



Trabalho, Educação e Saúde

Contexto sociopolítico e a organização da força de trabalho e oferta de serviços da Atenção Básica

Socio-political context and the organization of the workforce and the provision of primary care services

Contexto sociopolítico y organización de la fuerza de trabajo y prestación de servicios de atención básica

Wellington Pereira Lopes¹  Brígida Gimenez Carvalho² 
Stela Maris Lopes Santini³  Fernanda de Freitas Mendonça⁴ 
Caroline Pagani Martins⁵ 

Resumo

Com o objetivo de analisar as repercussões do contexto sociopolítico e normativo para a organização do trabalho na Atenção Básica, ao se considerarem a composição, as formas de provimento dos trabalhadores e a percepção de gestores sobre o desempenho conforme o tipo de vínculo, realizou-se um estudo qualitativo em 16 municípios da macrorregião Norte do Paraná. Foram entrevistados coordenadores e secretários de saúde de julho a outubro de 2021. Os achados foram apresentados em três categorias: organização da Atenção Básica; formas de contratação dos profissionais; e percepção dos gestores sobre o desempenho dos trabalhadores conforme o vínculo de trabalho. Há preponderância da Estratégia Saúde da Família na organização do trabalho nos 16 municípios estudados, nos quais se verificou a existência de equipes de Atenção Primária em apenas três. Sobre as formas de contratação, houve aumento de vínculos precários. Quanto à percepção dos gestores a respeito do desempenho relacionado ao tipo de vínculo, fica evidente o ideário de que profissionais terceirizados apresentam maior dedicação quando comparados àqueles que contam com estabilidade. O contexto sociopolítico e normativo interferiu na organização e na forma de provimento dos profissionais, assim como na percepção dos gestores em relação ao desempenho e vínculo de trabalho.

Palavras-chave Atenção Primária à Saúde; Estratégia Saúde da Família; gestão em saúde; recursos humanos em saúde.

ARTIGO

<https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs02005>

¹ Universidade Estadual de Londrina, Departamento de Saúde Coletiva, Londrina, Brasil. wellington-lobes@outlook.com

² Universidade Estadual de Londrina, Departamento de Saúde Coletiva, Londrina, Brasil. brigidagimenez@gmail.com

³ Secretaria Estadual de Saúde do Paraná, 16ª Regional de Saúde de Apucarana, Apucarana, Brasil. stelamaris08@gmail.com

⁴ Universidade Estadual de Londrina, Departamento de Saúde Coletiva, Londrina, Brasil. fernanda0683@gmail.com

⁵ Universidade Estadual de Londrina, Departamento de Saúde Coletiva, Londrina, Brasil. carol_pagani@hotmail.com



Abstract

In order to analyze the repercussions of the socio-political and normative context for the organization of work in primary care, considering the composition, forms of supply of workers and the perception of managers about performance according to the type of bond, a qualitative study was carried out in 16 municipalities in the northern macro-region of Paraná, Brazil. Coordinators and health secretaries were interviewed from July to October 2021. The findings were presented in three categories: organization of primary care; forms of hiring professionals; and perception of managers about the workers' performance according to the work bond. There is a preponderance of the Family Health Strategy in the organization of work in the 16 municipalities studied, in which there was the existence of primary care teams in only three. Regarding the forms of hiring, there was an increase in precarious bonds. Regarding the managers perception regarding the performance related to the type of bond, it is evident the idea that outsourced professionals present greater dedication when compared to those who have stability. The socio-political and normative context interfered in the organization and form of provision of professionals, as well as in the managers perception regarding performance and work bond.

Keywords Primary Health Care; Family Health Strategy; health management; human resources in health.

Resumen

Con el fin de analizar las repercusiones del contexto sociopolítico y normativo para la organización del trabajo en la atención básica, al considerar la composición, las formas de fomento de los trabajadores y la percepción de los directivos sobre el rendimiento en función del tipo de vínculo, se realizó un estudio cualitativo en 16 municipios de la macrorregión norte de Paraná, Brasil. Se entrevistó a coordinadores y secretarios de salud de julio a octubre de 2021. Los resultados se presentaron en tres categorías: organización de la atención básica; formas de contratación de los profesionales; y percepción de los gerentes sobre el desempeño de los trabajadores según el vínculo laboral. Hay preponderancia de la Estrategia de Salud de la Familia en la organización del trabajo en los 16 municipios estudiados, en los que se ha comprobado la existencia de equipos de atención primaria en sólo tres. En cuanto a las formas de contratación, hubo un aumento de vínculos precarios. En cuanto a la percepción de los gerentes sobre el desempeño relacionado con el tipo de vínculo, es evidente la idea de que los profesionales de terceros muestran una mayor dedicación en comparación con los que cuentan con estabilidad. El contexto sociopolítico y normativo ha interferido en la organización y la forma de la promoción de los profesionales, así como en la percepción de los administradores en relación con el desempeño y la vinculación del trabajo.

Palabras clave Atención Primaria de Salud; Estrategia de Salud De La Familia; gestión de la salud; recursos humanos en salud.

Introdução

A Atenção Básica (AB) é considerada a principal estratégia de reorganização do Sistema Único de Saúde (SUS). No Brasil, a AB foi criada como porta de entrada prioritária para o SUS, com o intuito de promover acesso ampliado à saúde, ofertando ações e serviços organizados por meio da lógica territorial e de ações de prevenção, promoção, tratamento e reabilitação em saúde (Fausto et al., 2014).

O processo de reorganização da AB teve início na década de 1990 com a criação do Programa de Agentes Comunitários e do Programa Saúde da Família (PSF). Esses programas tiveram como foco o modelo sanitário e preventivo, direcionados, em um primeiro momento, a determinados agravos. Posteriormente, o PSF foi alçado à categoria de estratégia, dentro do escopo da Estratégia Saúde da Família (ESF) (Giovannella, Franco e Almeida, 2020).

Em 2006, foi publicada a primeira Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que ressaltava a importância da ESF para a reorganização da AB, mantendo a lógica de cuidado por meio da territorialização e ampliando a cobertura de atenção básica no país. Pela PNAB 2006 foi estabelecida a composição mínima das equipes de Saúde da Família (eSFs), formadas por médico generalista

ou de família, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACSs), com a padronização de quarenta horas semanais. Essa política nacional também possibilitou a inclusão de equipes de Saúde Bucal (eSBs), compostas por cirurgião-dentista, auxiliar e técnico em saúde bucal, na ESF (Brasil, 2006).

A PNAB 2006 foi considerada um grande marco para a AB, porém o problema relativo à alta rotatividade de profissionais, principalmente na categoria médica e em municípios de pequeno porte, persistia. Assim, em 2011 uma nova PNAB foi publicada, desta vez flexibilizando a carga horária de trabalho de médicos, cujos contratos passariam a ser de 20h, 30h ou 40h semanais. Essa PNAB também inseriu o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) na AB, dando sequência à ampliação da ESF no país (Brasil, 2012).

Após o *impeachment* da presidente Dilma Rousseff, já no Governo Michel Temer e na vigência de uma crise política e econômica que culminou com o avanço do neoliberalismo, foi publicada a PNAB 2017. Essa política flexibilizou o parâmetro de cobertura dos ACSs nas (eSFs), de modo que apenas em áreas de grande dispersão territorial, áreas de risco e de vulnerabilidade social permaneceu o critério de um profissional ACS para cada 750 pessoas. Também tornou opcional a inserção de agentes de combate a endemias e profissionais de odontologia na sua formulação, e o NASF passou a apoiar outras equipes da AB, além das eSFs (Fausto et al., 2018). A PNAB 2017 propôs também a indução financeira para outras modalidades, como as equipes de Atenção Básica (eAB), as quais possuem maior flexibilidade na carga horária dos profissionais (Fausto et al., 2018). Salienta-se que em 2019, por meio da portaria GM/MS n. 2.539, de 25 de setembro (Brasil, 2019a), as eABs foram substituídas pelas equipes de Atenção Primária (eAPS); no entanto, ambas não possuem o ACS em sua composição.

Além disso, outros acontecimentos foram marcantes no campo do trabalho e do financiamento em saúde. Cita-se a reforma trabalhista de 2017 (lei n. 13.467/2017) (Brasil, 2017), que flexibilizou ainda mais os vínculos empregatícios e possibilitou a terceirização das atividades-fim; a aprovação da emenda constitucional (EC) n. 95, em 2016 (Brasil, 2016), congelando os gastos públicos por vinte anos; a aprovação do orçamento impositivo, que torna obrigatória a execução das emendas parlamentares, inclusive para a área da saúde (EC n. 86/2015) (Brasil, 2015), e a própria pandemia de Covid-19. Tais acontecimentos podem ter trazido desdobramentos na organização da AB e nas formas de vinculação dos profissionais nesse nível de atenção. Estudos apontam o crescimento de contratações informais e temporárias por meio de empresas terceirizadas, de pessoas jurídicas ('pejotização'), entre outras modalidades (Fontes, 2017; Marques, Carvalho e Santini, 2020).

Dando sequência a essas reformas, em 2019 foi publicada a portaria MS/GM n. 2.979/2019, de 12 de novembro (Brasil, 2019b), que criou o Programa Previne Brasil (PPB). Este programa alterou a forma de repasse financeiro do governo federal para a AB nos municípios ao substituir o Piso da Atenção Básica (PAB) pelo pagamento por capitação ponderada, por desempenho e por adesão a programas estratégicos. Em 2021, o PPB passou por uma alteração (Brasil, 2021a) que inseriu o pagamento por critério populacional, porém com valor muito menor do que o que estava vigente no PAB fixo, e não reinseriu o NASF como uma ação estratégica, passível de financiamento. Além disso, ainda em 2019, por meio da lei n. 13.958, de 18 de dezembro (Brasil, 2019c), foi criado o Programa Médicos pelo Brasil, com o intuito de substituir o Programa Mais Médicos. A principal alteração proposta nesse programa foi a substituição do vínculo do profissional médico, que de bolsista passaria a ter um contrato de trabalho com a Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde. No entanto, em notícia divulgada pelo Ministério da Saúde (MS), somente no ano de 2022 é que seria lançado o primeiro edital para seleção de profissionais (Brasil, 2021b).

Nesse sentido, considerando-se as mudanças induzidas pelas novas políticas, pelo contexto sanitário, social, político e econômico do país e pelas mudanças na forma de financiamento da AB, questiona-se em que medida esse cenário tem influenciado a organização da AB, em especial na forma de vinculação da força de trabalho no SUS. Na tentativa de responder a essa questão, este artigo teve como objetivo

analisar as repercussões do contexto sociopolítico e normativo para a organização do trabalho na AB, levando em conta a composição, as formas de provimento dos trabalhadores e a percepção de gestores sobre a relação entre o desempenho e o vínculo de trabalho.

Metodologia

Trata-se de um estudo qualitativo, do tipo estudo de caso único com múltiplas unidades de análise, realizado na macrorregião Norte do Paraná. A opção pela pesquisa qualitativa, em especial pela realização de um estudo de caso, justifica-se devido ao fato de as questões de investigação deste estudo serem do tipo ‘como’ e ‘por que’ e pelos pesquisadores terem pouco ou nenhum controle sobre o contexto pesquisado. O estudo de caso destina-se a investigar “fenômenos contemporâneos em profundidade e em seu contexto de vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente evidentes” (Yin, 2010, p. 39), o que se aplica a esta pesquisa.

A macrorregião Norte do Paraná é constituída por 97 municípios distribuídos em cinco regiões de saúde, totalizando aproximadamente dois milhões de habitantes. Destes municípios, foram selecionados 17. Para a seleção, utilizaram-se cinco eixos e seus respectivos indicadores, conforme apresentado no Quadro 1.

Quadro 1 – Eixos e indicadores utilizados para a seleção dos municípios incluídos no estudo – Paraná, 2022

Eixos	Indicadores
Investimento municipal em saúde	– Proporção de investimento de recursos próprios em relação ao total de investimentos em saúde – Proporção de recursos próprios em saúde (LC n. 141, de 13/1/2012)
Capacidade de uso de recurso de transferência	– Capacidade de uso de recursos de transferência
Capacidade de adesão	– Grau de adesão à Saúde Bucal na AB – Grau de adesão ao Programa Informatiza Atenção Primária à Saúde (Informatiza APS) – Adesão ao Programa Saúde na Escola (PSE) – Adesão ao Saúde na Hora
Capacidade de cadastramento	– Cobertura de cadastramento
Desempenho	– Indicador sintético final

Fonte: Elaborado pelos autores.

Nota: LC - lei complementar; AB - atenção básica.

Os municípios foram classificados em escore baixo, intermediário ou alto, segundo a pontuação obtida em cada um dos indicadores. Os valores de referência foram:

Escore baixo: entre 5 e 8,66;

Escore intermediário: entre 8,67 e 12,33;

Escore alto: entre 12,34 e 16.

Estimou-se que quanto maior o escore, maiores as dificuldades do município em aspectos relativos à gestão financeira e orçamentária, à cobertura de serviços e ao desempenho. Após essa classificação foram selecionados 17 municípios, dos quais seis tiveram escore baixo; nove, intermediário; e dois, alto. Contudo, houve uma recusa por parte de um município de escore alto. Dessa forma, a amostra totalizou 16 municípios.

Os sujeitos da pesquisa foram os coordenadores de AB e secretários de saúde. Ao final, foram entrevistados 27 profissionais integrantes das equipes gestoras, sendo 16 coordenadores de AB e 11 secretários de Saúde. A obtenção dos dados se deu por meio de entrevista guiada por um roteiro

semiestruturado, contendo questões que versavam sobre a organização do trabalho das equipes; as formas de vinculação dos profissionais da AB nos municípios (pessoas jurídica [PJ], celetista, estatutário etc.); e a percepção dos gestores sobre a existência ou não de diferença entre o desempenho do profissional de acordo com o vínculo de trabalho.

Primeiramente foi realizado um teste-piloto, em um município não selecionado para a pesquisa. Apenas após a constatação da aplicabilidade do roteiro, deu-se início às entrevistas. Elas ocorreram entre os meses de julho e outubro de 2021, nas secretarias de Saúde, em espaço reservado, com a presença do entrevistado e dos pesquisadores. Os áudios foram gravados e, após transcritos na íntegra, deletados, conforme constava no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Para a apresentação dos resultados, as falas foram codificadas com a letra G (de gestor), seguida de um número conforme a ordem de realização das entrevistas: G1, G2... e G27, para preservar a identidade das participantes.

A análise das entrevistas foi feita por meio do método análise de discurso, proposto por Martins e Bicudo (2005), e compreendeu dois momentos: a análise ideográfica e a análise nomotética. No primeiro momento, procurou-se por unidades de significado; para isso, foi realizada a leitura flutuante das transcrições de cada entrevista com o objetivo de se apropriar do fenômeno estudado, o que permitiu conhecer as ideias centrais dos atores sociais. Num segundo momento, fez-se a análise nomotética, em que, após nova leitura das entrevistas, identificaram-se as unidades de significado e, em seguida, efetuadas as aproximações de convergências e divergências, o que possibilitou construir categorias para a estruturação do fenômeno estudado.

Atendendo às considerações éticas, os participantes foram informados a respeito do objetivo da pesquisa, e os que concordaram em participar assinaram o TCLE.

Resultados

Dentre os entrevistados, havia 17 enfermeiros, dois médicos, dois odontólogos, dois advogados, um farmacêutico, um pedagogo, um contador e um engenheiro de computação. Em relação à formação na área gerencial, 13 gestores (48%) afirmaram ter pós-graduação em gestão ou em saúde coletiva.

Os resultados obtidos foram organizados em três categorias de análise: organização da AB, formas de contratação dos profissionais da AB e percepção dos gestores sobre o desempenho do profissional, de acordo com o tipo de vínculo de trabalho.

Organização da Atenção Básica

A organização da AB em 12 dos 16 municípios estudados se deu exclusivamente por meio da ESF. As equipes se formaram conforme a composição mínima de profissionais preconizados pelas políticas de AB: enfermeiro, médico, técnico de enfermagem, ACS, odontólogo e auxiliar em saúde bucal. Os outros quatro municípios, apesar de possuírem eSF, não dispunham de eSB. Cabe destacar que em três municípios foram identificadas três novas equipes de eAPs atuando ou aguardando homologação perante o MS, além das eSFs atuantes. Em nove municípios, a cobertura populacional pela ESF é de 100%, e apenas em três é inferior a 50%. Nos demais, varia entre 63% e 81%.

Para a maioria dos gestores, a organização dos serviços de AB por meio da ESF ainda é a prioridade. A AB é composta por equipes “eSF de 40 horas formadas por enfermeiro, técnico de enfermagem, agente comunitário de saúde (ACS), médicos” (G1). Houve destaque para a presença dos profissionais de saúde bucal em algumas unidades, além da inserção do profissional médico veterinário na composição da AB em um dos municípios.

Embora todos os municípios estudados tenham ao menos uma equipe de eSF completa, foi mencionada a dificuldade da contratação de profissionais médicos com carga horária de 40 horas: “Hoje a gente tem as 11 equipes com médicos de 40 horas, mas foi difícil montar essas equipes com essa carga horária médica de 40 horas” (G2).

Houve relato de defasagem de número de ACS dentro da ESF em um dos municípios, devido à expansão municipal: “a cidade tem crescido bastante, aí a gente estava tendo alguns problemas, assim [...] determinada UBS [unidade básica de saúde] estava abrangendo agora uma parte maior e tem um número menor de ACS” (G3).

Apesar do crescimento no número de equipes e na oferta de serviços de AB em diversos locais, conforme relatos de gestores, houve a perda de eSF em um dos pequenos municípios estudados, devido à diminuição da população. “Na verdade, eram quatro, mas uma está sendo tirada por causa do número da população. Nossa população diminuiu, cidades assim iguais a nossa sofrem com isso, nós perdemos população” (G3).

A respeito dos serviços ofertados pelas UBSs, houve menção às consultas em geral, além de triagens, agendamento de mamografias, atendimentos odontológicos, fisioterápicos, psicológicos e nutricionais, exame preventivo de colo de útero, por exemplo. Ademais, um dos gestores acrescentou que “ainda não tem a carteira completa dos procedimentos, mas os médicos já começaram a fazer sutura, drenagem, pequenos procedimentos como lavagem de ouvido...” (G4).

Para ampliar o escopo de serviços e garantir maior resolutividade para a população, foram mencionadas parcerias intermunicipais por meio de consórcios como “o Cisnop e o Cisvir [Consórcio Intermunicipal de Saúde do Norte do Paraná e Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Ivaí e Região, respectivamente], que hoje oferecem pra gente o psicólogo e o psiquiatra e outras especialidades” (G5).

A manutenção das equipes NASF foi relatada na maioria dos municípios, mesmo com o fim do incentivo financeiro federal: “A gente manteve as equipes; só mudamos a terminologia lá no CNES [Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde]. Agora é Núcleo Ampliado de Saúde da Família, mas o processo de trabalho em si não foi alterado” (G6).

Em contrapartida, três municípios não mantiveram as equipes de NASF após a mudança de financiamento da AB, devido à falta de financiamento federal, o que acarretou o desligamento desses profissionais. “Nós pertencemos a um outro consórcio de pequenos municípios que tinha esse NASF; esse consórcio ainda dá suporte, eles contratam assistente social pra nós, mas isso é uma coisa do consórcio mesmo, não é NASF mais, o NASF acabou” (G5).

Outro município, ainda que tenha mantido todos os profissionais das equipes NASF, realocou-os nas UBSs para atendimento clínico e outros serviços ambulatoriais, desvinculando a organização do trabalho da lógica matricial idealizada: “Eles não estão trabalhando mais juntos, a nova gestão decidiu por distribuir, mandou fisioterapia para a clínica de fisioterapia, a nutricionista para a UBS...” (G13).

Alguns gestores questionaram o motivo de o MS ter retirado o financiamento do NASF: “A gente não consegue entender por que o ministério retirou a equipe do NASF do financiamento, porque é uma equipe muito importante para o município” (G8). Outrossim, afirmam que tem sido difícil para o ente municipal arcar com essa despesa.

A implantação de eAP também foi citada, e embora na composição dessas equipes não esteja prevista obrigatoriamente a presença do ACS, uma vez que é facultada ao gestor sua inclusão, foi destacado que “nas eAP a gente também tem ACS” (G7). Uma das principais diferenças destacadas entre a eSF e a eAP relaciona-se à carga horária de atuação. “A gente acabou de cadastrar as eAP com carga horária parcial de 20 e 30 horas” (G7).

Formas de seleção e provimento dos profissionais da Atenção Básica

Identificaram-se variadas formas para o provimento de força de trabalho na AB nos municípios estudados, como trabalhadores estatutários, celetistas, terceirizados via PJ, por exemplo. A maioria dos municípios ainda utiliza o concurso público para seleção e a vinculação por estatuto para provimento de grande parte dos profissionais. “São servidores efetivos, com exceção dos médicos. A gente tem três médicos do PSF que é empresa contratada [sic] por credenciamento médico” (G8).

Apesar disso, alguns municípios relataram modalidades de vínculos distintos entre algumas categorias profissionais, sendo crescente a contratação de PJs por credenciamento, principalmente para os profissionais médicos: “Temos uma categoria de médicos que atuam na AB que são PJ que a gente fala que é a empresa médica, então nós temos essa modalidade, mas a maioria é servidor público” (G8).

Nesse sentido, houve ainda um município que terceirizou todos os profissionais da AB, afirmando que “a princípio, foi por não poder realizar concurso [...] realmente o índice de folha estava além do limite. A única forma que o jurídico conseguiu foi terceirizar, porque não conseguiu realizar concurso” (G9).

Outra modalidade de seleção que ganhou destaque foi o processo seletivo simplificado (PSS). O PSS foi bastante utilizado para contratação, por prazo determinado, de profissionais que atuaram nas unidades sentinelas para atendimento de doenças respiratórias durante a pandemia da Covid-19. “Para a [unidade] sentinela há contratos até outubro ou novembro [de 2021]. Estamos tentando finalizar os atendimentos e ampliar um pouco mais o tempo [de funcionamento] da [unidade] sentinela” (G10).

Verificou-se ainda uma modalidade de seleção e contratação via ‘pregão’ eletrônico, que considera um lance apresentado, com exclusividade de participação para microempresas, empresas de pequeno porte e microempreendedores individuais (MEIs). “É que depende do pregão. Se vier duas pessoas [sic] e uma pedir o salário de R\$ 2 mil e a outra de R\$ 1.900,00, então vai ganhar o menor preço” (G11).

Percepção dos gestores sobre o desempenho dos trabalhadores de acordo com os vínculos de trabalho

Alguns gestores apontaram vantagens da seleção por meio de concurso público e vinculação estatutária devido à possibilidade de capacitar o profissional, criar vínculo duradouro e melhorar o desempenho a longo prazo. Houve relatos de que profissionais com vínculos precarizados ou temporários geralmente permanecem no município por pouco tempo, o que dificulta o aprimoramento desse profissional. “O tempo médio que o [profissional] temporário fica é pouco pra gente fazer dele um profissional bom e o concursado não. Ele fica ali e a gente vai capacitando, vai orientando... então, a gente consegue ir adequando [esses profissionais] às nossas necessidades” (G3).

Outro entrevistado apontou ainda como vantajoso para o processo de trabalho o fato de os profissionais concursados permanecerem mais tempo no serviço, alegando que “a contratação ideal é concurso, porque gera vínculo, gera permanência, gera vínculo com a equipe, com o usuário. Então é o ideal” (G5).

No entanto, outros têm a percepção de que há melhor desempenho dos profissionais contratados por formas não estáveis. Houve gestores que relataram que a produtividade dos terceirizados ou que recebem por produção é maior. “A gente tem avaliado que existe um rendimento maior por parte desses profissionais que não têm vínculo ou que recebem por produção. O rendimento deles é maior do que de muitos concursados” (G11).

Críticas em relação ao comodismo e à falta de comprometimento por parte de alguns servidores concursados foram significativas, atrelando-se esse comportamento à estabilidade no emprego, diferentemente dos contratados. “O profissional concursado, ele querendo ou não, não generalizando, mas a pessoa fica mais estável, não tem muita vontade de fazer nada a mais, mas quando o profissional é contratado a gente vê mais desempenho e mais dedicação” (G2).

Um dos gestores considerava equivocada a contratação via concurso público de todas as categorias profissionais, entendendo que isso interfere na qualidade dos serviços. “Eu acho um grande erro, eu acho que deveria ter alguma coisa terceirizada, principalmente agentes de endemias, assim você reforçaria a qualidade” (G11). O mesmo gestor afirmou ainda que “precisa retirar a estabilidade do serviço público; enquanto não retira a estabilidade do serviço público não vai ter excelência nos serviços ofertados” (G11), evidenciando sua visão de que a estabilidade do servidor público é algo nocivo à qualidade da assistência. Verificou-se que os gestores favoráveis à terceirização dos trabalhadores não eram profissionais de saúde e não tinham pós-graduação na área de gestão ou de saúde coletiva.

Identificou-se, contudo, um terceiro grupo, com a percepção de que a diferença de rendimento profissional não estaria relacionada ao vínculo empregatício, mas sim às características individuais de cada servidor.

Tem profissionais e profissionais [...] o bom profissional, independente do vínculo, será bom; se ele trabalha concursado, ele trabalha bem, e se ele for terceirizado, trabalha bem. O vínculo, pelo menos eu que estou aqui há bastante tempo, o vínculo não determina o profissional (G12).

Também houve manifestação de que a diferença de rendimento no desenvolvimento das atividades existe quando há diferenças salariais entre os profissionais, principalmente de uma mesma categoria. “Olha, na atuação, não, mas a gente percebe na verdade o comprometimento, talvez, quando tem diferença salarial, então gera um descontentamento dos terceirizados. Querendo ou não, isso interfere no trabalho” (G1).

Discussão

Os resultados apontam que, apesar da possibilidade de se flexibilizar a composição das equipes de AB e de se adotar um novo modelo de Atenção Básica por meio das eAPs, na macrorregião Norte do Paraná ainda havia, na maioria dos locais estudados, a priorização das eSFs para a organização da AB. Em 2019, a cobertura populacional pela ESF nos municípios dessa macrorregião foi de 80,2%. Outro fator a se destacar é que poucos municípios implantaram as eAPs, e mesmo nestes foi mantida a presença dos ACSs nas equipes. Contudo, a flexibilização da carga horária e a não fixação de quantidade mínima de ACSs por equipe podem contribuir para a descaracterização do modelo sanitário, comunitário e territorial, o que dificulta a cobertura populacional (Seta, Ocké-Reis e Ramos, 2021).

Vale destacar que essas flexibilizações na forma de vinculação dos trabalhadores ocorreram em um contexto de crise econômica e política (Santos e Vieira, 2018). Tiveram o objetivo de restringir gastos, sem que houvesse debate suficiente e desconsiderando as críticas de instituições representativas do SUS, as quais alertaram sobre interesses corporativos e políticos que poderiam acarretar o desmonte do sistema e a redução da oferta de serviços da AB (Gomes, Gutierrez e Soranz, 2020).

Além disso, há desafios devido à escassez de recursos financeiros justificada pelo contexto de reformas, pelo teto de gastos imposto pela EC n. 95/2016, pela redução de investimentos, pela falta de incentivo ao provimento de profissionais por modalidades de vínculos estáveis, por dificuldades de fixação e, conseqüentemente, déficit de profissionais em algumas categorias.

Para superar esses desafios, diversos municípios se organizam por meio de consórcios intermunicipais com o objetivo de manter e ampliar a oferta de serviços, de acordo com suas necessidades (Grzelzak et al., 2017). O consórcio de saúde tem sido visto como estratégia para enfrentar a deficiência de serviços em algumas áreas, principalmente em municípios de pequeno porte, pelo seu potencial de aumentar o acesso, reduzir filas no SUS, oferecer serviços especializados e ajudar o sistema a suprir a necessidade integral do usuário, trazendo satisfação e resolutividade aos beneficiados (Grzelzak et al., 2017).

Outro ponto a se destacar foi a presença de profissionais da saúde bucal na composição da maioria das eSFs, uma vez que a inclusão desses profissionais é facultativa. Isso ocorreu devido ao incentivo financeiro do governo federal por meio do PAB variável, que atuou como indutor e, mesmo após a implantação do PPB, manteve a odontologia como uma ação estratégica. Esse cenário revela que, embora a descentralização tenha tido importante papel para o gestor local na execução das políticas, foi fundamental o papel indutor do governo federal nesse contexto, por meio da existência de incentivo federal para a implementação e ampliação de determinados programas e ações de saúde (Melo et al., 2019).

Em contrapartida, a não manutenção do incentivo financeiro federal para as equipes do NASF a partir do PPB, cabendo ao gestor local a manutenção ou não dessas equipes, pode dificultar a inserção

e até mesmo a manutenção de profissionais de outras categorias nesse nível de atenção (Paulino et al., 2021). Identificou-se entre alguns municípios estudados o deslocamento do NASF da função de apoiador técnico e pedagógico das eSFs, conduzindo os profissionais para uma atuação na lógica uniprofissional. Isso descaracteriza toda a idealização do NASF para a AB, além de refletir um retrocesso no que diz respeito ao trabalho interprofissional e ao apoio pedagógico e matricial às eSFs.

Em relação à força de trabalho e aos tipos de vínculos empregatícios, estudo realizado por Nunes e colaboradores (2015) em 49 municípios de pequeno porte da macrorregião Norte do Paraná, em 2010, destacou como ponto positivo o fato de 83,6% das admissões dos profissionais terem sido realizadas pelo ente municipal por meio de vínculo empregatício formal e legal. Destas, 32,7% se deram pelo Estatuto do Servidor Público e 44,5% com base na Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). Os autores também verificaram que a tendência de vínculos precários advinda das reformas administrativas dos anos 1990 não se manteve no período do estudo, demonstrando avanços na gestão do trabalho. No entanto, ainda que os achados do presente estudo não tenham quantificado os profissionais por modalidade de vínculo, há indícios de que houve um retrocesso nesse sentido, com ampliação de vínculos precarizados.

Esse quadro pode ter sido agravado pela aprovação da reforma trabalhista em 2017, que alterou a CLT com o objetivo de, entre outras coisas, possibilitar a terceirização das atividades-fim na saúde (Costa, Costa e Cintra, 2018). Há também indícios de que a aprovação do orçamento impositivo (EC 86/2015) (Brasil, 2015) possa ter contribuído para o aumento de contratação de PJ, tendo em vista que o repasse de recursos aos municípios na forma do incremento temporário do Piso de Atenção Primária (PAP) tem vedada sua destinação para pagamento de pessoal ou encargos sociais, mas não para a contratação de serviços de terceiros (Brasil, 2015). Essa situação foi observada em 14 dos 16 municípios da pesquisa, que optaram pela terceirização da força de trabalho da categoria médica. De maneira ainda mais extrema, um dos municípios decidiu por terceirizar todas as categorias profissionais. Cabe destacar ainda que, apesar de o Programa Médicos pelo Brasil ter sido criado com a justificativa de inserir o profissional médico na AB com um vínculo não precarizado (Brasil, 2021b), no período da pesquisa não foi identificado nenhum profissional desse programa nos municípios estudados.

Percebeu-se que a estratégia de contratação de serviços terceirizados ou 'pejotizados' na saúde por parte dos gestores, além de escapar das amarras burocráticas para realização de concurso público, se constituiu em estratégia para driblar o limite de gastos com pessoal. Cabe destacar que não há, pelo menos até o presente momento, uniformidade pelo controle externo (Ministério Público ou Tribunais de Contas) para que os contratos na modalidade PJ não sejam contabilizados no limite de folha de pessoal, o que deixa os entes federados em estado de insegurança jurídica e/ou ilegalidade.

Esse fenômeno causa preocupação porque, apesar de a reforma trabalhista indicar que os profissionais terceirizados tenham os mesmos salários que os demais, isso nem sempre acontece. Empresas terceirizadas muitas vezes exigem maior carga horária de trabalho mediante menores salários, mesmo que as atividades e funções exercidas sejam semelhantes às de outros servidores (Costa, Costa e Cintra, 2018).

A terceirização apresenta reflexos nas condições de trabalho, como insegurança, isolamento e perda de vínculo devido à fácil descartabilidade, enfraquecimento das organizações sindicais e crise dos direitos trabalhistas. Tudo isso vem somado à desvalorização do serviço público, à falta de capacitação e aprimoramento profissional, à defasagem no salário e à falta de investimento no setor público (Druck, 2016).

Um dos aspectos marcantes nesta pesquisa foi a identificação da publicação de editais de licitação nas modalidades de pregão eletrônico ou presencial, em que o interessado apresenta propostas e lances, e a seleção se dá pelo menor lance ou 'menor preço por item'. O único critério, portanto, é o valor financeiro, desconsiderando a precariedade envolvida nesse processo. Para a contratação de serviços técnicos de fisioterapia e acupuntura, verificou-se a utilização de pregão eletrônico, com exclusividade para microempresas, empresas de pequeno porte ou MEI. Dessa forma, o trabalhador, mediante a falta de opções e a necessidade de subsistência, se submete a essa forma de seleção/contratação, igualando-se

a um insumo, e o seu trabalho a um produto em leilão. No caso de contratação de empresas prestadoras de serviços de plantões médicos, utilizou-se o pregão presencial, contendo em seu edital o valor máximo a ser investido e as descrições do tipo de plantão (carga horária).

Outrossim, uma modalidade crescente na saúde é o trabalho informal com remuneração de acordo com a produção, denominado ‘salário por peça’, além dos trabalhos por meio de bolsas, estágios e contratos temporários (Teixeira, 2016; Fontes, 2017). Desse modo, infere-se que o contexto político vivenciado a partir de 2017, pautado pelo crescente avanço do neoliberalismo, viabilizou reformas que ameaçam a estabilidade dos trabalhadores, além de caracterizar o retorno da antipolítica de recursos humanos dos anos 1990, considerada esta a década perdida para os trabalhadores (Marques, Carvalho e Santini, 2020).

Tal panorama revela que, embora a precarização do trabalho não tenha surgido com a aprovação da reforma trabalhista, parece que tem agravado e ampliado a precarização no âmbito da saúde. É, portanto, reflexo do próprio capitalismo, que traz em sua raiz a relação desigual entre trabalhador e aquele que compra essa força de trabalho, buscando extrair o máximo de produção dentro de diversas realidades (Morosini, 2016). As políticas neoliberais, fortalecidas no governo do presidente Jair Bolsonaro, apresentam essas flexibilizações como estratégia para a contenção de gastos. Além disso, influenciam a concepção de muitos gestores do SUS, que se mostram favoráveis às ideias de introdução da concorrência na área da saúde pública (Abrucio et al., 2020).

O fato é que a presença de um governo neoliberal contribui para que indivíduos em convergência com esses ideais sejam atraídos para a gestão pública, pregando a otimização e a garantia de eficiência no trabalho em face da precarização das relações trabalhistas, por haver flexibilização na demissão de funcionários considerados ‘improdutivos’. No entanto, por trás dessas afirmações se encontram interesses conflitantes sobre a concepção da saúde como direito fundamental, a qual passa a ser tratada como uma mercadoria segregada de acordo com os objetivos do mercado (Morosini, 2016; Menezes, Moretti e Reis, 2019).

As entrevistas demonstraram o desconhecimento de alguns gestores sobre a finalidade da estabilidade do servidor no serviço público. Essa estabilidade confere proteção contra perseguições político-partidárias, em consonância com princípios da legalidade e da impessoalidade na administração pública. Muitas circunstâncias interferem ainda no desempenho dos trabalhadores, como condições de trabalho inadequadas, remuneração insuficiente, pouca oportunidade de ascensão profissional, ausência de qualificação para o trabalho, escassez de espaços coletivos de gestão, interferências políticas e problemas de infraestrutura e nas redes de saúde (Santini, 2018). Esses fatores encontram condições propícias no contexto sociopolítico e normativo vigente no período da pesquisa, em especial com o Novo Regime Fiscal instituído pela EC 95/2016 (Menezes, Moretti e Reis, 2019).

Ao se considerar o contexto da Covid-19, houve maior potencialização de vínculos terceirizados (Marques, Carvalho e Santini, 2020) e maior precarização dos contratos na modalidade PJ, visto que a medida provisória n. 927, de 22 de março de 2020, estabeleceu a oportunidade de ampliação da carga horária dos trabalhadores da saúde no período da pandemia (Brasil, 2020a). Além disso, a lei complementar n. 173, de 27/5/2020, proibiu a realização de concursos públicos e a concessão de vantagens, impedindo o aumento ou reajuste nos salários dos servidores, bem como a criação de novos cargos (Brasil, 2020b). Em relação a esse aspecto, vínculos como o precarizado no modelo de ‘pejotização’ colocam o trabalhador em um papel de prestador de serviço, com promessas de melhores salários e baixo recolhimento de impostos. Em contrapartida, essa modalidade burla os direitos da pessoa física, afastando-se das normas protetivas que garantem um trabalho digno (Marques, Carvalho e Santini, 2020).

Assim, embora o trabalho em saúde não deva funcionar de forma individualizada, competitiva, mercadológica e ‘taylorista’, sendo fundamental a construção de processos de trabalho cooperativos e

pautados pelo apoio matricial, de modo a respeitar as necessidades individuais e demandas coletivas (Campos, 2018), a proposta de organização da AB pelo PPB e de provimento da força de trabalho se desloca em sentido contrário a essa lógica.

Considerações finais

Apesar das recentes mudanças no financiamento e na norma que orienta a organização da AB, a maioria dos municípios da macrorregião Norte do Paraná manteve sua organização por meio da ESF, tendo apenas três municípios implantado eAP para organização da AB. Todavia, o mesmo não pode ser afirmado com relação aos trabalhadores do NASF, já que houve dispensa de profissionais ou alteração nos processos e na organização do trabalho desses profissionais, revelando o quanto é importante o papel indutor das políticas que regem os diferentes arranjos de equipes.

Em relação à forma de vinculação dos profissionais, ocorreram diversas mudanças, verificando-se o aumento de terceirizações, contratação via PJ, 'pregão', pagamento por trabalho realizado e contratos por prazo determinado, o que desfavorece a qualificação dos trabalhadores e dos processos de trabalho.

Sobre a percepção dos gestores a respeito do desempenho e do tipo de vínculo contratual, apesar de não haver unanimidade, houve ênfase no aspecto de que profissionais terceirizados e com vínculo de trabalho mais frágil têm melhor desempenho do que os concursados. Esse ideário, bem como a própria precarização dos vínculos de trabalho na AB, demonstra a interferência de contextos sanitários, políticos e socioeconômicos na organização da atenção à saúde, especialmente na AB.

Destaca-se que um dos limites desta pesquisa está relacionado à não mensuração dos tipos de vínculos de trabalho por profissional. São necessários novos estudos que se destinem a esse fim, além de outros que avaliem a percepção dos trabalhadores sobre esse fenômeno.

As mudanças nas leis trabalhistas, aliadas ao processo de desfinanciamento do SUS e das mudanças nas regras de organização e financiamento da AB, permitem compreender e contextualizar os achados do presente estudo. Acredita-se que as transformações normativas interferiram diretamente na forma de contratação dos profissionais, assim como na percepção dos gestores em relação ao desempenho e vínculo de trabalho. Diante disso, quando as normas são orientadas mais pela lógica neoliberal do que pelos princípios do SUS, é comum perceber rupturas na consolidação de uma atenção básica ampla, voltada para a construção de vínculos, apropriação territorial e com fortes estratégias de prevenção e promoção à saúde.

A pandemia evidenciou a importância do SUS e de uma AB ampliada, territorializada, que garanta acesso à população e seja resolutiva para a maioria de seus problemas. A alteração do governo federal pode produzir mudanças na direcionalidade das políticas referentes a essa temática? Não se pode afirmar. Desse modo, é fundamental que se mantenha o debate em torno da efetivação dos princípios e diretrizes do SUS, de seu adequado financiamento e da implantação de políticas de gestão do trabalho que valorizem e vinculem seus trabalhadores.

Informações do artigo

Contribuição dos autores

Concepção do estudo: WPL e BGC.
Curadoria dos dados: WLP.
Coleta de dados: WPL, BGC, FFM e CPM;
Análise dos dados: WPL, BGC, SMLS e FFM.
Redação - manuscrito original: WPL, BGC e SMLS.
Redação - revisão e edição: WPL, BGC, SMLS, FFM e CPM.

Financiamento

Este estudo integra a pesquisa *Mudanças nas regras de transferência de recursos federais do Sistema Único de Saúde: implicações e desafios para o financiamento e a organização da Atenção Primária à Saúde no Brasil*, financiada pelo Programa de Políticas Públicas, Modelos de Atenção e Gestão do Sistema e Serviços de Saúde (PMA)/Edital Fiocruz/VPPCB/PMA 2020. O pesquisador principal recebeu Bolsa da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior/Programa de Demanda Social (Capes/DS) durante o mestrado, e o Programa Capes/DS (n. do processo: 88881.652035/2021-01, n. do auxílio: 517/2021 - Edital: PROAP 2020 Estaduais/PPGSC-UEL) custeou a revisão do texto final.

Conflitos de interesses

Não há.

Aspectos éticos

Projeto de pesquisa aprovado pelo Comitê de Ética da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz, conforme parecer n. 4.196.806 e com certificado de apresentação e apreciação ética (CAAE) n. 30675420.60000.5240, aprovado em 6 de agosto de 2020.

Apresentação prévia

Este artigo encontra-se vinculado ao projeto de pesquisa *Mudanças nas regras de transferência de recursos federais do Sistema Único de Saúde: implicações e desafios para o financiamento e a organização da Atenção Primária à Saúde no Brasil* e apresenta resultados da dissertação de mestrado intitulada *Repercussões do contexto sociopolítico, sanitário e normativo para a oferta e organização de serviços da Atenção Básica na Macrorregião Norte do Paraná* (Universidade Estadual de Londrina, 2022).

Referências

ABRUCIO, Fernando L. *et al.* Combate à Covid-19 sob o federalismo bolsonarista: um caso de descoordenação intergovernamental. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 54, n. 4, p. 663-677, 2020. <https://doi.org/10.1590/0034-761220200354>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rap/a/bpdbc9zSGCKZK55L3ChjVqJ/>. Acesso em: 15 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, n. 60, seção 1, p. 124, 29 mar. 2006. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-648-de-28-de-marco-de-2022-389271028>. Acesso em: 14 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acao-a-informacao/acoes-e-programas/estrategia-saude-da-familia/legislacao/politica-nacional-atencao-basica-2012.pdf/view>. Acesso em: 27 maio 2022.

BRASIL. *Emenda constitucional n. 86, de 17 de março de 2015*. Altera os arts. 165, 166 e 198 da Constituição Federal, para tornar obrigatória a execução da programação orçamentária que especifica. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc86.htm. Acesso em: 14 nov. 2022.

BRASIL. *Emenda constitucional n. 95, de 15 de dezembro de 2016*. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm. Acesso em: 14 nov. 2022.

BRASIL. Imprensa Nacional. Lei n. 13.467, de 13 de julho de 2017. Altera a Consolidação das Leis do Trabalho aprovada pelo decreto-lei n. 5.452, de 1º de maio de 1943, e as leis n. 6.019, de 3 de janeiro de 1974, 8.036, de 11 de maio de 1990, e 8.212, de 24 de julho de 1991, a fim de adequar a legislação às novas relações de trabalho. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, n. 134, seção 1, p. 1, 14 jul. 2017. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=1&data=14/07/2017>. Acesso em: 14 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.539, de 26 de setembro de 2019a. Altera as portarias de consolidação n. 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, e n. 6, de 28 de setembro de 2017, para instituir a equipe de Atenção Primária-eAP e dispor sobre o financiamento de equipe de Saúde Bucal-eSB com carga horária diferenciada. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, n. 188, seção 1, p. 164. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.539-de-26-de-setembro-de-2019-218535009>. Acesso em: 14 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.979, de 12 de novembro de 2019b. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da portaria de consolidação n. 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. *Diário Oficial da União*, n. 220, seção 1, p. 97, 13 nov. 2019. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.979-de-12-de-novembro-de-2019-227652180>. Acesso em: 25 maio 2023.

BRASIL. Imprensa Nacional. Lei n. 13.958, de 18 de dezembro de 2019c. Institui o Programa Médicos pelo Brasil, no âmbito da Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), e autoriza o Poder Executivo federal a instituir serviço social autônomo denominado Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (ADAPS). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, n. 245, seção 1, p. 1, 19 dez. 2019. Disponível em: <https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=LEI&numero=13958&ano=2019&ato=d90QTUE5keZpWTd32>. Acesso em: 3 maio 2023.

BRASIL. Imprensa Nacional. *Medida provisória n. 927, de 22 de março de 2020a*. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=619&pagina=1&data=22/03/2020&totalArquivos=3>. Acesso em: 27 maio 2023.

BRASIL. Imprensa Nacional. Lei complementar n. 173, de 27 de maio de 2020b. Estabelece o Programa Federativo de Enfrentamento ao Coronavírus SARS-CoV-2 (Covid-19), altera a Lei Complementar n. 101, de 4 de maio de 2000, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, n. 101, seção 1, p. 4, 28 maio 2020. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-complementar-n-173-de-27-de-maio-de-2020-258915168>. Acesso em: 28 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.254, de 3 de setembro de 2021a. Altera o título II da portaria de consolidação GM/MS n. 6, de 28 de setembro de 2017, que dispõe sobre o custeio da Atenção Primária à Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, n. 169, seção 1, p. 70, 6 set. 2021. Disponível em: http://apsgestao.fmrp.usp.br/wp-content/uploads/2021/12/PORTARIA-GM_MS-N%C2%BA-2.254-DE-3-DE-SETEMBRO-DE-2021-PORTARIA-GM_MS-N%C2%BA-2.254-DE-3-DE-SETEMBRO-DE-2021-DOU-Imprensa-Nacional.pdf. Acesso em: 27 maio 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Médicos pelo Brasil. *Médicos pelo Brasil x Mais Médicos: o que muda?* 17 dez. 2021b. Disponível em: <http://maismedicos.gov.br/noticias/342-medicos-pelo-brasil-x-mais-medicos-o-que-muda>. Acesso em: 3 maio 2023.

CAMPOS, Gastão W. S. SUS: o que e como fazer? *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1.707-1.714, 2018. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05582018>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/ZPyBXcTXwZvLh5H9PDzvxp/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 28 fev. 2022.

COSTA, Belisa S.; COSTA, Sueli S.; CINTRA, Cynthia L. D. Os possíveis impactos da reforma da legislação trabalhista na saúde do trabalhador. *Revista Brasileira de Medicina do Trabalho*, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 109-117, 2018. <http://doi.org/10.5327/Z1679443520180097>. Disponível em: <http://www.rbmt.org.br/details/301/pt-BR/os-possiveis-impactos-da-reforma-da-legislacao-trabalhista-na-saude-do-trabalhador>. Acesso em: 28 fev. 2022.

DRUCK, Graça. A terceirização na saúde pública: formas diversas de precarização do trabalho. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 14, p. 15-43, 2016. Suplemento 1. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00023>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/ZzrBrfcK75czCSqYzjjhRgk/>. Acesso em: 28 fev. 2022.

FAUSTO, Márcia C. R. *et al.* A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB 2012. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 38, p. 13-33, 2014. Número especial. <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2014S003>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/xyFtnVSD4MgBWxfv8NDYXSS/?lang=pt>. Acesso em: 28 fev. 2022.

FAUSTO, Márcia C. R. *et al.* O futuro da Atenção Primária à Saúde no Brasil. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 42, p. 12-14, 2018. Número especial 1. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S101>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/bSpRGvzf54nJ4pQjMy7PY3r/?lang=pt>. Acesso em: 25 maio 2023.

FONTES, Virgínia. Capitalismo em tempos de uberização: do emprego ao trabalho. *Marx e o Marxismo*, Niterói, v. 5, n. 8, p. 45-67, jan.-jun. 2017. Disponível em: <http://www.niepmarx.blog.br/>. Acesso em 28 fev. 2022.

GIOVANELLA, Ligia; FRANCO, Cassiano M.; ALMEIDA, Patty F. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1.475-1.482, 2020. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.01842020>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/TGQXJ7ZtSNT4BtZJgxYdjYG/?lang=pt>. Acesso em: 28 fev. 2022.

GOMES, Clarice B. S.; GUTIÉRREZ, Adriana C.; SORANZ, Daniel. 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. 1.327-1.338, 2020. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.31512019>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/w4j9dwRc4ysdfcdRzGnMrQg/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 28 fev. 2022.

GRZELZAK, Marcos T. *et al.* A importância dos consórcios intermunicipais de saúde. *South American Development Society Journal*, São Paulo, v. 3, n. 7, p. 196, 2017. <http://dx.doi.org/10.24325/10.24325/issn.2446-5763.v3i7p196-205>. Disponível em: <https://www.sadsj.org/index.php/revista/article/view/71>. Acesso em: 28 fev. 2022.

MARTINS, Joel; BICUDO, Maria A. V. *A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos*. São Paulo: Centauro, 2005.

MELO, Eduardo A. *et al.* Reflexões sobre as mudanças no modelo de financiamento federal da Atenção Básica à Saúde no Brasil. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 43, p. 137-144, 2019. Número especial 5. <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S512>. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/sdeb/2019.v43nspe5/137-144/>. Acesso em: 28 fev. 2022.

MENEZES, Ana P. R.; MORETTI, Bruno; REIS, Ademar A. C. O futuro do SUS: impactos das reformas neoliberais na saúde pública: austeridade *versus* universalidade. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 43, p. 58-70, 2019. Número especial 5. <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S505>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/JLN5qfhCmLh4ZwY4sm4KWpt/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 28 fev. 2022.

MOROSINI, Márcia V. G. C. Precarização do trabalho: particularidades no setor Saúde brasileiro. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 14, p. 5-7, 2016. Suplemento 1. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sip00131>. Disponível em: <https://www.tes.epsjv.fiocruz.br/index.php/tes/article/view/1146/360>. Acesso em: 28 fev. 2022.

NUNES, Elisabete F. P. A. *et al.* Força de trabalho em saúde na Atenção Básica em municípios de pequeno porte do Paraná. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 30-42, 2015. <https://doi.org/10.1590/0103-110420151040174>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/6NXwyzVKjBqmVwzG7VjYbMg/?lang=pt>. Acesso em: 28 fev. 2022.

PAULINO, Keytli C. *et al.* Reflexões sobre o novo financiamento da Atenção Básica e as práticas multiprofissionais/Reflections on the new financing of Basic Care and multiprofessional practices. *Brazilian Journal of Development*, São José dos Pinhais, v. 7, n. 1, p. 5.362-5.372, 2021. <https://doi.org/10.34117/bjdv7n1-363>. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/23172>. Acesso em: 28 fev. 2022.

SANTINI, Stela M. L. *A gestão do trabalho no SUS em municípios de pequeno porte*. 2018. 203 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2018. Disponível em: <https://pos.uel.br/saudecoletiva/wp-content/uploads/2021/08/STELA-SANTINI.pdf>. Acesso em: 28 fev. 2022.

SANTOS, Isabela S.; VIEIRA, Fabíola S. Direito à saúde e austeridade fiscal: o caso brasileiro em perspectiva internacional. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 2.303-2.314, 2018. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018237.09192018>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/ZgbMjYykCWRkccrSPQrqWjx/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 14 nov. 2022.

SETA, Marismary H.; OCKÉ-REIS, Carlos O.; RAMOS, André L. P. Programa Previne Brasil: o ápice das ameaças à Atenção Primária à Saúde? *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 26, p. 3.781-3.786, 2021. Suplemento 2. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.2.01072020>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/YDNxWmxtzxsfhTgn9zjcrhC/>. Acesso em: 28 fev. 2022.

SILVA, João F. M.; CARVALHO, Brígida G.; SANTINI, Stela M. L. Pejotização em saúde na macrorregião Norte do Paraná e suas implicações com a Covid-19. *Revista Gestão & Saúde*, Brasília, v. 11, n. 3, p. 326-339, 2020. <https://doi.org/10.26512/gv.v11i3.32400>. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/32400>. Acesso em: 28 fev. 2022.

TEIXEIRA, Winston A. A pejotização na prestação dos serviços públicos de saúde da administração pública brasileira. *Revista de Direito Administrativo e Gestão Pública*, Florianópolis, v. 2, n. 1, p. 184, 2016. <https://doi.org/10.21902/2526-0073/2016.v2i1.658>. Disponível em: <https://www.indexlaw.org/index.php/rdagp/article/view/658>. Acesso em: 28 fev. 2022.

YIN, Robert K. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.