



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

**LUIZA SAMARA ABREU CARDOSO CARVALHO**

**REPERCUSSÕES DAS TERCEIRIZAÇÕES MÉDICAS NA PERCEPÇÃO DOS  
GESTORES E MÉDICOS DA SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DO  
MARANHÃO.**

Salvador – BA

2021

**LUIZA SAMARA ABREU CARDOSO CARVALHO**

**REPERCUSSÕES DAS TERCEIRIZAÇÕES MÉDICAS NA PERCEPÇÃO DOS  
GESTORES E MÉDICOS DA SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DO  
MARANHÃO.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA), como forma de defesa do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva com concentração em Gestão de Sistemas de Saúde, ênfase em Trabalho e Educação na Saúde.

Orientadora: Isabela Cardoso de Matos Pinto

Salvador – BA

2021

Ficha Catalográfica  
Elaboração Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

---

C331r Carvalho, Luiza Samara Abreu Cardoso.

Repercussões das terceirizações médicas na percepção dos gestores e médicos da Secretaria Estadual de Saúde do Maranhão / Luiza Samara Abreu Cardoso Carvalho. – Salvador: L.S.A.C. Carvalho, 2021.

83 f. : il.

Orientadora: Profa. Dra. Isabela Cardoso de Matos Pinto.

Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Coletiva) - Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia.

1. Gestão do Trabalho. 2. Precarização. 3. Terceirização. 4. Médico no Setor Saúde. I. Título.

CDU 331:614.2

---



**Universidade Federal da Bahia  
Instituto de Saúde Coletiva – ISC  
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva**

**Luiza Samara Abreu Cardoso Carvalho**

**REPERCUSSÕES DAS TERCEIRIZAÇÕES MÉDICAS NA PERCEPÇÃO  
DOS GESTORES E MÉDICOS DA SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE  
DO MARANHÃO.**

A Comissão Examinadora abaixo assinada, aprova a Dissertação, apresentada em sessão pública ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

Data de defesa: 29 de setembro de 2021

Banca Examinadora:

---

Profa. Isabela Cardoso de Matos Pinto – ISC/UFBA

---

Profa. Katia Rejane de Medeiros– UFPE

---

Profa. Ana Angélica Ribeiro de Menezes e Rocha–  
UFS

**Salvador  
2021**

A Deus por ser a minha força, esperança e coragem. Aos meus amados filhos, Samuel (In memoriam), e Luiz Miguel, vocês são meus anjos, presentes de Deus.

## AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo milagre da vida, que esteve comigo todos os instantes, Sua presença me fez perseverar e não desistir nos momentos de dificuldade ao longo da minha caminhada do mestrado.

Aos meus pais, Luiz Carlos e Júlia, pela sua dedicação e ensinamentos que me tornam a cada dia uma pessoa melhor.

Ao meu amado esposo, Samarone, pela parceria, cumplicidade e companheirismo diários, que andou de mãos dadas comigo nesses 2 anos de mestrado, com palavras de incentivo, por ser o melhor pai para nosso filho, principalmente nos momentos que eu estive ausente, por suportar meus momentos de desespero, angústia e fraqueza. Você é meu porto seguro.

Ao meu filho, Luiz Miguel, ao qual dedico este trabalho, seu sorriso toda manhã me encorajou a prosseguir.

A minha orientadora, Isabela Cardoso, por segurar na minha mão, pela compreensão, humildade, simplicidade, por acreditar em mim ao me acolher como sua orientanda. Por cada sorriso que me recebia a cada encontro, obrigada pelos ensinamentos, por ter contribuído valorosamente para minha formação acadêmica e profissional.

Aos mestres do ISC pelos valorosos ensinamentos, em especial a professora Catarina Matos, pelos ensinamentos e por ter contribuído na minha trajetória acadêmica.

Aos colegas do mestrado pela convivência diária, em especial a Ceanny, Tulio, Gleison, Edmilson, Jullyane.

As companheiras de trabalho da Escola de Saúde Pública, que colaboraram para um ambiente de trabalho harmonioso, pelas palavras acolhedoras e de incentivo diários, em especial a Mariana, Emmanuele e Thais.

Aos gestores e médicos que concordaram em participar da pesquisa.

A Secretaria de Estado da Saúde por financiar este estudo e a direção da Escola de Saúde Pública por fomentar e estimular a capacitação da gestão do trabalho, motivando diariamente seus colaboradores para a capacitação.

A toda minha família e amigos, destaco Maria de Lourdes, Dayana Dourado e Marcia Marques, e aos que mesmo não citados, contribuíram direta e indiretamente com palavras, gestos e orações para a minha trajetória acadêmica e de vida, e que neste dia, celebrarão comigo o encerramento deste importante ciclo.

## RESUMO

O estudo tem o objetivo de analisar os efeitos produzidos pelas terceirizações médicas na gestão do trabalho na Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão (SES/MA). Realizou-se um estudo qualitativo e exploratório tipo estudo de caso sobre a contratação dos médicos terceirizados, levando em consideração as diretrizes da gestão do trabalho e educação em saúde. A produção dos dados envolveu pesquisa bibliográfica, análise documental e entrevistas semiestruturadas com informantes chave em amostragem intencional, com base em roteiro previamente estabelecido. A população de estudo foi constituída pelos atores envolvidos no processo de contratação dos gestores e médicos terceirizados. Para a pesquisa documental, foram analisados seis tipos de documentos relacionados a contratação via terceirizações. As entrevistas com os gestores e médicos foram analisadas utilizando as categorias analíticas que seguem: a) facilidades e vantagens das terceirizações b) dificuldades e desvantagens das terceirizações. Os resultados apontam que a SES/MA possui diversidade de vínculos de trabalho e que o número de médicos ativos não corresponde às necessidades do sistema de saúde do Estado, o que contribui para o avanço das terceirizações. Nesse sentido, o Estado tem utilizado a terceirização para a contratação de recursos humanos e gerência das unidades de saúde, por meio de contratos de gestão. As percepções dos gestores em relação às vantagens da terceirização estariam no ganho de qualidade e maior produtividade, mais agilidade e competitividade. Para os médicos entrevistados, a terceirização não foi avaliada como desvantagem, mas sim como vantagem, no que diz respeito à remuneração e condições de trabalho.

Palavras-chave: Gestão do Trabalho. Precarização. Terceirização. Médico no setor saúde.

## **ABSTRACT**

The study aims to analyze the effects produced by medical outsourcing in the management of work in the Maranhão Department of Health (SES/MA). A qualitative and exploratory case study was carried out on the hiring of outsourced physicians, taking into account the work management guidelines and health education. Data production involved bibliographic research, document analysis and semi-structured interviews with key informants by intentional sampling, based on a previously established script. The study population consisted of actors involved in the hiring process of outsourced managers and physicians. Document research involved six types of documents related to contracting via outsourcing. Interviews with managers and physicians were analyzed using the following analytical categories: a) facilities and advantages of outsourcing b) difficulties and disadvantages of outsourcing. The results highlight that the SES/MA has a diversity of employment relationships and that the number of active physicians has not corresponded to the needs of the state health system, which contributes to the advancement of outsourcing. In this sense, the State has used outsourcing to hire human resources and management of health units, through management contracts. The perceptions of managers regarding the advantages of outsourcing would be in the gain in quality and greater productivity, more agility and competitiveness. For the interviewed physicians, outsourcing was not evaluated as a disadvantage, but as an advantage, in terms of remuneration and working conditions.

**Keywords:** Work Management; Precariousness; Outsourcing, Physicians in the health sector.

## LISTA DE SIGLAS

CLT	-	Consolidação das Leis Trabalhistas
DIEESE	-	Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos
EC	-	Emenda Constitucional
EMSERH	-	Empresa Maranhense de Serviços Hospitalares
EPS	-	Educação Permanente em Saúde
HCM	-	Hospital Estadual de Alta Complexidade Dr. Carlos Macieira
INVISA	-	Instituto Vida e Saúde
LOS	-	Lei Orgânica da Saúde
LRF	-	Lei de Responsabilidade Fiscal
MS	-	Ministério da Saúde
NOB/RH-SUS	-	Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS
OIT	-	Organização Internacional do Trabalho
OS	-	Organizações Sociais
OSCIP	-	Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público
PCCS	-	Planos de Cargos, Carreiras e Salários
PET Saúde	-	Pró-Saúde; Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PJ	-	Pessoa Jurídica
PNEPS	-	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PNH	-	Política Nacional de Humanização
ProgeSUS	-	Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS
RH	-	Recursos Humanos
RSB	-	Reforma Sanitária Brasileira
SAAS/SES	-	Secretaria Adjunta de Atenção à Saúde da Secretaria Estadual de Saúde do Maranhão
SAME	-	Serviço Médico de Arquivo Médico
SES/MA	-	Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Maranhão
SGTES	-	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

- SUS - Sistema Único de Saúde
- UBS - Unidade Básica de Saúde
- UPAs - Unidade de Pronto Atendimento

## LISTA DE QUADROS

- Quadro 1:** Evolução da gestão do trabalho no Brasil.
- Quadro 2:** Relatório de quantidade de médicos da SES/MA.
- Quadro 3:** Relação de empresas médicas terceirizadas pelo Instituto Acqua para o HCM.
- Quadro 4:** Metas de recursos humanos.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>14</b>
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	<b>19</b>
<b>2.1 Geral</b> .....	<b>19</b>
<b>2.2 Específicos</b> .....	<b>19</b>
<b>3 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	<b>20</b>
<b>3.1 Processos de Trabalho em Saúde</b> .....	<b>20</b>
<b>3.2 Gestão do trabalho</b> .....	<b>22</b>
<b>3.3 Precarização do trabalho</b> .....	<b>28</b>
<b>3.4 Singularidade do médico no setor saúde</b> .....	<b>31</b>
<b>4 METODOLOGIA</b> .....	<b>34</b>
<b>4.1 Desenhos do estudo</b> .....	<b>34</b>
<b>4.2 Sujeitos do estudo</b> .....	<b>34</b>
<b>4.3 Procedimentos, métodos e técnicas para a produção de dados e seu processamento</b> <b>35</b>	<b>35</b>
<b>4.4 Plano de análise dos dados</b> .....	<b>35</b>
<b>4.5 Aspectos éticos</b> .....	<b>36</b>
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÕES</b> .....	<b>37</b>
<b>5.1 Caracterização dos tipos de vínculos na SES/MA</b> .....	<b>37</b>
<b>5.2 Mapeamentos das empresas contratantes</b> .....	<b>38</b>
<b>5.3 Especificidades dos contratos</b> .....	<b>42</b>
<b>5.4 Vantagens e desvantagens das contratações terceirizadas na percepção dos gestores e médicos</b> .....	<b>46</b>
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>55</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>56</b>
<b>APÊNDICES</b> .....	<b>63</b>
<b>APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA</b> .....	<b>64</b>
<b>APÊNDICE B – QUADRO COM TRECHOS DA ENTREVISTA</b> .....	<b>66</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>72</b>
<b>ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b> .....	<b>73</b>
<b>Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – (TCLE)</b> .....	<b>73</b>

**ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO.....77**

**ANEXO C – PARECER CONSUBISTANCIADO .....79**

## 1 INTRODUÇÃO

O movimento da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) nasceu no início da década de 1970, na conjuntura da batalha contra o regime político vigente em nosso país, a ditadura militar. A expressão reforma sanitária foi utilizada para aludir ao conjunto de ideias que se tinha a respeito das transformações no setor saúde, visando a melhoria do atendimento e as necessidades de saúde da população. Dentre as propostas da RSB, culminou com a criação da universalidade do direito à saúde, oficializado com a Constituição Federal de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) (CASTRO; VILAR; LIBERALINO, 2014.)

O SUS é um dos maiores sistemas públicos do mundo, e deve ser compreendido como um processo social em construção e como um espaço de construção de cidadania. O SUS é regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde (LOS) Nº. 8.080/1990, apresenta-se como uma política que tem como proposta a mudança radical do modelo de atenção à saúde no Brasil e reconhece a saúde como direito de todos e dever do Estado (CASTRO; VILAR; LIBERALINO, 2014.)

A sustentabilidade do SUS está diretamente relacionada com os trabalhadores, cujo potencial estratégico para a efetividade do sistema é fator essencial para o alcance das respostas às necessidades de saúde da população. Nesse sentido, a preocupação com o trabalho na saúde remonta a década de 70 com o movimento da reforma sanitária brasileira (CASTRO; VILAR; LIBERALINO, 2014.)

No Brasil, na década de 80, o campo da saúde passava por transformações relevantes, com incontestáveis transformações e conquistas para a categoria médica a exemplo da inserção de grande aparato tecnológico. E assim, permitindo diagnósticos fidedignos, com tratamentos rápidos, eficazes e com menor agressividade ao ser humano. No campo da política, o país passava movimentos políticos na saúde com vigorosa participação popular através do cenário das realizações das Conferências Nacionais de Saúde, resultando na nova Constituição Brasileira, cujo artigo 196 é específico "a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação" (MACHADO, 1997).

De acordo com Machado (1997), ainda nos anos 90, esse período se caracterizou pela divisão do mercado de trabalho - público assalariado ou conveniado com a participação das Organizações Sociais (OS) -, o aumento da expansão dos planos de saúde privados, que significou para os médicos perda de sua atividade laboral liberal. Desta forma, o trabalho

médico resultou da perda da autonomia do exercício da profissão e baixa remuneração, acarretando a necessidade deste profissional possuir diversos vínculos de trabalho. A categoria médica, especialmente, no que diz respeito a condições de trabalho, arrolavam diversos obstáculos enfrentados, como: baixa remuneração, escassez de recursos humanos, equipamentos, os diversos tipos de inserção nos serviços - vínculos precarizados.

Na década de 90, com a constituição do SUS, vários fenômenos atravessaram a sua implementação a exemplo das estratégias de terceirização da força do trabalho e intensificação das políticas neoliberais, aumento da precarização do trabalho, desregulação por parte do Estado e crescimento desordenado das escolas na área da saúde (PIERANTONI *et al.*, 2012).

Em 2002, foi publicada a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOB/RH-SUS), reforçando que a qualidade de atenção à saúde está vinculada aos profissionais deste setor. Logo, a principal meta da NOB/RH-SUS é discutir a centralidade do trabalho, do trabalhador, da valorização profissional e da regulação das relações de trabalho no setor saúde.

A NOB/RH-SUS considera a Gestão do Trabalho no SUS como:

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

De fato, a Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde carrega o privilégio e a responsabilidade de reunir, no contexto de sua atuação, dois importantes pilares para a sustentação da cidadania: o trabalho e a educação (CASTRO; VILAR; LIBERALINO, 2014).

Com a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) no Ministério da Saúde (MS) em 2003, ganha visibilidade a Política de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, onde um conjunto de políticas públicas foi implementada: Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS); Pró-Saúde; Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde); Telessaúde; UNASUS; Reativação da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS; Programa de Desprecarização do Trabalho no SUS; Câmara de Regulação do Trabalho; Política Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do SUS; Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS (ProgeSUS) e o Fórum Permanente Mercosul para o Trabalho em Saúde (MACHADO; NETO, 2018; PIERANTONI *et al.*, 2012).

Observa-se, no entanto, que reformas administrativas foram sendo realizadas com introdução de muitas mudanças no mundo do trabalho e conseqüentemente nos formatos de inserção do trabalhador no sistema de saúde. Para Nogueira (2010), as principais questões de recursos humanos que hoje são enfrentadas na gestão do SUS têm uma dupla origem: a) apareceram como consequência das flexibilidades adotadas pelos gestores, num contexto de afrouxamento das normas de ação do Estado e de declarada falência do modelo burocrático de administração e; b) aparecem em consequência das normas da reforma constitucional no que se refere às formas de vinculação ao setor público, ao ingresso e tipos de carreira, ao sistema de previdência, e aos limites de gastos com recursos humanos.

A gestão do trabalho no SUS envolve, portanto, questões relacionadas à vida funcional do trabalhador (ingresso, provimento, movimentação, enquadramento, desenvolvimento na carreira e garantia de direitos trabalhistas), as garantias de condições adequadas de trabalho, participação dos trabalhadores na formulação de políticas (PLANOS DE CARGOS, CARREIRAS E SALÁRIOS - PCCS) e na criação de espaços de negociação. Pensar em gestão do trabalho como eixo da estrutura organizacional dos serviços de saúde, significa pensar estrategicamente, uma vez que a produtividade e a qualidade do serviço oferecido à sociedade serão, em boa parte, reflexos da forma e das condições com que são tratados os que atuam profissionalmente na organização (BRASIL, 2006).

No levantamento bibliográfico do estado da arte sobre Gestão do Trabalho e terceirização, verificou-se uma quantidade expressiva de estudos que apontaram para características na área de gestão do trabalho e da educação na saúde do Brasil. Desafios na gestão do trabalho (BRASIL, 2011; MACHADO; XIMENES NETO, 2018); Processo de Trabalho em Saúde (MENDES-GONÇALVES, 1979, 1992; NOGUEIRA 2003; PEDUZZI; SCHRAIBER, 2009); Vínculo empregatício (CARVALHO; GIRARDI, 2002; GIRARDI *et al.*, 2010; JUNQUEIRA, 2010; KALLEBERG, 2009); Rotatividade de recursos humanos (PIERANTONI *et al.*, 2012); Trabalho e educação na saúde (PINTO *et al.*, 2014); Recursos humanos (PIERANTONI; VARELLA; FRANÇA, 2006); Precarização do Trabalho (ARAÚJO; BARALDI; RODRIGUES, 2006; KALLEBERG, 2009; MATTOSO; POCHMANN, 1998; NOGUEIRA, 2000, 2004; VIANA; MARTINS; FRAZÃO, 2018); Terceirização (ANTUNES; DRUCK, 2013)<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup>A pesquisa bibliográfica objetivou reunir estudos referentes a gestão do trabalho, terceirização e precarização na contratação de vínculos dos trabalhadores da saúde, sendo utilizado como fonte de busca a base de dado virtual: LILACS 26 de junho a 06 de julho de 2020, com utilização dos descritores selecionados a partir dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), disponíveis na Biblioteca Virtual em Saúde, Gestão do Trabalho; Trabalho em Saúde; Precarização; Terceirização. Na base de dados, foi utilizado o operador booleano AND para filtrar e direcionar a busca com base na temática do estudo, sendo utilizada a busca da seguinte forma: Gestão do Trabalho AND Precarização; Trabalho em Saúde AND Terceirização. Foram incluídos

A busca na literatura revelou a importância das questões relacionadas com a organização e gestão do trabalho assim como a formação de pessoal constituindo um dos maiores desafios no âmbito dos sistemas de saúde no mundo contemporâneo. Este processo tem demandado a análise de um amplo conjunto de questões a serem enfrentadas no âmbito dos processos e mecanismos de contratação, distribuição e gestão nos diversos espaços de produção de ações e serviços de saúde no SUS.

Vale ressaltar que esses aspectos que tratam da gestão do trabalho estão circunscritos às inúmeras limitações das instituições de saúde, inclusive a falta de autonomia orçamentária, financeira e administrativa, referida pelos gestores, para incorporar e reter profissionais de saúde frente às limitações de ordem fiscal. Observa-se, no âmbito dos serviços de saúde novas modalidades de gestão, tornando a questão dos recursos humanos ainda mais fragilizada, visto que os mecanismos de contratação são diferenciados e convivência com diferenças salariais entre os trabalhadores com regimes jurídicos diferentes bem como a falta de estabilidade diante das mudanças de organizações gestoras.

Portanto, adequar a força de trabalho às novas exigências do sistema produtivo no tocante à formação, qualificação profissional e emprego tem se apresentado como um grande desafio para o campo da gestão do trabalho em saúde. Ressaltamos a relevância deste estudo para a Secretaria de Estado da Saúde do Estado do Maranhão (SES/MA), visto que não temos estudos a respeito da temática terceirização dentro da secretaria.

De fato, a consolidação do SUS tem exigido dos gestores de saúde, nas diferentes esferas, a identificação e a definição de estratégias para enfrentar desafios estruturantes que estão relacionados com a terceirização da força de trabalho e alta rotatividade dos trabalhadores. Partindo desses pressupostos e da atuação na Escola de Saúde Pública do Maranhão (ESP/MA), surgiu a motivação para a realização de um estudo sobre a problemática da gestão do trabalho e da relação entre a fragilidade dos vínculos e a qualidade do serviço prestado.

Assim, diante do contexto apresentado e da relação com as competências da Escola de Saúde Pública do Maranhão, no sentido de apoiar o fortalecimento das práticas no campo de Recursos Humanos; integrar a política de dimensionamento de Recursos Humanos para a consecução de um SUS democrático, equitativo e eficiente, desenvolver treinamento e qualificação permanente de pessoas na saúde no sentido de enfrentar as mudanças e os desafios

---

estudos apresentados como temática principal a gestão do trabalho, independente dos desenhos de estudo e data de publicação. Como critério de exclusão, preferiu-se as cartas, editoriais, erratas e artigos de opinião. Foram identificados a partir da base Lilacs, estudos, sendo filtrados 62 títulos e na leitura da íntegra dos resumos, foram selecionados 20 estudos. Portanto, foi feita a leitura na íntegra de 21 estudos, sendo 25 artigos e 01 dissertação de mestrado.

gerados no desempenho do trabalho diário nos diferentes locais de trabalho do SUS; apresentar projetos de desenvolvimento de gestão de pessoas, com foco no conjunto de iniciativas voltadas para o fortalecimento do SUS, definiu-se como questão de investigação o seguinte argumento: Quais repercussões das terceirizações médicas na percepção dos gestores e médicos da secretaria estadual de saúde do maranhão?

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Geral**

Analisar as repercussões das terceirizações médicas na gestão do trabalho na Secretaria Estadual de Saúde do Maranhão

### **2.2 Específicos**

- a) Caracterizar os tipos de vínculos existentes na Secretaria de Saúde do Estado do Maranhão para contratação de médicos;
- b) Mapear as empresas contratantes e as especificidades dos contratos;
- c) Identificar as facilidades/vantagens e dificuldades/desvantagens das contratações terceirizadas na percepção dos gestores e dos médicos.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

#### 3.1 Processos de Trabalho em Saúde

Os trabalhos realizados por Maria Cecília Donnangelo, no final da década de 1960, sobre profissão médica, o mercado de trabalho em saúde e a medicina como prática técnica e social se tornaram referência para o campo da saúde não apenas no Brasil, mas na América Latina fundamentando duas importantes temáticas: as políticas e estruturação da assistência; e mercado, profissões e as práticas de saúde. As discussões desta última se desdobraram na constituição dos conceitos de força de trabalho em saúde e processo de trabalho em saúde (PEDUZZI; SCHRAIBER, 2009).

Cabe inicialmente mencionar o que vem a ser trabalho. Segundo Marx (2013), o trabalho em sua essência é a relação do homem com a natureza, e ao transformá-la, acaba por transformar a si mesmo. Ou seja, extrapola a concepção de trabalho que podemos imaginar numa sociedade capitalista (trabalho  $\neq$  emprego), por se tratar, em sua essência, de uma necessidade humana. Logo, o processo de trabalho é o ato de intervir e transformar o objeto sobre o qual o homem atua, por meio de instrumentos de trabalho e com uma finalidade definida. Desta forma, o processo de trabalho é composto pelo próprio trabalho, pelo objeto deste trabalho, e pelos instrumentos ou meios para realizar este trabalho (MARX, 2013).

Ainda segundo a teoria marxista, o objeto de trabalho é compreendido como aquele sob o qual o trabalho é realizado e transformado por meio da ação intencional de quem o executa, no caso, do trabalhador. No campo da saúde, Mendes-Gonçalves (1994), utilizando o referencial marxista, deu uma grande contribuição destacando que o objeto de trabalho na saúde são as necessidades de saúde dos indivíduos e populações, as quais são transformadas com a finalidade de melhoria das condições de adoecimento e manutenção da vida.

Segundo Pires (2000), para entender o trabalho em saúde é imprescindível refletir a respeito do mundo “organizado sob a hegemonia do modo capitalista de produção, em intenso processo de internacionalização da economia, fortemente dependente do mercado financeiro, vivendo um intenso processo de reestruturação do modelo de produção e sob a ofensiva da política do Estado neoliberal”.

O autor Mendes-Gonçalves (1979, 1992), em seus estudos a respeito do processo de trabalho em saúde, definiu que este processo contém elementos para serem estudados - o objeto do trabalho, os instrumentos, a finalidade e os agentes - afirmando que estes não podem ser estudados de forma separada, mas de forma articulada para não perder a sua característica de trabalho.

O objeto de trabalho em saúde não é um objeto natural, destaca-se como tal no instante que alguém assim o delimita, desta forma, passa a existir a partir do “olhar” e da interpretação dos trabalhadores da saúde, que visam transformá-lo com uma intencionalidade previamente estabelecida. Por sua vez, os instrumentos de trabalho são historicamente constituídos pelos sujeitos, e não naturalmente encontrados. São definidos como uma coisa ou um conjunto de coisas que o trabalhador utiliza para guiar sua intervenção sobre o objeto. Na saúde, observa-se a utilização de instrumentos materiais (equipamentos, insumos) e não-materiais (saberes). Desta forma, o agente do trabalho, pode ser interpretado, sendo ele próprio como instrumento do trabalho, e conseqüentemente sujeito da ação (PEDUZZI; SCHRAIBER, 2009).

O trabalho ao longo do tempo, passou por transformações, que além de ter um valor de uso, passa a ter um valor de troca na sociedade com economia capitalista. Existindo o entendimento de que o trabalho na sociedade capitalista está relacionado com a força de trabalho, ou seja, com a capacidade humana de executar o trabalho. Assim Marx (1988, p.187) a define como “[...] o conjunto de faculdades físicas e mentais, existentes no corpo e na personalidade viva de um ser humano, as quais ele põe em ação toda vez que produz valores de uso de qualquer espécie”. Portanto, no modo de produção capitalista, a força de trabalho é uma mercadoria, já que esta força de trabalho é vendida para os possuidores dos meios de produção, em troca de um salário.

De acordo com Antunes (1995), historicamente, o trabalho e as relações de trabalho vêm sendo modificados, diante das transformações nas esferas tecnológicas, organizacionais, estruturais e/ou conjunturais, ampliando as formas de terceirização do trabalho. Nesse sentido, o conceito divisão social do trabalho (Marx) contribui para entender a fragmentação do trabalho como uma das dimensões que resultaria na alienação do trabalhador, pois este perderia a visão global do processo produtivo.

Segundo Nogueira (2003), os estudos a respeito de processo de trabalho em saúde constituem-se de maneira relevante para os estudos teóricos-conceituais sobre recursos humanos em saúde. Na década de 90, iniciam-se questionamentos acerca desta problemática, indagações a respeito das novas formas de contratação flexível ou informal e da regulação pelo Estado, a partir das ações institucionais da gestão do trabalho, além de questões relacionadas com a integralidade do cuidado e a emancipação dos sujeitos, priorizando a relação usuário e profissionais de saúde.

Desta forma, atualmente o conceito de processo de trabalho em saúde é utilizado em estudos de diferentes profissões do campo da saúde – gestão em saúde, trabalho em equipe,

etc., relacionados aos sujeitos das ações, além de que, ainda hoje abordam temas relacionados às mudanças no mundo do trabalho na saúde que se iniciaram por volta dos anos 90: “a crescente incorporação tecnológica, o desemprego estrutural, a flexibilização e precarização do trabalho, entre outros fenômenos que ocorrem no mundo do trabalho em geral e se reproduzem no setor saúde com especificidades.” (PEDUZZI; SCHRAIBER, 2009, p. 326).

Diante disto, Viana, Martins e Frazão (2018) afirmam que a gestão do trabalho adota a participação dos trabalhadores nos processos produtivos e decisórios como ferramenta para a superação da alienação e precarização do trabalho. Logo, a Educação Permanente em Saúde (EPS) se apresenta como um importante instrumento, uma vez que permite desenvolver ações no âmbito da organização do trabalho, interação entre a gestão e os serviços de saúde, controle social e formação técnica.

### **3.2 Gestão do trabalho**

A Política de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde no Brasil, teve sua gênese a partir de 1990, com a constituição do SUS. Entretanto, na década de 90 ocorreram várias estratégias de terceirização da força do trabalho, sendo demarcadas pelo projeto de contra reforma do estado e intensificação das políticas neoliberais. Este período foi caracterizado pelo abandono das propostas do Plano de Carreiras, Cargos e Salários (PCCS), aumento da precarização do trabalho, desmobilização do movimento sindical, pulverização das ações educativas e formativas no âmbito do SUS e proliferação desordenada das escolas na área da saúde (PIERANTONI *et al.*, 2012).

Compreender a Gestão do Trabalho em Saúde no âmbito do SUS requer a elucidação de questões conceituais que traduzam a evolução deste tema e seus aspectos gerenciais, ou seja, possibilitar a compreensão dos rumos eleitos como proposta para a gestão e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde, com vistas à obtenção da qualidade da assistência à saúde da população (KOSTER, 2008).

Destacamos, segundo Machado (2005), a necessidade de compreender a cronologia das Políticas de Recursos Humanos, para entender a problemática do tema. Destacam-se três momentos: o primeiro, descrito pelo crescimento do setor de saúde – no final da década de 1970, o país contava com 13.133 estabelecimentos de saúde; nos anos 80, passam para 18.489 e, em 2002, para 67.612, com a incorporação de mais de dois milhões de empregos. O segundo momento foi o de redução da rede hospitalar, ou seja, com a desospitalização do sistema de 443.888 leitos em 1976, chegamos a 2002 com apenas 471.171 leitos. O terceiro momento, diz

respeito ao crescimento da oferta de empregos de saúde na esfera municipal, com a inversão definitiva da vocação histórica da assistência no país.

No quadro 1 abaixo, destacamos a sistematização da evolução da gestão do trabalho no Brasil, segundo Paim (1994); Machado (2005); Koster (2008); Machado e Koster (2011), Machado e Neto (2018).

Quadro 1: Evolução da gestão do trabalho no Brasil.

<b>PERÍODOS</b>	<b>CARACTERÍSTICAS</b>
<b>1967 - 1974</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Regime político vigente - Ditadura Militar;</li> <li>- Privatização dos serviços de saúde;</li> <li>- Início da precarização das relações de trabalho;</li> <li>- Baixa qualificação dos profissionais de saúde;</li> <li>- Ausência de políticas de valorização do trabalhador da saúde;</li> <li>- Crise na Saúde Pública.</li> </ul>
<b>1975 - 1990</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gênese da Reforma Sanitária da Saúde;</li> <li>- Marco inicial da produção científica de RHS;</li> <li>- Realização da VIII Conferência Nacional de Saúde;</li> <li>- I Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde;</li> <li>- Implantação de programas de qualificação profissional;</li> <li>- Constituição de 1988.</li> </ul>
<b>1990 a 2002</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Instituição do SUS (Leis Orgânicas de Saúde 8.080/90 e 8.142/90);</li> <li>-Reforma administrativa do Estado (Terceirização, Privatização e ampliação da Economia, flexibilização);</li> <li>-Expansão dos postos de trabalho em Saúde (Implantação dos programas estratégicos da Atenção Básica á Saúde);</li> <li>-Financiamento da ABS (NOB 1996);</li> <li>-Instituição da Mesa Nacional de Negociação;</li> <li>-XIª Conferência Nacional de Saúde;</li> <li>-Rede de Observatórios de Recursos Humanos em Saúde (ObservaRH).</li> </ul>
<b>2003 – 2015</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-XII Conferência Nacional de Saúde;</li> <li>-Norma Operacional Básica de Recursos Humanos em Saúde (NOB-RH);</li> <li>-Política Nacional de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde;</li> <li>-Criação da SGTES;</li> <li>-Política de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde;</li> <li>-Reinstalação da Mesa de Negociação Permanente do SUS (MNNP-SUS);</li> <li>-III Conferencia Nacional de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde – adoção do termo Gestão do Trabalho ;</li> <li>-Pacto da Saúde;</li> <li>-Instituição do Plano de Carreira, Cargos e Salários no SUS (PCCS);</li> <li>-Programa DesprecarizaSUS;</li> <li>-Política Nacional de Educação Permanente em Saúde;</li> <li>-Política Nacional de Humanização;</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Política Nacional da Saúde do Trabalhador;</li> <li>- Instituição de diversos projetos estratégicos de formação e qualificação na saúde.</li> </ul>
<b>2016 aos dias atuais</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Novo Regime Fiscal (Emenda Constitucional de nº 95, de 15 de dezembro de 2016);</li> <li>- Reforma trabalhista (Lei nº 13.467 de 13 de julho de 2017 );</li> <li>- Reforma de Previdência (Emenda Constitucional de nº 103, de 12 de novembro de 2019);</li> <li>- Referente ao trabalho temporário (Lei nº 13.429, de 31 de março de 2017).</li> <li>-Perda dos direitos trabalhistas, como a estabilidade do concurso público, planos de cargos e carreiras, redução de salários, aposentadoria, desregulação da política de formação profissional, privatização, terceirizações etc.</li> </ul>

Fonte: Elaborado pela autora segundo Paim (1994); Machado 2005); Koster (2008); Machado e Koster (2011), Machado e Neto (2018).

Assim, de acordo com Pierantoni (2002), destacam-se 3 momentos distintos para as políticas de Recursos Humanos no país. Para melhor conhecer esta problemática é necessário entender a cronologia das políticas, descritas a seguir: o primeiro, “a definição constitucional do SUS (1980)”, o segundo, “a definição macropolítica da reforma do Estado (1990)” e o terceiro, “fixação de políticas de setor relacionadas com a criação de modelos assistentes, acentuadamente nos últimos cinco anos.”

Esses períodos, de acordo com Pierantoni (2002), possibilitaram dois tempos no sistema de saúde, na medida que foi realizada a introdução de inovações, como debates e produções intelectuais de qualidade, ao mesmo tempo, observou-se baixo alcance das institucionalidades no que foi proposto entre a formulação e execução das metas propostas e mudanças do modelo assistencial e da área de recursos humanos em saúde.

Pode-se afirmar então, que partindo desses momentos, que se acentuou a flexibilização dos vínculos de trabalho da mão de obra do SUS, com consequências imediatas ao trabalhador e as instituições gestoras do SUS, a exemplo a precarização do trabalho, a ruptura dos processos de trabalho, a rotatividade de profissionais, dentre outros. Portanto, é de responsabilidade da Gestão do Trabalho no SUS definir princípios que diminuam os impactos da flexibilização do trabalho, permitindo qualidade de vida ao trabalhador e assistência de qualidade para a população (KOSTER, 2008).

Os debates acerca do tema Gestão do Trabalho em Saúde, envolvem questões que vêm demonstrando discussões no cotidiano a respeito da temática, a exemplo da flexibilização dos vínculos de trabalho. Estas problemáticas têm acarretado efeitos relevantes para os trabalhadores de saúde, até mesmo comprometendo a qualidade da assistência prestada à população brasileira.

A evolução conceitual do termo Gestão do Trabalho parte da Administração de Recursos Humanos com origem na Ciência da Administração, como significado de capacidade de gerenciar pessoas. Absorve, então, o conceito de força de trabalho da Economia Política, ou seja, com o uso descritivo e analítico do mercado de trabalho. E somente depois passa a ter um (re)significado ao somar a Sociologia do Trabalho, incluindo este, o trabalhador como ser social e a sociedade, originando assim o termo empregado atualmente (PIERANTONI; VARELLA; FRANÇA, 2004).

No tocante à Gestão do Trabalho, é que vem ocorrendo, não exclusivo ao trabalho assistencial em saúde, a terceirização nas diversas partes das organizações, especialmente as envolvidas com os serviços de limpeza, manutenção de equipamentos, e outros. Mas esta forma, apesar de não serem livres de problemas, não é tão grave quanto as terceirizações que vêm ocorrendo nas áreas estratégicas ou operacionais das organizações de saúde. E devemos pensar que aumentar a flexibilização das funções estratégicas poderia fragilizar as diretrizes e missão institucional, desalinhar os objetivos das ações de saúde do contexto do SUS, prejudicando, ao fim, a qualidade da prestação da assistência à saúde. A prestação do cuidado à saúde oferecida pelos profissionais de saúde é de caráter essencial, contínuo, integral e multidisciplinar, e requer estabilidade na qualidade e quantidade da prestação do serviço (KOSTER, 2008).

A percepção do mundo de trabalho em saúde, refere-se à condição da forma de como este trabalhador está inserido no mercado de trabalho, bem como empregos formais e informais, a disposição de multiempregos, as condições de trabalho e o processo de adoecimento a que estão submetidos e a forma como se dá o processo de formação e a educação permanente e suas repercussões no processo de trabalho individual e coletivo. Diante do complexo mundo do trabalho, destacamos alguns conceitos importantes, de acordo com Machado (2018):

- a) Profissionais da saúde: caracterizados por aqueles trabalhadores que se encontram ou não lotados no setor, dispõem de formação ou qualificação profissional direcionados para o desempenho de funções ligadas à assistência ou às atividades de saúde;
- b) Trabalhadores da saúde: são os trabalhadores que estão inseridos de forma direta ou indiretamente na prestação da assistência à saúde no setor saúde, podendo ter ou não formação específica para o desenvolvimento de suas funções;

- c) Trabalhadores do SUS: são os trabalhadores que englobam tanto os profissionais da saúde quanto trabalhadores da saúde, inseridos no contexto do SUS.

Ainda no que se refere a conceitos a respeito da dinâmica do trabalho, o estudo de Pinto *et al.* (2014), traz concepções de novas orientações para a administração pública, possibilitando as inovações gerenciais das organizações públicas, introduzindo os conceitos de flexibilização, precarização e terceirização:

- a) Flexibilização: habilidade que o trabalhador tem de adaptar-se aos novos modelos ou vínculos de trabalho proposto pelos gestores para contratação;
- b) Precarização: carência no tocante aos direitos trabalhista e sociais na administração pública. Os autores destacam três pontos importantes neste item: insuficiência ou ausência de direitos sociais; instabilidade do vínculo de trabalho quanto aos interesses do contratado; vulnerabilidade nas condições de trabalho
- c) Terceirização: pode ser definida como transferência de obrigação de atividades-fim ou atividades-meio, no que diz respeito ao suporte nos processos gerenciais e de prestadores de serviço.
- d) Força de trabalho em saúde: está relacionada aos conceitos marxistas. Está relacionada a população economicamente ativa, empregada, com formação e qualificação específica ou não da saúde, mas que estão inseridos no setor saúde, e portanto, são objetos da gestão do trabalho.
- e) Recursos Humanos em Saúde: é um termo derivado da administração. Associa-se às funções de produzir, administrar, planejar, capacitar, selecionar. Vale ressaltar que este termo foi criticado na saúde, já que as pessoas são sujeitos e se diferenciam das reproduções materiais e financeiras.

A década de 70 e o início da década de 80 foram marcadas por intensa mudança econômica, repercutindo nas políticas públicas. O modelo de organização do sistema de saúde do país foi estruturado segundo a lógica flexneriana, “com priorização da medicina centrada no hospital e na compra de serviços ao setor privado por parte do setor público, longe de atender às necessidades da população brasileira”, salientando o caráter excludente de nossa cidadania, separando o acesso aos recursos e serviços de saúde a maior parte da população, especialmente as classes de mais baixa renda e de regiões afastadas dos grandes centros urbanos (MOYSES, 2010).

Medici (1986) e Machado (1986) abordam algumas características e tendências que estão relacionados ao modelo de organização no setor saúde do Brasil. Vale ressaltar algumas dessas características:

- a) Potente crescimento da quantidade de trabalhadores da saúde, bem como da quantidade de empregos ligados ao setor;
- b) Destaque para a inserção de trabalhadores de níveis médio e primário, com destaque para os atendentes (trabalhador sem qualificação);
- c) Expansão do ensino superior pelas redes de ensino privadas;
- d) Distante da realidade social de saúde do país, a maioria do corpo médico graduado neste período teve como referência a medicina especializada;
- e) A assistência à saúde se configurou basicamente com o profissional médico e o atendente, com atendimento privado, porém custeado pelo setor público;
- f) Pluralidade de empregos, principalmente para a categoria médica, com arranjos de trabalho na rede pública e privada, com o emprego da medicina liberal;
- g) Grande oferta de médicos nos grandes centros urbanos, com carência de médicos nos municípios de médio e baixo porte, principalmente aqueles mais distantes e de difícil acesso;
- h) Aumento da participação da força de trabalho feminina no setor saúde;
- i) Crescimento do trabalho assalariado, devido à prática de multiempregos com destaque para o profissional médico;
- j) Ampliação de empregos no setor privado, resultante da política assistencial executada na época;
- k) Para os profissionais de nível superior, ocorreu aumento da jornada de trabalho, devido aos diversos vínculos e da baixa remuneração.

A questão dos recursos humanos, na atual conjuntura, continua enfrentando desafios auferidos da conjuntura anterior, além de demandar por um novo perfil de gestores e profissionais de saúde para a construção coletiva das estruturas do sistema de saúde no que tange às necessidades de saúde da população, da formação de novos trabalhadores e da qualificação dos existentes no mercado de trabalho em saúde, buscando contrapor permanentemente os desafios e contradições referentes ao processo de construção coletiva (MOYSES, 2010).

Na medida em que os serviços de saúde ampliam-se, a necessidade de contratações de trabalhadores se elevam, porém as questões de organização legal que acompanharam os

processos recentes de reforma administrativa do Estado - a exemplos da Emenda Constitucional (EC) N.º 19 no que diz respeito a vertente de reconhecimento do regime celetista no setor público, e de controle fiscal, pela Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), que impõe o controle de gasto com pessoal.

Diante do cenário de precarização e flexibilização no SUS, a contratação de recursos humanos vem se tornando uma problemática desafiadora para os gestores dos serviços de saúde. Cabe destacar, que outros aspectos importantes dizem respeito à contratação de pessoal no setor saúde, como os esquemas de terceirização por empresas privadas e cooperativas e de parcerias com entidades não-governamentais.

A complexidade dos processos de contratação abrange todos os quadros de pessoal, não só os internos (pessoal próprio) como os externos (pessoal de terceiros), que se juntam no esforço interinstitucional de funcionamento do SUS. As variáveis referentes a modalidades de vínculo, remuneração, encargos sociais, carreiras etc. se tornam bem mais complexas quando se consideram em tal amplitude as questões da gestão de pessoal nos serviços de saúde.

### **3.3 Precarização do trabalho**

Segundo Antunes (1995), ao longo da história, o trabalho e as relações de trabalho vêm sofrendo transformações, diante das mudanças nas esferas organizacionais, estruturais e/ou conjunturais, tecnológicas nas quais se verifica um enfraquecimento do trabalho industrial, fabril nos países de capitalismo avançado, porém ao mesmo tempo se concretiza a terceirização do trabalho com base na absorção do assalariamento no setor de serviço e alienação do sujeito.

O aumento do trabalho precário tem surgido como uma preocupação contemporânea central no mundo inteiro desde os anos de 1970. O autor Kalleberg (2009), conceitua “trabalho precário” como trabalho incerto, imprevisível, e no qual as ameaças no vínculo de empregos são assumidas especialmente pelo trabalhador, e não pelos seus empregadores ou pelo governo.

Ainda de acordo com Kalleberg (2009), a Organização Internacional do Trabalho (OIT) diz que o trabalho precário está associado aos seguintes fatores: com a insegurança do mercado de trabalho em razão à escassez de oportunidades de emprego, ausência de proteção apropriada no caso de demissão, falta definição para as atividades a serem desenvolvidas, ausência de qualificação de trabalho, péssimas condições das instalações de trabalho, baixa remuneração e de probabilidade de melhorias salariais, e por fim, a falta de representação e proteção dos sindicatos.

O trabalho precário existe desde o início do trabalho assalariado, a exemplo de

precarização do trabalho, incluem atividades no setor informal e empregos temporários no setor formal. Contudo, autoridades sociais, políticas e econômicas que têm operado durante várias décadas tornaram o trabalho mais precário no mundo inteiro.

Embora o SUS tenha apresentado avanços no que diz respeito à precarização do trabalho, esta questão ainda se constitui como um problema relevante para a maior parte dos municípios brasileiros, sobretudo em relação aos médicos. De acordo com Kalleberg (2009) o avanço da precarização do trabalho no mundo está relacionado ao crescimento da globalização e do neoliberalismo, às mudanças tecnológicas e ao desinteresse pela ação sindical. O autor Girardi *et al.* (2010), diz que a transformação do mundo do trabalho na sociedade capitalista decorre de um processo de aumento da heterogeneização, fragmentação e complexificação da classe trabalhadora. Desta forma, é intensificado o trabalho precário elevando as diferenças sociais e econômicas da sociedade capitalista.

No Brasil, o aumento do trabalho precário resultou em grande parte das reformas liberais que acompanharam a privatização e a desregulação do trabalho, bem como da crise econômica ocorrida nos anos de 1990, em que se assistiu pouco dinamismo do mercado de trabalho, acentuado desemprego e ampliação dos níveis de informalidade (MATTOSO; POCHMANN, 1998).

Assim, o trabalho precário tem repercutido nas transformações do mundo do trabalho, outras questões como a flexibilização dos vínculos e terceirização dos serviços de saúde também são problemáticas que vem repercutindo na sociedade moderna diante das novas possibilidades da gestão do trabalho. Desta forma, Pinto *et al.* (2014, p.613), afirma que a flexibilização é “a capacidade de adaptação às novas formas e condições de trabalho”, e a precarização é “a transferência de responsabilidade sobre as “atividades afins” (ex: serviços de saúde) ou sobre as “atividades-meio” (quer de apoio ao processo de prestação de serviço - limpeza, transporte, segurança etc., quer gerenciais).

O homem moderno foi designado para o dever de trabalhar, tanto pela família quanto pela escola, no qual aprenderia que desenvolveria uma profissão. Passa então a trabalhar para seu sustento, e contribui com a previdência social para poder usufruir quando necessário deste benefício, fruto do de uma vida árdua de trabalho. Isso é o que podemos chamar de sociedade do trabalho, contudo esta maneira de trabalho está desaparecendo. As transformações provenientes da estrutura produtiva e a crise econômica desorganizaram o mundo do trabalho (ARAÚJO *et al.*, 2006).

Desta forma, criou-se um cenário de instabilidade social para o trabalhador, no qual passam a percorrer entre o desemprego e as formas excepcionais de trabalho – “contratos por

tempo parcial, com restrições diversas, por projeto (que tem começo, meio e fim) ou mesmo nenhum contrato; quase sempre sem acesso às garantias e às políticas sociais, obedecendo apenas à lógica predatória e espoliativa do mercado”. As transformações mais evidentes dessas transformações no mundo do trabalho se apresentam no contexto de múltiplos empregos, diminuição do número de trabalhadores bem remunerados, aumento do desemprego, afrouxamento das leis que protegem o trabalhador (ARAÚJO *et al.*, 2006).

No início dos anos 90, ocorreu a gênese do processo de flexibilização no Brasil, a partir da Reforma Administrativa do Estado, que priorizava a extinção da burocracia e adotou um modelo gerencial de justificado na relação custo-benefício, priorizando conceitos como - de eficiência, competitividade, qualidade e produtividade. Desta forma, para a flexibilização de contratação da força de trabalho, o governo utilizou diversas maneiras: “contratação interna (entre entidades de governo), contratação externa (com entidades privadas), estímulo à aposentadoria, privatização, desregulamentação e flexibilização do mercado e demissão de trabalhadores” (ARAÚJO *et al.*, 2006).

No âmbito do SUS, ocorreu o aumento de contratações de mão de obra com tendência à terceirização, que passou a ocorrer, principalmente, por meio de fundações, cooperativas, OS e Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP). O Governo Federal publicou em 1998 e 1999 a Lei n.º 9.637 e a Lei n.º 9.790/99, que regulamentam as OS e as OSCIP, respectivamente. O autor Araújo *et al.* (2006, p. 159), define:

As OS e as Oscips são entidades privadas – pessoas jurídicas de direito privado – sem fins lucrativos que são declaradas de interesse social e utilidade pública. Sua relação com o Poder Público é operada mediante Contrato de Gestão (no caso de OS) e Termo de Parceria (no caso de Oscip), por meio do qual podem receber recursos de entidades públicas, bem como a cessão de recursos materiais e humanos. Em contrapartida, comprometem-se ao desempenho de certas tarefas, que serão acompanhadas e avaliadas pelo Poder Público.

Observa-se a expansão e fortalecimento das OS e afins; e, mais recentemente, a reforma trabalhista e o fenômeno da “uberização” do trabalho. Como consequências percebe-se o aumento do desemprego, da informalidade associados a precarização dos vínculos trabalhistas, fragmentação do indivíduo e de suas necessidades de saúde (VIANA; MARTINS; FRAZÃO, 2018).

Um aspecto relevante apontado por Druck *et al.* (2018, p. 117) é que:

a terceirização é um fenômeno velho e novo ao mesmo tempo, e a novidade está no lugar central que ocupa no capitalismo flexível e no seu crescimento e generalização, constituindo uma verdadeira epidemia sem controle, mesmo que, no caso brasileiro, exista, no plano da regulação, o Enunciado 331,6 que proíbe a terceirização na atividade-fim das empresas ou instituições públicas. Entretanto, com a aprovação

da Lei nº 13.429, em março de 2017, ficou estabelecida a terceirização sem limites, isto é, a liberalização para todas as atividades e segmentos, derrubando por terra o argumento do empresariado e de defensores da terceirização de que ela é necessária, por conta da imprescindível especialização ou da focalização das atividades da empresa.

Além da Lei nº 13.429 de 31 de março de 2017 cabe ressaltar a Lei nº 13.467 de 13 de julho de 2017 referente a reforma trabalhista (BRASIL, 2017a, BRASIL, 2017b) que ratificam a precarização do trabalho no Brasil, desconsiderando os anos de luta da classe trabalhadora de nosso país.

Ainda no ano de 2017, O Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (DIEESE), emitiu uma nota técnica a respeito dos impactos da Lei nº 13.429 de 31 de março de 2017 para os trabalhadores:

A regulamentação da terceirização contida na Lei 13.429/2017 é excessivamente genérica e omissa em vários aspectos das relações de trabalho nas empresas de prestação de serviços e entre essas e as contratantes. Essas omissões poderão ocasionar aumento da insegurança laboral e jurídica para trabalhadores e empresas, motivando consequente aumento de ações trabalhistas na justiça. Além disso, o texto legal é muito frágil quanto à garantia dos direitos e à proteção dos trabalhadores terceirizados, aumentando riscos de crescimento de precarização das condições de trabalho e rotatividade (DIEESE, 2017).

Por fim, vale mencionar que a LRF limita a contratação de força de trabalho para o SUS, uma vez que a demanda de pessoal para o setor saúde é crescente, e com isso é cada vez mais crescente a multiplicação de contratações reguladas pelas OS e OSCIPs (SANTOS *et al.*, 2019). A LRF trouxe para o setor saúde restrições orçamentárias, limitando os gastos com trabalhadores a 60% da receita líquida das despesas dos estados e municípios e 50% da receita líquida das despesas no âmbito federal (NOGUEIRA, 2000). A LRF se configura como um problema de relevância para a regularização dos recursos humanos das secretarias estaduais e municipais de saúde. Destacamos que a diversidade de vínculos no SUS estabelece padronização de proteção ao trabalhador (BRASIL, 2011).

### **3.4 Singularidade do médico no setor saúde**

Na história das profissões, a medicina se destaca com a construção do conhecimento científico, requerendo para si a exclusividade terapêutica. Entretanto, esta categoria dominante no campo da saúde tem experimentado perdas significativas de sua hegemonia, a exemplo o aumento do assalariamento, da perda do poder monopolista e de autonomia profissional, a integração de outras categorias profissionais, a reorganização dos processos de trabalho e o

fenômeno da sindicalização para lhes conferir proteção dos direitos trabalhistas. Com a introdução de outras categorias profissionais na área da saúde (enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos, fonoaudiólogos, biomédicos), o poder e o saber médico têm sido compartilhados e questionados (MACHADO, 1997).

Na atualidade diversos estudos sociológicos vêm sendo realizados com o propósito de evidenciar significativamente as transformações que o campo da medicina tem vivenciado na essência desta categoria profissional. No estudo de Machado (1997), afirma que a deterioração da autonomia da hegemonia médica está cada vez mais acentuada, sinalizada através “da visível interferência das políticas públicas de saúde na dinâmica do mercado, da presença acentuada e crescente das megacorporações de saúde no setor, assim como dos avanços tecnológicos que ampliam infinitamente as possibilidades das ciências médicas, vêm afetando a prática profissional dessa categoria”.

Diante de todas as categorias profissionais fundamentais para atender as necessidades de saúde da população, o médico é essencial para um bom desempenho do sistema. O médico era uma categoria profissional considerada autônoma, exercia sua profissão quase que exclusivamente dentro dos consultórios particulares, porém em razão dos avanços tecnológicos e da inserção de novas concepções a respeito de promoção e atendimento, a exemplo da implantação do SUS, este profissional transfere sua atuação para os hospitais e clínicas. Desta forma, o profissional médico tornou-se um trabalhador assalariado, tanto em instituições privadas e públicas, além de continuar com os atendimentos em consultórios particulares (SALES, 2010).

Frente ao contexto de complexidade econômica, a categoria médica, principalmente dos de países mais pobres, se viram diante da necessidade de se reinventar, criando “estratégias de trabalho que atendam suas necessidades econômicas, desenvolvimento de carreira e expectativas individuais relacionadas à profissão que escolheram”. Para alcançar tais expectativas, destacamos a multiplicidade de vínculos de trabalho, tanto no setor público quanto no privado, muitas vezes, em diferentes cidades (SALES, 2010).

Os médicos dispõem de diversos tipos de vínculos de trabalho, inclusive a prática liberal. Assim, eles trabalham em vários municípios ou estabelecimentos de saúde, facilitando a precarização de seus vínculos de trabalho e do atendimento à população. Na saúde, o profissional médico é muito valorizado, ele ainda pode optar onde, quanto e como quer trabalhar, podendo escolher sua remuneração, não submetendo-se a baixos salários, valorizando sua mão de obra no mercado (SALES, 2010).

Destacamos que essa tal liberdade de escolha para trabalhar diante do contexto econômico e de avanços tecnológicos na saúde, os médicos estão cada vez mais sujeitos às condições precárias das demais classes de trabalhadores - jornadas intensas e prolongadas de trabalho, precarização dos vínculos de trabalho, mercado de trabalho e regulação (MACHADO, 1997; SALES, 2010).

Na pesquisa de Machado (1997) sobre o perfil dos médicos no Nordeste do Brasil, os dados apontam que a maioria dos médicos formados atuam nas capitais. O estudo destaca também que 69,7% dos médicos estão no setor público, 59,3% no privado e 74,7% em consultórios, reafirmando que estes profissionais costumam manter mais de um tipo de vínculo no mercado de trabalho. Nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, prevalece a hegemonia do ensino público na formação de médicos, enquanto nas regiões Sul e Sudeste predominam as escolas privadas de formação desta categoria. Contudo, no ano de 2004, as instituições públicas de ensino superior se mantêm com o total de egressos de estudantes de medicina de 54,4% (PIERANTONI; VARELLA; FRANÇA, 2006).

Mais recentemente, o estudo de Scheffer *et al.* (2020), afirma que o ensino superior da profissão médica no Brasil encontra-se majoritariamente nas escolas de medicina privadas, ou seja, a maioria das escolas e de vagas com alunos de matrículas efetivas estão nas escolas privadas. O Nordeste demonstra estabilidade entre as ofertas públicas e privadas. As vagas ofertadas pelas instituições de ensino superior na região Sul correspondem a 27,7%, no Centro-Oeste 29%, no Nordeste 35,2% e no Norte 36,8%. Na região Sudeste são ofertadas 17,8% das vagas em escolas públicas, lembrando que nesta região se concentra metade das vagas públicas ofertadas nos cursos de medicina do país.

Nesse cenário, visualizamos também a expansão da privatização na formação dos profissionais médicos em todo o território brasileiro.

## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 Desenhos do estudo**

Trata-se de um estudo qualitativo e exploratório (MINAYO, 2013), do tipo estudo de caso (YIN, 2010) sobre a contratação dos médicos terceirizados, levando em consideração as diretrizes da gestão do trabalho e educação em saúde. Enquadra-se na categoria destes tipos de estudos todos aqueles que buscam encontrar ideias e impressões, na tentativa de adquirir maior intimidade com o fenômeno pesquisado. A análise dos dados é qualitativa. Este tipo de estudo possibilita aumentar o conhecimento do pesquisador sobre os fatos, permitindo a formulação mais precisa de problemas (OLIVEIRA, 2011).

A produção dos dados envolveu pesquisa bibliográfica, análise documental e entrevistas semiestruturadas com informantes chave em amostragem intencional, com base em roteiro previamente estabelecido. As informações documentais desempenham um papel importante na coleta de dados, pois podem corroborar e valorizar as evidências advindas de outras fontes, fornecer detalhes específicos além de possibilitar a realização de inferências a partir de documentos (YIN, 2005).

### **4.2 Sujeitos do estudo**

A população de estudo foi constituída pelos atores envolvidos no processo de contratação dos médicos e dois médicos terceirizados. Logo se constitui como população desse estudo, os gestores do Departamento de Superintendência de Contratos e Serviços da Secretaria Adjunta de Atenção à Saúde da Secretaria Estadual de Saúde do Maranhão (SAAS/SES) (G1), responsável pela contratação dos institutos para contratação de pessoal da Rede de Atenção, do Instituto ACQUA (G2) e o gestor do Hospital Estadual de Alta Complexidade Dr. Carlos Macieira (HCM) (G3), além de dois médicos do mesmo hospital com vínculo de contratos via terceirização (M1 e M2).

Dentre as OS que atuam na SES/MA, foi escolhido o Instituto ACQUA, como recomendação da SAAS/SESMA, por está gerenciando uma unidade hospitalar de alta complexidade e as maternidades do estado. A escolha do Hospital Estadual de Alta Complexidade Dr. Carlos Macieira (HCM) também foi indicação da mesma secretaria. Os médicos foram escolhidos de forma aleatória no momento da visita da entrevistadora. Ou seja, foram entrevistados os que estavam disponíveis. Os entrevistados atuavam no centro cirúrgico.

### **4.3 Procedimentos, métodos e técnicas para a produção de dados e seu processamento**

Para a produção dos dados, as fontes documentais foram os contratos, relatórios, portarias e documentos institucionais pertinentes, referente ao ano de 2020. O contrato analisado foi o do Instituto AQUA para contratação de profissionais médicos para o HCM. Como fonte primária um conjunto de entrevistas semiestruturadas (APÊNDICE A) foram realizadas com os principais gestores do (s) setor (es) envolvidos na pesquisa médicos terceirizados.

Para a pesquisa documental foram analisados seis documentos: Painel de Unidade da Rede Estadual de Saúde com perfis e técnicos da SAAS/SESMA (D1); Plano de Trabalho do HCM (D2); Contrato Emergencial do Instituto ACQUA e a SES/MA para execução e operacionalização dos serviços de gestão do HCM (D3); Escalas médicas das empresas terceirizadas do HCM (D4); Regulamento de Contratação de Recursos Humanos ACQUA/HCM (D5); Portaria nº 1081 de 13 de dezembro de 2016 (D6) que regulamenta o acompanhamento, avaliação, fiscalização e as condições de transferências de recursos nos Contratos de Gestão e Termos de Parceria celebrados entre a Secretaria de Estado da Saúde e as OS ou OSCIP relativos à gestão das Unidades Estaduais de Saúde e dá outras providências.

Todos os documentos foram catalogados em uma planilha eletrônica do programa excel 2013 da empresa Microsoft, contendo as seguintes categorias: a) código de identificação atribuído ao documento; b) referência completa; c) especificação da origem do documento (setor da SES); d) tipo de documento; e) resumo das principais questões abordadas; f) apreciação preliminar.

As entrevistas foram gravadas em áudio no celular Android Samsung A71 no período de maio a junho de 2021 e depois transcritas pela própria pesquisadora.

### **4.4 Plano de análise dos dados**

Os dados e informações coletados por meio da análise documental e das entrevistas semiestruturadas realizadas foram sistematizados em uma matriz contendo dimensões analíticas pré-definidas. Foi realizada análise de conteúdo categorial, que para Minayo (1994) é uma técnica de pesquisa para descrição objetiva e sistemática do conteúdo manifesto das comunicações e tendo por fim interpretá-los.

Na análise documental, foi realizada a leitura dos documentos na íntegra, extração dos aspectos relacionados ao contrato e metas qualitativas e quantitativas apresentadas. Para tanto, foi adotada matriz de tratamento de dados documentais, contendo as seguintes informações: tipos de vínculos existentes na SES/MA para a categoria médica e relação das

empresas contratadas para gerenciar os serviços. Para a análise dos contratos de gestão foi elaborada uma matriz contendo as informações extraídas do instrumento sobre os aspectos relacionados aos profissionais de saúde.

As entrevistas foram gravadas após assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido e termo de consentimento pós-esclarecido (ANEXO A e B), transcritas na íntegra e lidas em profundidade para identificação de núcleos de sentido. Em seguida, estes núcleos de sentidos permitiram categorização pré-estabelecida conforme elementos do referencial teórico e, então, permitiram análise de conteúdo (GIL, 2009; MINAYO, 2013).

As entrevistas com os gestores e médicos foram analisadas utilizando as categorias analíticas que seguem: a) Facilidades e vantagens das terceirizações; b) Dificuldades e desvantagens das terceirizações.

#### **4.5 Aspectos éticos**

Após qualificação, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Saúde, respeitando Resolução nº 466/2012 quanto aos aspectos bioéticos como: autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, assegurando direitos e deveres dos participantes (BRASIL, 2012). Foi aprovado pelo Comitê de Ética em 30 de outubro de 2020, com número do Parecer: 4.371.761 (ANEXO C).

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Nesta seção, serão apresentados os resultados e discussões dos achados desta pesquisa a respeito das repercussões das terceirizações médicas na percepção dos gestores e médicos da Secretaria Estadual de Saúde do Maranhão.

### 5.1 Caracterização dos tipos de vínculos na SES/MA

Atualmente, na Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Maranhão (SES/MA), observa-se um crescimento das formas de contratação dos profissionais de saúde, especialmente dos médicos, com diferentes tipos de vínculos empregatícios, quais sejam: estatutário ou efetivo, cargo comissionado, terceirizados e bolsistas. Conta com a Empresa Maranhense de Serviços Hospitalares (EMSERH), que detém o seguinte quadro de pessoal: emprego efetivo, emprego público efetivo, emprego em comissão e função gratificada, cedido, empregado cedido, contratado para o exercício de emprego em comissão, contratado para o exercício de emprego público por prazo determinado, estágio, estágio remunerado, jovem aprendiz (MARANHÃO, 2018).

O quadro 1 explicita o número de médicos estatutários existentes na SES/MA, obtido através dos dados coletados junto ao setor de Recursos Humanos (RH) que realizou levantamento em maio de 2020 para mapear os médicos que pertencem ao quadro da secretaria estadual de saúde do maranhão.

Quadro 2 - Relatório de quantidade de médicos da SES/MA.

Situação dos Médicos	Quantidade
Ativos	191
Disposição em outros órgãos	18
Afastamento político e disponibilidade	05
Fora da folha de pagamento para o mês de junho 2021	03
Afastado por processo administrativo disciplinar	11
Afastado por processo de aposentadoria	65
<b>Total</b>	<b>293</b>

Fonte: Maranhão (2021)

Observa-se que o número de médicos ativos não corresponde às necessidades do sistema de saúde do Maranhão, o que contribui para o avanço das terceirizações. O número de médicos existentes hoje nas unidades vinculadas a SES é de 1211 profissionais, o que significa que apenas 15% desse total tem contrato direto com a Secretaria. Nesse sentido, observa-se que a maioria dos postos de trabalho para os médicos estão incluídos em formas diversificadas de contratação.

Os achados corroboram com o estudo realizado por Eberhardt, Carvalho e Murofuse (2015), na região-oeste do Paraná, onde foram identificadas nove maneiras diferentes de vínculos de trabalho: bolsa, cargo comissionado, autônomo, consultoria, contrato por prazo determinado, contrato verbal e informal, cooperativa, estágio e residência, sendo a vinculação autônoma responsável por (75,99%) das contratações, seguido dos contratos por prazo determinado representado (18,83%) das contratações.

Ainda na pesquisa realizada por Eberhardt, Carvalho, Murofuse (2015), o percentual de vínculos precários na categoria médica foi de (78,88%), em sua grande maioria contratados como autônomos, representando 86% de todos os vínculos de trabalho representados nesta categoria profissional. O estudo de Carvalho e Girardi (2002) também apresentaram resultados parecidos com referente a precarização dos médicos, atingindo aproximadamente 72% desses profissionais.

Os resultados das pesquisas revelam que esse problema torna-se cada dia maior e permanece como relevante e persistente no que se refere a gestão do trabalho nos serviços públicos de saúde. Por fim, Pinto e Teixeira (2011), afirmam que a gestão do trabalho no setor saúde se traduz como “um nó crítico para a consolidação do SUS e para a garantia do direito à saúde”.

## **5.2 Mapeamentos das empresas contratantes**

Na SES/MA, atualmente, para além da EMSERH, compete também aos Institutos AQCUA e Instituto Vida e Saúde (INVISA) a responsabilidade de contratação de recursos humanos para as unidades de assistência à saúde do Estado pela secretaria de saúde, além da gerência das unidades de saúde. Segundo Maranhão (2021, p. 220), “atualmente a gestão estadual possui um quantitativo de 1.211 médicos”.

Para esta pesquisa, foi eleito o Instituto Acqua que é uma OS sem fins lucrativos de abrangência nacional, desempenhando atividades na saúde pública e privada. Executa atividades de gerenciamento nos diversos níveis de complexidade no âmbito do SUS, em consonância com os princípios da Política Nacional de Humanização (PNH), perpassando

desde as Unidade de Pronto Atendimento (UPAs), Unidade Básica de Saúde (UBS), ambulatórios de especialidades médicas e ambulatórios de unidades prisionais, além de serviços de consultoria, planejamento estratégico e diagnósticos hospitalares (INSTITUTO ACQUA, 2021).

É de responsabilidade do Instituto Acqua, também, o gerenciamento dos recursos humanos das unidades de saúde que gerencia, ou seja, a OS realiza desde a seleção até a contratação de profissionais da saúde, como médicos, enfermeiros, assistência farmacêutica, laboratorial, radiologia, nutricional e segurança, com liberdade para aumentar e diminuir o quadro de acordo com a demanda, bem como de todos os serviços, de forma a otimizar os recursos conforme as condições disponíveis (INSTITUTO ACQUA, 2021).

Segundo a gestora do instituto Acqua no estado do Maranhão e segundo o diretor clínico do HCM, os médicos são contratados por pessoa jurídica.

G2: “eu contrato o serviço e não o médico diretamente. E nesse serviço é estipulado quantos médicos precisam ter, qual a meta a ser cumprida, então eu não trato direto com o médico, eu trato direto com a empresa”.

G2: “Não temos dificuldades porque todos os médicos têm um contrato, eles têm que seguir, e caso eles não sigam, assim como nós, junto ao estado, eles não recebem. Então se tem alguma coisa, Ah não fiz tantos números de consulta, é glosado, aí no próximo mês se não é glosado, no próximo mês eles fazem como se fosse um mutirão, aumenta o número de disponibilidade de consultas, não temos problema”.

G3: “a gestão do trabalho ela é basicamente uma gestão entre uma unidade e um serviço contratualizado com uma pessoa jurídica, então a contratualização desses profissionais é feita a partir de uma empresa jurídica, e essa empresa jurídica é que vai fazer o acompanhamento desse profissional médico”.

Os depoimentos dos gestores revelam a preferência pelos contratos de serviços através das empresas, o que permite inferir que nesse formato eles têm maior controle sobre o processo de trabalho e formas de garantir a prestação do serviço, uma vez que o pagamento é feito por produção.

Já faz bastante tempo que a profissão médica vem sofrendo as consequências da flexibilização e precarização do trabalho através da terceirização, conhecida por “pejotização”, expressão utilizada para a contratação de médicos como pessoa jurídica (PJ).

Em busca realizada no site do instituto e no levantamento feito na superintendência de contratos da rede, foi possível mapear as empresas que prestam serviços médicos terceirizados para o HCM. No quadro 2, segue a relação das empresas médicas terceirizadas pelo instituto Acqua para atenderem as demandas de atendimento do hospital de alta

complexidade - HCM. Fato esse que demonstra também a realização de quarteirizações<sup>2</sup>. Ou seja, empresas contratam serviços de outras empresas para atender as metas contratuais estabelecidas com a Secretaria.

Os autores Machado e Ximenes Neto (2018) apontam o gigantismo do SUS com serviços de saúde em diferentes níveis de complexidade e milhões de trabalhadores da saúde que compõem as equipes multidisciplinares, altamente especializadas e qualificadas, fato que demonstra que os serviços continuam empregando, mesmo com a prática da precarização do trabalho atingindo de maneira relevante o setor saúde, assim, com a terceirização dos serviços de saúde, cada vez mais é exigido mão de obra especializada, inclusive dos médicos.

Em hospitais públicos, é um grande desafio a fixação de profissionais, seja porque vem diminuindo o número de concursos públicos seja porque as contratações via terceirizações produzem mais rotatividade de profissionais e conseqüentemente dificuldades com o estabelecimento de vínculos entre as equipes e pouca proximidade com as rotinas hospitalares.

O quadro 2 demonstra a quantidade de empresas contratadas pelo Instituto contratado pela SES MA, revelando a multiplicidade e a complexidade que permeia essa relação de terceirização, totalizando 48 empresas médicas contratadas para a prestação de serviços.

Quadro 3 - Relação de empresas médicas terceirizadas pelo Instituto Acqua para o HCM.

<b>GRUPOS MÉDICOS TERCEIRIZADOS- HCM 2020</b>	
1	MELO E FREITAS LTDA
2	F. A. GAMA SERVIÇOS MÉDICOS
3	OTONEUROSONO CLINCA MEDICA E DIAGNOSTICO LTDA,.
4	CIBELE M ITAPARY EIRELI
5	CLÍNICA DE ANGIOLOGIA VASCULAR E GASTRO ENDOSCOPIA LTDA-EPP
6	CLÍNICA DE PROCTOLOGIA E COLONOSCOPIA LTDA – ME
7	CLINIMED MEDICOS CLINICOS LTDA
8	SOCIEDADE DE MEDICOS CARDIOVASCULARES DO MARANHAO
9	GAMA E MELO LTDA
10	HEPATOGASTRO SERVIÇOS MEDICOS LTDA.
11	SERVIÇOS DE ANESTESIA LTDA

<sup>2</sup> “É a evolução do processo de terceirização, em que o gerenciamento dos terceiros passa para uma quarta empresa. Trata-se do gerenciamento por parte de uma empresa quarteirizadora, de todas as atividades, serviços e fornecimentos de uma empresa e que podem ser terceirizados, empregando para isto, além de sua própria equipe e banco de dados, parceiros especializados que atuam em cada um dos setores” (DIAS, 1998 apud GIMENES *et al.* 2016).

12	CLÍNICA MEDICA BOUMANN VALOIS LTDA
13	UROCENTRO-CENTRO UROLOGICO DO MARANHAO LTDA
14	INSTITUTO DE CIRURGIA ENDOVASCULAR DIAG P IMAG MA LTDA
15	LABORATORIO CEDRO LIMITADA
16	SAO LUIS GASTROCENTRO LTDA.
17	TC GOUVEIA DERMATOESTICA LTDA
18	CENTRO INTEGRADO DE DERMATOLOGIA LTDA
19	CHECK UP SERVIÇOS MEDICOS LTDA
20	CLÍNICA NEFROLOGICA LTDA
21	KRG NEUROCARE LTDA ME
22	N N VASCULAR LTDA
23	CLÍNICA ONCO HEMATOLOGIA DO MARANHAO LTDA EPP
24	T C DE PAULA ME
25	IGC - INSTITUTO DE GASTROCIRURGIA E COLOPROCTOLOGIA
26	NHN SERVIÇOS MEDICOS LTDA – EPP
27	SOCIEDADE MARANHENSE DE CIRURGIA TORÁCICA
28	AC E G ATENDIMENTO CARDIOLÓGICO LTDA –ME
29	EXAMINAR SERVICOS DE NEUROFISIOLOGIA CLINICA LTDA-ME
30	SEMEP SERVICOS MEDICOS PEDIATRICOS LTDA
31	TANTINE SERVIÇOS MÉDICOS LTDA
32	INSTITUTO DE CIRURGIA BUCOMAXILOFACIAL DO NA EIRELLI – ME
33	INSTITUTO DO SONO DO MARANHÃO LTDA
34	DUARTE E LOIOLA LTDA
35	INSTITUTO DE CIÊNCIAS NEUROLÓGICAS DO MARANHÃO
36	S. A. M. A. SOCIEDADE DE ARRITMIA DO MARANHÃO LTDA
37	HOSPITAL SÃO DOMINGOS LTDA
38	MARIA JOSE ALVES SILVA
39	CIPEMA CIRURGIA PEDIATRICA DO MARANHAO S.S
40	RIMA -- RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA DO MARANHÃO LTDA -- EPP
41	HOSPITAL SAO DOMINGOS LTDA
42	UCG - UNIDADE DE CIRURGIA GERAL
43	CLINIMAGEM - CLÍNICA MÉDICA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM LTDA-EPP
44	MEDICOS ASSOCIADOS AVILA, PINHEIRO & PONTES SERVIÇOS MÉDICOS
45	DEMMIS C SOUZA SERVIÇOS MEDICOS ME
46	E MARTINS GUIMARAES E CIA LTDA ME

47	ENDOSERVICE SERVICOS DE ENDOSCOPIA DO MARANHAO LTDA
48	SUPORTE SERVIÇO HOSPITALARES

Fonte: Departamento de Superintendência de Contratos e Serviços (SAAS/SES) e Instituto ACQUA

A flexibilização dos vínculos de trabalho deixa de ser utilizada como uma exceção passando a ser uma regra nas engrenagens de gerência transformando as formas de contratação, relação e condições de trabalho. Nesse cenário, emerge o processo de quarteirização – tem o mesmo sentido de redução de custos e corroborar para o aumento de ganhos do contratante e perdas para o trabalhador, que é na verdade ainda um processo de terceirização dentro dessa teia de terminologias para mascarar os danos causados ao trabalhador.

A terceirização se revela também como aluguel de mão de obra através do contrato temporário, no qual o trabalhador não tem relação com o empregador e nem com o local de trabalho. Assim, o trabalhador relaciona-se com uma sucursal de emprego (POCHMANN, 2012), apoiando-se em uma estrutura frágil de diminuição de gastos com recursos humanos, ressaltando o que cada vez mais apresenta-se explícito para a classe trabalhadora: ausência de compromisso dos gestores no que tange as garantias sociais e previdenciárias, uma vez que utiliza contratos de prestação de serviços temporários, flexíveis, dentre outros para reduzir os gastos com a força de trabalho (DRUCK; FRANCO, 2007).

### 5.3 Especificidades dos contratos

O Instituto AQCUA foi qualificado em 2015 como OS no estado do Maranhão para participação de um conjunto de projetos. A partir daí firmou-se com o Estado o contrato de gestão que anualmente é renovado. Segundo Kuser (2009, p. 9), o conceito de contrato de gestão é:

Contrato de gestão é o instrumento jurídico firmado exclusivamente entre o Poder Público e a entidade qualificada como Organização Social que espelha a parceria estabelecida, devendo ele discriminar as atribuições, responsabilidades e obrigações das partes. Não é aplicável, portanto, às OSCIPS. Igualmente devem ser observados os princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e economicidade.

Foram analisados para fins desta pesquisa o Contrato de Gestão Emergencial nº 01/2018 celebrado entre a SES/MA e o Instituto Acqua para execução e operacionalização dos serviços de gestão do HCM. Assim como o Plano de Trabalho que apresenta os objetivos de “garantir a referência para os procedimentos de Alta Complexidade em Nefrologia, Neurocirurgia e Cardiologia, para a população do SUS no Estado do Maranhão, com perfil clínico e cirúrgico; atuar com leitos para retaguarda das UPA’s e Hospitais de Urgência e

Emergência do Estado do Maranhão; participar da Rede de Atenção Psicossocial com leitos de Saúde Mental para referência dos pacientes”.

O plano estadual de saúde do Maranhão afirma que são consideradas as diferenças regionais e as necessidades de saúde da população para abertura de unidades de saúde. O objetivo é “garantir o acesso da população às ações e serviços de saúde como direito fundamental ao atendimento das necessidades de saúde [...], atenção especializada e garantindo o acesso a medicamentos e insumos estratégicos no âmbito do SUS”. (MARANHÃO, 2021).

G1: “as organizações sociais aqui na SES elas são regidas as contratações delas são regidas por uma lei 10.924 é a lei que pauta a contratação delas através de um regime de seleção chamado de chamamento público, esse sistema ele pauta a contratação por meio por meio da seleção da melhor técnica e preço, mas sobretudo prioriza a contratação da melhor técnica”.

A entrevista realizada com o gestor de contratos da SES revelou que, no estado a contratação das OS são regidas pela lei Nº 10.924 de 4 de setembro de 2018, da área de interesse da assistência social que trata “sobre a qualificação de entidades como organizações sociais estaduais, disciplina o procedimento de chamamento e seleção públicos e dá outras providências”. De acordo com a lei citada, ela apresenta os requisitos para as OS se qualificarem no estado para atuarem como pessoas jurídicas de direito privado. Para obterem a qualificação como organização social, as empresas deverão apresentar os seguintes documentos:

- a) atuar essencialmente nas áreas de: assistência social; cultura; educação; desenvolvimento tecnológico; gestão de atendimento ao público; gestão de serviços sociais e auxiliares em unidades prisionais; medidas socioeducativas; pesquisa científica; proteção e preservação do meio ambiente; **saúde**; educação profissional e tecnológica; esporte e lazer; assistência técnica e extensão rural;
- b) “apresentar comprovante de registro de seu ato constitutivo, apresentando os seguintes documentos: natureza social de seus objetivos relativos à respectiva área; previsão expressa de que a entidade possui, como órgãos de deliberação superior e de direção, um conselho de administração e uma diretoria definidos nos termos do estatuto, asseguradas àquele composição e atribuições normativas e de controle básicas previstas nesta Lei; previsão de participação, no órgão colegiado de deliberação superior, de representantes do Poder Público e de membros da comunidade, de notória capacidade profissional e idoneidade moral; composição e atribuições da diretoria; obrigatoriedade de publicação anual, no Diário Oficial do Estado,

dos relatórios financeiros e do relatório de execução do contrato de gestão; no caso de associação civil, a aceitação de novos associados, na forma do estatuto; proibição de distribuição de bens ou de parcela do patrimônio líquido em qualquer hipótese, inclusive em razão de desligamento, retirada ou falecimento de associado ou membro da entidade; previsão de incorporação integral do patrimônio, dos legados ou das doações que lhe forem destinados, bem como dos excedentes financeiros decorrentes de suas atividades, exclusivamente quanto aos advindos do contrato de gestão com o Poder Público estadual, em caso de extinção ou desqualificação, ao patrimônio de outra organização social qualificada no âmbito do Estado, da mesma área de atuação, ou ao patrimônio do Estado”;

c) Não está qualificada como OSCIP no Estado do Maranhão.

No plano de trabalho, as metas encontradas são quantitativas mensais para o estabelecimento de saúde: meta de internações hospitalares, meta de cirurgias, meta de consultas médicas especializadas, meta diárias para leitos complementares, meta de consultas médicas para profissionais de nível superior com exceção de médicos, meta de serviço de apoio diagnóstico e terapêutico em cardiologia, gastroenterologia, urologia, pneumonia, proctologia, oftalmologia, serviço de diagnóstico por imagem, serviço de diagnóstico em ambulatório, serviço de tratamento dialítico e de hemodinâmica.

Além das metas citadas, cabe destacar também os indicadores de assistência, que são metas mensais previstas em 100% para “estabelecer fluxogramas de atendimento e acesso; implantar normas, rotinas e POP’s em todos os setores da unidade; implantar e gerenciar protocolos clínicos, assistenciais e de acesso de acordo com MS, implantar fluxo de referência e contra referência de pacientes de acordo com protocolos estabelecidas pelo MS, organizar o serviço médico de arquivo médico (SAME) dos pacientes e demais registros”.

No documento plano de trabalho, no que tange aos recursos humanos, encontramos o seguinte quadro:

Quadro 4 - Metas de recursos humanos

DESCRIÇÃO	META
EPI, crachás, uniformes específicos para cada categoria profissional.	100%
Prover todos os exames admissionais periódicos e demissionais para os funcionários.	100%
Capacitar todos os funcionários da unidade de saúde para que exerçam suas funções de maneira eficiente e adequada.	100%
Garantir que os profissionais da unidade de saúde desempenhem suas atribuições de forma qualificada, proporcionando atendimento humanizado e satisfatório aos usuários	100%
Implantar Controle de frequência através de relógio Ponto biométrico.	100%

Fonte: Maranhão (2020-2021).

A análise desse plano reflete a preocupação com as questões relativas a garantia de fornecer profissionais capazes de desempenhar as funções requeridas, mas faz falta elementos de proteção aos direitos trabalhistas. Portanto, não podemos esquecer do contexto hegemônico capitalista do qual nosso país está estruturado.

A gestão do trabalho no âmbito das instituições de saúde costuma ser realizada da mesma maneira que são utilizadas nas grandes indústrias: “atendimentos e cirurgias em massa, com internações e procedimentos contabilizadas pelo seu gasto financeiro, leitos em série sem tempo de parada” (MACHADO, 2000).

No entanto, a gestão do trabalho fundamenta-se na proposta de negociação e descentralização dentro dos serviços de saúde públicos, para que os gestores desenvolvam a compreensão de que o trabalhador é um ator social em seu contexto de trabalho (KOSTER, 2008).

Por fim, o plano de trabalho discorre sobre a equipe mínima de recursos humanos, que é apresentada pela portaria N° 1081 de 13 de dezembro de 2016 como obrigatória para cada estabelecimento de saúde. A equipe mínima de recursos humanos poderá ser recalculada quando houver alguma necessidade de “alteração estrutural, assistencial, contratual, inclusão de novos serviços, procedimentos, incorporação de novas tecnologias, aumento de capacidade instalada, dentre outros”.

A portaria N° 1081, de 13 de dezembro de 2016 da área de interesse da saúde, tem o objetivo de "Regulamentar o acompanhamento, avaliação, fiscalização e as condições de transferências de recursos nos Contratos de Gestão e Termos de Parceria celebrados entre a

Secretaria de Estado da Saúde e as OS ou OSCIP relativos à gestão das Unidades Estaduais de Saúde e dá outras providências”. Esta portaria trata da manutenção de recursos humanos da equipe mínima por unidade de saúde estabelecida dentro de cada plano de trabalho para os contratos de gestão ou termos de parceria para cada unidade de saúde.

Os recursos humanos da equipe mínima do HCM são compostos pelos seguintes trabalhadores da saúde: Analista de Sistemas, Aprendiz, Assistente de Recursos Humanos, Auxiliar de farmácia, Auxiliar de faturamento, Auxiliar de serviços gerais, Assistente Social, Auxiliar de Almoxarifado, Assistente Administrativo, Coordenador Administrativo (RH), Gerente de Enfermagem, Coordenador (a) de farmácia, Supervisor (a) de faturamento, Diretor Administrativo, Dispenseiro (a), Encarregado de hotelaria, Encarregado de Almoxarifado, Enfermeiro (a), Farmacêutico (a), Gerente Administrativo, Jornalista, Fonoaudiólogo, Lactarista, Maqueiro (a), Motorista de ambulância, Nutricionista, Ouvidor (a), Psicólogo (a), Recepcionista, Secretária (o), Supervisor de Nutrição, Supervisor (a) Administrativo, Supervisor (a) de Enfermagem, Supervisor (a) de Informática, Supervisor (a) Multidisciplinar, Técnico de Segurança do Trabalho, Técnico de Informática, Técnico (a) de Enfermagem, Técnico de Nutrição, Técnico (a) em Laboratório, Técnico (a) Radiologia, Telefonista, Terapeuta Ocupacional.

#### **5.4 Vantagens e desvantagens das contratações terceirizadas na percepção dos gestores e médicos**

A atenção hospitalar é objeto constante de preocupação por parte dos gestores, tendo em vista a complexidade e os desafios existentes na área. Como problemas de gestão relatados pelos dirigentes na administração pública tem-se a baixa autonomia técnico-administrativa dos gestores das unidades, decorrente da burocracia da administração pública associada especificamente à responsabilidade fiscal, exigências licitatórias e processo de contratualização de pessoal qualificado. Nesse sentido, foram analisadas as entrevistas com os gestores da Superintendência de Contratos da SES/MA (G1), do instituto ACQUA (G2) e do diretor do HCM (G3) e médicos terceirizados do mesmo hospital (M1 e M2) (APÊNDICE B).

Os depoimentos permitiram elencar os aspectos identificados pelos entrevistados como elementos positivos e negativos das terceirizações. Nesse sentido, as percepções dos gestores em relação as vantagens da terceirização estariam no ganho de qualidade e maior produtividade, mais agilidade e competitividade. Ao questionar G1, quanto às regras existentes para contratação de recursos humanos no que diz respeito aos direitos trabalhistas, ele afirma que para cada contrato de gestão é exigido os direitos trabalhistas da manutenção da equipe

mínima de recursos humanos (citada no item 5.3). Desta forma, entendemos que para esta equipe mínima é assegurado os direitos trabalhistas. A G2 afirma que todos os profissionais são contratados pelo regime de trabalho Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), com a garantia de todos os direitos trabalhistas. Porém, ressaltamos que esses profissionais não têm a garantia da estabilidade do concurso público, não tem PCCS, dentre outros.

G1: “dimensionamento da equipe mínima a gente observa todos os direitos trabalhistas, quer seja dentro dos encargos que a gente coloca, tem os encargos sociais, que desses encargos sociais a gente preserva todos os direitos quer sejam férias proporcionais, pagamentos de aprovisionamentos que são valores proporcionais ao final do contrato de cada profissional deverá ser contemplado este valor para pagar efetivas rescisões, mas além disso, além do salário base que a gente paga, a gente dimensiona também todos os direitos trabalhistas previstos na CLT, então o RH é pautado nisso também, além da gente trabalhar também nos acordos coletivos de atualização do piso”.

G2: “Regime CLT, com todos os direitos, férias, aviso prévio indenizável, aviso prévio trabalhado, décimo terceiro, tudo já tem porque eles são celetistas”.

Girard e Carvalho (2002), apontam que a qualidade da assistência prestada e das relações de trabalho ficam comprometidas quando existem as fragilidades nas formas de contratação existentes, já que essas formas de contratação desconsideram os direitos dos trabalhadores. No SUS, um quantitativo considerável de trabalhadores não desfruta dos direitos trabalhistas, confirmando uma situação de abuso e precariedade contra os trabalhadores, fato criado e mantido pela administração pública (NOGUEIRA; BARALDI; RODRIGUES, 2004).

Para Nogueira (2000), os trabalhadores com vínculos por contrato de terceirização elevam as despesas reais dos contratos, desta forma podemos dizer que os gastos com os trabalhadores terceirizados poderiam estar sendo utilizados para a efetivação de pessoal efetivo, o que não implicaria em aumento de gastos, já que as despesas relacionadas as questões trabalhistas estão sendo calculadas em alguns casos.

Quanto as regras para as contratações de médicos nos contratos de gestão, o G1 informou que não havia regras, pois os médicos são contratados como prestadores de serviços, ou seja, esses profissionais não têm nenhuma garantia social e trabalhista asseguradas pela SES/MA. Informação confirmada com a fala do G2 e G3. Na visão dos gestores, essa forma de contratação é vantajosa, pois não acarreta prejuízo para o atendimento ao usuário e a rotina hospitalar, ou seja, em caso de adoecimento do profissional, a empresa contratada precisa substituir esse profissional, caso contrário, as metas estipuladas em contratos não serão cumpridas causando prejuízo financeiro para a empresa.

G1: “Os médicos são contratados, optam, a categoria opta por serem contratados como prestadores de serviços, e por serem prestadores de serviços eles emitem nota fiscal e tem os impostos deles recolhidos sobre impostos sobre serviços né, eles não têm recolhimento de direitos trabalhistas”.

G2: “eu contrato o serviço do médico, e não o médico diretamente. Então eu não trato direto com o médico, eu trato direto com a empresa”.

G3: “então a contratualização desses profissionais é feita a partir de uma empresa jurídica, e essa empresa jurídica é que vão fazer o acompanhamento desse profissional médico, então na realidade nós não temos uma gestão sobre o trabalho do ponto de vista da CLT, o que nós temos é uma gestão de pactuação de metas para que aquela empresa cumpra as metas contratualizadas com o estado e essa contratualização se faz através de uma PJ que é uma pessoa jurídica que representa esse grupo de médicos”.

G3: “vantagens elas são muitas para o serviço público quando é terceirizado, porque você tem um contrato de trabalho com uma empresa, não é com uma pessoa. E essa empresa que é contratada para atingir metas, não é aquela pessoa. Então o processo de afastamento de um profissional de saúde médico que por ventura ele precise se afastar das suas atividades a empresa terá que substituí-lo, você não vai ter prejuízo do ponto de vista de atendimento a comunidade. Já para o profissional, que ele é concursado, já muda. Então ele passa a ser um vínculo empregatício com o estado com todos os seus direitos trabalhistas que ele tem desse vínculo contratual com o estado e aí no momento que ele tem qualquer problema de saúde, assim como qualquer outro profissional ele se afasta e obrigatoriamente as suas atividades ambulatoriais elas serão suspensas e causam prejuízo maior para a unidade”.

Pierantoni *et al.* (2006), destaca que os gestores não têm levado o tema gestão do trabalho como uma estratégia institucional. Entre os desafios enfrentados por aqueles que lutam com a gestão do trabalho, ressaltamos as precárias condições de infraestrutura para a prática do trabalho de atividades essenciais, salários reduzidos, inexistência de qualificação e especialização, desvalorização do trabalhador, elevada rotatividade de profissionais e a descontinuidade dos processos de trabalho.

As empresas terceirizadas também são alvo de críticas porque além de descaracterizar o vínculo empregatício, muitas vezes criam mecanismos para fugir das suas obrigações fiscais.

O HCM apresenta-se como um hospital de alta complexidade dentro rede de saúde do estado, e no atual momento é gerido por um OS através de um contrato de gestão. Essa informação converge com o estudo de Nogueira (2003) que diz existir uma tendência da gestão de grandes hospitais serem realizadas por empresas terceirizadas e que algumas categorias profissionais, neste caso dos médicos, se reorganizam em empresas ou cooperativas e prestam serviços para os hospitais através de contratos de gestão. Para além das contratações de recursos humanos, o Instituto AQCUA gerencia as próprias unidades. Com exceção da categoria médica, os demais trabalhadores e profissionais de saúde são contratados pelo regime celetista e são assegurados os alguns direitos trabalhistas, como segue na fala abaixo do G2.

G2: “A gente gerencia a unidade como um todo, a gente não trabalha só com a contratação de médicos, a gente trabalha desde os protocolos da recepção, protocolos clínicos, a gente trabalha com a gestão da unidade. Todo celetista é contratado por nós, toda a equipe de enfermagem, toda a equipe de fisioterapeuta, multi, administrativo”.

Segundo Nogueira (2003), o processo de terceirização se caracteriza como uma flexibilização externa que parece vantajosa para a administração pública na visão dos gestores, por tanto, a terceirização remete ao pensamento de aumento da eficiência dos gastos públicos. No SUS, existem diversas formas de terceirização que se estendem desde o nível local de gestão aos serviços hospitalares, de maneira geral se caracterizam por contratação realizada por empresas privadas, cooperativas, dentre outros, estas empresas apresentam maior autonomia para contratação de profissionais e fixação de salários.

O termo pejotização deriva do termo pessoa jurídica, sendo utilizado para empresas prestadoras de serviços. É o caso dos médicos que deixam de ser empregados para serem prestadores de serviços, já que são profissionais qualificados. A contratação de pessoa jurídica minimiza as despesas e maximizam os lucros para os estabelecimentos de saúde que adotam essa prática, já que os encargos tributários deixam de ser do contratante e torna-se obrigação do empregado. Quanto à qualificação profissional, quando perguntado ao G3, se a instituição ofertava qualificação para os profissionais médicos, foi informado que não. Esses profissionais já deveriam ingressar no serviço com as qualificações necessárias para exercer as funções para que foi contratado.

G3: “Todos os profissionais médicos do hospital Carlos Macieira para que eles exerçam a sua atividade dentro da unidade eles tem uma qualificação mínima exigida para cada especialidade, que no mínimo é a residência médica ou o título de especialista na área de atuação”.

Campos e Aguiar (2006) relatam que residência médica é considerada a especialização ouro para a profissão. Esta forma de educação continuada baseia-se na aprendizagem no ambiente de trabalho com supervisão de um preceptor e ainda oferece bolsa como forma de auxílio financeiro, características que tornam essa especialização atrativa para os recém formados na medicina.

No entanto, observa-se o pouco investimento das empresas que gerenciam as unidades nas ações de educação permanente em saúde.

Na entrevista com G3, ele nos retrata que a terceirização apresenta vantagens e desvantagens, a depender do ponto vista. Ele afirma que esta forma de contratação é vantajosa para o bom funcionamento do serviço de saúde, entretanto é desvantagem para o trabalhador do ponto de vista social, como a aposentadoria.

G3: “do funcionamento da unidade e de cumprimento de metas mensais, a terceirização com pessoas jurídicas, ela tem um proveito maior do que a realização de concurso público e a abertura de vagas. Do ponto de vista profissional, o médico de vinculação de trabalho para uma aposentadoria é péssimo, mas do ponto de vista de relações de trabalho para o profissional é muito ruim porque ele perde as suas férias, ele perde seu direito ao décimo terceiro porque ele é contratado pela própria empresa

do qual ele é sócio. E quando o profissional é concursado, todos esses direitos lhe são assegurados pela legislação”.

Segundo Antunes (1995), a partir da década de 1970, o Brasil passa pela reestruturação produtiva do capital de acordo com os padrões taylorista-fordista, estimulando a precarização do trabalho com a instituição de vários vínculos trabalho. O autor Girardi *et al.* (2010), destaca que os tipos de vínculos precários se apresentam de qualquer forma de contrato temporário, ou seja, são contratos por prestação de serviços, que em sua maioria dispensam proteção direito do trabalho favorecendo a precarização do trabalho.

Nogueira (2000) afirma que todo vínculo de trabalho no qual o trabalhador foi contratado para o serviço público sem realizar concurso ou seleção de natureza pública é considerado irregular, com exceção o trabalhador terceirizado contratado para atuar em serviços não-finalísticos, a exemplo de segurança e serviços gerais, mediante a contratação por empresa contratada por licitação. No entanto, não é o que ocorre com os profissionais da saúde pública.

A terceirização traz para o trabalhador várias desvantagens, como a perda do vínculo de trabalho com o empregador, a perda de benefícios sociais e trabalhistas para o trabalhador (desregulação dos direitos trabalhistas), eliminação de postos de trabalho. No serviço público, a prática da terceirização se tornou dominante, esta prática é utilizada cada vez mais pelos gestores com justificativa da LRF, reafirmando a desvalorização do trabalho em detrimento da valorização do capital. No entanto, nesta pesquisa para os médicos entrevistados, a terceirização não foi avaliada como desvantagem, mas sim como vantagem, no que diz respeito à remuneração e condições de trabalho, como observamos abaixo nas falas dos M1 e M2.

M2: “a remuneração do médico pode acabar até sendo maior que do concurso entendeu. O que você fatura como terceirizado compensa do que você ganha no serviço concursado. Então ele é muito mais prático, ele é mais flexível com relação à honorário, ele não é travado em tetos e acho que isso é uma grande vantagem da terceirização, a flexibilidade”.

M1: “eu vejo com bons olhos, haja vista as condições, nos dá oportunidade pra gente desempenhar nosso papel, nos mostra também, nos faz ver e enxergar a qualidade dos serviços que a gente presta”.

Diferente do que encontramos na literatura acerca da terceirização, no que diz respeito aos baixos salários por vínculo de terceirização, os entrevistados ressaltam como vantagem a remuneração. Na fala dos médicos, eles afirmam que no serviço terceirizado a remuneração é maior e melhor, mesmo que os mesmos não tenham direitos trabalhistas e sociais garantidos. Para esta categoria profissional, é notório os interesses corporativos, principalmente o que diz respeito ao propósito financeiro e econômico.

Ressaltamos que essa vantagem de salários elevados e atrativos é uma característica exclusiva da categoria médica, posto que Machado *et al.* (2020) afirmam que, no Brasil, o mercado de trabalho tem apresentado diversas formas de salários com vínculos precarizados, seja por hora trabalhada, por plantão, contratos curtos, temporários e sem garantias trabalhistas, inexistência de vínculo institucional, possibilitando multiempregos e a precarização do trabalho para os profissionais de saúde, como da categoria de enfermagem, que além de baixos salários, recebem seus salários atrasados. A autora afirma que, algumas profissões, como as categorias médicas e a enfermagem, atravessam um processo de metamorfose radical em sua essência.

Ainda que os salários se apresentem elevados para a categoria médica, eles recebem um valor estipulado mensalmente. No entanto, perdem o direito às outras gratificações como o décimo terceiro, adicional noturno, férias anuais remuneradas, licenças maternidade e/ou paternidade sem descontos no salário, dentre outros.

O profissional médico acompanhou as mudanças do mundo do trabalho – nova morfologia do trabalho, dotando-se de qualificação que de acordo com Antunes (2013) a partir da década de 1990 a respeito da evolução técnico, científica e digital, valorizando-se, enquanto outras profissões não acompanharam o ritmo exigente da globalização, tornando-se uma massa de desempregados, ou seja, descartáveis para o mercado de trabalho.

O estudo de Nogueira (2000 p.12) aponta que algumas especialidades médicas, como os anestesistas, “têm buscado fugir do assalariamento, substituindo-o pelos vínculos de autonomia através da mediação de cooperativas e empresas de profissionais, o que implica, em última instância, numa relação de trabalho desprovida de bases legais”.

Para os médicos entrevistados, a questão da perda dos direitos trabalhistas e sociais com as terceirizações não são desvantagens, já que nesse processo a vantagem é a questão financeira. Estes profissionais trabalham por metas e ou plantão, ganham muito porque trabalham muito, ou seja, são as horas que este trabalhador recebe pelo que trabalhou. Se porventura adoecerem, não tem direito a atestado, a nenhum tipo de auxílio, a verdade que precisam colocar outro profissional para trabalharem em seu lugar, caso contrário, é glosado no pagamento no mês seguinte, o médico pode ter suas condições de saúde e de segurança no trabalho comprometidas decorrentes das exaustivas jornadas de trabalho.

Destacamos que esses profissionais, mesmo que com remuneração atrativa, encontram-se em desvantagem, uma vez que possuem desproteção social e instabilidade do vínculo de trabalho.

M1: “desvantagem é essa Se eu adoecer, tiver qualquer problema que me impeça de trabalhar, se eu não tiver uma organização prévia de custos, eu poderia ter alguns

problemas até de realmente, entender alguns retornos, seria como, posso te dizer, não seria vantajoso”.

Outrossim, que a aprovação da Lei da Terceirização (Lei 13.429, de 31 de março de 2017) reforçará ainda mais os vínculos de trabalho precarizados. E aqui destacamos que isso pode ocorrer muito em breve para os médicos, provocando a piora no exercício da profissão, como uma provável baixa de remuneração desta categoria profissional.

Em relação às desvantagens apontadas pelos médicos um aspecto bem interessante destacado por eles foi a fragilidade contratual.

M2: “são terceirizações com contratos extremamente frágeis não existe tempo de, não existe cláusula contratual de tempo, por exemplo, para o médico ficar tranquilo ele precisaria ter um contrato de 5 anos e com uma multa rescisória para ele se sentir seguro no trabalho;

M2: “é uma concorrência predatória e nisso a terceirização acaba sendo predatória pro médico entendeu, porque a licitação ela é feita de uma maneira muita das vezes ela não é feita de uma forma republicana, muito honesta, as vezes as melhores equipes são postas de lado em detrimento de outras por questões políticas, conhece não sei quem, você sabe que isso acontece e que é uma realidade do país inteiro entendeu”.

Os trechos citados acima, o profissional afirma que a terceirização é predatória para o trabalhador, e que em alguns casos algumas empresas são substituídas por outras em caso de ingerência política, ou seja, o entrevistado M2 afirma que as questões políticas intervêm na contratação final das empresas sendo algumas empresas beneficiadas em detrimento de outras por “padrinhos” políticos. Quando o ingresso no serviço ocorre por concurso ou seletivo é possível evitar o apadrinhamento e o favorecimento das diferentes formas de clientelismo (NOGUEIRA; BARALDI; RODRIGUES, 2004).

Corroborando com os estudos de Druck e Franco (2007), que afirmam que a terceirização dos serviços e produtos podem ser comprometidos, pois nem sempre as empresas que ganham para a prestação de serviços são especializadas e preparadas para a demanda para qual foi contratada, causando prejuízos para a qualidade do serviço e conseqüentemente para o usuário final. Estudos de Nogueira, Baraldi e Rodrigues (2004) também corroboram com os achados da pesquisa, de que os contratos temporários são precários pela curta durabilidade causando no trabalhador sentimentos de incerteza e instabilidade no emprego.

O estudo de Junqueira *et al.* (2010) afirma que no Brasil uma das razões para os profissionais permanecerem com vínculos precários está ligada a instabilidade política-partidária ao qual os trabalhadores estão submetidos, assim o profissional não consegue reagir diante do contexto de vulnerabilidade que se encontram.

O entrevistado M1 destaca que no serviço terceirizado o trabalho é valorizado, é visto com bons olhos, assim ele destaca isso como uma vantagem. Além da vantagem da

remuneração que é bem atrativa, enquanto no concurso público o valor do salário não é atrativo, na terceirização sempre tem acréscimos.

M1: “a vantagem é, são as oportunidades... uma oportunidade de mais um lugar pra eu poder trabalhar e ter uma, digamos mostrar um pouco do meu valor como recursos humanos de trabalho. uma oportunidade de mais um lugar pra eu poder trabalhar e ter uma, digamos mostrar um pouco do meu valor como recursos humanos de trabalho, o terceirizado tem a perspectiva de você realmente ter um certo acréscimo, aumentar e depender do teu trabalho para conquistar algo a mais”.

M2: “Os profissionais concursados existem muitas limitações quanto á remuneração”.

A gestão do trabalho na saúde deve contribuir para ações que proporcionem respeito e reconhecimento ao trabalhador e o seu processo de trabalho, criando formas de exercer o trabalho com valor e qualidade (BRASIL, 2013).

Scheffer *et al.* (2020) confirma, numa pesquisa, que o médico que trabalha apenas no setor público tem a remuneração menor, desta forma corrobora com os dados achados com a fala dos médicos terceirizados. Os dados do estudo relatam os seguintes dados: “na menor faixa salarial (até R\$ 11 mil mensais) estão 42,2% dos que trabalham apenas no SUS, 21,2% dos que trabalham exclusivamente no setor privado e 36,6% dos que têm dupla prática pública e privada. Na faixa de R\$ 21 mil a R\$ 27 mil estão 58% dos que têm dupla prática, 28,1% dos que trabalham só no setor privado, e 13,9% dos que atuam exclusivamente no SUS”.

O entrevistado M1 afirma que as questões trabalhistas é uma deturpação, ou seja, uma mentira, que não traz benefícios para o trabalhador. Para M1 o estado quer garantir um monte de benefícios, mas que na verdade reduz o salário do trabalhador, além de que o gerenciador desse dinheiro não é o próprio trabalhador, e sim o estado. Ele afirma que é muito melhor fazer um seguro de vida com clausula de morte. Na sua opinião, as questões trabalhistas poderiam ser substituídas por contratos com maior garantia ao terceirizado, como exemplo com duração de 5 anos e menor burocracia, além de ser contra os concursos públicos.

M2: “Eu não sou muito, é..a questão trabalhista, talvez eu por ser médico, tal, talvez eu tenha uma visão diferente, mas a questão trabalhista, eu acho que é uma deturpação. Essas questões trabalhistas, todas essas legislações trabalhistas, eu não vejo de uma forma geral com bons olhos, eu acho que é uma ilusão. O estado quer garantir um monte de direitos pra gente, mas acaba que seu salário, Ó (diminui). Hoje em dia os encargos trabalhistas eles compõem o mesmo valor do seu salário entendeu, e não é você quem gerencia isso, é o estado quem está gerenciado isso, vai pra fundos de garantias, fundos de pensão não sei o que, não sei o que, e as vezes a pessoa precisa, esses rendimentos desses fundos são lá embaixo, se você colocasse numa aplicação ou parte de um seguro de vida, seria muito mais eficiente pra você entendeu”.

M2: “a parte trabalhista eu acho que ela seria compensada por um contrato com um valor mais atrativo e menores entraves burocráticos entendeu. Eu acho nesse sentido que a terceirização ela é superior aos concursados, ao funcionalismo público”.

M2: “Então eu sou um crítico também ao sistema de concursos públicos, eu sou a favor de um processo mais, de um programa, da criação de programas contratuais de 5 anos, de equipes de 5 anos, um processo seletivo, não precisa nem ser licitação, mas

um processo seletivo claro, honesto, mas eu não vejo as coisas caminhando pra isso não”.

Os médicos entrevistados na pesquisa, afirmam possuir mais de um tipo de vínculo de trabalho. Na fala do M2, ele afirma trabalhar em cinco lugares diferentes, porém não sente-se confortável e valorizado em nenhum local em que trabalha.

M2: “vou falar pra você, eu não me sinto confortável em nenhum emprego que eu tenho. Eu trabalho em 5 lugares diferentes, juntando concurso e prestador de serviço, e eu não me sinto confortável em nenhum local que eu trabalho, eu me sinto completamente desvalorizado”.

Os achados da pesquisa convergem para as pesquisas de Machado (1997), no Perfil dos médicos no Brasil, afirma que o exercício profissional médico baseia-se em múltiplos vínculos de trabalho, 75% dos médicos apresentavam até 3 vínculos de trabalho, enquanto 24,4% possuem mais de três vínculos e Scheffer *et al.* (2020) também confirma multiplicidade de vínculos, pelo acúmulo e simultaneidade de trabalhos. Em sua maioria, os médicos prestam serviços para diversos empregadores, exercendo mais de uma atividade profissional ao longo de sua jornada de trabalho, “atuando em mais de um serviço ou ocupando mais de um posto ou local de trabalho”.

Ainda no estudo de Scheffer *et al.* (2020) a respeito da Demografia Médica do Brasil, os dados afirmam que 44% dos médicos no ano de 2019 possuíam quatro ou mais vínculos de trabalho. Somente 20% dos médicos apresentavam um vínculo, no entanto 11% apresentavam seis ou mais vínculos de trabalho. Os médicos que possuem dois ou três empregos totalizam 36,1%, já os que têm de quatro a cinco vínculos soma 32,9%. No Brasil, os médicos têm em média 3,61 vínculos de trabalho.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A dissertação respondeu aos seus três objetivos da pesquisa ao caracterizar os tipos de vínculos existentes na Secretaria de Saúde do Estado do Maranhão para contratação de médicos; ao mapear as empresas contratantes e as especificidades dos contratos e identificar as facilidades/vantagens e dificuldades/desvantagens das contratações terceirizadas na percepção dos gestores e dos médicos explicitando os argumentos e interesses dos atores entrevistados em relação as terceirizações.

No contexto atual, as diversas formas de inserção do trabalhador, a partir de diversos vínculos, na maioria das vezes precarizados, demonstram a diversidade de formas da desregulamentação do trabalho na saúde. A terceirização é visualizada como estratégia de aumento da lucratividade para as empresas, o que revela um grande retrocesso dos direitos conquistados pelos trabalhadores e avanço da precarização, muitas vezes mascarada.

Para os gestores, a terceirização apresentou apenas vantagens, já que este não trata com o profissional, mas sim com a empresa contratada, não tem preocupação quando o trabalhador adoece, porque a empresa encaminha outro para substituí-lo, não paga encargos trabalhistas e sociais, diminuindo sua carga tributária, aumento de lucro e produtividade, além de mais competição e agilidade dentro dos serviços.

Para os médicos, a maior vantagem é a alta remuneração, mesmo que eles percam os direitos trabalhistas e sociais, e trabalhem mais. Mesmo com todas as repercussões negativas que a flexibilização acarreta, as evidências produzidas por este estudo mostraram os aspectos relativos a posição do profissional médico, que muitas vezes faz a opção por vínculos de trabalho fragilizados, para obter uma remuneração mais alta.

Por fim, cabe ressaltar que o campo de estudos é fértil e muitas questões estão postas para a realização de novas pesquisas que aprofundem as investigações sobre os trabalhadores da saúde. Do ponto de vista das políticas públicas, é importante defender a valorização dos responsáveis pela operacionalização do SUS, instituindo planos de carreira e realização de concursos públicos como forma de ingresso para o profissional de saúde.

## REFERÊNCIAS

ANTUNES, R. A nova morfologia do trabalho e suas principais tendências: informalidade, infoproletariado, (i)materialidade e valor. *In*: ANTUNES, R. (org.). **Riqueza e miséria do trabalho**. São Paulo: Boitempo, 2013a. v. 2.

ANTUNES, R. **Adeus ao trabalho?**. São Paulo: Cortez, 1995.

ANTUNES, R.; DRUCK, G. A terceirização como regra?. **Revista TST**, Brasília, v. 79, n. 4, p. 214 – 231, out./dez. 2013. Disponível em: [https://juslaboris.tst.jus.br/bitstream/handle/20.500.12178/55995/011\\_antunes\\_druck.pdf?sequence=1](https://juslaboris.tst.jus.br/bitstream/handle/20.500.12178/55995/011_antunes_druck.pdf?sequence=1). Acesso em: 13 abr. 2021.

ARAÚJO, L. M. *et al.* Para subsidiar a discussão sobre a desprecarização do trabalho no SUS. **Cadernos RH Saúde**, Brasília, v. 3, n. 1, p. 155-166, mar. 2006.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **A gestão do trabalho e da educação na saúde**. Brasília, DF: CONASS, 2011. 120p. ISBN: 978-85-89545-69-3. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para\\_entender\\_gestao\\_sus\\_v.9.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao_sus_v.9.pdf). Acesso em: 6 abr. 2021.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Publicada no Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, n. 12, p. 59, 13 jun. 2013. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 16 maio 2021.

BRASIL. **Lei nº 13.429, de 31 de março de 2017**. Altera dispositivos da Lei nº 6.019, de 3 de janeiro de 1974, que dispõe sobre o trabalho temporário nas empresas urbanas e dá outras providências; e dispõe sobre as relações de trabalho na empresa de prestação de serviços a terceiros. Brasília, DF, mar. 2017a. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2017/lei/113429.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/113429.htm). Acesso em: 11 ago. 2021.

BRASIL. **Lei nº 13.467, de 13 de julho de 2017**. Altera a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei no 5.452, de 1º de maio de 1943, e as Leis nos 6.019, de 3 de janeiro de 1974, 8.036, de 11 de maio de 1990, e 8.212, de 24 de julho de 1991, a fim de adequar a legislação às novas relações de trabalho. Brasília, DF, jul. 2017b. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2017/lei/113467.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/113467.htm). Acesso em: 11 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Princípios e diretrizes para NOB/RH-SUS**. 2. ed., rev. e atual. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS)**. 3. ed. rev. atual. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005. 98 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde**. 2. ed. Brasília, DF: MS, 2013. 56 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Cadernos RH Saúde**, Brasília, DF, v. 3, n. 1, mar. 2006. ISSN 0104-4117. Disponível em: [https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_rh.pdf](https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_rh.pdf). Acesso em: 5 abr. 2021.

CAMPOS, F. E. de; AGUIAR, R. A. T. de. A expansão da atenção básica nas grandes cidades e a Especialização em Saúde da Família como estratégia para sua viabilidade. **Cadernos RH Saúde**, Brasília, v. 3, n. 1 p. 97-102, mar. 2006.

CARVALHO, C. L.; GIRARDI, S. N. (coord.). **Agentes institucionais e modalidades de contratação de pessoal no Programa Saúde da Família no Brasil**: relatório de pesquisa. Belo Horizonte, fev. 2002. 90p.

CASTRO, J. L. de; VILAR, R. L. A. de; LIBERALINO, F. N. (org.). **Gestão do trabalho e da educação na saúde**. Natal: EDUFRN, 2014.

DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTATÍSTICA E ESTUDOS SOCIOECONÔMICOS. Os impactos da Lei No. 13.429/2017 para os trabalhadores: contrato temporário e terceirização. **NOTA TÉCNICA n° 175**, abril 2017.

DRUCK, G. *et al.* A terceirização no Serviço Público: particularidades e implicações. *In*: CAMPOS, A. G. (org.). **Terceirização do trabalho no Brasil**: novas e distintas perspectivas para o debate. Brasília: Ipea, 2018. cap. 6, p. 115 – 141.

DRUCK, G.; FRANCO, T. Terceirização e precarização: o binômio anti-social em indústrias. *In*: DRUCK, G.; FRANCO, T. (org.). **A perda da razão social do trabalho**: terceirização e precarização. São Paulo: Boitempo, 2007.

EBERHARDT, L. D.; CARVALHO, M.; MUROFUSE, N. T. Vínculos de trabalho no setor saúde: o cenário da precarização na macrorregião Oeste do Paraná. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 18-29, jan./mar. 2015.

GIL, A. C. **Estudo de caso**: fundamentação científica: subsídios para coleta e análise de dados: como redigir o relatório. São Paulo: Atlas, 2009. 148 p.

GIMENES, A. M. *et al.* **Terceirização**: vantagens e desvantagens para as organizações, 2016. Acesso em: 6 ago. 2021. Disponível em: [https://www.inesul.edu.br/revista/arquivos/arq-idvol\\_48\\_1488488546.pdf](https://www.inesul.edu.br/revista/arquivos/arq-idvol_48_1488488546.pdf). Acesso em: 14 abr. 2021.

GIRARDI, S. *et al.* O trabalho precário em saúde: tendências e perspectivas na Estratégia da Saúde da Família. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 45, p. 11-23, maio 2010. Disponível em: [http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/dialogos2/Biblioteca/Artigos\\_pdf/F17\\_O\\_TRABALHO\\_PRECARIO\\_EM\\_SAUDE\\_TENDENCIAS%20E%20PERSPECTIVAS.pdf](http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/dialogos2/Biblioteca/Artigos_pdf/F17_O_TRABALHO_PRECARIO_EM_SAUDE_TENDENCIAS%20E%20PERSPECTIVAS.pdf). Acesso em: 7 abr. 2021.

INSTITUTO ACQUA. **Gestão para transformar**. 2021. Disponível em: <http://institutoacqua.org.br/acqua-institucional/>. Acesso em: 31 maio 2021.

JUNQUEIRA, T. da *et al.* As relações laborais no âmbito da municipalização da gestão em saúde e os dilemas da relação expansão/precarização no trabalho no contexto do SUS. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 5, p. 918-929, maio 2010. ISSN: 1678-4464. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csp/a/ZT4LCVxqQQFM5V9rRy4LWTL/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 2 maio 2021.

KALLEBERG, A. L. “O crescimento do trabalho precário: um desafio global”. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 24, n. 69, p. 21-30, fev. 2009. DOI

<https://doi.org/10.1590/S0102-69092009000100002>. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rbcsoc/a/wFXkGkStrfp8yByGCh3C4rp/?lang=pt>. Acesso em: 12 maio 2021.

KOSTER, I. **A gestão do trabalho e o contexto da flexibilização no Sistema Único de Saúde**. 2008. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Osvaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2008. Disponível em:

<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/4837/2/1047.pdf>. Acesso em: 12 maio 2021.

KUSER, H. Parcerias com OSCIPS: não é tudo que é permitido. *In*: CONGRESSO CONSAD DE GESTÃO PÚBLICA: Painel 45: Parcerias com a sociedade: a experiência das OS e OSCIP, 2., 2009. Brasília, DF. **Anais [...]**. Brasília, DF, 2009.

MACHADO, M. H. (coord.). **Os médicos no Brasil: um retrato da realidade**. [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997. 244 p. ISBN: 85-85471-05-0. Disponível em:

<http://books.scielo.org>. Acesso em: 2 jun. 2021.

MACHADO, M. H. *et al.* Mercado de trabalho e processos regulatórios: a Enfermagem no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 101-112, jan. 2020.

ISSN: 1678-4561. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/Yx3hw9M5qZRnkMYyK6hvCbr/?lang=pt>. Acesso em: 10 maio 2021.

MACHADO, M. H. Gestão do trabalho em saúde no contexto de mudanças. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 4, p. 133-146, jul./ago. 2000. Disponível em: <https://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/6295>. Acesso em: 8 maio 2021.

MACHADO, M. H. Participação da mulher no setor saúde no Brasil: 1970/80. *In*: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8. 1986. Brasília, DF. **Anais [...]**. Brasília, DF, mar. 1986.

MACHADO, M. H. Trabalhadores de saúde e sua trajetória na Reforma Sanitária. *In*: LIMA, N. T. (coord.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Editora: FIOCRUZ, 2005. cap. 8. p 257- 280.

MACHADO, M. H; XIMENES NETO, F. R. G. Gestão da educação e do trabalho em saúde no SUS: trinta anos de avanços e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1971-1980, jun. 2018. ISSN 1678-4561 versão online. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/yxKZJcmCrSHnHRMYLntFYmP/?lang=pt>. Acesso em: 4 maio 2021.

- MACHADO, M.H; KOSTER, I. Emprego e Trabalho em Saúde no Brasil: As políticas de desprecarização do Sistema Único Saúde. In: ASSUNÇÃO, A.A. Trabalhar na Saúde: Experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego. Editora Fio Cruz, 2011. p.195-213.
- MACHADO, M.H. Trabalhadores de Saúde e sua trajetória na Reforma Sanitária. In: Lima, Nisia Trindade (coord.). Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora: FIOCRUZ, 2005. Cap. 08, p 257- 280.
- MARANHÃO. Lei nº11.114 de 2 de outubro de 2019. **Diário Oficial da União [do] Estado do Maranhão**, Poder Executivo, São Luís, 2 out. 2019.
- MARANHÃO. Secretaria de Estado da Saúde. Empresa Maranhense de Serviços Hospitalares. **Regulamento de pessoal**. São Luís: EMSERH, 2018. Disponível em: [http://www.emserh.ma.gov.br/wp-content/uploads/2018/11/REGULAMENTO-DE-PESSOAL-EMSERH-2018.FINAL\\_-LOGO-ATUAL.pdf](http://www.emserh.ma.gov.br/wp-content/uploads/2018/11/REGULAMENTO-DE-PESSOAL-EMSERH-2018.FINAL_-LOGO-ATUAL.pdf). Acesso em: 21 maio 2019.
- MARANHÃO. Secretaria de Estado da Saúde. **Plano estadual de saúde 2020 - 2023**. São Luís, 2021. Disponível em: <https://www.saude.ma.gov.br/wp-content/uploads/2021/07/Plano-Estadual-de-Saude-Versao-Modificado-em-08-de-julho-2021.pdf>. Acesso em: 9 ago. 2021.
- MARANHÃO. Secretaria de Estado da Saúde. Secretaria Adjunta de Assistência à Saúde. Plano de Trabalho - Hospital de Referência Estadual de Alta Complexidade Dr. Carlos Macieira. **Parâmetros de Contratação**, 2020 - 2021.
- MARANHÃO. Secretaria de Estado da Saúde. Secretaria Adjunta de Assistência à Saúde. Plano de Trabalho - Hospital de Referência Estadual de Alta Complexidade Dr. Carlos Macieira. **Parâmetros de Contratação 2020 - 2021**. São Luís, 2021.
- MARANHÃO. Secretaria Estadual de Saúde. Supervisão de Recursos Humanos. **Ofício N° 250/2021-SRH/SES: dados para pesquisa**. São Luís: SRH, 2021.
- MARTINS M. I. C.; CARNEIRO, C. C. G. Política de gestão do trabalho e a atenção em saúde: um estudo de caso sobre a experiência de contratualização da Atenção Básica no Município do Rio de Janeiro, 2014. In: MARTINS, M. I. C.; MARQUES, A. P.; COSTA, N. R. (org.). **Trabalho em saúde, desigualdades e políticas públicas**. Disponível em: [http://www.lasics.uminho.pt/ojs/index.php/cics\\_ebooks/article/view/1901](http://www.lasics.uminho.pt/ojs/index.php/cics_ebooks/article/view/1901). Acesso em: 23 abr. 2021.
- MARX, K. Livro 1: o processo de produção do capital. In: MARX, K. **O capital: crítica da economia política**. 12. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1988. v. 1.
- MARX, K. **O capital: crítica da economia política: livro I: o processo de produção do capital**. Tradução de Rubens Enderle. São Paulo : Boitempo, 2013.
- MATTOSO, J.; POCHMANN, M. “Mudanças estruturais e trabalho no Brasil”. **Economia e Sociedade**, Campinas, v. 7, n. 10, p. 213-243, jun. 1998. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/ecos/article/view/8643152>. Acesso em: 6 abr. 2021.

MEDICI, A. C. Emprego em saúde na conjuntura recente: lições para a reforma sanitária. *In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE*, 8., 1986, Brasília, DF. **Anais** [...]. Brasília, DF, mar. 1986.

MENDES GONÇALVES, R. B. **Práticas de saúde**: processos de trabalho e necessidades. São Paulo: Centro de Formação dos Trabalhadores em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde, 1992. (Cadernos Cefor, 1 - Série textos).

MENDES-GONÇALVES, R. B. **Medicina e história**: raízes sociais do trabalho médico. 1979. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 1979.

MENDES-GONÇALVES, R. B. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994.

MINAYO, M. C. de S. *et al.* **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 13. ed. São Paulo, SP: Editora Hucitec, 2013.

MOYSES, N. M. N. Políticas de gestão do trabalho no SUS: o desafio sempre presente. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 45, p. 33-41, maio 2010. Disponível em:  
[https://www.portalweb.mpse.mp.br/Caop/Documentos/AbriDocumento.aspx?cd\\_documento=1821](https://www.portalweb.mpse.mp.br/Caop/Documentos/AbriDocumento.aspx?cd_documento=1821). Acesso em: 12 abr. 2021.

NOGUEIRA, R. P. Alternativas de vinculação institucional para os trabalhadores do SUS. *In: FALCÃO, A. et al.* (org.). **Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análises**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. p. 45-58.

NOGUEIRA, R. P. O trabalho em serviços de saúde. *In: SANTANA, J. P.* (coord.). **Desenvolvimento gerencial de unidades básicas do Sistema Único de Saúde (SUS)**. **Nescon Biblioteca Virtual**, Belo Horizonte, p. 59-63, 2010. Disponível em:  
[https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/O\\_trabalho\\_em\\_servico\\_de\\_saude/59](https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/O_trabalho_em_servico_de_saude/59). Acesso em: 9 abr. 2021.

NOGUEIRA, R. P. Problemas de gestão e regulação do trabalho no SUS. **Revista Serviços Social e Sociedade**, 2000. p.14.

NOGUEIRA, R. P.; BARALDI, S.; RODRIGUES, V. de A. Limites críticos das noções de precariedade e desprecarização do trabalho na administração pública. **Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análises**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2004. p. 81-104. v. 2.

OLIVEIRA, M. F. de. **Metodologia científica**: um manual para a realização de pesquisas em administração. Catalão: UFG, 2011. Disponível em:  
[https://adm.catalao.ufg.br/up/567/o/Manual\\_de\\_metodologia\\_cientifica\\_-\\_Prof\\_Maxwell.pdf](https://adm.catalao.ufg.br/up/567/o/Manual_de_metodologia_cientifica_-_Prof_Maxwell.pdf). Acesso em: 21 maio 2019.

PAIM, J. S. **Recursos humanos em saúde no Brasil: problemas crônicos e desafios agudos**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública/USP; 1994.

PEDUZZI, M.; SCHRAIBER, L. B. Processo de trabalho em saúde: gênese do conceito. **Dicionário de Educação Profissional em Saúde**, 2009. p. 320-328. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/protrasau.html>. Acesso em: 5 fev. 2020.

PIERANTONI, C. R. *et al.* **Gestão do trabalho e da educação em saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: Observa RH, 2012. 156 p.

PIERANTONI, C. R. *et al.* Gestão do trabalho no SUS. **Cadernos RH Saúde**, Brasília, DF, v. 3, n. 1, p. 112 – 117, mar. 2006.

PIERANTONI, C. R. Recursos humanos e gerência no SUS. *In*: NEGRI, B.; VIANA, A. L. D'. **O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio**. São Paulo: Sobravime, 2002. p. 609-630.

PIERANTONI, C. R.; VARELLA, T. C.; FRANÇA, T. A formação médica: capacidade regulatória de estados nacionais e demanda dos sistemas de saúde. **Cadernos RH Saúde**, Brasília, DF, v. 3, n. 1, p. 86 – 96, mar. 2006.

PIERANTONI, C. R.; VARELLA; T. C.; FRANÇA, T. Recursos humanos e gestão do trabalho em saúde: da teoria para a prática. **Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análise**. Brasília, DF, v. 2, p. 51-70, 2004.

PINTO, I. C. M. *et al.* De recursos humanos a trabalho e educação na saúde: o estado da arte no campo da saúde coletiva. *In*: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. de. **Saúde coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. p. 611-624.

PINTO, I. C. M.; TEIXEIRA, C. F. Formulação da política de gestão do trabalho e educação na saúde: o caso da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia, Brasil, 2007-2008. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 9, set. 2011.

PIRES, D. Reestruturação produtiva e conseqüências para o trabalho em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 53, n. 2, p. 251-263, abr./jun. 2000. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/dgtGrrvZbR3VRNrsm7qcpJs/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 25 maio 2021.

POCHMANN, M. **Nova classe média?: o trabalho na base da pirâmide social brasileira**. São Paulo: Boitempo, 2012.

SALES, T. B. “A verdade é essa... você se acostumando com a qualidade de vida ruim”: médicos cearenses e o trabalho em mutação. **História e Perspectivas**, Uberlândia, v. 42, p. 49-79, jan./jun. 2010.

SANTOS, L. *et al.* Trabalho e qualificação dos agentes das práticas de saúde SUS. *In*: PAIM, J. (org.). **Sistema Único de Saúde: tudo o que você precisa saber**. São Paulo, 2019. p. 235 - 251.

SCHEFFER, M. *et al.* A expansão de cursos e vagas de graduação. *In*: SCHEFFER, M. **Demografia médica no Brasil 2020**. São Paulo, SP: FMUSP, CFM, 2020. cap 6. p. 96-110.

VIANA, D. L.; MARTINS, C. L.; FRAZÃO, P. Gestão do trabalho em saúde: sentidos e usos da expressão no contexto histórico brasileiro. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 16 n. 1, p. 57-78, jan./abr. 2018.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 3. ed. Porto Alegre: Bookman,

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

## **APÊNDICES**

## **APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA**

### **PERGUNTAS PARA A ENTREVISTA COM GESTOR DO INSTITUTO**

1. Como se caracteriza a natureza jurídica do instituto ACQUA?
2. Você poderia descrever os tipos de contratos que são firmados com a SES/MA?
3. Quais as dificuldades que você poderia destacar em relação aos contratos?
4. Existe algum tipo de dificuldade do instituto na relação com os médicos contratados?
5. Como os médicos são selecionados? Por processo seletivo? Por cooperativas médicas? Outras? Quais?
6. Além das contratações dos médicos, o instituto gerencia também as unidades para qual esses profissionais são contratados?
7. Além da categoria médica, o Instituto faz contratação de outras categorias?
8. O que você poderia destacar para o aperfeiçoamento da relação com a SES MA?

### **PERGUNTAS PARA A ENTREVISTA COM O MÉDICO**

1. Como você avalia a contratação via empresas terceirizadas?
2. Você sente-se confortável no seu atual vínculo de emprego?
3. Ou você preferia ter a estabilidade do concurso público?
4. A empresa para qual você trabalha oferece cursos, algum tipo de qualificação profissional?
4. O que você destacaria como vantagens/facilidades das contratações via concurso público e via empresas terceirizadas?
5. Quais as desvantagens/dificuldades em relação às contratações via concurso público e via empresas terceirizadas?

### **PERGUNTAS PARA GESTOR DA SES**

1. Como é feito o planejamento para a contratação de médicos para as unidades? Como as necessidades são identificadas?
2. Quais as regras para contratação da OS?
3. Nos contratos firmados com as empresas contratantes, como são estabelecidas as metas e os serviços que devem ser prestados?
4. No que tange a contratação dos médicos tem algum aspecto (perfil, qualificação, etc) que a SES define previamente com o Instituto?
5. Existe algum tipo de dificuldade da SES/MA em relação aos contratos com os institutos?

6. Com quantas empresas/institutos a SES/MA possui contratos para contratação de médicos terceirizados? Quais são?

### **PERGUNTAS PARA GESTOR DO HOSPITAL**

1. Como é realizada a gestão do trabalho dos médicos dentro do hospital?
2. Você como gestor, pode destacar as facilidades/vantagens e dificuldades/desvantagens nesses diferentes tipos de vínculos dos médicos, sejam eles estatutários, celetistas, cooperativados ou contratados por Organizações Sociais?
3. Quais os problemas você identifica nas relações com os médicos que atuam no hospital?

## APÊNDICE B – QUADRO COM TRECHOS DA ENTREVISTA

Quadro com trechos da entrevista com os gestores e médicos entrevistados para a pesquisa utilizando as categorias analíticas que seguem: a) Facilidades e vantagens identificadas pelos gestores com as terceirizações; b) Dificuldades e desvantagens identificadas pelos gestores com as terceirizações.

Categorias Analíticas extraídas das entrevistas	Facilidades e vantagens identificadas pelos gestores com as terceirizações.	Dificuldades e desvantagens identificadas pelos gestores com as terceirizações.
Entrevista 1: G1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- esse sistema ele pauta a contratação por meio por meio da seleção da melhor técnica e preço, mas sobretudo prioriza a contratação da melhor técnica;</li> <li>- tem que ter profissionais de saúde no seu corpo diretivo com tal expertise;</li> <li>- dimensionamento da equipe mínima a gente observa todos os direitos trabalhistas, quer seja dentro dos encargos que a gente coloca, tem os encargos sociais, que desses encargos sociais a gente preserva todos os direitos quer sejam férias proporcionais, pagamentos de provisionamentos que são valores proporcionais ao final do contrato de cada profissional deverá ser contemplado este valor para pagar efetivas rescisões, mas além disso, além do salário base que a gente paga, a gente dimensiona também todos os direitos trabalhistas previstos na CLT;</li> <li>- Os médicos são contratados, optam, a categoria opta por serem contratados como prestadores de serviços, por serem prestadores de serviços;</li> <li>- a fiscalização de contratos de médicos que os institutos fazem, a gente verifica por exemplo se está por exemplo sendo respeitado, é as cargas horárias dos médicos que estão sendo registrados nas unidades,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- os médicos não tem recolhimento de direitos trabalhistas;</li> <li>- A secretaria ela não, no contrato da SES com o instituto ela não impõe as regras com relação às contratações;</li> </ul>

<p>Entrevista 2: G2</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- então o estado é muito parceiro, aqui no MA, então você consegue ter esse diálogo, pedir realinhamento do plano de trabalho pra gente poder atingir as metas e poder atender a necessidade particular de cada hospital;</li> <li>- Não temos dificuldades porque todos os médicos tem um contrato, eles tem que seguir, e caso eles não sigam, assim como nós, junto ao estado, eles não recebem. então se tem alguma coisa, Ah não fiz tantos números de consulta, é glosado, aí no próximo mês se não é glosado, no próximo mês eles fazem como se fosse um mutirão, aumenta o número de disponibilidade de consultas, não temos problema;</li> <li>- Todo celetista é contratado por nós, toda a equipe de enfermagem, toda a equipe de fisioterapeuta, multi, administrativo. Regime CLT, com todos os direitos, férias, aviso prévio indenizável, aviso prévio trabalhado, décimo terceiro, tudo já tem porque eles são celetistas;</li> <li>-</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- metas e tem algumas linhas que destinam os valores de serviços, linha para manutenção, linha para RH, linha para diversos centros de custo, a dificuldade que as vezes aparece, foge, por exemplo, parecer médico, foge de algumas linhas de custo que aí dificulta resolver e dá, acaba atrasando alguns serviços pelo fato de não ter uma linha para aquele serviço;</li> <li>- apenas os diretores técnicos são médicos das unidades que são contratados como celetista;</li> <li>- eu contrato o serviço e não o médico diretamente. E nesse serviço é estipulado quantos médicos precisam ter, qual a meta a ser cumprida, então eu não trato direto com o médico, eu trato direto com a empresa;</li> <li>- contratos com o estado são anuais, mas todo ano a gente vai renovando;</li> <li>- Esse negócio de ser anual é complicado, tem estados hoje que praticam contratos de gestão a cada 5 anos que são renovados, pra gente seria mais facil, porque isso dificulta o andamento do processo;</li> <li>-</li> </ul>
<p>Entrevista 3: G3</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- a gestão do trabalho ela é basicamente uma gestão entre uma unidade e um serviço contratualizado com uma pessoa jurídica, então a contratualização desses profissionais é feita a partir de uma empresa jurídica, e essa empresa jurídica é que vão fazer o acompanhamento desse profissional médico;</li> <li>- não temos uma gestão sobre o trabalho do ponto de vista da CLT, o que nós temos é uma gestão de pactuação de metas para que aquela empresa cumpra as metas contratualizadas com o estado e essa contratualização se faz através de uma PJ;</li> <li>- esses grupos de médicos vão organizar sua escala para atingir as metas contratualizadas no seu trabalho, se</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- vantagens elas são muitas para o serviço público quando é tercerizado, porque você tem um contrato de trabalho com uma empresa, não é com uma pessoa. E essa empresa que é contratada para atingir metas, não é aquela pessoa. Então o processo de afastamento de um profissional de saúde médico que por ventura ele precise se afastar das suas atividades a empresa terá que substituí-lo, você não vai ter prejuízo do ponto de vista de atendimento a comunidade. Já para o profissional, que ele é concursado, já muda. Então ele passa a ser um vínculo empregatício com o estado com todos os</li> </ul>

	<p>porventura um profissional desse vier a adoecer, a empresa tem a responsabilidade de fazer a substituição deste profissional, não competindo a unidade essa substituição.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Todos os profissionais médicos do hospital Carlos Macieira para que eles exerçam a sua atividade dentro da unidade eles tem uma qualificação mínima exigida para cada especialidade, que no mínimo é a residência médica ou o título de especialista na área de atuação;</li> <li>- Dentro desta no que refere a plantonista, são só os terceirizados. Nós não temos médicos concursados prestando serviço de plantonista, escala de trabalho de plantão;</li> <li>- Do ponto de vista profissional, o médico de vinculação de trabalho para uma aposentadoria é péssimo; mas do ponto de vista de relações de trabalho para o profissional é muito ruim porque ele perde as suas férias, ele perde seu direito ao décimo terceiro porque ele é contratado pela própria empresa do qual ele é sócio.</li> </ul>	<p>seus direitos trabalhistas que ele tem desse vínculo contratual com o estado;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- hoje a gente não tem mais tantos problemas, a gente muitos problemas anteriormente porque os contratos eram falhos, então como nós conseguimos esclarecer os contratos, colocar metas dentro desses contratos, metas quantitativas e metas qualitativas, a gente deixou bem claro quais são os objetivos dos contratos de trabalho e o prestador tem que cumprir esse contrato de trabalho;</li> <li>- do funcionamento da unidade e de cumprimento de metas mensais, a terceirização com pessoas jurídicas, ela tem um proveito maior do que a realização de concurso público e a abertura de vagas;</li> <li>- esses médicos eles fazem parte dessa empresa, eles são sócios proprietários, porque você une um grupo de médicos, forma uma empresa, e esses médicos viram sócios dessa empresa, então por eles fazerem parte dessa sociedade dessa empresa, eles tem obrigações a cumprir com a empresa, e aí de certa forma, eles trocam plantões, eles adequam a carga horária para substituir um ao outro para que eles não tenham prejuízo do ponto de vista financeiro, E quando o profissional é concursado, todos esses direitos lhe são assegurados pela legislação;</li> </ul>
Entrevista 4: M1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- eu vejo com bons olhos, haja vista as condições, nos dá oportunidade pra gente desempenhar nosso papel, nos mostra também, nos faz ver e enxergar a qualidade dos serviços que a gente presta;</li> <li>- a minha especialidade sim. É como são poucos cirurgões cardíacos, a gente, é normal porque não existe tanta concorrência, não tem preocupação com</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- assim a gente tenta aprimorar, estudar, se dedica muito tempo e uma das coisas que mais assim, acho que para todo trabalhador, é a questão da desvalorização que atrapalha;</li> <li>- No concurso é aquele valor, é aquilo que tem que ser feito. Ao meu ver não é a mesma coisa;</li> <li>- A empresa não oferece qualificação, por conta própria, basicamente;</li> </ul>

	<p>concorrência. A gente se sente mais seguro nesse sentido;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- a gente procura sempre aprimorar, sempre ser o melhor, cada um sempre melhor, e um pensa por tantos agente tem essa questão da família, se um colega, a gente vê que tá fazendo...ta atrapalhando...a gente sabe que não existe aquele, existe todos, a minha visão é essa;</li> <li>- terceirizado tem a perspectiva de você realmente ter um certo acréscimo, aumentar e depender do teu trabalho para conquistar algo a mais;</li> <li>- da pontualidade da coisa, nem sempre agente consegue um patamar um pouco mais acima do que a gente teria, mesmo tendo a segurança para outras coisas e garantias trabalhistas, decimo terceiro, férias;</li> <li>- a terceirização veio pra mim nesse sentido, que eu posso agregar valores, mostra serviço. Se for algo que não vai valer a pena pra mim, tem como negociar e tentar algo mais;</li> <li>- a vantagem é, são as oportunidades... Mais uma oportunidade de trabalho, uma oportunidade de mais um lugar pra eu poder trabalhar e ter uma, digamos mostrar um pouco do meu valor como recursos humanos de trabalho.</li> <li>- acaba sendo mais valorizado e o ponto básico;</li> <li>- valorização, eu vejo como uma vantagem.;</li> <li>- enquanto concurso temos algumas garantias que são dadas pela forma estatutária.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- as terceirizadas e a gente sabe que se a agente não for produtivo você acaba perdendo espaço;</li> <li>- concursado é eu vejo que a gente não depende só da gente pra se desenvolver, para desenvolver o processo de trabalho sim, porque dependendo da área, na minha tem que ter todo uma equipe multidisciplinar envolvida, então muito mais gente ali em cima daquele foco e alguém, por exemplo o cirurgião cardíaco, então todos os outros participantes da cirurgia cardíaca do setor em si, é muita gente e nem sempre há vagas oferecidas para essas pessoas, e quando é terceirizado, você acaba tendo mais chances de trabalho, por mais que a equipe seja grande, vai ter mais oportunidades, mais chances para pessoas entrarem , então eu vejo assim.</li> <li>- desvantagem é essa Se eu adoecer, tiver qualquer problema que me impeça de trabalhar, se eu não tiver uma organização prévia de custos, eu poderia ter alguns problemas até de realmente, entender alguns retornos, seria como, posso te dizer, não seria vantajoso;</li> <li>- inda que você seja sócio da empresa, mas seu ganho é atrelado a sua produção;</li> </ul>
Entrevista 5: M2	-a terceirização ela uma boa alternativa tanto para o estado quanto para os profissionais;	-profissionais concursados existe muita limitação quanto á remuneração e quanto a cobrança do estado, os concursados acabam sendo pessoas muito intocáveis;

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- acaba que quando você é terceirizado você pode ser cobrado como uma empresa privada;</li> <li>- HCM, é um local que o funcionamento do Centro cirúrgico é muito bom, aqui e no hospital do servidor onde sou prestador de serviço, eu tenho muita pouca dor de cabeça, tem uma harmonia muito grande, não existe atraso de pagamento;</li> <li>- funcionamento da CPRE, ele funciona de forma espetacular, quase igual ao primeiro mundo. Pra gente que gerencia tudo, funciona muito bem;</li> <li>- Eu não consigo produzir, o que a gente consegue ganhar não é nem comparável com o que a gente ganha aqui de remuneração;</li> <li>- o serviço terceirizado ele é um serviço muito menos travado, as coisas funcionam muito mais</li> <li>- o que você fatura como terceirizado compensa do que você ganha no serviço concursado. Então ele é muito mais prático, ele é mais flexível com relação à honorário, ele não é travado em tetos e acho que isso é uma grande vantagem da terceirização, a flexibilidade. A flexibilidade com relação a questão financeira? Questão financeira, não só financeira, mas de funcionamento;</li> <li>- quando você acaba terceirizando essa organização, esse fluxo ele funciona muito mais ágil, muito mais efetivamente mais eficiente, entendeu, infinitamente mais eficiente;</li> <li>- você pode fazer um seguro privado, você pode fazer um seguro de vida</li> <li>- a parte trabalhista eu acho que ela seria compensada por um contrato com um valor mais atrativo e menores entraves burocráticos entendeu. Eu acho nesse sentido que a terceirização ela é superior aos concursados, ao funcionalismo público.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- é uma característica do Brasil as terceirizações elas são completamente predatórias</li> <li>- são terceirizações com contratos extremamente frágeis não existe tempo de, não existe cláusula contratual de tempo, por exemplo, para o médico ficar tranquilo ele precisaria ter um contrato de 5 anos e com uma multa rescisória para ele se sentir seguro no trabalho;</li> <li>- Eu trabalho em 5 lugares diferentes, juntando concurso e prestador de serviço, e eu não me sinto confortável em nenhum local que eu trabalho, eu me sinto completamente desvalorizado;</li> <li>- porque o nosso contrato é muito frágil. Então o que me deixa mais desconfortável no hospital HCM é uma possível ingerência política, isso me incomoda;</li> <li>- uma concorrência predatória e nisso a terceirização acaba sendo predatória pro médico entendeu, porque a licitação ela é feita de uma maneira muita das vezes ela não é feita de uma forma republicana, muito honesta, as vezes as melhores equipes são postas de lado em detrimento de outras por questões políticas</li> <li>- entraves do serviço público;</li> <li>- as fragilidades de ingerência política,</li> <li>- a questão trabalhista, eu acho que é uma deturpação. essas questões trabalhistas, todas essas legislações trabalhistas, eu não vejo de uma forma geral com bons olhos, eu acho que é uma ilusão</li> <li>- Hoje em dia os encargos trabalhistas eles compõem o mesmo valor do seu salário entendeu, e não é você quem gerencia isso, é o estado quem está gerenciado isso;</li> <li>- desvantagens das terceirizações é que os contratos eles são extremamente frágeis para as equipes médicas, acaba ocorrendo ingerência política nos hospitais;</li> </ul>
--	---	--

		<p>-o sistema ele está muito frágil e existe uma competição muito predatória né entre as equipes entendeu.</p> <p>- Então eu sou um crítico também ao sistema de concursos públicos, eu sou a favor de um processo mais, de um programa, da criação de programas contratuais de 5 anos, de equipes de 5 anos, um processo seletivo, não precisa nem ser licitação, mas um processo seletivo claro, honesto, mas eu não vejo as coisas caminhando pra isso não.</p>
--	--	--

Legenda:



Vantagens



Desvantagens

**ANEXOS**

## **ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**  
**INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA**  
**PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

### **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – (TCLE)**

Você está sendo convidado (a) a participar como voluntário (a), de uma pesquisa que faz parte do projeto intitulado: **Analisar os efeitos produzidos pelas terceirizações na Gestão do Trabalho na Secretaria Estadual de Saúde do Maranhão.**

Trata-se de uma pesquisa que está sendo desenvolvida durante o Mestrado Profissional em Saúde Coletiva, concentração em Gestão de Sistemas com ênfase em Trabalho e Educação em Saúde, desenvolvido pelo Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

**Autora:** Luiza Samara Abreu Cardoso Carvalho (e-mail: luizasamara17@gmail.com)

**Orientadora:** Prof Dr<sup>a</sup> Isabela Cardoso Pinto

#### **Objetivo Geral**

Analisar os efeitos produzidos pelas terceirizações na gestão do trabalho na Secretaria Estadual de Saúde do Maranhão.

#### **Objetivo Específico**

Caracterizar os tipos de vínculos existentes na Secretaria de Saúde do Estado do Maranhão para contratação de médicos;

Mapear as empresas contratantes e as especificidades dos contratos;

Identificar as facilidades/vantagens e dificuldades/desvantagens das contratações terceirizadas na percepção dos gestores.

**Justificativa(s):** Com a consolidação do SUS tem exigido dos gestores de saúde, nas diferentes esferas, a identificação e a definição de estratégias para enfrentar desafios estruturantes que estão relacionados com a terceirização da força de trabalho e alta rotatividade dos trabalhadores. Partindo desses pressupostos e atuação na Escola de Saúde Pública do Maranhão motivou a realização de um estudo sobre a problemática da gestão do trabalho e da relação entre a fragilidade dos vínculos e a qualidade do serviço prestado. Assim, diante do contexto

apresentado e a relação com as competências da Escola de Saúde Pública do Maranhão, no sentido de apoiar o fortalecimento das práticas no campo de Recursos Humanos; integrar a política de dimensionamento de Recursos Humanos para a consecução de um SUS democrático, equitativo e eficiente, desenvolver treinamento e qualificação permanente de pessoas na saúde no sentido de enfrentar as mudanças e os desafios gerados no desempenho do trabalho diário nos diferentes locais de trabalho do SUS; apresentar projetos de desenvolvimento de gestão de pessoas, com foco no conjunto de iniciativas voltadas para o fortalecimento do SUS.

**Procedimento(s):** A entrevista será realizada exclusivamente pela autora do projeto presencialmente a data e horário serão definidos previamente com o(a) entrevistado(a), após a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do ISC/ UFBA assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) e de acordo com a disponibilidade do participante; respeitará os princípios éticos que regem o trabalho científico (Resolução 466/2012), sendo realizadas de forma não remunerada e voluntária, com duração prevista entre 30 (trinta minutos) a 2 (duas) horas.

**Risco/Desconforto:** compreende-se que toda pesquisa com seres humanos pode acarretar risco e/ou desconforto ao indivíduo ou à coletividade, de maneira imediata ou tardia. Porém, considera-se que os riscos relacionados a essa pesquisa são mínimos, sendo admissíveis, tornando viável para sua efetivação.

A participação dos colaboradores da pesquisa não poderá apresentar riscos físicos, mas em alguns momentos, o(a) entrevistado(a) poderá se sentir desconfortável ou emocionado ao ser entrevistado(a), por envolver situações em que está ou esteve intrinsecamente envolvido(a), o que pode gerar certo grau de ansiedade e/ou outros sentimentos, a variar pelas experiências de cada participante.

Caso se sinta invadido(a) em sua privacidade ou constrangido(a) por um possível desconhecimento no que tange a aspectos didáticos-pedagógicos-metodológicos, o (a) pesquisador(a) acolherá o(a) entrevistado nas suas dificuldades e minimizará o desconforto colaborando para o bem estar do(a) mesmo(a), podendo suspender a entrevista imediatamente, caso perceba qualquer risco de consequência danosa à expressão livre da opinião do entrevistado ou à sua integridade física e mental.

O (A) participante não será obrigado (a) a responder a (s) pergunta (s), principalmente quando considerar ser uma informação muito íntima, desconfortante ou ao entender que não deve se pronunciar.

Para evitar ou minimizar riscos e/ou desconfortos, a pesquisadora compromete-se a realizar a entrevista em ambiente reservado e no tempo previsto, oferecendo as condições necessárias para que o (a) entrevistado (a) sinta-se confortável.

**Benefícios esperados:** Os benefícios desta pesquisa envolvem a importância de demonstrar a relevância da gestão do trabalho, e quanto as contratações terceirizadas não trazem benefícios para o estado, que tem gastos exorbitantes com as Os e OSCIPs, além do profissional não desenvolver vínculos com as instituições que atuam, além de demonstrar que esse trabalhador médico não possui vínculos de direitos sociais garantidos.

**Garantias:** Está garantida plena liberdade ao participante da pesquisa, de recusar-se a participar, responder alguma pergunta se sentir-se desconfortável ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma; também será garantida a disponibilização de todas as informações referentes à pesquisa através de explicações e esclarecimentos de eventuais dúvidas por parte da pesquisadora.

**Sigilo/Privacidade:** Caso você decida participar, os pesquisadores asseguram o sigilo e privacidade durante todas as fases da pesquisa, isto é, ninguém saberá que foi você que concedeu a informação, buscando respeitar a sua integridade intelectual, cultural e social. Para tanto, você será identificado com um código composto por letras e números.

**Uso e guarda do material:** o material será utilizado exclusivamente para o fim a que se destina. A guarda do material coletado está garantida por cinco anos. Após este período, a autora do projeto consultará o participante para decidirem sobre a disponibilização ou destruição.

**Divulgação das informações:** A divulgação e o retorno da pesquisa à comunidade só ocorrerá com o intuito de trazer benefícios ao que tange a produção científica e divulgação de resultados à sociedade, considerando os princípios da não-maleficência.

Você poderá desistir ou anular este consentimento em qualquer fase da pesquisa, conforme resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/12. Caso decida, o questionário respondido por você lhe será devolvido para que dê o destino que julgar necessário, com exclusão das informações por mim prestadas, sem que eu seja submetida a qualquer penalização.

Os pesquisadores e os entrevistados não receberão remuneração pela participação deste estudo. Caso haja alguma dúvida sobre a participação nesta pesquisa, você pode entrar em contato com a pesquisadora através do telefone (98) 98194-9383 ou por meio do e-mail pessoal mencionado acima.

Os (As) participantes da pesquisa receberão 01 (uma) via deste TCLE. A outra via ficará sob posse da pesquisadora, que se compromete a guardá-lo em arquivo com identificação.

Caso você concorde, solicitamos autorização para o uso das informações para fins de construção da dissertação do mestrado, publicação de artigos científicos, divulgação e apresentação em eventos, assim como disponibilização à Escola de Saúde Pública do Maranhão (ESP/MA)/SESMA.

Sendo assim, se você concordar em participar voluntariamente do referido estudo, assine este TCLE, ficando de posse de uma cópia do mesmo.

São Luís, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura do (a) pesquisador(a): \_\_\_\_\_

**ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO**

Eu \_\_\_\_\_ me considero devidamente esclarecido (a) e aceito participar voluntariamente das atividades da pesquisa intitulada Analisar os efeitos produzidos pelas terceirizações na Gestão do Trabalho na Secretaria Estadual de Saúde do Maranhão.

Fui devidamente informado (a) sobre os critérios da minha participação na entrevista, que será realizada por via remota e gravada. Reconheço que tomei conhecimento de que posso retirar meu consentimento a qualquer momento da pesquisa, caso me sinta constrangido (a) durante a sua realização, sem que isto leve a nenhuma penalidade.

Estou ciente da justificativa para realização da pesquisa e dos benefícios que os resultados poderão proporcionar a Gestão do Trabalho da Secretaria Estadual de Saúde do Maranhão.

Sei que minha identidade será mantida em sigilo e que os dados da pesquisa serão arquivados por um período de dez anos e que, vencido esse tempo, serei consultado (a) sobre o interesse em ficar com o material ou liberá-lo para ser destruído.

Fui também esclarecido (a) que os dados poderão ser divulgados em eventos científicos e revistas nacionais e internacionais, assim como apresentados em eventos e disponibilizados à ESP/MA/SESMA. Também declaro ter conhecimento de que não terei nenhum tipo de ônus e que não receberei benefícios financeiros participando desta pesquisa, estando as despesas do projeto a cargo da pesquisadora.

Ratifico que minha participação é voluntária, o meu consentimento para participar da pesquisa foi de livre decisão, não tendo sofrido nenhuma influência ou interferência da pesquisadora; de que poderei solicitar rever informações que forneci na entrevista, estando livre para corrigir parte do que foi dito por mim. Também estou ciente de que poderei me recusar a continuar participando do estudo a qualquer momento sem causar nenhum prejuízo à minha pessoa e profissão.

Este termo de consentimento livre e esclarecido será assinado por mim em duas vias, com o compromisso de a pesquisadora disponibilizar cópia do mesmo para meu controle.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Assinatura do (a) participante:

\_\_\_\_\_

Assinatura da pesquisadora:

---

Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/ISC/UFBA – Av. Basílio da Gama, s/n, 2º andar, Canela,  
Salvador-BA, CEP: 41.110-040. Tel: (71) 3283-7419 - E-mail: cepisc@ufba.br

## ANEXO C – PARECER CONSUBISTANCIADO

UFBA - INSTITUTO DE SAÚDE  
COLETIVA DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DA BAHIA



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Analisar os efeitos produzidos pelas terceirizações na Gestão do Trabalho na Secretaria Estadual de Saúde do Maranhão

**Pesquisador:** LUIZA SAMARA ABREU CARDOSO CARVALHO

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 39407620.4.0000.5030

**Instituição Proponente:** Instituto de Saúde Coletiva - UFBA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 4.371.761

#### Apresentação do Projeto:

O SUS é um dos maiores sistemas públicos do mundo, e deve ser compreendido como um processo social e de cidadania. A sustentabilidade do SUS está diretamente relacionada com os trabalhadores, cujo potencial estratégico para a efetividade do sistema é fator essencial para o alcance das respostas às necessidades de saúde da população.

#### Objetivo da Pesquisa:

- Analisar os efeitos produzidos pelas terceirizações na gestão do trabalho na Secretaria Estadual de Saúde do Maranhão.
- Caracterizar os tipos de vínculos existentes na Secretaria de Saúde do Estado do Maranhão para contratação de médicos;
- Mapear as empresas contratantes e as especificidades dos contratos;
- Identificar as facilidades/vantagens e dificuldades/desvantagens das contratações terceirizadas na percepção dos gestores.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Para o risco desta pesquisa, compreende-se que toda pesquisa com seres humanos pode acarretar risco e/ou desconforto ao indivíduo ou à coletividade, de maneira imediata ou tardia. Porém, considera-se que os riscos relacionados a essa pesquisa são mínimos, sendo admissíveis, tornando viável para sua efetivação.

**Endereço:** Rua Basílio da Gama s/n

**Bairro:** Canela

**UF:** BA

**Telefone:** (71)3283-7419

**Município:** SALVADOR

**CEP:** 40.110-040

**E-mail:** cepisc@ufba.br

UFBA - INSTITUTO DE SAÚDE  
COLETIVA DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DA BAHIA



Continuação do Parecer: 4.371.761

A participação dos colaboradores da pesquisa não poderá apresentar riscos físicos, mas em alguns momentos, o(a) entrevistado(a) poderá se sentir desconfortável ou emocionado ao ser entrevistado(a), por envolver situações em que está ou esteve intrinsecamente envolvido(a), o que pode gerar certo grau de ansiedade e/ou outros sentimentos, a variar pelas experiências de cada participante. Caso se sinta invadido(a) em sua privacidade ou constrangido(a) por um possível desconhecimento no que tange a aspectos didáticos-pedagógicos-metodológicos, o (a) pesquisador(a) acolherá o(a) entrevistado nas suas dificuldades e minimizará o desconforto colaborando para o bem estar do(a) mesmo(a), podendo suspender a entrevista imediatamente, caso perceba qualquer risco de consequência danosa à expressão livre da opinião do entrevistado ou à sua integridade física e mental.

O (A) participante não será obrigado (a) a responder a (s) pergunta (s), principalmente quando considerar ser uma informação muito íntima, desconfortante ou ao entender que não deve se pronunciar. Para evitar ou minimizar riscos e/ou desconfortos, a pesquisadora compromete-se a realizar a entrevista em ambiente reservado e no tempo previsto, oferecendo as condições necessárias para que o (a) entrevistado (a) sintase confortável.

Os benefícios desta pesquisa envolvem a importância de demonstrar a relevância da gestão do trabalho, e quanto as contratações terceirizadas não trazem benefícios para o estado, que tem gastos exorbitantes com as Os (Organizações Sociais) e OSCIP (Organizações da Sociedade Civil de Direito Público), além do profissional não desenvolver vínculos com as instituições que atuam, além de demonstrar que esse trabalhador médico não possui vínculos de direitos sociais garantidos.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de um estudo qualitativo e exploratório do tipo estudo de caso sobre a contratação dos médicos terceirizados, levando em consideração as diretrizes da gestão do trabalho e educação em saúde.

A análise dos dados é qualitativa. Este tipo de estudo possibilita aumentar o conhecimento do pesquisador sobre os fatos, permitindo a formulação mais precisa de problemas. A produção dos dados envolve pesquisa bibliográfica, análise documental e entrevistas semiestruturadas com informantes chave em amostragem intencional, com base em roteiro previamente estabelecido.

A população de estudo será constituída pelos atores envolvidos no processo de contratação dos médicos. Logo se constitui como população dessa pesquisa, os técnicos e gestores do Setor de Supervisão de Recursos Humanos da Secretaria Estadual de Saúde do Maranhão, além dos gestores

Endereço: Rua Basílio da Gama s/n

Bairro: Canela

CEP: 40.110-040

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3283-7419

E-mail: cepisco@ufba.br

UFBA - INSTITUTO DE SAÚDE  
COLETIVA DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DA BAHIA



Continuação do Parecer: 4.371.761

responsáveis pela contratação de pessoal da REDE, e dos institutos ACQUA, INVISIBLE, EMSEH.

Para a produção dos dados, as fontes documentais serão os contratos, relatórios, atas e documentos institucionais pertinentes. Como fonte primária um conjunto de entrevistas semiestruturadas serão realizadas com os principais gestores do(s) setor(es) envolvidos na pesquisa. Todos os documentos serão catalogados em uma planilha eletrônica, contendo as seguintes categorias: a) código de identificação atribuído ao documento; b) referência completa; c) especificação da origem do documento (setor da SES); d) tipo de documento; e) resumo das principais questões abordadas; f) apreciação preliminar.

Será construída matriz de análise contendo as seguintes informações: tipos de vínculos existentes na SES/MA para a categoria médica e relação das empresas contratadas para gerenciar os serviços. Para a análise dos contratos de gestão a matriz deve conter as informações extraídas do instrumento que permitam analisar os aspectos referentes aos profissionais de saúde.

As entrevistas serão gravadas após assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, transcritas na íntegra e lidas em profundidade para identificação de núcleos de sentido. Em seguida, estes núcleos de sentidos permitirão categorização pré-estabelecida conforme elementos do referencial teórico e, então, permitirá análise de conteúdo. Para a realização das entrevistas, algumas medidas sanitárias deverão ser adotadas com o objetivo de evitar a contaminação pela COVID-19, visto que as mesmas acontecerão de forma presencial.

As entrevistas serão realizadas em locais com ventilação, o entrevistado/participante e entrevistador/pesquisador farão uso de máscaras e manterão o distanciamento de 1,5 m, será utilizado à 70% para higienização das mãos e desinfecção de possíveis objetos e superfícies utilizados no momento da entrevista.

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

O protocolo de pesquisa apresenta os itens necessários à apreciação do Comitê de Ética:

Folha de rosto assinada, Descrição da pesquisa, Declaração assinada de compromisso ético da equipe, Cronograma atualizado, Orçamento e declaração de custeio com recursos próprios, TCLE para entrevista, Solicitação de termo de anuência da Secretaria de Saúde do Maranhão, Lattes dos pesquisadores

**Recomendações:**

Não foram detectadas.

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

Após a obtenção do termo de anuência, recomendo a APROVAÇÃO do projeto.

Endereço: Rua Basílio da Gama s/n  
Bairro: Canela CEP: 40.110-040  
UF: BA Município: SALVADOR  
Telefone: (71)3283-7419 E-mail: cepiso@ufba.br

**UFBA - INSTITUTO DE SAÚDE  
COLETIVA DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DA BAHIA**



Continuação do Parecer: 4.371.761

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva – UFBA analisou, na sessão do dia 27 de outubro de 2020 o processo nº 049/20 referente ao projeto de pesquisa em tela.

Na análise realizada o projeto atendeu de forma adequada e satisfatoriamente às exigências das Resoluções nº 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

A pesquisadora assume o compromisso de aguardar a liberação de anuência da instituição para início da pesquisa, condicionada à liberação previa deste CEP.

Assim, mediante a importância social e científica que o projeto apresenta e a sua aplicabilidade e conformidade com os requisitos éticos, somos de parecer favorável à realização do projeto, classificando-o como APROVADO.

Solicita-se a/o pesquisador/a o envio a este CEP de relatórios parciais sempre quando houver alguma alteração no projeto, bem como o relatório final.

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

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1644748.pdf	22/10/2020 08:38:08		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetomestradoultimosajustes.pdf	22/10/2020 08:37:44	LUIZA SAMARA ABREU CARDOSO CARVALHO	Aceito
Outros	declaracaopesquisadores.pdf	21/10/2020 16:40:23	LUIZA SAMARA ABREU CARDOSO CARVALHO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.pdf	21/10/2020 16:39:24	LUIZA SAMARA ABREU CARDOSO CARVALHO	Aceito
Outros	declaracaonaocooperacaoestrangeria.pdf	21/10/2020 16:30:56	LUIZA SAMARA ABREU CARDOSO CARVALHO	Aceito
Outros	resumodoprojeto.pdf	21/10/2020 15:25:24	LUIZA SAMARA ABREU CARDOSO CARVALHO	Aceito
Orçamento	financiamentoproprio.pdf	21/10/2020 15:22:59	LUIZA SAMARA ABREU CARDOSO CARVALHO	Aceito
Declaração de Instituição e	termodeanuenciases.pdf	21/10/2020 15:20:39	LUIZA SAMARA ABREU CARDOSO	Aceito

Endereço: Rua Basílio da Gama s/n

Bairro: Canela

CEP: 40.110-040

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3283-7419

E-mail: cepiso@ufba.br

UFBA - INSTITUTO DE SAÚDE  
COLETIVA DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DA BAHIA



Continuação do Parecer: 4.371.761

Infraestrutura	termodeanuenciases.pdf	21/10/2020 15:20:39	CARVALHO	Aceito
Cronograma	cronogramadeexecucao.pdf	21/10/2020 15:19:40	LUIZA SAMARA ABREU CARDOSO CARVALHO	Aceito
Outros	curriculoisabela.pdf	21/10/2020 15:18:46	LUIZA SAMARA ABREU CARDOSO CARVALHO	Aceito
Outros	Curriculosamara.pdf	21/10/2020 15:15:18	LUIZA SAMARA ABREU CARDOSO CARVALHO	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto_.pdf	07/10/2020 13:58:40	LUIZA SAMARA ABREU CARDOSO CARVALHO	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

SALVADOR, 30 de Outubro de 2020

Assinado por:

Alcione Brasileiro Oliveira Cunha  
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Basílio da Gama s/n

Bairro: Canela

CEP: 40.110-040

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3283-7419

E-mail: cepisc@ufba.br