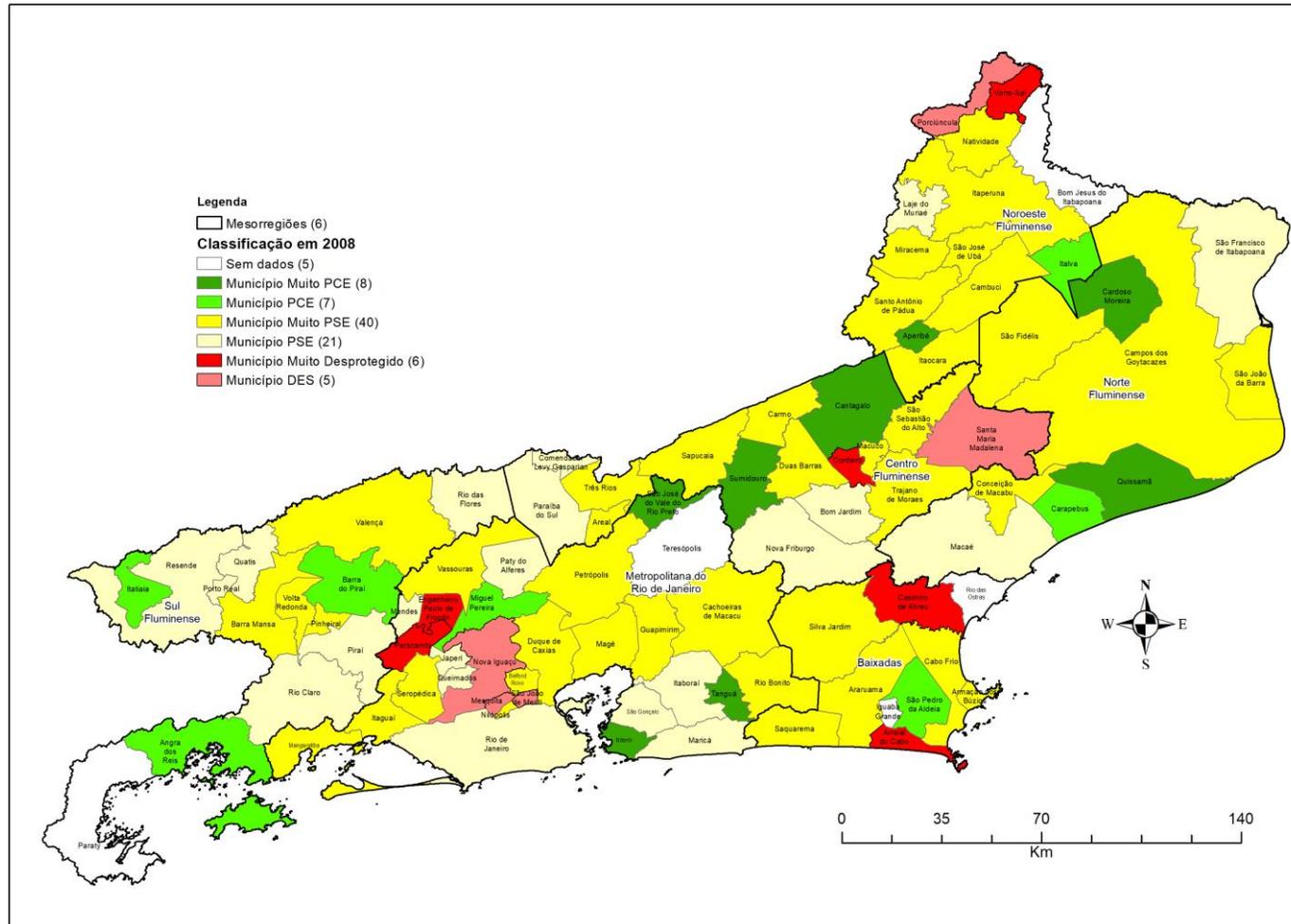
- **A Mesorregião do Sul Fluminense:** Há mudança de perfil, que passa do conjunto de municípios PSE para o conjunto de municípios PCE.

Em síntese, pode-se observar o incremento de municípios do conjunto de PCE, em todas as mesorregiões, porém, com maior impacto nas mesorregiões Centro Fluminense e Norte Fluminense. A redução acentuada do perfil de municípios Muito PSE, em todas as mesorregiões, fica evidente no final da série dos anos selecionados para a análise. Mas, chama a atenção sua permanência na Mesorregião da Baixada e na Metropolitana do Rio de Janeiro.

Outro ponto que merece destaque é a situação da capital do Estado, que mudou de perfil nos três anos selecionados: de Município PSE, em 2008, para Município DES, em 2014, e,

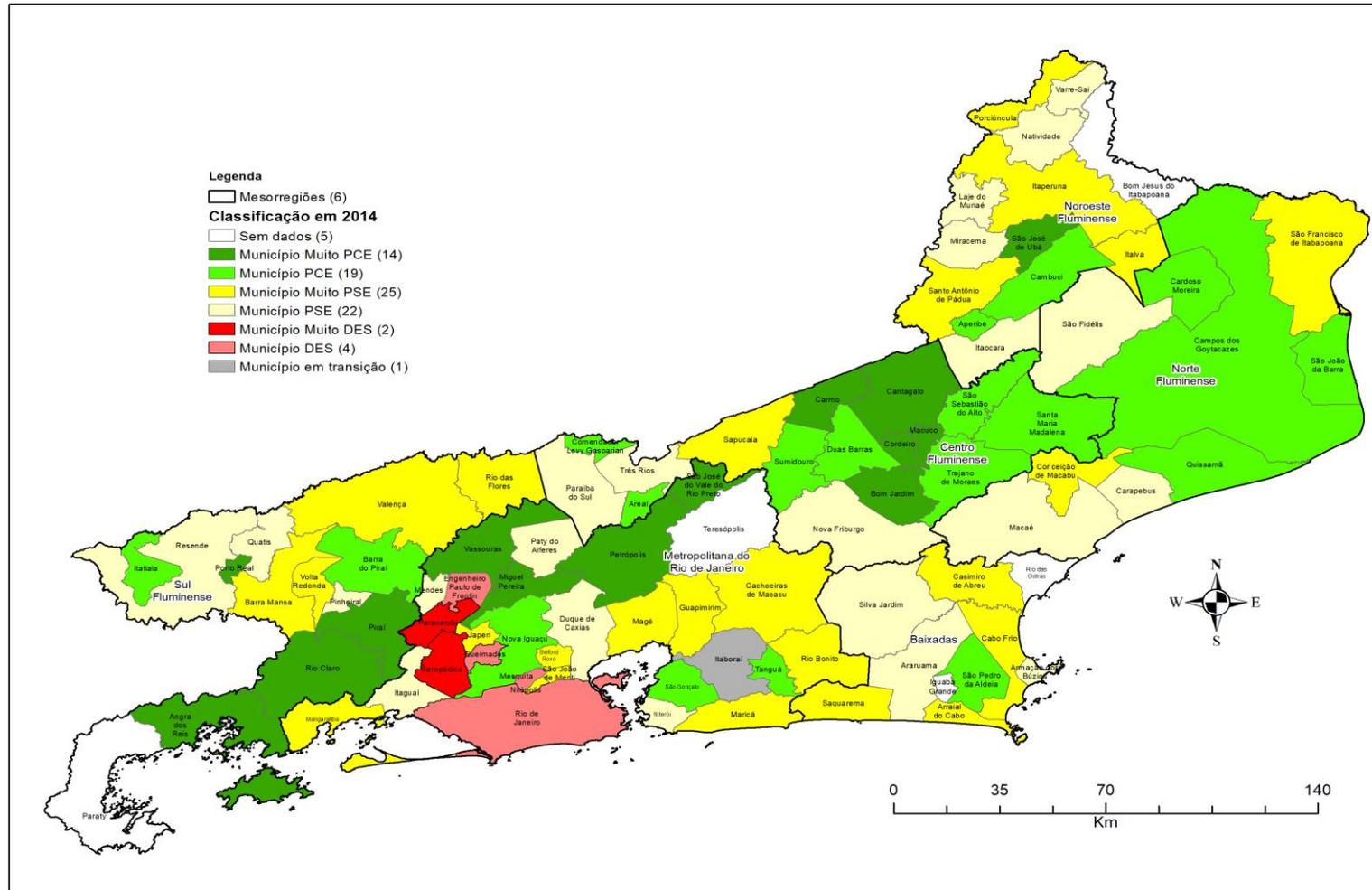
finalmente, para município em transição, em 2020. Fato muito preocupante, considerando que nenhum destes perfis aponta para uma maior proteção, com estabilidade.

Figura 11- Distribuição espacial da classificação dos municípios segundo ano, tipo e Mesorregião. Rio de Janeiro, 2008.



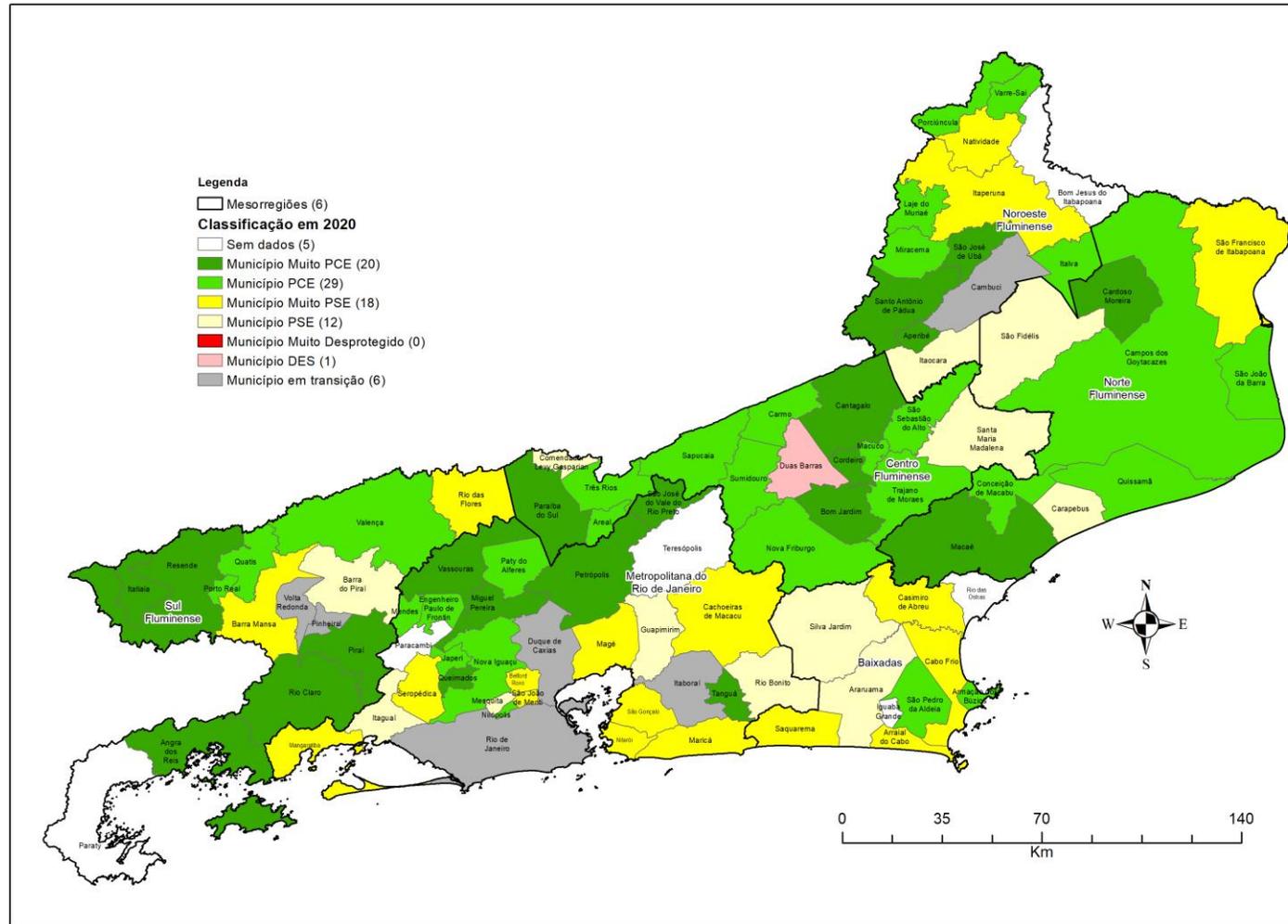
Fonte: A autora.

Figura 12- Distribuição espacial da classificação dos municípios segundo ano, tipo e Mesorregião. Rio de Janeiro. 2014.



Fonte: A autora.

Figura 13 - Distribuição espacial da classificação dos municípios segundo ano, tipo e Mesorregião. Rio de Janeiro. 2020.



Fonte: A autora.

Como diretriz organizativa do SUS, desde sua concepção, a regionalização vem norteando a criação de redes de atenção à saúde integradas e regionalizadas. A experiência brasileira está ainda em curso, incipiente, destoando da experiência internacional, que explica que a adoção de redes regionalizadas e hierarquizadas em países com sistemas universais tem constituído a principal estratégia para garantir a cobertura e o acesso a serviços e ações de saúde. (BOUSQUAT et al., 2019)

No Brasil, há 440 regiões de saúde instituídas, com poder compartilhado entre a União, estados e municípios. Entretanto, apesar do enorme quantitativo de normativas para sua organização, o que há é um planejamento regional incipiente, muitas dificuldades em se estabelecer acordos, baixa capacidade de tomada de decisões na seara política e no estabelecimento dos colegiados deliberativos regionais, em especial nas regiões Norte e Nordeste. (ALELUIA et al. 2022)

Ao apresentar a distribuição espacial dos municípios classificados segundo as formas de contratação de pessoal da APS, pode-se observar a importância de sua discussão sob a ótica regional. A opção pela divisão por Mesorregiões foi considerada mais oportuna, por possibilitar a descrição de agregações regionais maiores que as regiões de saúde. Fato relevante, pois, Pernambuco, Bahia e Rio de Janeiro possuem 12, 28 e 8 regiões de saúde, respectivamente. Ressalta-se, porém, que entre os objetivos deste estudo não se incluía a proposta de uma discussão regionalizada e os achados apontam para a necessidade de um maior aprofundamento do tema, em outros estudos, o que constituirá, sem dúvida, uma contribuição de grande valia.

Pode-se observar, de uma forma geral, que houve um crescimento, nos três estados, de Municípios do conjunto de formas de contratação com direitos trabalhistas e com estabilidade, mesmo com quantitativos bem distintos. Ademais, visualizou-se agregações de municípios com similaridades de perfis das formas de contratação de pessoal na APS, o que pode sugerir possíveis investigações sobre clusters. A exemplo da Mesorregião do Sertão Pernambucano, em 2008; da Mesorregião do Centro-Norte Baiano, em 2014; e da Mesorregião Metropolitana do Rio de Janeiro, em 2020.

Por outro lado, o incremento dos Municípios em transição no final da série nos três estados, em especial na Bahia e Pernambuco, pode sugerir um retrocesso na trajetória de consolidação de Municípios mais protegidos, a se considerar o cenário de crise política, financeira, ética e institucional, que sem dúvida impacta no SUS, na política de saúde da APS e em seus desdobramentos.

Bousquat et al. (2019), ao analisarem se a APS assume seu papel como ordenadora do sistema de saúde ao se considerar os diversos cenários regionais do país, constataram, na

dimensão estrutura, que um dos grandes enfrentamentos para que a APS se consolide no país é a insuficiência de recursos humanos, especialmente médicos. Pontuam os autores que a fixação desses profissionais ocorre em regiões mais desenvolvidas economicamente e que possibilitem maiores oportunidades profissionais. Contudo, acreditam que esse cenário pode ser revertido, caso se tenha políticas específicas e de desenvolvimento regional, a exemplo da Peba (Rede Interestadual de Atenção à Saúde do Vale Médio do São Francisco), localizada nos estados de Pernambuco e Bahia.

Campoy et al. (2020) apontam que a centralidade da força de trabalho em saúde é questão *sine qua non* nos países que adotam a saúde como direito universal. Assim, há investimentos substantivos na área de recursos humanos com políticas de incentivo e valorização dos profissionais. Entretanto, ponderam que a crise da economia globalizada pode gerar retração nessa estratégia, o que agravaria a situação de saúde da população. E, ainda, relatam que a força de trabalho no SUS sofre constrangimentos devido às decisões político-jurídicas que facilitam a abertura do setor saúde ao capital estrangeiro, assim como a proposição de um SUS sob a ótica do privado.

Nessa mesma direção Facchini, Tomasi e Dilélio (2018) ponderam que os interesses de mercado, que se materializam pela adoção da gestão privada dos serviços públicos através das OSs, fragmentam a oferta e geram insegurança quanto à provisão de qualificação da infraestrutura e do que é necessário para o trabalho da ESF. Também concordam com a assertiva da essencialidade de um corpo técnico de trabalhadores qualificados, suficientes e com dedicação integral à ESF.

Importante destaque cabe ao que Gurgel Júnior (2004) relata a respeito da diretriz mercadológica da reforma gerencialista dos anos 1990, com ênfase para as atividades que apresentem maior rentabilidade, pois, pode-se perder o elemento da solidariedade, tão caro ao campo da saúde, bem como não compreender que, neste campo, inúmeras ações de saúde precisam ser executadas, exista ou não viabilidade econômica ou a possibilidade de ser lucrativa.

Nessa perspectiva, chama a atenção, em 2020, no Rio de Janeiro, a Mesorregião das Baixadas, o lado mais oeste da Mesorregião Metropolitana do Rio de Janeiro, onde predomina o conjunto de Municípios protegidos com direitos trabalhistas e sem estabilidade. Os quais podem ser mais vulneráveis nas situações de crise financeira e política de redução da força de trabalho em saúde nesse nível de atenção, agora respaldados por uma nova conformação da PNAB, em 2017.

Giovanella, Franco e Almeida (2020) apontam que as novas composições das equipes de SF sem ACS, permitidas na PNAB 2017, afetam as bases do modelo assistencial da ESF em

seu componente comunitário e de promoção à saúde. Ademais, os arranjos possíveis de novas equipes com cargas horárias mínimas aos profissionais médicos, de dez horas semanais, fortalecem um outro tipo de modelo de atenção, mais voltado à atenção curativa e de controle de riscos individuais, o que destoa dos propósitos da APS.

Três pontos emergem na PNAB 2017: a) a regulamentação e valorização das equipes de atenção básica tradicionais, que poderão substituir as e-ESF; b) o caráter não obrigatório de cobertura com ACS para 100% da população, o que, por um lado, propicia maior autonomia e respeito às diversidades locorregionais, mas, por outro lado, podem ampliar os gastos municipais, sem contrapartida de outros entes federativos, ao se considerar a regulamentação do Piso Salarial dos ACSs/ACEs; c) a validação de dois padrões de AB, um essencial e um ampliado. (CECÍLIO; REIS, 2018)

Nos mapas dos três estados, em 2020, a despeito do incremento de formas mais protegidas aos trabalhadores, a existência de 74 municípios em Pernambuco (40,2%), de 125 municípios na Bahia (31,4%) e de 30 municípios no Rio de Janeiro (34,4%) na condição do conjunto de Municípios Protegidos Sem Estabilidade, além de 01 município no Rio de Janeiro como Muito Desprotegido, emitem o alerta para o monitoramento dessa situação nos respectivos estados, diante da vigência da PNAB 2017 e de seus possíveis desdobramentos, que podem levar a uma maior precarização nas formas de contratação de pessoal na APS.

A seguir, um resumo da distribuição espacial no período em análise. (Quadro 23)

Quadro 23 – Síntese da distribuição espacial por estados e Mesorregiões.

Objetivo	Pernambuco	Bahia	Rio De Janeiro
<p>Apresentar a distribuição espacial dos municípios classificados de acordo com a tipologia das formas de contratação de pessoal praticadas na Atenção Primária à Saúde.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - É dividido em 5 Mesorregiões: a Mesorregião do Sertão Pernambucano; a Mesorregião do São Francisco Pernambucano; a Mesorregião do Agreste Pernambucano; a Mesorregião da Mata Pernambucana; e a Mesorregião Metropolitana do Recife. - O perfil dos municípios do estado passa do conjunto de PSE para o conjunto de PCE em todas as Mesorregiões. - Redução acentuada de municípios Muito PSE e de Muito PCE em 2020. - A Mesorregião Agreste Pernambucano é a que mais apresenta maior quantitativo de municípios em transição ao final da série. - A distribuição dos municípios do conjunto PSE é observada em todas as Mesorregiões. - A capital Recife passa de Muito PSE, em 2008, para Muito PCE, em 2020. 	<ul style="list-style-type: none"> - É dividida em 7 mesorregiões: a Mesorregião do Extremo Oeste Baiano; a Mesorregião do Vale São-Franciscano da Bahia; a Mesorregião do Centro-Norte Baiano; a Mesorregião do Nordeste Baiano; a Mesorregião Metropolitana de Salvador; a Mesorregião do Centro-Sul Baiano; e a Mesorregião do Sul Baiano. - Mudança de perfil do conjunto PSE para o de PCE ao se considerar a maior parte das Mesorregiões, inclusive com redução acentuada dos perfis de Muito PSE. - Em 2020, número acentuado de municípios em transição em todas as Mesorregiões. - A capital Salvador passa de Município PSE, em 2008, para Município PCE, em 2020. - Em 2008, chama a atenção na Mesorregião Centro Sul Baiano o número de municípios do conjunto DES e sua diminuição, em 2020. 	<ul style="list-style-type: none"> - É dividido em 7 mesorregiões e que são assim denominadas: Mesorregião Metropolitana do Rio de Janeiro; Mesorregião do Norte Fluminense; Mesorregião do Centro Fluminense; Mesorregião das Baixadas; Mesorregião do Noroeste Fluminense; Mesorregião do Sul Fluminense; e Mesorregião do Norte Fluminense. - Redução acentuada do perfil de município Muito PSE em todas as mesorregiões. - Em 2020, incremento de Municípios do conjunto PCE nas Mesorregiões, com exceção da Mesorregião da Baixada e Metropolitana do Rio de Janeiro. - A capital Rio de Janeiro passa de Município PSE, em 2008, para Município em transição, em 2020.

Fonte: A autora.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O tema proposto nesta tese constituiu um grande desafio. De um lado, pela relevância das formas de contratação de pessoal no nível de atenção que ordena o modelo de atenção à saúde no país. E, este, ainda, defendido por muitos, nos moldes da Declaração de Alma Ata.

De outro, por reconhecer que a força de trabalho em saúde deveria estar mais protegida em sua forma de contratação, para não estar sujeita a ciclos políticos e a políticas de saúde que promovam retrocessos.

Ademais, o desafio de colocar em pauta os novos modelos de gestão da saúde oriundos de uma lógica gerencialista e sob a égide neoliberal, com seus impasses, debates e incoerências quanto à sua eficiência. Além de expor a precarização do trabalho e as mudanças ocorridas nas formas de contratação nos treze anos da série estudada, por meio dos dados inseridos no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), em três estados com diferentes abordagens de gestão da saúde.

Nesse tocante, destaca-se o que o estudo demonstrou como principais achados.

Quanto à *análise da dimensão da qualidade de clareza metodológica do CNES*, fica evidenciado o enorme arsenal de documentos disponíveis no site, mas que não possuem linguagem clara e acessível aos usuários e pesquisadores do Sistema. Os manuais apresentam baixa capacidade de apoio em relação ao volume de inclusões das novas formas de contratação, chamando a atenção a indisponibilidade de informações importantes, em especial, quando se trata de mudanças de variáveis no Sistema, a exemplo da troca de esfera administrativa para natureza jurídica, o que poderia comprometer um estudo de série histórica.

Porém, o estudo vem demonstrar a importância do CNES como fonte de informação relevante sobre as formas de contratação de pessoal na APS, haja visto o volume de dados que foram analisados. Além disso, revela que os achados podem contribuir para o aprimoramento do Sistema à luz de uma maior integração e envolvimento das áreas técnicas com os gestores. Aponta-se, ainda, que não há referência de avaliação dessa dimensão de qualidade do CNES, o que concede ao estudo a singularidade e primazia de pioneirismo.

Quanto às *mudanças nas formas de contratação de pessoal na Atenção Primária à Saúde dos estados selecionados*, pode-se observar, seja por meio das Portarias publicadas ou pela análise do Banco de Dados do CNES, que a multiplicidade e o crescimento numérico dos códigos revelam a complexidade do Sistema, no que diz respeito à inserção e atualização dos cadastros, objeto de crítica e discussão entre os gestores municipais e técnicos. Verificou-se também, ao longo da série, o incremento das formas de contratação que não constituem vínculos

empregatícios, o que pode ser considerado uma adequação do Sistema às novas demandas oriundas da flexibilização das relações trabalhistas.

Em relação à *proposta da tipologia das formas de contratação identificadas na Atenção Primária à Saúde dos estados selecionados*, ressalta-se a classificação das formas de contratação em Protegidas com Estabilidade (PCE), Protegidas Sem Estabilidade (PSE) e Desprotegidas (DES). Ao serem utilizadas, estas formas evidenciaram diferenças quanto aos modelos adotados nos estados de Pernambuco, Bahia e Rio de Janeiro. Compreende-se que essa contribuição do trabalho sugere a realização de mais estudos, em outros estados e em períodos distintos. A exploração da base de dados quanto a essa temática e a proposta de uma tipologia constituem fato inédito, que merece o devido destaque por sua originalidade.

No que concerne à validação da tipologia proposta nos municípios de Pernambuco, Bahia e Rio de Janeiro, nos anos de 2008 a 2020, verificou-se, no primeiro, o aumento do número da força de trabalho na APS, a mudança de perfil de PSE para PCE, com a adoção do vínculo estatutário. Entretanto, ainda se mantendo, como preferência do PSE, os Contratos por Tempo Determinado.

No Estado da Bahia também se evidenciou um incremento numérico da força de trabalho na APS e a mudança de perfil de PSE para PCE. Chama a atenção a mudança de emprego público (EMPP) para estatutário (ESTT), revelando a não adoção de muitos municípios ao Programa FESF – SUS.

No Estado do Rio de Janeiro apontou-se o crescimento da força de trabalho na APS, entretanto, com a permanência do perfil PSE, inclusive com a identificação da forma de contratação celetista. Ainda, foram constatados valores discrepantes entre PSE e DES, revelando uma inserção de dados com codificação equivocada, apenas nos anos de 2013 e 2014. O que possivelmente revela a não apropriação, pelos municípios, de novos códigos inseridos no sistema.

Destaca-se, ainda, uma redução acentuada no volume das formas de contratação PSE no final da série, entre os anos de 2018 a 2020; o estudo apontou os maiores valores no município do Rio de Janeiro, cuja opção de gestão da APS foi pelas OSs. O que pode confirmar a crise séria que este ente municipal enfrenta, conforme a afirmativa de outros autores, como Fonseca, Lima e Teixeira. (2021)

Verifica-se, assim, que a validação da tipologia evidencia a possibilidade de replicar a metodologia utilizada, contribuindo para o aprofundamento e a abrangência do tema.

Quanto à *tipificação dos municípios dos estados selecionados de acordo com as formas de contratação de pessoal praticadas na Atenção Primária à Saúde*, aponta-se para o

ineditismo dessa classificação municipal, o que propiciou uma leitura diferente de como as formas de contratação eram distribuídas nos portes populacionais. Então, torna-se possível identificar, em 2020, que a maior parte dos Municípios de Pequeno Porte em Pernambuco eram Municípios do conjunto PSE, enquanto os da Bahia e do Rio de Janeiro eram Municípios PCE.

Outro achado relevante diz respeito às capitais, no final da série: Recife como Município Muito PCE, Salvador com Município PCE e o Rio de Janeiro como Município em Transição.

E, finalmente, quanto à *distribuição espacial dos municípios classificados de acordo com a tipologia das formas de contratação de pessoal praticadas na Atenção Primária à Saúde*, fica evidenciada a importância da classificação realizada, à luz da qual pode-se visualizar o comportamento dos municípios de acordo com as Mesorregiões de Saúde.

A distribuição espacial pode constituir uma importante contribuição para estudos mais aprofundados, com análises de clusters ou estatísticas espaciais, haja visto ser esse um tema tão caro ao SUS, frente à carência de artigos que analisem os resultados do tema proposto, notadamente com recorte sobre a distribuição por Mesorregião, nesses estados.

Outra contribuição foi o alerta sobre a permanência de Municípios do conjunto PSE nos três estados: a necessidade de serem monitorados em relação às novas mudanças trazidas pela PNAB 2017. Mudanças estas que podem significar uma maior precarização nas formas de contratação na APS.

O percurso dos três estados analisados revela o incremento de Municípios em transição, o que pode significar mudanças *a posteriori*, o que indica a necessidade de continuidade de estudos que possam complementar as análises aqui efetuadas.

Ao se comparar os três estados fica evidente que as formas de contratação mais precarizadas se encontram no Rio de Janeiro, em especial nos municípios de portes 4, 5 e 6, em comparação aos estados do Nordeste, que optaram por formas mais protegidas. Assim, coloca-se em evidência a inserção dos novos modelos de gestão da saúde no Rio de Janeiro, em especial as OSs. Ressalta-se que, na Bahia, o modelo de FEDP não obteve a adesão esperada, optando os municípios pelo modelo de gestão da saúde da Administração Direta.

Finalmente, as hipóteses de que *o CNES incorporou a flexibilização das relações trabalhistas, com a inserção de múltiplas formas de contratação, como reflexo da reforma estrutural do Estado brasileiro na década de 90 e que é possível tipificar a flexibilização das relações trabalhistas nos municípios brasileiros com base em análise do CNES*, foram confirmadas pelos achados deste estudo.

Diante dos resultados encontrados no Rio de Janeiro, nunca é demais colocar em alto relevo que SAÚDE NÃO É MERCADORIA, MAS UM BEM PÚBLICO! Assim, espera-se

que a responsabilidade da gestão da saúde, em qualquer dos entes federativos, não se renda à lógica do mercado, nem tampouco que a saúde não seja considerada um direito de todos e dever do Estado. E, isso, perpassa pela defesa irrestrita do SUS e da força de trabalho em saúde que o sustenta. E que esta seja valorizada e mais protegida em seu trabalho.

Apesar de reconhecer as limitações dos dados secundários do CNES, ou seja, passíveis de inconsistências, defende-se, com base nas múltiplas evidências deste estudo, o quão viável é o cadastro, como base para novas investidas de estudos.

REFERÊNCIAS

- ALCÂNTARA, M.A. **A reforma gerencial e os novos modelos de gestão pública no Brasil.** In: CONGRESO INTERNACIONAL DEL CLAD SOBRE REFORMA DEL ESTADO Y DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA, 17. Cartagena, 30 oct.-2 nov. 2012.
- ALELUIA, I R.S. et al. Gestão do SUS em regiões interestaduais de saúde: análise da capacidade de governo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 5, maio 2022.
- ALMEIDA FILHO, N.; BARRETO, M. L. **Epidemiologia & Saúde: fundamentos, métodos, aplicações.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.
- ANDRADE, L. R. et al. Provimento e fixação de médicos na atenção primária à saúde no Estado da Bahia. **Revista de Administração Pública**, v. 53, n. 3, p. 505-519, 2019.
- ANDRADE, L.R.; PINTO, I.C.M. Parceria público-privada na gestão hospitalar no Sistema Único de Saúde da Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 38, n. 2, e00018621, 2022.
- ANDREAZZI, M.F.S; BRAVO, M.I.S. Privatização da gestão e organizações sociais na atenção à saúde. **Trabalho, Educação, Saúde**, Rio de Janeiro, v. 12 n. 3, p. 499-518, set.-dez. 2014.
- ANTUNES, R. A nova morfologia do trabalho, suas principais metamorfoses e significados: um balanço preliminar. In: GUIMARÃES, C.(Org.). **Trabalho, educação e saúde: 25 anos de formação politécnica no SUS.** Rio de Janeiro: EPSJV, 2010. p. 11-30.
- ANTUNES, R. **O privilégio da servidão: o novo proletariado de serviços na era digital.** São Paulo: Boitempo, 2018. 304 p.
- ARAÚJO, C.E.L.; GONÇALVES, G.Q.; MACHADO, J.A. Os municípios brasileiros e os gastos próprios com saúde: algumas associações. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n.3, p.953-963, 2017.
- ARCARI, J.M. et al. Perfil do gestor e práticas de gestão no Sistema Único de Saúde (SUS) de acordo com o porte populacional nos municípios do Estado do Rio Grande do Sul. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n.2, p. 407-420, 2020.
- ÁVILA, H.D.D.; NASCIMENTO, J.F. As lutas contra a privatização da saúde na Bahia: é! [...] a gente quer é ter muita saúde [...]. **Humanidades & Inovação**, Tocantins, v. 8, n. 35, p.168-180, 2021.
- BARBOSA, L.G. et al. Recursos humanos e Estratégia Saúde da Família no norte de Minas Gerais: avanços e desafios. **Cadernos de Saúde Coletiva**, v. 27, n. 3, p. 287-294, 2019.
- BARBOSA, N.B.; ELIAS, P.E.M. As organizações sociais de saúde como forma de gestão público/privado. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, n.5, p. 2483-2495, 2010.

BELLINI, E.C.O. **(In)eficiência e qualidade na prestação dos serviços de atenção primária dos municípios do Sudeste brasileiro nos modelos de administração direta e organizações sociais de saúde**. 2022. 101p. Tese (Doutorado em Ciências Contábeis) - Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2022.

BELLUZZO, L.G.; BASTOS, P.P.Z. Austeridade para quem? Introdução. In: BELLUZZO, L. G.; BASTOS, P.P.Z. (Orgs.). **Austeridade para quem? Balanço e perspectivas do governo Dilma Rousseff**. São Paulo: Carta Maior e Friedrich Ebert Stiftung, 2015. p. 6-15.

BLEICHER, L.; OLIVEIRA, J.L.B. Gerencialismo, saúde e precarização do trabalho: o caso dos profissionais de saúde da Fundação Estatal Saúde da Família na Bahia. **In: SEMINÁRIO CETROS**, 6, 2018. Acesso em: nov 2021. Disponível em: <http://www.uece.br/eventos/seminariocetros/anais/trabalhos_completos/425-51373-15072018-162549.pdf>.

BORBA, M.L.M.; AZEVEDO JÚNIOR, R.A.A. O contrato de gestão firmado entre o poder público e as organizações sociais como meio de transferência da prestação do serviço público de saúde sob a ótica do direito público. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v.6, n.7, p. 49.163 - 49.182, jul. 2020.

BOUSQUAT, A. et al. A atenção primária em regiões de saúde: política, estrutura e organização. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, p. e00099118, 2019.

BRASIL. Governo Federal. **Constituição Federal**. Brasília: 1988. Artigos 196 a 200. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/web_sus20anos/20anossus/legislacao/constituicaoofederal.pdf>. Acesso em: 27 out. 2020.

_____. Presidência da República. Câmara de Reforma do Estado. **Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado**. Brasília: Ministério da Administração e Reforma do Estado, 1995. (Cadernos MARE da Reforma do Estado, v. 1). (Não precisa colocar 1ª edição)

_____. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. **Organizações sociais**. Brasília: 1997. 74 p. (Cadernos MARE da Reforma do Estado, v. 2).

_____. _____. **A Reforma Administrativa do Sistema de Saúde**. Brasília: MARE, 1998. 33p. (Cadernos MARE da Reforma do Estado; c.13).

_____. Ministério da Saúde. **Declaração de Alma-Ata sobre cuidados primários**. 2002. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf. Acesso em: 11 nov. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Gestão do trabalho e da regulação profissional em saúde; **agenda positiva do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde**. Brasília : 2005. 64 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde. Relações Trabalhistas, 2).

_____. Senado Federal. **Lei de Responsabilidade Fiscal**. Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000. Brasília: 2005b.

_____. Ministério da Saúde. Dispõe sobre a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa da Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs). **Portaria nº 648**, de 28 de março de 2006. Diário Oficial da União, 28 de março de 2006. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_saude_v.4_4.ed.pdf. Acesso: 11 nov. 2020.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A gestão do trabalho e da educação na saúde**. Brasília: Conass, 2011a.

_____. Ministério da Saúde. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs). **Portaria nº 2.488**, de 21 de outubro de 2011. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 22 out. 2011b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília : 2012a . 110 p. (Série E. Legislação em Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Brasília .**Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012. Brasília, 2012b. Acesso em: 14 nov. 2021. Disponível em:<<https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. Brasília: 2013. 56 p. (Cadernos de Atenção Básica, v. 1, n. 28).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. **Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores : 2013-2015**. 2. ed. Brasília : 2014a . 154 p. (Série Articulação Interfederativa , v. 1) .

_____. Ministério da Saúde. Estabelece regras no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) para adequação às normas da Receita Federal do Brasil (RFB) de inscrição no Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica (CNPJ). **Portaria SAS nº 1.319**, 24 nov. 2014b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção à Saúde. Redefine as normas para cadastramento de profissionais e das equipes participantes do Projeto Mais Médicos no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES). **Portaria nº 1.143**, 29 out. 2014. [S. 1.]: Secretaria de Atenção à Saúde, 2014c.

_____. Ministério da Saúde. Institui o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). **Portaria nº 1.646**, 2 out. 2015.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Contagem populacional. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>>. Acesso em: set. 2016a.

_____. Ministério da Saúde. Estabelece as formas de contratação dos profissionais do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). **Portaria nº 1.321**, 22 jul. 2016b.

_____. Secretaria do Tesouro Nacional. **Manual de demonstrativos fiscais: aplicado à União e aos Estados, Distrito Federal e Municípios**. 8. ed. Brasília: Secretaria do Tesouro Nacional, Subsecretaria de Contabilidade Pública, Coordenação-Geral de Normas de Contabilidade Aplicadas à Federação, 2017a. 661 p.

_____. Ministério da Saúde. 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). **Portaria nº 2.436**, 21 set. 2017. Brasília: 2017b.

_____. _____. Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde. **Portaria de Consolidação, n. 1**, 28 set. 2017. Brasília: 2017c.

_____. _____. **Datasus. Tabnet**. Acesso em: 14 nov. 2021. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet>. Brasília: 2021a.

_____. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021b. Acesso em: 14 nov. 2021. Disponível em: https://wiki.saude.gov.br/cnes/index.php/P%C3%A1gina_principal

_____. Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). **Leia-me da versão**. 2021c. Acesso em: 14 nov. 2021. Disponível em: <https://cnes.datasus.gov.br/pages/downloads/documentacao.jsp>

_____. Capes. Unidade 6: **Manuais da organização**. Brasília: 2022. Acesso em: 01 nov. 2022. Disponível em: https://educapes.capes.gov.br/bitstream/capes/176156/24/texto-base_manuais%20final.pdf

BRAUNERT, M.B.; BERNARDO, K.A.S.; BRIDI, M.A.C. Impactos da reforma administrativa sobre as formas de contratação e a estabilidade no setor público. **Cadernos Gestão Pública e Cidadania**, São Paulo, v. 26, n. 84, p. 1-19, e-83056, 2021.

BRAVO, M.I.S.; MENEZES, J.S.B.M. Lutas contra a privatização da saúde no Brasil na atualidade. In: JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS, 7. São Luís: Universidade Federal do Maranhão, 25 a 28 ago. 2015.

BRAVO; M.I.S.; PELAEZ, E.J. A saúde nos governos Temer e Bolsonaro: lutas e resistências. **Ser Social– Estado, Democracia e Saúde**, Brasília, v. 22, n. 46, p. 191 – 209, jan.- jun. 2020.

CAMPOS, G. W. S.; PEREIRA JÚNIOR, N. A atenção primária e o Programa Mais Médicos do Sistema Único de Saúde: conquistas e limites. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 9, p. 2655-2663, 2016.

CAMPOY, L.T. et al. A distribuição espacial e a tendência temporal de recursos humanos para o Sistema Único de Saúde e para a Saúde Suplementar, Brasil, 2005 a 2016. **Epidemiologia & Serviços de Saúde**, Brasília, v. 29, n. 2, e2018376, maio 2020.

- CARDOSO, F.M.; CAMPOS, G.W.S. Reformas Neoliberais, Reforma Sanitária Brasileira e Fundações Estatais de Direito Privado: análise de documento da Fundação Estatal de Saúde da Família (FESF) – Bahia. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 97, p. 219-232, abr./jun. 2013.
- CARNEIRO, C.C.G.; MARTINS, M.I.C. Novos modelos de gestão do trabalho no setor público de saúde e o trabalho do agente comunitário de saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 45-66, abr. 2015.
- CARNUT, L. Cuidado, integralidade e atenção primária: articulação essencial para refletir sobre o setor saúde no Brasil. **Saúde em Debate**, v. 41, n. 115, p. 1177-1186, 2017.
- CARVALHO, M. N. et al. Expansão e diversificação da força de trabalho de nível superior nas Unidades Básicas de Saúde no Brasil, 2008 - 2013. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 109, p. 154-162, 2016.
- CARVALHO, M. N. et al. Necessidade e dinâmica da força de trabalho na Atenção Básica de Saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 295-302, 2018.
- CASCAES, A.M.; DOTTO, L.; BOMFIM, R. A. Tendências da força de trabalho de cirurgiões-dentistas no Brasil, no período de 2007 a 2014: estudo de séries temporais com dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 27, n. 1, e201723615, 2018.
- CASTRO, T. A. et al. Agentes Comunitários de Saúde: perfil sociodemográfico, emprego e satisfação com o trabalho em um município do Semiárido Baiano. **Cadernos de Saúde Coletiva**, v. 25, n. 3, p. 294-301, 2017.
- CAVALCANTE, J. B.; FRANCO, T. B. O processo de construção da Fundação Estatal Saúde da Família da Bahia. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 26, n. 1, p. 63-86, 2017.
- CECILIO, L.C.O.; REIS, A.A.C. Apontamentos sobre os desafios (ainda) atuais da Atenção Básica à Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 8, e00056917, 2018.
- CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS EM SAÚDE. Políticas sociais e austeridade fiscal: como as políticas sociais são afetadas pelo austericídio da agenda neoliberal no Brasil e no mundo [internet]. Rio de Janeiro: **Cebes**; 2018. 64g.
Acesso em: 16 jan. 2023. Disponível em: <https://goo.gl/FrHR2H>
- CHIEZA, R.A. **O ajuste das finanças públicas municipais à Lei de Responsabilidade Fiscal: os municípios do RS**. 2008. Tese (Doutorado em Economia) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.
- COELHO, V.S.P.; MARCONDES, L.M.; BARBOSA, M. “Accountability” e redução das desigualdades em saúde: A experiência de São Paulo. **Novos Estudos CEBRAP**, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 323-349, ago. 2019.
- COELHO, G.C.; CHIORO, A. Afinal, quantos Sistemas de Informação em Saúde de base nacional existem no Brasil?. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 7, e00182119, 2021.

CORIOLOANO, L.S.; PENTEADO, S.M.P.; ARREGI, M.M.U. Sistemas de Informação em Saúde. IN: ROUQUAYROL, Z.; GURGEL, M. **Epidemiologia & saúde**. 8. ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2018. p.617-634.

COSTA, J.A.; SILVA, W.S. Lei de Responsabilidade Fiscal: observância dos limites de gastos com pessoal no Poder Executivo dos estados da Região Nordeste de 2013 a 2015, período de início da recessão econômica brasileira. **Revista Controle - Doutrina e Artigos**, v. 14, n. 2, p. 328-356, dez. 2016.

COSTA, V.M.F. A dinâmica institucional da reforma do Estado: um balanço do período FHC. In: ABRUCIO, F.; LOUREIRO, M.R. (Orgs.). **O Estado numa era de reformas: os anos FHC**. Brasília: Ministério do Planejamento/Pnud/ OCDE, 2002. Versão eletrônica: SEGES – MP, 2002/2003.

CRUZ, W.G.N.; BARROS, R.D.; SOUZA, L.E.P.F. Financiamento da saúde e dependência fiscal dos municípios brasileiros entre 2004 e 2019. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 6, p. 2459-2469, 2022.

DIAS, M.J.S. Políticas públicas de saúde: impasses e perspectivas à universalização do atendimento. Entrevista especial com Maria Inês Souza Bravo . **Revista de Políticas Públicas**, v. 20, n. 1, p. 221-231, 2016.

DRUCK, G. A terceirização na saúde pública: formas diversas de precarização do trabalho. **Trabalho, Educação & Saúde**, Rio de Janeiro , v. 14, supl. 1, p. 15-43, nov. 2016.

DRUCK, G.; DUTRA, R.; SILVA, S.C. A contrarreforma neoliberal e a terceirização: a precarização como regra. **Caderno CRH**, [online], v. 32, n. 86, p. 289-306, 2019.

DUSSAULT, G. Pesquisa em recursos humanos em saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.49, esp. 2, p. 1-2, 2015.

DWECK, E.; SIVEIRA, F.G.; ROSSI, P. Austeridade e desigualdade social no Brasil. In: ROSSI, P.; DWECK, E.; OLIVEIRA, A.L.M. (Orgs). **Economia para poucos: impactos sociais da austeridade e alternativas para o Brasil**. São Paulo: Autonomia Literária; 2018. p. 32-56.

EBERHARDT, L.D.; CARVALHO, M.; MUROFUSE, N.T. 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.

FACCHINI, L.A.; TOMASI, E.; DILÉLIO, A.S. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. **Saúde em Debate**, v. 42, n. esp., p. 208-223, 2018.

FAGUNDES, M.C.D. **A flexibilidade de RH como motivo de adoção de modelos de gestão da saúde pública alternativos ao estatutário: as experiências dos Estados da Bahia, do Paraná e de São Paulo**. 2018. 129p. Tese - (CDAPG) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo, 2018.

FELICIANO, M. et al. Avaliação da cobertura e completude de variáveis de Sistemas de Informação sobre Orçamentos Públicos em Saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 121, p. 341-353, abr.-jun. 2019.

FELICIANO, M. **Federalismo fiscal e financiamento da política de saúde: um estudo dos municípios do Brasil**. 2019. 129 p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Rio de Janeiro: Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

FERREIRA, A.R.S. A importância da análise descritiva. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, Belo Horizonte: v. 47, n., p. e20202682, 2020.

FLEURY, S.; OUVÉREY, A.M. Política de Saúde: uma política social. In: GIOVANELLA, L. et al. **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 23-64

FONSECA, J. M.; LIMA, S.M.L.; TEIXEIRA, M. Expressões da precarização do trabalho nas regras do jogo: Organizações Sociais na Atenção Primária do município do Rio. **Saúde em Debate**, v. 45, n. 130, p. 590-602, 2021.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Conselho Nacional de Saúde. Atenção primária e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. esp. 1, p. 434-451, set. 2018.

FURTADO, A.L.G.; MELO, P.H.P.G. Organizações sociais de saúde e gestão pública baseadas em resultados. A importância do controle externo dos contratos de gestão: por que os fins não justificam os meios. **Revista do TCE-PE**, v.18, n.18, p.53-69, jun. 2011.

GALAVOTE, H.S. 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.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GIOVANELLA, L. et al. Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1763-1776, 2018.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M.H.M. Atenção primária à saúde. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L.V.C.; NORONHA, J.C.; CARVALHO, A.1. (Orgs.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 575-625.

GIOVANELLA, L. Atenção básica ou atenção primária à saúde? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 8, e00029818, nov. 2018.

GIOVANELLA, L. et al. De Alma-Ata a Astana. Atenção Primária à Saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 3, e00012219, 2019.

GIOVANELLA, L.; FRANCO, C. M.; ALMEIDA, P.F. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos?. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1475-1482, 2020.

GIRARDI, S. N. et al . Avaliação do escopo de prática de médicos participantes do Programa Mais Médicos e fatores associados. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2739-2748, set. 2016.

GOMES, C.B.S.; GUTIERREZ, A.C.; SORANZ, D. Política Nacional de Atenção Básica de 2017: análise da composição das equipes e cobertura nacional da Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro , v. 25, n. 4, p. 1327-1338, 2020 .

GOMES, C.F. Atuação das organizações sociais de saúde no Estado de Pernambuco: uma análise sobre os impactos da ADI 1923 no concernente ao controle das instituições. **RDDA**, v. 7, n. 1, p. 175-199, 2020.

GONÇALVES JUNIOR, O.; GAVA, G.B.; SILVA, M.S. Programa Mais Médicos, aperfeiçoando o SUS e democratizando a saúde: um balanço analítico do Programa. **Saúde e Sociedade**, São Paulo , v. 26, n. 4, p. 872-887, dez. 2017 .

GURGEL JÚNIOR, G.D. A reforma do Estado e o Sistema Único de Saúde no Brasil. In: CARVALHO, E.F. **Municípios: a gestão da mudança em saúde**. Recife: Editora Universitária da UFPE, p. 25-44, 2004.

IBGE. **Censo agro 2017**. Acesso em: 14 nov. 2021. Disponível em:<<https://censoagro2017.ibge.gov.br/1992-novo-portal/edicao/16163-divisoes-regionais-do-brasil-1-5-000-000-divisoesregionaisdobrasil.html>>

IPEA. **Prontuários de bases de dados: informação sistematizada para as contas de saúde do Brasil**. Org: FAVERET, A.C.S.C. Brasília: Ipea, 2009. 160 p.

KOSTER, I. **A gestão do trabalho e o contexto da flexibilização no Sistema Único de Saúde**. 2008. 206 p. Dissertação (Mestrado) – Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Osvaldo Cruz, 2008.

KOSTER, I.; MACHADO, M.H. A gestão do trabalho e o contexto da flexibilização no Sistema Único de Saúde. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n.47, p. 33-44, maio 2012.

KRIPKA, R.; SCHELLER, M.; BONOTTO, D. L. Pesquisa Documental: considerações sobre conceitos e características na Pesquisa Qualitativa. **CIAIQ2015**, v. 2, p. 243-247. 2015.

KRUGER, T. R.; REIS, C. Organizações sociais e a gestão dos serviços do SUS. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo , n. 135, p. 271-289, ago. 2019 .

KRÜGER,T.R.; BASTOS, C.O.N. O ‘não lugar’ das Organizações Sociais e a busca dos gestores pela eficiência no SUS. **Revista Gestão & Saúde**, Brasília, v. 11, n. 1, jan. p. 1-22. 2020.

LARA, R.; HILLESHEIM, J. Modernização trabalhista em contexto de crise econômica, política e sanitária. 2020. Disponível em: https://suassccovid19.files.wordpress.com/2020/07/artigo_modernizacca7acc83o_trabalhista.pdf. Acesso em: 13 nov. 2020.

LEITE, C. **Atenção primária esquecida. Jornal do Comércio**, 22 agos. 2022. Acesso em: 15/11/2022. Disponível em: <https://jc.ne10.uol.com.br/colunas/saude-e-bem-estar/2022/08/15066755-pernambuco-tem-a-pior-cobertura-da-atencao-basica-a-saude-do-nordeste-aponta-levantamento-do-ieps.html>.

LIMA, C.R.A. et al . Revisão das dimensões de qualidade dos dados e métodos aplicados na avaliação dos sistemas de informação em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 10, p. 2095-2109, 2009 .

LIMA, C.R.A.; SCHRAMM, J.M.A.; COELI, C.M. Gerenciamento da qualidade da informação: uma abordagem para o setor saúde. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n. 1, jan.-mar. p. 19-31. 2010.

LIMA, R.T.S. et al. A Atenção Básica no Brasil e o Programa Mais Médicos: uma análise de indicadores de produção. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 21, n. 9, p. 2685-2696, 2016.

LIMA, J.B. A contrarreforma do Sistema Único de Saúde: o caso das Organizações Sociais. **Argumentum**, v.10, n. 1, p. 88-101, 2018. (Exemplar dedicado a: Reformas regressivas e política de saúde).

LIRA, PV.R.A.; GURGEL, I.G.D.; AMARAL,A.S. Superexploração da força de trabalho e saúde do trabalhador: o trabalho precário na confecção. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 30, n.1, p. e300106, 2020.

LOPEZ, F.G. et al. **Nota Técnica n. 30 (Diest): Mapeamento dos profissionais de saúde no Brasil : alguns apontamentos em vista da crise sanitária da Covid-19.** Abr. 2020.

Disponível em :

http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/9837/1/NT_30_Diest_Mapeamento%20dos%20Profissionais%20de%20Sa%c3%bade%20no%20Brasil.pdf Acesso em: 15 nov. 2020.

LOPEZ, F.; GUEDES, E. Três décadas de evolução do funcionalismo público no Brasil (1986-2017). In: **Atlas do Estado brasileiro, Brasília, IPEA: 2020.** Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/atlasestado/download/154/tres-decadas-de-funcionalismo-brasileiro-1986-2017>. Acesso em: 15 nov. 2020.

MACHADO, J.P; MARTINS, M.; LEITE, I.C. Qualidade das bases de dados hospitalares no Brasil: alguns elementos. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 19, n. 3, p. 567-581, 2016.

MACHADO, M.H. Trabalho e emprego em saúde. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L.V.C.; NORONHA, J.C.; CARVALHO, A.L. (Orgs.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 309-330.

MACHADO, M. H.; XIMENES NETO, F.R.G. Gestão da educação e do trabalho em saúde no SUS: trinta anos de avanços e desafios. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n.6, p.1971-1980, 2018.

MACINKO, J.; MENDONCA, C.S. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro , v. 42, n. esp., p. 18-37, set. 2018.

MAGALHÃES JÚNIOR, H. M. Desafios contemporâneos da Atenção Primária à Saúde. **APS em Revista**, [S. l.], v. 1, n. 3, p. 222–229, 2019.

MAGNAGO, C. et al. Política de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde: a experiência do ProgeSUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 5, p. 1521-1530, 2017.

MAIA, L.T.S. et al. Use of linkage to improve the completeness of the SIM and SINASC in the Brazilian capitals. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n. 112, p. 1-13. 2017.

MARCONI, M. de A.; LAKATOS, E.M. **Metodologia científica**. São Paulo: Atlas, 2010.

MASSUDA, A. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso?. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1181-1188, 2020.

MATTA, G.C.; MOROSINI, M.V.G. Atenção Primária à saúde. In: FERLA, A. A. **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2009. Disponível em: <http://www.sites.epshjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/ateprisau.html>. Acesso em: 11 nov. 2020.

MEDEIROS, K. R. **Lei de Responsabilidade Fiscal e despesas com pessoal da saúde: um estudo dos municípios brasileiros**. 2011. 221 p. Tese de Doutorado. Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães.

MEDEIROS, K. et al. Bases de dados orçamentários e qualidade da informação: uma avaliação do Finanças do Brasil (Finbra) e do sistema de informações sobre orçamentos públicos em saúde (Siops). **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v.48, n.5, p. 1113-1133, set.-out. 2014.

MEDEIROS, K.R. et al. O Sistema de Informação em Saúde como instrumento da política de recursos humanos: um mecanismo importante na detecção das necessidades da força de trabalho para o SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.10, n.2, p.433-440, 2005.

MEDEIROS, K.R.; ALBUQUERQUE, P.C. A precarização dos vínculos trabalhistas no setor saúde brasileiro: um balanço do período de 2004 a 2012. In: MARTINS, M.I.C.; MARQUES, A.P; COSTA, N.R; MATOS, A. (*Orgs.*). **Trabalho em saúde, desigualdades e políticas públicas**. Rio de Janeiro, Braga: Centro de Investigação em Ciências Sociais (CICS-UM), Escola Nacional de Saúde, 2014. v. 1, p. 65-75.

MEDEIROS, K.R.; ALBUQUERQUE, P.C.; TAVARES, R.A.W.; SOUZA, W.V. Lei de Responsabilidade Fiscal e as despesas com pessoal da saúde: uma análise da condição dos municípios brasileiros no período de 2004 a 2009. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.22, n.6, p.1759-1769, 2017.

MELLO, G.A.; FONTANELLA, B.J.B.; DEMARZO, M.M.P. Atenção básica e atenção primária à saúde: origens e diferenças conceituais. **Revista de APS**, v. 12, n. 2, p.204 - 213. 2009.

MELO, E. A. et al. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde em Debate**, v. 42, n. esp., p. 38-51, 2018.

MENDES, A. A saúde pública brasileira num universo “sem mundo”: a austeridade da Proposta de Emenda Constitucional 241/2016. **Cadernos de Saúde Pública**, v.32, n. 12, e00188916, 2016. Espaço temático: austeridade fiscal, direitos e saúde.

MENDES, A.; CARNUT, L. Capital, estado, crise e a saúde pública brasileira: golpe e desfinanciamento. **Ser Social**, Brasília, v. 22, n. 46, jan/jun. p. 9-32. 2020

MENDES, Y.M.M.B.; RATTNER, D. Structure and practices in hospitals of the apice on project: a baseline study. **Revista de Saúde Pública**, v. 54, n. 23. p. 1-13. 2020.

MENEZES, E. L.C. et al . Modos de produção do cuidado e a universalidade do acesso – análise de orientações federais para o trabalho das equipes da APS no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro , v. 25, n. 5, p. 1751-1764, maio 2020.

MESSIAS, K.L.M. et al. Qualidade da informação dos óbitos por causas externas em Fortaleza, Ceará, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 4, p. 1255-1267, 2016.

MILANEZ, T.C.M. et al. Satisfação e insatisfação na Estratégia Saúde da Família: potencialidades a serem exploradas, fragilidades a serem dirimidas. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 26, n. 2, p. 184-190, 2018.

MINAYO, M.C.S. Violência: um problema para a saúde dos brasileiros. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília: Ministério da Saúde, p.10-41. 2005.

MIRANDA, G.M.D.; MENDES, A.C.G.; SILVA, A.L.A. O desafio da organização do Sistema Único de Saúde universal e resolutivo no pacto federativo brasileiro. **Saude & Sociedade**, São Paulo , v. 26, n. 2, p. 329-335, jun. 2017.

MIRANDA, G.M.D. et al. A ampliação das equipes de Saúde da Família e o Programa Mais Médicos nos municípios brasileiros. **Trabalho, Educação & Saúde**, Rio de Janeiro, v. 15, n.1, p. 131-145, jan./abr. 2017.

MIRANDA, S.S. et al. Os sistemas de informação em saúde e seu apoio à gestão e ao planejamento do Sistema Único de Saúde: análise de um município de médio porte da Região Nordeste. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, v. 18, n. 4, p. 14-21, 2016.

MORAIS, H.M.M.; ALBUQUERQUE, M.S.V.; OLIVEIRA, R.S.; CAZUZU, A.K.I.; SILVA, N.A.F. Organizações sociais da saúde: uma expressão fenomênica da privatização da saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.34, n.1, e00194916, 2018.

MORAIS, R.M.; COSTA, A.L. Um modelo para avaliação de sistemas de informação do SUS de abrangência nacional: o processo de seleção e estruturação de indicadores. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 48, n. 3, p. 767-793, jun. 2014.

MOREIRA, R.S. COVID-19: unidades de terapia intensiva, ventiladores mecânicos e perfis latentes de mortalidade associados à letalidade no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 5, e00080020, 2020.

MORIMOTO, T.; COSTA, J. S. D. Internações por condições sensíveis à Atenção Primária, gastos com saúde e Estratégia Saúde da Família: uma análise de tendência. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 891-900, mar. 2017.

MOROSINI, M.V.G.C. **Transformações no trabalho dos agentes comunitários de saúde nos anos 1990-2016**: a precarização para além dos vínculos. 2018. 357 p. Tese (Doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Centro de Educação e Humanidades. Rio de Janeiro, 2018.

MOROSINI, M.V.; FONSECA, A.F. Os agentes comunitários na Atenção Primária à Saúde no Brasil: inventário de conquistas e desafios. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. esp., p. 261-274, set. 2018 .

MOROSINI, M.V.G.C.; FONSECA, A.F.; LIMA, L.D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 11-24, 2018.

NOGUEIRA, M.L. Expressões da precarização no trabalho do agente comunitário de saúde: burocratização e estranhamento do trabalho. **Saúde e Sociedade**, v. 28, n. 3, p. 309-323, 2019.

NOGUEIRA, R.P.; BARALDI, S.; RODRIGUES, V.A. Limites críticos das noções de precariedade e despreciação do trabalho na administração pública. Brasília: **Universidade de Brasília**, Observatório de Recursos Humanos, 2004.

NORONHA, J.C.; LIMA, L.D.; MACHADO, C.V. O sistema único de saúde – SUS. In: GIOVANELLA, L. et al. **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 435-472.

NUNES, E.F.P.A. et al. Força de trabalho em saúde na Atenção Básica em municípios de pequeno porte do Paraná. **Saúde em Debate**, v. 39, n.104, p. 30-42, 2015.

OLIVEIRA, M.B.T. **A contabilização dos gastos com pessoal nos contratos de gestão dentro dos limites previstos na Lei de Responsabilidade Fiscal: considerações e possíveis implicações**. 2019. 21p. Dissertação (Mestrado em Gestão e Políticas Públicas) - Fundação Getúlio Vargas, Escola de Administração de Empresas de São Paulo, São Paulo, 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Trabalhando juntos pela saúde**: Relatório Mundial de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 210 p.

PACHECO, H.F. et al. A accountability das organizações sociais no SUS: uma análise do papel institucional do Conselho Estadual de Saúde em Pernambuco. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 30, p. e300108, 2020.

PAIM, J.S. **O que é o SUS?** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. 148p.

PAIM, J.S. et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet: Produção técnico-científica**, [s. l.], p. 11-31, maio 2011.

PAIM, J.S. A constituição cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.29, n.10, p. 1927-1953, out. 2013.

PAIM, I.; NEHMY, R.M.Q.; GUIMARÃES, C.G. Problematização do conceito "Qualidade" da Informação. **Perspectivas em Ciência da Informação**, v. 1, n. 1, p. 111-119, 1996.

PEREIRA, J.A.; JONES, K.M. Contribuições do Projeto Montes Claros para o Sistema Único de Saúde. **Renome: Revista Norte Mineira de Enfermagem**, Montes Claros, v. 5, n.2, p. 22-35, 2016.

PELISSARI, M.R. 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.

PELISSARI, D.M. et al. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde como ferramenta de análise da descentralização do atendimento da tuberculose para a atenção básica. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 12, e00173917, 2019.

PERNAMBUCO. Governo do Estado. Secretaria Estadual de Saúde. Secretaria Executiva de Coordenação Geral. Diretoria Geral de Planejamento. **Plano Estadual de Saúde 2012-2015**. Recife: Secretaria Estadual de Saúde, 2012. 247 p.

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

PIERANTONI, C.R. et al. **Gestão do trabalho e educação em saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC:IMS/UERJ: ObservaRH, 2012. 156p.

PIERANTONI, C.R.; VIANA, M.M.; FRANÇA, T.; MAGNANO, C.; RODRIGUES, M.P.S. Rotatividade da força de trabalho médica no Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n.106, p.637-647, jul./set. 2015.

PINTO, L.F.; GIOVANELLA, L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1903-1913, 2018.

PINTO, L.F.; FREITAS, M.P.S.; FIGUEIREDO, A.W.S. Sistemas nacionais de informação e levantamentos populacionais: algumas contribuições do Ministério da Saúde e do IBGE para a análise das capitais brasileiras nos últimos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1859-1870, 2018.

PINTO JUNIOR, E.P.; AQUINO, R.; MEDINA, M.G.; SILVA, M.G.C. Efeito da Estratégia Saúde da Família nas internações por condições sensíveis à atenção primária em menores de um ano na Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.34, n.2, e00133816, 2018.

PIRES, E.A.N.; SENA, A. Qualidade da informação: uma breve abordagem sobre a contribuição do periódico científico para a ciência. **Múltiplos Olhares em Ciência da Informação**, [S. l.], v. 2, n. 1, p. 1-19. 2013.

PIRES-ALVES, F.A.; CUETO, M. A década de Alma-Ata: a crise do desenvolvimento e a saúde internacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n.7, p. 2135-2144, 2017.

PITOMBEIRA, D.F.; OLIVEIRA, L.C.. Pobreza e desigualdades sociais: tensões entre direitos, austeridade e suas implicações na atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n.5, p.1699-1708, 2020.

PONTE, J.P. Estudos de caso em educação matemática. **Boletim de Educação Matemática**, Rio Claro, a. 19, n. 25, p. 105-132, 2006.

PORTELA, G.Z. et al . Recursos humanos em saúde: crise global e cooperação internacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro , v. 22, n. 7, p. 2237-2246, jul. 2017 .

QUEIROZ, C.H. **A lei de responsabilidade fiscal no contexto da reforma do estado. Brasília**: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão/BNDS, 2001.

RABELO, N.C.; RODRIGUES JÚNIOR, M.S. Análise das despesas com pessoal dos poderes executivos dos estados do Nordeste quanto aos limites estabelecidos pela Lei de Responsabilidade Fiscal. **Revista Controle**, Fortaleza, v.16, n. 1, p. 243-290, jan./jun. 2018.

RAMOS, A.L.P. **Atenção Primária à Saúde e Terceirização: um estudo sobre as capitais brasileiras com base em indicadores**. 2016. 139p. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, [S. l.], 2016.

RAMOS, A.L.P.; SETA, M.H. Atenção primária à saúde e organizações sociais nas capitais da Região Sudeste do Brasil: 2009 a 2014. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 4, e00089118, 2019.

REIS, M.C.; COELHO, T.C.B. Publicização da gestão hospitalar no SUS: reemergência das Organizações Sociais de Saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 28, n. 4, p. e280419, 2019.

REIS, M.L. Reforma do estado: da administração burocrática à administração pública gerencial: o caso brasileiro. **Foco**, v.7, n.1, jan./jul. 2014.

RIBEIRO, A.B. Vínculos de trabalho na administração pública brasileira. In: NOGUEIRA, R. P. **Reflexões sobre diferentes temas: capital e trabalho nos serviços de saúde; o estado, as agências e a saúde; vínculos de trabalho na administração pública brasileira**. Brasília: UnB/CEAM/NESP/ObservaRH, 2010. (Série Formulação, 1). p. 101-128.

ROCHA, T.A.H. et al . Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde: evidências sobre a confiabilidade dos dados. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro , v. 23, n. 1, p. 229-240, jan. 2018 .

RODRIGUES, A.C.; GONTIJO, T.S.; GONÇALVES, C.A. Eficiência do gasto público em atenção primária em saúde nos municípios do Rio de Janeiro, Brasil: escores robustos e seus determinantes. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, suppl 2, p. 3567-3579, 2021.

ROMERO, D.E.; CUNHA, C.B. da. Avaliação da qualidade das variáveis epidemiológicas e demográficas do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos, 2002. **Cadernos de Saúde Pública**, v.23, n.3, p.701-714, mar. 2007.

ROSA, T. O futuro dos sistemas universais de saúde em pauta. **Revista Consensus**, ed. 27, abr, maio e jun. 2018. Disponível em: <<https://www.conass.org.br/consensus/o-futuro-dos-sistemas-universais-de-saude-em-pauta-conass-debate/>>. Acesso em: 02.dez. 2022.

RUSCHI, G.E.C. et al. Qualidade dos dados de assistência pré-natal na Atenção Básica em prontuário eletrônico e relação com apoio matricial, Vitória, Espírito Santo, 2013-2014: corte transversal. **Revista Brasileira de Medicina na Família e Comunidade**, v.12, n.39, p. 1-13, 2017.

SALOTI, M.H.S. et al. Organizações Sociais na atenção básica em saúde nas capitais da Região Sudeste do Brasil: uma análise crítica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 9, e00103319, 2019.

SÁNCHEZ-MARTÍNEZ, F.I.; ABELLÁN-PERPIÑÁN, J.M.; OLIVA-MORENO, J. La privatización de la gestión sanitaria: efecto secundario de la crisis y síntoma de mal gobierno. **Gaceta Sanitaria**, v. 28, p. 75-80, 2014

SANTANA, V.G.D.; SANTOS, P.M. Modelos de gestão pública da Secretaria de Saúde de Pernambuco: implicações na gestão do trabalho. **Saúde em Debate**, v. 41, n. 112, p. 122-132, 2017.

SANTIN, J.R.; PEREIRA, A.S.; CAMARGO, E.J.B. Administração pública municipal e lei de responsabilidade fiscal: gastos e receitas públicas. **Revista de Direito Brasileiro**, São Paulo, v.17, n.7, p.108-124, mai./ago. 2017.

SANTOS, F.A.S. et al. Novos desenhos organizacionais no Setor Saúde: um estudo de caso no Nordeste brasileiro. In: MARTINS, M.I.C. et al. (Orgs.). **Trabalho em saúde, desigualdades e políticas públicas**. Fundação Oswaldo da Cruz- Fiocruz Portugal – Brasil. 2014. p. 111-124.

SANTOS, A.M. et al. Desafios à gestão do trabalho e educação permanente em saúde para a produção do cuidado na Estratégia Saúde da Família. **Revista APS**, v.18, n.1, p. 39-49, jan./mar. 2015.

SANTOS, F.A.S. et al. Diferentes modelos de gestão em municípios pernambucanos: uma análise a partir do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde-CNES e os reflexos sobre os indicadores de produtividade e fiscais. In: GURGEL JÚNIOR, G.D. et al. (Orgs.). **Novos modelos de gestão no SUS e as relações interinstitucionais de controle em foco** [recurso eletrônico]. Recife: Ed. UFPE, 2021. p. 128-145.

SANTOS, T.O.; PEREIRA, L.P; SILVEIRA, D.T. Implantação de sistemas informatizados na saúde: uma revisão sistemática. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**, [S. l.], v. 11, n. 3, p. 1-11. 2017.

SANTOS, I.S.; VIEIRA, F.S. Direito à saúde e austeridade fiscal: o caso brasileiro em perspectiva internacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n.7, p. 2303-2314, jul. 2018.

SANTOS, T.B.S. **Modelos alternativos de gestão na atenção hospitalar do SUS**. 2017. 217 p. Tese (Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2017.

SCHARAMM, J.M.A.; PAES-SOUSA, R.; MENDES, L.V.P. Políticas de austeridade e seus impactos na saúde. **Textos para Debate**, v.1, p.1-38, maio, 2018.

SILVA, L.M.O.; MATTOS, F.A.M. Welfare State e emprego em saúde nos países avançados desde o pós- Segunda Guerra Mundial. **Revista de Economia Política**, v.29, n. 3, p. 135-152. 2009.

SILVA, S.F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2753-2762, jun. 2011

SILVA, V.M.; LIMA, S.M.L.; TEIXEIRA, T. Organizações Sociais e Fundações Estatais de Direito Privado no Sistema Único de Saúde: relação entre o público e o privado e mecanismos de controle social. **Saúde em Debate**, v. 39, n. esp., p. 145-159, 2015.

SILVA, R.R. **Reformismo e contrarreforma do Estado e da administração pública no Brasil pós – 1990**. In: ENCONTRO INTERNACIONAL DE POLÍTICA SOCIAL, 4. ENCONTRO NACIONAL DE POLÍTICA SOCIAL, 11. **Anais...** Vitória, 6-9 jun. 2016.

SILVA, V.C.; BARBOSA,P.R.; HORTALE,V.A. Parcerias na saúde: as Organizações Sociais como limites e possibilidades na gerência da Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n.5, p. 1365-1376, 2016.

SILVA, M. M. Estratégia Saúde da Família: um olhar no modelo de organização da Atenção Básica no Brasil. **Revista EDUC**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, jul.-dez. 2019.

SILVA, J.F.M.; CARVALHO, B.G.; SANTINI, S.M.L. A pejetização em saúde na macrorregião norte do Paraná e suas implicações com a COVID-19.Rev. **Gestão e Saúde**, Brasília, v. 11, n. 3, set.- dez. 2020.

SILVA, M. **Análise das deficiências do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e proposta de soluções em Sistemas de Informação**. 2021. 220p. Dissertação (Mestrado Profissional) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Informática em Saúde, Florianópolis, 2021.

SILVEIRA e SILVA, R. (Org.). **30 anos da Constituição: evolução, desafios e perspectivas para o futuro**. Brasília: Senado Federal, 2018. Disponível em: <https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/553745/001136715_30_anos_Constituiacao_v2.pdf>. Acesso em: 27 out. 2020.

SIMAS, P.R.P.; PINTO, I.C.M. Trabalho em saúde: retrato dos agentes comunitários de saúde da Região Nordeste do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1865-1876, 2017.

SOARES, G.B. et al. Organizações Sociais de Saúde (OSSs): Privatização da gestão de serviços de saúde ou solução gerencial para o SUS?. **Revista Eletrônica Gestão e Saúde**, n. 2, p. 828-850, 2016.

SOUSA, E.; SILVA FILHO, L.J. Lei de Responsabilidade Fiscal como mecanismo de gestão pública. **Revista Negócios em Projeção**, v. 10, n. 2, p. 29, 2019.

SOUZA, M.F.M.; MALTA, D.C.; FRANCA, E.B.; BARRETO, M.L. Transição da saúde e da doença no Brasil e nas Unidades Federadas durante os 30 anos do Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.23, n.6, p.1737-1750, 2018.

SPERLING, S. Política Nacional de Atenção Básica: consolidação do modelo de cuidado ou conciliação com o mercado de saúde? **Saúde em Debate**, v.42, n. esp., p. 341-345, set. 2018.

TEIXEIRA, C.; SILVEIRA, P. (Orgs.). **Glossário de análise política em saúde**. Salvador: Edufba, 2016. 222p.

TEIXEIRA, M.; MARTINS, M.I.C; SILVA, V. Novos desenhos institucionais e relações de trabalho no setor público de saúde no Brasil: as organizações sociais e as fundações estatais de direito privado. In: MARTINS, M.I.C. et al. (Orgs.). **Trabalho em saúde, desigualdades e políticas públicas**. Fundação Oswaldo Cruz- Fiocruz Portugal – Brasil. 2014. p. 89-99.

TEIXEIRA, M.; MATTA, G.C; SILVA JÚNIOR, A.G. Modelos de gestão na atenção primária à saúde: refletindo sobre a gestão do trabalho e produção em saúde. In: SEMINÁRIO PREPARATÓRIO - DE ALMA ATA À ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: 30 ANOS DE APS NO SUS. **Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde**, Rio de Janeiro, 2018.

TEIXEIRA, W.A. A pejetização na prestação dos serviços públicos de saúde da administração pública brasileira. **Revista de Direito Administrativo e Gestão Pública**, Brasília, v. 2, n. 1, p. 184 - 203. Jan./jun. 2016.

TOBAR, F.; YALOUR, M.R. **Como fazer teses em saúde pública**: conselhos e ideias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisas. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2001.

TRAVAGIN, L.B. O avanço do capital na saúde: um olhar crítico às Organizações Sociais de Saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 115, p. 995-1006, dez. 2017.

TURINO, F.; SODRE, F. Organizações sociais de saúde financiadas por emendas parlamentares. **Trabalho, Educação & Saúde**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 1201-1219, dez. 2018.

VIACAVA, F. et al. SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n.6, p.1751-1762, 2018.

VIANA, A.L.D. O público e o privado na gestão da saúde. **Debates GVsaúde**, Rio de Janeiro, ed. esp., mar. p. 29-32. 2015.

VIEIRA, F.S. Crise econômica, austeridade fiscal e saúde: que lições podem ser aprendidas? Brasília: **Ipea**; 2016. [Nota técnica].

VIEIRA, F.S.; BENEVIDES, R.P.S. O direito à saúde no Brasil em tempos de crise econômica, ajuste fiscal e reforma implícita do Estado. **Revista de Estudos e Pesquisas sobre as Américas**, v.10, n.3, 2016.

VILELA, E.N.; MAFRA, L.A.S. Estratégia saúde da família: contratação temporária e precarização nas relações de trabalho. **Caderno de Estudos Interdisciplinares**, v..2, n.1: esp, p. 38-52. 2015.

YIN, R. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 2ª. ed. Porto Alegre: Bookman; 2001.