

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA - UFSM
UNIVERSIDADE ABERTA DO BRASIL – UAB
CAMPUS DE PALMEIRA DAS MISSÕES
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DE ORGANIZAÇÃO
PÚBLICA EM SAÚDE

Lara Monteiro Schuck

**INSERÇÃO DE TERCEIRIZAÇÕES E PROCESSOS PRIVATIZANTES
NA SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA: UMA REVISÃO NARRATIVA**

Picada Café, RS

2018

Lara Monteiro Schuck

**INSERÇÃO DE TERCEIRIZAÇÕES E PROCESSOS PRIVATIZANTES NA SAÚDE
PÚBLICA BRASILEIRA: UMA REVISÃO NARRATIVA**

Artigo apresentado ao Curso de Especialização em Gestão de Organização Pública em Saúde (EaD), da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Especialista em Gestão de Organização Pública em Saúde.**

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria da Graça Porciúncula Soler

Picada Café, RS

2018

Lara Monteiro Schuck

**INSERÇÃO DE TERCEIRIZAÇÕES E PROCESSOS PRIVATIZANTES NA SAÚDE
PÚBLICA BRASILEIRA: UMA REVISÃO NARRATIVA**

Artigo de Conclusão apresentado ao Curso de Especialização em Gestão de Organização Pública em Saúde (EaD), da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Gestão de Organização Pública em Saúde.

Aprovado em 14 de julho de 2018:

Maria da Graça Porciúncula Soler, Dra. (UFSM)

(Presidente/Orientadora)

Alice do Carmo Jahn, Dra. (UFSM)

Ethel Bastos da Silva, Dra. (UFSM)

Picada Café, RS

2018

Inserção de terceirizações e processos privatizantes na saúde pública brasileira: uma revisão narrativa

Lara Monteiro Schuck¹

RESUMO

Desde sua criação, o Sistema Único de Saúde (SUS) sofre transformações que vem permitindo, paulatinamente, a inserção de terceirizações e processos privatizantes, os quais afetam a política pública brasileira. O presente estudo objetivou, através de uma revisão narrativa da literatura, compreender esta inserção sob o prisma de duas categorias: "Descentralização e Programa Saúde da Família" e "Vínculos Trabalhistas". A partir da busca em bases de dados indexadas e não indexadas, encontrou-se 145 estudos, sendo selecionados vinte para compor as categorias citadas. Como principais achados, destacam-se o papel da descentralização da gestão do SUS e a flexibilização de vínculos trabalhistas como pontos nodais para a inserção de processos privatizantes e de organizações de terceiro setor, que têm fragilizado princípios e diretrizes como longitudinalidade; integralidade; autonomia; universalidade; e controle social. Conclui-se pela necessidade da gestão pública em saúde atentar-se para as lógicas que contextualizam as decisões nesse âmbito, pautando sua atuação pela ética e comprometimento com os ideários do SUS.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde; Privatização; Descentralização; Saúde do Trabalhador.

Insertion of outsourcing and privatization processes in Brazilian public health: a narrative review

ABSTRACT

Since its inception, the Unified Health System (SUS) undergoes transformations that have gradually allowed the insertion of outsourcing and privatization processes, which affect Brazilian public policy. The present study aimed to understand this insertion under the prism of two categories: "Decentralization and Family Health Program" and "Labor Bonds". From the search of indexed and non-indexed databases, 145 studies were found. Twenty were selected to compose the mentioned categories. The main findings are the decentralization of SUS management and the flexibilization of labor relations as nodal points for the insertion of privatization processes and third sector organizations, which have weakened principles and guidelines such as longitudinality; integrality; autonomy; universality; and social control. It is concluded that the public health management needs to be attentive to the logics that contextualize the decisions in this scope, guiding its action through ethics and commitment to the SUS's ideas.

Keywords: Health Unic System; Privatization; Decentralization; Worker's health.

¹ Psicóloga. Prefeitura Municipal de Alvorada – RS. Especialista em Saúde da Família e Comunidade pela Residência Integrada em Saúde – Grupo Hospitalar Conceição. Graduada pela Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA).

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem sua concepção ligada diretamente às reivindicações de diversos atores (movimentos sociais, partidos políticos, classe trabalhadora, usuários, movimentos acadêmicos etc) por garantias de direitos sociais. Tornou-se, finalmente, agenda na VIII Conferência Nacional de Saúde, e teve seu desenho materializado, principalmente, na Lei 8080/1990 (BRASIL, 1990a). Fez parte de um dos maiores e mais complexos movimentos sociais, em andamento até hoje: a Reforma Sanitária Brasileira (MENICUCCI, 2010). A Reforma Sanitária, por sua vez, envolve um conjunto de práticas democratizantes que vão além da dimensão técnica, estando comprometida com a transformação social, em suas dimensões econômica, política, cultural e simbólica (DA SILVA; FRANÇA JUNIOR, 2015).

A luta por um Sistema de Saúde efetivamente público, universal e gratuito rendeu frutos - a lei 8080 é clara quanto à determinação da organização social e econômica do país para a manutenção de níveis de saúde adequados. Ainda, tem por princípios e diretrizes, dentre outros, a universalidade de acesso em todos os níveis de assistência; a integralidade da atenção (com articulação entre as ações e entre os níveis de complexidade); a preservação da autonomia das pessoas; a descentralização da atenção, potencializando o território e os espaços municipais; e a participação comunitária, regulamentada posteriormente pela Lei 8142/1990 (BRASIL, 1990b).

Estes princípios e diretrizes viabilizam-se a partir do entendimento de que é papel do Estado organizar o SUS, disponibilizando os recursos materiais e humanos para dar conta das necessidades de saúde da população brasileira. Nesse sentido, a legislação permite a participação complementar da iniciativa privada somente quando “suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área” (BRASIL, 1990a, p. 11). Quando esta participação complementar se fizer necessária, está prevista a formalização via contrato ou convênio, observando as normas de direito público. Esta definição garante o controle, pelo Estado, de todo o processo de assistência à saúde, mesmo quando desempenhada por serviços privados.

Entretanto, o surgimento do SUS foi fortemente marcado pela ascensão de reformas de Estado de cunho neoliberal (CAMPOS; VIANA; SOARES, 2015; LIANDA, 2017; DE MORAIS ET AL, 2018). O traço neoliberal que se inaugura na política econômica brasileira, do final dos anos 80 e ao longo da década de 90, marcado por fortes

influências externas de tendência à mercantilização de setores Estatais, atravessa o texto Constitucional da Política de Atenção à Saúde no Brasil (MENICUCCI, 2010). Toda a herança do modelo assistencial em saúde e a própria inserção do SUS no sistema capitalista não permitiram que o texto constitucional se desse de outra forma, que não atravessado por estas questões (MENICUCCI, 2010).

A divulgação do “espírito do capitalismo” por órgãos como o Banco Mundial (BM) e o Fundo Monetário Internacional (FMI), realizada a partir de acordos e documentos de orientação técnica gerados naquela época, foi eficiente na afirmação de uma economia de mercado globalizada, acabando por colonizar de modo amplo a vida individual e coletiva em países como o Brasil. Uma das principais formas de colonização, para Bernardo, Verde e Pizzon (2013), é a redução do papel do Estado e a crescente ascensão do mercado nas funções antes consideradas essencialmente Estatais. A Reforma do Aparelho de Estado, realizada no Brasil nos anos 90, orientada pelo Banco Mundial e pelo FMI, objetivou subverter o papel Estatal, passando este de promotor do desenvolvimento econômico e social para mero regulador de relações.

O Plano Diretor desenvolvido no Brasil, resultante dessa Reforma, aponta que serviços como a saúde são atividades Estatais não exclusivas, abrindo caminho para confecção de Parcerias Público-Privadas para gerir direitos de cidadania (DE MELLO ET AL, 2009; DOS SANTOS, 2012). Lianda (2017; apud SOARES, 2010) realiza uma retomada das especificidades do setor saúde nos desdobramentos da Reforma de Estado, chamada também de contrarreforma: esta se deu de maneira fragmentada, experimental e diluindo-se dentro do SUS, gerando precarização do desenvolvimento da rede de saúde e de seu crescimento, logo após sua criação. Com isso, os princípios do SUS são deturpados e utilizados para justificar processos privatizantes.

A década de 90, para o mercado de trabalho brasileiro, foi marcada por flexibilização, desemprego e aumento do trabalho informal. A área da saúde pública também sofreu esse revés; no entanto, devido à exigência legal de novos equipamentos de saúde, composição de novas equipes, e até mesmo criação de novos postos de trabalho (como o Agente Comunitário de Saúde, por exemplo), o setor saúde caminhou em uma direção paradoxalmente contrária. Entretanto, por estar dentro da Administração Pública, que sofria a Reforma do Aparelho de Estado, realizou seu crescimento de maneira precária, com vínculos trabalhistas frágeis, através do pouco investimento no que se referia à capacitação e treinamento. Esse cenário ocorre justamente em um momento de institucionalização do SUS, em que ter trabalhadores

comprometidos com seus ideários se faziam tão necessário (TAVEIRA, 2010). As décadas de 80 e 90 foram também de proliferação de novos municípios, que foram se emancipando e sendo criados sem a respectiva organização econômica e social sustentáveis, que dessem conta de implantar a política do SUS de maneira plena, afetando a inserção dos profissionais neste processo de descentralização e municipalização (TAVEIRA, 2010).

Quando o bem é a saúde, categorizar o que é do âmbito público e privado é complexo, sendo muito difícil, porém fundamental, compreender onde cabem público e privado no processo saúde-adoecimento e, a partir disso, quais os rumos do SUS no país (BAHIA, 2010). É importante, a esta altura, estabelecer a definição de “privatização” a ser utilizada no presente estudo. Até o início dos anos 90, era bastante claro o limite entre o que era público - Estatal - e o que era privado - não Estatal. A privatização, segundo de Moraes (2018), é a transferência das funções e responsabilidades do setor público, completamente ou em parte, para o setor privado, em que o Estado abdica destas de diferentes formas, seja incentivando a participação do setor privado (via isenções fiscais ou subsídios), ou vendendo suas estatais.

É importante, também, demarcar o conceito de “privatização ativa”, do mesmo autor, que é o processo gradativo de um governo para incentivar a participação do setor privado. As Organizações Sociais de Saúde, por exemplo, no Brasil, têm caminhado nessa direção, já que não somente o governo permite que o setor privado participe da execução da política de saúde, como estabelece suas bases e viabiliza-a através de incentivos financeiros, estimulando a formação de um mercado interno na saúde respaldado legalmente. Inaugura-se um atravessamento do público com o privado, em que existem instituições públicas que prestam serviços privados e instituições privadas que atendem à coisa pública, gerando um ocultamento do privado no público e do público no privado (BAHIA, 2010).

A relação público-privado tem se acirrado ao longo dos anos, culminando com a aprovação da PEC 55/2016, que limita os gastos públicos, “congelando-os” por 20 anos. Entretanto, isso é resultado de um longo processo de desinvestimentos graduais no financiamento da saúde pública. Ainda, percebe-se um aumento de investimento apenas para a média e alta complexidade, onde há consumo de serviços e produtos de alta densidade tecnológica, o que também movimentou um mercado privado específico e cada vez mais rentável (CAMPOS; VIANA; SOARES, 2015). No entanto, ainda existem poucos estudos sobre as implicações políticas e sociais da confluência entre público e privado na

gestão e execução dos serviços de saúde (DA SILVA; FRANÇA JUNIOR, 2015). A partir de todos esses nós críticos que atravessam a efetivação dos princípios e diretrizes do SUS, o objetivo do presente estudo é compreender a inserção do terceiro setor e de políticas privatizantes na saúde pública.

MÉTODO

Realizou-se uma revisão narrativa da literatura. Essa metodologia caracteriza-se por buscar responder a uma questão ampla, permitindo descrever e discutir o ‘estado da arte’ de determinado assunto. Nesse sentido, a busca por dados ocorre de maneira mais aberta, possibilitando ao autor realizar sua busca em diversas fontes de informações (ENFERMAGEM, 2007). Embora não exista a necessidade de sistematização mais estruturada para seu desenvolvimento, optou-se por descrever, no presente estudo, o percurso delineado, o qual levou aos resultados a serem apresentados e discutidos, a fim de permitir atualizações futuras. Optou-se por esta metodologia justamente por não haver muitos estudos com maior detalhamento sobre a temática, a fim de se obter um “estado da arte”. Além disso, é um assunto que gera múltiplas ramificações e tem suas questões constantemente atualizadas conforme são editadas novas legislações e resoluções que favorecem a entrada de processos privatizantes na saúde pública. Por ser uma revisão narrativa, a busca foi realizada tanto nas bases de dados Scielo, BVS Saúde Pública e Biblioteca de Saúde Pública FIOCRUZ, quanto através de buscas abertas na internet a fim de localizar estudos não indexados, que pudessem trazer atualizações para a escrita.

Como descritores, utilizou-se os termos “SUS”; “Sistema Único de Saúde”; “Privatização” e “Terceirização”. Foram encontrados 145 estudos, cujos títulos e resumos foram analisados, sendo selecionados 36 estudos para leitura completa. Os critérios para seleção desses envolveram disponibilidade de acesso ao texto completo; artigo redigido em português; temática que abordasse o objetivo do presente estudo de alguma maneira. Foram excluídos textos que trouxessem definições divergentes da adotada pela autora sobre privatização; textos que não versassem sobre o SUS; textos em outros idiomas; publicações do tipo resenha ou escrita reflexiva, ou seja, que não contivessem uma metodologia de pesquisa. Os 36 estudos foram revisados por completo, de maneira exploratória, a fim de se compreender de que forma a interlocução proposta por essa revisão era abordada, sem categorias pré-definidas.

A leitura dos textos foi realizada até se chegar à saturação da temática, ou seja, até o momento em que os dados levantados tornaram-se repetitivos. Para o presente estudo, foram escolhidos 20 artigos, utilizando-se como critérios apresentar texto completo em português; apresentar embasamento teórico que permitisse identificar o posicionamento dos autores quanto a processos privatizantes na saúde; ser uma revisão bibliográfica crítica ou um estudo exploratório; desenvolver análise sobre pontos específicos dentro do tema do presente estudo. Estudos de análise geral sobre as privatizações/terceirizações também foram excluídos. Tendo como norte a identificação de pontos críticos de inserção do terceiro setor e de políticas privatizantes na saúde pública, o presente estudo dividiu os achados em duas categorias, a partir dos temas mais mencionados pelos autores revisados. São elas “Descentralização e Programa Saúde da Família” e “Vínculos Trabalhistas e Terceirização”. Os resultados serão apresentados e respectivamente discutidos, portanto, nestas categorias.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

1. Descentralização e Programa Saúde da Família

Esta categoria retoma a importância histórica da descentralização da gestão e das ações em saúde para a efetivação dos princípios do SUS, incluindo-se aí o papel fundamental do Programa/Estratégia Saúde da Família para a consolidação da atenção básica. Ao mesmo tempo, identificam estes dois itens como os que mais sofreram fragilizações em termos da inserção do terceiro setor e de processos privatizantes na saúde pública. Foram revisados 09 estudos que embasaram essa categoria (TRALDI, 2003; DO NASCIMENTO, 2005; VERDE; BERNARDO, 2012; ASSIS; ALVES; DOS SANTOS, 2008; DA SILVA; FRANÇA JUNIOR, 2015; JUNQUEIRA ET AL, 2010; TERRES, 2014; BERNARDO; VERDE; PIZZON, 2013; CAMPOS; VIANA; SOARES, 2015).

A Descentralização é um dos mais importantes princípios do SUS. Ela significa a elaboração e execução de políticas de saúde centradas nas necessidades de cada contexto social e regional, com possibilidades de fiscalização in loco. Ainda, transfere, teoricamente, maior poder para os municípios e exige destes, também, a maior parcela de financiamento do SUS - 15%. A descentralização da administração, através da municipalização, fez parte de uma luta histórica dos defensores do SUS, por compreenderem que, quanto mais próximos das realidades dos territórios, melhor os gestores poderão compreender as necessidades em saúde e articular a rede para atendê-las.

Os autores Do Nascimento (2005), Assis, Alves e dos Santos (2008), Verde e Bernardo (2012) e da Silva e França Junior (2015), retomam esta temática em seus respectivos estudos, em diferentes anos, o que mostra sua relevância para compreender a inserção da terceirização na saúde pública. Afirmam que, em 1994, a criação do Programa Saúde da Família (PSF), juntamente das Normas Operacionais Básicas (NOBs) e Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOASs) editadas naquela década, colocaram para os municípios o desafio de ofertar e organizar toda a rede de atenção básica municipal, dando cobertura coerente com o número de habitantes e com as necessidades em saúde específicas de cada realidade. Para isso, necessitava de um grande contingente de trabalhadores novos no sistema.

Neste mesmo contexto, é editada a Lei de Responsabilidade Fiscal, que restringe o “gasto” com pessoal em 51% dos orçamentos públicos, sem haver rubrica específica para políticas públicas como a saúde. Para os autores revisados, isso induz, de certa maneira, a terceirização das contratações. Com a promulgação dessa lei e suas respectivas “brechas”, amparando-se pela própria orientação neoliberal que tem regido a gestão pública (principalmente desde os anos 1990), o poder público municipal, de maneira geral, inicia parcerias com empresas terceirizadas, como forma de enfrentamento desta questão de maneira isolada.

A partir do exposto, Traldi (2003) aponta que esta mesma descentralização pode restringir os municípios - principalmente os de pequeno porte - a ofertar somente o cardápio básico do primeiro nível de atenção, deixando aos estados a gestão dos demais níveis de atenção (média e alta complexidade, historicamente os maiores espaços de presença do setor privado). Isso vira um problema, com a crescente terceirização principalmente dos serviços ambulatorial e hospitalar, dando abertura para a existência de um “subsistema” de saúde dentro dos municípios, exigindo pactos e contratos entre terceirizadas e o SUS, fragilizando a rede e burocratizando o cuidado. A Norma Operacional Básica (NOB) 01-96, que abre esse precedente, representa um retrocesso, segundo os autores revisados, ao modelo vigente nos anos 60, pois centra no médico clínico os investimentos em saúde. Esta NOB coloca para os gestores a obrigatoriedade somente de um cardápio básico e mínimo de oferta de ações, liberando para OSs e setores privados competirem pelos níveis ambulatorial e especializado. Isso separa a gestão da atenção básica do restante da rede.

Campos, Viana e Soares (2015), nesse sentido, apontam a contradição existente: para os autores, a descentralização é o único princípio do SUS que se efetiva, pois é o

único que não colide com o ideário neoliberal. Com a descentralização, o Estado, por ser o detentor de recursos financeiros importantes de repasse, logra-se a um indutor de políticas, o que se exemplifica pela massiva adesão do Programa/Estratégia Saúde da Família pelos municípios. Indo na contramão de uma universalização de fato, a Estratégia Saúde da Família forja-se cada vez mais em ações programáticas, focalizadas nas populações “SUS-dependentes”, reforçando o estigma de SUS para pobres, uma das faces do sistema, cada vez mais presente. Prova disso é que grupos prioritários foram definidos na NOB-96, a mesma que estabelece as bases para um novo modelo de atenção à saúde.

Dentre os problemas encontrados especificamente no Programa Saúde da Família, podem-se citar: formas heterogêneas de contratação; infraestrutura desigual na construção do mesmo tipo de equipamento de saúde em diferentes locais, com inadequações e precariedade estrutural; sobrecarga de trabalho; diferentes estilos de gestão das Equipes de Saúde da Família (ESF); conflitos entre ESF e poderes locais/ iniciativa privada/ população (JUNQUEIRA ET AL, 2010). A terceirização via publicização (transferência de responsabilidades para um setor público não estatal) atrai OSs que, por terem interesses privados e poderem atuar onde preferirem, reforçam um dos mais graves problemas do SUS atualmente - a concentração de oferta de serviços nos grandes centros urbanos, ou seja, contribuem para a inequidade do sistema. Um paradoxo, quando um dos seus princípios/diretrizes é justamente a equidade no cuidado em saúde. Traldi (2003) relata que isso ocorre, pois gera mais retorno financeiro, para as OSs, estar na vitrine dos grandes centros urbanos. Já a política pública executada pelo Estado não tem poder de escolha sobre a localidade, deve atuar mais onde mais se necessita.

Terres (2014) analisou o caso do IMESF (Instituto Municipal da Estratégia Saúde da Família) em Porto Alegre. O Conselho Municipal de Saúde do município - instância deliberativa do SUS, ou seja, com poder decisório - havia aprovado a Resolução 37/2008, que adotava a Estratégia Saúde da Família no município, e que os servidores da atenção básica deveriam ser estatutários. Ignorando tal resolução, a gestão municipal aprovou, arbitrariamente, a terceirização da atenção básica para uma Fundação (IMESF), o que gerou um impasse entre estes segmentos do Controle Social, que persiste até hoje. O Conselho Municipal de Saúde entende a terceirização como um modo de precarização dos serviços e das relações trabalhistas, pois retira do Estado a obrigação constitucional de fornecer um direito social adquirido. Nesse estudo também é apontada, como nos

outros revisados, a pouca voz que têm tido os Conselhos de Saúde nos municípios quanto a esta questão.

Todos os textos revisados para compor essa categoria de análise colocam a descentralização, então, como um componente tanto fundamental quanto prejudicial, ao mesmo tempo, para a efetivação do SUS; fala-se em prejuízos, pois abriu caminho justamente para diversas vinculações trabalhistas e parcerias com OSs e OSCIPs. Apesar da descentralização, municipalização e implementação do PSF terem favorecido a inversão na ordem das contratações de trabalhadores federais para contratar uma imensa maioria de trabalhadores municipais, a gestão de recursos humanos foi uma das dimensões que mais sofreu desregulamentação desde o surgimento do SUS. Outros estudos ainda observam que, mesmo nos municípios em que ainda impera a gestão em saúde por administração direta e via concursos públicos, observam-se lógicas privatizantes na condução do processo de trabalho (BERNARDO; VERDE; PIZZON, 2013). Ou seja, a privatização ocorre em diferentes níveis.

2. Vínculos trabalhistas

Esta categoria aborda outro ponto fundamental para compreender a inserção de processos de terceirização/privatização na saúde pública, que é a configuração das relações trabalhistas no setor. Esta relação se dá tanto pela adoção de vínculos trabalhistas regidos pela lógica privada - sendo que a orientação para o trabalho no SUS seria a contratação via concursos públicos; quanto pela adoção de lógicas privatizantes no funcionalismo público. Segundo os autores dos 14 estudos revisados, os quais subsidiaram a composição dessa categoria, ambos os pontos citados fragilizam a efetivação dos princípios e diretrizes do SUS (ASSIS; ALVES; DOS SANTOS, 2008; DA SILVA; FRANÇA JUNIOR, 2015; JUNQUEIRA ET AL, 2010; TAVEIRA, 2010; ZAMBERLAN; SIQUEIRA, 2005; BERNARDO; VERDE; PIZZON, 2013; TRALDI, 2003; BRASIL, 2006; VERDE; BERNARDO, 2012; DE MELLO ET AL, 2009; DOS SANTOS, 2012; TERRES, 2014; DO NASCIMENTO, 2005; CAMPOS; VIANA; SOARES, 2015).

Nas políticas públicas, como a saúde, os vínculos trabalhistas e a própria relação do servidor com seu trabalho foram pensados para serem estáveis e duradouros, o trabalho no SUS, pela via do funcionalismo público, deveria pautar-se por um compromisso ético e técnico. Junto a isso, há a possibilidade de atuação de forma alheia às demandas de mercado (que são, por sua natureza, privatistas). Esta atuação “livre” permite fazer oposição tanto ao modo de gerencialismo privado, quanto ao processo de

trabalho baseado em valores de troca (ou seja, impedia a transformação da saúde em mercadoria). Entretanto, com as modificações ocorridas na década de 1990, o trabalho na saúde pública forja-se na lógica do *New Management* e da Reforma de Estado (BERNARDO; VERDE; PIZZON, 2013).

Na saúde pública, a privatização dos serviços se acirra em 1993 a partir de um relatório do Banco Mundial (BM) - “Investindo em Saúde”, em que constam recomendações com orientação neoliberal aos Estados para contenção de gastos, conforme relatado anteriormente. A maneira que o Brasil encontrou de se adequar às imposições do BM, no setor saúde, foi terceirizar a gestão dos serviços, iniciando com a gestão hospitalar, um dos níveis de atenção mais fragilizados historicamente em termos de dependência do setor privado. Atualmente, a terceirização já atinge inclusive a Atenção Básica em Saúde. A criação das Organizações Sociais entra justamente nessa fissura, pela flexibilização jurídica que existe desde sua operacionalização legal nos anos 90 (DE MELLO ET AL, 2009).

Em 2006, foi lançado, pelo Ministério da Saúde, um documento denominado “Desprecariza SUS” (BRASIL, 2006). Esse documento tinha por objetivo discutir, por um lado, a importância de pensar como tem se dado a flexibilização no processo de trabalho e, dentro disso, a precarização que tem gerado, principalmente no que se refere a leis trabalhistas. Santos (2012), aponta que a Lei de Responsabilidade Fiscal, como já mencionado na categoria anterior, abre espaço para contratualizações com Organizações do Terceiro Setor (Organizações Sociais - OS; Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público - OSCIP) para suprir a demanda de mão de obra para o SUS. Essas formas precárias de vinculação trabalhista foram apontadas, já em 2006, pelos autores do documento, como obstáculos para a efetivação do SUS.

A discussão ganha atualização com a aprovação da Reforma Trabalhista (BRASIL, 2017b) e com a Lei da Terceirização de Atividades-Fim (BRASIL, 2017a). Assis, Alves e Santos (2008) lembram-nos que não existe, ainda, uma Política Nacional de RH para trabalhadores do SUS, o que vem sendo demanda constante das últimas conferências. A última Conferência Nacional de Saúde (ano de 2015) teve como encaminhamento, novamente, essa questão. Nesse sentido, a partir de um contexto de orientações neoliberais para a saúde, ficam evidentes alguns processos de fragilização do trabalho. Junqueira et al (2010) elaboraram estudo na macrorregião Leste de Minas Gerais, com secretários municipais de saúde, apontando que apenas 20% das contratações de profissionais de nível superior é feita através de concurso público, e que, para as

contratações de caráter privado, são priorizadas as formas menos seguras juridicamente para o trabalhador, como contratos temporários ou por prestação de serviços.

Traldi (2003) relata apontamentos do Conselho Nacional de Saúde, que afirmam que, normalmente, as alternativas para tornar o SUS mais eficiente passam por desregulamentação das leis trabalhistas e desoneração dos encargos sociais. Na prática, isso significa, para Assis, Alves e dos Santos (2008), que a precarização das condições de trabalho torna mais difícil manter funcionários motivados e orientados para cumprir os princípios do SUS. A falta de uma vinculação estruturante do trabalhador com o sistema (seja esta objetiva e/ou subjetiva) tem dificultado a permanência do trabalhador em saúde em um único sistema municipal, muitas vezes dividindo-se em dois, ou até entre o SUS e a iniciativa privada, o que pode acarretar descompromisso com o projeto de saúde, má assistência e baixa qualidade no atendimento. Do Nascimento (2005), Junqueira et al (2010), Taveira (2010) e Verde e Bernardo (2012), a respeito disso, vêm apontando que o trabalhador em saúde (principalmente nos níveis técnico e superior) tem se submetido a vínculos trabalhistas precários por percebê-los como a única maneira de seguir desempenhando sua profissão.

A necessidade de empregos múltiplos é um obstáculo à dedicação exclusiva necessária para o desenvolvimento das diretrizes da longitudinalidade e do atendimento integral na atenção básica, por exemplo, sendo que vínculos trabalhistas estáveis e legalmente protegidos favorecem a adesão de profissionais e a formação de laços com as comunidades. Esta fragmentação não impacta somente a questão trabalhista em si, mas pode gerar trabalhadores menos engajados com a transformação social, que é justamente no que se constitui o SUS. A respeito disso, Verde e Bernardo (2012) relatam, em seu estudo, que a situação individual de incerteza traduz-se em diminuição da qualidade no atendimento ao usuário, percebida pelos próprios trabalhadores. Em seu estudo, constataram que isso gerava sofrimento, principalmente em relação à percepção de que seu papel como trabalhador da saúde e seu compromisso ético não estavam sendo efetivados.

Zamberlan e Siqueira (2005) relatam mais impactos de outro efeito da terceirização, que é a convivência de diferentes vínculos trabalhistas no mesmo setor (no caso, um departamento de hemodinâmica hospitalar). O referido departamento, sendo de alta especificidade e densidade tecnológica, foi terceirizado em determinado hospital; entretanto, o restante do hospital é público, o que gerou quebra de comunicação e fluxos entre as equipes. Já Do Nascimento (2005) discute, em seu estudo,

a ocorrência de inúmeros tipos de vinculações trabalhistas de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), mostrando uma miscelânea de organizações e processos de trabalho, que impactam nas equipes e no cuidado com o usuário, já que o ACS constitui-se o elo entre equipe e comunidade.

Trabalhadores concursados, em convívio com trabalhadores contratados por outros vínculos para a mesma função podem enfrentar diversos conflitos, a começar pelo rol de vantagens e proteções jurídicas específicos de cada contratação, além da possibilidade de diferentes acordos com a chefia (carga horária, horas extras, adicional noturno, folgas etc). Ainda, pode haver impasses em relação às rotinas de trabalho, aos princípios e diretrizes que regem as atuações, à identificação dos trabalhadores com os ideários do SUS, etc. Um dos princípios do SUS é justamente a integralidade do cuidado e a atenção em rede, ou seja, as ações devem estar conectadas e obedecerem a linhas de ação coerentes entre si.

Se já houve um relato de quebra nos princípios do SUS dentro de um mesmo hospital (ZAMBERLAN; SIQUEIRA, 2005), podemos pensar nas dificuldades encontradas quando se pensa na comunicação entre diferentes níveis de atenção à saúde que convivem com terceirizações. Além disso, a gestão terceirizada cria nas equipes duplos regimes de trabalho, como no caso da própria atenção básica de Porto Alegre, em que coabitam no mesmo local de trabalho servidores celetistas e estatutários, que obedecem a chefias diferentes e têm processos de trabalho diferentes, conforme relata Terres (2014). A respeito disso, da Silva e França Júnior (2015) relatam casos de até seis empresas privadas coexistindo em uma mesma UBS, dividindo-se em vigilância, limpeza, manutenção, patologia clínica, remoção e radiologia.

Santos (2012), ao comentar sobre as terceirizações nas análises clínicas, afirma que essas têm levado a solicitações excessivas de exames desnecessários e/ou inadequados, numa escala crescente conforme o número de Organizações Sociais que operam em determinada rede de saúde. Ainda, exames e procedimentos “mais rentáveis” na tabela de preços do SUS tendem a ser mais solicitados, mesmo quando desnecessário. Este mesmo autor apresenta dois pontos que merecem atenção: primeiramente, que terceirizações (e até quarteirizações) vêm ocorrendo sem o devido embasamento jurídico-legal, econômico e teórico. Isso tem levado a disputas judiciais que suspendem, ainda que por tempo determinado, prestações de serviços importantes à população (SANTOS, 2012). O segundo ponto é o papel do controle social, um dos pilares do SUS, que tem sido mero espectador neste cenário, principalmente com a

desobrigação de espaços deliberativos e participativos nos contratos firmados com organizações do terceiro setor.

Bernardo, Verde e Pizzon (2013) discutem também aspectos da gestão, tanto de sua terceirização total, como a implementação de lógicas neoliberais de gerenciamento no funcionalismo público. Segundo os autores, governos municipais e estaduais, como saída, têm apostado em gestões mistas, o que leva à composição de equipes de trabalho com vínculos empregatícios e direitos trabalhistas totalmente desiguais. Destaca-se que essa fragmentação pode contribuir para o desalinhamento de reivindicações dos trabalhadores em torno de uma causa comum, podendo gerar, inclusive, disputas internas, o que favorece a lógica privatista de competitividade. Estas modificações apontam para uma crescente precariedade objetiva, assim como precariedade subjetiva; esta última está associada a trabalhadores que têm vínculos trabalhistas estáveis, mas que se veem constantemente frente a um sentimento de não conseguir dar conta de uma demanda cada vez maior de atividades e tarefas. Esta precariedade, que atinge principalmente trabalhadores com vínculos mais estáveis, caracteriza-se por manter os trabalhadores sempre em “suspense”, para que produzam mais. Traduzem-se nas ações de mobilidade, avaliações sistemáticas e isolamento, sendo fatores de vulnerabilidade e sofrimento.

A existência de uma lógica privatizante nos processos de gestão acirrou o trabalho individualizado, a ponto de não se saber nada sobre o colega com quem se divide a bancada (BERNARDO; VERDE; PIZZON, 2013). O ponto crítico é que isso ocorre num contexto organizacional que é regido por um princípio chamado integralidade, e que tem como linha de ação, dentre outras, a vigilância em saúde do trabalhador. Trabalhadores do SUS têm possibilidade de forjarem-se na militância, de constituírem-se trabalhadores que contribuem para a real melhoria dos processos de vida das pessoas; no entanto, as precarizações objetiva e subjetiva subtraem este sentido do trabalho. Os autores revisados apontam que o capitalismo organizacional, que vai tomando conta das organizações públicas de saúde, pauta quantidade acima de qualidade, submetendo os trabalhadores a processos de trabalho semelhantes ao do setor privado, aumentando carga e ritmo de trabalho, e negligenciando a qualidade de vida dos trabalhadores. Este último item provoca um redirecionamento do sentido do trabalho para funcionários públicos, evidenciando tensões psicossociais individuais e institucionais.

Já a precariedade objetiva (relacionada mais diretamente com vínculos trabalhistas e ambientes de trabalho precários) parece não criar tanto sofrimento com

questões relacionadas ao sentido do trabalho em si, mas cria trabalhadores desimplicados com o ideal do SUS, que desempenham uma função como outra qualquer, o que também dificulta, e muito, possibilidades de transformação da realidade social e das lógicas colocadas. De Mello et al (2009), Verde e Bernardo (2012) e dos Santos (2012) também analisam, em seus estudos, a perspectiva da gestão e suas relações com processos privatizantes. Um dos estudos traz dados da situação das relações trabalhistas na saúde pública em Campinas-SP, que mostra que quem paga pelas inadequações das relações de gestão são os trabalhadores: ao ser identificado, pelo Ministério Público, que o modelo de cogestão era inadequado, os contratos foram encerrados e todos os trabalhadores foram demitidos (VERDE; BERNARDO, 2012). Outro, realizado em Salvador, demonstra que gestores de serviços terceirizados não têm formação em saúde coletiva nem experiência em gestão pública, que é regida por uma lógica totalmente diferente da gestão privada (DE MELLO ET AL, 2009). Dos Santos (2012), ainda, discute que o gestor público apropria-se do discurso de maior eficiência do prestador privado de serviços e, ao invés de investir em equipamentos ou em serviços do SUS já estruturados, desativa-os, e realiza contratações privadas. Assim, tanto estrutura quanto funcionalismo constituídos para atuar nos equipamentos públicos são gradualmente substituídos pela contratação de serviços privados (DOS SANTOS, 2012).

Englobando todas as questões apontadas pelos autores citados, encontramos em Junqueira et al (2010) a sintetização de alguns desafios em relação aos recursos humanos no SUS: precárias formas de seleção, reduzida remuneração, baixa motivação das equipes, iniquidade na distribuição da força de trabalho, baixo desempenho e *accountability* insatisfatório, ou seja, a capacidade de prestar contas das ações feitas com responsabilidade ética e transparência. A incorporação alienada de trabalho impede a formação de uma classe trabalhadora autônoma e organizada, reforçando sua fragmentação pela distribuição desigual de benefícios/ privilégios.

Formas precárias de seleção e contratação de profissionais geram problemas como falta de amparo legal; precarização dos serviços; perda de direitos trabalhistas; alta rotatividade; descompromisso com a instituição. Todas estas questões podem gerar, como consequência, efeitos negativos sobre os usuários, que dependem do engajamento destes profissionais - e da própria gestão - com os princípios que norteiam o SUS. Sendo assim, o presente estudo corrobora com Santos (2012), quando este afirma que grande parte das pesquisas tem tentado avaliar os efeitos das terceirizações como meras

decisões de gestão quando, na verdade, o que deveria estar em jogo é a avaliação dos efeitos de uma lógica privatista operando sobre um sistema público e universal.

Para que existam instituições sociais públicas e gestores comprometidos com a efetivação do SUS de fato, como política universal, se faz necessário olhar para as contradições e para as conciliações de classe a que a política serve, e abrir espaços para que o trabalhador pense criticamente seu processo de trabalho, denunciando as políticas de saúde focalizadoras e as privatizações, seja de serviços ou de lógicas de trabalho. Campos, Viana e Soares (2015) apontam questões nesse sentido, ao discutir o enfraquecimento do poder coletivo e reflexivo dos trabalhadores, em especial dos funcionários públicos.

CONCLUSÃO

A finalidade deste trabalho foi contribuir com os debates acerca de processos privatizantes na política pública de saúde brasileira, colocando luz sobre dois pontos críticos, compreendidos como centrais para os autores revisados: Descentralização e Programa Saúde da Família; e Vínculos Trabalhistas, os quais nomearam as categorias discutidas. Entretanto, é importante ressaltar que a divisão dos assuntos foi meramente organizativa, pois o entendimento desse estudo é que os impactos apresentados em cada categoria estão entrelaçados pelo contexto neoliberal descrito anteriormente. Os achados permitem afirmar que as reformas de Estado e a progressiva flexibilização de direitos trabalhistas e sociais, com a crescente participação do setor privado nas políticas públicas, têm subvertido os princípios do SUS, mantendo seu caráter meramente formal. Neste sentido, é possível identificar que princípios como universalidade, controle social, equidade e igualdade tem sido fortemente atingidos pelas políticas neoliberais.

Como possibilidades de enfrentamento da conjuntura atual, e de seguir apostando no SUS universal, público, de qualidade e eficiente, apostamos em algumas pistas. Uma delas se delineia através dos movimentos populares e do controle social. Estes apontam o caminho para retomada da apropriação da construção do SUS que, de fato, faça sentido para a sociedade. O controle social é obrigatório e constitui-se em um espaço deliberativo, com poderes de, inclusive, barrar decisões autoritárias dos órgãos gestores, contrárias aos princípios e diretrizes do SUS. Não é à toa que os autores identificados com essa questão preocupam-se com as crescentes contratualizações do Estado com Organizações do Terceiro Setor, que dispensam a obrigatoriedade das instâncias de

controle social. Investigações sobre o percurso e o papel do controle social ao longo da história do SUS, a partir das modificações de sua estrutura, se fazem necessárias.

Outra pista vem das crescentes notícias de investigações de Organizações Sociais, o que tem denunciado as fragilidades desse caminho. Como notícias mais recentes, temos o caso do Rio de Janeiro (AGÊNCIA BRASIL, 2018; FREITAS, 2018) e o caso de Florianópolis, que segue em processo de aprovação de Organizações Sociais para gestão de serviços públicos de saúde, e onde se deflagrou uma greve reivindicando a manutenção da saúde pública e Estatal (REDAÇÃO ND, 2018). Essa situação se reflete no país inteiro (RONDÔNIA AO VIVO, 2018 - por exemplo).

O presente estudo, além de apontar possibilidades analíticas, também se atreve a colocar questionamentos para embasar a compreensão de alguns caminhos que tem pela frente a Gestão Pública em Saúde hoje: como podem confluir visões de mundo e objetivos organizacionais que caminham em lados opostos na gestão de um serviço público? Como uma organização que tem o lucro como finalidade principal vai operar no sentido de colocar a qualidade da atenção em primeiro lugar, se o próprio texto constitucional do SUS ao qual deve obedecer vai de encontro à lógica neoliberal? Como efetivar princípios como o da longitudinalidade com contratos temporários? Como é possível fomentar a garantia de direitos dos usuários de uma política pública como o SUS se o trabalhador não tem seu processo de trabalho protegido? Garantir a existência de questionamentos como esses, no momento atual, pode ser mais importante do que saber respondê-los. Assim, os caminhos traçados pelas tentativas de respostas definirão os rumos da Gestão Pública em Saúde.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA BRASIL. MP e polícia civil fazem operação contra fraudes na saúde do Rio. IstoÉ, 2018.

Disponível em: <<https://istoe.com.br/mp-e-policia-civil-fazem-operacao-contrafraudes-na-saude-do-rio/>> Acesso em: 05 jun 2018.

ASSIS, M.M.A.; ALVES, J.S.; DOS SANTOS, A.M. Política de Recursos Humanos e (Re)significação das Práticas dos Trabalhadores no Sistema Único de Saúde: apontamentos para o debate. *Revista Baiana de Saúde Pública*, v. 32, n. 1, p. 7-15, 2008.

BAHIA, L. A privatização no sistema de saúde brasileiro nos anos 2000: tendências e justificção. In: DOS SANTOS, N.R.; AMARANTE, P.D.C. *Gestão Pública e Relação Público-Privado na Saúde*. Rio de Janeiro: Cebes, 2010. Cap. 7, p. 115-128.

BERNARDO, M.H.; VERDE, F.F.; PIZZON, J.G. Vivências de trabalhadores com diferentes vínculos empregatícios em um laboratório público. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, v. 6, n. 1, p. 119-133, 2013.

BRASIL. LEI Nº 8080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm> Acesso em: 06 mar. 2018.

BRASIL. LEI Nº 8142, DE 28 DE DEZEMBRO DE 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8142_281290.htm> Acesso em: 06 mar. 2018.

BRASIL. *Desprecarização do Trabalho no SUS: Perguntas & Respostas*. Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. LEI Nº 13429, 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. Disponível em: <<http://www.normaslegais.com.br/legislacao/lei-13429-2017.htm>> Acesso em: 05 abr. 2018.

BRASIL. LEI Nº 13467, 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. Disponível em <<http://www.normaslegais.com.br/legislacao/Lei-13467-2017.htm>> Acesso em: 05 abr. 2018.

CAMPOS, C.M.S.; VIANA, N.; SOARES, C.B. Mudanças no capitalismo contemporâneo e seu impacto sobre as políticas estatais: o SUS em debate. *Revista Saúde e Sociedade*, v. 24, n. 1, p. 82-91, 2015.

DA SILVA, H.F.; FRANÇA JUNIOR, I.F. A combinação de projetos políticos distintos na atenção básica à saúde: impactos político-sociais e a desconstrução do SUS. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, v. 25, n. 2, p. 423-442, 2015.

DE MELLO, C.M.M.; COSTA, H.O.G.; DOS SANTOS, T.A.; SOARES, E.S.; SANTANA, G.R.S. Avaliação da gestão terceirizada em uma Unidade Básica de Saúde: Resultados Preliminares. *Revista Baiana de Enfermagem*, v. 22/23, n. 1, 2, 3, p. 45-56, 2009.

DE MORAIS, H.M.M.; DE ALBUQUERQUE, M.S.V.; DE OLIVEIRA, R.S.; CAZUZU, A.K.I.; DA SILVA, N.A.F. Organizações Sociais da Saúde: uma expressão fenomênica da privatização da saúde no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 34, n. 1, p. 1-13, 2018.

DO NASCIMENTO, C.M.B. **Precarização do trabalho do Agente Comunitário de Saúde: um estudo em municípios da Região Metropolitana do Recife**. Recife, 2005. 25 p. Dissertação de Especialização - Departamento de Saúde Coletiva - Fundação Oswaldo Cruz.

DOS SANTOS, M.A.B. **Terceirização da prestação de serviços de saúde no SUS: o caso das análises clínicas**. Rio de Janeiro, 2012. 144 p. Tese de Doutorado - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca.

ENFERMAGEM, A.P. Revisão sistemática X revisão narrativa. *Acta paulista de enfermagem*, v. 20, p. 2, 2007.

FREITAS, M. São Gonçalo terceiriza a saúde, mas atendimento não melhora. O São Gonçalo, 2018. Disponível em: <<http://www.osaogoncalo.com.br/geral/51928/sao-goncalo-terceiriza-a-saude-mas-atendimento-nao-melhora>> Acesso em: 05 jun 2018.

JUNQUEIRA, T.S.; COTTA, R.M.M.; GOMES, R.C.; SILVEIRA, S.F.R.; SIQUEIRA-BATISTA, R.; PINHEIRO, T.M.M.; SAMPAIO, R.F. As relações laborais no âmbito da municipalização da gestão em saúde e os dilemas da relação expansão/precarização do trabalho no contexto do SUS. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 26, n. 5, 918-928, 2010.

LIANDA, W.J.S. Contrarreforma e privatização na saúde: impactos nas práticas sociais dos profissionais em saúde. In: SEMINÁRIO DA FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE, 7, Maceió, 2017. *Anais*. s/n.

MENICUCCI, T.M.J. A reforma sanitária brasileira e as relações entre o público e o privado. In: DOS SANTOS, N.R.; AMARANTE, P.D.C. *Gestão Pública e Relação Público-Privado na Saúde*. Rio de Janeiro: Cebes, 2010. Cap. 10, p. 180-197.

REDAÇÃO ND. Adesão dos servidores da Capital à greve é de 70%, diz Sintrasm. Notícias do dia, 2018. Disponível em: <<https://ndonline.com.br/florianopolis/noticias/adesao-dos-servidores-da-capital-a-greve-e-de-70-diz-sintrasm>> Acesso em: 05 jun 2018.

RONDÔNIA AO VIVO. CORRUPÇÃO: OS's são motivos de ações na Justiça por desvio de recursos em vários estados do Brasil. Rondônia ao vivo, 2018. Disponível em: <<http://rondoniaovivo.com/politica/noticia/2018/05/08/oss-sao-motivos-de-aco-es-na-justica-por-desvio-de-recursos-em-varios-estados-do-brasil.html>> Acesso em: 05 jun 2018.

SOARES, R.C. Contrarreforma na política de saúde e prática profissional do Serviço Social nos anos 2000 In: MOTA, A.E. *As ideologias da contrarreforma e o Serviço Social*. Recife: Ed. Universitária UFPE, 2010.

TAVEIRA, Z.Z. **Precarização dos vínculos de trabalho na Estratégia Saúde da Família: revisão de literatura.** Belo Horizonte, 2010. 38 p. Dissertação de Especialização - Faculdade de Medicina - Universidade Federal de Minas Gerais.

TERRES, A. **O Fórum de Entidades em Defesa do SUS e a criação do Instituto Municipal de Estratégia de Saúde da Família em Porto Alegre - RS.** Porto Alegre, 2014. 35 p. Dissertação de Especialização - Faculdade de Medicina - Universidade Federal de Rio Grande do Sul.

TRALDI, M.C. **Políticas Públicas e Organizações Sociais: O Controle Social na terceirização dos serviços de saúde.** Campinas, 2003. 230 p. Tese de Doutorado - Faculdade de Educação - Universidade Estadual de Campinas.

VERDE, F.F.; BERNARDO, M.H. Representações de profissionais de saúde pública terceirizados sobre a atual política de contratação a que estão submetidos. In: XVII ENCONTRO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA, II ENCONTRO DE INICIAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO TECNOLÓGICO E INOVAÇÃO, Campinas, 2012. **Anais.** Campinas: Pontifícia Universidade Católica, 2012.

ZAMBERLAN, C.; DE SIQUEIRA, H.C.H. A terceirização nos serviços e consequências no cuidar em enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 58, n. 6, p. 727-730, 2005.