



Escola de
Medicina



UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO

ESCOLA DE MEDICINA

MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA - PROFSAÚDE

Artur Oliveira Mendes

**Modelos de contratação e remuneração de trabalhadores da Atenção Primária no
Sistema Único de Saúde: repercussões para a performance profissional**

Ouro Preto

2022

Artur Oliveira Mendes

Modelos de contratação e remuneração de trabalhadores da Atenção Primária no Sistema Único de Saúde: repercussões para a performance profissional

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família – PROFSAÚDE, vinculado ao Polo Universidade Federal de Ouro Preto, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Orientador(a): Prof.^a Dr.^a. Olívia Maria de Paula Alves Bezerra

Ouro Preto

2022

Exemplo:
Ficha Catalográfica

n. autor Sobrenome, Nome completo do(a) autor(a) sem abreviações.
Título do trabalho: subtítulo (quando houver) – somente a primeira letra do título em maiúscula / Nome completo do autor. -- ano entrega.
nº. f. : il.

Orientador(a):
Tipo do trabalho (Grau de titulação) - Nome da Instituição a que é submetido, Unidade, Local, ano da defesa.

1. Assunto. 2. Assunto. 3. Assunto. 4. Assunto. 5. Assunto. I. Título.

Número de classificação do assunto principal.

CDD

Cutter
(n. do autor)

Artur Oliveira Mendes

Modelos de contratação e remuneração de trabalhadores da Atenção Primária no Sistema Único de Saúde: repercussões para a performance profissional

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família – PROFSAÚDE, vinculado ao Polo Universidade Federal de Ouro Preto, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Aprovada em: 14/04/2022

Banca Examinadora

Prof. Dr. José Eustáquio de Brito
UEMG

Prof.^a Dr.^a Elaine Leandro Machado
UFMG

Prof.^a Dr.^a Olívia Maria de Paula Alves Bezerra
UFOP

Ouro Preto

2022

Dedico este trabalho aos meus filhos, Lucas
e João Vitor, e, através deles, às novas
gerações de trabalhadores de um mundo em
constantes mudanças.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, presença forte espiritualizada em todos os instantes da minha vida.

Agradeço a toda minha família, inclusive os entes queridos que olham por mim da eternidade, razão maior de minha existência e grande incentivadora para o meu crescimento pessoal e profissional.

Agradeço aos colegas do mestrado, que nos momentos mais escuros trouxeram luz a esta caminhada.

Agradeço aos colegas da residência médica em Medicina de Família e Comunidade do Hospital das Clínicas da UFMG, preceptores e residentes, pela alegria diária das descobertas e desafios.

Agradeço aos colegas do Sindicato dos Médicos de Minas Gerais e da Associação Mineira de Medicina de Família e Comunidade e da gestão da Unimed-BH, espaços onde este trabalho foi pensado e amadurecido.

Agradeço aos colegas do trabalho (Centro de Saúde Jardim Montanhês e Centro de Saúde Marco Antônio de Menezes da Prefeitura de Belo Horizonte, consultório Caiçara e Centro de Promoção à Saúde Pedro I), pelo acolhimento e incentivos.

Agradeço aos profissionais que laboram hoje junto ao Sinmed-MG, em especial dos Departamento Jurídico, Departamento de Campanhas e de Comunicação, com os quais tive o prazer de conviver e aprender no mundo da vida.

Agradeço à coordenação e toda a equipe do ProfSaúde na UFOP, na pessoa do Professor Leonardo Savassi, pela dedicação em guiar os meus passos no mestrado.

Agradeço aos membros de minha banca de qualificação (Professor José Eustáquio de Brito e Professora Elaine Leandro Machado), cujas contribuições foram fundamentais para adequação desde trabalho, assim como agradeço a participação dos mesmos compondo minha banca de defesa.

Agradeço à minha orientadora, Professora Olívia Maria de Paula Alves Bezerra, pelo privilégio a mim concedido de conhecer sua generosidade em partilhar conhecimento e pelo companheirismo nesta jornada.

Agradeço aos amigos de todos os tempos, pela cumplicidade e por me lembrarem, mais uma vez, que o mundo tem o tamanho de nossos sonhos.

*“Se os tubarões fossem homens, será que eles seriam mais gentis com os peixinhos?”,
perguntou a filha pequena da dona da hospedaria.
“Claro que sim”, respondeu o senhor K, “Se os tubarões fossem homens, mandariam
construir para os peixinhos enormes gaiolas no mar, que seriam abastecidas com toda
sorte de alimentos, tanto vegetais quanto animais...”*

BRECHT, B., 2018, página 1.

RESUMO

Os modelos de remuneração e contratação têm sido apontados como capazes de induzir determinadas performances profissionais. No presente estudo foi realizada uma pesquisa qualitativa exploratória com informantes chave (amostra por conveniência), selecionados por metodologia de bola de neve, usando entrevista semiestruturada sobre os diferentes formatos de contratação e remuneração dos trabalhadores da atenção primária à saúde no SUS, solicitando reflexão a partir de eixos do acróstico P.E.S.T.E. (pertinência, ética, sustentabilidade, temporalidade e escolha). Foram entrevistados ex-gestores e ex-representantes dos trabalhadores da área da saúde, abrangendo todas as regiões brasileiras, para compreender suas reflexões sobre o tema. Foi levantado que, apesar dos modelos de remuneração e contratação terem reconhecida influência sobre a performance profissional, os formatos que levam a uma precarização de vínculos e imprevisibilidade de pagamentos, embora respondam em certa medida a uma necessidade financeira dos gestores e do serviço, podem comprometer a longitudinalidade do cuidado, alienar os profissionais de seu objeto de trabalho e dificultar a constituição de recursos humanos perenes para fazer frente às necessidades do sistema de saúde.

Palavras-chave: recursos humanos em saúde, remuneração, qualidade assistencial, contratação.

ABSTRACT

Remuneration and hiring models have been identified as capable of inducing certain professional performances. In the present study, an exploratory qualitative research was carried out with key informants (sample by convenience), selected by snowball methodology, using semi-structured interviews about the different hiring and remuneration formats of primary health care workers in the SUS, requesting reflection from axes of the acrostic P.E.S.T.E. (relevance, ethics, sustainability, temporality and choice). Former managers and former representatives of health workers were interviewed, covering all Brazilian regions, to understand their reflections on the subject. It was found that, despite the fact that remuneration and hiring models have a recognized influence on professional performance, the formats that lead to a precariousness of bonds and unpredictability of payments, although they respond to a certain extent to a financial need of managers and the service, can compromise the longitudinality of care, alienating professionals from their object of work and making it difficult to establish permanent human resources to meet the needs of the health system.

Keywords: human resources in health, remuneration, quality of care, hiring.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
eSF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia de Saúde da Família
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde Da Família
PNH	Política Nacional de Humanização
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Distribuição conforme categoria -----	35
Gráfico 2: Distribuição dos entrevistados conforme o sexo -----	36
Gráfico 3: Distribuição dos entrevistados conforme faixa de idade -----	36
Gráfico 4: Distribuição conforme graduação -----	37
Gráfico 5: Distribuição dos entrevistados conforme região do Brasil -----	37

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	JUSTIFICATIVA	14
3	HIPÓTESES E METAS	15
4	PRESSUPOSTOS TEÓRICOS	16
5	REFERENCIAL TEÓRICO	17
5.1	GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS NO SUS	17
5.2	O TRABALHO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO SUS	18
5.3	AS AVALIAÇÕES DE QUALIDADE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE	21
5.4	INFLUÊNCIA DAS ESCOLAS DA ADMINISTRAÇÃO CIENTÍFICA	22
5.5	MODELOS DE CONTRATAÇÃO	24
5.6	MODELOS DE REMUNERAÇÃO	26
6	OBJETIVOS	30
7	METODOLOGIA	31
7.1	ASPECTOS ÉTICOS	33
8	RESULTADOS	35
9	DISCUSSÃO	50
10	CONSIDERAÇÕES FINAIS	55
11	REFERÊNCIAS	58
12	APÊNDICES E ANEXOS	63
	APÊNDICE 1	63
	APÊNDICE 2	64
	ANEXO 1	66

1. INTRODUÇÃO

A gestão na área da saúde tem como objetivo ordenar o fornecimento de serviços para suprir as necessidades de cuidado a uma população. Representa importante desafio, uma vez que estas necessidades existem independentemente de os recursos estarem disponíveis (SANCHO, 2007).

Para resolver este impasse, que desafia a sustentabilidade do setor, a chamada administração científica, fundada a partir do Taylorismo, tem influenciado a gestão em saúde, em especial no que tange à relação com os recursos humanos envolvidos (CAMPOS, 2015). Estes modelos de gestão têm procurado padronizar o trabalho dos profissionais principalmente exercendo uma maior vigilância sobre os mesmos (ANTUNES, 2020), uma vez que um ambiente de grande variabilidade traria dificuldades para sua regência, e em especial dos custos (SPILLER, 2015). Não por acaso, recentemente o próprio Ministério da Saúde do Brasil procurou construir mecanismos para incentivar determinadas práticas e melhor controlar o cotidiano das equipes, na medida em que aponta rotinas mais afeitas às demandas do gestor (BRASIL, 2016).

Por esta razão, desde o final do último século avançam os debates sobre reestruturação produtiva e modelos de remuneração em saúde (TOBAR, 1997). Segundo tem sido discutido, os incentivos financeiros estão entre os mais poderosos mecanismos com os quais contam os gestores para orientar a performance dos profissionais (MURANTE, 2017). Serviços privados e públicos têm realizado este debate e agências reguladoras e academia têm estudado os fenômenos que são subjacentes a estas modelagens (ANDREAZZI, 2003).

Ainda no campo das relações de trabalho, tem sido explorado conjuntamente o papel dos formatos de contratação de serviços, uma vez que guardam forte relação com singulares formas de remuneração. Do assalariamento ao pagamento por meio de pessoas jurídicas, o profissional de saúde e o gestor têm uma ampla variedade de alternativas, cada uma com

riscos e benefícios próprios, que afetam de diferentes maneiras o comportamento do trabalhador.

Na Atenção Primária à Saúde essa temática vem também ganhando força, tanto no serviço público (BRASIL, 2016) quanto na iniciativa privada (CORTEZ, 2019). Este movimento era esperado, uma vez que, já que todo o sistema de saúde deve ser organizado a partir deste nível de atenção, o formato utilizado para gestão de recursos humanos neste espaço pode afetar a sustentabilidade de todo o restante (MEDRADO, 2015).

Esta é uma discussão afeita a uma situação experimentada por todas as profissões da área da saúde, mas é grande, em especial, o número de publicações a respeito da dinâmica e história de trabalho médico (FOUCAULT, 2004; CANESQUI, 2000). Exceção são materiais como os do Ministério da Saúde, que tratam geralmente do conjunto de membros da equipe de trabalho (BRASIL, 2016). Existe, pois, importância em discutir este tema, aprofundando conceitos e visitando o mundo da vida, onde a realidade acontece, através de pesquisa de campo.

O autor desta dissertação informa atualmente ser médico trabalhando na Estratégia de Saúde da Família, formato de organização da Atenção Primária no Brasil, e já ter exercido mandatos como presidente da Associação Mineira de Medicina de Família e Comunidade (AMMFC) e em diversas diretorias do Sindicato dos Médicos de Minas Gerais (SinMed-MG). Ao longo dos anos, teve a oportunidade de conversar com gestores e trabalhadores da área, conhecendo as dificuldades e anseios envolvidos nas diferentes formatações de contratação e remuneração. Desta experiência é que assume um lugar de fala para estudar este tema, buscando conhecer as teorias que subsidiam estas práticas e entrevistando pessoas envolvidas neste contexto. Espera-se que o material produzido possa, dessa forma, auxiliar a compreender os fenômenos que vêm provocando angústia no pesquisador, articulando a construção do conhecimento a partir de um engajamento com o assunto (BRITO, 2020), compartilhando diferentes opiniões para desenhar um quadro mais próximo da realidade (MATURANA, 2002) e desenvolvendo, por fim, com esta experiência, um estilo cognitivo que permita melhor enxergar os problemas e potenciais que forem sendo desnudados (MORIN, 2005).

2. JUSTIFICATIVA

As mudanças nos processos de gestão, calcadas na reestruturação produtiva, têm imposto alterações nas relações de trabalho, sabidamente no tocante à remuneração e contratação de serviços. Estes modelos pretendem influenciar a performance do trabalhador rumo a necessidades da administração. Em contrapartida, os profissionais de saúde, em especial os médicos, passam por diversos conflitos de interesse na vida profissional, entre os quais a responsabilidade ética com bem-estar do paciente, papel social da profissão e desejo por reconhecimento e ganhos materiais (ANDREAZZI, 2003), nem sempre compartilhando das prioridades do seu gestor.

A literatura, a partir do aspecto exposto, discute que estas motivações definem o nível do envolvimento do profissional com as tarefas para as quais o gestor exige cumprimento, o que repercute no modo como o trabalho é realizado. Assim, se torna premente refletir aspectos sobre a insegurança e instabilidade de muitos dos modelos de contratação hoje praticados (ANTUNES, 2020).

Por sua vez, o estilo gerencial hegemônico, focando no alcance de metas, parece conduzir a uma alienação do trabalhador em relação ao seu trabalho (GIGANTE, 2016). Esta alienação pode ser muito lesiva para os resultados pretendidos na área de saúde (CAMPOS, 2006).

Desse modo, se presume necessário discutir como os modelos de contratação de serviços e composição da remuneração podem ecoar na dinâmica do trabalho na atenção primária e na performance profissional, vez que tal material ajudaria a subsidiar debates e formatação de relações de trabalho mais adequadas frente aos objetivos do Sistema Único de Saúde (SUS). São, pois, estas as justificativas que levaram à elaboração deste estudo.

3. HIPÓTESES E METAS

A literatura aponta que todos os modelos de contratação e de remuneração possuem vantagens e problemas (ANDREAZZI, 2003). Ao mesmo tempo, é reconhecido que todos eles impactam na performance dos trabalhadores, implicando na modelação de modos de ser e agir no cotidiano dos serviços.

Além disso, como já foi dito, nem sempre os objetivos de gestores e trabalhadores estão em perfeita consonância, sendo grande o desafio e as dificuldades por que passam os administradores (SPILLER, 2015).

Embora os teóricos da administração científica procurem defender o valor do controle das ações para a melhor gestão e qualidade, não parece ser caminho ordeiro e de resultados garantidos (ANTUNES, 2020). Figuram nessa área atores com interesses e necessidades diversos, o que compromete planejamentos meramente normativos.

Assim, este estudo tem como hipótese que os modelos de contratação e remuneração dos trabalhadores da atenção primária à saúde promovem repercussões na performance profissional, o que pode impactar na qualidade dos serviços prestados. O desenho desta pesquisa teve como meta compreender o palco onde acontecem estas performances do trabalho em saúde, o que entra em cena e o que vem se articulando ao fundo, propondo, ao final, roteiro de avaliação e estratégias para refletir como melhor direcionar os esforços para a qualidade pretendida e com isso alcançar bons resultados em saúde.

4. PRESSUPOSTOS TEÓRICOS

Os pressupostos para o presente trabalho dizem respeito à aplicação das teorias da administração científica sobre a gestão de recursos humanos na área da saúde para melhor qualidade de performance (SANTOS, 2019), com base na Teoria dos Mercados Perfeitos e a da Racionalidade Ilimitada (CORRÊA, 2010). Segundo estes pressupostos os indivíduos tendem a traçar comportamentos de modo a melhor utilizar os recursos disponíveis e obter um desempenho ótimo, desde que tenham à disposição incentivos adequados e informações suficientes.

A metodologia utilizada para a pesquisa confrontou o ideário da administração científica com a prática esperada dos serviços de APS no SUS e experiência dos entrevistados.

5. REFERENCIAL TEÓRICO

5.1 GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS NO SUS

Na Constituição Brasileira de 1988 a saúde é definida como direito de cidadania, garantida mediante políticas públicas (BRASIL, 2019). Sob esta égide, o termo ganha uma ampliação de seu escopo, abrangendo ações de diversas naturezas que se notabilizam por garantir ao indivíduo recursos para seguir sua história de vida. Em um caráter mais estrito, materializado no Sistema Único de Saúde (SUS), temos uma busca pela coordenada oferta de serviços que garantam o exercício do direito acima apontado (BRASIL, 1990).

Os sistemas de saúde, no tocante à oferta dos serviços assistenciais (posto que vigilância em saúde e aspectos de estrutura e formação, além de vertentes da intersectorialidade, cabem do conceito de sistema), podem ser entendidos em termos de atenção primária, secundária e terciária (cada um destes níveis com diferentes funções e suportes tecnológicos). A Atenção Primária à Saúde (APS) é o ponto de primeiro contato com as pessoas de uma comunidade, onde se dá o processo de coordenação de cuidados e gestão clínica, bem como parte da comunicação com outras áreas que influenciam no estado de bem-estar (STARFIELD, 2002).

A gestão da força de trabalho no SUS e na APS (também chamada de Atenção Básica em alguns documentos do Ministério da Saúde) é objeto de discussão em diversos documentos governamentais no Brasil (BRASIL, 2008; BRASIL, 2010).

Na lei 8080, que funda o SUS, é previsto que o sistema de saúde ordene a formação de recursos humanos, uma vez que é preciso desenvolver entre os profissionais uma visão ampliada de saúde que permita atingir os objetivos dispostos na carta magna (BRASIL, 1990).

No tocante à contratação dos serviços públicos, a Constituição prevê que se dê sob a forma de concurso público e regime estatutário, restando a outros modelos a possibilidade de uso, pelo gestor, apenas em caráter emergencial (BRASIL, 2019).

A Política Nacional de Humanização (PNH) tem atenção especial voltada para os trabalhadores, o que se daria tanto no tocante ao estímulo a uma formação concernente com os objetivos da integralidade quanto à participação nos espaços de gestão compartilhada (BRASIL, 2010). Do profissional de saúde, se espera uma postura crítica com relação às práticas por demais concentradas em uma única categoria e reconhecimento dos determinantes sociais da saúde, além de seu papel no desenvolvimento de uma clínica ampliada (GIGANTE, 2016).

A Portaria Nacional de Atenção Básica (PNAB), por sua vez, prevê o papel de cada categoria profissional no exercício de sua função. São descritas as tarefas e postura esperados do trabalhador neste nível de atenção, bem como são elencados os objetivos da Estratégia de Saúde da Família (ESF) neste contexto (BRASIL, 2017).

5.2 O TRABALHO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO SUS

Um sistema de saúde tem como objetivos principais melhorar o nível de saúde de uma população e reduzir as iniquidades de acesso das pessoas a estes cuidados (STARFIELD, 2002). Para tanto, de modo a equilibrar as necessidades e recursos, a atenção primária à saúde (APS) surge como espaço fundamental de atuação.

Regida pelos princípios da acessibilidade (otimizando a disponibilidade dos recursos de cuidado), integralidade (ofertando atenção a diferentes demandas), coordenação de cuidados (gerenciando o percurso assistencial das pessoas que buscam ajuda), longitudinalidade (responsabilização pelo cuidados às pessoas ao longo de todo o seu ciclo de vida), centralidade na família (compreendendo o contexto de apoios e dificultadores mais próximos do indivíduo), centralidade da comunidade (trazendo para o cálculo terapêutico a influências do ambiente social vivenciado) e da competência cultural (respeitando preferências e crenças dos indivíduos e dos grupos), a APS busca ser não apenas um serviço de saúde geograficamente próximo nas moradias (e onde trabalhariam profissionais da área), mas um espaço convertido em verdadeiro parceiro para o enfrentamento das situações (postas ou sob risco) de adoecimento (GUSSO, 2019).

Dessa feita, os sistemas organizados a partir das orientações e gestão da atenção primária conseguem ser mais custo-efetivos (KIDD, 2016). Não se trata apenas de reduzir custos, mas de conduzir estratégias que sejam melhor acolhidas pelas pessoas e comunidades

e possam assim estruturar um serviço capaz de responder adequadamente às demandas sanitárias (FREEMAN, 2018).

O trabalho é exercido em unidades de saúde (cada qual centrada em uma comunidade) e, para cumprir o papel já comentado, o método clínico difere daquele dos ambientes hospitalares (FREEMAN, 2018). Já que aqui a comunhão dos atores é essencial para construção dos vínculos que permitirão seguir os projetos terapêuticos acordados (há de se recordar que, neste ambiente, as pessoas não ficam internadas: elas vão aos centros de saúde para atendimento e voltam para suas casas, onde seguem seu próprio conjunto de regras e organização, podendo aceitar ou não as orientações dos profissionais), é essencial que a estratégia leve em conta os seguintes aspectos: é preciso compreender a experiência do adoecimento tanto quanto a doença; é importante abordar as pessoas e seu contexto; o plano de cuidado deve ser estabelecido com a concordância dos envolvidos; a relação do profissional com as pessoas deve ser intensificada em cada encontro. Este entendimento e estratégia é nomeada, não por acaso, como “método clínico centrado na pessoa” (STEWART, 2017).

No Brasil, a APS foi ordenada prioritariamente a partir da Estratégia de Saúde da Família (ESF), conforme estabelecido na portaria nacional que trata desta questão (BRASIL, 2017). Nesta formatação, equipes (eSF) são montadas com um médico (de perfil generalista, preferencialmente especializado em medicina de família e comunidade), um enfermeiro, um técnico de enfermagem e até cinco agentes comunitários de saúde (profissionais selecionados dentro da comunidade, que possam estabelecer uma ligação direta com a equipe). Todos estes profissionais se responsabilizam pelo cuidado integral e ao longo do tempo a todas as pessoas e em todas as fases de seu ciclo de vida (longitudinalidade), fortalecendo o vínculo com a população atendida e, neste processo de melhor conhecer as pessoas, melhorando a eficiência da atenção prestada à saúde.

Esta formatação está em consonância com as tendências mundiais de organização de serviços da área, descentralizando os ambulatorios de atendimento e buscando uma maior proximidade com o conjunto de pessoas atendidas (BORBA, 2007).

Aos membros da eSF, como um todo, cabem as ações de territorialização, as atividades de educação sanitária e atenção às ações (dentro do escopo de cada profissão) de promoção e recuperação da saúde (além da prevenção de doenças e acolhimento a demandas espontâneas), bem como realização de visitas domiciliares (quando necessárias para

organização do cuidado). Ao enfermeiro cabe realizar consultas de enfermagem e supervisionar os técnicos e ACS's. Ao técnico de enfermagem cabe realizar procedimentos de enfermagem (como curativos, vacinas e aplicação de medicamentos injetáveis). Ao médico cabe a realização de consultas clínicas para pessoas de todas as idades, abordando (ainda que apenas inicialmente) qualquer condição de saúde apresentada. Aos ACS's cabe a coleta de dados sobre a comunidade (para subsidiar o diagnóstico situacional) e desenvolver ações de integração da equipe com a comunidade assistida (BRASIL, 2017).

Cada eSF, nesse modelo, é responsável por prestar cuidados sanitários a cerca de 4000 (quatro mil) pessoas. As equipes são alocadas em unidades de saúde (centro de saúde), já referidas, preferencialmente construídas para este fim, dentro do território da comunidade atendida, abrigando os equipamentos de trabalho e com consultórios para realização dos atendimentos e salas para os procedimentos.

Às eSF's podem se integrar equipes de Saúde Bucal, contando com cirurgião dentista e técnico em saúde bucal para desempenho de atividades pertinentes à sua área de atuação, como realizar procedimentos clínicos e cirúrgicos, educação em saúde, assepsia oral e atendimento a pequenas urgências odontológicas (BRASIL, 2017).

Existem, ainda, os profissionais que compõem o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Composto por profissionais de diversas áreas (fisioterapeuta, nutricionista, terapeuta ocupacional, psicólogo, assistente social, entre outros, sendo o conjunto preferencialmente definido em acordo com a comunidade), vem ampliar a atuação e resolutividade da APS no Brasil, permitindo assim melhor alcançar a integralidade desejada (BRASIL, 2009).

A eSF, desde seu surgimento, vem contando com crescente adesão dos municípios (responsáveis pelo gerenciamento local) e hoje está presente em todo o território nacional (GUSSO, 2019).

Desta feita, este é o conjunto de profissionais que atua, na propositura brasileira atual, do Oiapoque ao Chuí, para fazer funcionar a APS no SUS. Ao invés de atendimentos desconectados por vários especialistas desconhecedores da realidade das comunidades, as equipes conjugam seus conhecimentos, em busca de uma atuação interdisciplinar e intersetorial que elabore estratégias mais legítimas, uma vez que comungam nas necessidades

de cada uma das pessoas atendidas e de sua história, incentivando um percurso assistencial promotor de mais qualidade de vida (CUNHA,2005).

5.3 AS AVALIAÇÕES DE QUALIDADE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

O processo de avaliação da qualidade dos serviços de saúde pública no Brasil é tarefa complexa, uma vez que lida com expectativas crescentes da população ao mesmo tempo com a necessidade de contemplar aspectos como a universalidade de acesso e viabilidade econômica do sistema (SAMICO, 2010).

Apesar deste desafio, a necessidade de avaliar vem de outra carência: a de estabelecer parâmetros que possam melhor guiar a construção e reestruturação das políticas públicas, fornecendo informações para compreender se o caminho percorrido segue dentro das diretrizes e normas do SUS, ou se precisam ser abandonados e mais bem refletidos (GUSSO, 2019).

A qualidade dos serviços, assim, pode ser percebida a partir de um modelo sistêmico (SAMICO, 2010), analisando se foram atingidos aspectos relacionados à estrutura (características estáveis, instrumentos e recursos), processos (como os serviços são prestados) e resultados (os efeitos observados de uma intervenção).

O SUS, em documentos e portarias, estabelece o que espera dos serviços e discute quais os recursos devem ser empregados (BRASIL, 2017; BRASIL 2010; BRASIL, 2009; BRASIL, 2008). Contudo, ao se observar os processos na realidade, tem sido notado por alguns autores que muitas vezes tais materiais são contraditórios, acabando por apontar direções diferentes das diretrizes antes acordadas (CAMPOS, 2014), o que muitas vezes dificulta a avaliação da qualidade (CAMPOS, 2015).

Tal descompasso é resultado de modelagens tecnológicas que ultimamente tem procurado submeter os processos decisórios nos microespaços do trabalho a necessidades gerenciais específicas (MERHY, 2014), por vezes dificultando a busca pela eficiência do cuidado e do alcance da ética profissional no dia a dia do serviço (FIGUEIREDO, 2004). No campo da saúde estas modelagens gerenciais vêm sendo produzidas a partir da influência das escolas da administração científica (CAMPOS, 2015).

5.4 A INFLUÊNCIA DAS ESCOLAS DA ADMINISTRAÇÃO CIENTÍFICA

Os crescentes custos da área da saúde, em especial a partir da segunda metade do século XX, têm imposto à administração (tanto no setor público quanto no privado) a busca por otimizar os recursos e a redução de gastos no setor (CAMPOS, 2015).

Esta discussão já é antiga em outras áreas e o final do século XIX viu o surgimento da chamada administração científica com o Taylorismo (ANTUNES, 2020). Esta corrente buscou alcançar uma melhora dos lucros ao criar mecanismos que pudessem melhor extrair o potencial da força de trabalho. Seu criador observou que havia, na realidade da fábrica de sua família, muito tempo ocioso e pouco foco nas atividades. O Fordismo, doutrina que segue no início do século seguinte, avançou nesta fórmula ao separar ainda mais os trabalhadores de seu objeto de trabalho, especializando funções e focando em tarefas repetitivas que permitiram obter resultados mais vantajosos para as empresas, ganhando em agilidade e economizando recursos com pessoal. Adiante no século XX, uma nova lógica chega à administração: o Toyotismo. Originária do Japão, à época em franco crescimento industrial, se observa aqui um aperfeiçoamento do controle sobre os trabalhadores ao transmutá-los em supostos parceiros da empresa. O termo “suposto” é forçoso que se use, uma vez que os objetivos finais passam ao largo do bem-estar e boas condições de trabalho para os funcionários, convertidos agora através de refinados mecanismos de dominação em “parceiros” da empresa para alcance dos seus lucros, embora não tome parte na efetiva distribuição dos resultados de seu esforço. Tem-se aqui a constituição paulatina de um precariado, alienado do objeto de seu trabalho e submetido às condições que permitem o exercício de uma função apenas na medida do interesse estrito de resultados financeiros de um contratante (ANTUNES, 2015). O trabalhador é transmutado, na prática, em objeto sobre o qual a racionalidade gerencial deve atuar (GIGANTE, 2016).

Essa proposta de controle avança por diversos setores da economia e alcança a área da saúde, sendo o modelo atualmente hegemônico (CAMPOS, 2015). Seguindo a ideia do Taylorismo, segundo a qual os trabalhadores, se deixados livres para pensar e agir, transformariam o ambiente das empresas em grande balbúrdia, vão sendo criados meios para influenciar o modo de agir dos profissionais. A expressão mais conhecida no setor vem na forma do chamado “managed care”, ou atenção gerenciada, no qual há uma tentativa de submeter as decisões que ocorrem dentro dos consultórios, normalmente acordadas como um

plano terapêutico entre profissionais de saúde e usuários do sistema, às necessidades administrativas (MERHY, 2014).

Este formato na área da saúde chegou a ser questionado no Brasil, em especial pelo Conselho Federal de Medicina, que considerou há um tempo este conjunto de duras regras uma afronta à autonomia profissional (DONNANGELO, 2011). Contudo, embora em um primeiro momento tenha sido possível conter o avanço destas lógicas administrativas, sua entrada nas empresas de medicina de grupo, planos de saúde e hospitais vai se dando de forma sutil e alavancando outros discursos de controle, com o mesmo objetivo das doutrinas anteriormente descritas (CAMPOS, 2015).

O setor público não ficou imune à influência das escolas da administração científica. Mesmo após a promulgação do PNH, no qual a constituição de sujeitos (entre usuários e trabalhadores) e a cogestão são premissas, pode ser notado nos documentos do Ministério da Saúde (MS) orientações para um processo de trabalho e metas que padronizam os serviços e pretendem reduzir custos financeiros. Tem havido uma preocupação de que essas questões acabem se tornando mais prementes que a necessidade de alcançar mais qualidade de vida, autonomia e saúde para a população atendida (CAMPOS & BEDRIKOW, 2014).

Ultimamente, documentos do Ministério da Saúde que visam orientar a gestão da saúde no sistema público e no privado têm discutido, ainda, outras formas de controle sobre a força de trabalho e meios para sua domesticação (BRASIL, 2016; ANS, 2019). Notadamente diferentes formas de contratação de serviços, antes de responsabilidade direta dos governos, vêm ganhando espaço e aquiescência do judiciário e legislativo com as terceirizações (ALBUQUERQUE, 2015). Paralelamente ou associadas, as estratégias para compor a remuneração vêm também no bojo das tentativas de influenciar o comportamento dos trabalhadores, com o alcance de benefícios sujeitos ao cumprimento de performances definidas (TOBAR, 1997; ANDREAZZI, 2003).

Neste sentido, tem sido comum também o discurso da busca de sistemas de remuneração orientados a partir do ganho de “valor” (PIVA, 2007; AKTOUF, 2002; RIVERA, 1999). Apesar da tentativa de aplicar a ideia como sinônimo de boa qualidade, incorporando diversos atributos desta, permanece “valor” como um conceito pouco claro, mutável, permitindo interpretações diversas, contudo sempre acoplado à necessidade de resultados financeiros e à retenção de clientes e vantagens competitivas no mercado de saúde, o que talvez explique o fascínio que exerce no sistema privado.

Estas modelagens, relações analógicas de resultados apenas presumíveis (ALVES, 2000), são quase sempre apresentadas como se fossem uma certeza de melhor qualidade dos cuidados em saúde, embora uma análise de sua origem aponte, na verdade, é para uma busca por efetiva extração de mais valia para geração de lucros e reduzir custos (MERHY, 2014). Um objetivo, é importante apontar, distante do ideário proclamado anteriormente na PNH.

5.5 MODELOS DE CONTRATAÇÃO

Modelos de contratação são os meios pelos quais se estabelece um relacionamento entre partes guiadas por um determinado interesse ou necessidade (no caso da saúde, a prestação de serviços na área), constando regras, direitos e deveres dos envolvidos (GIRARDI, 2007).

No Brasil a Constituição Federal prevê que a investidura em cargo ou emprego público depende, geralmente, de aprovação em concurso, com vínculos efetivos (BRASIL, 2019). Ainda assim, é de entendimento geral que todos aqueles que tem relação de natureza profissional, ainda que indireta, com a administração pública devem ser considerados servidores públicos.

Com relação à contratação de pessoas jurídicas, embora legislações locais possam normalizar o formato, a fragilidade dessa relação ainda é a tônica, colocando o trabalhador muitas vezes em situação desvantajosa e alienada (ANTUNES, 2020). O contrato com hospitais privados já é uma realidade antiga em alguns locais, justificados para evitar a desassistência (quando da não existência de estrutura do serviço público para prestação dos cuidados). Assim, alguns gestores optam pela contratação de pessoas jurídicas, configurando uma terceirização de serviços.

Na APS, contudo, o modelo majoritário no Sistema Único de Saúde tem sido o de contratação direta (EBERHARDT, 2015), seja por regime estatutário, contrato administrativo ou emprego por meio das regras constantes na Consolidação das Leis do Trabalho (CLT, 2017). Exceto pelo estatutário, os demais formatos de vínculo direto (com pessoas físicas) são considerados, à luz do Direito Administrativo, modelos precários de contratação, uma vez que não guardam incentivo à formação de recursos humanos perenes.

Os modelos podem ser considerados como geradores de maior estabilidade ou podem ser compreendidos como precários ao fragilizarem o vínculo de trabalho, podendo ser mais facilmente rompido unilateralmente, entre os envolvidos (ANTUNES, 2020). O tem sido observado que esta flexibilização dos modelos de contratação, do ponto de vista legal, por fim, vem atender uma necessidade do legislador em responder a demandas e debates globais acerca das tratativas com a força de trabalho, particularmente no tocante à agilidade e eficiência no trato com os recursos financeiros públicos, sendo uma tendência no mercado de trabalho brasileiro em saúde (MACHADO, 2011), apesar de algumas poucas ações do Ministério da Saúde alertando para a necessária desprecarização destas relações (EBERHARDT, 2015).

São listados abaixo os modelos de contratação hoje vigentes nos serviços de saúde públicos (GIRARDI, 2007):

Regime estatutário: a admissão no serviço ocorre por meio de concurso. O profissional torna-se um servidor público e as regras desta relação estão estabelecidas em estatuto próprio (elaborado por cada ente federativo). Geralmente após um período de estágio probatório o servidor ganha status de estabilidade, de modo que sua exclusão do serviço (ao descumprir seguidamente as normas) precisa seguir séries de ritos, garantidas sua defesa e argumentação para permanência. No estatuto estão estabelecidas as regras para gozo de férias e licenças.

Regime celetista: profissional é contratado mediante regras gerais constantes na Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT). Neste conjunto constam as orientações para gozo de férias, ganho do décimo-terceiro salário e períodos de descanso. Junto aos Sindicatos são elaboradas com as empresas de uma área de atuação as chamadas Convenções Coletivas e, em cada local de trabalho, os Acordos Coletivos (CLT, 2017). Estes documentos cumprem o papel de adequar, modificar ou estabelecer normas faltantes na CLT.

Contrato administrativo: modalidade prevista na Constituição (BRASIL, 2019), mas que deveria ter caráter excepcional (até realização de concurso público para preenchimento do quadro de recursos humanos necessários). Cada ente federativo tem estabelecidas as regras para este tipo de contrato (firmado com pessoa física).

Recibo para Profissional Autônomo (RPA): trata-se de pagamento por desempenho de atividade provisória, isolada. Caráter excepcional. Neste sentido, não tem direito a licenças, proporcional de férias ou décimo-terceiro salário.

Pessoa jurídica: embora exista a possibilidade de contratação de sociedades empresariais reais (com endereço, disposição para o pagamento de tributos legais, ...), aqui cabe observar a ocorrência de situações em que o profissional é contratado para prestar um serviço de natureza pessoal, mas cujo relacionamento com o empregador ocorre como se fosse, para todos os efeitos, uma empresa (da qual por vezes é sócio e proprietário). O contrato por via de pessoa jurídica é lícito perante a lei, desde que não configure (às claras) burla de direitos trabalhistas (como quando firmada com sociedade uniprofissional que, a despeito da natureza, acabe gerando vínculo, na prática, similar ao de pessoa física). A verba recebida é por contraprestação de serviços e não pode ser entendida como salário. Cada membro da empresa faz uma retirada de valores em períodos estipulados pelos sócios votantes. Uma vez que se trata de empresa, não há de se falar em férias ou outros direitos reservados às pessoas físicas (trabalhador pode ser contratado, ainda, por uma empresa que presta serviços para o poder público, neste caso uma terceirização. Seus direitos e deveres são dados então pelo formato de sua contratação pela empresa).

Cooperativa de trabalho: formato de pessoa jurídica, sem fins lucrativos, mas com fins econômicos, que se caracteriza pela igualdade entre os sócios, com decisões de gestão tomadas coletivamente (MANCINI, 2003). Tem dupla natureza: social e empresarial. A cooperativa de serviços de saúde pode ser contratada pelo ente que admita a legalidade do acordo (em lei própria). No Brasil existe legislação específica para tratar do funcionamento e destinação das sobras do exercício anual das cooperativas e dos repasses periódicos aos cooperados.

Assim, são considerados mais estáveis os modelos estatutários, seguidos pela contratação por CLT, alcançando maior precariedade aquelas relações que são dadas por terceirizações através de pessoas jurídicas (incluindo cooperativas).

5.6 MODELOS DE REMUNERAÇÃO

Remuneração é a soma do salário contratualmente estipulado (mensal, por hora, por tarefa, ...) com outras vantagens percebidas na vigência do contrato de trabalho, como horas

extras, adicional noturno, adicional de periculosidade, insalubridade, comissões, percentagens nos lucros e gratificações (ANDREAZZI, 2003).

A teoria da Racionalidade Ilimitada prevê que um indivíduo, se tiver acesso às melhores informações, tomará sempre as melhores decisões (ANDREAZZI, 2003). Este arcabouço tem se prestado há tempos para organização do pensamento de economistas e administradores na medida em que pautam a gestão de recursos humanos como resultado de ações objetivas (CORRÊA, 2010). Contudo, o campo da saúde não é guiado por uma racionalidade objetiva, permeado que é pelo subjetivismo na estruturação das práticas com os indivíduos e pela necessidade de adequação dos protocolos de cuidado a contextos clínicos e sociais diversos (SANCHO, 2017). Por esta razão, seguindo uma proposta de exercício de controle, já iniciada no Taylorismo, modelos de remuneração têm sido pensados enquanto forma de induzir comportamentos afeitos à métrica e necessidade da gestão e resolver supostas inadequações da Racionalidade Ilimitada para o setor de saúde (SPILLER, 2015).

Desse modo, o trabalhador da saúde é submetido a diversos tipos de estímulo no exercício de suas funções, desde os desejos de satisfação pessoal até a guarda de pressupostos éticos.

Se compreende que os estímulos financeiros são poderosos incentivos (TOBAR, 1997), sendo então usados para controlar o processo de trabalho dos profissionais. Segundo esta premissa, a composição remuneratória exigiria do indivíduo responsabilidade pela qualidade do serviço prestado.

Abaixo, seguem listados os modelos de remuneração e compensatórios financeiros usualmente adotados nas organizações de saúde (TOBAR, 1997; GOMEZ, 2013):

Salário fixo: embora mais simples de ser usado, é criticado por não induzir mudanças na prática profissional. Fala-se de tendência ao ostracismo, à não inovação no trabalho. É, contudo, uma forma mais segura para o trabalhador, permitindo que melhor planeje sua vida financeira.

Pagamento por ato: é um dos modelos mais usados na área da saúde, no qual se ganha um valor por cada procedimento. Tem potencial para resolver situações em que a demanda é grande e precisa ser atendida rapidamente, mas tende a induzir uma sobreutilização do sistema de saúde, por vezes “criando” demandas (mais consultas, mais solicitação de exames, mais procedimentos desnecessários, ...).

Pagamento por metas: neste modelo o alcance de metas pré-determinadas (de processos, resultados e satisfação dos pacientes) conduzem a melhora remuneratória. Permite ao gestor uniformizar os resultados pretendidos com o trabalho, mas há uma tendência, pelo profissional, a abandonar pacientes que tenham problemas ou necessidades não contempladas nas metas acordadas.

Captação: pagamento relacionado ao tamanho de uma carteira de pacientes sob responsabilidade de um profissional. Uma vez que o valor é fixo para coordenar cuidados a um grupo de pessoas, tem sido discutido que estimula mais referenciamento a outros especialistas e uma tendência a evitar pacientes muito idosos ou com muitos problemas de saúde.

Capitação: similar a captação, mas o valor fixo é pago por paciente efetivamente atendido ao longo de um período (geralmente de um ano). Tal qual o modelo de pagamento por ato, além dos problemas do modelo de captação tende a levar a um maior número de realização de consultas desnecessárias (como uma maior frequência de exames de rotina).

Pagamento global: quando um profissional (ou grupo de profissionais) recebe um valor fixo para os cuidados integrais de saúde de uma determinada área, advindo das sobras destes cuidados o valor da remuneração. Aqui há um risco de que sejam feitos cuidados mínimos, evitando assim dificuldades orçamentárias.

Adicionais: paralelamente, compondo a remuneração, existem os pagamentos por insalubridade do trabalho, por deslocamento, por inospitalidade (pagamento para trabalhar em áreas de maior conflito social) e benefícios ou premiações por participação de programas de gestão de cuidado e treinamento. Importante lembrar também dos planos de carreira, que permitem valorizar o trabalhador por sua continuada dedicação a um serviço, podendo abarcar apenas premiações remuneratórias progressivas ou associar a estas um acesso a melhores condições de trabalho e capacitações profissionais (VIEIRA, 2017).

Quanto mais previsível o modelo de remuneração, maior segurança ele gera para o trabalhador (que pode organizar sua vida, sob o aspecto econômico) e para o gestor (que consegue estabelecer uma estratégia mais perene para os pagamentos). Modelos de pagamento por unidade de serviço (como o *fee for service*) ou com maior valor dado a adicionais e complementos que podem ser mais facilmente retirados da soma remuneratória inferem a existência de insegurança em função da dificuldade em garantir planejamento

financeira, contribuindo para precarizar ainda mais vínculos de trabalho frágeis (ANTUNES, 2020).

Todos os modelos apresentam vantagens e desvantagens. A tendência tem sido mesclar os vários modelos, objetivando assim constituir uma remuneração que contemple os desejos dos profissionais e as necessidades do gestor (ANDREAZZI, 2003). No Sistema Único de Saúde vem sendo observada uma tendência a contratualizar metas para remuneração adicional ao salário ou indicadores de processo de trabalho para repasse de recursos aos municípios (POLI NETO, 2016; BRASIL, 2016).

6. OBJETIVOS

O presente estudo pretendeu analisar criticamente os diferentes modelos empregados para contratar e remunerar os profissionais da atenção primária e suas repercussões na performance e qualidade dos serviços neste nível de atenção no SUS.

Tal objetivo geral seguiu com os seguintes objetivos específicos:

- identificar a percepção de representantes de trabalhadores da atenção primária à saúde acerca da relação entre modelos de contratação e remuneração e a qualidade dos serviços prestados;

- identificar as experiências e percepções de gestores no uso de diferentes modelos de contratação e remuneração de trabalhadores da Atenção Primária à Saúde e sua relação com a qualidade dos serviços;

- identificar e compreender os benefícios e as limitações na prática do uso de diferentes modelos de remuneração e contratação na indução dos modos de performar dos trabalhadores nos serviços de saúde.

7. METODOLOGIA

O interesse foi compreender as subjetividades de determinados atores quando em relação com o objeto de pesquisa, assim foi escolhida uma metodologia qualitativa para abordagem dessa temática (ALVES, 2000). O trabalho seguiu alicerçado no paradigma da Teoria Crítica, a partir de epistemologia interpretativa, na medida em que assume a responsabilidade social ao trabalhar um tema para incentivo a mudanças na realidade percebida (ALVES- MAZZOTTI, 1999). Como se trata de discussão acerca dos processos de trabalho com vistas a uma melhor qualidade dos serviços ofertados à população, o autor assume um lugar de fala no sentido de compreender a necessidade de avanços que tragam benefícios tanto para os usuários do sistema quanto para trabalhadores e gestores.

Foi realizada pesquisa qualitativa do tipo exploratória (GIL, 2002), descritiva na medida em que procurou conhecer o objeto de interesse como um todo (BONITA, 2010), com entrevistas de informantes-chave (amostra por conveniência), fiel ao paradigma de construção dialógica do material e busca dos significados conferidos pelos sujeitos da pesquisa ao tema (GODOY, 1995; CUESTA-BENJUMEA, 2008).

Os entrevistados foram ex-gestores e ex-representantes dos trabalhadores de saúde, selecionados por seu envolvimento com modelos de contratação e remuneração flexível na atenção primária no Sistema Único de Saúde e indicados por metodologia de bola de neve, na qual cada entrevistado indica outras pessoas para participarem da pesquisa (VINUTO, 2014), oriundos de todas as regiões geográficas brasileiras, sendo os primeiros contatos a partir de referências conhecidas pelo autor em função de seu próprio engajamento prévio nos espaços anteriormente citados.

O convite a cada participante foi realizado individualmente, protegendo assim a identidade dos mesmos. A não assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) constituiu critério de exclusão do estudo.

As conversas foram realizadas remotamente por plataforma virtual e gravadas pelo próprio autor, garantido assim a uniformidade na aplicação do instrumento. O próprio autor fez as transcrições, segundo será apresentado adiante.

Foram planejadas inicialmente 30 entrevistas, contemplando ao menos dois sujeitos, gestores e representantes dos trabalhadores, de cada região brasileira. Caso não fossem atingidas todas as regiões a partir da metodologia de bola de neve, as mesmas poderiam ser ampliadas.

Foi solicitado que os entrevistados discorressem sobre eixos relacionados ao tema e que foram organizados a partir da revisão de literatura (APÊNDICE 1). Os entrevistados tiveram acesso a todo o roteiro e eixos da entrevista (mas apenas após sua anuência em participar da mesma, dada pela concordância com o TCLE). Além de dados de identificação inicial (sexo, idade, estado do Brasil, categoria), foram definidos cinco eixos para as reflexões, compondo o acróstico P.E.S.T.E. (elaborado pelo autor para os fins deste estudo):

- **Pertinência:** a literatura aponta que os modelos de contratação e remuneração repercutem na performance profissional (TOBAR, 1997; GOMEZ, 2013; NORMAN, 2014; VIEIRA, 2017; TALEVI, 2019). Neste eixo o entrevistado deveria discorrer sobre sua experiência (não apenas sobre suas leituras) e como isso influenciou na qualidade e resultados dos serviços de atenção primária que conheceu e geriu.
- **Ética:** já foi levantado que existem implicações éticas a serem consideradas no uso de diferentes modelos de remuneração (POLI NETO, 2016). Os modelos de contratação, por sua vez, impactam em questões de segurança e alienação profissional, com resultados na sua performance (SEN, 1992; SENNETT, 2009; MERHY, 2014; ANTUNES, 2020). Neste eixo foi solicitado que o entrevistado fizesse uma reflexão sobre os conflitos éticos, inclusive no relacionamento com os trabalhadores, enfrentados quando lidou com as questões relacionadas ao tema da pesquisa.
- **Sustentabilidade:** os modelos, de contratação e de remuneração, precisam ser sustentáveis dentro do sistema de saúde, política e financeiramente (RIVERA, 1999; EBERHARDT, 2015; PIVA, 2017; MURANTE, 2017). Neste eixo foi solicitado ao entrevistado que avaliasse

a sustentabilidade dos modelos de remuneração e contratação no contexto da atenção primária à saúde e para o sistema de saúde.

- **Temporalidade:** as avaliações de qualidade devem ocorrer em um período de tempo definido (SAMICO, 2010; SPILLER, 2015; HARZHEIM, 2020). As definições sobre o que se espera ao avaliar qualidade são resultado de um contexto temporal (FOUCAULT, 2004; CANESQUI, 2000). Neste eixo, era esperado que o sujeito da pesquisa comentasse como lidou com tempo, enquanto variável, na implantação de diferentes modelos de contratação e remuneração, considerando que as necessidades dos serviços são mutáveis.

- **Escolha:** os documentos do Ministério da Saúde orientam para a cogestão dos serviços, envolvendo gestores, trabalhadores e usuários (BRASIL, 2010; BRASIL, 2016). Também é discutido que o engajamento dos trabalhadores em uma proposta depende de sua participação em sua construção (CAMPOS, 2015; CORTEZ, 2019). Neste eixo, foi solicitado ao entrevistado que refletisse sobre os fluxos usados para definir os modelos de contratação e remuneração e como era, a partir do uso destes modelos, realizada a avaliação da qualidade da performance na atenção primária.

A transcrição foi realizada segundo modelo naturalista (AZEVEDO, 2017) e os elementos textuais categorizados de forma indutiva, sendo identificados e compreendidos na dissertação a partir de análise textual discursiva (MINAYO, 2002).

7.1 ASPECTOS ÉTICOS

Em respeito à resolução 466 de 12 de dezembro de 2012 do Plenário do Conselho Nacional de Saúde, o protocolo desta pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Ouro Preto (CNS, 2012), onde o autor cursou o mestrado, através da Plataforma Brasil, sendo registrado e aprovado sob o CAE 5.002.688.

Este estudo envolveu ex-gestores públicos e ex-representantes dos trabalhadores com experiência com a temática (no caso, os modelos de remuneração e contratação de profissionais de saúde com vias à indução de qualidade da assistência).

A participação foi voluntária e garantida a confidencialidade das opiniões e informações prestadas, bem como o anonimato e o acesso aos resultados da pesquisa, como meio de subsidiar futuras discussões sobre o assunto em voga. Assim, foi respeitado o princípio da autonomia e da não maleficência, uma vez que danos indiretos que poderiam resultar da divulgação e identificação dos participantes forma evitados (LOCH, 2002).

Uma vez que as entrevistas dizem respeito às experiências, reflexões e percepções das pessoas quando ocuparam cargos de gestão e representação, e não a informações estratégicas ou confidenciais dos locais aos quais estavam vinculadas, não foi necessário termo de anuência institucional.

O envolvimento dos participantes só foi permitido mediante assinatura de TCLE (APÊNDICE 2), que foi obtido no momento de realização da entrevista (sendo o termo apresentado oralmente e por escrito), sendo oportunizados esclarecimentos quanto aos objetivos da pesquisa, conforme determina a resolução 510 de 07 de abril de 2016 do Plenário do Conselho Nacional de Saúde (CNS, 2016).

Como já comentado, este material ficará sob guarda do pesquisador, se comprometendo o mesmo à não divulgação ou identificação dos participantes, sendo os dados obtidos apenas para uso no trabalho proposto. O material será armazenado em meio físico, sendo o mesmo destruído após 5 anos.

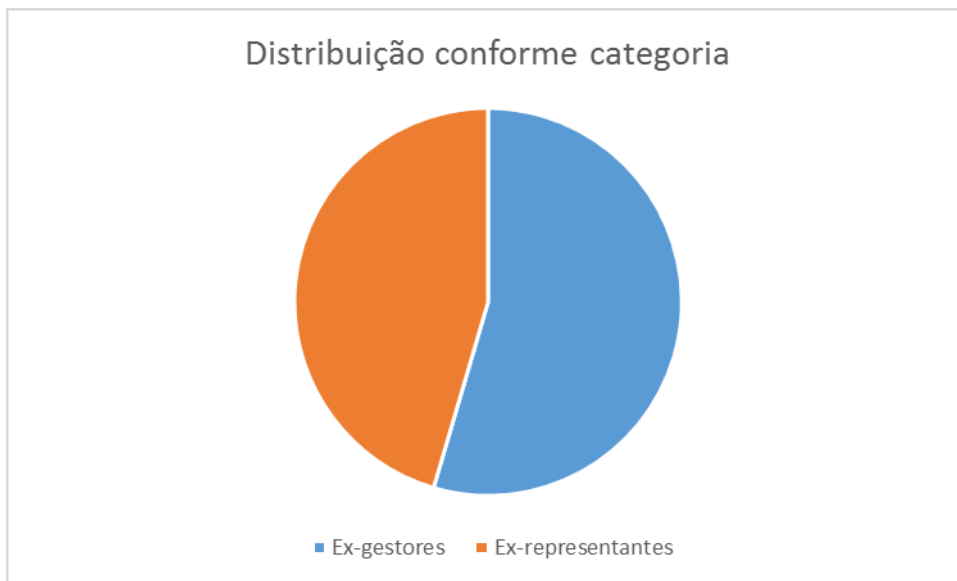
Conforme estabelece a Carta Circular nº 2/2021-CONEP/SECNS/MS, de 24 de fevereiro de 2021, o TCLE foi apresentado antes da entrevista e sua assinatura se deu por anuência em formulário eletrônico marcando, ao final do corpo do mesmo, botão que continha os termos “Li e concordo em participar da pesquisa”. O TCLE, com a anuência do participante, foi encaminhado para cada um por e-mail (correio eletrônico).

8. RESULTADOS

Foram realizadas entrevistas com ex-representantes sindicais de diferentes profissões da área da saúde (quando necessário na transcrição, serão nomeados como R1, R2, ... e assim por diante) e ex-gestores da saúde (nomeados G1, G2, ...), abrangendo todas as regiões do Brasil. De uma previsão de 30 entrevistas, foram realizadas 22. A redução do número de entrevistados ocorreu devido alguns convidados (indicados no processo de “bola de neve”) não se sentirem devidamente capacitados ou com vivência para refletir sobre o tema da pesquisa e porque começou a ocorrer saturação das respostas.

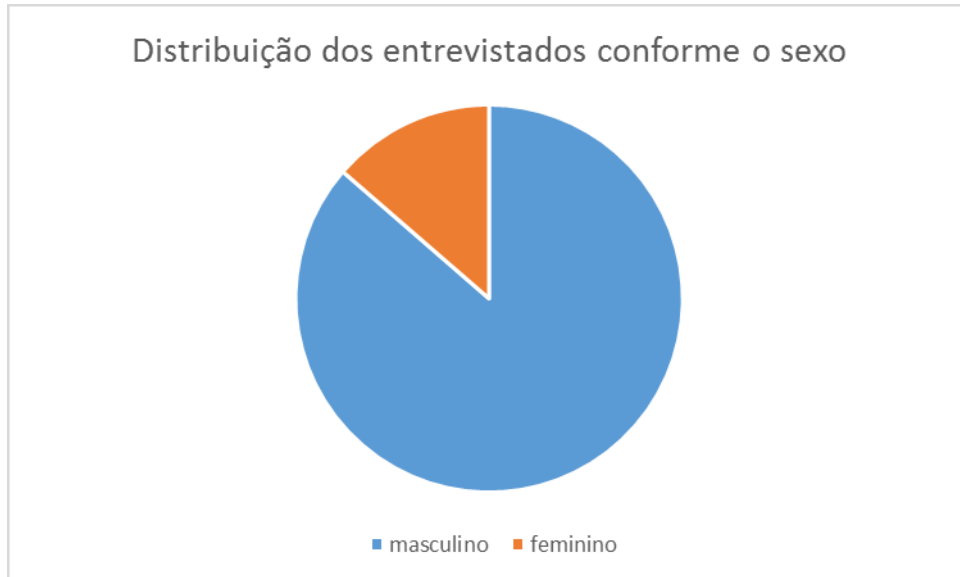
Com relação às categorias dos entrevistados, conforme objeto desta pesquisa, houve ligeira maioria de ex-gestores (12 entrevistados) em relação aos ex-representantes de entidades sindicais.

GRÁFICO 1 – Distribuição conforme categoria



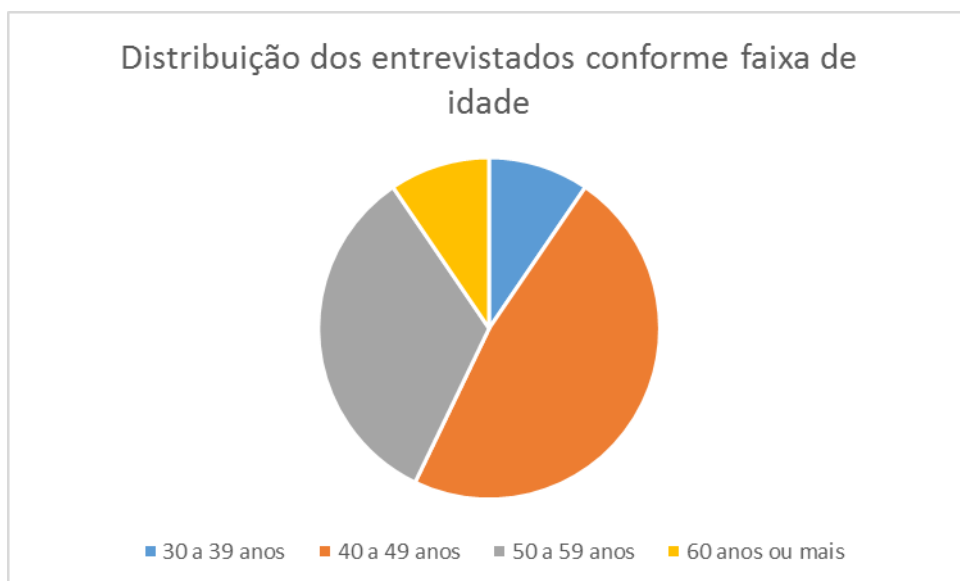
Em relação ao sexo, houve prevalência de 86,33% do sexo masculino e 13,67% do sexo feminino:

GRÁFICO 2 – Distribuição dos entrevistados conforme o sexo



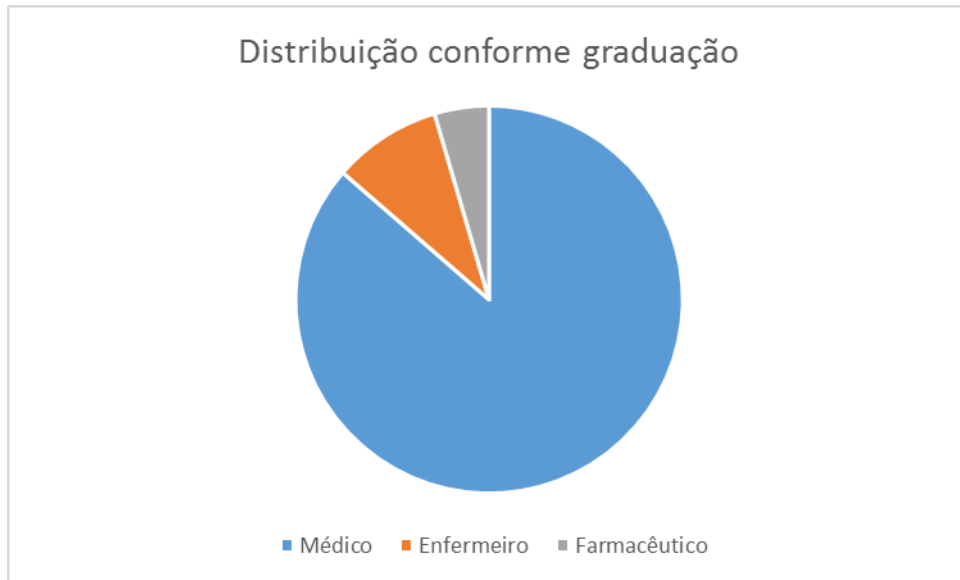
Com relação à faixa de idade, houve uma concentração na faixa entre 40 e 49 anos de idade:

GRÁFICO 3 – Distribuição dos entrevistados conforme faixa de idade



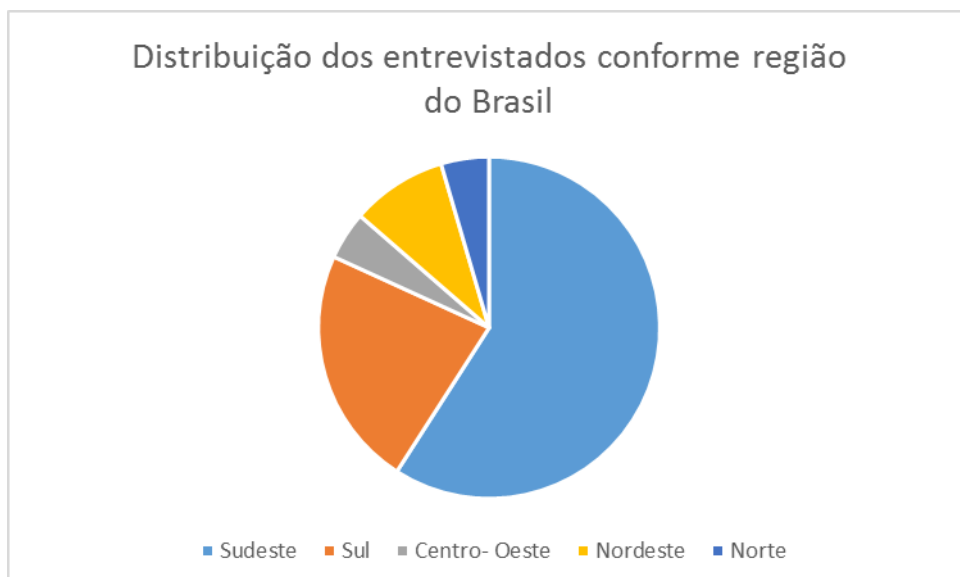
Com relação à formação da graduação, houve uma prevalência de médicos. Importante apontar que houve recusa para participação na pesquisa (total de 11 recusas), sendo, neste grupo, mais prevalentes os profissionais que não eram médicos (apenas 3 médicos não concordaram com a participação no estudo).

GRÁFICO 4 – Distribuição conforme graduação



Com relação à distribuição conforme estado do entrevistado, considerando o estado onde cumpriu período de atividades na categoria à qual foi alocado (ex-gestor ou ex-representante sindical), houve maior presença de entrevistados do Sudeste, embora todas as regiões brasileiras tenham sido contempladas com ao menos um entrevistado (considerando, ainda, ausência de ex-gestor para a região Centro-Oeste e Norte e ausência de ex-representante sindical para a região Nordeste).

GRÁFICO 5 – Distribuição dos entrevistados conforme região do Brasil



Adiante, serão apresentadas as reflexões dos entrevistados sobre os eixos levantados no roteiro (APÊNDICE 1).

Pertinência

Em relação à pertinência do uso de modelos de remuneração e contratação para provocar mudanças na performance profissional e resultados em saúde, os entrevistados foram unânimes em afirmar que existe uma influência nos resultados, embora a real medida da mesma seja incerta.

As reflexões oscilaram entre os dois aspectos da pergunta direcionadora (remuneração e contratação), bem compreendidos pelos participantes.

No grupo dos representantes, foi dada maior atenção aos modelos de contratação, com maior preocupação com os formatos de vínculo considerados precários na medida em que oferecem pouca perspectiva de estabilidade para o trabalhador (pessoa jurídica, contratos administrativos, ...), o que poderia comprometer a longitudinalidade dos cuidados no serviço de atenção primária ao induzir a uma maior rotatividade profissional e prejudicando assim o alcance de melhores resultados em saúde.

“Os trabalhadores têm o desempenho comprometido devido uma proposta de vínculo de trabalho que os deixa jogados na arena (do mercado de trabalho) ...” (R8)

“Onde você tem maior rotatividade dos profissionais você fragiliza o modelo e dificulta alcançar os resultados esperados” (R1)

“Na hora que não tenho profissionais que tenham vinculação, segurança na sua relação e tempo para que essas relações se estabeleçam e que haja um treinamento em cima dessa concepção e integração com os clientes... com as famílias... se não tem essa estabilidade e mínimo de segurança no trabalho o resultado será muito diferente...” (R9)

Com relação aos modelos de remuneração, os participantes deste grupo se concentraram em comentar sobre pagamento por metas de desempenho, refletindo que ao

nomear os resultados eles podem ser melhor medidos e controlados. Não há consenso, contudo, quanto à melhoria dos serviços apenas em função da remuneração, não faltando críticas a esse uso e apontando outras questões que também estão ligadas à qualidade do serviço:

“Ao longo dos anos o que percebemos é que o profissional que permanecia nas equipes era por conta de uma identificação com a saúde pública..., mas as pessoas vão se sentindo desvalorizadas e vão saindo...” (R7)

“Salário como mecanismo de gestão é complicado... salário não é favor, é remuneração pelo tempo dispendido, é contrapartida” (R5)

“Outros elementos que impactam são as condições de trabalho e o compromisso ético-moral com o seu trabalho” (R2)

No grupo dos ex-gestores, houve consenso sobre existirem repercussões na performance profissional. Embora permeiem os discursos uma preocupação com modelos que favoreçam a fixação dos profissionais (e isto através de formatos de contratação mais estáveis e que permitam um planejamento de vida a médio e longo prazo), as reflexões se deram principalmente justificando o uso de remuneração variável. Foi mencionado que era importante definir o que exatamente se esperava do serviço de saúde e com o uso dos modelos de contratação e remuneração, antes de sua implantação. Falou-se da importância em valorar o bom trabalhador, mas também de apontar um foco para seu trabalho.

“Converso com colegas no sentido de ‘faço bem meu trabalho e não ganho nada diferente’...” (G12)

“...é preciso existir incentivos para os profissionais da APS para direcionar o trabalho e reorganizar o trabalho.” (G9)

“... um modelo de corresponsabilização (para o pagamento) é melhor que uma estabilidade total, para que interesses públicos não fiquem sequestrados em nome do interesse individual...” (G1)

Contudo, houve ceticismo quanto à melhora e manutenção dos resultados apenas a partir de formatos flexíveis de pagamento.

“A remuneração muda a prática, mas não torna a pessoa muito melhor ou muito pior médico só por causa da remuneração. ” (G2)

“... têm influência, mas não acho que seja o mais importante... faz diferença, mas a cultura institucional é muito importante...” (G8)

“...comecei a ficar um pouco cético em relação a metas por si só... tem coisas que não dependem do trabalhador...” (G12)

“... se o indicador for ruim, o sujeito pode cuidar mais do indicador que das pessoas...” (G3)

“O pagamento funciona como um gatilho... só... a gente nunca achou que era o que mantinha a mudança... teve um papel importante como motivador inicial... é um motivador de curto prazo, mas precisa estar muito bem conectado com o que você pretende fazer...” (G7)

Entre o grupo de gestores, também houve quem se preocupasse com a situação dos trabalhadores frente aos modelos de remuneração e contratação.

“O trabalhador não é só um recurso humano para ser explorado. ” (G10)

“...formas de ingresso (no serviço público) mais democráticas e seguras... garantia mínima de carreira... valorizar formação e possibilidade de ganhos... sair da situação de barbárie, de precarização, é pertinente... tudo mostra que produz melhor resultado em saúde para a população...” (G4)

Ética

No eixo relacionado à ética (buscando identificar que questões éticas tiveram de ser enfrentadas ao lidar com os diferentes modelos de contratação e remuneração), mais uma vez a estabilidade e segurança do vínculo de emprego foi lembrada por ambos os grupos, embora sob enfoques diferentes. Foi reconhecido que qualquer desses modelos pode influenciar tanto positivamente quanto negativamente o desempenho dos trabalhadores.

No caso do grupo dos representantes sindicais, a falta de estabilidade e baixa remuneração foram apontadas como geradoras de situações de assédio com o trabalhador,

interferências externas e desestimuladora de investimento pessoal no serviço, como denotado nas falas abaixo:

“O fato, na contratação, de não ter alguma estabilidade... a gente vai assistindo muito assédio, ameaça de demissão... o tempo inteiro. Aí o pessoal se sente coibido de colocar opinião... de discordar da gestão...” (R10)

“A depender da natureza do vínculo, o profissional acaba sendo submetido a uma série de pressões... já presenciei gestor mandar interromper tratamento de paciente que era da oposição (política) ... quando você tem um profissional concursado, com garantia de seu emprego, isso inibe muito esse tipo de coisa... sem contar que o profissional com mais segurança fica mais aberto a denunciar situações... coisas feitas de forma errada...” (R1)

“O impacto ético mais claro que a gente vê, com os contratos temporários e PJ, é a questão da autonomia do profissional na execução de seu trabalho e de sua posição diante do trabalho... os colegas com vínculos precários tem menos conforto para fazer críticas... por medo de represálias, o que é mais frequente para o pessoal da enfermagem...” (R2)

“Não é atrativo para o médico se dedicar onde ele não vai ter segurança na vida dele, com remuneração incerta e irregular” (R9)

“Tem profissionais que, em função de vínculos precários, não se sentem comprometidos com sua atividade” (R8)

“Sai da mão do ente público a organização e planejamento e deixa tudo muito vulnerável a influências políticas com as terceirizações... assédio moral do gestor em cima do profissional se não seguir as ‘regras do jogo’... “ (R3)

“... muitos enxergam o serviço público como algo secundário, já que não é o que melhor remunera...” (R7)

No grupo de gestores o tema da estabilidade do vínculo de trabalho foi também abordado a partir de uma perspectiva ética, mas no modo de crítica à possibilidade de acobertar falhas e manutenção de maus profissionais. O sistema público então acaba sendo visto como muito resistente a mudanças e segue apontado como tendo seu foco não direcionado à população quando modelos de contratação mais estáveis (para o trabalhador) são praticados e se queixaram da dificuldade, nesses casos, de punir os maus profissionais.

“As pessoas culpam a estabilidade, mas o problema do setor público não é a estabilidade, mas conseguir julgar quem precisa ser julgado” (G10)

“... o que vivenciei é um dos piores cenários: arcabouço legal confuso e múltiplas questões corporativas e conflitos entre categorias e jogo político municipal...” (G6)

“O principal problema é onde está o centro do sistema: se nas pessoas ou nos profissionais... o SUS é muito centrado no próprio umbigo, então quando você quer colocar um modelo de pagamento que responsabiliza o profissional acaba tendo alguma resistência...” (G1)

“Aqui a gente tenta colocar todos os problemas no empregador ou no governo e as pessoas se escondem atrás disso... usam para justificar que não vão trabalhar...” (G2)

“Um aspecto ético é a possibilidade de desligamento do profissional, o que é às vezes acobertado como perseguição... não pode essa defesa cega de que você não possa demitir por desempenho ruim, comportamento... penso na ética pública: transparência para entrada no serviço (um edital é muito diferente de indicação de um apadrinhado...) e, a bem do público, poder desligar o profissional. “(G4)

No grupo dos representantes há entendimento de que o serviço público precisa prestar contas do trabalho e que um plano de metas é uma forma de organizar esta resposta, mas também foi criticado o fato de que algumas exigências podem, por outro lado, acabar comprometendo o bom andamento dos trabalhos e o bem-estar do profissional:

“Quando você tem um rol de procedimentos exigidos, na produtividade, a relação em si, com o cidadão, fica comprometida. ” (R10)

“Chance de burnout é maior quando você pressiona com indicadores de produtividade... então tem um componente de adoecimento que precisa ser visto... e o gestor acaba induzindo adoecimento, deixando a pessoa à sorte do quanto seu corpo resiste, do quanto ela tem de resiliência” (R6)

“Tem gente que acha que precisa mostrar serviço, como se número de procedimentos fosse igual a ter qualidade na APS. ” (R5)

“Sobre modelos de remuneração, os grandes riscos são práticas focadas nos pacientes para os quais as metas são estabelecidas e para os quais se tem perspectivas de atingir a meta, esquecendo as outras demandas que existem. “ (R2)

No grupo de ex-gestores são reconhecidos riscos éticos com o uso dos indicadores para pagamento por desempenho, que acabam podendo se tornar um fim em si mesmos, em especial quando impactam muito na remuneração final.

“Muita preocupação com os indicadores, mas não com a saúde da população...” (G12)

“Acho que uma visão dos aspectos éticos são as intervenções desnecessárias, para bater a meta, ou a acomodação ou omissão para não gerar esforço, quando não são usadas avaliações de desempenho” (G5)

“A remuneração por performance impactava eticamente..., mas não tão alto porque o valor não era alto... para os ACS´s impactava mais, porque significava um alto percentual do salário... o pagamento por performance é bom, mas não pode impactar no serviço de forma a estruturá-lo...” (G11)

Há também reconhecimento da necessidade de diálogo com os envolvidos, sendo entendido como um aspecto ético importante.

“Não fiz experimentos populacionais sem consentimento... a forma mais fácil é decidir sozinho, mas depois você paga sozinho também... você não deve decidir pela vida dos outros sem pelo menos ouvir o que essas pessoas têm a dizer...” (G7)

“Minha experiência foi a de montar uma remuneração por desempenho discutindo com os trabalhadores e população e a gente colocou que queria estimular produtividade, mas não no quanto mais melhor... depois de um ótimo você perde a qualidade...” (G3)

No grupo dos gestores foi apontada, ainda, uma dificuldade para comparar equipes de saúde que atuam com populações diferentes, isso sendo reconhecido como uma questão ética no pagamento por desempenho.

“Quando você tem desfalque de profissionais, a dificuldade para atingir a meta é para todos... então é difícil dar um retorno se não tem como garantir condições homogêneas de trabalho... nem as populações são homogêneas...” (G9)

Sustentabilidade

No grupo dos ex-representantes a questão da sustentabilidade do sistema de saúde, foi avaliada com grande quantidade de críticas ao foco no equilíbrio financeiro (mesmo compreendendo que é preciso ter responsabilidade nos gastos).

“... permite agilidade e flexibilização da lei de responsabilidade fiscal..., mas em termos de sustentabilidade política é muito perigosa, na minha opinião...” (R10)

“A gente sabe que no nosso país os recursos para a saúde são limitados e muitas vezes são deficientes para o que o modelo exigiria. ” (R1)

“É um discurso falacioso (do gestor) ... ele deve estar se referindo à sustentabilidade financeira, mas não à sustentabilidade para resolver as questões necessárias para as equipes...” (R9)

“Acho que tem uma lógica gerencialista que parte do princípio que a gente gasta muito em saúde, o que não é verdade... colocar um instrumento de gestão de desempenho, mas com salário congelado... não tem jeito... é adotar no serviço público o que tem de pior no privado, que é explorar o trabalhador...” (R5)

“Acredito que há um equívoco em achar que qualquer tipo de contratação e vínculo precário gere economia... ao longo do tempo não melhora, não tem melhor resultado para o sistema de saúde... então a economia é falsa porque devolve na verdade um problema maior para o gestor...” (R4)

“Uma falácia achar que esses modelos contribuem para a sustentabilidade... são diversos escândalos de superfaturamento (no modelo de contratação de pessoas jurídicas) ... desestrutura o serviço e causa um dano ao erário público...” (R3)

“Não há uma política de estado e interesse... não é prioridade... a sustentabilidade então não se dá porque na verdade não há interesse real de que isso seja melhorado, de maior investimento...” (R7)

No grupo de gestores, refletiu-se que o uso de modelos de remuneração e contratação visam sustentabilidade financeira do sistema, além de ser uma forma de melhor justificar a aplicação dos recursos públicos. Foi frisado que é preciso planejamento das finanças, caso contrário as medidas implantadas não conseguem se manter, mas é preciso

considerar os ganhos de economia a prazos mais longos. Foram levantadas também críticas a alguns modelos de pagamento.

“Se faz diferença na prática clínica, você otimiza da melhor forma os recursos disponíveis, então impacta na sustentabilidade... isso tem a ver com sustentabilidade porque o recurso é finito” (G8)

“Essencial pensar a sustentabilidade... não há dinheiro para pagar o sistema de saúde de forma infinita em lugar nenhum do mundo... os princípios da APS têm quase uma contradição: como ter integralidade plena, acesso pleno...? Quando responsabiliza o profissional acaba tendo como justificar o investimento do dinheiro público...” (G1)

“... aí acho que o sistema de pagamento por unidade de serviço quebra qualquer serviço... é um cheque em branco...” (G5)

“Eu acho que o modelo de contratação no fee for service é uma ameaça porque estimula um gasto desnecessário, estimula um uso inadequado do sistema de saúde...” (G2)

“... é preciso ter sustentabilidade econômica... no mínimo a médio prazo... os modelos de contratação têm de se sustentar, essa questão tem de ser componente o tempo todo da política. “ (G4)

“O salário tem de estar dentro do orçamento...” (G10)

“Gestor precisa de possibilidade para prever, senão ele tem variações grandes que dificultam pagar o fornecedor no final do mês. “ (G3)

“Toda vez que pensa em remuneração, se pensa de onde sairia o dinheiro..., mas sempre pensando no agora... muito pouco se pensa na economia do futuro...” (G12)

Temporalidade

Sobre o tempo enquanto variável para analisar o uso dos modelos de contratação e remuneração, em ambos os grupos houve reflexões acerca da dificuldade em adequar o tempo para as avaliações de desempenho. Em algumas situações, por exemplo, pode ser necessário um período maior para analisar as repercussões dos modelos ou as metas que figuram como objetivos do plano pensado.

No grupo dos representantes foi interessante notar uma preocupação com a perenidade das políticas de saúde (além de críticas à terceirização de serviços) e sobre a necessidade de estabelecer estratégias que promovam a manutenção dos profissionais, uma vez que há uma compreensão de que os modelos precários, que geram pouca segurança e beiram ao imprevisível, não são atrativos como escolha de carreira.

“Uma gestão de redução da administração pública tem ao longo do tempo impactado na qualidade de acessos dos serviços pelos cidadãos e cidadãs... relação frágil de trabalho... quando o cara tá bom, quando foi treinado pelo serviço... aí ele sai do sistema público...” (R8)

“O que se tem visto é que se precarizou cada vez mais a contratação e não se criou uma política de estado para a saúde. “ (R7)

“Essas fragilidades quebravam a longitudinalidade e perdia-se o seguimento dos pacientes. “ (R10)

“Na hora em que eu não tenho uma equipe estável, que fica naquele território por um período de tempo razoável para que tenha essa ligação e estabeleça um trabalho de longo prazo... é pior... e muitos gestores nem compreendem o impacto disso no processo de saúde e doença...” (R9)

“Quando existe contratação com maior rotatividade, com pejetização e mesmo CLT ou serviço estatutário mal remunerado... tem uma temporalidade menor (do trabalhador) nos serviços e o atendimento é mais pontual...” (R6)

“A médio prazo o problema é perder a essência do trabalho na APS devido perda de qualidade do atendimento por conta da perda do potencial do profissional...” (R4)

“Principal impacto é o retorno de doenças que já estavam controladas e vão perdendo o controle por falta de seguimento. “ (R3)

“A cada governo muda tudo, sem dar tempo para avaliar as medidas necessárias. “ (R1)

No grupo de gestores há também uma preocupação com a manutenção das políticas públicas.

“Sendo política de estado, tem uma temporalidade mais garantidora” (G4)

“Todo processo administrativo é retrospectivo... o gestor está sempre olhando para trás, mas não consegue antever tendências. ” (G10)

Há também nesse grupo uma compreensão de que é preciso monitoramento constante, ao longo do tempo, quanto aos modelos de pagamento e contratação.

“... a instituição tem de fazer cálculos de longo prazo para a saúde financeira dela não frustrar os trabalhadores com algo que você não consiga manter... tem de monitorar e avaliar para ter mecanismos que mostrem se tal indicador melhorou a qualidade... tem de ir ajustando, acompanhando...” (G3)

“O valor do pagamento não pode se afastar muito do razoável, mas o tempo também não... você receber incentivo pelo que você fez há dois anos... pra mim isso não é recomendável...” (G7)

No grupo de gestores há também um reconhecimento de que alguns trabalhadores, capacitados e engajados e fixados em uma equipe, fazem diferença no dia a dia dos serviços, e que isso precisa ser valorizado.

“O fator tempo... a relação do profissional com a população... traz benefícios, certamente traz impactos na saúde da população...” (G5)

“A manutenção da longitudinalidade é um grande ganho nesses processos... uma relação de confiança que vai facilitando a sua clínica... é preciso cultura da importância de ficar em um mesmo lugar.” (G8)

“A complexidade vai aumentando e o profissional recebendo o salário igual todo mês... isso vai levando a sucateamento do sistema público.” (G9)

“Achar que as pessoas são iguais o tempo todo é um erro... a carreira pode mudar, pode ir variando... aí você perde as pessoas... Quando a rede, que formou esse profissional, é estruturada de um certo jeito e perde a pessoa, quem mais perde é a rede...” (G11)

“Existem experiências positivas, mas são das pessoas... as pessoas fazem a diferença e precisa ter alguma forma de ganho para essas pessoas” (G12)

Escolha

Em relação à participação dos trabalhadores nos processos de escolha dos modelos de contratação e remuneração usados, no grupo dos representantes houve unanimidade em afirmar que não.

“A gestão decide e pronto... autocrático” (R10)

“Aqui na saúde quem planeja não executa... o trabalhador não está tendo efetiva participação na cogestão e está convencido de que o que ele falar não muda o que for decidido pelo gestor.” (R8)

“... em algumas áreas existe opinião dos trabalhadores..., mas o prefeito faz o que quer...” (R6)

“Quem define é o aspecto financeiro do mercado... então o viés é financeiro...” (R4)

“Na imensa maioria dos casos não há participação... o modelo é definido pelo gestor e imposto de cima pra baixo... quando as conversas acontecem, geralmente são secundárias a provocações dos trabalhadores...” (R1)

No grupo de gestores, embora a quase totalidade tenha reconhecido essa ausência da participação dos trabalhadores nestas decisões, existiram reflexões sobre as dificuldades em organizar participação efetiva das pessoas nos espaços de cogestão, apesar do reconhecimento da necessidade de existência desse diálogo.

“Os espaços de discussão com os trabalhadores não são espaços de discussão de processo, mas de apresentação de projetos e então é aberto para crítica dos trabalhadores.” (G12)

“...precisa evoluir da dicotomia “patrão ruim” e “trabalhador vítima”, isso não existe na vida real... existem interesses e conflitos e por isso precisa sentar para dialogar.” (G10)

“Você tem de se sentir parte do processo... a cogestão é um exercício de decisões cotidianas...” (G7)

“Muito difícil... muito difícil... e isso não casa com o tempo do mandato do político, de quatro anos... é difícil observar um processo ascendente bem feito... seria o ideal.” (G6)

“A diferença de olhares é muito enriquecedora... dá muito trabalho, mas é muito enriquecedora...” (G4)

“É difícil envolver os profissionais..., mas se não envolver os profissionais no processo de definição, ao menos dos temas dos indicadores, não acredito em muito sucesso.” (G1)

9. DISCUSSÃO

Em relação ao perfil dos entrevistados, maioria é proveniente da região Sudeste e com grande número de homens e médicos. Considerando que a metodologia de seleção de informantes-chave foi através do recurso de “bola de neve” (com o primeiro entrevistado, disparador do processo, pertencente à rede de contatos do autor, que é homem, médico e natural de Minas Gerais), este viés de seleção é compreensível, mas pode, em todo caso, ter limitado a qualidade do estudo. O pequeno número de entrevistados de profissões que não a médica se deveu também ao fato de a maioria das pessoas contatadas não ter respondido às mensagens ou se declarado com pouca experiência no tema, recusando o convite para participar.

Não foi possível estabelecer relações de natureza estatística entre as categorias apresentadas por ter sido diminuto o número de entrevistas, bem como pequenas as diferenças encontradas nos grupos, se tratando, portanto, apenas de descrição do perfil de atores envolvidos. Em todo caso, embora este não fosse o objetivo do estudo, apresentar esta caracterização inicial era importante para identificar o lugar de fala dos entrevistados.

As respostas apresentaram saturação a partir da vigésima segunda entrevista, levando então o estudo para a fase de análise das mesmas, sendo finalizados os contatos com potenciais informantes.

Nesta pesquisa, a matriz de análise das entrevistas ocorreu a partir de eixos agrupados sob o acróstico **P.E.S.T.E.** (pertinência, ética, sustentabilidade, temporalidade e escolha), conforme informado na metodologia.

Os resultados foram submetidos à análise textual discursiva (formato que orbita entre a análise de discurso e análise de conteúdo), uma vez que, após transcrição das respostas de cada eixo, foram organizadas ainda outras unidades de análise com significado semelhante, buscando o autor estabelecer, a partir desse ponto, a produção de entendimentos e de identidades nos comentários dos entrevistados, interpretando os argumentos

apresentados à luz do pressuposto e do referencial teórico desta pesquisa (MORAES, GALIAZZI, 2006).

Com relação ao eixo da **pertinência**, os entrevistados concordaram em relação a existir uma influência dos modelos de remuneração e contratação nos resultados em saúde e que eles têm um papel importante (como resposta à sociedade sobre a responsabilidade com os gastos públicos e valorização do bom trabalhador), mas apontaram que os melhores resultados dependem também do estímulo à fixação do profissional no serviço, o que é atrelado a vínculos de emprego mais seguros (não necessariamente regime estatutário).

A literatura tem reconhecido que os modelos de contratação e remuneração repercutem na qualidade da performance profissional (MEDRADO, 2015), restando, contudo, a dúvida se o resultado é positivo, negativo ou irrelevante para o serviço. Os estímulos financeiros e a natureza do vínculo de trabalho têm, efetivamente, influenciado para que ocorra um determinado modo de realizar as tarefas (MURANTE, 2017).

Nos dois grupos houve descrença no ideal da administração científica que aponta o uso de modelos de remuneração como mecanismo altamente eficiente de gestão, refletindo que ajustes no contexto social e do trabalho precisam ser também pensados para melhoria da performance imediata e manutenção da boa prática profissional. De fato, não tem sido possível é associar apenas as mudanças nos comportamentos (induzidas pelos modelos em discussão) como responsáveis isoladas por uma melhor qualidade do serviço prestado (NORMAN, 2014; EIJEKNAAR, 2013), entendida como oferta oportuna de ações que atendam às necessidades dos usuários do sistema de saúde de forma humanizada e efetiva (MENDES, 2009). Parte disso é porque qualidade é um conceito que precisa atender à realidade de um contexto, tem uma base filosófica que a direciona, que aponta a importância da série de atributos que a compõe, com um conjunto mais complexo de variáveis que apenas a ação isolada do trabalhador (SAMICO, 2010).

No eixo da **ética** houve um conflito ético relacionado à visão sobre modelos de contratação que geram maior estabilidade: os ex-gestores refletiram que quanto mais estabilidade, maior a dificuldade de lidar com profissionais que têm um pior desempenho, enquanto no grupo de ex-representantes a menor estabilidade é vista como geradora de maior assédio sobre os trabalhadores, além de estresse, adoecimento e menor comprometimento.

Os grupos alertaram quanto ao risco, no pagamento por desempenho, de o foco passar a ser o indicador a ser contemplado ao invés da saúde da população. Neste sentido, jogar com o uso de modelos de contratação e remuneração parece se converter em estratégia apenas ideológica, no qual se procura fazer uma equivalência do controle do processo de trabalho com as necessidades sociais que ele deveria suprir (CAMPOS, 2015), levantando importantes questões éticas sobre sua aplicabilidade (POLI NETO, 2016).

Foi reconhecida também a necessidade de diálogo permanente entre os envolvidos (gestores, equipe de saúde e população) para avaliar os processos e dirimir o risco de problemas do ponto de vista ético.

Embora não tenha sido citado pelos entrevistados, a literatura reconhece um conflito ético com relação à contratação de serviços como pessoa jurídica, por vezes burlando regras trabalhistas, uma vez que os interesses de uma terceira figura (empresarial e empregador) passam a ser colocados em cena (ALBUQUERQUE, 2015).

Do ponto de vista da **sustentabilidade** há um conjunto de reflexões acerca da responsabilidade em ajustar os gastos ao orçamento público e que os modelos de remuneração e contratação poderiam ajudar nesse quesito.

O que tem se observado, afinal, é que os modelos discutidos anteriormente pretendem responder principalmente é a demandas do capital quando submetem projetos terapêuticos a um controle de custo (MERHY, 2014). Parecem ser efetivos, portanto, apenas na medida em que resolvem um problema de gestão financeira (TALEVI, 2019) que, apenas por acaso (não tão ao acaso), é tocada pela questão dos recursos humanos.

Contudo, nos dois grupos persiste um discurso de que a sustentabilidade não pode ser apenas financeira, mas do modelo de cuidados em si e, sob este aspecto, modelos de pagamento e vínculos de trabalho frágeis sofrem maior risco de desmonte da política de saúde, sendo, portanto, preciso pensar nos objetivos de longo prazo e lutar por maior investimento de recursos na área.

A tentativa de controle a partir de um planejamento centrado em bases econômicas pode inclusive fazer com que surjam iniquidades em saúde, já que o foco do trabalho é deslocado das pessoas (EIJKENAAR, 2013).

Embora os que defendem a auto-organização dos modelos que usam de uma lógica de mercado para atingir objetivos sanitários tenham crescente influência atualmente, esta ideia permanece também desconsiderando a complexidade de influências que impactam o sujeito das ações (SUNG, 2002; SEN, 1992), configurado aqui no trabalhador de saúde. Há de se considerar que existe interação e conjugação, de diversas formas, com causas de peso variáveis, por trás de toda atividade humana (LAVILLE, 1999).

Assim, seja pelas questões alienantes, que afastam o profissional de seu objeto de investimento e estimulam uma negligência na busca por padrões mais elevados de qualidade (SENNETT, 2009; CAMPOS, 2006), seja porque as nuances na remuneração consigam direcionar apenas para ações estritamente relacionadas ao ganho financeiro, para o que são de fato desenhados (ANS, 2019), é notório, nos trabalhos, a discrepância entre um entusiasmo trazido por alguns materiais e, por outro lado, resultados pouco sustentáveis para a adoção destes modelos como mantenedores de boas práticas de cuidado (KOVACS, 2021).

Com relação à **temporalidade**, há grande preocupação com riscos à longitudinalidade. Vínculos cuja natureza jurídica é temporária podem ser entendidos, por exemplo, como comprometedores da manutenção da função pública de assistência à saúde, que é uma necessidade permanente (VALLE, 2006).

Ambos os grupos refletem que é preciso pensar em políticas de longo prazo, inclusive para alcançar tempo suficiente para gerar mudanças e para avaliar as repercussões do uso dos modelos de remuneração na performance profissional, conforme já alerta a literatura (SAMICO, 2010; SPILLER, 2015; HARZHEIM, 2020).

O eixo que discute a oportunidade de **escolha** dos modelos por parte dos trabalhadores, considerando uma expectativa de que o espaço público, na saúde, funcione a partir da cogestão de processos (com participação de trabalhadores e usuários do sistema), se refletiu sobre a falta de diálogo para definição compartilhada para o uso de modelos de remuneração e contratação. Em algumas entrevistas foi apontada como dificuldade, ainda, o pouco entendimento do papel do controle social e baixo interesse dos atores diretamente envolvidos. Ainda assim, é reconhecida a grande importância de processos democráticos de decisão para sucesso das estratégias escolhidas dentro da temática de modelos de contratação e remuneração de profissionais. Estas conclusões dos entrevistados apontam uma realidade que vai na contramão do que pretende a PNH (BRASIL, 2010), que esclarece que os espaços devem funcionar a partir de um ideário de cogestão.

Muitas das questões levantadas nas entrevistas são consonantes com as preocupações que aponta a literatura. Há de se compreender que os materiais que, hoje, estabelecem uma crítica dos modelos de remuneração e contratação o fazem, em sua maioria, a partir de uma parametrização epistemológica, sendo as expectativas frustradas pela análise reflexiva que alguns autores fazem (CAMPOS, 2006, MERHY, 2014). No presente estudo, foi possível apreender que o desencantamento ocorre também no cotidiano (tanto dos profissionais quanto dos gestores), ensejando a necessidade de maiores cuidados na aplicação destes modelos de remuneração e contratação como ferramentas de gestão.

Embora, como já comentado, seja profícua a literatura sobre o tema de modelos de remuneração e contratação de profissionais de saúde, há uma insuficiência de abordagens com foco nas interpretações dos atores envolvidos (em especial no ambiente da atenção primária à saúde), salvo análises de programas específicos (MEDRADO, 2015, CORTEZ, 2019). Desse modo, o presente estudo vem contribuir para preencher uma lacuna no conhecimento, avançado sobre a diversidade de contextos de pagamento e contrato, contribuindo para posteriores análises sobre o assunto.

10. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As decisões que os trabalhadores tomam no seu dia a dia no serviço são de diversas naturezas. Abrangem desde como abordar tarefas específicas que devem cumprir até as escolhas sobre investimento pessoal e permanência em um determinado local de trabalho. As respostas a estas questões definem sua forma de laborar e repercutem, pois, na qualidade do serviço prestado. Conforme já vinha apontando a literatura (ANDREAZZI, 2003) e, agora, no presente trabalho, os modelos de contratação e remuneração parecem ter grande influência sobre esta performance.

Ainda prevalece na APS, ao menos para o profissional médico, o modelo de contratação de serviços por meio de contratos administrativos e concursos públicos com pagamento de salário (EBERHARDT, 2015).

Uma vez que ao SUS compete a ordenação de recursos humanos para alcance de seus objetivos, com importantes investimentos para tal, não deixa de ser temerário o estabelecimento de contratações que denotem menor intimidade entre as partes, sugiram uma liquidez das responsabilidades e conduzam muitas vezes a um distanciamento do profissional de seu objeto de investimento (CAMPOS, 2015).

Vínculos mais estáveis protegem as comunidades das intempéries políticas, reduzindo o risco da perda de profissionais.

Analisando a remuneração flexível, tem sido observado que os profissionais em alguns momentos apoiam estes formatos, mas apenas enquanto meio de melhor gerenciar os próprios ganhos, não necessariamente concordam com o entendimento de que estas propostas administrativas tragam qualquer resultado para melhorar a qualidade do serviço prestado (GOMEZ, 2013). Sob este aspecto, a variação de ganho não pode ser nem muito grande (que induza a fraudes e a romper limites éticos) e nem tão pequena que acabe por criar uma noção de pouca importância para os objetivos e indicadores propostos.

Apesar das críticas, continuam surgindo propostas de reestruturação produtiva na APS que pretendem guiar a performance profissional e orientar o repasse de recursos (HARZHEIM, 2020), implantando assim um ideário unilateral de qualidade, a partir de um conjunto de expectativas definidas pelo gestor, sem presença dos trabalhadores ou do controle social do SUS. Nas recentes propostas do governo brasileiro, apesar de se apontar algumas métricas de desempenho individual, a orientação é de incentivos financeiros não para os profissionais, executantes finais do cuidado, mas para a gestão, sequer existindo orientação formal de repasse destes ganhos para compor a remuneração das equipes (BRASIL, 2016).

Por certo existe a possibilidade de focar nos problemas locais (apontando mais uma vez a necessidade de diálogo com os atores), mas os objetivos, o que também foi criticado pelos entrevistados, não podem ser apenas financeiros (CAMPOS, 2015), ainda que as decisões precisem gerar sustentabilidade. Parece ser adequado insistir em mais investimento no serviço de saúde e construção de políticas de estado mais perenes, republicanas, que independam do gestor do momento.

Assim, mesmo com as preocupações comentadas, a necessidade de preservação da longitudinalidade do cuidado em saúde (que pode ser alcançado com modelos de contratação e remuneração que gerem mais segurança para o trabalhador e sejam sustentáveis do ponto de vista financeiro, gerando maior previsibilidade para todos os envolvidos) e o risco de alienação do trabalhador do real objetivo do trabalho em saúde (quando metas e alcance de indicadores tomam lugar de destaque) foram os aspectos que mais figuraram nesta pesquisa, independente de qual dos formatos de contrato e composição da remuneração era comentado pelos entrevistados. Valorizar os espaços de cogestão (como imperativo ético, uma vez que age como garantidor de processos para adequações locais) parece, nas discussões, aumentar a chance de sucesso na busca por melhor qualidade dos serviços.

Assim, as diretrizes de humanização da atenção, que conferem aos envolvidos protagonismo, respeito e peso nas decisões gestoras, precisam ser revisitadas e fortalecidas. Todos os grupos participantes salientaram a importância deste diálogo entre os envolvidos (trabalhadores, gestores e população). Apenas a partir de espaços efetivos de cogestão é que seria possível atender às necessidades de cada realidade, trazendo mais equidade ao planejamento estratégico (BRASIL, 2010).

Por estas razões, o fato de muitos potenciais entrevistados de áreas que não a médica terem se declarado desconhecedores da temática, e se recusado a participar do estudo, parece merecer atenção das respectivas entidades sindicais, uma vez que todos os profissionais podem ser igualmente submetidos às formatações de pagamento e vinculação discutidas. Parece ser importante que este debate esteja presente desde a graduação, pois se trata da organização das escolhas de vida e carreira daqueles que vão se constituir em recursos humanos para o SUS. As normas antecedentes, nos dizeres da ergologia, poderiam ser apreciadas para melhor composição do contexto e das necessidades dos envolvidos (ASSUNÇÃO, 2011), ao invés de tomar os trabalhadores e o setor saúde como simples objeto de atuação da lógica administrativa.

Chamou também a atenção a baixa prevalência do sexo feminino nos dois grupos estudados. Mesmo com o viés de seleção da metodologia de bola de neve, a igualdade de gênero nestes espaços parece ser tema que merece maior cuidado e reflexão.

Sugere-se que novas pesquisas possam avançar sobre quantificar os modelos de contratação e remuneração ao longo do Brasil, e buscando apreender, na metodologia, maior diversidade de categorias profissionais, de modo a melhor relacionar e comparar indicadores de boa qualidade dos serviços sanitários, uma vez que a reduzida amostra e baixa representatividade de profissões pode ser, mesmo diante da saturação de respostas, um importante limitador do presente estudo.

Por fim, nesta pesquisa foi possível inferir que a mera aplicação de modelos de contratação e remuneração, sem atenção aos pontos levantados, longe de melhorias, pode levar a ilusões de sucesso, se convertendo em uma “vitória de Pirro” e gerando piora da performance dos trabalhadores da atenção primária e, conseqüentemente, dos resultados em saúde.

Até que se possa avançar, na prática, com estas considerações, parece ser adequado que gestores e representantes dos trabalhadores observem os aspectos levantados a partir da análise P.E.S.T.E., de modo que, a partir dos cuidados com a organização do labor, possam melhor auxiliar no desenvolvimento e consolidação do Sistema Único de Saúde e da Atenção Primária no Brasil.

11. REFERÊNCIAS

- AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Guia para implementação de modelos de remuneração baseados em valor**. Rio de Janeiro, 2019.
- AKTOUF, Omar. Governança e pensamento estratégico: uma crítica a Michael Porter. **Revista de administração de empresas**. V. 42. N. 3. São Paulo, 2002.
- ALBUQUERQUE, Maria do Socorro Veloso et al. Contratualização em saúde: arena de disputa entre interesses públicos e privados. **Ciência & Saúde Coletiva**, 20(6):1825-1834, 2015.
- ALVES-MAZZOTTI, Alda Judith, GEWANDSZNAJDER, Fernanda. **O método nas ciências naturais e sociais: pesquisa qualitativa e quantitativa**. São Paulo: Thompson Learning, 1999.
- ALVES, Rubens. **Filosofia da ciência: introdução ao jogo e suas regras**. São Paulo: Edições Loyola, 2000.
- ANDREAZZI, Maria de Fátima Siliansky. **Formas de remuneração de serviços de saúde**. Brasília: IPEA, 2003.
- ANTUNES, Ricardo. **Adeus ao trabalho?** São Paulo: Boi Tempo, 2015.
- ANTUNES, Ricardo. **O privilégio da servidão: o novo proletariado de serviços na era digital**. São Paulo: Boi Tempo, 2020.
- ASSUNÇÃO, Ada Ávila, BRITO, Jussara (org.). **Trabalhar na saúde: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.
- AZEVEDO, Vanessa et al. Transcrever entrevistas: questões conceituais, orientações práticas e desafios. **Revista de Enfermagem**. N. 14. Pp.159-168. 2017.
- BONITA, R. et al. **Epidemiologia básica**. Tradução: Juraci A. César. 2ª. Ed. São Paulo: Santos Editora, 2010.
- BORBA, Paola Colares de et al (org.). **O PSF na prática: organizando o serviço**. Juazeiro do Norte: FMJ, 2007.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil** (Constituição 1988 atualizada até EC n. 105/2019). Brasília: Supremo Tribunal Federal, 2019 – *disponível no endereço eletrônico em 10/04/21: <http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/legislacaoConstituicao/anexo/CF.pdf>*
- BRASIL. **Lei 8080**. 1990. *Disponível no endereço eletrônico em 10/04/2021: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm*

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. **Diretrizes do NASF - Núcleo de Apoio a Saúde da Família**. Cadernos de Atenção Básica 8, Série B. Textos Básicos de Saúde Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Autoavaliação para melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica – Amaq**. Brasília: 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Mais saúde: direito de todos**. Brasília: 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 2.436**, de 21 de setembro de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Trabalho e redes de saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRITO, José Eustáquio de. Desafios e perspectivas da metodologia de pesquisa num curso de mestrado profissional. **Educação em Revista**. V. 36. Belo Horizonte, 2020.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Reforma da reforma: repensando a saúde**. São Paulo: Hucitec, 2006.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Um método para análise e cogestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec, 2015.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa, BEDRIKOW, Rubens. **História da clínica e atenção básica: o desafio da ampliação**. São Paulo: Hucitec, 2014.

CANESQUI, Ana Maria org. **Ciências sociais e saúde para o ensino médico**. São Paulo: Hucitec, 2000.

CONSOLIDAÇÃO DAS LEIS DO TRABALHO – **CLT e normas correlatas**. – Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2017.

CORRÊA, Michael Dias, PANHOCA, Luiz. Finanças comportamentais: uma revisão de literatura dos estudos realizados no Brasil e no exterior. **Latin American Journal of Business Management**. V. 1. N. 1. P. 107-118. Taubaté: 2010.

CORTEZ, Lyane Ramalho et al. A Percepção do Supervisor do Provac sobre a Fixação do Médico na Atenção Primária à Saúde. **Rev. bras. educ. med.**, Brasília, v. 43, n. 2, p. 48-57, Junho, 2019.

CUESTA-BENJUMEA, Carmen de La. Por dónde emprezar?: la pregunta em investigación cualitativa. **Enfermagem Clínica**. 18. V. 4. Alicante: 2008.

CUNHA, Gustavo Tenório. **A construção da clínica ampliada na atenção básica**. São Paulo: Hucitec, 2005.

DONNANGELO, Maria Cecília Ferro. **Medicina & sociedade**. São Paulo: Hucitec, 2011.

EBERHARDT, Leonardo Dresch, CARVALHO, Manoela, MUROFUSE, Neide Tiemi. Vínculos de trabalho no setor saúde: o cenário da precarização na macrorregião oeste do Paraná. **Saúde debate**. JAN-MAR: 2015.

EIJKENAAR, Frank et al. Effects of pay for performance in health care: a systematic review of systematic reviews. **Health policy**. V. 110. 2013.

FIGUEIREDO, Marcelo et al (org.). **Labirintos do trabalho: interrogações e olhares sobre o trabalho vivo**. Rio de Janeiro: DP&A Editora, 2004.

FOUCAULT, Michel. **O nascimento da clínica**. Tradução de Roberto Machado. 6. Rio de Janeiro: Ed. Forense Universitária, 2004.

FREEMAN, Thomas R. **Manual de medicina de família e comunidade de McWhinney**. 4 edição. Porto Alegre: Artmed, 2018.

GIGANTE, Renata Lúcia, CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Política de formação e educação permanente em saúde no Brasil: bases legais e referências teóricas. **Trabalho, Educação e Saúde**. V. 14. N. 3. Set/dez. Rio de Janeiro: 2016.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2002.

GIRARDI, Sábado Nicolau, CARVALHO, Cristiana Leite, GIRARDI, Luísa Gonçalves. **Modalidades de contratação e remuneração do trabalho médico: o conceito e evidências internacionais**. Trabalho produzido para a Organização Pan-Americana da Saúde, PWR-Brasil, em maio de 2007.

GODOY, Arilda Schmidt. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. **Revista de Administração de Empresas**. v.2, n.2, São Paulo: 1995.

GOMEZ, Patrícia Fabiana. **Sistema de remuneración e incentivos de los profesionales de la salud como instrumento de la calidad de atención**. Trabajo de investigación para optar por el título de Doctor em Ciencias de la Salud. Universidad Nacional de Córdoba, Argentina, março 2013.

GONÇALVES-LIMA, Ernesto. **Médicos e ensino de medicina no Brasil**. São Paulo: EDUSP, 2002.

GUSSO, Gustavo et al (org.). **Tratado de medicina de família e comunidade**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

HARZHEIM, Erno et al. Novo financiamento para uma nova Atenção Primária à Saúde no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1361-1374, Apr. 2020.

KOVACS, Roxanne et al. Socioeconomic inequalities in the quality of primary care under Brazil's national pay-for-performance: a longitudinal study of Family health teams. **Lancet**. V. 9. March, 2021.

LAVILLE, Christian. DIONNE, Jean. Adaptação: Lana Mara Siman. **A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas**. Porto Alegre: Artmed, 1999.

MACHADO, Maria Helena, OLIVEIRA, Eliane dos Santos, MOYSES, Neuza Maria Nogueira. Tendências do mercado de trabalho em saúde no Brasil. In: Celia Pierantoni, Mario Roberto Dal Poz, Tania França. (Org.). **O Trabalho em Saúde: abordagens quantitativas e qualitativas**. 1ª.ed. Rio de Janeiro: CEPESC, UERJ, 2011, v. 001, p. 103-116

MANCE, Euclides André org. **Como organizar redes solidárias**. Rio de Janeiro: DP&A Editora, 2003.

MATURANA, Humberto. **Emoções e linguagem na educação e na política**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2002.

MEDRADO, Josiane Ribeiro Silva; CASANOVA, Angela Oliveira, OLIVEIRA, Cátia Cristina Martins de. Estudo avaliativo do processo de trabalho das Equipes de Atenção Básica a partir do PMAQ-AB. **Saúde debate**. 2015; 39(107): 1033-1043.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte: ESP MG, 2009.

MERHY, Emerson Elias. **Saúde: cartografia do o trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2014.

MINAYO, Maria Cecília de Sousa org. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2002.

MORAES, Roque, GALIAZZI, Maria do Carmo. Análise textual discursiva: processo reconstrutivo de múltiplas faces. **Ciência & Educação**. v 12, n. 1. p. 117-128, 2006.

MORIN, Edgar. **O método: o conhecimento do conhecimento**. Porto Alegre: Sulina, 2005.

MURANTE, Ana Maria et al. Patient-perceived responsiveness of primary care systems across Europe and the relationship with the health expenditure and remuneration systems of primary care doctors. **Social Science & Medicine**: 2017, n. 186, p. 139-147.

NORMAN, Armando Henrique, RUSSELL, Andrew J., MACNAUGHTON, Jane. O modelo de pagamento por desempenho e sua influência nos princípios e prática dos médicos generalistas britânicos. **Cadernos de Saúde Pública**. V. 30. Rio de Janeiro: 2014.

PIVA, Luciana Cláudia et al. Relação entre satisfação, retenção e rentabilidade de clientes no setor de planos de saúde. **Revista de ciências de administração**. V. 9. N. 19. 2007.

POLI NETO, Paulo et al. Remuneração variável na Atenção Primária à Saúde: relato das experiências de Curitiba e Rio de Janeiro, no Brasil, e de Lisboa, em Portugal. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1377-1388, May 2016.

- RIVERA, Francisco Javier Uribe, ARTMANN, Elizabeth. Planejamento e gestão em saúde: flexibilidade metodológica e agir comunicativo. **Ciência & Saúde Coletiva**, 1999.
- SANTOS, Bruno Oliveira de Aguiar et al. Formação, provimento e fixação na Estratégia Saúde da Família de um município do Nordeste brasileiro. **Rev. APS**. 2019; jan./mar.
- SAMICO, Isabella et al. **Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais**. Rio de Janeiro: Medbook, 2010.
- SANCHO, Leyla Gomes. **Avaliação econômica em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2007.
- STARFIELD, Bárbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- SEN, Amartya. Comportamento econômico e sentimentos morais. **Lua Nova**. N. 25. 1992.
- SENNETT, Richard. **O artífice**. São Paulo: Record, 2009.
- SPILLER, Eduardo Santiago et al. **Gestão de serviços de saúde**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2015.
- STEWART, Moira et al. **Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico**. Porto Alegre: Artmed, 2017.
- SUNG, Jung Mo. **Sujeito e sociedades complexas: para repensar horizontes utópicos**. Petrópolis: Vozes, 2002.
- TALEVI, Fabiana Pastro, GUIMARÃES, Ana Tereza Bittencourt. Modelo de pagamento por performance na remuneração médica em cooperativa de saúde no sul do Brasil. *Revista Varia Scientia – Ciências da Saúde*. V. 5. N. 1. 2019.
- TOBAR, F., ROSENFELD, N. e REALE, A Modelos de pago de servicios de salud. **Cuadernos medico sociales**, 74: 39-52, 1997.
- VALLE, Vanice Lirio do. Emenda constitucional nº 51/06, processo seletivo público e novos regimes de vinculação de pessoal ao poder público: uma boa ideia para quem? **Revista de direito administrativo e constitucional**. Ano 6. Belo Horizonte: Editora Forum, 2006.
- VIEIRA, Sônia, HOSSNE, Willian Saad. **Metodologia científica para a área da saúde**. 6. Reimpressão. Rio de Janeiro: Elsevier, 2001.
- VIEIRA, Swheelen de Paula et al. Planos de carreira, cargos e salários no âmbito do Sistema Único de Saúde: além dos limites e testando possibilidades. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 112, p. 110-121, Mar. 2017.
- VINUTO, Juliana. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. **Temáticas**. Campinas, 22, (44): 203-220, ago/dez. 2014

12. ANEXOS E APÊNDICES

APÊNDICE 1

Roteiro de Entrevista semiestruturada para gestores e representantes dos trabalhadores da saúde

Categoria: ex-gestor () ex-representante de entidade sindical ()

Sexo: masculino () feminino () idade: _____ (especificar em anos)

Formação na graduação: _____ (especificar) não tem ()

Estado de origem (onde trabalhou estando na categoria elencada): _____ (especificar)

Será solicitado ao entrevistado que discorra sobre sua experiência com o tema “MODELOS DE CONTRATAÇÃO E REMUNERAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E SUAS REPERCUSSÕES NA PERFORMANCE NO TRABALHO”, com relação aos aspectos a seguir (ler as considerações sobre os pontos elencados):

PERTINÊNCIA: em sua experiência, os modelos de remuneração e contratação impactam na performance do trabalho na atenção primária? Como influenciam os resultados em saúde?

ÉTICA: quais questões éticas você precisou (e se precisou) confrontar ao lidar com diferentes modelos de contratação e remuneração dos profissionais na atenção primária?

SUSTENTABILIDADE: quais as implicações do uso de diferentes modelos de contratação e remuneração para a sustentabilidade do sistema de saúde?

TEMPORALIDADE: como você considerou os impactos do tempo, enquanto variável, para avaliação dos impactos e mudanças de performance dos profissionais na atenção primária?

ESCOLHA: como eram escolhidos os modelos de contratação e remuneração? Havia participação dos profissionais na definição dos modelos? Quais as relações do fluxo para escolha dos modelos com a cogestão esperada nos espaços do Sistema Único de Saúde?

APÊNDICE 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Prezado (a) Senhor (a)

Esta pesquisa é sobre **MODELOS DE CONTRATAÇÃO E REMUNERAÇÃO DE TRABALHADORES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E SUAS REPERCUSSÕES NA PERFORMANCE PROFISSIONAL** e está sendo desenvolvida por Artur Oliveira Mendes, do Mestrado Profissional em Saúde da Família, pela Escola de Medicina da Universidade Federal de Ouro Preto, sob a orientação da Professora Dr^a. Olívia Maria de Paula Alves Bezerra.

Os objetivos do estudo são analisar o uso de diferentes modelos de contratação e remuneração dos profissionais da atenção primária à saúde e qual o seu impacto na performance dos trabalhadores envolvidos e na qualidade dos serviços. A finalidade desta pesquisa é contribuir gerando subsídios para futuros debates e formatação de relações de trabalho mais pertinentes frente aos objetivos do Sistema Único de Saúde (SUS), atingindo assim uma real melhoria na atenção prestada à população.

Gostaríamos de convidá-lo (a) para participação em entrevista (realizada diretamente com o pesquisador) ou respondendo questionário online auto aplicado, de acordo com sua disponibilidade de tempo, como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica nacional e/ou internacional. Durante toda a pesquisa e na publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo absoluto. A entrevista necessitará de 30 (trinta) minutos e o questionário 10 (dez) minutos. A entrevista será realizada em ambiente virtual, forma não presencial, através de aplicativo de videochamada (Google Meets, escolhido por não implicar em custos para o participante e pela segurança expressa do fato de criptografar automaticamente a conversa, embora esta tecnologia digital possa também apresentar eventuais falhas e violações).

Informamos que essa pesquisa não implica em risco de danos diretos à sua pessoa, exceto pelo tempo implicado na realização da entrevista ou para responder o questionário, mas mesmo neste caso poderão estas atividades ser conduzidas de acordo com a disponibilidade do participante. Frente às implicações quanto à divulgação das opiniões expressas será mantida confidencialidade de sua participação e guarda dos dados pelo pesquisador por 5 (cinco) anos (em meio físico, não em ambiente virtual), sendo depois todas as informações apagadas.

Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo Pesquisador(a). Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na sua relação com os pesquisadores ou com a instituição responsável. Enquanto participante da pesquisa, ainda, cumpre o dever informar que terá direito à

indenização de eventuais danos e ao ressarcimento das despesas decorrentes da pesquisa, de acordo com a Resolução CNS nº 510 de 2016, Art. 9, Incisos VI e VII. Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa e o (a) senhor (a) terá acesso aos resultados parciais e finais da pesquisa (bem como ao roteiro da entrevista, caso aceite participar da mesma). Informo, ainda, que o projeto poderá ser interrompido temporariamente ou definitivamente caso aconteçam imprevistos que impeçam sua continuidade.

Artur Oliveira Mendes

Pesquisador responsável

Profa. Dra. Olivia Maria de Paula Alves Bezerra

- Orientadora do Mestrado

Considerando, que fui informado(a) dos objetivos e da relevância do estudo proposto, de como será minha participação, dos objetivos, procedimentos e riscos decorrentes deste estudo, declaro o meu consentimento em participar da pesquisa, como também concordo que os dados obtidos na investigação sejam utilizados para fins científicos (divulgação em eventos e publicações). Estou ciente que receberei uma via desse documento e os resultados do estudo, conforme já explicitado.

Ouro Preto, ____ de _____ de _____

Assinatura do participante ou responsável legal

Assinatura do pesquisador responsável

Contato com o Pesquisador (a) Responsável:

Caso necessite de mais informações sobre o presente estudo, favor ligar para o (a) pesquisador (a) Artur Oliveira Mendes Telefone: (31) 991341091 ou, para dúvidas éticas, para o Comitê de Ética da Universidade Federal de Ouro Preto -Endereço: Centro de Convergência, Campos Universitário, UFOP - Ouro Preto - MG. E-mail cep.propp@ufop.edu.br – Fone: (31) 3559-1368

Caso concorde em participar da pesquisa, deixo aqui meus sinceros agradecimentos por disponibilizar o seu tempo e experiência para desenvolvimento deste trabalho.

ANEXO 1

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
OURO PRETO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: MODELOS DE CONTRATAÇÃO E REMUNERAÇÃO DE TRABALHADORES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E SUAS REPERCUSSÕES NA PERFORMANCE PROFISSIONAL

Pesquisador: ARTUR OLIVEIRA MENDES

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 50576821.2.0000.5150

Instituição Proponente: Universidade Federal de Ouro Preto

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.002.688

Apresentação do Projeto:

As informações contidas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram obtidas dos documentos contendo as Informações Básicas da Pesquisa (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1797924.pdf de 13/09/2021) e do Projeto Detalhado.

Os formatos de remuneração e contratação têm sido apontados como indutores de modelagens diversas e comportamentos dos profissionais. O presente projeto propõe realizar uma pesquisa exploratória com informantes chave (amostra por conveniência), selecionados por metodologia de boa de neve, usando entrevistas semiestruturadas, discutindo os modelos de remuneração e sistemas de contratação dos trabalhadores da atenção primária à saúde e suas repercussões na performance do trabalho. Serão entrevistados ex-gestores e ex-representantes dos trabalhadores da área da saúde para, diante da elaboração dos constructos das experiências de vida destes com o tema, lançar mais luz para a compreensão desse fenômeno atinente à gestão de recursos humanos na saúde.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar criticamente o uso de diferentes modelos de contratação e remuneração dos profissionais da atenção primária e suas repercussões na performance e qualidade dos

Endereço: Pró-Reitoria de Pesquisa, Pós-Graduação e Inovação / PROPP/ Centro de Convergência, Campus Universitário
Bairro: Morro do Cruzeiro CEP: 35.400-000
UF: MG Município: OURO PRETO
Telefone: (31)3569-1368 E-mail: cep.propp@ufop.edu.br

Continuação do Parecer: 5.002.690

serviços no SUS.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Este projeto de pesquisa pretende envolver ex-gestores públicos e ex-representantes dos trabalhadores com experiência com a temática (no caso, os modelos de remuneração e contratação de profissionais de saúde com vistas à indução de qualidade da assistência), os quais serão entrevistados. Trata-se, portanto, de pesquisa exploratória com amostra por conveniência. A participação será voluntária e será garantida a confidencialidade das opiniões e informações prestadas, bem como acesso aos resultados da pesquisa, como meio de subsidiar futuras discussões sobre o assunto em voga. Assim, será respeitado o princípio da autonomia e da não maleficência, uma vez que danos indiretos poderiam resultar da divulgação e identificação dos participantes. Uma vez que as entrevistas dizem respeito às experiências, reflexões e percepções das pessoas quando ocuparam cargos de gestão e representação, e não a informações estratégicas ou confidenciais dos locais aos quais estavam vinculadas, não será necessário o termo de anuência institucional.

Em respeito à resolução 466 de 12 de dezembro de 2012 do Plenário do Conselho Nacional de Saúde, o protocolo desta pesquisa será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Ouro Preto, onde é cursado o presente mestrado, através da Plataforma Brasil. O envolvimento dos participantes só será permitido mediante assinatura de TCLE, o que será obtido no momento de realização da entrevista (sendo o termo apresentado oralmente e por escrito) e de acesso ao questionário (por escrito), sendo oportunidade para esclarecimento dos objetivos da pesquisa, conforme determina a resolução 510 de 07 de abril de 2016 do Plenário do Conselho Nacional de Saúde. Este material ficará sob guarda do pesquisador, se comprometendo o mesmo à não divulgação ou identificação dos participantes, sendo os dados obtidos apenas para uso no trabalho proposto. O material será destruído após 5 anos.

Benefícios:

As mudanças nos processos de gestão, calcadas na reestruturação produtiva, têm imposto alterações nas relações de trabalho, sabidamente no tocante à remuneração e contratação de serviços. Estes modelos pretendem influenciar a performance do trabalhador numo a necessidades da administração. Uma vez que individualmente os profissionais de saúde, em especial os médicos, passam por diversos conflitos de interesse na vida profissional, entre os quais a responsabilidade ética com bem-estar do paciente, papel social da profissão e desejo por reconhecimento e ganhos materiais, nem sempre as necessidades do gestor são também

Endereço: Pró-Reitoria de Pesquisa, Pós-Graduação e Inovação - PROPPPI, Centro de Convergência, Campus Universitário
Bairro: Morro do Cruzeiro CEP: 35.400-000
UF: MG Município: OURO PRETO
Telefone: (31)3590-1368 E-mail: cep.propppi@ufop.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
OURO PRETO



Continuação do Parecer: 5.002.690

prioridade para quem trabalha. A qualidade do envolvimento do profissional, por sua vez, impacta no modo como o trabalho é realizado, trazendo à tona reflexões sobre a insegurança e instabilidade de muitos dos modelos de contratação hoje praticados. A alienação em relação ao objetivo do trabalho em saúde, nestes casos, pode ser muito lesiva para os resultados pretendidos. O estilo gerencial hegemônico, contudo, a despeito de boas intenções que faça parecer ter, parece conduzir a esta alienação, conforme tem apontado a literatura pertinente.

Desse modo, se presume necessário discutir como os modelos de contratação de serviços e remuneração flexível podem ecoar na dinâmica do trabalho na atenção primária e sua qualidade (sua performance), vez que tal material ajudaria a subsidiar debates e formulação de relações de trabalho mais adequadas frente aos objetivos do Sistema Único de Saúde (SUS).

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de estudo referente ao Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Federal de Ouro Preto. Pesquisa relevante, teórica e metodologicamente fundamentada. Temática com grande potencial para a gestão das relações de trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide item "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Recomendações:

Vide item "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O pesquisador atendeu a todas as pendências levantadas, como se segue:

1. Devido ao contexto de emergência pública ocasionado pela pandemia de covid-19, explicitar como serão realizadas as entrevistas, se presencialmente ou por meios de comunicação remotos.

As entrevistas serão realizadas em ambiente virtual, de modo não presencial e gravadas. Após revisão, esta intenção foi devidamente incluída na brochura do projeto. A plataforma escolhida foi o Google Meets (aplicativo de videochamadas), sendo esta definição resultante da segurança dada pelo fato do mesmo criptografar automaticamente as conversas (embora existam limitações nesta segurança, o que será informado ao participante no TCLE), além de permitir gravação para posterior análise, além de não gerar custos (nem para o entrevistado e nem para o entrevistador)

Endereço: Pró-Reitoria de Pesquisa, Pós-Graduação e Inovação - PROPP/PI, Centro de Convergência, Campus Universitário
Bairro: Morro do Cruzeiro CEP: 35.400-000
UF: MG Município: OURO PRETO
Telefone: (31)3589-1368 E-mail: cep.propp@ufop.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
OURO PRETO



Continuação do Parecer: 5.002.690

para sua utilização).

2. Descrever de forma clara os riscos, ainda que mínimos, relacionados à participação na pesquisa relacionados com a técnica de coleta de dados proposta, qual seja, a de entrevista. Caso a entrevista seja por meios remotos, incluir também os riscos característicos do ambiente virtual, meios eletrônicos, de acordo com a Carta Circular nº 2/2021-CONEP/SECNS/MS, de 24 de fevereiro de 2021, qual, estabelece, no item 1.2.1 que "cabará ao pesquisador destacar, além dos riscos e benefícios relacionados com a participação na pesquisa, aqueles riscos característicos do ambiente virtual, meios eletrônicos, ou atividades não presenciais, em função das limitações das tecnologias utilizadas. Adicionalmente, devem ser informadas as limitações dos pesquisadores para assegurar total confidencialidade e potencial risco de sua violação." Caso a entrevista seja presencial, descrever, de forma detalhada, os procedimentos de biossegurança relacionados à covid-19 a serem adotados para a realização das mesmas de modo a proteger os participantes da pesquisa.

Conforme estabelece a Carta Circular nº 2/2021-CONEP/SECNS/MS, de 24 de fevereiro de 2021, o TCLE será apresentado antes da entrevista e sua assinatura se dará por anuência em formulário eletrônico marcando, ao final do corpo do mesmo, botão que contenha os termos "Li e concordo em participar da pesquisa". O TCLE esclarecerá que existem limitações de segurança do aplicativo de que será utilizado (Google Meets, mesmo considerando que as conversas são criptografadas em tempo real). O TCLE, com a anuência do participante, será encaminhado para o mesmo por e-mail (correio eletrônico). O convite a cada participante será realizado individualmente, protegendo assim a identidade dos mesmos. O participante terá acesso a todo o roteiro de entrevista, mas apenas após sua anuência em participar da pesquisa. O material das entrevistas será armazenado em meio físico (não em meio virtual, também chamado "nuvem"), sendo o mesmo destruído após 5 anos.

Estas informações foram incluídas no TCLE e na brochura do projeto.

3. Incluir no TCLE a informação que o participante tem direito à indenização de eventuais danos e ao ressarcimento das despesas decorrentes da pesquisa, de acordo com a Resolução CNS nº 510 de 2016, Art. 9, Incisos VI e VII.

Foi incluída no TCLE esta informação, bem como na brochura do projeto (cumprir informar que o TCLE encaminhado está formatado segundo meio físico, mas no meio virtual, como será encaminhado, ao invés da assinatura constará um botão para marcar com os termos "Li e concordo em participar da pesquisa").

Endereço: Pró-Reitoria de Pesquisa, Pós-Graduação e Inovação - PROPP1, Centro de Convergência, Campus Universitário
Bairro: Morro do Cruzeiro CEP: 35.400-000
UF: MG Município: OURO PRETO
Telefone: (31)3559-1368 E-mail: cep.propp@ufop.edu.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE
OURO PRETO**



Continuação do Parecer: 5.002.666

4. Refazer o cronograma da pesquisa, considerando os prazos de aprovação pelo CEP, com análises ainda em curso, quando da data proposta para início da pesquisa.

O cronograma foi refeito, considerando o início das entrevistas em outubro de 2021. Sendo assim, não restaram pendências ou inadequações ao protocolo apresentado.

Considerações Finais a critério do CEP:

O Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFOP, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12 e/ou Res. CNS 510/16, manifesta-se pela **APROVAÇÃO** deste protocolo de pesquisa. Ressalta-se ao pesquisador responsável pelo projeto o compromisso de envio ao CEP/UFOP, semestralmente, o envio do parcial de sua pesquisa e o envio do relatório final, encaminhado por meio da Plataforma Brasil, informando, em qualquer tempo, o andamento da mesma, comunicando também eventos adversos e eventuais modificações no protocolo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1797924.pdf	13/09/2021 09:53:13		Aceito
TCE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCEArealce.docx	13/09/2021 09:51:16	ARTUR OLIVEIRA MENDES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	brochuraCEPrealce.docx	13/09/2021 09:51:02	ARTUR OLIVEIRA MENDES	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMArealce.docx	13/09/2021 09:50:03	ARTUR OLIVEIRA MENDES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	brochuraCEP.docx	11/09/2021 15:14:54	ARTUR OLIVEIRA MENDES	Aceito
Outros	CARTARESPOSTAOPARECER.docx	11/09/2021 15:13:00	ARTUR OLIVEIRA MENDES	Aceito
Outros	ROTEIRO.docx	11/09/2021 15:12:26	ARTUR OLIVEIRA MENDES	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	11/09/2021 15:12:13	ARTUR OLIVEIRA MENDES	Aceito
TCE / Termos de Assentimento /	TCE.docx	11/09/2021 15:11:52	ARTUR OLIVEIRA MENDES	Aceito

Endereço: Pró-Reitoria de Pesquisa, Pós-Graduação e Inovação, PROPP, Centro de Convivência, Campus Universitário
Bairro: Morro do Cruzeiro CEP: 35.400-000
UF: MG Município: OURO PRETO
Telefone: (31)3559-1368 E-mail: cep.propp@ufop.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
OURO PRETO



Continuação do Parecer: 5.002.698

Justificativa de Ausência	TCLE.docx	11/09/2021 15:11:52	ARTUR OLIVEIRA MENDES	Aceito
Folha de Rosto	folharosto.pdf	06/08/2021 10:18:48	ARTUR OLIVEIRA MENDES	Aceito
Outros	declaracao.pdf	06/08/2021 10:10:35	ARTUR OLIVEIRA MENDES	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

OURO PRETO, 28 de Setembro de 2021

Assinado por:

EVANDRO MARGUES DE MENEZES MACHADO
(Coordenador(a))

Endereço: Pró-Reitoria de Pesquisa, Pós-Graduação e Inovação - PROPP1, Centro de Convergência, Campus Universitário
Bairro: Morro do Cruzeiro CEP: 35.400-000
UF: MG Município: OURO PRETO
Telefone: (31)3589-1368 E-mail: cep.propp@ufop.edu.br