

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA**

**Reconceituação da Jornada de trabalho semanal de médicos
especialistas no SUS: perspectiva histórico-cultural de estudo de caso**

Rodrigo França Gomes

**São Paulo
2024**

**Reconceituação da Jornada de trabalho semanal de médicos especialistas
no SUS: perspectiva histórico-cultural de estudo de caso**

Rodrigo França Gomes

Tese apresentada ao Programa de Pós-
Graduação em Saúde Pública para
obtenção do título de Doutor em Ciências.

Área de Concentração: Saúde Pública

Orientador: Marco Antonio Pereira Querol

(versão revisada)

São Paulo

2024

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo da Publicação

Ficha elaborada pelo Sistema de Geração Automática a partir de dados fornecidos pelo autor
Bibliotecária da FSP/USP: Maria do Carmo Alvarez - CRB-8/4359

Gomes, Rodrigo França

Reconceituação da Jornada de trabalho semanal de médicos especialistas no SUS: perspectiva histórico-cultural de estudo de caso / Rodrigo França Gomes; orientador Marco Antonio Pereira Querol. -- São Paulo, 2024.

150 p.

Tese (Doutorado) -- Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2024.

1. Sistemas Nacionais de Saúde. 2. Legislação médica. 3. Jurisprudência. 4. Distribuição de médicos. 5. Jornada de trabalho. I. Querol, Marco Antonio Pereira, orient. II. Título.

Nome: GOMES, Rodrigo França

Título: Reconceituação da Jornada de trabalho semanal de médicos especialistas no SUS:
perspectiva histórico-cultural de estudo de caso

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública para obtenção do Título de
Doutor em Ciências.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof.(a.) Dr. (a.): _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof.(a.) Dr. (a.): _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof.(a.) Dr. (a.): _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

AGRADECIMENTOS

Ao nobre Prof. Dr. Marco Antonio Pereira Querol, pela paciência e zelosa orientação em todas as etapas da elaboração da presente tese.

Aos queridos professores Profa. Dra. Marília Cristina Prado Louvison e Prof. Rodolfo Andrade de Gouveia Vilela, pelas inestimáveis reflexões e sugestões de aprimoramento durante o doutorado e particularmente na banca de qualificação.

Às nobres amigas Profa. Dra. Amanda Aparecida Silva Macaia e Profa. Dra. Manoela Gomes Reis Lopes pela companhia nos grupos de estudo e gentil apoio nas bancas de qualificação e Comissão Julgadora, na qual estendo agradecimentos aos queridos professores Profa. Dra. Bruna Feichas Renó e Prof. Dr. Chao Lung Wen.

À família da Faculdade de Saúde Pública da USP, na figura de professores e funcionários pela oportunidade de aprendizado e presta orientação, com particular deferência as prezadas Senhoras Carolina e Vânia no apoio a condução dos trâmites burocráticos necessários e as senhoras Alice Souza e Vera Sampaio pelas excelentes sugestões de leitura de teses prévias como modelo de composição estrutural.

Aos ilustres prefeitos Suas Excelências Alberto Pereira Mourão e Raquel Auxiliadora Chini e Sua Senhoria o amigo Prof. Cleber Suckow Nogueira, Titular da Pasta da Saúde de Praia Grande, bem como aos ilustres Subsecretários de Saúde Bruna Feichas Renó, Elisabeth de Fatima dos Santos e José Isaias Costa Lima pela aprovação e apoio na condução da presente pesquisa no município da Estância Balneária de Praia Grande/SP.

A todos os amigos da rede municipal de saúde – gestores, chefias, equipes multiprofissionais da rede Especializada e de Atenção Básica, ilustres colegas médicos de todas as especialidades e subespecialidades e clientes SUS – pela gentil disponibilidade voluntária em colaborar com a pesquisa etnográfica realizada.

Ao querido mestre e amigo, Sr. Antonio Pio Neto, presidente do Conselho Municipal de Saúde de Praia Grande, a quem estendo agradecimentos a todos os nobres Conselheiros Municipais, pela sabedoria, zelo e equilíbrio na condução do interesse público e apoio ao desenvolvimento de pesquisas no território municipal.

Ao estimado amigo Dr. Dartes Odeniz Pepino pelos inestimáveis ensinamentos e pela honra de compartilhar a redação e mentoria de dezenas de projetos de Portarias, Editais, Planos Operativos, Decretos e Leis ao longo desses quase 20 anos de parceria profissional.

À minha preciosa família, por todo o amor, compreensão e suporte.

Finalmente, e de maneira muito especial, à minha amada esposa Profa. Dra. Edielle de Sant'Anna Melo, por estar sempre ao meu lado, apoiando e revisando cada passo dessa edificante jornada de aprendizado.

Enquanto o conceito é essa contradição de sua identidade consigo, perante a negação e oposição nele posta, o próprio conceito é o suprassumir, a atividade de negar a oposição, de um modo que a põe idêntica consigo” (Hegel, 1995, p. 341).

RESUMO

Gomes RF. **Reconceituação da Jornada de trabalho semanal de médicos especialistas no SUS: perspectiva histórico-cultural de estudo de caso** [tese de doutorado]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública; 2024.

A escassez e a má distribuição geográfica de médicos no país (Stralen et al., 2017; Póvoa; Andrade, 2006; Scheffer et al., 2023), sua tradição de autonomia com múltiplos vínculos como profissionais liberais (Greer, 2008; Luiz; Bahia, 2009; Ney; Rodrigues; 2012) e os baixos salários praticados no setor público (Brasil, 1961, 2008b) estabeleceram uma realidade de disseminada inobservância ao cumprimento da jornada de trabalho definida pela nova legislação do Sistema Único de Saúde (Brasil, 1988, 1991, 2000, 2008a), gerando insegurança jurídica a gestores e médicos, com potenciais prejuízos na qualidade assistencial e na saúde ocupacional desses profissionais. A presente tese, na forma de três artigos, busca descrever e analisar esse cenário nacional, trazendo o estudo de caso de uma experiência municipal de nova legislação trabalhista (Praia Grande, 2015a) criada para o enfrentamento do problema. Em um primeiro artigo, investiga-se 20 anos de decisões exaradas nas bases informatizadas públicas dos Tribunais de Contas Estaduais das diversas regiões brasileiras, verificando-se que a adoção de medidas coercitivas ao descumprimento de jornada de trabalho médica no SUS está associada à formas de contratação irregular sem concurso público ($p < 0,001$), menor relação per capita de médicos ($p = 0,003$), menor porte populacional ($p = 0,02$) e distância dos centros urbanos da região sudeste do país ($p < 0,0001$). No segundo artigo, descreve-se os resultados de uma pesquisa etnográfica a usuários, gestores e trabalhadores do município objeto de estudo (Praia Grande, 2015b) colhendo-se, em 1012 min de entrevistas, a percepção dos atores sociais presentes na comunidade a respeito da nova legislação municipal (Praia Grande, 2015a). Finalmente, no terceiro artigo, analisa-se o cenário de contradição em âmbito nacional à luz da Teoria Histórico Cultural da Atividade (Leontiev, 1978) e apresenta o ciclo expansivo de reconceptualização da jornada de trabalho do ambulatório de especialidades médicas do município de Praia Grande/SP, sob a perspectiva da Teoria da Aprendizagem Expansiva (Engeström, 1987) e do modelo teórico-metodológico de Zona de Desenvolvimento Proximal (Engeström, 1987; Vygotsky, 1978).

Palavras-chave: Sistemas Nacionais de Saúde; legislação médica; jurisprudência; distribuição de médicos; jornada de trabalho

ABSTRACT

Gomes RF. **Reconceptualization of the weekly work hours for specialist physicians in the Brazilian Unified Health System (SUS): A Historical-Cultural Case Study** [Doctoral Thesis]. São Paulo: University of São Paulo, School of Public Health; 2024.

The scarcity and uneven geographic distribution of physicians in the country (Stralen et al., 2017; Póvoa; Andrade, 2006; Scheffer et al., 2023), their tradition of autonomy with multiple professional affiliations as independent practitioners (Greer, 2008; Luiz; Bahia, 2009; Ney; Rodrigues; 2012), and the low salaries practiced in the public sector (Brazil, 1961, 2008b) have created a reality of widespread non-compliance with the work schedule defined by the new legislation of the Brazilian Unified Health System (Brazil, 1988, 1991, 2000, 2008a), leading to legal uncertainty for both managers and physicians, with potential implications for the quality of care and occupational health of these professionals. This thesis, in the form of three articles, aims to describe and analyze this national scenario, presenting a case study of a municipal experience with new labor legislation (Praia Grande, 2015a) designed to address the issue. In the first article, a 20-year investigation of decisions recorded in the public computerized databases of State Audit Courts across Brazilian regions is conducted. It is observed that the adoption of coercive measures against the non-compliance with medical work day in SUS is associated with forms of irregular hiring without public tender ($p < 0.001$), lower per capita physician ratios ($p = 0.003$), smaller population size ($p = 0.02$), and distance from urban centers in the Southeast region of the country ($p < 0.0001$). The second article presents the advantages and disadvantages identified in an ethnographic study of a municipal experience (Praia Grande, 2015b), which led to the retention of professionals and diversification of the offering of specialized medical services, receiving favorable feedback from the involved community. Finally, in the third article, the national contradictory scenario is analyzed in the light of the Cultural-Historical Activity Theory (Leontiev, 1978), and the expansive cycle of reconceptualization of the work schedule for the medical specialties outpatient clinic in the city of Praia Grande/SP is examined from the perspective of the Expansive Learning Theory (Engeström, 1987) and the theoretical-methodological model of the Zone of Proximal Development (Engeström, 1987; Vygotsky, 1978).

Keywords: National Health Systems; legislation, medical; jurisprudence; physicians distribution; work hours.

LISTA DE FIGURAS

Geral:

Figura 1 - O modelo básico de mediação proposto por Vygotsky.	24
Figura 2 - O modelo triangular de Engeström.....	25
Figura 3 - O Ciclo Geral de Aprendizagem Expansiva.....	28
Figura 4 – Sistema de Atividade: Ambulatório de Especialidade Médicas de Praia Grande/SP.	30
Figura 5 – Algoritmo de revisão de literatura para o problema de pesquisa.....	33

Artigo 01:

Figura 1 – Fluxo de seleção das decisões judiciais (n=número de decisões).....	43
--	----

Artigo 03:

Figure 1 - Engeström ²⁰ adapted CHAT for a public medical specialty outpatient clinic in Brazil.	75
Figure 2 - Systemic contradictions as a source of legal uncertainty in the provision of outpatient medical specialties (adapted from Engeström and Pyörälä ²²).	77
Figure 3 - The zone of proximal development overcome by physicians with the help of management (adapted from Haavisto ³⁰).	79
Figure 4 - Expansive learning cycle for a new outpatient medical specialties activity system (adapted from Engeström and Sannino ³¹).	81
Figure 5 - ZDP unfolding a culturally more advanced model of activity system	84

LISTA DE TABELAS

Geral:

Tabela 1 - Descrição dos elementos do modelo triangular de Engeström.	26
Tabela 2 – Os quatro níveis de contradições dentro do sistema de atividade.	27
Tabela 3 – Elementos constituintes da Unidade de Análise do CHAT.	30

Artigo 01:

Tabela 1 – Análise de associação com o desfecho de aplicação de multa ou ressarcimento	44
Tabela 2 – Distribuição do valor monetário de multas e ressarcimentos em decisões do TCEs.....	46
Tabela 3 – Distribuição do valor monetário de multas entre as variáveis independentes	46

LISTA DE GRÁFICOS

Artigo 02:

Gráfico 1 – Organização das 489 unidades de significado em 10 categorias. 65

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AMB	Associação Médica Brasileira
APS	Atenção Primária à Saúde
CAAE	Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CBO	Classificação Brasileira de Ocupações
CEAAPSP	Comissão Especial de Avaliação e Acompanhamento de Pesquisa em Saúde Pública
CEMAS	Centro de Especialidades Médicas, Ambulatorial e Social
CER	Centro Especializado em Reabilitação
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CHAT	Teoria da Atividade Histórico-Cultural
CIR	Comissão Intergestores Regional
CNPJ	Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
COMUSA	Conselho Municipal de Saúde
COVID	Doença do coronavírus
CREMESP	Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DST	Doenças sexualmente transmissíveis
E	Entrevistado
EC	Emenda Constitucional
EUA	Estados Unidos da América
FMUSP	Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
FPM	Fundo de Participação dos Municípios
GM	Gabinete do Ministério
GPs	<i>general practitioners</i>
h	Hora
hab.	Habitante
IC	Intervalo de Confiança
IEGM	Índice de Efetividade da Gestão Municipal

INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
LC	Lei Complementar
min	Minuto
MS	Ministério da Saúde
MFC	Medicina de Família e Comunidade
MP	Ministério Público
NEP	Núcleo de Educação Permanente
NHS	<i>National Health Service</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
p	Nível descritivo
PHEIC	Public Health Emergency of International Concern
PISUS	Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde
PITS	Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde
P.J.	Pessoa Jurídica
PMMB	Projeto Mais Médicos para o Brasil
PRISMA	<i>Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses</i>
PROVAB	Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica
PSF	Programa Saúde da Família
RAG	Relatório Anual de Gestão
RF	Registro Funcional
RG	Registro Geral
s	Segundo
SCNES	Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
SGEP	Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa
SIPS	Sistema de indicadores de percepção social
SNS	<i>Sistema Nacional de Salud</i>
SP	São Paulo
SUS	Sistema Único de Saúde
TA	Teoria da Atividade
TC	Tribunal de Contas
TCEs	Tribunais de Contas Estaduais
TCESP	Tribunal de Contas do Estado de São Paulo
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TCU	Tribunal de Contas da União
U	Teste de Mann-Whitney
UBS	Unidades Básica de Saúde
UHC	<i>Universal Health Coverage</i>
UHS	<i>Universal Health System</i>
USP	Universidade de São Paulo
χ^2	Distribuição qui-quadrado
ZDP	Zona de Desenvolvimento Proximal

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	17
1.1 A jornada de trabalho médica no Mundo e no Brasil	17
1.2. O problema, a hipótese e justificativa da pesquisa	21
1.3. Referencial teórico e à unidade de análise	22
2. OBJETIVOS	32
2.1. Objetivo geral:	32
2.2. Objetivos específicos dos artigos:	32
2.2.1. Primeiro artigo	32
2.2.2. Segundo artigo	32
2.2.3. Terceiro artigo	32
3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	33
3.1. Metodologia do primeiro artigo:	34
3.2. Metodologia do segundo artigo	36
3.3. Metodologia do terceiro artigo	37
3.4. Aspectos éticos	37
4. RESULTADOS	38
4.1. Primeiro artigo	38
4.2. Segundo artigo	59
4.3. Terceiro artigo	73
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	91
REFERÊNCIAS	97
APÊNDICE	112
ANEXOS.....	147

APRESENTAÇÃO

A presente tese é o resultado da pesquisa de doutorado realizada para a conclusão da pós-graduação no Programa de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, apresentada no formato de artigos, em conformidade com os ditames estabelecidos na Resolução nº 7493, em vigor a partir de 29/03/2018 e alterações definidas na adesão à nova Resolução USP nº 8376, de 07/03/2023. A pesquisa observou rigorosamente a proposta aprovada no exame de qualificação de 11/06/2019, em atenção a aprovação exarada pela Comissão Especial de Avaliação e Acompanhamento de Pesquisa em Saúde Pública (CEAAPSP) do município de Praia Grande/SP (Anexo A) e pelo Parecer Consubstanciado nº. 4.015.170 / CAAE: 26488619.8.0000.5421, de 08 de maio de 2020 (Anexo B). A estrutura da tese segue a seguinte proposição:

1. Introdução: contextualiza o problema de pesquisa à luz da revisão da literatura nacional e internacional impetrada, refletindo sobre a brecha do conhecimento que levou à pesquisa transversal de 20 anos de decisões exaradas pelos Tribunais de Contas Estaduais e a análise do problema através da Teoria Histórico Cultural da Atividade (Leontiev, 1978), da Teoria da Aprendizagem Expansiva (Engeström, 1987) e do modelo teórico-metodológico de Zona de Desenvolvimento Proximal (Engeström, 1987; Vygotsky, 1978).

2. Objetivos: geral, relacionado ao temário principal do problema de pesquisa e específicos, conforme expresso nos três artigos que compõem a tese.

3. Metodologia: na forma de quatro subcapítulos, serão apresentadas as classificações de pesquisa utilizadas em cada artigo, bem como *softwares* utilizados e métodos estatísticos adotados, sendo o último subcapítulo dedicado a descrição dos aspectos éticos observados.

4. Resultados: Apresentará três artigos. Os manuscritos 1 e 2 foram submetidos a revistas, tendo as referências bibliográficas apresentadas na formatação requerida pelas respectivas revistas. O terceiro manuscrito será oportunamente submetido conforme orientações a serem colhidas junto à Comissão Julgadora.

5. Considerações finais: reflete sobre o cenário nacional, promovendo síntese aos temas discutidos nos artigos e reflexões sobre futuras potenciais pesquisas sobre o tema.

Referências: indica as bibliografias citadas na introdução, considerações finais e nos três artigos, uniformizando o estilo de apresentação no formato Vancouver, conforme diretrizes estabelecidas na 3ª edição de 2016 do Sistema Integrado de Bibliotecas da Universidade de São Paulo (DOI: 10.11606/9788573140569).

Apêndice e Anexo: estratificados com as letras A, B, C e D.

1. INTRODUÇÃO

1.1 A jornada de trabalho médica no Mundo e no Brasil

A despeito de uma tradição milenar de transmissão do conhecimento da arte médica, a caracterização da profissão ganha contornos mais nítidos entre os séculos XVII a XIX (Burnham, 1998), e – particularmente quanto à definição de uma jornada de trabalho em escala global – com o estabelecimento de estatísticas e ações de políticas públicas de saúde adotadas por Estados/Nações e a constituição de seus sistemas de saúde entre os séculos XIX e XX, especialmente após as grandes guerras mundiais e a disseminação do conceito de Welfare States (Briggs, 1961; Roemer, 1989; Conill, 2006, 2018).

Somando-se à tradição histórica de autonomia como profissional liberal, a expansão significativa de contratação da mão-de-obra médica na segunda metade do século XX manifestou-se em quatro grandes conformações de Sistemas de Saúde Nacionais: (1) o público bismarckiano, apoiado em seguros sociais como os adotados na Alemanha, na França e em vários países da América Latina; (2) o público beveridgiano, com financiamento fiscal e predomínio de prestação pública de serviços, como no Reino Unido, em Portugal, na Espanha, na Itália e no Brasil a partir de 1988, (3) o modelo soviético de monopólio estatal com financiamento e prestação públicos como o adotado em Cuba e (4) os orientados para o mercado, designados como residual ou de livre mercado, como nos EUA, na Holanda e na Suíça, bem como seus desdobramentos posteriores denominados de “competição gerenciada” e/ou “pluralismo estruturado” (Almeida, 1996, 2012; Paim, 2019).

A forma de contratação de médicos, definindo as características da jornada de trabalho, varia nessas quatro conformações. Segundo Giovanella e Stegmüller (2014), a exemplo do modelo liberal norte-americano (EUA), a Alemanha adota a contratação de profissionais autônomos pelo credenciamento de clínicas privadas, seja na Atenção Primária à Saúde (APS), seja na Atenção Especializada em sua estrutura bismarckiana de seguro social, mas diversamente aos EUA, garantindo ampla cobertura de acesso e de cesta de serviços em todos os níveis de atenção. O *National Health Service* (NHS) britânico também adota clínicas credenciadas privadas com *general practitioners* (GPs) na atenção primária, mas – diferindo da Alemanha – com adscrição territorial e função de gatekeeper. Já os especialistas são

assalariados em dedicação exclusiva. Quanto ao sistema Espanhol, ainda existe alta prevalência de médicos assalariados.

No Brasil, em observância a Carta Magna (Brasil, 1988) e demais legislações infraconstitucionais, ao criar o Sistema Único de Saúde (SUS), definindo a saúde como um direito fundamental do ser humano (Brasil, 1990), estabeleceu-se, de maneira contemporânea e por força da lei Federal nº 1.112/1990 (Brasil, 1991), o regime jurídico dos servidores públicos civis da União, das autarquias, inclusive as em regime especial, e das fundações públicas federais, desdobrando-se, pelo princípio da hierarquia das normas, aos demais Entes Federativos. Vinculou-se no SUS, assim, a jornada de trabalho à paradigmática carga horária semanal como forma hegemônica de contratação e a recomendação legal de editais de chamamento de servidores públicos para a execução das funções de Estado na saúde.

Em todos os sistemas nacionais citados existe a atuação da iniciativa privada (Santos, 2011), inclusive como exceção em Cuba (para estrangeiros), atuando de forma principal (como nos EUA) ou substitutiva (buscando aprimorar a cobertura como no Chile, na Holanda e na Alemanha), e – nos países que tem sistemas nacionais públicos – atuando de forma complementar por copagamento (França), suplementar em serviços extras, adicionais e diferenciados (Brasil, Espanha, Portugal, Reino Unido, Itália) ou duplicados (Brasil, Espanha, Portugal, Reino Unido).

A crise do Welfare States no final do século XX e as crises financeiras internacionais, entre 2008 a 2013, deflagraram tendência de reformas pró-mercado por meio da busca de Cobertura Universal em Saúde (*Universal Health Coverage –UHC*), através da iniciativa privada, em detrimento do crescimento dos sistemas universais de saúde (*universal health system-UHS*) de caráter público (Giovanella et al, 2012, 2018; Fortes; Carvalho; Louvison, 2015; Paim, 2019).

Estimulando a ampliação de UHC, em consonância com direcionamento sugerido pela Fundação Rockefeller e Banco Mundial (Paim,2019), a OMS (2021) ressalta a grande disparidade de acesso à assistência médica entre os países e internamente nos territórios, podendo variar de 1 médico entre 232 habitantes na Europa a 1 médico a cada 3.619 pessoas na África, conclamando estratégias de atração e retenção desses profissionais em todas as nações, particularmente em áreas rurais ou remotas.

No Brasil, que possui um sistema nacional unificado, mas com duplicidade na participação constitucional da Saúde Suplementar, e sofrendo com cortes no financiamento do

SUS gerados pela crise financeira mundial, agravando-se pela limitação de gastos causada pela Emenda Constitucional nº 95/2016 (EC-95), também assistiu à ascensão de propostas ideológicas de planos de cobertura privada de custo mensal baixo e ampliação da terceirização no SUS (Brasil, 1988, 2016; Mussada, et al., 2018; Paim, 2019).

Santos (2011), citando diversos trabalhos, destaca que a presença de duplicidade público-privada amplia iniquidades de acesso em favor do setor privado sem melhorar a pressão de demanda ou custos com financiamento dos serviços públicos, corroendo seus objetivos. Segundo Giovanella et al. (2019), há robustas evidências empíricas e analíticas de que os sistemas universais são superiores em qualidade, eficiência e equidade quando possuem como pilares estruturantes a organização de uma APS integral, o financiamento e a prestação predominantemente públicos e uma efetiva regulação do Estado para a garantia do acesso universal, subordinando as lógicas fragmentadas de mercado à visão da saúde como um bem público.

A respeito de políticas públicas instituídas no Brasil para fortalecer seu sistema nacional ao longo de 30 anos, buscando provimento e redistribuição de médicos, Oliveira et al. (2017) descrevem as iniciativas públicas dos Projetos Rondon, Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS), Programa de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas (Pró-Residência), Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica (PROVAB), Programa Mais Médicos, Telessaúde, entre outras. O autor identifica dois grandes problemas centrais no Brasil: escassez de médicos e má distribuição de profissionais entre os níveis de cuidados de saúde e entre as zonas geográficas. Agravando o problema, Campos et al. (2008b) aponta que:

No Brasil há ainda a dificuldade em se gerenciar o trabalho médico em Unidades Básicas ditas tradicionais, muito frequentemente com uma presença rarefeita de médicos, tanto proporcionalmente à população quanto em função do pequeno envolvimento do mesmo, inclusive com o costume de não cumprimento da jornada de trabalho contratada

As políticas públicas de provimento para o SUS, principalmente para a Atenção Primária à Saúde, tornaram-se uma das principais responsáveis pela criação de postos de trabalho na saúde no Brasil, mas concentrando vínculos precários de trabalho, remuneração deficiente, consolidação de múltiplos vínculos, longas distâncias percorridas entre o lar e os diversos locais de trabalho, alta rotatividade e descumprimento da carga horária estipulada, em

prejuízo da qualidade do trabalho no SUS (Corrêa et al., 2000; Martins et al., 2000; Girardi, et al., 2010, Junqueira, 2010; Ney. 2012; Nunes, 2015; Stralen et al., 2017).

Em um estudo sobre médicos com vínculos públicos e privados no *Sistema Nacional de Salud* (SNS) espanhol, cujos tempos de trabalho e remuneração são fixos no setor público, mas não no privado (existindo pagamento por produção ou outras formas de gratificação diferenciada), González (2005 apud Santos, 2011) encontrou que a administração do paciente na lista de espera tende a ser realizada em benefício do médico, que prioriza casos menos complexos e custosos, de mais rápida resolução, para o atendimento privado (ampliando seu potencial de ganho por faturamento), deixando para o sistema público atender aos casos mais complexos e que representam maiores custos, onde a perda de eficiência não impactaria em sua remuneração. Citando Saltman (2003), Santos (2011) alerta para a necessidade de não se desconsiderar o poder de influência do profissional médico sobre o setor público, quando submetido também a uma lógica privada.

A existência de múltiplos vínculos, com descumprimento da jornada de trabalho, em um sistema duplicado como no Brasil, pode gerar priorização da dedicação do número de horas semanais desses profissionais para o setor privado, como aponta Santos (2011 *apud* Porto, 2006; Conill, 2007; Santos N, 2007; Santos I, 2009; Cordeiro, 2010; Noronha, 2010):

A grande parte dos leitos, equipamentos e unidades hospitalares privados e dos profissionais de saúde é compartilhada entre SUS e segmento suplementar, o que, sendo feito sem regras, permite aos prestadores a livre busca pela otimização da receita, combinando diferentes formas de trabalho, seja para o setor público, seja para o privado

Buscando inibir essa realidade, em 2011, o Ministério da Saúde publica a Portaria SAS nº 134 (Brasil, 2011), que - amparado no artigo 37, inciso XVI, alínea “c”, da Constituição Federal (Brasil, 2008), proibi o cadastro de profissionais de saúde em mais de 2 (dois) cargos ou empregos públicos no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), bem como, no caso de exercer 2 (dois) cargos ou empregos privativos de profissionais de saúde, o dever de comprovar a compatibilidade de horários.

Essa normatização, enquanto regra, causa implicações profundas e arremete instâncias de auditoria e de controle interno e externo contra uma realidade disseminada em âmbito nacional de múltiplos vínculos e descumprimento da jornada de trabalho em defesa do cumprimento da lei e legislação vigente.

Os Tribunais de Contas dos Estados, em todo o país, buscando uniformizar os seus métodos (Instituto Rui Barbosa, 2012), criaram um Índice de Efetividade da Gestão Municipal Brasil, que em seu memorial de cálculos para os indicadores da Saúde, cobram a divulgação, em local acessível, da escala atualizada de serviços dos profissionais de saúde e o cumprimento integral da jornada de trabalho.

No exercício de suas atribuições, os Tribunais de Contas e Ministério Público têm regularmente promovido ações de monitoramento nos serviços de saúde, apurando as modalidades de contratação dos recursos humanos, o acúmulo de função e multiplicidade de vínculos, o cumprimento integral da jornada de trabalho, o tempo de atendimento por paciente, bem como outros critérios de valoração do cumprimento da jornada de trabalho, acarretando centenas de decisões judiciais de condenação – à exoneração e à restituição de recursos ao erário público – de servidores da saúde envolvidos nestas ações (publicamente disponibilizadas anualmente nas bases de dados eletrônicas dos Tribunais de Contas, e das diversas instâncias do Poder Judiciário).

Este cenário revela uma situação de contradição sistêmica nacional entre a regra estabelecida na legislação brasileira e a realidade da jornada de trabalho médica no SUS, colocando gestores públicos e profissionais médicos em uma situação de dilema insalubre e de insegurança jurídica.

1.2. O problema, a hipótese e justificativa da pesquisa

Existe um crescente desafio, para os gestores do Sistema Único de Saúde, em conciliar as novas dinâmicas e interesses do mercado de trabalho na saúde, com orçamentos estagnados e arraigada burocracia da legislação trabalhista estatutária no setor público.

Frente às recomendações de instâncias de monitoramento, como Ministério Público e Tribunais de Contas, os Entes Federativos são pressionados de forma antagônica entre as garantias de manutenção de percentual de vínculos empregatícios tradicionais e os interesses do mercado e do capital humano em constante mudança (Honn et al., 2016).

Neste contexto, a grande maioria dos Entes Federativos municipais têm enfrentado dificuldade em aprimorar os ditames legais para uma efetiva solução ao problema, fazendo com que o tema seja objeto frequente de discussão nos espaços interfederativos regionais em busca

de soluções e troca de experiências exitosas, que possam diminuir o atual cenário de insegurança de gestores e trabalhadores da saúde.

A literatura nacional tem, com riqueza de detalhes, analisado o contexto dos grandes sistemas nacionais de saúde, a evolução do SUS e da Atenção Primária à Saúde no Brasil, a distribuição e provimento de profissionais médicos e a regulação do acesso em saúde. Todavia, apesar de nesses grandes descritores em saúde haver a sinalização do problema dos múltiplos vínculos e do descumprimento da jornada de trabalho, atrelado aos baixos salários praticados no setor público, ainda existe uma lacuna em melhor caracterizar as variáveis associadas a esse descumprimento de jornada e, particularmente, a discussão de experiências exitosas, para as diversas realidades regionais do Brasil.

Os descritores em saúde “Judicialização da Saúde”, “Jurisprudência” e os atuais 18 descritores relacionados à “legislação...” têm, em suas definições de escopo específicas, bordado ou passado à largo do problema, bem como das formas de atuação das instâncias de Controle e Judiciário, sendo o assunto restrito a páginas de jornais e decisões prolatadas por essas instâncias (Pedrini, 2013). Também não existe na área da saúde uma palavra chave como a “Jurimetria”, utilizada no universo do Direito, para dimensionar e caracterizar essas ações, e o descritor em saúde “Controle Interno-Externo” tem escopo com finalidade diversa, hierarquicamente relacionado com a “Psicologia Social”.

Assim, frente ao impacto e relevância do assunto a milhares de gestores e profissionais médicos em todo o país, a presente tese tem como hipótese nula a inexistência de associação entre o arcabouço legal instituído no Brasil (regra) e o desfecho descumprimento de jornada de trabalho médica, buscando analisar o problema desse descumprimento em âmbito nacional, no contexto de atuação das instâncias de controle externo, e, em específico, enquanto experiência exitosa, em um ambulatório de especialidades médicas de um município de grande porte.

1.3. Referencial teórico e a unidade de análise

Entre os diversos métodos possíveis para a condução de um estudo sobre o cenário de contradição entre a legislação nacional vigente e a jornada de trabalho médica, optou-se pela Teoria Histórico Cultural da Atividade (Leontiev, 1978; Engeström, 1987) pela potência que essa Teoria, com seu aparato metodológico, possui para abordar contradições, analisando-as em um contexto dialético coletivo de uma construção sócio-histórica.

Nesta tese, os médicos especialistas estatutários serão colocados, na acepção hegeliana de atividade (Hegel, 1995), como sujeitos – em cuja subjetividade mediada agem e atuam sob a ênfase de suas jornadas de trabalho semanal (objeto) – na produção médica especializada ambulatorial municipal (resultado), e tendo a experiência exitosa de criação de uma Lei Complementar no município de Praia Grande/SP como proposta de mudança da regra previamente vigente em lei federal (Brasil, 1991) na multivocalidade desta comunidade (Vygotsky, 1978; Engeström, 1987).

Segundo Barbieri (2009), para Hegel, filósofo alemão do século XIX, toda ação é uma atividade e, por isso, a estrutura ontológica da ação deve ser procurada nesta, surgindo como um modo de expressão daquilo que produz um efeito – seja um evento natural ou uma produção material ou espiritual – cujo fundamento se encontra na atividade do espírito subjetivo.

Da oposição entre a unilateralidade da subjetividade com a unilateralidade da objetividade está encerrado potencialmente, em uma atividade, o conhecimento (Hegel, 1995, p 341):

Enquanto o conceito é essa contradição de sua identidade consigo, perante a negação e oposição nele posta, o próprio conceito é o supracumir, a atividade de negar a oposição, de um modo que a põe idêntica consigo

Como enfatiza Magee (apud Guerreiro de Alencar; Braz de Aquino, 2012), Hegel propõe uma visão da realidade que não se encontra numa condição de estabilidade, mas antes, que se estabelece numa constante evolução. O que leva ao desenvolvimento de algo é o negativo que possui dentro de si mesmo, sendo o desenvolvimento a luta dos contrários e expressão da verdadeira dialética” (Tolman, 1981 apud Querol et al., 2014).

Na ontologia dialética, a primeira suposição é que as coisas não existam a priori ou sem as suas relações, mas essas coisas são resultado da evolução em sistemas de relações. Em outras palavras, a essência das coisas é inseparável e constituída por suas relações (Tolman, 1981 apud Querol et al., 2014).

Tendo sua origem na antiguidade entre os pré-socráticos, Hegel – e, posteriormente, Marx e Engels – ao resgatar o conceito da dialética, utilizam-na para compreender o homem da Modernidade em suas dimensões e complexidades (Guerreiro de Alencar; Braz de Aquino, 2012).

Para Saviani (2004), em Marx, a questão da subjetividade se manifesta como indissociável da intersubjetividade. Segundo o autor, a respeito do amadurecimento da filosofia

marxiana, o indivíduo passa a ser entendido como ser prático, produtor, transformador e como sujeito de seus próprios atos, nas relações cotidianas com os outros homens, sendo o fenômeno social alienação fundamentado e explicado por outro fenômeno histórico, qual seja, a divisão do trabalho.

Baseado no conceito de atividade de Marx (1909), Vygotsky (1978), citados por Querol et al. (2014), criou a ideia da mediação cultural da ação humana, onde a relação entre o sujeito e o objeto é mediada por artefatos culturais (Figura 1), cujo significado refere-se a um aspecto do mundo material (e conceitual) que tenha sido modificado ao longo da história da sua constituição através de ações (Cole, 1996 apud Querol et al., 2014).

Figura 1 - O modelo básico de mediação proposto por Vygotsky.



Fonte: Querol et al., 2014.

Segundo Leontyev (1978), apud Querol et al. (2014), uma atividade é sempre dirigida a um objeto, o qual tem quatro princípios: (1) atender a uma determinada necessidade que existe na sociedade e, ao mesmo tempo, contribuir para a realização e o desenvolvimento de atividades, sendo mediadas por artefatos que são definidos culturalmente no curso da história, (2) ter uma natureza dual, epistêmica (ideal) e objetiva (material), sendo tanto ideal como material, tanto imaginada como percebida, (3) estar em constante mudança, tanto no aspecto material, como também no seu aspecto ideal, onde se inclui a conceituação de uma coisa, o conhecimento dessa coisa e os métodos para produzi-la e (4) ser fruto de uma construção coletiva, estando a atividade relacionada com a participação de outros sujeitos (também coletiva) através da existência de mediadores sociais.

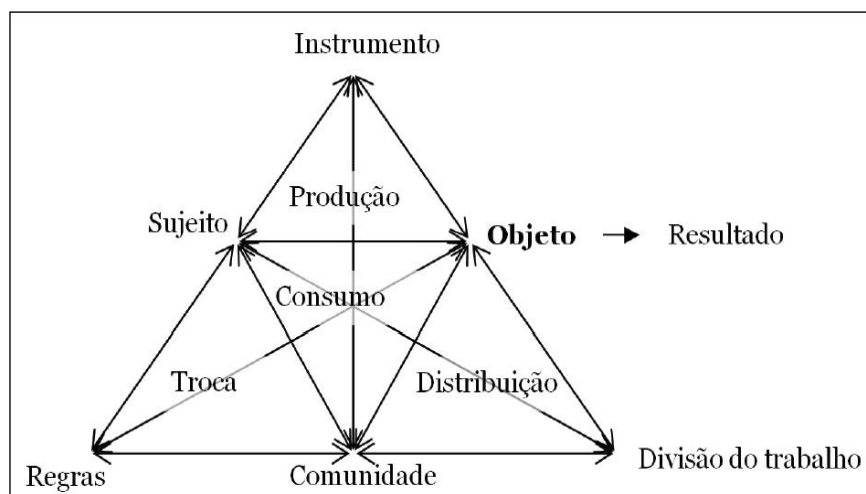
Para Leontyev (1978), apud David e Tomaz (2015), uma atividade consiste em um grupo de pessoas (sujeitos) engajadas em um mesmo propósito, com uma direção para o seu

trabalho (objeto), sendo a estrutura de toda atividade estabelecida em três níveis hierárquicos: (1) a própria atividade, direcionada a um motivo, (2) as ações, direcionadas a objetivos específicos e (3) as operações ou rotinas, que são os meios de concretização das ações.

Entre os anos 1920 e 1930, a partir de estudos sobre o desenvolvimento de crianças, teve início a Teoria da Atividade (TA) enquanto linha teórica e de pesquisa interdisciplinar proveniente da psicologia sócio-histórica e cultural russa pelos psicólogos Vygostky, Luria e Leontyev (Cassandre; Bulgacov; Camargo, 2011; Engeström; Sannino, 2010 Apud Querol, 2014).

Baseado em Vygotsky (1978) e Leontyev (1981), apud Querol, 2014, Engeström (1987) propõe uma representação gráfica dessa mediação (Figura 2), incorporando mediadores sociais e/ou organizacionais – tais como regras, divisão do trabalho e comunidade – e descrevendo os processos de mediação cultural, quais sejam: produção, distribuição e troca, os quais estão presentes em todas as atividades coletivas.

Figura 2 - O modelo triangular de Engeström.



Fonte: Querol et al., 2014.

Engeström (2014), citando Marx, aponta que a produção cria os objetos, a distribuição divide de acordo com as leis sociais, a troca separa as parcelas individuais das quantias já previamente divididas e, no consumo, o produto sai deste movimento social e se transforma em objeto direto a serviço da necessidade individual. Todavia, o autor, ainda citando Marx, problematiza estas definições, exemplificando que a produção também é consumo das habilidades dos indivíduos, o consumo é também a produção dos próprios seres humanos, a

distribuição é também uma forma de distribuição dos membros da sociedade entre as formas de produção e a troca é também encontrada na produção, evidenciando que estas relações podem ser analisadas de forma mais ampla.

A tabela abaixo descreve a caracterização dos elementos do modelo expandido (David; Tomaz, 2015).

Tabela 1 - Descrição dos elementos do modelo triangular de Engeström.

Elementos	Descrição
Sujeito	indivíduo ou grupo de pessoas engajadas em um único propósito e o poder de ação do sujeito é o foco da análise.
Objeto	é o espaço problema na direção do qual a atividade se desenvolve
Artefatos	mediadores são ferramentas e signos
Comunidade	refere-se às pessoas que, mesmo não diretamente envolvidas nas ações dessa atividade, de alguma forma partilham o mesmo objeto
Divisão do trabalho	diz respeito ao status e à divisão das tarefas entre os sujeitos da atividade
Regras	se referem às normas e convenções explícitas e implícitas que regulam as ações e interações dentro do sistema de atividades

Fonte: David; Tomaz, 2015.

Engeström (2001), apud QUEROL (2014), esclarece que um sistema de atividade tem vozes múltiplas (comunidade), com pontos de vista, tradições, história, regras, convenções e interesses diversos – bem como necessidades e motivações individuais – particularmente entre as posições ou papéis na divisão do trabalho exercidas pelos diversos participantes, sendo esta multivocalidade tanto uma fonte de problemas quanto uma fonte de inovação, exigindo ações de entendimento e negociação.

Nesta multivocalidade, os subtriângulos do modelo triangular de Engeström podem ser interpretados como uma atividade por si só e podem ser analisados em suas relações internas dinâmicas e nas mudanças históricas, bem como suas contradições existentes, sendo fonte de dinamicidade e desenvolvimento, sem prejuízo da necessária distinção entre o objeto

generalizado, ligado ao significado compartilhado socialmente, e o objeto específico, ligado ao sentido restrito (Engeström; Sannino, 2010; Engeström, 2014).

No modelo expandido de Engeström, as contradições exercem papel central, como impulsionadoras de mudanças e de desenvolvimento da atividade humana, representando tensões acumuladas historicamente dentro de e/ou entre sistemas de atividades e podendo ser maiores ou menores, restritas a poucos ou a diversos componentes do sistema, causando questionamentos das práticas por parte dos sujeitos e rupturas que podem originar transformações expansivas da atividade (David; Tomaz, 2015).

Engeström (2014) descreve quatro níveis ou camadas de contradições (tabela 2), destacando que a contradição entre valor de uso e valor de troca, característica das mercadorias, está presente em todos os elementos de um sistema de atividade.

Tabela 2 – Os quatro níveis de contradições dentro do sistema de atividade.

Nível	Descrição
Primário	Contradição interna primária (natureza dupla) dentro de cada componente constituinte da atividade central.
Secundário	Contradições secundárias entre os constituintes da atividade central
Terciário	Contradição terciária entre o objeto/motivo da forma dominante da atividade central e o objeto/motivo de uma forma de atividade central culturalmente mais avançada
Quaternário	Contradições quaternárias entre a atividade central e suas atividades vizinhas

Fonte: Engeström (2014).

A potencialidade de aprendizagem expansiva surge quando as contradições ou dilemas (double bind) implicam na deflagração de regras e padrões de comportamento que levam ao questionamento do sentido e do significado daquele contexto em um cenário passível de crítica, gerando a necessidade de criar novas ferramentas e formas de organização social do trabalho, em torno desse novo elemento ou conceito de atividade (Engeström; Sannino, 2010).

Engeström (1987) apud Querol et al. (2014) propõe um modelo ideal do ciclo de Aprendizagem Expansiva (Figura 3), o qual consiste numa representação gráfica de uma sequência de ações epistêmicas que ocorrem durante o aprendizado expansivo.

Figura 3 - O Ciclo Geral de Aprendizagem Expansiva.



Fonte: Querol et al., 2014.

Segundo os autores, neste ciclo, uma atividade já consolidada começa a presenciar problemas, com uma crescente insatisfação com a situação existente, um estado de crise ou uma necessidade urgente de se fazer algo (“estado de necessidade”), no qual as contradições aparecem em sua forma básica, como contradições primárias, fomentando discussões, questionamentos do propósito da atividade e da forma atual de alcançá-los (sem, todavia, uma pressão urgente de mudança, posta a possibilidade de manutenção do estado vigente).

Em uma segunda fase, o agravamento dos problemas já existentes começa a ameaçar a obtenção dos resultados desejáveis (*double-bind*), produzindo desajustes e tensões entre os elementos do sistema de atividade (contradições secundárias), criando o sentimento de que não

seja mais possível continuar como está, mas sem ser vislumbrada a solução aos problemas (Engeström; Sannino, 2010).

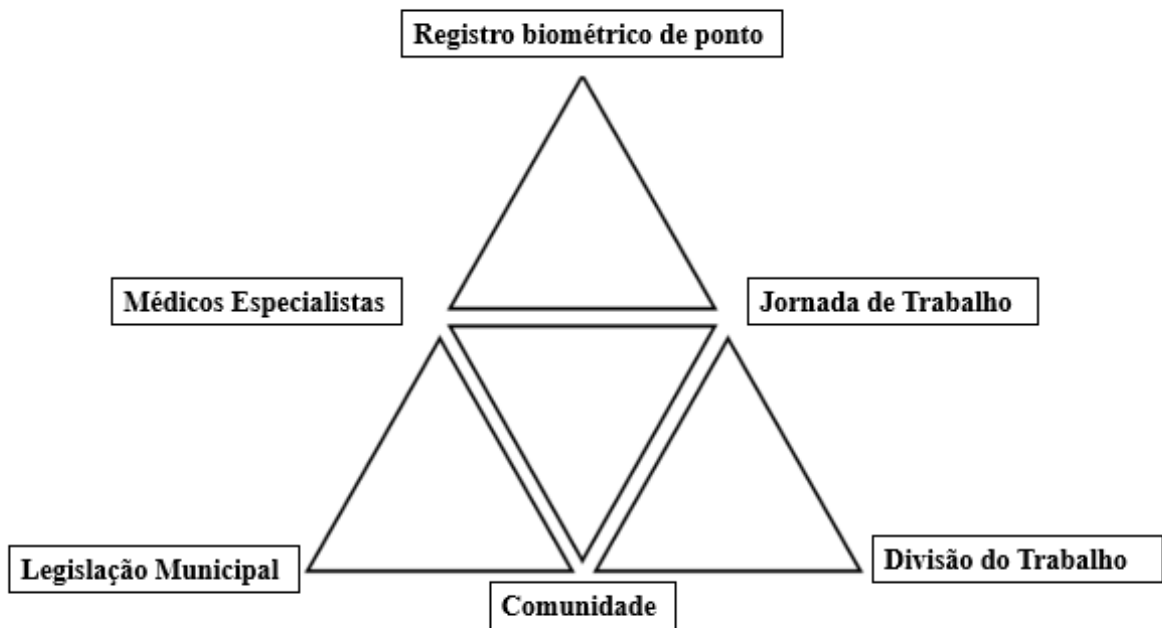
Se instalado um quadro crítico, impedindo a continuidade do modelo, as pessoas desafiam e mudam o sistema, redesenhando-o de uma forma mais expansiva (“ciclo expansivo”), sendo esta terceira fase intitulada de “objeto” ou “construção de um novo motivo” (Querol et al., 2014)

Modelada a solução, a atividade idealizada pode ser implementada através da materialização dos planos propostos e início das primeiras tentativas, recebendo esta quarta fase a designação de “aplicação” ou “generalização” (implementação). De forma subsequente, contradições terciárias resultantes de tensões entre os elementos da nova atividade e elementos da atividade anterior podem surgir em decorrência de desajustes potencialmente causados tanto pelo desenvolvimento insuficiente dos novos elementos (imprevisibilidades) quanto por alguma incompatibilidade entre o novo e o velho, contradições essas surgindo normalmente durante a fase de aplicação e generalização de uma nova atividade (Engeström, 1987 apud Querol et al., 2014).

Finalmente, uma vez implantada a nova atividade, é muito provável que esta possa colidir com outras atividades da velha lógica de produção, sendo estas tensões chamadas de contradições quaternárias, que – se resolvidas – levam a evolução para uma fase de consolidação.

Ancorando-se nos conceitos de potencial de desenvolvimento, a partir do aprendizado de novos artefatos culturais, bem como a colaboração com outros indivíduos com mais experiência ou conhecimentos, conforme proposto por Vygotsky (1978), Engeström (1987) redefiniu o conceito de Zona de Desenvolvimento Proximal (ZDP) no nível de atividade coletiva, qual seja: “[...] é a distância entre as ações atuais dos indivíduos e uma nova forma histórica de atividade social que pode ser gerada coletivamente como solução para uma situação de vínculo duplo potencialmente incorporada nas ações cotidianas”.

Figura 4 – Sistema de Atividade: Ambulatório de Especialidade Médicas de Praia Grande/SP.



Fonte: Autoria própria.

À luz dos conceitos apresentados neste subcapítulo, a figura 4 apresenta a unidade de análise do Sistema de Atividade que será estudado.

A tabela 3, abaixo, apresenta os elementos constituintes do sistema de atividade proposto.

Tabela 3 – Elementos constituintes da Unidade de Análise do CHAT.

Elementos	Descrição
Sujeito	Médicos especialistas estatutários
Objeto	Jornada de Trabalho
Instrumento	Registro biométrico de ponto eletrônico, escala de profissionais afixada e boletim de produção ambulatorial
Comunidade	ambulatório de especialidades médicas (médicos estatutários especialistas), diversas categoriais profissionais em saúde (enfermeiros, farmacêuticos, nutricionistas, fisioterapeutas, etc.), contratos terceirizados (procedimentos diagnósticos, procedimentos

terapêuticos, insumos, manutenção, limpeza, etc.), gestores e equipe administrativa, pacientes usuários do SUS, Saúde Suplementar (convênios médicos e consultórios particulares), Tribunal de Contas do Estado, Ministério Público e demais diversas instâncias de controle e avaliação.

Divisão do trabalho

Divisão do trabalho: estabelecido pela complexa definição de fluxos oficiais e cultura institucional norteados por instrumentos específicos como regimentos internos, protocolos de atuação, linhas de cuidado estabelecidas, códigos de ética profissionais das diversas categorias atuantes, obrigações contratuais de recursos humanos e serviços, etc.

Regras

Lei Federal nº 8.112/1.990 (assim como demais componentes da legislação, Edital de chamamento público de servidores, Índice de Efetividade da Gestão Municipal Brasil, Resoluções do Conselho Regional de Medicina, etc.)

Fonte: Autoria própria.

A presente tese, descrevendo a experiência de ciclo expansivo (Engeström, 1987) deflagrada por um município de grande porte do litoral sul paulista, em 2015, na implantação de uma nova Lei Complementar municipal criada como proposta de mudança da regra previamente vigente em seu ambulatório de especialidades médica, tendo como unidade de análise um problema que poderia ser extrapolado por gestores e médicos em todas as regiões do Brasil.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo geral:

2.1.1. Investigar as características das decisões prolatadas pelos Tribunais de Contas Estaduais de todas as regiões brasileiras sobre o cumprimento da jornada de trabalho médica no SUS entre 2000 a 2020.

2.1.2. Analisar a reconceitualização legal da definição de jornada de trabalho de médicos especialistas em um município de grande porte (Praia Grande/SP).

2.2. Objetivos específicos dos artigos:

2.2.1. Primeiro artigo

Investigar as características das decisões exaradas nas bases informatizadas públicas dos Tribunais de Contas Estaduais das diversas regiões do Brasil relacionadas ao cumprimento de jornada de trabalho médica no SUS, correlacionando-as com potenciais variáveis independentes preditoras das medidas coercitivas adotadas.

2.2.2. Segundo artigo

Sintetizar a perspectiva dos atores sociais envolvidos na implantação de uma nova lei municipal, que estabelece uma jornada de horário flexível por produção em Praia Grande/SP.

2.2.3. Terceiro artigo

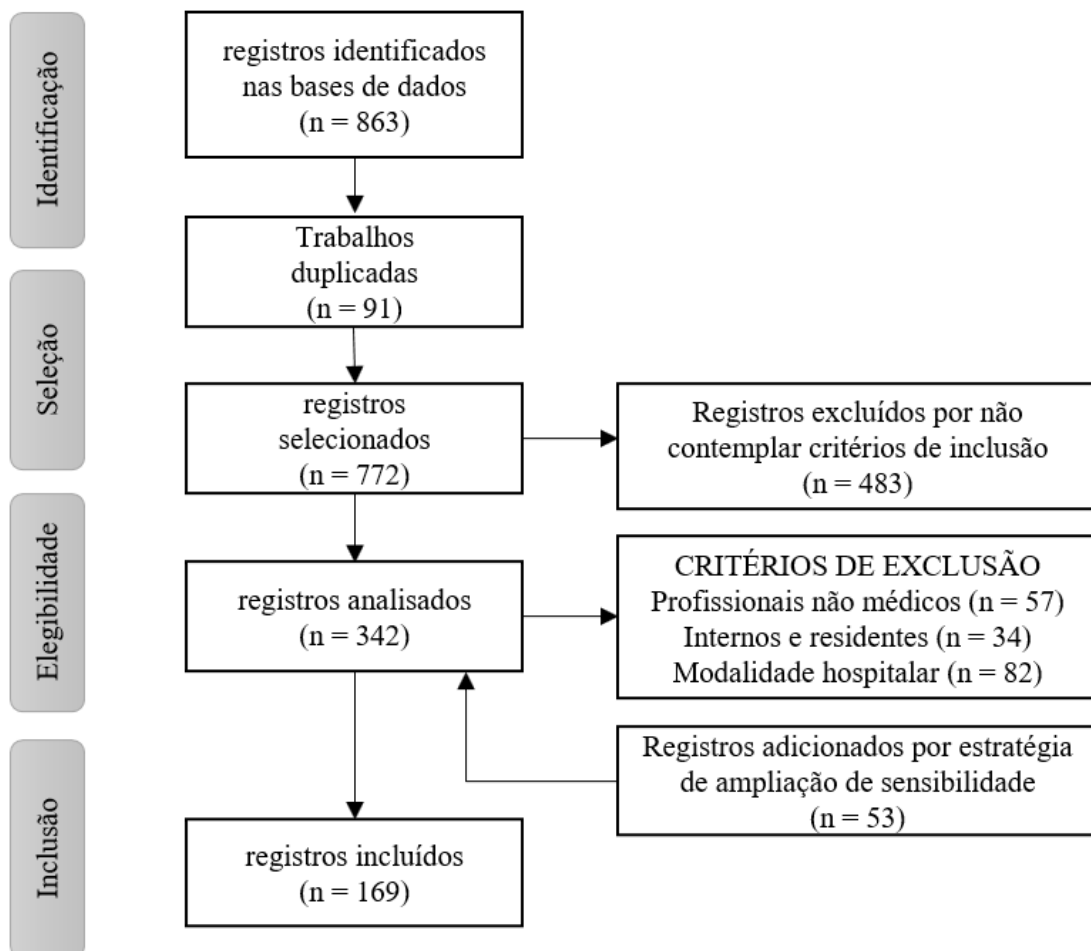
Analisar as contradições e estado de necessidade que fomentaram a mudança da definição de jornada de trabalho médica na legislação de Praia Grande/SP, adotando a perspectiva da Teoria Histórico Cultural da Atividade (Leontiev, 1978; Engeström, 1987).

3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Trata-se de um estudo descritivo e analítico-exploratório, com abordagem quali-quantitativa.

Para avaliar as discussões na literatura acadêmica sobre a jornada de trabalho médica no mundo e no Brasil, fundamentando o problema e hipótese de pesquisa no que tange à legislação nacional e a caracterização do descumprimento de jornada, promoveu-se revisão não sistemática da literatura nas bases de dados do Pubmed (2023), Biblioteca Virtual em Saúde (2023) e Scielo (2023), nas versões em inglês e português dos descritores em saúde estruturados no seguinte algoritmo: ((Health Services Coverage) OR (National Health Systems) OR (Health Services Accessibility)) AND ((Work Hours) OR (Professional Autonomy)) AND ((Physicians) OR (Physicians Distribution)).

Figura 5 – Algoritmo de revisão de literatura para o problema de pesquisa



Fonte: Autoria própria adaptada de PRISMA (2009).

A figura 5 apresenta o algoritmo de pesquisa utilizado. O algoritmo base identificou 577 e 286 registros, respectivamente, em inglês e português, sendo 91 duplicados entre as bases. Após exclusão de 483 por não preencher critérios de inclusão, foram suprimidos 173 registros por preencherem critérios de exclusão, sendo 57 por se tratarem de trabalhos não referentes à categoria médica, 34 pertinentes a estudantes internos ou residentes e 82 referentes exclusivamente ao componente hospitalar. Buscando ampliar a sensibilidade adotou-se a revisão em pares dos blocos de descritores dos operadores booleanos de intersecção e a inserção de trabalhos cuja origem foram informantes-chave, referências citadas e outras fontes.

Foram produzidos três artigos, cujas metodologias estão descritas abaixo.

3.1. Metodologia do primeiro artigo:

Título: Descumprimento da jornada de trabalho médica no SUS: estudo transversal de decisões dos tribunais de conta estaduais.

No primeiro artigo, com procedimento observacional transversal, promoveu-se a revisão de todas as bases de dados eletrônicas dos Tribunais de Contas Estaduais (TCEs) dos 27 estados brasileiros. Desses, em consulta realizada entre junho de 2019 a janeiro de 2021, apenas 18 Tribunais Estaduais (66,6%) possuíam acervos em endereços eletrônicos da internet, sendo ofertado mecanismo de busca de decisões publicamente disponíveis em, somente, 15 Tribunais (55,5%).

No algoritmo, utilizou-se os termos "MÉDICOS" AND ("CARGA HORÁRIA" OR "JORNADA DE TRABALHO" OR "CUMPRIMENTO DE CARGA HORÁRIA" OR "CUMPRIMENTO DA JORNADA DE TRABALHO") associados aos filtros — disponíveis apenas em seis Tribunais — "ACÓRDÃO" OR "PREFEITURA" OR "PRESTAÇÃO DE CONTAS DE GESTÃO". Inexistindo a possibilidade de filtro, promoveu-se pesquisa de inteiro conteúdo das bases eletrônicas.

Selecionou-se as decisões judiciais por meio da leitura dos títulos de indexação e pertinência do julgamento, ou da integralidade, quando necessário, para a constatação do mérito.

Adotou-se, como critério de inclusão, os julgamentos conclusos, quando superadas as fases de decisão parcial ou instrução processual, na forma de acórdão ou "trânsito em julgado" dos filtros supracitados. Os critérios de exclusão foram: (1) decisão diversa ao mérito da

pesquisa, (2) decisão aplicada em profissionais não médicos, (3) o interessado é o Ente Estadual e (4) a decisão indisponível em acervo digital, por sigilo judicial ou outras motivações.

Para avaliar o porte municipal e distribuição *per capita* de profissionais médicos nos Entes Federativos, acionados pelos TCEs, utilizou-se as bases de dados do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde e a estimativa populacional para o Tribunal de Contas da União no DATASUS com ano de referência 2019 (Brasil, 1991b, 1991c).

Para a análise dos dados, utilizou-se o ambiente computacional do programa R (R Core Team, 2021). Considerou-se como variáveis dependentes do estudo, posto o impacto desses desfechos enquanto medida coercitiva potencialmente transformadora da realidade, a aplicação de multa aos Gestores ou a determinação de ressarcimento ao erário do Ente Federativo pelos envolvidos na ação. Para responder as questões de pesquisa, selecionou-se, como variáveis independentes, o mérito que deu origem à ação decisória do Tribunal, as informações sobre a origem regional e o ano do julgamento, o porte populacional e a disponibilidade *per capita* de profissionais médicos para cada 1.000 habitantes.

Para os valores de multa, quando referenciados em Unidades Fiscais do Estado de origem, adotou-se a conversão em Reais segundo a Tabela vigente em 2020, não se realizando correção monetária dos valores originais nas sentenças.

Utilizou-se o Teste de qui-quadrado de independência de Pearson, com correção de Yates para valores esperados menores do que 5%, para avaliar a força de associação entre as variáveis independentes categóricas elencadas e o desfecho dicotômico de existência de multas ou ressarcimento (Kotrlík; Williams; Jabor, 2011). Para preditores não dicotômicos, consideraram-se como diferenças estatisticamente significantes aquelas cujos resíduos padronizados ajustados extrapolaram os limites do novo nível descritivo bicaudal pelo método de ajuste de Bonferroni, sendo de 5% o nível de significância original arbitrado (Macdonald; Gardner, 2000). Adotou-se na análise dos pressupostos a regra de Cochran (Cochran, 1954; Sharpe, 2015).

De forma complementar, buscando dimensionar a valoração das multas aplicadas, enquanto variável quantitativa contínua, e afastada a condição de normalidade pelo teste de Shapiro-Wilk, adotou-se o teste de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis para, respectivamente, determinantes dicotômicos e politômicos não paramétricos de interesse da pesquisa com aplicação de pós-teste de comparações múltiplas de Dunn, quando encontrada significância estatística entre as categorias das variáveis independentes (Field, A.; Miles; Field, Z, 2012).

3.2. Metodologia do segundo artigo

Título: Reconceituando a Jornada de trabalho médica no SUS de Praia Grande/SP: pesquisa etnográfica

No segundo artigo, em atenção aos seus objetivos descritivo e analítico-exploratório, adotou-se abordagem qualitativa de base fenomenológica (Bastos, 2017) e procedimento através de pesquisa etnográfica (Angrosino, 2009) dos documentos e processos administrativos, que abrigharam o contexto social histórico e da perspectiva cultural obtida por entrevistas semiestruturadas dos grupos sociais de interesse, ressaltando-se as limitações intrínsecas do método ao realismo sutil do papel subjetivo de participante de um dos pesquisadores, enquanto gestão local há época do evento (Hammersley, 1990).

Decorrentes de uma amostragem não aleatória de conveniência por seleção consecutiva de usuários SUS, no ambulatório de especialidades médicas do município de Praia Grande/SP, bem como participação voluntária de trabalhadores e gestores, as entrevistas semiestruturadas foram conduzidas entre julho de 2020 a outubro de 2023, produzindo-se 42 entrevistas cujas saturações empíricas (Fontanella, 2011) foram alcançadas nesses segmentos sociais, respectivamente, em 14, 19 e 10 entrevistas. O modelo de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi aplicado na forma impressa ou por formulário eletrônico (apêndice A), conforme preferência do voluntário pela entrevista presencial ou virtual. O modelo de questionário semiestruturado norteador das entrevistas foi construído com 40 quesitos distribuídos em 8 dimensões de interesse (apêndice B).

As gravações digitais dos entrevistados (E) foram transcritas em unidades de significado em uma planilha (Microsoft Corporation, 2016) e identificadas sigilosamente pelo seu papel social e de uma unidade de identificação composta pela letra “E” seguido da ordem temporal de realização das entrevistas realizadas e o tempo da entrevista – em horas(h), minutos(min) e segundos(s). Após confrontação de perspectivas êmicas e éticas, foram compiladas em 10 (dez) categorias disponibilizadas em um relatório etnográfico para reagrupamento por análise nomotética (Apêndice C), bem como registros sob perspectiva ideográfica, buscando validade por síntese integrativa (Angrosino, 1990; Tavares, 2003).

3.3. Metodologia do terceiro artigo

Título: Reconceptualizing public medical working day in Brazil: Cultural-historical activity theory

O terceiro artigo utiliza a Teoria Histórico Cultural da Atividade de Leontiev (1978), a Teoria da Aprendizagem Expansiva (Engeström, 1987) e o modelo teórico-metodológico de Zona de Desenvolvimento Proximal (Engeström, 1987; Vygotsky, 1978) para descrever a experiência de reconceptualização da jornada de trabalho de seu ambulatório de especialidades médicas do município de Praia Grande/SP. As figuras foram produzidas através da utilização das ferramentas “formas” do pacote Microsoft Office (Microsoft Corporation, 2016) e do pacote “ggplot2” da linguagem R (Wickham, 2016; R Core Team, 2022).

3.4. Aspectos éticos

A pesquisa foi submetida à aprovação da Secretaria de Saúde Pública de Praia Grande-SP, tendo recebido anuência de pesquisa pela Comissão Especial de Avaliação e Acompanhamento de Pesquisa em Saúde Pública (CEAAPSP) do município (Anexo A) e pelo Parecer Consubstanciado n°. 4.015.170 / CAAE: 26488619.8.0000.5421, de 08 de maio de 2020 (Anexo B).

4. RESULTADOS

4.1. Primeiro artigo

Descumprimento da jornada de trabalho médica no SUS: estudo transversal de decisões dos tribunais de conta estaduais¹

Resumo

Objetivo: analisam-se, neste artigo, as características das condenações prolatadas pelos Tribunais de Contas Estaduais em relação ao provimento e cumprimento de jornada de trabalho médica no setor público municipal brasileiro. Métodos: estudo transversal de 20 anos de história de decisões disponíveis nos acervos digitais públicos dos Tribunais de Contas Estaduais. Resultados: multas a gestores de R\$ 4.515,90 [I.C95%: 3.755,87 – 5.275,93] e ressarcimentos que representam, em média, um ano inteiro de trabalho dos profissionais médicos arrolados estiveram presentes em 67,6% das decisões. A adoção de medidas coercitivas está associada a formas de contratação irregular sem concurso público ($p < 0,001$), menor relação *per capita* de médicos ($p = 0,003$), menor porte populacional ($p = 0,02$) e distância dos centros urbanos da região sudeste do país ($p < 0,0001$). Analisam-se, de forma original, as características de grave problema enfrentado pela maioria dos Entes Federativos municipais, em um cenário contemporâneo de insegurança jurídica de gestores e trabalhadores da saúde, fazendo com que o tema seja objeto reiterado de discussões nos espaços interfederativos regionais da saúde no Brasil.

Palavras-chave: sistemas de saúde; legislação médica; jurisprudência; distribuição de médicos; jornada de trabalho.

Abstract

This article analyzes the characteristics of the convictions handed down by the Government Accountability Offices in the provision and fulfillment of medical working hours in the Brazilian municipal public sector. Methods: Cross-sectional study of 20 years of history of decisions available in the public digital collections of the State Courts of Accounts. Results:

¹ Aceito para publicação em 23/02/2023 pela Revista Brasileira de Políticas Públicas

Fines to managers of BRL 4,515.90 [I.C95%: 3,755.87 – 5,275.93] and reimbursements that represent, on average, an entire year of work of the medical professionals enrolled, were present in 67.6% of the decisions. The adoption of coercive measures is associated with forms of irregular hiring without public tender ($p < 0.001$), lower per capita ratio of doctors ($p = 0.003$), smaller population size ($p = 0.02$) and distance from large urban centers in southeastern Brazil ($p < 0.0001$). The article, in an original way, analyzes the characteristics of a serious problem faced by most municipal Federative Entities, in a contemporary scenario of legal uncertainty for managers and health workers, making the topic a reiterated object of discussions in the regional interfederative spaces of the health in Brazil.

Keywords: health systems; legislation, medical; jurisprudence; physicians distribution; work hours.

4.1.1 Introdução

A Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2021, ressaltou a grande disparidade de cobertura de profissionais médicos entre os países e internamente nos territórios, podendo variar de 1 médico entre 232 habitantes na Europa a 1 médico a cada 3.619 pessoas na África, conclamando estratégias de atração e retenção desses profissionais em todas as nações, particularmente em áreas rurais ou remotas¹.

No Brasil², a implantação de seu sistema nacional de saúde, público e universal, com expansão dos cuidados primários, por meio do modelo de Estratégia Saúde da Família³, proporcionou a ampliação da oferta de 0,4 para 1,9 médicos por 1.000 habitantes entre 1970 a 2010⁴, superando-se o limiar mínimo de 1/1.000, sugerido pela OMS⁵.

Passadas duas décadas de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), relatou-se em um estudo sobre percepção social da saúde, conduzido pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada⁶, que a Estratégia de Saúde da Família foi o serviço mais bem avaliado, mas — concomitantemente — a falta de médicos se destacou como o principal problema da Saúde, em todos os níveis de atenção, incluindo ambulatorios de especialidade e serviços de urgência e emergência.

Após dois decênios de redemocratização com a Constituição Federal de 1988, o aumento da complexidade e capacidade de articulação de instituições e segmentos sociais mais ativos suscitaram um ambiente de crescente insatisfação no Brasil⁷. Relembrando os protestos de junho de 2013, que levaram milhares de brasileiros às ruas, e a campanha deflagrada pela

Frente Nacional de Prefeitos intitulada “Cadê o médico?”⁸, que abalaram a estabilidade política no Brasil, Santos et al.⁹ descrevem um cenário de país “pegando fogo”.

Capitaneando resposta à opinião pública e à pressão dos Gestores Municipais, o Governo Federal criou o Programa Mais Médicos para o Brasil, buscando provimento emergencial desses profissionais, ampliação dos cursos de graduação em medicina e investimentos em infraestrutura da rede assistencial^{9,10}, em uma proposta ambiciosa de expandir a oferta médica de 1,8 para 2,7 profissionais a cada 1.000 habitantes até 2026⁷.

Se o monitoramento do programa ficou a princípio restrito aos Entes Federativos envolvidos, bem como de uma Rede Observatório do Programa Mais Médicos, constituída por 14 universidades e instituições de pesquisa⁷, indiretamente, a motivação para sua implantação mobilizou diversos setores da sociedade, com intensa veiculação de reportagens sobre falta de médicos ou descumprimento de jornada de trabalho nos veículos de imprensa dos diversos Estados e intensificação das ações sistemáticas de monitoramento dos Tribunais de Contas, Ministério Público e Poderes Legislativo e Judiciário¹¹.

Uniformizando sua metodologia, em âmbito nacional, com a criação do Índice de Efetividade da Gestão Municipal na saúde (IEGM/i-Saúde), a partir de 2015¹², a ação dos Tribunais de Contas revela um histórico sistemático de monitoramento da oferta de assistência médica no Setor Público, culminando eventualmente em multas e ressarcimentos de gestores e profissionais em condições de trabalho irregular.

Em conjunto com Ministério Público e Poder Judiciário, a ação dessas instâncias de controle externo proporciona ambiente favorável ao aperfeiçoamento da gestão municipal, fortalecendo a governança multinível e cooperação interfederativa¹³, mas podendo gerar – perante o ajuizamento de determinações de exoneração, bloqueio de bens ou restituição de recursos ao erário municipal – um cenário agudo de percepção da insegurança jurídica e contradições à legislação de algumas práticas profissionais e administrativas prevalentes em todas as regiões do país, com reações coletivas de classe e intensificação pontual da escassez de médicos em alguns territórios.

Frente à relevância do assunto, atual e reiteradamente debatido nas Comissões Intergestores Regionais dos diversos Estados, analisam-se neste artigo, 20 anos de história das bases públicas dos Tribunais de Contas Estaduais, a fim de entender as características das medidas coercitivas adotadas (multas e ressarcimentos), a sua fundamentação legal e formas de classificação do mérito, sua evolução na história do SUS, a influência da disponibilidade de

oferta *per capita* médica, o porte populacional em seu ajuizamento e se a diversidade regional de um país continental abriga diferenças em seu processo.

4.1.2 Materiais e métodos de análise

Promoveu-se revisão de todas as bases de dados eletrônicas dos Tribunais de Contas Estaduais (TCEs) dos 27 estados brasileiros. Desses, em consulta realizada entre junho de 2019 a janeiro de 2021, apenas 18 Tribunais Estaduais (66,6%) possuem acervos em endereços eletrônicos da internet, sendo ofertado mecanismo de busca de decisões publicamente disponíveis em, somente, 15 Tribunais (55,5%).

No algoritmo, utilizaram-se os termos "MÉDICOS" AND ("CARGA HORÁRIA" OR "JORNADA DE TRABALHO" OR "CUMPRIMENTO DE CARGA HORÁRIA" OR "CUMPRIMENTO DA JORNADA DE TRABALHO") associados aos filtros — disponíveis apenas em seis Tribunais — “ACÓRDÃO” OR “PREFEITURA” OR “PRESTAÇÃO DE CONTAS DE GESTÃO”. Inexistindo a possibilidade de filtro, promoveu-se pesquisa de inteiro conteúdo das bases eletrônicas.

Selecionaram-se as decisões judiciais por meio da leitura dos títulos de indexação e pertinência do julgamento, ou da integralidade, quando necessário, para a constatação do mérito.

Adotaram-se, como critério de inclusão, os julgamentos conclusos, quando superadas as fases de decisão parcial ou instrução processual, na forma de acórdão ou “trânsito em julgado” dos filtros supracitados. Os critérios de exclusão foram: (1) decisão diversa ao mérito da pesquisa, (2) decisão aplicada em profissionais não médicos, (3) o interessado é o Ente Estadual e (4) a decisão indisponível em acervo digital, por sigilo judicial ou outras motivações.

Para avaliar o porte municipal e distribuição *per capita* de profissionais médicos nos Entes Federativos, acionados pelos TCEs, utilizaram-se as bases de dados do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde e a estimativa populacional para o Tribunal de Contas da União no DATASUS^{14,15}.

Para a análise dos dados, utilizaram-se a linguagem e o ambiente computacional do programa R¹⁶. Consideraram-se as variáveis dependentes do estudo, posto o impacto desses desfechos enquanto medida coercitiva potencialmente transformadora da realidade, a aplicação

de multa aos Gestores ou a determinação de ressarcimento ao erário do Ente Federativo pelos envolvidos na ação. Para responder as questões de pesquisa, selecionaram-se, como variáveis independentes, o mérito que deu origem à ação decisória do Tribunal, as informações sobre a origem regional e o ano do julgamento, o porte populacional e a disponibilidade *per capita* de profissionais médicos para cada 1.000 habitantes.

Para os valores de multa, quando referenciados em Unidades Fiscais do Estado de origem, adotou-se a conversão em Reais segundo a Tabela vigente em 2020, não se realizando correção monetária dos valores originais nas sentenças.

Utilizou-se o Teste de qui-quadrado de independência de Pearson, com correção de Yates para valores esperados menores do que 5%, para avaliar a força de associação entre as variáveis independentes categóricas elencadas e o desfecho dicotômico de existência de multas ou ressarcimento¹⁷. Para preditores não dicotômicos, consideraram-se como diferenças estatisticamente significantes aquelas cujos resíduos padronizados ajustados extrapolaram os limites do novo nível descritivo bicaudal pelo método de ajuste de Bonferroni, sendo de 5% o nível de significância original arbitrado¹⁸. Adotou-se na análise dos pressupostos a regra de Cochran^{19,20}.

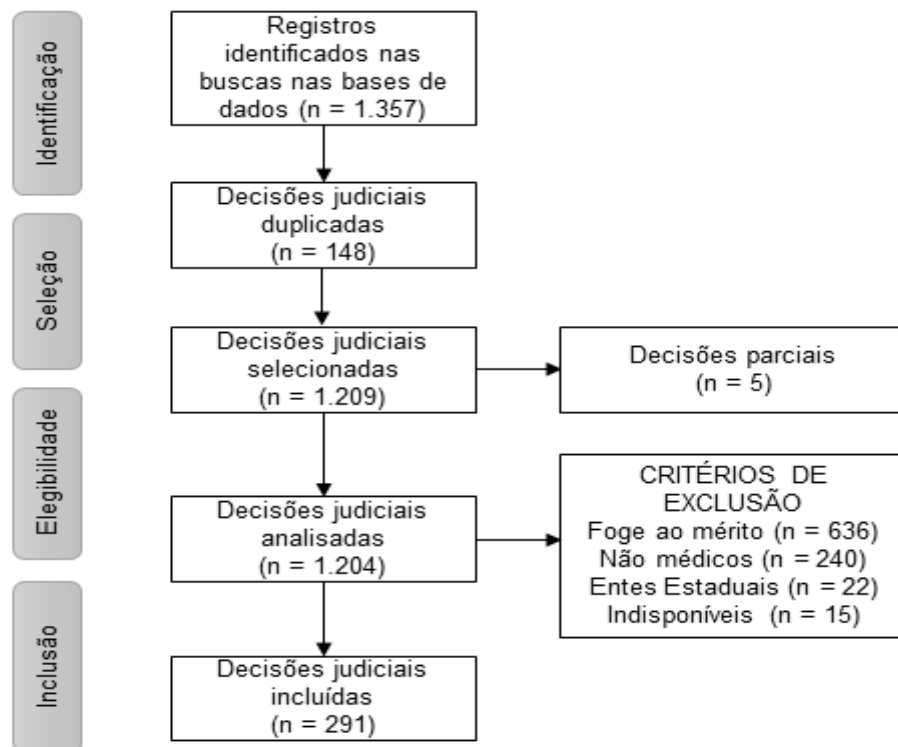
De forma complementar, buscando dimensionar a valoração das multas aplicadas, enquanto variável quantitativa contínua, e afastada a condição de normalidade pelo teste de Shapiro-Wilk, adotou-se o teste de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis para, respectivamente, determinantes dicotômicos e politômicos não paramétricos de interesse da pesquisa com aplicação de pós-teste de comparações múltiplas de Dunn, quando encontrada significância estatística entre as categorias das variáveis independentes²¹.

4.1.3 Resultados

Acessaram-se 1.357 decisões, por meio das buscas nos endereços eletrônicos dos Tribunais de Contas Estaduais entre 1989 a 2020, sendo 111 da região Norte (8,18%), 680 do Nordeste (50,10%), 251 do Centro-oeste (18,50%), 255 do Sudeste (18,80%) e 60 decisões provenientes do Sul (4,42%). Apenas com leitura do Título e parecer final, excluíram-se 148 decisões judiciais duplicadas e cinco decisões que não preencheram o critério de inclusão por se constituírem em decisões parciais ou em fase de instrução processual (3 do Ceará, 1 do Mato Grosso e 1 do Rio Grande do Sul).

Nos critérios de exclusão, 636 decisões fugiram ao mérito do problema de pesquisa ao abordarem questões como aposentadorias, licitação de materiais médicos, irregularidades em terceiros particulares etc. Um total de 240 decisões não se destinaram a profissionais médicos, 22 foram destinadas — apesar da pertinência —, especificamente, à apuração de Entes Estaduais e 15 não foram disponibilizadas para consulta de texto integral. Assim, incluíram-se na análise 291 decisões definitivas (figura 1).

Figura 1 – Fluxo de seleção das decisões judiciais (n=número de decisões)



Fonte: Bases de dados eletrônicas públicas dos Tribunais de Contas Estaduais (adaptado de PRISMA).

Quanto às variáveis dependentes de interesse, encontrou-se a adoção de medidas coercitivas de multa (192/291) ou ressarcimento (46/291) em 197 das 291 decisões proferidas (67,7%) e concomitância de ambas em 41 (14%), tendo isoladamente multa ou ressarcimento — nesse universo — em, respectivamente, 151 (51,9%) e 5 (1,7%) das decisões publicamente disponíveis. Na tabela 1, apresenta-se a análise de associação entre a variável dependente qualitativa “Aplicação de multa ou ressarcimento” e as variáveis independentes relacionadas às perguntas do problema da pesquisa.

Tabela 1 – Análise de associação com o desfecho de aplicação de multa ou ressarcimento

Variáveis Independentes	Aplicação de multa ou ressarcimento				
	N	Não		Sim	
		n	%	n	%
Mérito da decisão					p = 0,410
Descumprimento de Jornada de Trabalho	43	10	23,3%	33	76,7%
Ausência de aferição de Jornada	74	25	33,8%	49	66,2%
Contratações precárias/irregulares	166	55	33,1%	111	66,9%
Insuficiência de Médicos	08	4	50,0%	4	50,0%
Ano da decisão					p = 0,047
2001 a 2005	12	01	8,3%	11	91,7%
2006 a 2010	42	08	19,0%	34	81,0%
2011 a 2015	158	56	35,4%	102	64,6%
2016 a 2020	79	29	36,7%	50	63,3%
Porte populacional da gestão municipal					p = 0,021
Pequeno (até 25.000 hab.)	221	64	28,9%	157	71,1%
Médio (até 100.000 hab.)	51	20	39,2%	31	60,8%
Grande (maior 100.000 hab.)	17	10	58,8%	07	41,2%
Razão de médicos por 1.000 habitantes					p = 0,003
< 1 médico/1.000 hab.	210	58	27,6%	152	72,4%
≥ 1 médico/1.000 hab.	79	36	45,6%	43	54,4%
Região do Brasil					p < 0,001
Centro-oeste	19	05	26,3%	14	73,7%

Nordeste	186	56	30,1%	130	69,9,3%
Norte	13	03	23,1%	10	76,9%
Sudeste	33	24	72,7%	09	27,3%
Sul	40	6	15,0%	34	85,0%

Fonte: Bases de dados eletrônicas públicas dos Tribunais de Contas Estaduais (TCEs).

O acervo de decisões publicamente disponíveis revela que há associação entre a adoção de medidas coercitivas pelos Tribunais de Contas Estaduais e a razão de médicos por 1.000 habitantes ($\chi^2(1) = 8,42$; $p = 0,003$), e entre as regiões do Brasil ($\chi^2(4) = 32,24$; $p < 0,001$). A análise dos resíduos padronizados ajustados revelou que há menos medidas coercitivas em municípios que possuem acima de 1 médico/1.000 hab. ($p = 0,003$) e na região Sudeste do Brasil ($p < 0,0001$), exatamente a região que possui uma relação, acima da realidade nacional, com 3,15 médicos por 1.000 habitantes (hab.).

Os resultados apontam que a frequência relativa de medidas coercitivas foi decremental entre os quinquênios do atual milênio, reduzindo a adoção de 91,7% para 63,3% entre 2001 a 2020 ($\chi^2(2) = 9,62$; $p = 0,04$), mas atingindo o cume de frequência absoluta de apurações no quinquênio 2011-2015 com 158 decisões (54% do total verificado no período). Quanto ao porte populacional, também se observou uma relação decremental ($\chi^2(2) = 7,67$, $p = 0,02$), havendo menos medidas coercitivas em municípios de grande porte. Todavia, apesar de um nível arbitrado *a priori* inferior a 0,05, seja no ano de decisão, seja no porte populacional, não houve significância estatística frente aos novos níveis estabelecidos pelo método conservador de Bonferroni, respectivamente, em $\alpha=0,006$ e $\alpha=0,008$.

O desfecho de interesse, quando analisado em sua natureza monetária como variável quantitativa contínua, com grandeza definida na moeda brasileira (Reais), revelou que, em média, as multas — quando aplicadas — foram de R\$ 4.515,90 [I.C95%: R\$ 3.755,87 – R\$ 5.275,93] e os ressarcimentos de R\$ 88.639,85 [I.C95%: R\$ 48.089,63 – R\$129.190,10], conforme intervalo interquartilico e intervalo de confiança para a média apresentada na tabela 2.

Tabela 2 – Distribuição do valor monetário de multas e ressarcimentos em decisões do TCEs

Desfechos: medidas coercitivas adotadas pelos TCE					
Em Reais (R\$)	Q1	Mediana	Q3	Valor máximo	Média [I.C.95%]
Multa	1.690,00	3.500,00	5.000,00	60.307,00	4.515,90 [3.755,87 – 5.275,93]
Ressarcimento	17.223,80	38.278,50	123.241,20	797.283,90	88.639,85 [48.089,63 – 129.190,10]

Fonte: Bases de dados eletrônicas públicas dos Tribunais de Contas Estaduais (TCEs)

O valor médio de ressarcimento foi de R\$88.639,85, e comportamento não paramétrico (Teste de normalidade de Shapiro-Wilk; $p < 0,001$), refletindo a inexistência de um padrão de valoração, sendo fruto do mérito de apuração do dano ao erário público constatado. Quando considerado o piso de remuneração do setor público para médicos em jornada de 20 e 40 horas, verifica-se que essa média de ressarcimento, muitas vezes, representa um ano inteiro de remuneração do trabalho a ser restituído.

Já as multas, em um intervalo de confiança mais estreito para uma média de R\$ 4.515,90, sugerem o estabelecimento de um padrão de valoração pelos Tribunais de Contas Estaduais para advertência aos gestores arrolados nessas decisões.

Enquanto variáveis quantitativas contínuas, as multas também demonstram um padrão de distribuição não gaussiano (teste de normalidade de Shapiro-Wilk; $p < 0,001$). Na tabela 3, apresenta-se a associação entre o valor das multas e as variáveis independentes elencadas entre as perguntas de pesquisa.

Tabela 3 – Distribuição do valor monetário de multas entre as variáveis independentes

Associação com desfecho multas (em Reais – R\$)					
	Q1	Mediana	Q3	Máximo	Teste estatístico
Mérito da decisão					Kruskal-Wallis
Descumprimento de jornada de trabalho	1.000,00	2.804,75	4.150,00	8.815,42	
Ausência de Aferição de jornada	1.232,62	2.143,60	4.309,00	19.876,76	$(\chi^2_{(3)} = 17,96;$ $p < 0,001)$

Contratações precárias/irregulares	2.805,10	4.000,00	7.000,00	60.306,94	
Insuficiência de Médicos	988,21	15.764,30	17.882,15	20.000,00	
<hr/>					
Ano da decisão					Kruskal-Wallis
2001-2005	1.000,00	1.000,00	1000,00	2.000,00	
2006 - 2010	1.475,00	2.805,10	4.150,00	60.306,94	$(\chi^2_{(3)} = 24,58;$ $p < 0,001)$
2011-2016	2.000,00	4.000,00	6.686,87	19.876,76	
2016 - 2020	2.000,00	4.000,00	5.000,00	20.000,00	
<hr/>					
Porte Populacional da Gestão municipal					Kruskal-Wallis
Pequeno (até 25.000 hab.)	2.000,00	3.000,00	4.417,60	19.876,76	
Médio (até 100.000 hab.)	1.075,00	2.167,50	6.566,50	13.684,40	$(\chi^2_{(2)} = 2,63;$ $p = 0,267)$
Grande (maior 100.000 hab.)	3.402,55	5.000,00	14.500,00	60.306,94	
<hr/>					
Razão de Médicos por 1.000 habitantes					Mann-Whitney
< 1 médico/1.000 hab.	2.000,00	4.000,00	5.000,00	19.876,76	$(U = 3369;$ $p = 0,312)$
\geq 1 médico/1.000 hab.	1.300,00	2.805,10	5.000,00	60.306,94	
<hr/>					
Região do Brasil					Kruskal-Wallis
Centro-oeste	1.882,20	2.415,34	5.047,00	13.165,00	
Nordeste	3.000,00	4.150,00	7.441,08	60.306,94	$(\chi^2_{(4)} = 78,61; p < 0,001)$
Norte	850,00	1.750,00	4.984,63	11.000,00	
Sudeste	1.000,00	3.500,00	4.417,60	13.684,40	
Sul	1.000,00	1.000,00	1.200,00	1.500,00	

Fonte: Bases de dados eletrônicas públicas dos Tribunais de Contas Estaduais (TCEs).

O Teste de Kruskal-Wallis revelou que há diferença no valor de multa aplicada nas variáveis mérito ($\chi^2(3) = 17,96$; $p < 0,001$), ano ($\chi^2(3) = 24,58$; $p < 0,001$) e região ($\chi^2(4) = 78,61$; $p < 0,001$) da decisão. Contratações sem concurso público ou irregulares implicaram multas maiores que descumprimento ($p = 0,001$) e ausência de aferição de jornada ($p = 0,006$). O quinquênio 2001-2005, coincidindo com a intensa desvalorização do Real entre 1999 a 2004, apresentou valores menores que os demais períodos ($p < 0,001$) e a região Sul — salvo a região Norte (p ajustado = 0,27) — valores arbitrados menores que as demais regiões do Brasil ($p < 0,001$).

Apesar da importância da razão de médicos por habitante ($p = 0,003$) e porte populacional ($p = 0,02$) na decisão de aplicação de medidas coercitivas, não se observou significância estatística no valor monetário da multa, respectivamente com $p = 0,31$ e $p = 0,26$, corroborando o entendimento de uma uniformidade no padrão de valoração destas, ainda que constatadas medianas maiores em municípios de grande porte e com menos de um médico por habitante.

4.1.4 Discussão

Advindos da tradição secular lusa de Misericórdias²² (Santas Casas) e uma concepção restritiva de centros de saúde, originária do modelo residual norte-americano²³, agregada a uma evolução bismarckiana, entre os anos 30 a 80 do século XX²⁴, a Constituição de 1988 criou no Brasil um sistema público integrado de saúde sob financiamento fiscal²⁵ e reorientação assistencial pelo modelo de Estratégia de Saúde da Família³.

Nascido em uma conjuntura neoliberal adversa e tardia, com complexa composição de serviços públicos e privados de difícil regulação e gestão, o Sistema Único de Saúde sobreviveu com os desafios da segmentação e fragmentação comuns aos grandes sistemas nacionais de saúde²⁶ em uma conjuntura de escassez assimétrica e promíscua pluralidade de formas de contratualização do capital humano, convivendo em arranjos institucionais intrincados em diversos prismas de intersectorialidade, relações federativas, territorialidade e participação de atores sociais ativos⁷.

No exercício de suas atribuições²⁷, os Tribunais de Contas Estaduais têm regularmente promovido ações de controle externo nos serviços de saúde dos diversos Entes Federativos. Em consonância com os artigos 37 e 196 da Carta Magna²⁸, analisam o mérito da garantia de profissionais para o cumprimento dos princípios do SUS, avaliando a insuficiência no preenchimento de cargos médicos, a existência de contratações precárias ou irregulares — bem como a observância à jornada de até 60 horas semanais, limite de 2 vínculos públicos^{29,30,31} — e o cumprimento dessa jornada de trabalho semanal pactuada^{32,33}.

Como exemplos, destacamos algumas manifestações e entendimentos doutrinários dos Tribunais das diversas regiões do Brasil, por meio da transcrição literal de algumas decisões publicamente disponíveis nas bases consultadas na pesquisa.

A respeito da insuficiência de médicos em diversos pequenos municípios do Estado, o Tribunal de Contas do Rio Grande do Sul aponta³⁴ que

Um dos maiores problemas atualmente enfrentados pelas administrações locais reside exatamente em como conciliar o encargo de oferecer atendimento médico aos munícipes com a dificuldade (quase impossibilidade) de atrair profissionais interessados na prestação de tais serviços por oferta pecuniária (principalmente nas comunas de menor porte, e em razão dos limitadores já conhecidos), fixada em patamares frequentemente inferiores aos padrões remuneratórios alcançados pela classe médica no mercado.

A amostra de base nacional demonstra a preocupação dos Tribunais em todas as regiões do Brasil, quanto a essa escassez nas decisões, evidenciando, ainda que não significativa ($p = 0,41$), a adoção de medidas coercitivas em apenas 50% dos casos, a menor entre os quesitos de mérito, optando-se pela não menção ou orientação, conforme considerações apontadas pelo Tribunal de Contas do Mato Grosso³⁵:

Tendo em vista a real situação médica do Município, sendo o número de médicos inferior à recomendação dada pela Organização Mundial da Saúde, converto as impropriedades em recomendações, buscando-se uma melhoria na saúde no município.

Ou, quando aplicadas, como esclarece o Tribunal de Rio Grande do Sul³⁶: “a multa tem caráter pedagógico e possui na sua essência primordial o objetivo de propor uma reflexão educativa que deve “ou deveria” produzir efeitos na conduta administrativa do agente público”.

Em contrapartida, se a insuficiência de médicos foi objeto de mérito, em apenas, 2,7% do universo acessado, em consonância com os artigos 37 e 196 da Carta Magna²⁷, a contratação emergencial, precária ou irregular, sem a concomitante ação do Gestor comprovando regular chamamento público para completar o quadro de funcionários permanentes de responsabilidade

do Estado, na forma da paradigmática carga horária semanal, representou a maior parte das decisões, com multas mais frequentes e de maior valor monetário ($p = 0,001$) do que ausências de aferição ou descumprimentos de jornada de trabalho.

Da mesma forma, uma vez realizado chamamento público, frente a existência de profissionais com jornadas acima de 60 horas semanais em múltiplos empregos públicos em diversas cidades, cabe também ao Ente Federativo não coadunar com irregularidades, como aponta — em menção a dura realidade de pequenos municípios nos rincões da região Norte do país — o Tribunal de Contas de Rondônia³⁷:

Constatada a acumulação de três cargos de médico por servidor público em três Municípios, contrariando o art. 37, XVI, 'c', da Carta Magna, bem como orientação normativa do TCE-RO, manifestada no Parecer Prévio n. 1/2011-Pleno, determinou-se a opção por dois deles por meio de Decisão Monocrática.

Superada a conquista da contratação, seja por chamamento ou provimento emergencial, os Entes Municipais ainda enfrentam os desafios do cumprimento da jornada de trabalho. Sobre a questão, o Tribunal de Contas da Paraíba asseverou que³⁸:

Parece haver um certo pendor a desequilibrar a relação de trabalho entre as prefeituras e os médicos do PSF em benefício destes. A escassez de bons profissionais, as enormes carências da população, o reduzido tempo de permanência dos médicos, que muitas vezes rescindem seus contratos por conta de melhores oportunidades de trabalho em outros municípios, entre outras razões, fazem os gestores públicos se sujeitar às exigências [...] muitas vezes os gestores são obrigados a tolerar a falta de cumprimento da carga horária pelos profissionais da área médica, sob pena deles aceitarem propostas de trabalho mais atrativas.

O mesmo Tribunal de Contas, avaliando o cumprimento de jornada de trabalho na Paraíba, constatou, em dezenas de cidades, que os médicos atendiam entre 4 a 12 dias mensais, com muitas unidades, ficando entre seis meses ao ano inteiro sem profissionais³⁹, sendo desse Tribunal testemunhado o maior ressarcimento individual imputado na amostra analisada (R\$ 194.066,84), compatível com mais do que 1 ano de remuneração do profissional médico⁴⁰. Já o maior ressarcimento coletivo na amostra foi registrado em 2015, em uma cidade de 30.000 habitantes do Rio Grande do Sul com 0,2 médicos/1.000 hab., referente ao descumprimento de 8 profissionais convocados a restituir o erário municipal em R\$ 797.283,89⁴¹.

Quanto à ausência de aferição da jornada de trabalho, os gestores foram compelidos a uma difícil escolha: impor o controle e assistir à exoneração voluntária, entre outras ações de retaliação, de seu capital humano ou criar justificativas pela inação em implementar

mecanismos de controle, nem sempre bem-sucedidas, e renegociar, informalmente, a jornada de trabalho.

Sobre a questão, o Tribunal de Contas de São Paulo, também em um município de 30.000 habitantes, mas com 4,39 médicos/1.000 hab., narrou o comunicado da Secretaria de Saúde ao seu quadro⁴²: “para que registrassem suas digitais para início do uso do registro de ponto através de relógio biométrico, e que diante dessas medidas dois profissionais pediram exoneração”. O Tribunal de Contas de Santa Catarina exemplifica⁴³: “desde 2009 o registro de ponto dos funcionários das UBS está com problemas e não foi solucionado, confirmando-se na presente Auditoria, com execução in loco no mês de março de 2015”. Este é um cenário que se replica em centenas de decisões em todo o país.

Em desfecho ao mérito, o TCE do Rio Grande do Sul sintetizou⁴⁴:

As dificuldades pertinentes ao cargo de médico, em relação ao qual, não raro, os gestores encontram-se reféns, inclusive, seguidamente não logrando admitir tais profissionais por concurso público ou mantê-los, após aprovados, caso não cedam às suas exigências (nem sempre elogiáveis, como vencimentos superiores ao do Prefeito, e redução da carga horária — via de regra, já reduzida, em relação à dos demais servidores.

Em 2020, o Brasil atingiu a marca de 2,39 médicos por 1.000 habitantes⁴. Entretanto, ainda enfrenta graves distorções de qualificação em relação à formação⁴⁵ e distribuição de médicos entre as regiões do país ($p < 0,001$).

Os Tribunais de Contas têm feito um trabalho metódico e de esmerado rigor técnico, em um esforço de uniformizar em âmbito nacional, por meio do IEGM, seus métodos e concepções, externando, claramente, a preocupação com a oferta médica por habitante, o qual se revelou um parâmetro estatisticamente significativo na adoção de medidas coercitivas ($p = 0,003$), na garantia efetiva dos preceitos constitucionais. À medida que todos os Tribunais Estaduais implementam bases públicas, aprimorando os mecanismos de busca e classificação dos processos, futuros estudos poderão contar com um universo amostral mais pleno, permitindo uma jurimetria⁴⁶ mais acurada da apreensão da realidade.

A pesquisa sugere que a ação ostensiva dos Tribunais sobre municípios de todos os portes ($p = 0,02$) tem se alterado ao longo desses 20 anos de bases públicas ($p = 0,047$), punindo com maior rigor contratações irregulares ($p < 0,001$). Estudos futuros são necessários para entender o impacto das alterações do cenário político nacional, a partir do Impeachment

presidencial em 2016 e a sobreposição de uma crise econômica e pandemia de importância internacional em 2020 por coronavírus — represando filas de espera eletivas no SUS e acirrando a percepção de déficit de serviços de saúde — na manutenção das políticas públicas de provimento médico assumidas e de integralidade universal do SUS, bem como seus reflexos nas decisões proferidas pelos Tribunais nos próximos anos.

Assim, em um cenário nacional marcado pelo interesse e autonomia⁴⁷ de um mercado médico frequentemente escasso e mal distribuído⁴⁸, competição interfederativa pelo capital humano, orçamentos estagnados e arraigada burocracia da legislação trabalhista estatutária — convivendo com um crescente discurso neoliberal de revisão de valores dos grandes sistemas nacionais de saúde²³ —, necessário se faz conscientizar e empoderar gestores públicos, profissionais da saúde e a sociedade civil organizada em um efetivo diálogo nacional sobre o problema do acesso à assistência médica.

4.1.5 Conclusão

O levantamento de 20 anos de história do acervo digital público de decisões dos Tribunais de Contas Estaduais, a respeito da avaliação da garantia de provimento de médicos pelos Entes Municipais, revela que — na busca de disciplinar as formas de contratualização e a oferta e cumprimento da jornada de trabalho da categoria, à luz da legislação vigente — as decisões prolatadas são frequentemente acompanhadas da adoção de medidas coercitivas (67,6%), a gestores públicos e aos profissionais médicos, na forma de multas de R\$ 4.515,90 [I.C95%: R\$ 3.755,87 – R\$ 5.275,93] e ressarcimentos que representam, em média, um ano inteiro de trabalho dos profissionais arrolados, sendo o problema objeto de crescente tensão nas Comissões Intergestores Regionais e no ambiente de trabalho dos serviços públicos de saúde.

Os resultados do estudo apontam que a aplicação de medidas coercitivas tem se alterado ao longo desses 20 anos de bases públicas ($p = 0,04$), aumentando em quantidade de decisões, mas reduzindo em frequência de medidas coercitivas (de 91,7% para 63,3% entre 2001 a 2020), punindo com maior rigor contratações irregulares ($p < 0,001$) e atingindo, de forma mais intensa, municípios com menor relação per capita de médicos ($p = 0,003$), menor porte populacional ($p = 0,02$) e mais distante dos grandes centros urbanos da região sudeste do país ($p < 0,0001$).

O progressivo amadurecimento e uniformização metodológica das bases públicas dos Tribunais de Contas, por meio do aprimoramento dos mecanismos de busca e classificação dos processos, permitirá futuros estudos com universo amostral mais acurado da apreensão da realidade. Em um cenário pós-pandêmico por COVID-19, com provável agravamento das filas de espera em saúde em todo o país, sugere-se que futuros estudos sejam deflagrados, por meio de inclusão de acervo de decisões não digitais, incorporação de novas variáveis independentes de ajuste, ampliação para outras categorias profissionais, descrição de desafios e experiências exitosas nos diversos cenários territoriais do país.

Referências²

1. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *World health statistics 2021: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals*. 2021. Disponível em: <https://www.who.int/data/gho/publications/world-health-statistics>. Acesso em: 20 jan. 2022.
2. BRASIL. *Lei n. 8.080, 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: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em: 14 jan. 2022.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS n. 692, de 25 de março de 1994*. Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde (PISUS) e o Programa de Saúde da Família (PSF) como metas do Ministério da Saúde. Disponível em: sna.saude.gov.br/legisla/legisla/prog_pacs_psf/GM_P692_94prog_pacs_psf.doc. Acesso em: 22 jan. 2022.
4. SCHEFFER, M. *et al. Demografia médica no Brasil 2020*. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP, 2020. Disponível em: https://www3.fm.usp.br/fmusp/conteudo/DemografiaMedica2020_9DEZ.pdf. Acesso em: 14 jan. 2022.
5. KUMAR, R.; PAL, R. India achieves WHO recommended doctor population ratio: A call for paradigm shift in public health discourse! *J Family Med Prim Care*, v. 7, n. 5, p. 841-844, 2018.
6. INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. *Sistema de indicadores de percepção social (SIPS)*. 2011. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/>. Acesso em: 20 jan. 2022.

² Estilo de referência conforme revisão final para *layout* em 08/11/2023 pela Rev. Bras. Polít. Públicas

7. LOTTA, G. S.; GALVÃO, M. C. C. P.; FAVARETO, A. S. Análise do Programa Mais Médicos à luz dos arranjos institucionais: intersectorialidade, relações federativas, participação social e territorialidade. *Cien Saude Colet*, v. 21, n. 9, p. 2761-2772, 2016.
8. CARVALHO, M. S.; SOUSA, M. F. Como o Brasil tem enfrentado o tema provimento de médicos? *Interface*, v. 17, n. 47, p. 913-926, 2013.
9. SANTOS, M. L. M. S.; BERTUSSI, D. C.; KODJAOGLANIAN, V. L.; MERHY, E. E. O que pode uma política? Problematizando a implementação do Programa Mais Médicos a partir da experiência de uma cidade brasileira. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, v. 23, p. e190052, 2019. DOI: doi.org/10.1590/Interface.190052. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/PbJgvLGtwR9DqXLvBcPY9kn/?lang=pt>. Acesso em: 14 jan. 2022.
10. BRASIL. *Lei n. 12.971, de 22 de outubro de 2013*. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis n. 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e n. 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/lei/112971.htm. Acesso em: 14 jan. 2022.
11. PEDRINI, A. P. Descumprimento de jornada de trabalho por médicos é alvo de apurações. *Folha de São Paulo*, 2013. Disponível em: <http://folha.com/no1348828>. Acesso em: 14 jan. 2022.
12. ARAUJO, L. C.; BEZERRA FILHO, J. E.; TEIXEIRA, A.; MOTOKI, F. Gestões municipais no Brasil: um estudo a partir do Índice de Efetividade das Gestões Municipais - IEGM. *Revista Catarinense da Ciência Contábil*, v. 20, p. e3137, 2021. DOI: 10.16930/2237-766220213137. Disponível em: <https://revista.crcsc.org.br/index.php/CRCSC/article/view/3137>. Acesso em: 14 jan. 2022.
13. MACHADO, B. R. S.; HERMANY, R. A governança multinível e o controle externo em políticas públicas de saúde no âmbito local: a possibilidade indutora dos pareceres do Tribunal de Contas. *Revista Brasileira de Políticas Públicas*, Brasília, v. 12, n. 3, p. 388-414, dez. 2022. Disponível em: <https://www.publicacoesacademicas.uniceub.br/RBPP/article/view/8009/pdf>. Acesso em: 14 mar. 2023.
14. BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. *CNES – Recursos humanos a partir de agosto de 2007: ocupações classificadas pela CBO 2002*. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0204>. Acesso em: 22 jan. 2022.
15. BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. *Estimativas de 1992 a 2019 utilizadas pelo TCU para determinação das cotas do FPM*. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0206&id=6943&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?ibge/cnv/popt>. Acesso em: 20 jan. 2022.

16. R FOUNDATION FOR STATISTICAL COMPUTING. *R: A language and environment for statistical computing [computer program]*. 2021. Disponível em: <https://www.R-project.org/>. Acesso em: 14 jan. 2022.
17. KOTRLIK, J. W.; WILLIAMS, H. A.; JABOR, M. K. Reporting and interpreting effect size in quantitative agricultural education research. *Journal of Agricultural Education*, n. 52, p. 132-142, 2011.
18. MACDONALD, P. L.; GARDNER, R. C. Type I error rate comparisons of post hoc procedures for I j Chi-Square Tables. *Educational and Psychological Measurement*, v. 60, n. 5, p. 735-754, 2000.
19. COCHRAN, W. G. Some methods for Strengthening the Common χ^2 Tests. *Biometrics*, v. 10, n. 4, p. 417-451, 1954.
20. SHARPE, D. Your chi-square test is statistically significant: now what? *Practical Assessment, Research and Evaluation*, n. 20, p. 01-10, 2015.
21. FIELD, A.; MILES, J.; FIELD, Z. *Discovering statistics using R*. London: Sage Publications, 2012.
22. FRANCO, R. J. O modelo luso de assistência e a dinâmica das Santas Casas de Misericórdia na América portuguesa. *Estudos Históricos*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 53, 2014. DOI: doi.org/10.1590/S0103-21862014000100001. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/eh/a/djy5N8r6hf636cxq8d8y3Fc/?lang=pt>. Acesso em: 22 jan. 2022.
23. CAMPOS, G. W. S. Debate sobre o artigo de Conill. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 24, n. 1, 2008. DOI: doi.org/10.1590/S0102-311X2008001300003. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/8W6mcwrzfTfNLkzgT5shkdd/?lang=pt>. Acesso em: 5 fev. 2022.
24. PAIM, J. S. Os sistemas universais de saúde e o futuro do Sistema Único de Saúde (SUS). *Saúde em Debate*, v. 43, n. 5, 2020. DOI: doi.org/10.1590/0103-11042019S502. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/L9yVS4pjsxkShgZqk3z6Y4r/?lang=pt>. Acesso em: 14 jan. 2022.
25. CONILL, E. M. Sistemas comparados de saúde. In: CAMPOS, G. W. S.; MINAYO, M. C. S.; AKERMAN, M.; DRUMOND JÚNIOR, M.; CARVALHO, Y. M. (org.). *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 563-614.
26. CONILL, E. M. Sistemas universais para a América Latina: jovens e antigas inovações nos serviços de saúde. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, v. 31, n. 4, 2018. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/8779>. Acesso em: 14 jan. 2022.

27. RODRIGUES, R. F.; ALCÂNTARA, J. V. A competência dos Tribunais de Contas estaduais acerca do julgamento das contas dos prefeitos que exercem a função de ordenadores de despesa. *Revista Controle: Doutrina e Artigos*, v. 11, n. 1, 2013. Disponível em: <https://interface.org.br/edicoes/v-23-2019/>. Acesso em: 14 jan. 2022.
28. BRASIL. [Constituição (1988)]. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm. Acesso em: 14 jan. 2022.
29. BRASIL. *Lei n. 3.999, de 15 de dezembro de 1961*. Altera o salário-mínimo dos médicos e cirurgiões dentistas. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1960-1969/lei-3999-15-dezembro-1961-376853-publicacaooriginal-1-pl.html>. Acesso em: 22 jan. 2022.
30. BRASIL. *Lei n. 8.112, de 11 de dezembro de 1990*. Dispõe sobre o Regime Jurídico dos Servidores Públicos Civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8112compilado.htm. Acesso em: 22 jan. 2022.
31. BRASIL. *Decreto n. 4.836, de 09 de setembro de 2003*. Altera a redação do artigo 3 do Decreto 1.590, de 10 de agosto de 1995, que dispõe sobre a jornada de trabalho dos servidores da administração pública federal direta, das autarquias e das fundações públicas federais. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2003/d4836.htm. Acesso em: 22 jan. 2022.
32. BRASIL. *Decreto n. 1.590, de 10 de agosto de 1995*. Dispõe sobre a jornada de trabalho dos servidores da administração pública federal direta, das autarquias e das fundações públicas federais, e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D1590.htm. Acesso em: 22 jan. 2022.
33. BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS n. 3.032, de 16 de dezembro de 2008*. Dispõe sobre o horário de funcionamento e a jornada de trabalho dos servidores do Ministério da Saúde. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt3032_16_12_2008.html. Acesso em: 22 jan. 2022.
34. RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Contas do Estado do Rio Grande do Sul. *Processo n.º 010634-02.00/07-9*. Parecer favorável. Advertência, multa e glosa. Irregularidades que denotam atos administrativos e de gestão contrários às normas constitucionais de administração financeira e orçamentária [...]. Relator: Cezar Miola. Barra do Rio Azul-RS, 15 de outubro de 2008. Disponível em: https://tcers.tc.br/consultas/processo_detalle/?processo=106340200079 Acesso em: 06 set. 2021.
35. MATO GROSSO. Tribunal de Contas do Estado do Mato Grosso. *Processo n.º 29.511-6/2013*. Representação de natureza interna proposta pela 3 relatoria, referente a indícios de irregularidades/ilegalidades supostamente cometidas no executivo municipal. Relator: Gonçalo Domingos de Campos Neto. Nova Xavantina-MT, 26 de

- novembro de 2013. Disponível em: <https://www.tce.mt.gov.br/processo/295116/2013#/>. Acesso em: 06 set. 2021.
36. RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Contas do Estado do Rio Grande do Sul. *Processo n.º 8220-0200/19-9*. Recurso de embargos. Contas de Gestão. Imposição de débito do item 6.1.1 - Preço equivocado do serviço de transporte de concreto betuminoso. Relator: Alexandre Postal. Taquara-RS, 10 de dezembro de 2019. Disponível em: <https://portal.tce.rs.gov.br/app/pesquisa/jurisprudencia/resultados>. Acesso em: 06 set. 2021.
37. RONDÔNIA. Tribunal de Contas do Estado de Rondônia. *Processo n.º 03356/2013*. Fiscalização de atos e contratos. Acumulação ilegal de cargos. Médico. Determinação para opção [...]. Relator: José Euler Potyguara Pereira de Mello. Porto Velho, 09 de março de 2017. Disponível em: <https://www.tce.ro.gov.br/tribunal/legislacao/arquivos/-1111-2017.pdf>. Acesso em: 06 set. 2021.
38. PARAÍBA. Tribunal de Contas do Estado da Paraíba. *Processo TC n.º 04194/11*. Constitucional. Administrativo. Poder Executivo Municipal. Prefeitura de Santana dos Garrotes. Prestação de Contas Anual. Relator: Conselheiro Fernando Rodrigues Catão. João Pessoa, 22 de agosto de 2012. Disponível em: <https://publicacao.tce.pb.gov.br/b449fd6a1bf67c75c58431fdcf68911d>. Acesso em: 06 set. 2021.
39. PARAÍBA. Tribunal de Contas do Estado da Paraíba. *Processo TC n.º 05282/10*. Poder executivo municipal. Administração direta. Prestação de contas anuais. [...]. Relator: Auditor Renato Sérgio Santiago Melo. João Pessoa, 25 de janeiro de 2012. Disponível em: <https://publicacao.tce.pb.gov.br/bc526800d77e55db5cd5aff19a84107a>. Acesso em: 06 set. 2021.
40. PARAÍBA. Tribunal de Contas do Estado da Paraíba. *Processo TC n. 02915/12*. Poder executivo municipal. Administração direta. Prestação de Contas anuais. Prefeito. Ordenador de despesas. [...]. Relator: Conselheiro Substituto Renato Sérgio Santiago Melo. João Pessoa, 13 de agosto de 2014. Disponível em: <https://publicacao.tce.pb.gov.br/547b55b7ec1a9b839b15f43549293c3a>. Acesso em: 06 set. 2021.
41. RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Contas do Estado do Rio Grande do Sul. *Processo n.º 003318-0200/15-8*. Comunicação enviada ao Ministério Público de Contas e ao Ministério Público do Estado (CAO CÍVEL), em cumprimento ao disposto no art. 138, §5º, do Regimento Interno deste TCE-RS [...]. Relator: Estilac Martins Rodrigues Xavier. Porto Alegre, 31 de julho de 2023. Disponível em: <https://tcers.tc.br/repo/det/2023/08/PRE-1291055-10008147796.pdf>. Acesso em: 06 set. 2021.
42. SÃO PAULO (Estado). Tribunal de Contas do Estado de São Paulo. *Processo n.º 014310/989/16*. Apartado das contas do exercício de 2016 para tratar de falhas atinentes ao não cumprimento da jornada de trabalho [...]. Relator: Auditor Marcio Martins de Camargo. São Paulo, 29 de agosto de 2016. Disponível em: https://jurisprudencia.tce.sp.gov.br/arqs_juri/pdf/5/4/1/631145.pdf. Acesso em: 06 set. 2021.

43. SANTA CATARINA. Tribunal de Contas do Estado de Santa Catarina. *Processo n.º RLA-15/00223287*. Auditoria de regularidade para verificar a= acessibilidade aos serviços prestados pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do Município. Relator: Auditor Marcos André Alves Monteiro. São José-SC, m 07 de agosto de 2017. Disponível em: <https://consulta.tce.sc.gov.br/relatoriosdecisao/relatoriotecnico/4563964.PDF>Acesso em: 06 set. 2021.
44. RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Contas do Estado do Rio Grande do Sul. *Processo n.º 010314-0200/14-3*. Recurso de Embargos. Contas de Gestão. Débito. Conhecimento. Não-Provimento [...]. Relator: Estilac Martins Rodrigues Xavier. Campinas do Sul-RS, 16 de junho de 2015. Disponível em: <https://portal.tce.rs.gov.br/app/pesquisa/jurisprudencia/resultados>. Acesso em: 06 set. 2021.
45. BALZAN, N. C.; WANDERCIL, M. Formando médicos: a qualidade em questão. *Revista da Avaliação da Educação Superior*, Campinas, v. 24, n. 3, p. 744-765, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-40772019000300010>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/aval/a/hVdg7JfySM8XWSBSBsJ338g/?lang=pt>. Acesso em: 14 jan. 2022.
46. LOEVINGER, L. Jurimetrics-the next step forward. *Minn Law Ver*, v. 33, n. 5, p. 455-493, 1949. Disponível em: <https://scholarship.law.umn.edu/mlr/1796>. Acesso em: 14 jan. 2022.
47. GREER, S. Medical autonomy: peeling the onion. *J Health Serv Res Policy*, v. 13, n. 1, p. 1-2, 2008.
48. PÓVOA, L.; ANDRADE, M. V. Distribuição geográfica dos médicos no Brasil: uma análise a partir de um modelo de escolha locacional. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 22, n. 8, p. 1555-1564, 2006. DOI: doi.org/10.1590/S0102-311X2006000800004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/DggrwSbWKmrLjJ4zH6TvScy/?lang=pt>. Acesso em: 14 jan. 2022.

4.2. Segundo artigo

Título

Reconceituando a Jornada de trabalho médica no SUS em Praia Grande/SP: pesquisa etnográfica

Título resumido

Reconceituando a Jornada de trabalho médica no SUS em Praia Grande/SP

Resumo:

A escassez e a má distribuição geográfica de médicos no país, sua tradição de autonomia com múltiplos vínculos e os baixos salários praticados no setor público estabeleceram uma realidade de disseminada inobservância ao cumprimento da jornada de trabalho definida na legislação nacional do SUS, gerando insegurança jurídica a gestores e médicos. Este estudo teve como objetivo analisar o desenvolvimento de uma legislação trabalhista, apontada como experiência exitosa por instâncias de controle, para resolução ao problema. Utilizando abordagem qualitativa de base fenomenológica, e procedimento através de pesquisa etnográfica, foram entrevistados 42 atores sociais, entre médicos, gestores e clientes SUS, com um tempo médio de duração individual de 24,1 min [IC95%: 17,7– 30,6], bem como documentação oficial. As perspectivas êmicas e éticas, foram compiladas em 10 (dez) categoriais de análise e disponibilizadas em um relatório etnográfico para reagrupamento por análise nomotética, bem como registros sob perspectiva ideográfica, buscando validade por síntese integrativa. Constatou-se que a nova legislação cumpriu seu objetivo, proporcionando captação e fixação de médicos especialistas, conferindo segurança jurídica junto a instâncias de controle externo e aprimorando o acesso a procedimentos diagnósticos e terapêuticos e a microrregulação entre especialistas e a Atenção Básica.

Palavras-chave:

Etnografia; Legislação Médica; Distribuição de Médicos; Jornada de Trabalho; Saúde Ocupacional

Title:

Reconceptualizing the Medical Workday within SUS in Praia Grande/SP: Ethnographic Research

Short Title:

Reconceptualizing the Medical Workday within SUS in Praia Grande/SP

Abstract:

The scarcity and geographical uneven distribution of physicians in the country, coupled with the tradition of professional autonomy marked by multiple affiliations and the low salaries prevalent in the public sector, have established a reality characterized by widespread non-compliance with the established working hours stipulated in the national legislation of the Unified Health System (SUS), creating legal uncertainty for both healthcare managers and physicians. This study aimed to analyze the development of labor legislation, identified as a successful experience by regulatory bodies, in addressing this issue. Applying a qualitative phenomenological approach alongside ethnographic research methods, 42 social actors, including physicians, healthcare managers, and SUS beneficiaries were interviewed, with an average individual duration time of 24.1 minutes [95% CI: 17.7–30.6], and in addition to this, a review of official documentation was conducted. As emic and ethical perspectives have been compiled into 10 (ten) categories of analysis. These were presented in an ethnographic report for regrouping through nomothetic analysis, as well as records from an ideographic perspective, aiming for validity through integrative synthesis. It was observed that the new legislation fulfilled its purpose, facilitating the recruitment and retention of specialized physicians, providing legal certainty in relation to external control instances, and enhancing access to diagnostic and therapeutic procedures, as well as micro-regulation between specialists and Primary Care.

Keywords:

Anthropology, Cultural; Legislation, Medical; Physicians Distribution; Work Hours; Occupational Health

4.2.1 Introdução:

Em consonância com os artigos 37 e 196 da Carta Magna¹ e demais legislações infraconstitucionais^{2,3}, a forma hegemônica de editais de chamamento para servidores públicos médicos, nos serviços de saúde dos diversos Entes Federativos do país, vincula o cumprimento da jornada de trabalho à hegemônica e paradigmática carga horária, a qual deve observar um limite de no máximo dois vínculos públicos com até 60 horas semanais, sob pena de necessidade de comprovação de compatibilidade^{4,5}.

Em um levantamento de 20 anos de história do acervo digital público de decisões dos Tribunais de Contas Estaduais de todo país, em sua atribuição de controle externo⁶, monitorando o provimento e cumprimento da jornada de trabalho semanal médica pelos Entes Municipais, Gomes e Querol⁷ relatam que as decisões prolatadas são frequentemente acompanhadas da adoção de medidas coercitivas (67,6%), a gestores públicos e aos profissionais médicos arrolados, estando associadas a formas de contratação irregular sem concurso público, menor relação per capita de médicos, menor porte populacional e distância dos centros urbanos da região sudeste do país, retratando uma realidade conflituosa com a legislação trabalhista estatutária, orçamentos estagnados, competição por capital humano e eventuais prejuízos à saúde ocupacional dos profissionais envolvidos.

A escassez e a má distribuição geográfica de médicos no país^{8,9}, sua autonomia e múltiplos trabalhos e interesses como profissionais liberais^{10,11}, os baixos salários praticados, precarização de modalidades de contratualização e alta rotatividade no setor público^{12,13}, oferecem um crescente desafio, para o Sistema Único de Saúde, em conciliar as novas dinâmicas desse segmento, submetendo gestores e trabalhadores da saúde a um ambiente nacional de manutenção da insegurança jurídica e assimétrica acomodação por pactuações informais.

Frente à pergunta fenomenológica síntese, qual seja o porquê da aparente contradição entre a legislação vigente e um cenário reiterado, em âmbito nacional, de descumprimento da jornada de trabalho médica, buscando corroborar com relatos de experiências exitosas, o presente artigo analisa a alteração da legislação trabalhista estatutária do ambulatório de especialidades médicas de um município de grande porte do litoral sul paulista ocorrida em 2015¹⁴, a qual tem sido sugerida por instâncias de controle externo como

possível alternativa ao enfrentamento do impasse e objeto de busca por troca de experiências por Entes Federativos municipais provenientes de todo o Brasil.

4.2.2 Objetivos e métodos de análise

Trata-se de um estudo com objetivos descritivo e analítico-exploratório, abordagem qualitativa de base fenomenológica¹⁵ e procedimento através de pesquisa etnográfica¹⁶ dos documentos e processos administrativos, que abrigaram o contexto social histórico e da perspectiva cultural obtida por entrevistas semiestruturadas dos grupos sociais de interesse, ressaltando-se as limitações intrínsecas do método ao realismo sutil do papel subjetivo de participante de um dos pesquisadores, enquanto gestão local há época do evento¹⁷.

Decorrentes de uma amostragem não aleatória de conveniência por seleção consecutiva de usuários SUS, no ambulatório de especialidades médicas do município de Praia Grande/SP, bem como participação voluntária de trabalhadores e gestores, as entrevistas semiestruturadas foram conduzidas entre julho de 2020 a outubro de 2023, produzindo-se 42 entrevistas cujas saturações empíricas¹⁸ foram alcançadas nesses segmentos sociais, respectivamente, em 14, 19 e 9 entrevistas. O modelo de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi aplicado na forma impressa ou por formulário eletrônico, conforme preferência do voluntário pela entrevista presencial ou virtual. O questionário semiestruturado preliminar foi construído em 40 quesitos distribuídos em 8 dimensões de interesse.

As gravações digitais dos entrevistados (E) foram transcritas em unidades de significado para uma planilha eletrônica^{19, 20, 21} e identificadas sigilosamente pelo seu papel social e de uma unidade de identificação composta pela letra “E” seguido da ordem temporal de realização das entrevistas realizadas e o tempo da entrevista – em horas(h), minutos(min) e segundos(s). Após confrontação de perspectivas êmicas e éticas, foram compiladas em 10 (dez) categorias disponibilizadas em um relatório etnográfico para reagrupamento por análise nomotética, bem como registros sob perspectiva ideográfica, buscando validade por síntese integrativa^{16,22}.

A pesquisa foi autorizada pelo comitê científico municipal e pelo Parecer Consubstanciado n°. 4.015.170 / CAAE: 26488619.8.0000.5421, de 08 de maio de 2020, estando toda a documentação, onde se inclui o relatório etnográfico utilizado na análise

nomotética, disponível no endereço https://drive.google.com/file/d/16-2KFzXGz8fO83UlqClApwHc9tzFXftz/view?usp=drive_link (Apêndice C).

4.2.3 Resultados:

O cenário fenomenológico situa-se em Praia Grande/SP, município de grande porte do litoral sul paulista com 325.226 habitantes, 100% de cobertura de Atenção Básica e 1,9 médicos por 1.000 habitante (para média nacional de 2,6 médicos/1.000 hab.²³), conforme Relatório Anual de Gestão de 2022 do município²⁴.

Em maio de 2015, o município publica a Lei Complementar Municipal nº 701/2015¹⁴, que – conforme título sucinto do instrumento – estabelece a jornada de Trabalho médica aferida por produção. Em essência, a lei converteu a unidade de aferição da jornada de trabalho do parâmetro de 20 horas/semanais para 240 consultas/mês (3 pacientes/hora ou 20 minutos/paciente). Pautou-se pela adesão voluntária, manutenção de todos os direitos trabalhistas estatutários vigentes no setor público, ampliação de remuneração com duas faixas adicionais atreladas a produção e punindo o descumprimento da lei com a rescisão do termo de adesão e retorno à obrigatoriedade de registro biométrico de cumprimento da jornada de trabalho em horas semanais.

Em nenhum momento a lei menciona parâmetros qualitativos de aferição da atenção prestada, mas regulamenta características adicionais de funcionamento por ordem de serviço emitida pelo Titular da Pasta da Saúde¹⁴. Essa ordem, publicada também em 2015²⁴, regulamenta detalhes administrativos e de faturamento, concedendo total autonomia para os profissionais escolherem seus horários e dias da semana em que irão trabalhar, desde que respeitada a disponibilidade de consultórios, sob pena de sorteio ou revezamento de horários. Sugere, mas não obriga, o agendamento de 312 consultas/mês para compensar absenteísmo histórico, definindo que ausência de pacientes ou do profissional (atestados) deverão ser repostos para garantia da produção mínima de 240 pacientes/mês (salvo se não houver pacientes aguardando na fila de espera da especialidade ou atestados de longa permanência do profissional, quando ocorre rescisão do termo de adesão à lei e retorno a jornada por horário tradicional durante afastamento).

A ordem de serviço também recomenda produtividade não superior a 4 pacientes/hora, proibindo mais do que 30 pacientes por período (manhã ou tarde) e introduz um

aspecto qualitativo designado como “Equivalência”, na qual procedimentos diagnósticos e terapêuticos, inclusive cirurgias ambulatoriais, poderiam ser computados na meta mensal de produção de consultas do médico especialista através de um parâmetro de conversão arbitrado, definido no artigo 4º da citada legislação, ampliando a diversidade de oferta ambulatorial especializada.

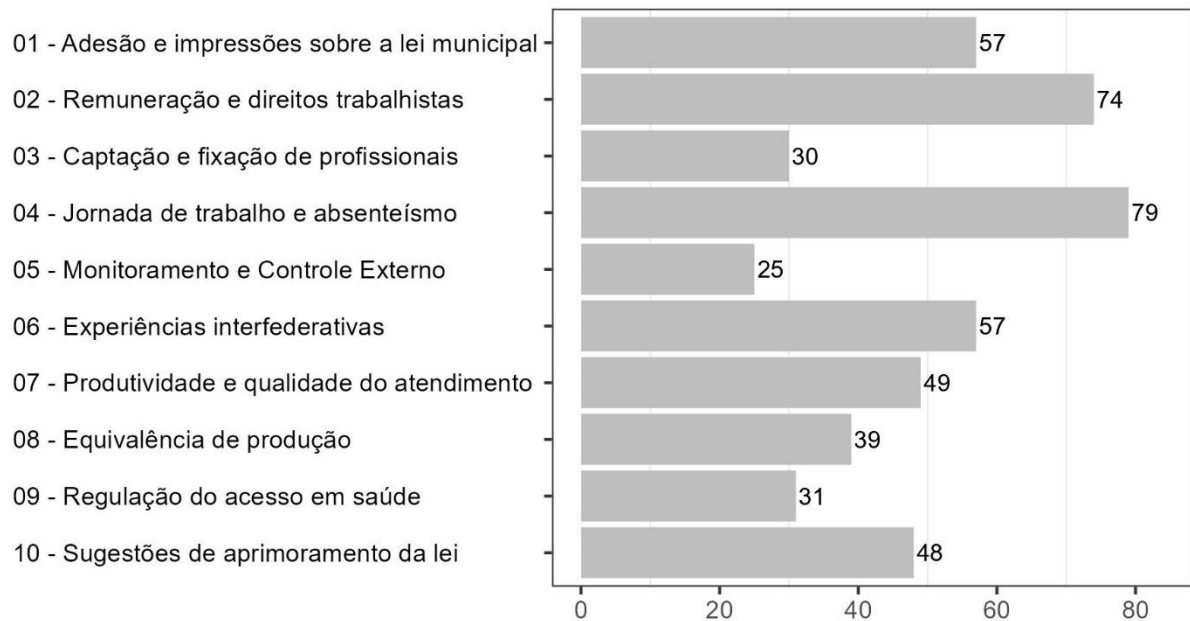
Em agosto de 2017, uma nova Ordem de serviço foi publicada²⁵, ampliando a carteira de procedimentos de equivalência e diferenciando o atendimento nas Redes de Atenção (psicossocial, deficiências, crônicos, DST/AIDS, etc.) com consultas valendo dobrado na produção (correspondente, na prática, a uma produtividade mensal de 120 consultas ou 40min de atendimento por paciente).

A implantação da Lei Complementar Municipal nº 701/2015 foi instruída junto ao processo administrativo nº 6.069/2015, que abriga ao longo de suas 446 folhas um total de 223 termos de adesão de médicos especialistas entre maio/2015 a setembro/2023, sendo a produção ambulatorial documentada mensalmente por uma comissão responsável pelo monitoramento junto ao sistema informatizado de regulação do acesso e faturamento.

No histórico do processo administrativo, merece destaque que – apesar da sistemática ação anual das instâncias de controle externo sobre cumprimento de jornada de trabalho e tempo de consulta médica cronometrada pelos agentes de fiscalização – não existe menção sobre tais fatos na motivação de elaboração da lei, cuja fundamentação restringiu-se a uma justificativa de ampliação da oferta de consultas especializadas. Também não existe registro de profissionais que não aderiram a nova lei.

Quanto às entrevistas, foram coletados 1012 (mil e doze) minutos de gravações digitais decorrentes dos 42 atores sociais entrevistados, com um tempo médio de duração individual de 24,1 min [IC95%: 17,7– 30,6]^{19,21}. Foram obtidas 489 transcrições de unidades de significado compiladas em 10 categorias, conforme gráfico 01:

Gráfico 1 – Organização das 489 unidades de significado em 10 categorias.



Fonte: autoria própria.

Avocadas de oito potenciais domínios originalmente propostos no modelo de entrevista semiestruturada, sendo 199, 237 e 53 unidades de significado provenientes respectivamente dos segmentos gestor, trabalhador e usuários do SUS, as 10 categorias foram compiladas em um relatório etnográfico com 214 unidades de significado selecionadas, conforme endereço eletrônico disponibilizado no capítulo de métodos.

4.2.4 Discussão:

Dos depoimentos emergidos na categoria 01, adesão e impressões sobre a nova lei municipal, apreende-se que os usuários SUS municipais desconhecem a nova legislação, sendo somente capazes de emitir opiniões sobre a qualidade da estrutura física e do atendimento recebido em consulta. As entrevistas revelaram que somente os médicos especialistas receberam divulgação e treinamento sobre a lei, realizando adesão voluntária e relatando parecer favorável ao instrumento legal.

Na categoria remuneração e direitos trabalhistas (02), os depoimentos confluem em críticas para os baixos salários praticados no setor público:

O serviço de saúde pública brasileiro se desenvolveu ao longo do tempo baseado no você finge que trabalha e eu finjo que pago. O pessoal faz concurso para 20 horas. No papel o pessoal faz 20h, mas sabendo que ia trabalhar 2h e o Gestor pagando por 2h, e não como se tivesse trabalhado por 20h (cirurgia de cabeça e pescoço, entrevistado E16.00h08min44s).

Em um valor de tabela por consulta médica em atenção especializada congelado desde 2008 em R\$10,00²⁶, a responsabilidade do efetivo custeio de médicos especialistas recai sobre os Entes Federativos municipais, que quando não conseguem prover – seja por escassez de oferta de especialistas²⁷, seja por limitações orçamentárias – convivem com restrições de acesso e sobrecarregam Entes Estaduais e referências regionais para essa eventual garantia, repercutindo em grandes filas de espera na maior parte dos municípios brasileiros.

Os entrevistados relatam que a lei municipal tornou atrativa a remuneração (aproximadamente cinco vezes o valor da tabela de referência do SUS em sua maior faixa) e garantiu segurança jurídica não encontrada em outros empregos públicos onde predominam pactuações informais, pois flexibilizou oficialmente a jornada de trabalho e garantiu a preservação de todos os direitos trabalhistas estatutários.

A categoria 03, que aborda a captação e fixação de profissionais, revelou que o município conseguiu atrair especialista e subespecialistas em decorrência da existência da lei, inclusive corrigindo problemas de escassez crônica de oferta como em neuropediatria, hematologia, pneumologia, oncologia, psiquiatria infantil e outras subespecialidades.

Constata-se, quanto à jornada de trabalho e absenteísmo (categoria 04), a resolução do conflito pelo registro da jornada de trabalho, com o fim das históricas ameaças de pedidos de exoneração. Os gestores relatam redução do absenteísmo médico. Apesar da lei garantir a plenitude do salário por motivo legal, como em atestados médicos por doença, a necessidade de repor a produção mínima mensal e a perspectiva de maiores vencimentos por produção inibem faltas, mas não sem críticas (“atestado, ficou doente, problema seu. Vai outro dia para repor esse dia que você não foi. Então eu nem dou mais atestado. Eu vou quando der” - dermatologia, E26.00h16min01s). Relata-se também um maior comprometimento com os pacientes para o reagendamento de consultas.

Entre os elogios referentes à categoria 04, a flexibilização da jornada de trabalho permitiu a manutenção de outros empregos públicos e consultório particular. Entre as críticas

constatou-se a permissividade da gestão em jornadas de um único dia por semana (o que beneficiou a fixação de médicos que moram em outros Estados, mas com prejuízos assistenciais e de fluxos burocráticos), potencial presenteísmo e competição por salas em dias específicos da semana.

A semelhança do quadro descrito por Gomes e Querol⁷ em âmbito nacional a categoria 5 emerge de relatos sobre o monitoramento e ação de instâncias de controle externo onde estão presentes a tríade (1) constatação de descumprimento de jornada de trabalho, (2) discursos de exoneração coletiva e (3) adoção de medidas coercitivas.

Com a implantação da lei municipal em 2015, apesar de uma resistência inicial dessas instâncias, particularmente sobre o prisma de preocupação com a redução da qualidade de consulta e oferta de serviços, bem como sugestões de aprimoramento da produtividade mensal (de 240 para 320 consultas/mês, compensando absenteísmo médio), constata-se a superação desse, inclusive o município passando a ser citado como potencial modelo de enfrentamento ao problema.

Na mesma esteira, a categoria 06, que compila experiências interfederativas, reforça o depoimento de insegurança jurídica vivida pelos profissionais em outros municípios que mantém mecanismos informais de abordagem do descumprimento de jornada, bem como a difusão da nova lei pelos profissionais e pelas próprias instâncias de controle, tendo o município recebido visitas de gestores das diversas regiões do Brasil em busca de *benchmarking* e troca de experiências.

Na categoria 07, que discutiu a relação entre produtividade e a qualidade do atendimento, os usuários reclamam do tempo de espera para agendamento com especialistas, mas não existiu crítica direta a qualidade ou tempo da consulta médica. Já para médicos e gestores as percepções se dividem. Alguns apontam prejuízo no tempo e qualidade do atendimento e outros de que não houve alterações na forma de atendimento com a lei, que está condicionado ao perfil do médico. Registrou-se testemunhos de profissionais que não cumpriam a jornada e que passaram a atender mais do que 20h/semanais e alguns ainda prestaram um segundo concurso público para mais um vínculo, atraídos pela remuneração diferenciada.

A gestão relatou aumento de horário do serviço e competição por salas com o advento da lei, a qual estabelece um parâmetro de produtividade de 80 consultas por semana com tempo estimado de 20 minutos de consulta por paciente, sendo 40 minutos nas redes de

Atenção Psicossocial, materno-infantil e da pessoa com deficiência. Todavia, testemunha-se relatos de médicos que atendem somente uma vez por semana, gerando uma consulta em média a cada 6 minutos. Esses profissionais reclamam do excesso de serviço autoinfligido em um único dia da semana. Estudos clássicos, sobre o século XX, relatam um tempo médio de consulta médica de 5 min, sendo 7min46s com o advento da informatização²⁸.

Revisão sistemática de 2017²⁹, conduzida em 28 milhões de consultas em 67 países, constatam tempo igual ou inferior a 5 minutos com prejuízo na qualidade. A escolha do município, ao impor um tempo mínimo permitido de 7,5 min por consulta no texto legal fixa uma visão pragmática da realidade, mas a opção de estabelecer um parâmetro de produtividade de 20 ou 40 minutos por consulta, documenta a intenção de oferecer condições para a qualidade da consulta aos médicos.

Classificada como equivalência de produção, a categoria 08 relata a estratégia da nova legislação em valorar a oferta de procedimentos diagnósticos e terapêuticos que envolvam o ato médico. São exemplos, os procedimentos de coleta de gasometria, líquido, ultrassonografia, eletroneuromiografia e procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, etc. Esses procedimentos eram, muitas vezes, fonte de conflito entre os médicos sobre de que especialidade seria a responsabilidade pela execução. As entrevistas trazem a ampliação da carteira de serviços ambulatoriais, a redução da fila de espera de procedimentos específicos e a busca de aprimoramento profissional de especialistas motivados em ofertar outros serviços, não só dirimindo o conflito entre especialidades como gerando competição pela execução entre os profissionais e acesso a procedimentos com escassez de oferta.

No que tange a aspectos relacionados à regulação do acesso em saúde, categoria 09, os relatos sugerem um aumento da oferta de consultas e uma diminuição da demanda. Em algumas especialidades, o profissional passou a participar da educação permanente da Atenção Primária à Saúde (APS), construir protocolos de acesso, fazer contrarreferências e participar ativamente da regulação, buscando reduzir filas de espera e sua carga mensal de horas dedicadas ao município presencialmente. Todavia, esse testemunho não foi homogêneo entre especialidades e perfis profissionais, alguns focando no aumento da produção e apáticos a interação com a APS.

Finalmente, quanto a sugestões de aprimoramento da lei municipal, categoria 10, os entrevistados sugeriram procedimentos a serem incluídos como equivalências, gratificação por matriciamento e docência para a Atenção Primária à Saúde, outros mecanismos qualitativos para aferir a produção realizada e equilibrar diferenças entre as especialidades, exigir uso de

prontuário informatizado de adesistas e se criar proporcionalidade de produção conforme o número de dias úteis por mês, possibilitando menor produção em meses com muitos feriados e para atividades oficiais de educação permanente (como em licenças congressos e extensões universitárias).

4.2.5 Conclusão:

Em um ambiente de retomada da assistência não COVID-19, com provável agravamento das filas de espera em saúde e intensificação das atividades de controle externo sobre o cumprimento da jornada de trabalho médica no setor público nacional, a presente pesquisa etnográfica analisa o cenário fenomenológico de implantação de uma lei municipal que tem sido apresentada como modelo de solução ao problema, proporcionando segurança jurídica, fixação de profissionais médicos e melhoria do acesso à assistência médica, mas podendo gerar alterações no perfil da saúde ocupacional e qualidade assistencial médica.

Buscando uma ampliação do diálogo acadêmico e interfederativo, sugerimos que futuros estudos sejam deflagrados, narrando outras experiências exitosas nas diversas regiões brasileiras.

Referências:

1. Brasil. Constituição 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília (DF): Senado; 1988
2. _____. Presidência da República. Lei Federal n. 8.112, de 11 de dezembro de 1990. Dispõe sobre o Regime Jurídico dos Servidores Públicos Cíveis da União, das autarquias e das fundações públicas federais. Diário Oficial da União, Brasília (1991 abr. 19); Sec.1:1.
3. _____. Presidência da República. Decreto Federal nº. 1.590, de 10 de agosto de 1995. Dispõe sobre a jornada de trabalho dos servidores da administração pública federal direta, das autarquias e das fundações públicas federais, e da outras providências. Diário Oficial da União, Brasília (1995 ago. 11); Sec.1:12114.

4. _____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS n. 3.032, de 16 de dezembro de 2008a. Dispõe sobre o horário de funcionamento e a jornada de trabalho dos servidores do Ministério da Saúde. Diário Oficial da União, Brasília (2008 dez. 17); Sec.1:67.
5. Ferraz L. Acumulação lícita de cargos não está limitada a 60 horas semanais. Revista Consultor Jurídico [Internet]. 2019 [citado 02 fev. 2023]. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2019-abr-25/interesse-publico-acumulacao-licita-cargos-nao-limitada-60-horas-semanais>.
6. Machado BRS, Hermany R. A governança multinível e o controle externo em políticas públicas de saúde no âmbito local: a possibilidade indutora dos pareceres do Tribunal de Contas. Revista Brasileira de Políticas Públicas [Internet]. 2022 Dez. [citado em 14 mar. 2023];12(3):388-414. Disponível em: <https://www.publicacoesacademicas.uniceub.br/RBPP/article/view/8009/pdf>.
7. Gomes RF, Querol MAP. Infringement of public medical work hours in Brazil: cross-sectional study of decisions by the State Courts of Accounts. Rev. Bras. Polít. Públicas [Internet]. 2023. [In press]. Disponível em: <https://www.publicacoesacademicas.uniceub.br/RBPP>.
8. Stralen ACSV, et al. Percepção de médicos sobre fatores de atração e fixação em áreas remotas e desassistidas: rotas da escassez. Physis: Revista de Saúde Coletiva [Internet]. 2017;27:147-72. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312017000100008>.
9. Póvoa L, Andrade MV. Distribuição geográfica dos médicos no Brasil: uma análise a partir de um modelo de escolha locacional. Cad Saúde Pública [Internet]. 2006 [citado 14 jan. 2022];22(8):1555-64. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006000800004>.
10. Greer S. Medical autonomy: peeling the onion. J Health Serv Res Policy 2008;13(1):1-2.
11. Scheffer M, et al. Demografia Médica no Brasil 2020. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP [Internet]. 2020 [citado 20 jan. 2022]; 312 p. Disponível em: https://www3.fm.usp.br/fmusp/conteudo/DemografiaMedica2020_9DEZ.pdf
12. Ney MS, Rodrigues PHA. Fatores críticos para a fixação do médico na Estratégia Saúde da Família. Physis: Revista de Saúde Coletiva [Internet]. 2012[citado 4 mar. 2023];22(4):1293-1311. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312012000400003>.
13. Nascimento CL, Nascimento MA, Carvalho FM. Transformações no Trabalho Médico. Revista Brasileira de Educação Médica [Internet]. 2005 [citado 4 mar. 2023];29(2):129-35. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v29.2-019>.

14. Praia Grande (Município). Prefeitura da Estância Balneária de Praia Grande. Lei Complementar n° 701, de 15 de maio de 2015a. Estabelece no âmbito da Estância Balneária de Praia Grande, jornada de trabalho médica aferida por produção [Internet]. 2015a [citado 30 nov. 2023]. Disponível em: <https://www.praiagrande.sp.gov.br/atendimento/saude/medicas.asp>.
15. Bastos CCBC. Pesquisa qualitativa de base fenomenológica e a análise da estrutura do fenômeno situado: algumas contribuições. *Revista Pesquisa Qualitativa*. 2017 Dez. [citado 14 jan. 2022]; 5(9):442–51. Disponível em: <https://editora.sepq.org.br/rpq/article/view/156>.
16. Angrosino M. *Etnografia e observação participante*. Porto Alegre, RS: Artmed, 2009.
17. Hammersley M. WHAT'S WRONG WITH ETHNOGRAPHY? THE MYTH OF THEORETICAL DESCRIPTION. *Sociology*, vol. 24, no. 4, 1990, pp. 597–615. JSTOR, <http://www.jstor.org/stable/42854731>. Accessed 5 Mar. 2023.
18. Fontanella BJB, et al. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2011 Feb. [citado 19 ago. 2023]; 27(2): 388-94. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011000200020>.
19. Microsoft Corporation. *Microsoft Office*. Redmond, WA: Microsoft. 2016.
20. Wickham H. *ggplot2: Elegant Graphics for Data Analysis*. Springer-Verlag New York, 2016.
21. R Core Team (2022). *R: A language and environment for statistical computing*. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. URL <https://www.R-project.org/>.
22. Tavares M. Validade clínica. *PsicoUSF* [Internet]. 2003 Dez. [citado 10 mar. 2023];8(2):125-36. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-82712003000200004&lng=pt&nrm=iso.
23. Scheffer M, et al. *Demografia Médica no Brasil 2023*. São Paulo, SP: FMUSP, AMB, 2023. 344 p. Disponível em: <https://www.fm.usp.br/fmusp/conteudo/DemografiaMedica2023.pdf>
24. Praia Grande (Município). Prefeitura da Estância Balneária de Praia Grande. Secretaria de Saúde Pública. *Relatório Anual de Gestão (RAG) 2022*. 2022 [citado 10 set. 2023]. Disponível em: <https://www.praiagrande.sp.gov.br/atendimento/relatorioAnualGestao.asp>.

25. _____. Prefeitura da Estância Balneária de Praia Grande. Secretaria de Saúde Pública. Processo Administrativo nº 6.069/2015. 2015b [citado 30 nov. 2023].
26. Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 316, de 06 de junho de 2008b. Recompõe os atributos dos procedimentos da tabela de procedimentos, medicamentos, órteses, próteses e materiais especiais do SUS, descritos nesta portaria. Diário Oficial da União, Brasília (2008 jun. 09); Sec.1:46.
27. Vieira RS, Servo LMS. Escassez de médicos no Brasil: análise de alguns indicadores econômicos - Radar n.32. Brasília: Ipea, 2014. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/11723/1/Radar_n32_art1_escassez_medicos.pdf
28. Pringle M, Robins S, Brown G. Timer: a new objective measure of consultation content and its application to computer assisted consultations. *British Medical Journal (Clinical research ed)*. 1986;293(6538):20.
29. Greg I, Ana Luisa N, Hajira D-M, et al. International variations in primary care physician consultation time: a systematic review of 67 countries. *BMJ Open [Internet]*. 2017 [citado 17 set. 2023]; 7(10): e017902.

4.3. Terceiro artigo

Title

Reconceptualizing public medical working day in Brazil: Cultural-historical activity theory

Abstract:

Within public medical specialty outpatient clinics in Brazil, there is a widespread tendency among doctors and managers to interpret the concept of working hours in a manner that deviates significantly from legislation, generating every year convictions by the State Audit Courts and legal uncertainty. Employing the methodologies of Historical-Cultural Activity Theory, the theoretical-methodological model of the Zone of Proximal Development, and the theory of expansive learning, this article analyzes the change in the law of a city of 300,000 inhabitants in southeastern Brazil, which reconceptualized the definition of working hours, attracting and retaining specialists.

Key words:

Health Systems; Legislation, Medical; Physicians Distribution; Work Hours; Activity theory

Introduction:

Assimilating the concepts of welfare states^{1,2}, the 1988 Brazil Constitution implements a universal health coverage system (SUS), with improvements in health indicators, but facing challenges in financing the principles assumed, particularly with reforms brought by right-wing movements in recent years^{3,4}.

The public invitation to tender of 20 hours a week is the expected contracting model for outpatient medical specialties, according to Brazilian legislation⁵, at a productivity

parameter of 4 patients per hour⁶. However, the Federal benchmark prices set at less than \$2 per medical appointment⁷ since 2008, transferring funding responsibility to local governments, associated with the asymmetry of medical supply among regions in Brazil⁸, led to an insidious process of informal agreements of widespread disobedience to the fulfillment of the working day, resulting in a national scenario of legal uncertainty and disseminated convictions handed down by Government Accountability Offices to public managers and workers in all regions of Brazilian territory⁹.

In a cross-sectional study of 20 years of history of the public digital collection of 291 decisions from State Audit Courts across the country, regarding monitoring the provision and fulfillment of medical working day by federative entities, Gomes and Querol⁹ report the adoption of coercive measures against public managers and doctors in 67.6% of decisions, being the forms of irregular hiring without public competition ($p < 0.001$), lower per capita ratio of doctors ($p = 0.003$), less than 25,000 inhabitants population ($p = 0.02$) and distance of urban centers in the southeast region of the country ($p < 0.0001$), the most common forms of association with judgment call.

Apparently, there is a major contradiction¹⁰ in Brazil resulting from the abrupt process of transformation of a nonuniversal Bismarckian model of health care^{11,12}, based on independent professionals and privately-owned assets¹³, into the SUS, anchored in public servants with working day defined by law⁵. This unfolds a primary contradiction, throughout the country, emerging from the incompatibility between the historical tradition of physician autonomy and a restrictive state imposed by local public budgets^{9, 14}.

In his theory of knowledge, Kant¹⁶ developed the notion of the dual nature of objects, especially their distinction between epistemic (ideal) and objective (material) nature, discriminating the manifestations of objects that are perceived ("phenomenon") from the objective reality of the thing-in-itself ("noumenon"). This distinction is crucial to epistemological and metaphysical Kant's views, where the limits of own sensory experience, about the conceptual structures of the raw data, remains – in the ultimate nature of reality (noumena) – beyond the cognitive reach of human knowledge.

Hegel¹⁷ criticizes this Kantian view, since universality neglects the singularity of the concrete context, substantial dimensions, and circumstances of ethical life. He argues that ethics cannot be fully understood solely through timeless principles, as a categorical imperative, but should consider the historical development of ethical forms. The essence of Hegel's dialectical process involves the development of ideas and understanding through a triadic

process of thesis, antithesis, and synthesis, where commonly accepted belief (thesis) represents a challenge or contradiction to the existing order (antithesis) and the synthesis emerges as a new situation that reconciles the contradictions between the thesis and antithesis, creating a new concept.

Highlighting the advancement ushered by Darwin, Hegel, Marx and Engels in the 19th century, respectively in the fields of evolutionism, cultural assimilation and creative and transformative human power, Engeström¹⁸ synthesizes that man and society must be seen as integral systems, within which retroactive causality and internal dynamic transitions prevail, and – like an activity characterized by qualitative transformations – understood from a historical perspective where internal contradictions are the driving force of change and development^{19,20}.

Elaborating the concepts brought in the 20th century by Vygotsky, about the cultural mediation of actions, commonly expressed as the triad subject, object and mediating artifact and by Leontyev, who expands the basic individually focused unit of analysis adding collective activity, Engeström²¹ proposed a graphical model, which is adopted in Figure 01 symbolizing the present research problem found in SUS medical specialty outpatient clinics throughout Brazil, where the object (working day) is registered with the help of an oval symbol and the double arrows present the concept mentioned by Engeström, pertinent to the idea of systemic contradictions^{18, 22}.

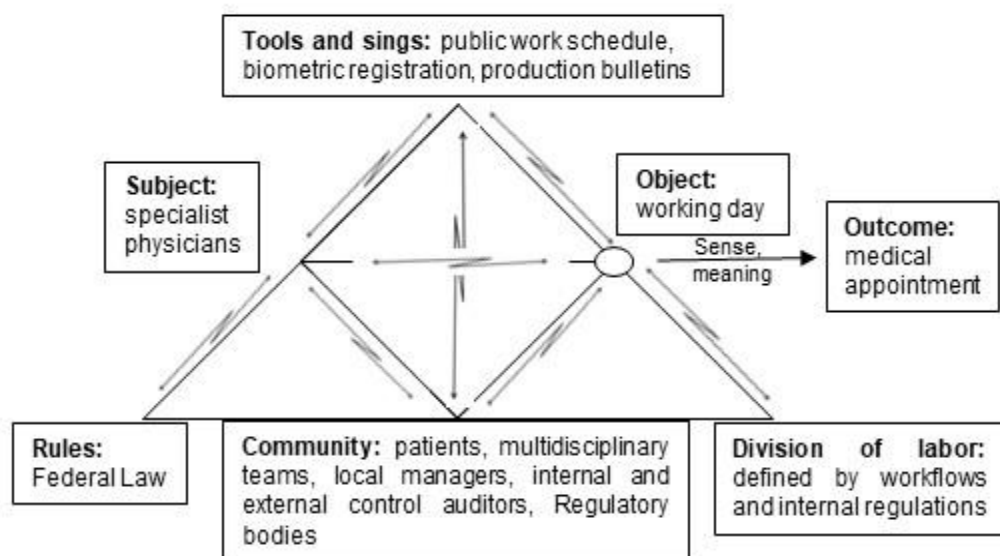


Figure 1 - Engeström²⁰ adapted CHAT for a public medical specialty outpatient clinic in Brazil.

As presented in Figure 1, Brazilian federal law specifies the motive, correlating the working day with a time unit of 20 hours weekly as a reference for hiring, linking the purpose of the action to technical tools that would represent the object: public work schedule, employee time clocks with biometric registration and daily outpatient production bulletins (most practiced in the historical accommodation process of SUS implementation). This secondary “objectivized” existence²³, which is accessible to the sensory perception and consciousness of the community, exposes non-compliance with working hours, either at the expense of some days of the week or the number of hours per day, as defined in legislation.

According to Engeström²⁰, activity theory may be summarized with the help of five principles: (1) the network relations among activity systems how the prime unit of analysis, (2) multi-voicedness traditions and interests as source of trouble and innovation, demanding actions of translation and negotiation, (3) historicity of the theoretical ideas and tools that have shaped the activity, (4) the central role of contradictions as sources of change and development and (5) possibility of expansive transformations in activity systems. Into the sphere of human activity, as Engeström indicates, object-oriented actions are always, explicitly or implicitly, characterized by ambiguity, surprise, interpretation, sense-making and potential for change²⁰.

The primary contradiction places the professional in conflict with the object, with the rule, and with the technical representation tools, making them incompatible and affecting the production and consumption of the working day outcomes, documented as the doctor appointment production in SUS computerized systems. Medical unavailability also affects the distribution of the complex workflow of multi-professional teams and exchange relationships between the subject and community and with important interconnected activity systems²¹ such as those performed by public managers and external auditors, which is drawn in the lightning-shaped arrow in Figure 2

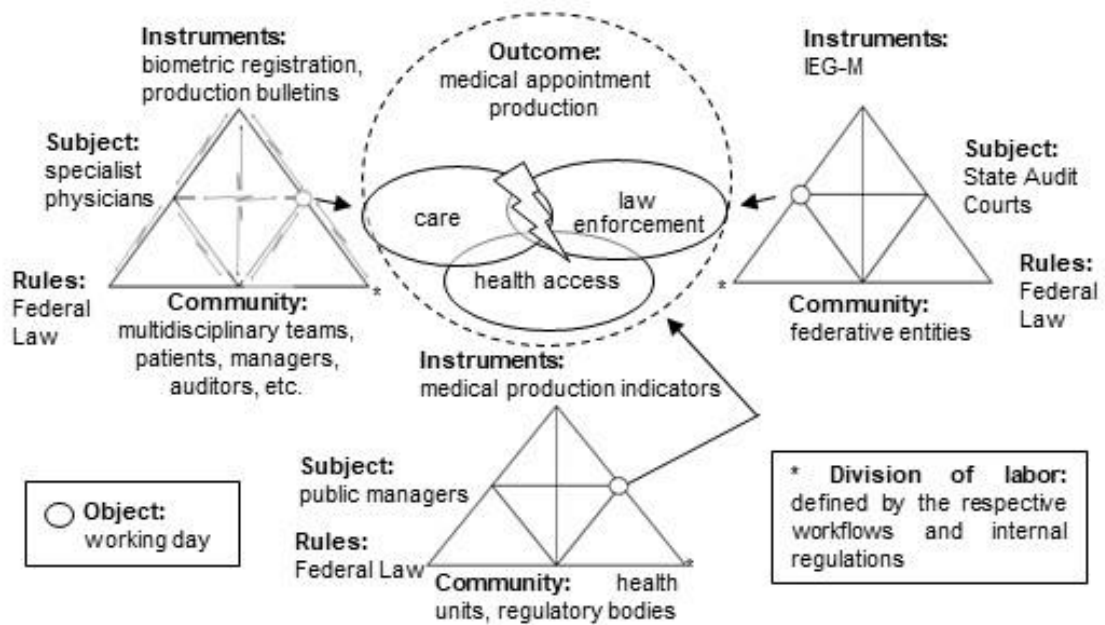


Figure 2 - Systemic contradictions as a source of legal uncertainty in the provision of outpatient medical specialties (adapted from Engeström and Pyörälä²²).

Figure 2 compares the interconnected activity systems of outpatient medical specialists, public managers and external auditors. In 2012, State Audit Courts across the country nationwide introduced a standardized tool, the municipal management effectiveness index (IEG-M/ i-health)²⁴, recommending that managers publish, in the health unit, the professionals' official working day and the adoption of employee time clocks through biometric registration, revealing general goals related to law enforcement. In contrast, in a subjective and ambiguous interpretation of the technical tools for measuring presence, doctors and managers prioritize the outcome parameter of the daily production of consultations, aiming respectively to offer care and health access guarantees, leading to official and discursive manifestations of systemic contradiction among them.

Engeström and Sannino¹⁰ describe four types of discursive manifestations of contradictions in organizational change efforts, namely dilemmas, conflicts, critical conflicts, and double binds. According to the authors, “dilemmas” could be an expression of incompatible evaluations between people involving processes of decision-making, moral reasoning, social representations and ideologies. “Conflicts” take the form of resistance and disagreement. Critical conflicts typically involve feelings of being violated or guilty, often silenced, representing situations in which people face inner doubts that paralyze them in front of contradictory motives unsolvable by the subject alone. Finally, representing processes in which

actors repeatedly face urgent and equally unacceptable alternatives in their activity system, a double bind is characterized by conflicts between norms and values within the community, generating ambiguous discourses and is often accompanied by collective expressions of desire for future resolution, that goes beyond words or isolated individuals.

Faced with the need to guarantee workers, Brazilian public managers are in a perennial decision-making dilemma of disobeying the law, relaxing monitoring of time compliance and making the contractualization modality precarious. This negotiation generates conflicts among managers, workers and other professional categories, causing potential harm to the provision of the population's services. When a federative entity is occasionally condemned by the Audit Courts, these critical events lead to potential strikes and threats of collective dismissals, transforming a latent situation of double bind into a state of urgent need for change.

Objective and methods

This study aimed to analyze the implementation of new legislation in a major Brazilian city in 2015^{14, 25}, which served as an alternative solution to address non-compliance with working hours in SUS outpatient medical specialties. Seeking to fulfill this descriptive and analytical-exploratory objective, the present case study will adopt the methods of Historical-Cultural Activity Theory, the theoretical-methodological model of the Zone of Proximal Development, and the theory of expansive learning^{18, 21}. The figures were produced using the “Shapes” feature of the Microsoft Office suite²⁶ and the “ggplot2” package in the R programming language^{27,28}.

Results and discussion

Faced with the compulsory dismissal of a physician¹⁴ due to non-compliance with working day, a city with 330,000 inhabitants located in the southeast of Brazil began negotiations with medical category leaders, early in 2015, faced with threats of collective dismissal.

Engeström²⁰ explains that when the contradictions within an activity system intensify, some individual participants eventually begin to question and deviate from established norms, moving toward a collaborative vision aimed at intentional collective change, generating solution to a double bind. This expansive transformation, wherein the object and motive of the activity are reconceptualized to encompass a broader horizon than before, transforming everyday actions of the individuals in a historically new form of societal activity, is referred to as the 'zone of proximal development.

This definition is inspired by Vygotsky's learning concepts, which defined the zone as “the distance between the actual developmental level as determined by independent problem solving and the level of potential development as determined through problem solving under adult guidance or in collaboration with more capable peers”²⁹.

Adapted from Haavisto³⁰, Figure 3 summarizes the historical zone of proximal development experienced by doctors under the guidance of managers (B) in interface with Continuing Education Program (A), Local Council of Health (C), Medical Class Body (D), Legislative Branch (E) and State Audit Courts (F), at the interface of two dichotomous plans that respectively analyze the level of formality required (from informal to formal) and the form of negotiation (directly by doctors or indirectly mediated).

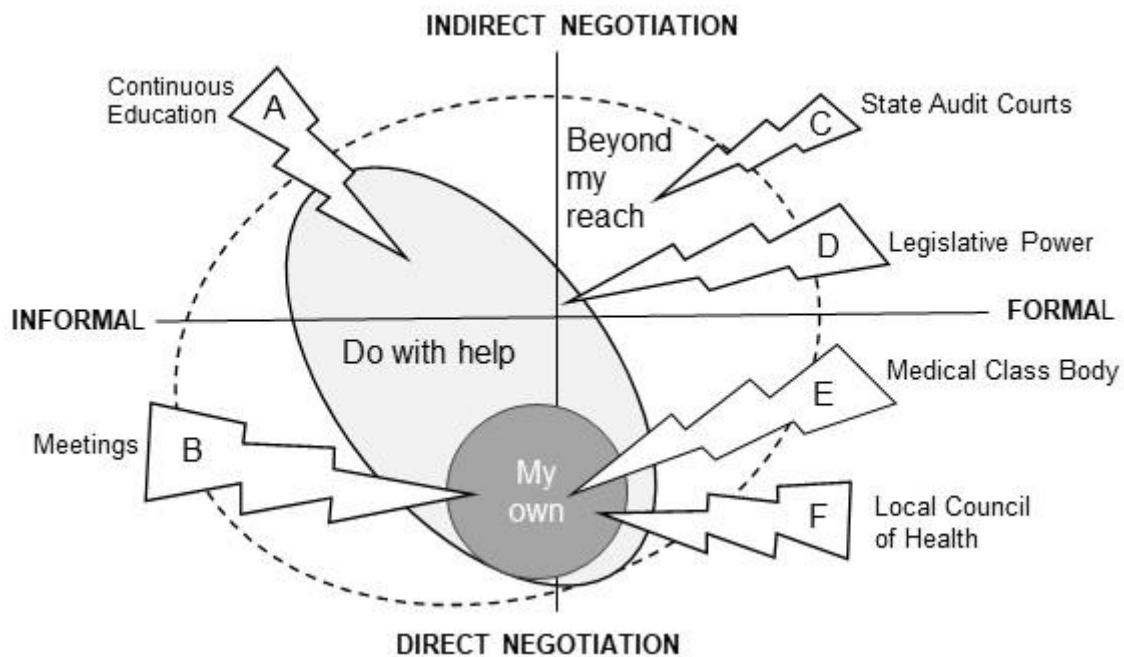


Figure 3 - The zone of proximal development overcome by physicians with the help of management (adapted from Haavisto³⁰).

Engeström and Sannino³¹ define that the first action in an expansive transformation cycle in activity systems is deflagrated by questioning, criticizing or rejecting some aspects of the accepted practice and existing wisdom. In the initial questioning phase, negotiation with managers (B), Local Council of Health (C) and Medical Class Body (D) occurred directly, seeking at first with the illusion of reestablishing the double bind situation prior to the critical event (lower quadrants of the infographic).

This first period, as Kärkkäinen³² mentions, was characterized by concentrations of different voices and perspectives in a characteristic negotiated knotworking with intense discursive disturbances (misunderstandings, disagreements, conflicts, and dilemmas). The managers' refusal to continue justifying the time clock, suggesting the creation of a medical working day measured by production and changing the focus of the discussions towards a proposal for reconceptualizing the working day of 20 hours/week, defined by Federal Law, with a fee working hour parameter of 240 consultations/month (3 patients/hour or 20 minutes/patient).

With the help of managers (light gray ellipse), a progressive acceptance of this proposal resulted in a second movement of indirect negotiation (from the lower to the upper quadrants) with the Continuing Education teams (A) and Legislative Branch (D), implying a progressive need for formalization (from the left quadrants to the right).

Finally, the Court of Auditors (C) contributed a new direction to the discussion, as described in more detail in Figure 4, which presents the complete expansive learning cycle for a new outpatient medical specialties activity system. The lightning-shaped arrow, in the dashed central circle, compiles the contradictions (from primary to quaternary). The thicker arrows indicate expanded scope of and participation in the learning action³¹.

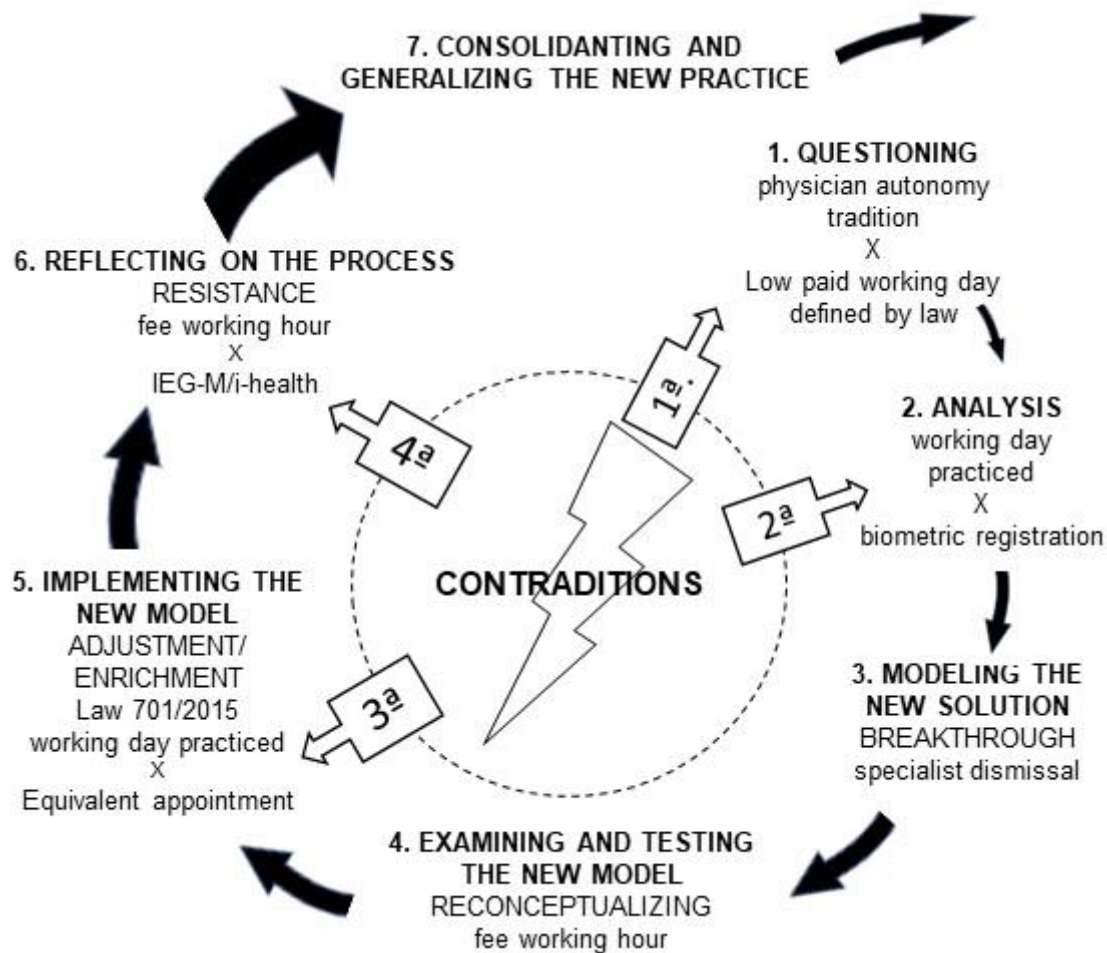


Figure 4 - Expansive learning cycle for a new outpatient medical specialties activity system (adapted from Engeström and Sannino³¹).

As shown in Figure 04, permeating the entire activity system, the primary contradiction was being sustained in the city through a mechanism of validating absences at the electronic time clock by managers, placing them in a decision-making risk situation and moral dilemma.

The secondary contradiction between the object, the working day traditionally practiced, with manipulation of the technical tool, used as a cultural artifact by the internal and external community, generated a situation of double bind, where despite the perception of ambiguity and the need for change generated by the joint risk assumed between those involved, professionals did not feel motivated to analyze the new proposal while the time clock was being justified. The scenario changes when the critical event, the judicial determination to dismiss a specialist and the initiation of legal proceedings to ascertain responsibility for justifying the

electronic time clock, aroused a feeling of general paralysis, creating a breakthrough environment for examining e testing a new model.

Engeström²² reports three spearheads toward collaborative and transformative expertise into a zone of proximal development: (1) reconceptualizing expertise as object-oriented and contradiction-driven activity systems, (2) pursuing expertise as negotiated knotworking and (3) building expertise as expansive learning. Regarding the notion of knotworking, the author portrays a pulsating movement, eventually in an improvised orchestration, where the center does not hold control and the locus of initiative changes from moment to moment in a collaborative performance between otherwise loosely connected actors and activity systems, emerging as a mode of collaboration in work settings that move toward co-configuration³³.

Initially, medical leaders involved their Class Body and representatives on the Municipal Health Council, requesting managers adjustments, in intense meetings. Through indirect intermediation of managers, suggestions for topics were proposed for the continuing education program and the drafting of a bill with the municipal Legislative Branch.

The proposal included, as negotiation, conditional elements like voluntary adherence, all public labor rights preserved, an increase of up to 5 times in salary conditional on productivity, complete freedom to choose days and duration of attendance at work, recommendation of a scheduling limit of 4 patients/hour and punishment with rescission of the membership term and return to mandatory biometric registration, in case of lack of the agreed minimum production of 240 consultations/month.

Manifesting itself as a symbolic alternative to biometric registration, with the Municipal Law already enacted, the rule received enrichment²⁵, introducing - in its regulatory service order - a qualitative concept called "Equivalent appointment", in which diagnostic and therapeutic procedures, including outpatient surgeries, could be computed in the doctor's goal of producing monthly consultations, through a conversion parameter arbitrated by professional convention agreements, market price parameters or healthcare official tables of prices.

The implementation of the municipal law generated a tertiary contradiction between the traditional way of executing the working day and its reconceptualization (fee working hour), as well as the definition of the new technical tool "equivalent appointment", particularly in the interface with other members of the community who still operate based on Federal Law.

Overcoming this enrichment phase and receiving a favorable opinion from the Medical Class Body and Legislative Power, the newly established rule underwent a new phase of resistance and realignment triggered by the State Court of Auditors, in the face of the quaternary contradiction generated between the new central activity and the instruments adopted by the external control body throughout Brazil (IEG-M/i-health), making it obsolete in terms of controlling working day as a reinforcement of federal law in the face of new municipal legislation.

Acting in a respectful and reserved manner in relation to municipal legislation, but expressing worry about the potential drop in quality in a production-based regime, the court Officers began to time the consultation and accomplishment of productivity. Renouncing biometric registration as a technical instrument for monitoring the working day and arming themselves with stopwatches, the auditors monitored the consultation time in the various specialties.

Indeed, the issue of medical consultation time is a problem worldwide. Classic studies on the 20th century report an average medical consultation time of 5 minutes, increasing to 7 minutes and 46 seconds with the advent of computerization³⁴. A 2017 systematic review, on 28 million consultations in 67 countries found a time equal to or less than 5 minutes with a loss in quality³⁵.

Since no significant changes were found in the consultation time with the new law, this initial resistance was overcome, but the Court of Auditors recommended changing the local legislation to a metric of 320 scheduled consultations per month to compensate for the average historical patient absenteeism seen in the local outpatient sector.

The realignment proposed by the Court was immediately implemented by the managers in a subordinate order, becoming the new fee working hour adopted by the Court for the municipality, moving the activity towards a period of stabilization and consolidation of the new practice. From 2016 onwards, the city has frequently received managers from all over Brazil looking for a benchmark³⁶ for the new law.

In 2023, eight years after the implementation of the municipal law, Gomes and Querol¹⁴ promoted ethnographic research interviewing all medical specialties, managers, and users of the system, seeking to confront the emic and ethical perspectives of those involved and compiling them into 10 (ten) categories of units of meaning. The researchers found that the law was well accepted by professionals, who recognized the maintenance of labor rights, increased

productivity, reduced medical absenteeism and the guarantee of autonomy in working hours, definitively resolving the situation of the previous double bind, helping to attract and retain professionals, including subspecialties that are scarce in the region.

The development of the concept "Equivalent appointment provided diversification of medical services, encouraging professionals to take training courses to expand the offer of new medical procedures and facilitating dialogue and regulation between primary care and specialized care. It was also well accepted by management neighbor activity system and internal and external control bodies, which became disseminators of the new technology to other Federative Entities. Among the drawbacks were heightened sector costs, if expansion of services is allowed, along with apprehensions regarding the quality of medical consultations, considering potential conflicts of interest within a production-based regime.

The favorable aspects of the new legislation inspire the municipality to study the expansion of the model to another professional category, physiotherapists^{37, 38}. This category has gained strategic significance, particularly during the COVID-19 Public Health Emergency of International Concern (PHEIC) and within the context of rehabilitation, given the rapidly aging population in the territory.

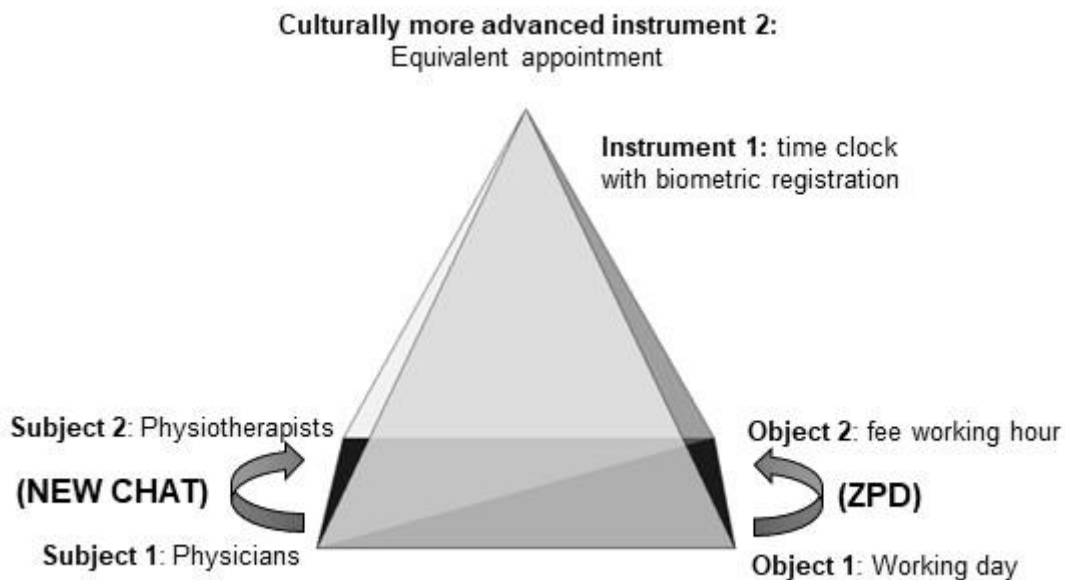


Figure 5 - ZDP unfolding a culturally more advanced model of activity system

Figure 5 describes the Zone of Proximal Development (ZPD), which is represented by the space between the triangles formed on the anterior lateral face and the diagonal of the square base of the pyramid. The right lateral base of the pyramid demonstrates the expansive transformation of the object “working day”, reconceptualized as fee working hour. The posterior diagonal space of the pyramid, on the left, symbolizes the interface of the two new activity systems, having as subjects - respectively - Physicians and Physiotherapists and, in Apex, the adoption of a concept that has been worked out as a qualitative new “thirdness”, the equivalent appointment, replacing the role played by biometric registration in the dominant model.

According to Engeström and Sannino¹⁰ the concept of “thirdness”, coined by Peirce³⁹ in his critical discussion of Hegel’s logic, refers to the generation of novel mediating models, concepts and patterns of activity that go beyond and transcend the available opposing forces or options, pushing the system into a new phase of development.

The emergence of the concept of "equivalent appointment" facilitated the resolution of the tertiary contradiction between the dominant form of central activity (working day) and the object/motive of the new local form of the central activity (fee working hour). It also resolved the quaternary contradiction established with the neighboring activity system of the Court of Auditors, which - sacralizing the biometric registration in their instruments - intensified the ideal vision of the working day, while dominant object.

For Hegel¹⁷, "ideal' does not refer to an idealized or utopian vision of reality. Instead, it pertains to the realm of thought, concepts, and ideas (the world of pure reason and the realm of absolute knowledge, the foundation for Hegel's understanding of the Absolute). As the philosopher states in his work, "The Science of Logic"¹⁷:

The Motive in short is a contradiction of its self-identity against the negation stated in it, i.e. its antithesis to objectivity, and being so, contains the eliminative or destructive activity which negates the antithesis and renders it identical with itself.

Nevertheless, Pierce³⁹ challenges the notion of a universal or absolute teleological development found in the works of Kant and Hegel, emphasizing an approach centered on practical utility and the outcomes of ideas, valuing experimental methods and action oriented towards problem-solving. Moving away from a dualistic or binary understanding of teleology,

the concept of Thirdness in Peirce's semiotic involves the pragmatic aspect of the mediation, where the interpretant plays a crucial role in determining the meaning of a sign in a particular context.

The establishment, by Federal Law, of an idealized working day concept, but detached from the real systemic funding capacity, undermines its practical application. Within medical specialty outpatient clinics in Brazil, there is a widespread tendency among doctors and managers to interpret the concept of working hours in a manner that deviates significantly from its legislatively defined ideal. This has led to the emergence of informal and anomalous practices, consistently met with penalties over the past three decades of SUS (Unified Health System) implementation. To address this, the municipal experience has taken a transformative approach, adopting spearheads toward collaborative and transformative expertise into a zone of proximal development²⁰. This initiative aims to reconceptualize the definition of working hours, pushing the local healthcare system into a new phase of development.

Conclusion:

The introduction of the SUS marked a significant milestone in providing universal health coverage for 200 million Brazilians. However, the implementation of the system, guided by the welfare state concepts outlined in the 1988 Constitution, mandated a specific model for contracting human capital within medical specialty outpatient clinics, enforced by Federal law. Despite the ambitious scope, financial challenges led to a pervasive issue of informal agreements, resulting in widespread non-compliance with stipulated working day. This has contributed to a national landscape of legal uncertainty, with Government Accountability Offices issuing convictions to public managers and workers across all regions of Brazil.

Employing the methodologies of Historical-Cultural Activity Theory, the theoretical-methodological model of the Zone of Proximal Development, and the theory of expansive learning, this article describes a successful initiative in reconceptualizing the definition of working day. This experience emerges as a potential model solution to the existing contradiction, offering insights that could eventually make sense for numerous federative entities in Brazil and other developing countries that face similar challenges. The exchange of successful experiences becomes indispensable in navigating these complex issues.

References:

1. Briggs A. The Welfare State in Historical Perspective. *European Journal of Sociology / Archives Européennes de Sociologie*. 1961;2(2):221-58.
2. Wincott D. Images of Welfare in Law and Society: The British Welfare State in Comparative Perspective. *Journal of Law and Society*. 2011;38(3):343-75.
3. Mussada A, Thomas H, Leles FAG, Castro MC, Atun R. The Brazilian health system at crossroads: progress, crisis and resilience. *BMJ Global Health*. 2018;3(4):e000829.
4. Clarke J. Welfare States as Nation States: Some Conceptual Reflections. *Social Policy and Society*. 2005;4(4):407-15.
5. Federal Law n. 8112 [Internet], 1990 Dec 11 [cited 2023 Ago 29] (Brazil). Available from: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8112cons.htm>.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministério. Portaria GM n. ° 1.101, de 12 de junho de 2002. Estabelece os parâmetros assistenciais no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 13 jun. 2002. Seção 1, p. 36.*
7. Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria n° 316, de 06 de junho de 2008. Recompõe os atributos dos procedimentos da tabela de procedimentos, medicamentos, órteses, próteses e materiais especiais do SUS, descritos nesta portaria. *Diário Oficial União 2008; 09 jun.*
8. Ribeiro JM et al. Health policies and federative gaps in Brazil: an analysis of regional capacity of services delivery. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2017[citado 29 ago. 2023];22(4):1031-44. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csc/2017.v22n4/1031-1044/en>
9. Gomes RF, Querol MAP. Infringement of public medical work hours in Brazil: cross-sectional study of decisions by the State Courts of Accounts. *Rev. Bras. Polít. Públicas* [Internet]. 2023. In press. Available from: <https://www.publicacoesacademicas.uniceub.br/RBPP>.
10. Engeström Y, Sannino A. Discursive manifestations of contradictions in organizational change efforts. *Journal of Organizational Change Management*. 2011;24(3):368-87.
11. Lorraine SW. A View Of Health Care Around The World. *The Annals of Family Medicine*. 2013;11(1):84.

12. Conill EM. Universal health systems for Latin America: recent and old innovations in health services. *Rev Bras Promoc Saúde* [Internet]. 2018 Dec. 21 [cited 2023 Oct. 21];31(4). Available from: <https://ojs.unifor.br/RBPS/article/view/8779>.
13. Paiva, CHA, Teixeira LA. Health reform and the creation of the Sistema Único de Saúde: notes on contexts and authors. *Hist. cienc. saude-Manguinhos* [online]. 2014, v. 21, n. 1 [Accessed 21 October 2023], pp. 15-36. Available at: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702014000100002>.
14. Gomes RF, Querol MAP. Reconceituando a Jornada de trabalho médica no SUS de Praia Grande/SP: pesquisa etnográfica [Internet]. *Cad Saúde Pública*. 2024. [Submetido].
15. Couto FF, Saraiva LAS, Carrieri AP. From Kant to Popper: Reason and Critical Rationalism in Organization Studies. *Organizações & Sociedade* [online]. 2021, v. 28, n. 96 [Accessed 17 September 2023], pp. 55-72. Available from: <https://doi.org/10.1590/1984-92302021v28n9603EN> <https://doi.org/10.1590/1984-92302021v28n9603PT>>. Epub 07 May 2021. ISSN 1984-9230. <https://doi.org/10.1590/1984-92302021v28n9603EN>.
16. Kant I. The critique of Pure Reason. [Internet]. 1781. Translated by J. R. Merege Available from: <http://www.dominiopublico.gov.br/download/texto/cv000016.pdf>.
17. Hegel GW. Science of Logic. e-artnow; Kindle Edition. [Internet]. 2020. Available from: https://www.amazon.com.br/gp/product/B087JHL4S7/ref=ppx_yo_dt_b_d_asin_title_351_o02?ie=UTF8&psc=1
18. Engeström, Y. Learning by Expanding: An Activity-Theoretical Approach to Developmental Research. 2. ed. Cambridge University Press; 2014.
19. Il'enkov EV, Creighton C, translator. Dialectical Logic: Essays in its History and Theory [Internet]. Moskow: Progress Publishers. 1977 [cited 2023 Oct 20]. 121p. Available from: <https://www.marxists.org/archive/ilyenkov/works/essays/index.htm>
20. Engeström Y. Expansive Learning at Work: Toward an activity theoretical reconceptualization. *Journal of Education and Work*. 2001;14(1):133-56
21. Engeström Y. Learning by expanding: an activity-theoretical approach to developmental research. Hki: Orienta-konsultit, 1987.
22. Engeström Y, Pyörälä E. Using activity theory to transform medical work and learning. *Medical Teacher*. 2021;43(1):7-13.

23. Leontiev AN. Activity, Consciousness, and Personality. [Online]. Available at: http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select_action=&co_obra=2309. Accessed: 30 Nov 2023.
24. Instituto Rui Barbosa (IRB): O que é o IEG-M? [Internet]. Brasília: Instituto Rui Barbosa; 2012. Available at: <https://irbcontas.org.br/iegm/>. Accessed: 30 Nov 2023.
25. PRAIA GRANDE (Município). Prefeitura da Estância Balneária de Praia Grande. Lei Complementar nº 701, de 15 de maio de 2015. Estabelece no âmbito da Estância Balneária de Praia Grande, jornada de trabalho médica aferida por produção [Internet]. Available at: < <https://www.praiagrande.sp.gov.br/atendimento/saude/medicas.asp>>. Accessed: 30 Nov 2023.
26. Microsoft Corporation. Microsoft Office. Redmond, WA: Microsoft. 2016.
27. Wickham H. ggplot2: Elegant Graphics for Data Analysis. Springer-Verlag New York, 2016.
28. R Core Team (2022). R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. URL <https://www.R-project.org/>.
29. Vygotsky LS. Mind in Society Development of Higher Psychological Processes. Cole M, Jolm-Steiner V, Scribner S, Souberman E, editors: Harvard University Press; 1978.
30. Haavisto V. Court work in transition: An activity-theoretical study of changing work practices in a Finnish district court. Helsinki: University of Helsinki, Department of Education. <http://hdl.handle.net/10138/19754>. Published on June, 2002. Accessed on November 15, 2023.
31. Engeström Y, Sannino A. Studies of expansive learning: Foundations, findings and future challenges. Educational Research Review. 2010;5:1-24. doi:10.1016/j.edurev.2009.12.002
32. Kärkkäinen, M. (1999). Teams as breakers of traditional work practices: A longitudinal study of planning and implementing curriculum units in elementary school teacher teams. Helsinki: University of Helsinki, Department of Education.
33. Engeström Y. From Teams to Knots: Activity-Theoretical Studies of Collaboration and Learning at Work. Cambridge: Cambridge University Press; 2008.
34. Pringle M, Robins S, Brown G. Timer: a new objective measure of consultation content and its application to computer assisted consultations. British Medical Journal (Clinical research ed). 1986;293(6538):20.

35. Greg I, Ana Luisa N, Hajira D-M, Ai O, Hiroko T, Anistasiya V, et al. International variations in primary care physician consultation time: a systematic review of 67 countries. *BMJ Open*. 2017;7(10):e017902.
36. Camp RC. *Benchmarking: The Search for Industry Best Practices that Lead to Superior Performance*. 1st Edition. Wisconsin: American Society for Quality Control; 1989.
37. PRAIA GRANDE (Município). Prefeitura da Estância Balneária de Praia Grande. Processo Administrativo nº 15.666/2021. Protocolo assistencial do centro especializado em reabilitação - CER. Accessed: 30 Nov 2023.
38. PRAIA GRANDE (Município). Prefeitura da Estância Balneária de Praia Grande. Lei Complementar nº 21.001/2023. PMS 2022 - 2025 - meta 2.1.2. Estudo de ampliação de serviços de reabilitação. Available at: < <https://www.praia grande.sp.gov.br/atendimento/saude/medicas.asp>>. Accessed: 30 Nov 2023.
39. Peirce CS. *The Essential Peirce: Selected Philosophical Writings*. Vol. 2. 1893-1913. Bloomington, IN: Indiana University Press; 1998.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Brasil vivencia nos últimos 35 anos a implantação de um sistema nacional de cobertura universal, consagrando – pela primeira vez em sua história – o reconhecimento dos direitos de cidadania ao acesso à saúde a toda a população (Brasil 1988, 1990), organizados por um sistema único sob responsabilidade estatal e financiamento fiscal, com melhorias no acesso e em diversos indicadores de saúde, mas com intensa assimetria territorial e dificuldades de garantia de custeio e integralidade (Lima, 2005; Conill, 2018; Massuda et al, 2018).

O SUS, observando a nova legislação infraconstitucional, tardiamente inspirada pelos princípios de estado de bem-estar social (Briggs, 1961; Wincot, 2011), buscou redesenhar o método hegemônico de remuneração baseada em produção de procedimentos diagnósticos ou terapêuticos contratualizados de consultórios, hospitais privados e filantrópicos de uma tradição liberal-privatista, praticada pelo extinto Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), e ampliou o paradigma de regime jurídico de contratação de servidores por meio de concurso público com jornada de trabalho definida por lei (Brasil, 1991) e modelos de competição administrada por salários ou preço global, particularmente em seu componente hospitalar (Almeida, 1996; Campos, 2007).

A complexidade do movimento de redemocratização e reforma sanitária brasileira (Paim, 2008), convivendo com tensões dicotômicas entre uma medicina social com cunho estatizante, com maior penetrância na Atenção Básica através da Estratégia de Saúde da Família (Brasil, 1994), e a preservação de promíscua participação privada, particularmente na média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, perpetua uma agenda não superada de segmentação e fragmentação, de difícil regulação, mediada por sistemas informatizados defectivos e pulverizados (Conill, 2008; Freire et al., 2020; Coelho Neto; Chioro, 2021) e sujeita às oscilações polarizadas de uma gestão descentralizada interfederativa tripartite (Bahia, 2005; Santos; Merhy, 2006).

Enfrentando um cenário de agudização da percepção nacional de restrição ao acesso a profissionais médicos e os custos atrelados a essa escassez (Lotta et al, 2016; Carvalho; Souza, 2013; Santos et al., 2019), em 2013, o Brasil promulga o Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB), captando a participação de mão-de-obra médica estrangeira em seu primeiro eixo, de provimento emergencial, e ampliando a oferta de cursos de medicina no país (Brasil, 2013).

Com uma proposta ambiciosa de expandir a oferta médica de 1,8 para 2,7 profissionais a cada 1.000 habitantes até 2026, o projeto conquista esse resultado com 3 anos de antecedência, ampliando em cinco vezes o número de médicos em relação ao crescimento populacional brasileiro entre 2015 a 2020 e tendo a perspectiva de que esse crescimento relativo seja de dez vezes até 2025 (2,91 médicos /1.000 habitantes), frente à inauguração das primeiras turmas de formandos de novas faculdades de Medicina nos próximos anos, assistindo-se a um processo de juvenização, feminilização e aumento do quadro de não especialistas frente à defasagem de 10.563 vagas de residência por ano no cenário atual, que conta com 62,5% de especialistas (Scheffer et al., 2023).

Assim, apesar do enfrentamento do déficit de profissionais, direcionando-os através do PMMB para atuarem na APS, não se conseguiu avançar em uma proposta sólida no setor de especialidades ambulatoriais e componente hospitalar, preservando-se uma dicotomia entre uma tradição construída de sistema público e outra pró-mercado (Campos, 2007), persistindo uma ambivalência entre os anseios expressos na legislação infraconstitucional e uma realidade caracterizada por orçamentos e tabelas de preço estagnados, baixos salários, múltiplos empregos e alta rotatividade no setor público (Brasil, 2008b; Nascimento et al., 2005; Póvoa; Andrade, 2006; Ney; Rodrigues, 2012; Stralen et al., 2017), em um quadro disseminado de inobservância ao cumprimento da Jornada de Trabalho médica definida por lei (Brasil, 1991; Corrêa et al., 2000; Martins et al., 2000; Girardi, et al., 2010, Junqueira, 2010; Ney. 2012; Nunes, 2015; Stralen et al., 2017; Gomes; Querol, 2023).

O primeiro artigo buscou contribuir com uma análise situacional de insegurança jurídica vivida no país por gestores e trabalhadores em decorrência desse descumprimento. O trabalho acessou 20 anos de bases pública de decisões prolatadas pelos Tribunais de Contas Estaduais em relação ao provimento e cumprimento de jornada de trabalho médica no setor público municipal das diversas regiões brasileiras e as variáveis independentes associadas.

Aceito para publicação em fevereiro de 2023, o artigo remonta a uma base de dados acessada entre 2019 a 2021, em meio à Pandemia de Importância Internacional por COVID-19, quando apenas 55% dos Tribunais de Contas Estaduais possuíam mecanismos de busca de seus acervos eletrônicos, contribuindo para a caracterização de variáveis independentes associadas. Esta realidade provavelmente modificou-se após à pandemia, como novas bases públicas eletrônicas inauguradas, sendo necessário novas pesquisas que ampliem o acervo e corrijam potenciais vieses dessa amostragem outrora defectiva, incorporando pesquisadores do universo do Direito, bem como de outras áreas do conhecimento, buscando um diagnóstico mais amplo

e preciso de um grave problema vivenciado por gestores de pequenas, médias e grandes cidades em todo o Brasil.

No segundo artigo, buscou-se descrever uma experiência exitosa implantada em um município de grande porte do litoral sul paulista com 325.226 habitantes (Praia Grande, 2022), que promoveu mudança de sua legislação municipal, enfrentado o dilema jurídico do descumprimento da jornada de trabalho e da refratariedade em conseguir implantar registro biométrico de controle de seus especialistas médicos ambulatoriais, colhendo parecer favorável da comunidade envolvida e das instâncias de controle interno e externo (Praia Grande, 2015).

Entrevistando usuários do SUS e todos os gestores e representantes de especialidades e subespecialidades médicas do município (Gomes; Querol, 2024), a pesquisa etnográfica revelou aderência dos profissionais, obtendo captação e fixação de médicos especialistas e ampliação da oferta de serviços que impliquem em ato médico, como punções arteriais, coleta de líquido e procedimentos diagnósticos e terapêuticos outrora objeto de refratariedade de acesso.

Entre os aspectos positivos da nova lei, os profissionais destacaram a percepção de segurança jurídica, melhor remuneração e a liberdade de definição de horários e quantidade de horas semanais na jornada de trabalho. Também se verificou aprimoramento na interface com APS, despertando-se o interesse de especialistas na construção de protocolos de regulação, bem como participação na Educação Permanente em Saúde, e – com o conceito de equivalência de consulta – a busca voluntária de qualificação pelos profissionais e diversificação da oferta de serviços com redução de filas de espera específicas. Como principais críticas, realizadas por gestores e médicos, reportou-se o risco de redução da qualidade da consulta, frente ao eventual conflito de interesse em um regime de pagamento por produção, e a constatação de que o cliente SUS ficou à margem do processo de construção da proposta.

A respeito do fortalecimento da regulação do acesso em rede, Bertussi, Feuerwerker e Louvison (2016) apontam:

[...] identificou-se que não basta produzir uma mudança nos processos de trabalho da regulação, a desconstrução passa também pela atenção especializada, pela identificação de profissionais dispostos a agir sob outra lógica, em lugares diferentes e, acima de tudo, a participar da construção coletiva da produção do cuidado em rede compartilhada.

Entre as características da nova Lei Municipal em Praia Grande, um fenômeno reportado pela equipe de regulação entrevistada foi a mudança do comportamento de muitos

especialistas, motivados pela possibilidade de não comparecer no emprego caso não houvesse fila de espera em sua especialidade. Alguns médicos especialistas passaram a se voluntariar para contribuir nas funções regulatórias de controle, equilíbrio, adaptação e direção (Santos; Merhy, 2006; Oliveira; Elias, 2012; Freire et al., 2020), junto à equipe de reguladores do município, inclusive auxiliando no processo de construção de protocolos, treinamento das equipes da APS e regulação direta de sua especialidade, buscando diminuir ou “zerar” filas de espera, permitindo diminuir o número de horas de jornada de trabalho dedicadas mensalmente, posto que a lei municipal entenda como jornada cumprida caso não exista demanda (Praia Grande, 2015a). Mas esse fenômeno não foi homogêneo em todas as especialidades.

Finalmente, sob a perspectiva da Teoria Histórico Cultural da Atividade (Leontiev, 1978; Engeström, 1987), o terceiro artigo analisa o cenário de contradição entre a legislação nacional, que define - por força de Lei Federal (Brasil, 1991) – um regime estatutário com salários fixos e a realidade de descumprimento da jornada, confrontando três sistemas de atividades, cujos sujeitos são: médicos especialistas, gestores e os Tribunais de Contas Estaduais. Também apresenta o ciclo expansivo de reconceptualização da jornada de trabalho do ambulatório de especialidades médicas do município de Praia Grande/SP, adotando o modelo teórico-metodológico de Zona de Desenvolvimento Proximal (Vygotsky, 1978; Engeström, 1987) e a Teoria da Aprendizagem Expansiva (Engeström, 1987).

A contradição sistêmica analisada revela o confronto de dois propósitos antagônicos. De um lado, tem-se os conceitos trazidos pela reforma sanitária brasileira (Paim, 2008), modificando o modelo de contratualização de serviços de saúde adotado pelo modelo bismarckiano anterior (INAMPS) e gerando indiretamente um processo de proletarização (Marx, Engels, 1909) malsucedido da categoria médica, buscando redução dos custos globais relativos com recursos humanos médicos no SUS. Do outro lado, os interesses privados da tradição autônoma da categoria médica.

O SUS convive com um cenário nacional marcado pelo interesse e autonomia de um mercado médico frequentemente escasso e mal distribuído, com alta rotatividade e competição interfederativa pelo capital humano (Póvoa; Andrade; 2006; Greer, 2008). Apesar dos baixos salários praticados no setor público e do esforço legal “proletarizador”, não se observa uma perda da renda médica, frente à um cenário disseminado de descumprimento de jornada de trabalho nos ambulatórios públicos e a compensação com multiplicidade de vínculos, especialmente para aqueles que mesclam ocupações de empregado e empregador (Gomes; Querol, 2023; Luiz; Bahia, 2009; Scheffer et al., 2023).

O confronto de propósitos, e as dificuldades desse cenário ambíguo, cristalizaram em âmbito nacional uma disseminada tendência, entre médicos e gestores, de interpretar o conceito de jornada de trabalho de forma diversa a concepção legal idealizada, colocando-os em desacordo com as premissas de controle externo dos Tribunais de Contas dos Estados.

Campos (2007), a respeito da legitimidade conquistada no Brasil sobre a importância do acesso universal e da atenção integral em saúde, e a compatibilidade de discurso a priori desses princípios tanto em desenhos socializantes da tradição europeia de sistemas nacionais, quanto na tradição liberal-privatista, alerta:

A convivência na democracia é variada e múltipla: a derrota de atores sociais e de seus projetos é situacional e costuma não os eliminar do cenário político e institucional. Assim os interesses e valores derrotados sempre retornam, sempre, ainda que travestidos com a moda conveniente em cada conjuntura.

Segundo Santos (2011), uma vez que a cobertura de serviços dos sistemas nacionais de saúde é ampla, comumente seu gargalo está nas consultas a especialistas, internações eletivas e serviços de apoio ao diagnóstico e à terapêutica (SADT). Assim, em sistemas – público e privado – atuando em duplicidade, como no Brasil, estes são os serviços que geralmente os seguros privados oferecem, encontrando seu ponto de fortaleza e diferenciação, ainda que muitas vezes sendo um engodo, encerrando diversas restrições na carteira de serviços prestados, como em propostas de “planos acessíveis” (Giovanella, et al., 2018; Santos, 2016).

Assim, no terceiro artigo, descreve-se o esforço de um ente federativo municipal em conciliar essas contradições, unindo conceitos das duas tradições em conflito em um exemplo de nova normativa legal local, que – dialeticamente em antítese à objetividade da negação da própria identidade (Hegel, 2020) em âmbito nacional – buscou síntese desse antagonismo, reconceituando a definição de jornada de trabalho assalariada e instituindo mecanismos de pagamento por produção, sem a perda de direitos trabalhistas conquistados.

O município, trazendo um conceito de terceiridade (Pierce, 1998) na expressão de “equivalência de consulta”, optou por reconhecer o dilema e formalizar nova regra. Sendo favoravelmente aceita por toda a comunidade envolvida, em seu contexto histórico de implantação desde 2015, a nova lei municipal introduziu – a exemplo de estratégias já utilizadas pelos sistemas nacionais alemão e inglês – elementos que podem ser entendidos como produtividade por competição gerenciada (Almeida, 1996; Giovanella, et al., 2018, 2019; Paim, 2019), mas controlado por um Ente Público pertencente ao sistema nacional e à luz de parâmetros técnicos de regulação do acesso de filas de especialidade e procedimentos

diagnósticos e terapêuticos eletivos que dependem do ato médico, que supostamente seriam o ponto de fortaleza da iniciativa privada.

Desta feita, a presente tese abordou elementos que sugerem a rejeição da hipótese nula de não associação entre a legislação hegemônica instituída e o cenário nacional estabelecido de descumprimento de jornada de trabalho médica. Contribuindo com a descrição de um cenário nacional de 20 anos de ações dos Tribunais de Costas dos Estados e análise de um exemplo municipal de mudança da regra, que necessariamente não será a melhor para todos os Entes Federativos, mas – em um contexto de ampliação da oferta médica, e em particular de diversas especialidades e subespecialidades viabilizadas pelos vindouros avanços de Políticas de eSaúde, na forma de telemedicina e telemonitoramento (Soirefmann et al., 2010; Maldonado; Marques; Cruz, 2016), especialmente nas regiões mais distantes de um país continental com grandes desigualdades – constitui-se em mais um exemplar da necessária troca de experiências das diversas realidades regionais na construção do futuro de nosso Sistema Único de Saúde.

REFERÊNCIAS

Almeida C. Os modelos de reforma sanitária dos anos 80: uma análise crítica. *Saúde e Sociedade* [Internet]. 1996 [citado 15 dez. 2023]; 5(1):3-53. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/sausoc/1996.v5n1/3-53/pt>>.

_____. Reforma de Sistemas de Saúde: tendências internacionais, modelos e resultados. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato VCL, et al, organizadores. *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 759-801

Angrosino M. *Etnografia e observação participante*. Porto Alegre, RS: Artmed; 2009.

Araujo LC de, Bezerra Filho JE, Teixeira A, Motoki F. Gestões Municipais no Brasil: um estudo a partir do Índice de Efetividade das Gestões Municipais - IEGM. *Rev. Cat. Cien. Cont.* [Internet]. 2021 Apr. [citado 14 jan. 2022]; 20:e3137. Disponível em: <https://revista.crcsc.org.br/index.php/CRCSC/article/view/3137>.

Bahia L. O SUS e a universalização do direito à saúde: tensões e padrões de convivência entre o público e o privado no sistema de saúde brasileiro. In: Lima NT, Gerschman S, Edler FC, Suárez JM, organizadores. *Saúde e Democracia: história e perspectiva do SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. P. 407-449.

Balzan NC, Wandercil M. Formando médicos: a qualidade em questão. Campinas: *Revista da Avaliação da Educação Superior*. [Internet]. 2019 Sep. [citado 14 jan. 2022]; 24(3):744-765. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/aval/a/hVdg7JfySM8XWSBSBsJ338g/?lang=pt>.

Barbieri GA. O aspecto positivo da moralidade na filosofia do direito de Hegel [tese]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas; 2009. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/16880/000706294.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

Bastos CCBC. Pesquisa qualitativa de base fenomenológica e a análise da estrutura do fenômeno situado: algumas contribuições. *Revista Pesquisa Qualitativa*. 2017 Dez. [citado 14 jan. 2022]; 5(9):442-51. Disponível em: <https://editora.sepq.org.br/rpq/article/view/156>.

Bertussi DC, Feuerwerker LCM, Louvison MCP. A “regulação a quente” e a “atenção especializada viva” como dispositivo de compartilhamento de cuidado em saúde. In: MERHY E. E. et al. (Org.). *Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes*. Rio de Janeiro: Hexis; 2016. v. 1. p. 357-60.

Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). BIREME - BVS. São Paulo: BIREME; 2022. Disponível em: <https://bvsalud.org/>

Brasil. Constituição 1988. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília (DF): Senado; 1988.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. CNES – Recursos humanos a partir de agosto de 2007: ocupações classificadas pela CBO 2002. 1991b [citado em 22 jan. 2022]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0204>.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. Estimativas de 1992 a 2019 utilizadas pelo TCU para determinação das cotas do FPM. 1991c [citado em 20 jan. 2022]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0206&id=6943&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?ibge/cnv/popt>.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS (DATASUS) e Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP). Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão Anual de Gestão. Situação do Relatório Anual de Gestão 2016 do município da Estância Balneária de Praia Grande/SP. 2017 [acesso 02 out. 2017]. Disponível em: <http://aplicacao.saude.gov.br/sargsus/login!carregarPagina.action>.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS n. 692, de 25 de março de 1994. Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde (PISUS) e o Programa de Saúde da Família (PSF) como metas do Ministério da Saúde. Diário Oficial da União, Brasília (1994 mar. 29); Sec.1:4572.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS n. ° 1.101, de 12 de junho de 2002. Estabelece os parâmetros assistenciais no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília (2002 jun. 13); Sec.1:36.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS n. 3.032, de 16 de dezembro de 2008. Dispõe sobre o horário de funcionamento e a jornada de trabalho dos servidores do Ministério da Saúde. Diário Oficial da União, Brasília (2008a dez. 17); Sec.1:67.

_____. Presidência da República. Decreto Federal n°. 1.590, de 10 de agosto de 1995. Dispõe sobre a jornada de trabalho dos servidores da administração pública federal direta, das autarquias e das fundações públicas federais, e da outras providências. Diário Oficial da União, Brasília (1995 ago. 11); Sec.1:12114.

_____. Presidência da República. Decreto Federal n. 4.836, de 09 de setembro de 2003. Altera a redação do artigo 3 do Decreto 1.590, de 10 de agosto de 1995, que dispõe sobre a jornada de trabalho dos servidores da administração pública federal direta, das autarquias e das fundações públicas federais. Diário Oficial da União, Brasília (2003 set. 10); Sec.1:1.

_____. Presidência da República. Emenda Constitucional n. 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília (2016 dez. 16); Sec.1:2.

_____. Presidência da República. Lei Federal n. 3.999, de 15 de dezembro de 1961. Altera o salário-mínimo dos médicos e cirurgiões dentistas. Diário Oficial da União, Brasília (1961 dez. 15). Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1950-1969/13999.htm.

_____. Presidência da República. Lei Federal n. 8.080, 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. Diário Oficial da União, Brasília (1990 set. 20). Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm.

_____. Presidência da República. Lei Federal n. 8.112, de 11 de dezembro de 1990. Dispõe sobre o Regime Jurídico dos Servidores Públicos Civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais. Diário Oficial da União, Brasília (1991 abr. 19); Sec.1:1.

_____. Presidência da República. Lei Federal n.º. 9.962, de 22 de fevereiro de 2000. Dispõe sobre a jornada de trabalho dos servidores da administração pública federal direta, das autarquias e das fundações públicas federais, e da outras providências. Diário Oficial da União, Brasília (2000 fev. 23); Sec.1:45.

_____. Presidência da República. Lei Federal n. 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis n. 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e n. 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília (2013 out. 23); Sec.1:1.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria SAS n.º. 134, de 4 de abril de 2011. Constitui responsabilidade dos gestores municipais, estaduais e do Distrito Federal/DF, bem como dos gerentes de todos os estabelecimentos de saúde na correta inserção, manutenção e atualização sistemática dos cadastros no SCNES dos profissionais de saúde em exercício nos seus respectivos serviços de saúde, públicos e privados. Diário Oficial da União, Brasília (2011 abr. 05); Sec.1:41.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria n.º 316, de 06 de junho de 2008. Recompõe os atributos dos procedimentos da tabela de procedimentos, medicamentos, órteses, próteses e materiais especiais do SUS, descritos nesta portaria. Diário Oficial da União, Brasília (2008b jun. 09); Sec.1:46.

Briggs A. The Welfare State in Historical Perspective. *European Journal of Sociology / Archives Européennes de Sociologie*. 1961;2(2):221-58.

Camp RC. *Benchmarking: The Search for Industry Best Practices that Lead to Superior Performance*. 1st Edition. Wisconsin: American Society for Quality Control; 1989.

Campos GW de S. O SUS entre a tradição dos Sistemas Nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2007[citado 11 dez. 2023];12(suppl):1865-74. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000700009>.

_____. Debate sobre o artigo de Conill. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2008a;24:s17–9. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008001300003>

Campos GW de S, et al. Reflexões sobre a atenção básica e a estratégia de saúde da família. In: _____ et al (org.). *Manual de práticas em atenção básica: saúde ampliada e compartilhada*. São Paulo: Editora Hucitec; 2008b [citado 29 dez. 2023]. p. 121-42. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/42201>.

Carvalho MS de, Sousa MF de. Como o Brasil tem enfrentado o tema provimento de médicos? *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2013 Oct;17(47):913–26. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0403>.

Clarke J. Welfare States as Nation States: Some Conceptual Reflections. *Social Policy and Society* [Internet]. 2005;4(4):407-15. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/S1474746405002599>

Cochran WG. Some methods for Strengthening the Common χ^2 Tests. *Biometrics* [Internet]. 1954;10(4):417-51. Disponível em: <https://doi.org/10.2307/3001616>.

Coelho Neto GC, Chioro A. Afinal, quantos Sistemas de Informação em Saúde de base nacional existem no Brasil?. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2021;37(7):e00182119. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00182119>.

Conill EM. Sistemas comparados de saúde. In: Campos GW de S, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM (org.). *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec; 2006. p. 563-614.

_____. Sistemas universais para a América Latina: jovens e antigas inovações nos serviços de saúde. *Rev. bras. promoç. Saúde* [Internet]. 2018 Out./Dez [citado 14 jan. 2022]; 31(4):1-13. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/8779>.

Corrêa AK. et al. A reforma do setor da saúde e as transformações da prática da enfermagem em hospitais filantrópicos no Município de Ribeirão Preto (SP), Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública* [Internet]. 2000;8:202-8. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-4989200000800008&nrm=iso.

Couto FF, Saraiva LAS, Carrieri AP. From Kant to Popper: Reason and Critical Rationalism in Organization Studies. *Organizações & Sociedade* [Internet]. 2021 [citado 17 set. 2023]; 28(96):55-72. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1984-92302021v28n9603EN>.

David MM, Tomaz VS. Aprendizagens Expansivas Reveladas pela Pesquisa sobre a Atividade Matemática na Sala de Aula. *Bolema* [Internet]. 2015Dec;29(53):1287–308. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-4415v29n53a24>

Engeström Y. Expansive Learning at Work: Toward an activity theoretical reconceptualization. *Journal of Education and Work* [Internet]. 2001 [citado 17 set. 2023]; 14(1):133-56.

_____. *From Teams to Knots: Activity-Theoretical Studies of Collaboration and Learning at Work*. Cambridge: Cambridge University Press; 2008.

_____. *Learning by expanding: an activity-theoretical approach to developmental research*. Hki: Orienta-konsultit, 1987.

_____. *Learning by Expanding: An Activity-Theoretical Approach to Developmental Research*. 2. ed. Cambridge University Press; 2014.

Engeström Y, Pyörälä E. Using activity theory to transform medical work and learning. *Med Teach* [Internet]. 2021 Jan. [citado 17 set. 2023]; 43(1):7-13.

Engeström Y, Sannino A. Discursive manifestations of contradictions in organizational change efforts. *Journal of Organizational Change Management* [Internet]. 2011 [citado 17 set. 2023]; 24(3):368-87.

_____. Studies of expansive learning: Foundations, findings and future challenges. *Educational Research Review* [Internet]. 2010 [citado 17 set. 2023]; 5:1-24.

Ferraz L. Acumulação lícita de cargos não está limitada a 60 horas semanais. *Revista Consultor Jurídico* [Internet]. 2019 [citado 02 fev. 2023]. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2019-abr-25/interesse-publico-acumulacao-licita-cargos-nao-limitada-60-horas-semanais>.

Field A, Miles J, Field Z. *Discovering statistics using R*. London: Sage Publications, 2012.

Franco RJ. O modelo luso de assistência e a dinâmica das Santas Casas de Misericórdia na América portuguesa. *Estud hist (Rio J)* [Internet]. 2014 Jan. [citado 22 jan. 2022]; 27(53):5-25. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/eh/a/djy5N8r6hf636cxq8d8y3Fc/?lang=pt>. Acesso em: 22 jan. 2022.

Freire MP. et al. Regulação do cuidado em redes de atenção: importância de novos arranjos tecnológicos. *Saúde e Sociedade* [Internet]. 2020 [citado 17 dez. 2023];29(3):e190682. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902020190682>.

Fischer FM, Martinez MC. Individual features, working conditions and work injuries are associated with work ability among nursing professionals. *Work* [Internet]. 2013 [citado 2 out. 2017];45(4):509-17.

Fontanella BJBR, et al. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2011 Feb. [citado 19 ago. 2023]; 27(2): 388-94. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011000200020>.

Fortes PA, Carvalho RRP; Louvison MCP. Crise econômica e contrarreforma dos sistemas universais de saúde: caso espanhol. *Rev Saúde Públ.* 2015; 49:34.

Giovanella L, et al. De Alma-Ata a Astana. Atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. 2019[citado 29 dez. 2023];35(3): e00012219. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00012219>.

Giovanella L, et al. Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2018[citado 29 dez. 2023];23(6):1763-76. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05562018>.

Giovanella L, Feo O, Faria M, et al, organizadores. *Sistemas de salud en Suramérica: desafíos para la universalidad la integralidad y la equidade*. Rio de Janeiro: ISAGS; 2012. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/10/816019/678763-sistemas-de-salud-en-america-del-sur.pdf>

Giovanella L, Stegmüller K. The financial crisis and health care systems in Europe: universal care under threat? Trends in health sector reforms in Germany, the United Kingdom, and Spain. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. 2014 [citado 29 dez. 2023];30(11):2263-81. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00021314>.

Girardi S, Carvalho C, Der Maas LW, Farah J, Araujo J. O trabalho precário em saúde: tendências e perspectivas na Estratégia da Saúde da Família. *Divulgação em Saúde para Debate*. 2010;45:11-23.

Gomes RF, Querol MAP. Infringement of public medical work hours in Brazil: cross-sectional study of decisions by the State Courts of Accounts. *Rev. Bras. Polít. Públicas* [Internet]. 2023. [In press]. Disponível em: <https://www.publicacoesacademicas.uniceub.br/RBPP>.

_____. Reconceituando a Jornada de trabalho médica no SUS de Praia Grande/SP: pesquisa etnográfica. *Cad Saúde Pública*. 2024. [Submetido].

Greer S. Medical autonomy: peeling the onion. *J Health Serv Res Policy*. 2008; 13(1):1-2.

Greg I, Ana Luisa N, Hajira D-M, et al. International variations in primary care physician consultation time: a systematic review of 67 countries. *BMJ Open* [Internet]. 2017 [citado 17 set. 2023]; 7(10): e017902.

González P. On a policy of transferring public patients to private practice. *Health Econ*. 2005.;14:513-27.

Guerreiro de Alencar OL, Braz de Aquino CA. Atividade humana: compreendendo a trajetória do trabalho na contemporaneidade. *revpsico* [Internet]. 1º de janeiro de 2012 [citado 2 out. 2017];3(1):80-93. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/psicologiaufc/article/view/106>

Haavisto V. Court work in transition: An activity-theoretical study of changing work practices in a Finnish district court. Helsinki: Helsinki University Press. 2002. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10138/19754>.

Hammersley M. What's wrong with ethnography? The myth of theoretical description. *Sociology* [Internet]. 1990 [citado 10 mar. 2023];24(4):597–615. Disponível em: <http://www.jstor.org/stable/42854731>.

Hegel GWF. Enciclopédia das Ciências Filosóficas em Compêndio (1830): III – A Filosofia do Espírito. Tradução de Paulo Meneses. São Paulo: Loyola, 1995.

_____. *Science of Logic*. e-artnow [Internet] (Kindle Edition). 2020.

Honn K, Garde A, Fischer F, Dongen H. 22nd International Symposium on Shiftwork and Working Time: Challenges and solutions for healthy working hours. *Chronobiology International* [Internet]. 2016;33:581-8.

Il'enkov EV, Creighton C, translator. *Dialectical Logic: Essays in its History and Theory* [Internet]. Moscow: Progress Publishers. 1977. Disponível em: <https://www.marxists.org/archive/ilyenkov/works/essays/index.htm>

Instituto De Pesquisa Econômica Aplicada. Sistema de indicadores de percepção social (SIPS). 2011 [citado 20 jan. 2022]. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/>.

Instituto Rui Barbosa (IRB): O que é o IEG-M? [Internet]. Brasília: Instituto Rui Barbosa; 2012. Disponível em: <https://irbcontas.org.br/iegm/>.

Junqueira TS. As relações laborais no âmbito da municipalização da gestão em saúde e os dilemas da relação expansão/precarização do trabalho no contexto do SUS. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2010 [citado 29 dez. 2023];26(5):918-28. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2010000500014>.

Kant I. *The critique of Pure Reason*. [Internet]. 1781. Translated by J. R. Merege Available from: <http://www.dominiopublico.gov.br/download/texto/cv000016.pdf>.

Kärkkäinen, M. Teams as breakers of traditional work practices: A longitudinal study of planning and implementing curriculum units in elementary school teacher teams. Helsinki: University of Helsinki. 1999.

Kotrlik JW, Williams HA, Jabor MK. Reporting and interpreting effect size in quantitative agricultural education research. *JAE* [Internet]. 2011;52(1):132-4. Disponível em: <https://jae-online.org/index.php/jae/article/view/57>

Kumar R, PAL R. India achieves WHO recommended doctor population ratio: A call for paradigm shift in public health discourse! *J Family Med Prim Care* [Internet]. 2018;7(5):841-4.

Leontiev AN. Activity, Consciousness, and Personality. Martins MSC, tradutora. [Internet]. 1978. Disponível em: http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select_action=&co_obra=2309.

Lima NT (org.) Saúde e Democracia [livro eletrônico]: história e perspectivas do SUS. / Organizado por Nísia Trindade Lima, Silvia Gerchman e Flavio Coelho Edler. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

Loevinger L. Jurimetrics-the next step forward. *Minn Law Ver* [Internet]. 1949 [citado 14 jan. 2022];33(5):455-93. Disponível em: <https://scholarship.law.umn.edu/mlr/1796>.

Lorraine SW. A View of Health Care Around the World. *The Annals of Family Medicine* [Internet]. 2013;11(1):84. Disponível em: <https://www.annfammed.org/content/11/1/84.1/tab-article-info>.

Lotta GS, Galvão M CCP, Favareto AS. Análise do Programa Mais Médicos à luz dos arranjos institucionais: intersetorialidade, relações federativas, participação social e territorialidade. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2016;21(9):2761-72.

Luiz RR, Bahia L. Renda e inserção profissional dos médicos brasileiros após instituição do Sistema Único de Saúde. *Revista de Saúde Pública* [Internet]. 2009 [citado 22 dez. 2023];43(4):689-98. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102009005000045>.

Macdonald PL, Gardner RC. Type I error rate comparisons of post hoc procedures for I j Chi-Square Tables. *Educational and Psychological Measurement* [Internet]. 2000;60(5):735-54.

Machado BRS, Hermany R. A governança multinível e o controle externo em políticas públicas de saúde no âmbito local: a possibilidade indutora dos pareceres do Tribunal de Contas. *Revista Brasileira de Políticas Públicas* [Internet]. 2022 Dez. [citado em 14 mar. 2023];12(3):388-414. Disponível em: <https://www.publicacoesacademicas.uniceub.br/RBPP/article/view/8009/pdf>.

Maldonado JMSV, Marques AB, Cruz A. Telemedicine: challenges to dissemination in Brazil. *Cadernos de Saúde Pública* [Internet]. 2016 [citado 24 dez. 2023];32(2):e00155615. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00155615>.

Martinez MC, Latorre M do RD de O, Fischer FM. Testando o Modelo da Casa da Capacidade para o Trabalho entre profissionais do setor hospitalar. *Rev bras epidemiol* [Internet]. 2016Apr;19(2):403–18. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-5497201600020016>

Martins LMM, et al. Agentes estressores no trabalho e sugestões para amenizá-los: opiniões de enfermeiros de pós-graduação. *Rev. Esc. Enf. USP* [Internet]. 2000;34:42-8.

Mato Grosso. Tribunal de Contas do Estado do Mato Grosso. Processo n.º 29.511-6/2013. Representação de natureza interna proposta pela 3 relatoria, referente a indícios de irregularidades/ilegalidades supostamente cometidas no executivo municipal. Relator: Gonçalo Domingos de Campos Neto. Nova Xavantina-MT, 26 de novembro de 2013 [citado 06 set. 2021]. Disponível em: <https://www.tce.mt.gov.br/processo/295116/2013#/>.

Marx K, Engels F. *Capital: A Critique of Political Economy*. Vol. 1. Edição revisada e ampliada por Untermann E. Chicago: Charles H. Kerr & Company; 1909. Disponível em: http://www.dominiopublico.gov.br/download/texto/0445-01_Bk.pdf.

Microsoft Corporation. *Microsoft Office*. Redmond, WA: Microsoft. 2016.

Mussada A, Thomas H, Leles FAG, Castro MC, Atun R. The Brazilian health system at crossroads: progress, crisis and resilience. *BMJ Global Health*. 2018;3(4):e000829.

Nascimento CL, Nascimento MA, Carvalho FM. Transformações no Trabalho Médico. *Revista Brasileira de Educação Médica* [Internet]. 2005 [citado 4 mar. 2023];29(2):129-35. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v29.2-019>.

National Center for Biotechnology Information (US). PubMed. Bethesda (MD): National Library of Medicine (US); 2023. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>

Ney MS, Rodrigues PHA. Fatores críticos para a fixação do médico na Estratégia Saúde da Família. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* [Internet]. 2012[citado 4 mar. 2023];22(4):1293-1311. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312012000400003>.

Nunes EFPA, et al. Força de trabalho em saúde na Atenção Básica em Municípios de Pequeno Porte do Paraná. *Saúde em Debate* [Internet]. 2015 [citado 29 dez. 2023];39(104):30-42. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-110420151040174>.

Oliveira APC, et al. Desafios para assegurar a disponibilidade e acessibilidade à assistência médica no Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2017[citado 29 dez. 2023];22(4):1165-80. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.31382016>.

Oliveira RR, Elias PEM. Conceitos de Regulação em Saúde no Brasil. *Revista de Saúde Pública* [Internet]. 2012;46(3):571-76.

Organização Mundial de Saúde. World health statistics 2021: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. 2021 [citado 20 jan. 2022]. Disponível em: <https://www.who.int/data/gho/publications/world-health-statistics>.

Paim JS. Os sistemas universais de saúde e o futuro do Sistema Único de Saúde (SUS). Saúde debate [Internet]. 2019[citado 14 jan. 2022];43(5):15–28. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S502>

Paim JS. Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica / Jairnilson Silva Paim. – Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. 356 p. ISBN 978-85-232-0529-4

Paiva, CHA, Teixeira LA. Health reform and the creation of the Sistema Único de Saúde: notes on contexts and authors. Hist. cienc. saude-Manguinhos [online]. 2014, v. 21, n. 1 [Accessed 21 October 2023], pp. 15-36. Available at: <<https://doi.org/10.1590/S0104-59702014000100002>>.

Paraíba. Tribunal de Contas do Estado da Paraíba. Processo TC n. 02915/12. Poder executivo municipal. Administração direta. Prestação de Contas anuais. Prefeito. Ordenador de despesas. [...]. Relator: Conselheiro Substituto Renato Sérgio Santiago Melo. João Pessoa, 13 de agosto de 2014. Disponível em: <https://publicacao.tce.pb.gov.br/547b55b7ec1a9b839b15f43549293c3a>. Acesso em: 06 set. 2021.

_____. Tribunal de Contas do Estado da Paraíba. Processo TC n.º 03060/12. Poder executivo municipal – administração direta – prestação de contas anuais – responsável por fundo especial – ordenador de despesas [...]. Relator: Conselheiro Substituto Renato Sérgio Santiago Melo. João Pessoa, 05 de novembro de 2015. Disponível em: <http://publicacao.tce.pb.gov.br/47cb22a0cfe9d4cab0530fdd97c9bfd8>. Acesso em: 06 set. 2021.

_____. Tribunal de Contas do Estado da Paraíba. Processo TC n.º 03287/12. Poder executivo municipal. Administração direta. Prestação de contas anuais [...]. Relator: Conselheiro Substituto Renato Sérgio Santiago Melo. João Pessoa, 05 de novembro de 2015. Disponível em: <https://publicacao.tce.pb.gov.br/dd075a97ce348ae464fa100d9f21b644>. Acesso em: 06 set. 2021.

_____. Tribunal de Contas do Estado da Paraíba. *Processo TC n.º 04194/11*. Constitucional. Administrativo. Poder Executivo Municipal. Prefeitura de Santana dos Garrotes. Prestação de Contas Anual. Relator: Conselheiro Fernando Rodrigues Catão. João Pessoa, 22 de agosto de 2012. Disponível em: <https://publicacao.tce.pb.gov.br/b449fd6a1bf67c75c58431fdcf68911d>. Acesso em: 06 set. 2021.

_____. Tribunal de Contas do Estado da Paraíba. Processo TC n.º 04315/11. Direito Constitucional, Administrativo e Financeiro. Poder Executivo Municipal. Administração Direta Municipal. [...]. Relator: Conselheiro Fernando Rodrigues Catão. João Pessoa, 02 de maio de 2012. Disponível em: <https://publicacao.tce.pb.gov.br/e3571a854fbcd9f143eae310f4c3039>. Acesso em: 06 set. 2021.

_____. Tribunal de Contas do Estado da Paraíba. Processo TC n.º 05282/10. Poder executivo municipal. Administração direta. Prestação de contas anuais. [...]. Relator: Auditor Renato Sérgio Santiago Melo. João Pessoa, 25 de janeiro de 2012. Disponível em: <https://publicacao.tce.pb.gov.br/bc526800d77e55db5cd5aff19a84107a>. Acesso em: 06 set. 2021.

_____. Tribunal de Contas do Estado da Paraíba. Processo TC n.º 05539/17. Poder executivo municipal – administração direta – prestação de contas anuais – prefeito – ordenador de despesas – contas de gestão [...]. Relator: Cons. em Exerc. Oscar Mamede Santiago Melo. João Pessoa, 15 de julho de 2020. Disponível em: <https://publicacao.tce.pb.gov.br/29a671194022531e85f719ec6cec573c>. Acesso em: 06 set. 2021.

_____. Tribunal de Contas do Estado da Paraíba. Processo TC n.º 14300/11. Inércia do gestor. Diversas irregularidades. Ônus do gestor de comprovar a boa aplicação dos recursos públicos. [...]. Relator: Conselheiro Fernando Rodrigues Catão. João Pessoa, 23 de abril de 2014. Disponível em: <https://publicacao.tce.pb.gov.br/dd52c096d8ed81040e5079e08d91379b>. Acesso em: 06 set. 2021.

Pedrini AP. Descumprimento de jornada de trabalho por médicos é alvo de apurações. Folha de São Paulo. 28 set. 2013 [citado 14 jan. 2022]. Disponível em: <http://folha.com/no1348828>.

Peirce CS. The Essential Peirce: Selected Philosophical Writings. Vol. 2. 1893-1913. Bloomington, IN: Indiana University Press; 1998.

Póvoa L, Andrade MV. Distribuição geográfica dos médicos no Brasil: uma análise a partir de um modelo de escolha locacional. Cad Saúde Pública [Internet]. 2006 [citado 14 jan. 2022];22(8):1555-64. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006000800004>.

Praia Grande. Prefeitura da Estância Balneária de Praia Grande. Lei Complementar nº 15, de 28 de maio de 1992. Dispõe sobre o Estatuto dos Servidores Públicos Municipais de Praia Grande e adota providências correlatas. 1992 [citado 2 out. 2017]. Disponível em: http://www.praiagrande.sp.gov.br/Administracao/leisdecretos_view.asp?codLeis=1558&Acao=busca.

_____. Prefeitura da Estância Balneária de Praia Grande. Lei Complementar nº 701, de 15 de maio de 2015a. Estabelece no âmbito da Estância Balneária de Praia Grande, jornada de trabalho médica aferida por produção [Internet]. 2015a [citado 30 nov. 2023]. Disponível em: <https://www.praiagrande.sp.gov.br/atendimento/saude/medicas.asp>.

_____. Prefeitura da Estância Balneária de Praia Grande. Secretaria de Saúde Pública. Processo Administrativo nº 6.069/2015. 2015b [citado 30 nov. 2023].

_____. Prefeitura da Estância Balneária de Praia Grande. Processo Administrativo nº 15.666/2021. Protocolo assistencial do centro especializado em reabilitação - CER. 2021 [citado 30 nov. 2023].

_____. Prefeitura da Estância Balneária de Praia Grande. Processo Administrativo nº 21.001/2023. PMS 2022 - 2025 - meta 2.1.2. Estudo de ampliação de serviços de reabilitação. 2023 [citado 30 nov. 2023]. Disponível em: <https://www.praiagrande.sp.gov.br/atendimento/saude/medicas.asp>.

_____. Prefeitura da Estância Balneária de Praia Grande. Secretaria de Saúde Pública. Relatório Anual de Gestão (RAG) 2022. 2022. Disponível em: <https://www.praiagrande.sp.gov.br/atendimento/relatorioAnualGestao.asp>.

Pringle M, Robins S, Brown G. Timer: a new objective measure of consultation content and its application to computer assisted consultations. *British Medical Journal (Clinical research ed)*. 1986;293(6538):20.

PRISMA Group. PRISMA Statement: Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses. Ottawa: PRISMA Group; 2009. Disponível em: <http://www.prisma-statement.org/>

Querol MAP, Cassandre MP, Bulgacov YLM. Teoria da Atividade: contribuições conceituais e metodológicas para o estudo da aprendizagem organizacional. *Gest Prod [Internet]*. 2014Apr;21(2):405–16. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-530X351>

R Core Team. R: A language and environment for statistical computing [computer program]. 2021 [citado 14 jan. 2022]. Disponível em: <https://www.R-project.org/>.

Ribeiro JM et al. Health policies and federative gaps in Brazil: an analysis of regional capacity of services delivery. *Ciência & Saúde Coletiva [Internet]*. 2017[citado 29 ago. 2023];22(4):1031-44. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2017.v22n4/1031-1044/en>

Rio Grande Do Sul. Tribunal de Contas do Estado do Rio Grande do Sul. Processo n.º 003318-0200/15-8. Comunicação enviada ao Ministério Público de Contas e ao Ministério Público do Estado (CAO CÍVEL), em cumprimento ao disposto no art. 138, §5º, do Regimento Interno deste TCE-RS [...]. Relator: Estilac Martins Rodrigues Xavier. Porto Alegre, 31 de julho de 2023 [citado 06 set. 2021]. Disponível em: <https://tcers.tc.br/repo/det/2023/08/PRE-1291055-10008147796.pdf>.

Rio Grande Do Sul. Tribunal de Contas do Estado do Rio Grande do Sul. Processo n.º 010314-0200/14-3. Recurso de Embargos. Contas de Gestão. Débito. Conhecimento. Não-Provimento [...]. Relator: Estilac Martins Rodrigues Xavier. Campinas do Sul-RS, 16 de junho de 2015 [citado 06 set. 2021]. Disponível em: <https://portal.tce.rs.gov.br/app/pesquisa/jurisprudencia/resultados>.

_____. Tribunal de Contas do Estado do Rio Grande do Sul. Processo n.º 8220-0200/19-9. Recurso de embargos. Contas de Gestão. Imposição de débito do item 6.1.1 - Preço equivocado do serviço de transporte de concreto betuminoso. Relator: Alexandre Postal. Taquara-RS, 10 de dezembro de 2019 [citado 06 set. 2021]. Disponível em: <https://portal.tce.rs.gov.br/app/pesquisa/jurisprudencia/resultados>.

_____. Tribunal de Contas do Estado do Rio Grande do Sul. *Processo* n.º 010634-02.00/07-9. Parecer favorável. Advertência, multa e glosa. Irregularidades que denotam atos administrativos e de gestão contrários às normas constitucionais de administração financeira e orçamentária [...]. Relator: Cezar Miola. Barra do Rio Azul-RS, 15 de outubro de 2008 [citado 06 set. 2021]. Disponível em: https://tcers.tc.br/consultas/processo_detalhe/?processo=106340200079.

Rodrigues RF, Alcântara JV. A competência dos Tribunais de Contas estaduais acerca do julgamento das contas dos prefeitos que exercem a função de ordenadores de despesa. *Revista Controle: Doutrina e Artigos* [Internet]. 2013 [citado 14 jan. 2022];11(1). Disponível em: <https://interface.org.br/edicoes/v-23-2019/>.

Roemer MI. Perspectiva mundial de los sistemas de seguridad social. *Salud Publica Mex* [Internet]. 1989 [citado 13 de set. 2023];31(5):696-702. Disponível em: <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/7875>.

Rondônia. Tribunal de Contas do Estado de Rondônia. *Processo* n.º 03356/2013. Fiscalização de atos e contratos. Acumulação ilegal de cargos. Médico. Determinação para opção [...]. Relator: José Euler Potyguara Pereira de Mello. Porto Velho, 09 de março de 2017 [citado 06 set. 2021]. Disponível em: <https://www.tce.ro.gov.br/tribunal/legislacao/arquivos/-1111-2017.pdf>.

Saltman RB. Melting public-private boundaries in European health systems. *Eur J Public Health* 2003;13(1):24-9.

Santa Catarina. Tribunal de Contas do Estado de Santa Catarina. *Processo* n.º RLA-15/00223287. Auditoria de regularidade para verificar a= acessibilidade aos serviços prestados pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do Município. Relator: Auditor Marcos André Alves Monteiro. São José-SC, m 07 de agosto de 2017 [citado 06 set. 2021]. Disponível em: <https://consulta.tce.sc.gov.br/relatoriosdecisao/relatoriotecnico/4563964>.

Santos IS. Evidência sobre o mix público-privado em países com cobertura duplicada: agravamento das iniquidades e da segmentação em sistemas nacionais de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2011 [citado 29 dez. 2023];16(6):2743-52. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000600013>.

_____. A solução para o SUS não é um Brazilcare. *Rev Eletron Comun Inf Inov Saúde*. [Internet]. 2016 Jul-Set [citado 29 dez. 2023]; 10(3):1-10. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/16984>

Santos MLMS, Bertussi DC, Kodjaoglanian VL, Merhy EE. O que pode uma política? Problematizando a implementação do Programa Mais Médicos a partir da experiência de uma cidade brasileira. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação* [Internet]. 2019 [citado 24 jan. 2023];23:e190052. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/PbJgvLGtwR9DqXLvBcPY9kn/?lang=pt>.

São Paulo (Estado). Tribunal de Contas do Estado de São Paulo. *Processo* n.º 014310/989/16. Apartado das contas do exercício de 2016 para tratar de falhas atinentes ao não cumprimento da jornada de trabalho [...]. Relator:

Auditor Marcio Martins de Camargo. São Paulo, 29 de agosto de 2016 [citado 06 set. 2021]. Disponível em: https://jurisprudencia.tce.sp.gov.br/arqs_juri/pdf/5/4/1/631145.pdf.

Saviani D. Perspectiva marxiana do problema subjetividade-intersubjetividade. Rev. Esp. Pedag. [Internet]. 2023 [citado 14 out. 2018];10(2):77-9. Disponível em: <https://seer.upf.br/index.php/rep/article/view/14725>

Scheffer M, et al. Demografia Médica no Brasil 2020. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP [Internet]. 2020 [citado 20 jan. 2022]; 312 p. Disponível em: https://www3.fm.usp.br/fmusp/conteudo/DemografiaMedica2020_9DEZ.pdf

_____. Demografia Médica no Brasil 2023. São Paulo, SP: FMUSP, AMB, 2023. 344 p. ISBN: 978-65-00-60986-8. Disponível em: <https://www.fm.usp.br/fmusp/conteudo/DemografiaMedica2023.pdf>

Scientific Electronic Library Online (SciELO). SciELO - Scientific Electronic Library Online. São Paulo: FAPESP, BIREME, FapUNIFESP; 2023. Disponível em: <https://scielo.org/>

Sharpe, D. Your chi-square test is statistically significant: now what? Practical Assessment, Research and Evaluation [Internet]. 2015;20:01-10.

Soirefmann M, et al. Cybertutor: um objeto de ensino na Dermatologia. Anais Brasileiros de Dermatologia [Internet]. 2010[citado 24 nov. 2023];85(3):400-2. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0365-05962010000300021>.

Stralen ACSV, et al. Percepção de médicos sobre fatores de atração e fixação em áreas remotas e desassistidas: rotas da escassez. Physis: Revista de Saúde Coletiva [Internet].2017;27:147-72. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312017000100147&nrm=iso.

Tavares M. Validade clínica. PsicoUSF [Internet]. 2003 Dez. [citado 10 mar. 2023];8(2):125-36. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-82712003000200004&lng=pt&nrm=iso.

Vieira RS, Servo LMS. Escassez de médicos no Brasil: análise de alguns indicadores econômicos - Radar n.32. Brasília: Ipea, 2014. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/11723/1/Radar_n32_art1_escassez_medicos.pdf

Vygotsky LS. Mind in Society Development of Higher Psychological Processes. Cole M, Jolm-Steiner V, Scribner S, Souberman E, editors: Harvard University Press; 1978.

Wickham H. ggplot2: Elegant Graphics for Data Analysis. Springer-Verlag. New York: 2016.

Wincott D. Images of Welfare in Law and Society: The British Welfare State in Comparative Perspective. *Journal of Law and Society*. 2011;38(3):343-75.

APÊNDICE

APÊNDICE A – Modelo de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido na forma impressa para entrevistas presenciais.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA
Av. Dr. Arnaldo, 715 – CEP: 01246-904 – São Paulo/SP – Brasil

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

O Sr(a) está sendo convidado(a) a participar como voluntário(a) da pesquisa: “Reconceituação da Jornada de trabalho semanal de médicos especialistas no SUS: perspectiva histórico-cultural de estudo de caso”.

A JUSTIFICATIVA, OS OBJETIVOS E OS PROCEDIMENTOS:

O presente projeto objetiva analisar as condições de trabalho do setor de especialidades médicas ambulatorial após alterações promovidas na legislação (Lei Complementar Municipal nº 701/2015) do município de Praia Grande/SP. Para tal, serão realizadas entrevistas a gestores locais, profissionais de saúde e usuário do SUS municipal através de 40 (quarenta) questões semiestruturadas.

DESCONFORTOS, RISCOS E BENEFÍCIOS:

O entrevistado será submetido ao desconforto de responder a quarenta questões, com tempo estimado de 40 minutos a 1(uma) hora, o que lhe poderá eventualmente proporcionar fadiga e eventual possibilidade de danos à dimensão psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual, bem como o tempo despendido com a própria entrevista. Em contrapartida, a pesquisa traz como potenciais benefícios a possibilidade de proporcionar espaço de reflexão e eventualmente contribuir com a melhoria das condições de trabalho e da assistência médica no sistema público de saúde municipal.

FORMA DE ACOMPANHAMENTO E ASSISTÊNCIA:

O pesquisador, Rodrigo França Gomes, currículo <http://lattes.cnpq.br/5650284425941252>, documento de identidade R.G. nº 28.114.441-2, nº. USP:2359817, bem como seu orientador Marco Antonio Pereira Querol (<http://lattes.cnpq.br/2231690205762449>), disponibilizam-se, a qualquer tempo, a prestar informações sobre procedimentos, riscos, benefícios e resultados relacionados à pesquisa, bem como acompanhamento e assistência que o entrevistado venha a necessitar em decorrência da entrevista.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E GARANTIA DE SIGILO:

O Sr(a) será esclarecido(a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. O Sr(a) é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a sua recusa em participar não irá acarretar qualquer

penalidade ou perda de qualquer benefício, você possui garantia ao direito à indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa que absorverá qualquer gasto relacionado garantindo assim não oneração de serviços de saúde. Os pesquisadores irão tratar a sua identidade com respeito e seguirão padrões profissionais de sigilo, assegurando e garantindo o sigilo e confidencialidade dos dados pessoais dos participantes de pesquisa. Seu nome, ou qualquer material que indique a sua participação não será liberado sem a sua permissão. O Sr(a) não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Uma via assinada deste termo de consentimento livre e esclarecido será arquivada na Secretaria de Saúde Pública de Praia Grande/SP, junto ao processo administrativo que aprovou a pesquisa, e outra será fornecida ao Sr(a). O estudo poderá ser interrompido mediante aprovação prévia do CEP quanto à interrupção ou quando for necessário, para que seja salvaguardado o participante da pesquisa.

DECLARAÇÃO DO PARTICIPANTE DA PESQUISA

Eu, _____, RG. _____ fui informada(o) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações para motivar minha decisão, se assim o desejar. O pesquisador, Rodrigo França Gomes, certificou-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais e somente os pesquisadores terão acesso. Também sei que caso existam gastos, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa. Em caso de dúvidas poderei chamar o pesquisador supracitado no correio eletrônico **gomesrf@usp.br** ou pelo telefone _____. O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, que aprovou o projeto por meio do **Parecer nº 4.015.170/ CAAE: 26488619.8.0000.5421**, também poderá ser consultado para dúvidas/denúncias relacionadas à Ética da Pesquisa e localiza-se na Av. Dr. Arnaldo, 715, Cerqueira César – São Paulo, SP, horário de atendimento: de segunda a sexta-feira, das 9h às 12h e das 13h às 15h telefone, (11) 3061-7779, que tem a função de implementar as normas e diretrizes regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, aprovadas pelo Conselho. Assinei duas vias deste termo de consentimento livre e esclarecido, o qual também foi assinado pelo pesquisador que me fez o convite e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas. Uma via deste documento, devidamente assinada foi deixada comigo. Declaro que concordo em participar desse estudo.

NOME	ASSINATURA DO PARTICIPANTE	DATA
------	----------------------------	------

Assinatura do pesquisador:

APÊNDICE B – Modelo de roteiro norteador das entrevistas semiestruturadas**Modelo de roteiro semiestruturado****Da identificação do entrevistado:**

- 1) Nome / R.F.?
- 2) Papel (gestor, trabalhador ou usuário de saúde)?
- 3) cargo ou função?

Do conhecimento da lei municipal nº 701/2015:

- 4) O Sr(a). conhece a LC municipal nº 701/2015?
- 5) Em sua opinião, a quem se destina esta lei e para que ela serve?

Do ambulatório de especialidades médicas:

- 6) Quantos pacientes são atendidos por dia e mês pelo médico especialista?
- 7) Qual é o tempo médio de consulta por cliente?
- 8) Em sua opinião, este tempo de atendimento é suficiente para contemplar as necessidades do paciente?
- 9) Em sua opinião, houve mudanças da produção e do tempo de atendimento antes e após a Lei Complementar 701/2015?
- 10) Em sua opinião, houve eventual melhora ou piora na qualidade do atendimento antes e após a Lei Complementar 701/2015?
- 11) Como é a captação e retenção de especialistas médicos no município? Em sua opinião, houve mudanças deste cenário antes e após a Lei Complementar 701/2015?
- 12) Como era o cumprimento da jornada de trabalho pelo médico especialista desde sua admissão até sua plena efetivação no serviço antes da Lei Complementar 701/2015?
- 13) Havia algum mecanismo de controle, tais como cartão de ponto, registro biométrico, etc.?
- 14) Em sua opinião, houve mudanças deste cumprimento e controle da jornada de trabalho antes e após a Lei Complementar 701/2015? Quem são os atores responsáveis pelo monitoramento da carga horária ou da produção dos diversos especialistas?
- 15) As chefias responsáveis pelo cumprimento da jornada de trabalho são também controladas em sua ação?
- 16) Quais seriam as instâncias de controle sobre as chefias? No caso de eventual não cumprimento, como se comportam estas instâncias de controle? Em sua opinião, houve mudanças de atitude destas instâncias de controle antes e após a Lei Complementar 701/2015?

Da implantação da Lei Complementar nº 701/2015:

- 17) Segundo seu conhecimento, por que a LC 701/2015 foi criada? Qual foi o cenário que justificou sua implantação?
- 18) A lei 701/2015, alterou o conceito de jornada de trabalho aferida por quantidade de horas semanais (20h) por produção (240 consultas/mês, ou seja, 3 pacientes/h). Em sua opinião, quais as consequências principais desta redefinição?
- 19) Em sua opinião, como a Lei foi recebida pelos pacientes, profissionais especialistas, demais categorias profissionais, pela gestão e pelas instâncias de controle (MP, Tribunal de Contas, COMUSA, CREMESP, etc)?
- 20) Você saberia dizer se a lei foi inspirada na legislação de algum Ente Federativo ou quem foram os atores responsáveis pela sua construção? Houve participação da população? Dos trabalhadores? De todos os segmentos da gestão?
- 21) Você saberia dizer se a lei influenciou algum Ente Federativo? Despertou o interesse de outros municípios? E dos profissionais médicos?
- 22) Em sua opinião, a Lei 701/15 aumentou ou diminuiu o interesse pelo concurso público para o cargo de especialista médico no município?
- 23) A LC 701/15 é de adesão voluntária para o especialista?
- 24) Em sua opinião, qual foi o percentual de adesão desta lei entre os especialistas?
- 25) Dos que aderiram, quais foram os argumentos para a adesão?
- 26) Existem profissionais não adesistas? Quais os argumentos citados pelos especialistas para a não adesão?

Da relação entre oferta e demanda na LC nº. 701/2015:

- 27) A oferta (quantidade de consultas disponibilizadas) e a demanda (quantidade de solicitações de consultas), em uma competência mensal, é semelhante em todas as especialidades médicas do município?
- 28) Na sua opinião, a Lei 701/201, de alguma forma, influenciou no aumento ou na diminuição da oferta? E na demanda?
- 29) A legislação alterou a relação oferta/demanda de forma assimétrica entre as especialidades médicas?
- 30) Afetou assimetricamente questões como forma de agendamento, quantidade de solicitações de retorno à especialidade ou contrarreferência à atenção básica?
- 31) Afetou positiva ou negativamente a relação entre os especialistas ou entre os especialistas e a Atenção Básica e componente hospitalar?

Dos direitos trabalhistas na Lei Complementar nº. 701/2015:

32) Em sua opinião, a LC 701/15 alterou direitos estatutários, tais como vencimentos (salário), estabilidade de emprego, direito a férias e a licenças prêmios, etc.?

33) Posto que não tenha mais jornada de trabalho por horas semanais de trabalho, como fica a questão do atestado médico por doença do trabalhador especialista em sua opinião? Qual a sua opinião sobre a questão?

34) E no caso de afastamento do trabalho por motivo de doença, como a lei municipal define a questão?

Da equivalência de consultas na LC nº. 701/2015:

35) A lei 701/15, em sua ordem de serviço regulamentadora, cria o mecanismo de equivalência de consulta? Você sabe como ele funciona?

36) Segundo seu conhecimento, quais especialidades foram contempladas com mecanismos de equivalência?

37) De alguma forma isto gera vantagens ou desvantagens quantitativas na oferta de consultas? Quais procedimentos sofreram aumento ou diminuição da oferta?

38) De alguma forma a equivalência gera vantagens ou desvantagens qualitativas no acesso à assistência ambulatorial especializada? Quais procedimentos sofreram melhora ou piora qualitativa na oferta?

39) Em sua opinião, como se constrói o mecanismo de equivalência de consulta?

Do impacto orçamentário da LC nº. 701/2015

40) De acordo com seu conhecimento ou acesso à informação, qual foi o impacto orçamentário da LC 701/2015 durante e após a sua implantação?

APÊNDICE C – Relatório etnográfico das entrevistas referentes ao segundo artigo.

Relatório etnográfico
<p>Categorias emergidas descrições para análises ideográfica e nomotética. Os atores sociais entrevistados (E) são tratados de maneira sigilosa através de estrutura composta pela letra “E” seguida de sua posição na série consecutiva e tempo da entrevista – em horas(h), minutos(min) e segundos(s).</p>
Categoria 01 - Adesão e impressões sobre a lei municipal
<ul style="list-style-type: none"> • “não conheço [a lei]” (usuário, E09.00h00min25s) • “Pro usuário foi diferente, ele não percebeu. Essa lei veio a beneficiar muito ao gestor e ao médico. O usuário nem sabe da existência dessa lei...” (gestor, E01.01h04min10s) • “É difícil o gestor entender que nós temos que dar um atendimento, um atendimento de qualidade, não pensar só na questão da carga horária, mas o importante é a gente conseguir dar a assistência, não deixar o munícipe desassistido” (gestor, E41.00h01min04s) • "Nós fizemos um documento interno, onde apresentávamos a legislação - isso após já várias conversar, como várias apresentações para lideranças médicas - e após apresentamos um documento aos profissionais para aderir ou não" (gestor, E03.00h12min20s) • “Num primeiro momento nós tivemos um pouco de resistência, porque era novidade, por se tratar de uma lei de produtividade” (gestor, E41.00h00min40s) • "a lei é um cálculo que não é tão simples, feito com várias informações" (gestor do Departamento de especialidades, E01.00h16min40s) • “A vantagem da lei é flexibilizar o horário, que ele também pode aderir por isso. Ele pode assinar e pode pedir para não ser mais adesista...isso é uma vantagem” (otorrinolaringologia, E04.00h34min35s) • “O porquê? Por que que existe uma adesão? Porque existe uma contrapartida obviamente do profissional. Nós auxiliamos o profissional, ele é melhor valorizado, ele tem uma flexibilização do horário, mas ele tem que cumprir sua atenção ao paciente (gestor, E41.00h07min13s)

- “Eu tenho dois vínculos com o município e nos dois eu sou adesista a lei” (psiquiatria, E32.00h01min10s)
- “Não conheço ninguém que não tenha aderido” (reumatologia, E2.00h26min7s)
- "100% dos médicos aderiram, mas eu também deixei muito claro, se você não aderir você vai vir aqui bater o ponto de segunda a sexta das oito ao meio-dia. E todos aderiram, nenhum relutou em aderir" (gestor do Departamento de especialidades, E01.01h00min00s)
- "Eu vejo a lei 701 como positiva" (gestor do Departamento de especialidades, E01.00h4min29s)
- “Eu estou na prefeitura desde 2010 e peguei toda essa fase de transição da mudança de carga horária para lei 701 e já digo de antemão que isso foi a melhor coisa que aconteceu na vida de nós funcionários da prefeitura. Não só para nós como médicos especialistas, mas para os pacientes também” (cirurgia de cabeça e pescoço, E16.00h00min30s)
- “o olhar que os colegas especialistas tem em relação a lei é um olhar extremamente positivo. Eu não consigo organizar para o senhor uma crítica negativa sequer, se eu tivesse eu lhe diria: olha, não vou citar o nome mas eu vi que tal pessoa falou que esse detalhe não funciona. Ao contrário, eles se calaram a respeito daquele conflito que existia, aquele desafio de superar horário e provento e hoje em dia apenas elogios a respeito da manutenção do serviço público.” (reumatologia, E2.00h23min40s)
- "Eu mantenho as condições estatutárias, salarial e de reconhecimento de bens e direitos e acresceria, quem tivesse chance, aumentar o volume de atendimento, ganhando proporcionalmente mais. Essa é em essência a lei" (otorrinolaringologia, E4.00h18min15s)
- “Honestamente eu me sinto muito beneficiado pela lei. A lei permitiu que eu mantivesse meus horários no consultório particular. A arquitetura da minha agenda foi muito beneficiada” (reumatologia, E02.01h20min29s)
- "os recém contratados, do concurso, eles ficam encantados pela lei. Eles admiram, sabe?" (gestor do Departamento de especialidades, E01.00h01min09s)
- “Como eu falei, eu não vejo hoje reclamação praticamente por parte das especialidades, que é onde a gente tem os profissionais que aderiram a essa Lei 701. Pelo contrário, a gente consegue um agendamento mais rápido, muitas

especialidades nossas já tem o atendimento praticamente de imediato, está em equilíbrio as nossas filas de espera de especialidades” (gestor, E41.00h13min03s)

- “É o futuro. Essa implantação da lei é o futuro da medicina enquanto atendimento ambulatorial” (cirurgia de cabeça e pescoço, E16.00h01min20s)

Categoria 02 – Remuneração e direitos trabalhistas

- “O serviço de saúde pública brasileiro se desenvolveu ao longo do tempo baseado no você finge que trabalha e eu finjo que pago. O pessoal faz concurso para 20 horas. No papel o pessoal faz 20h, mas sabendo que ia trabalhar 2h e o Gestor pagando por 2h, e não como se tivesse trabalhado por 20h” (cirurgia de cabeça e pescoço, E16.00h08min44s)
- "Puxa, a gente com uma carga de 80 [consultas] por semana com o valor que recebe, cara uma manhã no meu consultório eu ganho o que vou ganhar [no mês] aqui" (ortopedia, E10.00h14min16s)
- "O salário base da prefeitura é muito baixo para a especialidade [psiquiatria], a lei nesse aspecto é algo que é atrativo por que você pode receber um montante maior conforme sua produção (...) é atrativa do ponto de vista salarial e uma forma de trazer o especialista para trabalhar no SUS." (psiquiatria, E19.00h1min43s)
- "como que eu posso força-lo, de segunda a sexta, quatro horas por dia, se em uma semana no consultório particular ele tira o que ele tira no mês inteiro aqui, por isso os médicos se ausentavam e pediam exoneração. Por isso essa lei veio como uma grande facilitadora" (gestor do Departamento de especialidades, E01.00h24min50s)
- “Eu tenho consultório particular, veja bem a lei [LC 701/2015] como eu nunca atendi convênio a lei me garante um salário como se eu atendesse convênio todos os dias. Então, veja bem, eu fiz essa troca porque eu gosto do SUS. Agora, o salário base do SUS eu não teria como trabalhar” (psiquiatria, E19.00h2min46s)
- “Sem prejuízo algum da parte remuneratória, com relação aos direitos deles, de estatutários. Nada foi prejudicado, licença prêmio, férias, 13º, tudo plenamente garantido e permanece até hoje (gestor da Divisão de Apoio, E14.00h14min20s)”
- “Eles não tiveram nenhum prejuízo, eles [médicos especialistas] continuam sendo servidores públicos, regidos pelo estatuto do nosso município, [...] inclusive para aposentadoria e previdência, todos os direitos trabalhistas ele continua tendo normalmente e até com a possibilidade de ter ganhos porque ele produzindo mais,

ele será melhor remunerado e tem ganhos que lá na frente, quando ele se aposentar, poderá ter algumas incorporações, algumas situações que poderão melhorar a vida dele num período futuro, quando tiver aposentado.” (gestor, E41.00h15min45s)

- “A preocupação é tirar algum direito previsto em estatuto do servidor público: quinquênios, anuênios, sexta parte, licenças prêmios, licenças médicas, licenças sem vencimento, tudo isso foi preservado sem qualquer tipo de restrição” (gestor da Divisão de Apoio, E14.00h34min20s)
- “Não, em hipótese alguma. Continuamos com os direitos normais” (pediatria, E34.00h23min7s)
- “Eu acho que essa lei tornou claro, ela trouxe luz para um processo de compreensão e adequação que antes também já existia, mas que era um processo informal. Eu acho que a lei traz clareza para aquilo que já era praticado, dando tranquilidade para todo mundo” (oncologia, E29.00h26min56s)
- “Quanto aos direitos trabalhistas (...) tenho tudo certinho” (dermatologia, E26.00h4min35s)
- “Como a lei foi implantada desde 2015, ela está bem consolidada no município. Não há grandes oscilações dentro da folha de pagamento. O impacto já está consolidado no montante da folha de pagamento.” (gestor, E42.00h01min45s)

Categoria 03 – Captação e fixação de profissionais

- "Aderi [Lei 701], pois dá a possibilidade de atuação. Tenho outros lugares de trabalho também e eu muito provavelmente não conseguiria fazer as 20h de uma forma total no município. Então isso me possibilitou continuar. Caso não tivesse seria bem difícil eu permanecer no município." (pneumologia, E24.00h1min40s)
- "Eu já vi colega não ficar em alguns serviços, em alguns municípios porque, puxa, eu tenho que cumprir uma carga horária, bater o ponto, fazer desse jeito. Então não é interessante. Deixa de ser motivador para a pessoa ficar. Outro serviço e consultório particular chama, com outra flexibilidade, o profissional migra para lá. E aí perde o profissional. Não só de neuro-infantil, de qualquer especialidade." (neurologia pediátrica, E33.00h08min10s)

- “o profissional muitas vezes tem o seu vínculo aqui de 20 horas [semanais], aí ele também tem o vínculo de 20 horas em outro município, tem o seu consultório, então a gente conseguiu atrair os profissionais quando a gente falou que seria uma lei voltada para a produtividade, mas que mantivéssemos a qualidade na prestação do serviço” (gestor, E41.00h01min57s)
- "Eu acho que para o médico, nos dias de hoje, que ele presta um concurso com uma determina carga horária e sabidamente não cumpre aquela carga horária é um risco muito grande para ele e quando você tem uma formalização que ele não vai precisar cumprir aquela carga horária, eu acho que traz uma tranquilidade e torna atrativo para aquele profissional permanecer no serviço." (médico(a) regulador, E17.00h03min 27s)
- "Nós tínhamos muita dificuldade em contratar e continuar com os especialistas porque a obrigatoriedade de cumprir a carga horária de 20h por semana com o salário que é pago hoje não era atrativo" (gestor do Departamento de especialidades, E01.00h07min10s)
- "os médicos trabalham satisfeitos e eu vejo alguns saírem de outros serviços para poder ampliar a agenda aqui conosco" (gestor do Departamento de especialidades, E01.00h8min40s)
- “Sem a lei 701, eu não ficaria no município, não teria como conciliar” (endocrinologia, E22.00h01min30s)
- "não permaneceria no SUS caso não fosse a lei, seja pela jornada, seja pelo salário base" (psiquiatria infantil, E25.00h3min05s)
- "psiquiatria...era comum eles pedirem exoneração e depois da implementação da lei a gente não teve mais esse problema" (gestor do Departamento de especialidades, E01.00h08min30s)
- “Muitos profissionais eu sentia que estavam de passagem aqui. Priorizavam outros municípios e vinham aqui para cumprir sua carga horária e depois que a gente conseguiu implantar essa lei no município, muitos profissionais priorizaram aqui o nosso município de Praia Grande” (gestor, E41.00h08min12s)
- "o conflito sempre existiu entre o pagamento total do provento e horas dedicadas ao serviço público, né, e além do que na nossa região metropolitana, a maioria dos especialistas, senão quase todos que trabalham no CEMAS [Centro de especialidades médicas], eles não residem no município de Praia Grande. Então o

deslocamento para Praia Grande, todos os dias né, representava não só uma perda das 4 ou 5 horas do tempo de atendimento, mas do deslocamento da chegada até o município de Praia Grande e o retorno" (reumatologia, E02.00h14min01s)

- "a minha área em particular, dentro da oncologia em particular, fora eu trabalho com radioterapia, que demanda a presença contínua do profissional junto ao paciente, então a gente trabalha em equipe e divide o tempo para que sempre esteja alguém da equipe. Se houvesse a necessidade de um permanecer no trabalho em um período maior do que a gente conseguiu equacionar, inviabilizaria minha permanência aqui." (oncologia, E29.00h03min35s)
- “Infelizmente hoje em dia as 20h/semanais não são compatíveis com o salário. Hoje em dia o médico não é bem remunerado pela carga horário. Se eu tivesse que cumprir 20h eu não estaria na prefeitura. Eu estaria em um serviço privado” (hematologia, E05.00h2min20s)
- “Ela foi extremamente positiva [lei], pois trouxe legalidade para um processo que era só uma pactuação informal entre partes. E trouxe, comparando com outras prefeituras que ainda não evoluíram nesse processo, eu tenho a impressão que o nosso colega...que lá é o cumprimento de horário e há essa compreensão tácita, não oficial, da dedicação, eu tenho a impressão que entre duas prefeituras que a pessoa tiver que escolher, entre aqui que já foi celebrado essa cobertura jurídica oficial, não tem como não deixar de optar por isso” (oncologia, E29.00h14min47s)

Categoria 04 – Jornada de trabalho e absenteísmo

- "nenhum, nenhum município consegue fazer com que os médicos de especialidades batam o ponto" (gestor do Departamento de especialidades, E01.00h24min17s)
- “Eu pediria exoneração se tivesse que cumprir rigorosamente as 20h [semanais]” (cirurgia de cabeça e pescoço, E16.00h8min10s)
- "A lei me permitiu flexibilizar meus horários de trabalho porque tenho 5 empregos e cumprir a jornada padrão não seria viável continuar exercendo o cargo na prefeitura. Isso me ajudou bastante." (gastroenterologia, E31.00h03min08s)
- “Isso, de certa forma, é um incentivo a gente continuar. Às vezes cumprir o horário é complicado, você trabalhando em mais de um lugar, porque você vai ter o

consultório em um outro município, e aí até ir e voltar, eu acho que em algumas situações essa opção é vantajosa, é interessante, e acho que é uma crítica que faço a outros municípios que eu conversei, acho que em algumas especialidades deveria ter essa opção. Não obrigatório, nem um, nem outro. A pessoa se sentir confortável para fazer 20 horas semanais...ou por produção” (neurologia pediátrica, E33.00h04min50s)

- “Eu passei no concurso em 1994 e, na época, havia quanto à jornada uma certa elasticidade, uma compreensão. Alguns momentos a gente ficava a mais, outros ficava a menos. Com o registro de ponto, a coisa muda um pouco, porque o ponto ele é burro, não vai raciocinar se você está ou não trabalhando. Transformou o local em um escritório, que bate o ponto e vai embora e medicina não é assim” (cirurgia vascular, E27.00h05min10s)
- “O médico brasileiro acaba tendo que ficar em vários lugares e isso acaba limitando um pouco em termos de cumprir a carga horária. Então a lei se torna fundamental para isso” (pneumologia, E24.00h18min05s)
- “A lei 701 deu uma flexibilização nesse sentido porque o profissional pode organizar o seu horário. Fez o seu horário e conseguia cuidar da sua vida pessoal. Tinha tempo para sua família também, seu consultório né. Então ele conseguiu organizar a sua vida.” (gestor, E41.00h30min11s)
- “Para os médicos é bom a questão de eles não virem todos os dias” (gestor de Unidade de especialidades, E15.00h02min)
- “Se faltar metade do agendamento, eu vou ter que esperar até ao meio dia pelo horário programado, só que eu acabei de atender às 10h da manhã, porque metade faltou. E, aí, gera insatisfação. Eu acho que na minha opinião, para mim, do jeito que é, é muito bom. E esse é o motivo que eu não sai da onde eu estou, que eu gosto de estar. Não só pelo ambiente, mas pela flexibilidade de ser um trabalho voltado para a produtividade, me incentiva mais para continuar no CER em Praia Grande, mesmo morando em Santos, nesse deslocamento duas vezes por semana” (neurologia pediátrica, E33.00h13min51s)
- “Por exemplo, ele [médico] fica dois dias, mas dois dias inteiros lá na unidade atendendo toda aquela população” (gestor, E41.00h08min12s)
- “Eu sei que existia muitos profissionais que não atuavam exclusivamente na saúde pública no setor de especialidades e existiam muitos atritos na questão do registro

de presença do ponto eletrônico, em que os profissionais pediam para não cumprir as 20 horas semanais no regime de 4 horas diárias, de segunda a sexta, e solicitando uma flexibilização para compatibilizar sua atuação entre o setor público e o setor privado” (gestor da Comissão Especial de Monitoramento da Lei 701/2017, E21.00h03min04s)

- "Dr. ***, dermat[ologista], ele mora em São Paulo. Ele desce uma vez por semana. Eu tenho médico do Paraná. Dr. ***, cirurgião geral, ele mora no Paraná e vem para Praia Grande, fica uma semana toda, de segunda a sexta. Ele cumpre a meta...e pronto, volta para o Paraná onde tem consultório" (gestor do Departamento de especialidades, E1.00h42min38s) ***nomes suprimidos para preservar sigilo, mas disponível em acervos digitais em áudio das entrevistas.
- “Honestamente eu me sinto muito beneficiado pela lei. A lei permitiu que eu mantivesse meus horários no consultório particular. A arquitetura da minha agenda foi muito beneficiada” (reumatologia, E02.01h20min29s)
- “A vantagem maior é a flexibilização. Criar a demanda própria em seu horário a definir” (otorrinolaringologia, E04.00h19min06s)
- "o tempo de espera diminuiu, mas aumentou o volume de pacientes na unidade...ocorreu uma competição por horários...por exemplo, sexta-feira, ninguém queria atender” (gestor de Unidade de especialidades, E03.00h34min50s)
- “Se eu tivesse que cumprir 20 horas semanais com um salário digno, eu não teria problema nenhum. O salário do SUS está defasado. Eu, no meu vínculo faço 20h/semanais, mesmo com essa lei, eu só não bato o ponto” (psiquiatria, E19.00h03min16s)
- “Você precisa ter gestão quanto a esses profissionais. É importantíssimo ter um diálogo entre eles com relação a agendamento, cargas horárias de serviço, disponibilidade de salas, é importantíssimo. E manter o diálogo entre as chefias mediatas, imediatas e o servidor aumenta a confiança” (gestor da Divisão de Apoio, E14.00h36min)
- “A gente vê uma dificuldade dos gestores municipais em fazer o correto cumprimento da lei. A lei é muito bem redigida e não deixa muitas dúvidas, mas a gente vê que os profissionais [gestores] que tratam no dia a dia com esses profissionais [médicos], um não cumprimento da lei. Por exemplo, a lei é cuidadosa em determinar que o profissional não pode cumprir a jornada em apenas um período,

precisa pelo menos vir duas vezes por semana. Já vi muitas vezes isso não ser respeitado” (médico(a) regulador, E17.00h07min 10s)

- “A gente tem uma situação mais severa no CAPS e na cirurgia geral, de que eu tenha conhecimento, que o profissional vinha somente 1 vez por semana ao município para cumprir sua jornada e morava em outro município. Assim, se a gente tinha que devolver algum documento alguma guia para poder ser refeita, só ia ser na semana seguinte pois o profissional não estava lá. Agora isso é muito claro que não é culpa da lei, mas de quem deveria fazer a lei ser cumprida” (médico(a) regulador, E17.00h07min50s)
- “A lei coloca parâmetros mínimos de abertura de vagas e de atendimentos e o profissional que não atende esses parâmetros pode ser questionado pela comissão, sendo eventualmente descredenciado e voltando a obrigação de cumprir as horas semanais. Mas até o momento não houve nenhum profissional onde foi necessário esse nível de intervenção. Normalmente quando ocorre algum profissional que não abre o número de vagas necessário, apenas uma conversa da gestão da unidade foi suficiente para resolver a questão” (gestor da Comissão Especial de Monitoramento da Lei 701/2020, E21.00h06min23s)
- "Tinha os horários preferidos. Por exemplo sexta-feira ninguém queria e era o horário que eu tinha disponível. Os profissionais queriam na segunda, terça, na quarta, chegava na quinta à tarde, sexta de manhã e sexta à tarde, já diminuía o número de fluxo” (gestor de Unidade de especialidades, E03.00h35min50s)
- “atestado, ficou doente, problema seu. Vai outro dia para repor esse dia que você não foi. Então eu nem dou mais atestado. Eu vou quando der” (dermatologia, E26.00h16min01s)
- "não havia essa preocupação. Não havia porque não era por produção que eles ganhavam, né? Não tinham meta a cumprir. E, ou eles apresentavam um atestado, ou a declaração de algum lugar, mas nunca houve a preocupação de ligar [alertando o paciente] de que eu vou faltar...e vou antecipar a consulta" (gestor do Departamento de especialidades, E01.00h32min26s)
- "a presença dele passa a ser registrada pelo número de pacientes atendidos. Se não tem paciente para atender, não tem lista de espera, aquele profissional ficava liberado para as suas atividades” (gestor de Unidade de especialidades, E03.00h21min15s)

- "se ele não tem demanda, ele tem mais tempo livre e não tem o comprometimento com a carga horária. E o que tem a demanda tem a possibilidade de ampliar sua oferta e ter melhor remuneração" (gestor de Unidade de especialidades, E3.00h37min38s)
- "aqueles atestados de um, dois dias acabou. De verdade, eu não tinha nenhuma preocupação em relação a isso. Diminuiu significativamente. E outra coisa. Um ponto importante que a gente via muito era antes a gente recepcionava os pacientes e ficava esperando o profissional médico [chegar ao trabalho] e o profissional médico avisava na hora que tive um problema e não vou. Tinha que se indispor com os pacientes. Como [com a lei] houve um interesse em atender essa demanda, ele passou a não ter mais essa postura. Ele não faltava." (gestor de Unidade de especialidades, E03.00h48min58s)

Categoria 05 – Monitoramento e Controle Externo

- "tinha registro biométrico de ponto, mas alguns [médicos] eram resistentes a registrar. Alguns não eram cadastrados. Alguns eram cadastrados, mas se recusavam a registrar." (gestor de Unidade de especialidades, E03.00h04min35s)
- "o que o Tribunal de Contas cobrava, antes da lei, era o ponto do profissional. Eles queriam ver a digital marcada do profissional. Depois da implantação da lei o Tribunal começou a nos acompanhar. Ficava uma pessoa do Tribunal de Contas, com o cronômetro...o paciente entrava, ele acionava o cronometro, quando paciente saia ele via o tempo e anotava numa planilha..., mas eles perceberam naquela vistoria que a grande maioria estava levando 20, 25 minutos na consulta, então eu acho que tranquilizou um pouco" (gestor do Departamento de especialidades, E01.00h35min30s)
- "Sim, não foi em São Paulo, outro município no Estado do Pará, eu trabalhei na prefeitura, na época eu era médico da atenção básica e alguns anos antes de eu entrar como médico da prefeitura, nem era contratado ou concursado, tinha algumas denúncias que os médicos não cumprem a carga horário, etc., etc. e o Ministério Público foi em cima e sempre vazia visitas para ver se os médicos estavam lá, inclusive quando eu entrei. Lá principalmente nos horários que deveriam ser os

horários de saída e realmente saber se estávamos lá.” (pneumologia, E24.00h02min45s)

- “O Judiciário trabalha com o que está escrito. O que está escrito é o que está documentado, que é a lei. Então é assim: doutor, você foi contratado para 20h, se não está feliz com teu salário, não trabalhe.” (cirurgia de cabeça e pescoço, E16.00h09min30s)
- "Eles [TCESP] estavam frequentemente nas unidades, no pronto-socorro e no Cemas [ambulatório de especialidades médicas do município], na época (o CER não existia), buscando a marcação do profissional, buscando ponto do profissional, buscando a menor possibilidade de erro e abrindo processo com cada erro detectado, né? Então essa lei veio para nos resguardar. É uma lei que resguarda o município, que resguarda o profissional médico" (gestor do Departamento de especialidades, E01.00h40min01s)
- "Tivemos acesso a alguns processos oriundos do Ministério Público, questionando o cumprimento da carga horária" (gestor de Unidade de especialidades, E03.00h07min32s)
- “O Tribunal de Contas, com suas fiscalizações, inclusive medindo o horário de tempo de atendimento desses profissionais, foi feito vários apontamentos exigindo a regularização [cumprimento de jornada de trabalho] desses serviços” (gestor da Divisão de Apoio Jurídico, E14.00h12min25s)
- "Eu lembro muito bem na época, nós tínhamos um documento, que foi encaminhado pelo Ministério Público e eu tive que acionar todos os profissionais que lá estavam. Eu tive que solicitar que eles justificassem [o não cumprimento da jornada]. Tive que apresentar um a um [médicos] nesse processo” (gestor de Unidade de especialidades, E03.00h08min24s).
- “um caso que é muito conhecido foi o caso de uma cardiologista que foi chamada pela gestão para trabalhar no CEMAS [ambulatório de especialidades municipal], só que o concurso de origem dela era de medicina de família e comunidade. Ela aceitou trabalhar numa função que não era a dela, obviamente ela não precisaria cumprir a jornada de trabalho que era a dela, só que foi denunciada e teve que optar em devolver um valor para o município e pedir exoneração e ela acabou pedindo exoneração do município.” (médico(a) regulador, E17.00h04min33s)

- “Não em Praia Grande, mas eu já vi esse problema em outros serviços. Eu já ouvi falar, no Guilherme Álvaro [Hospital Estadual da Baixada Santista] a recomendação de cumprir o ponto eletrônico. Eu já ouvi falar até de pessoas que pediram demissão depois de sofrerem processo em relação a carga horária” (hematologia, E05.00h03min15s)
- “Teve um processo que eu respondi com carga horária de todos os profissionais e os dias de atendimento...eu me lembro muito bem que esse processo foi motivado por uma investigação do Ministério Público de um profissional que foi fotografado em outro local de trabalho, sendo que ele tinha carga horário de trabalho com a nosso serviço” (gestor de Unidade de especialidades, E03.00h45min36s).
- “Porque os nomes deles [médicos] eram inclusive citados nos apontamentos, nome e registro funcional” (gestor da Divisão de Apoio Jurídico, E14.00h23min15s)
- "Quando a administração exigia a jornada de trabalho e a carga horário desses profissionais, não era conseguido porque eles tinham outros serviços como autônomos, em outros serviços, clinicas particulares, hospitais, e - infelizmente - eles optavam por sair" (gestor da Divisão de Apoio Jurídico, E14.00h08min28s)
- “Acho que se eles [Tribunal de Contas] fizerem isso em todas as regiões, não fica nenhum funcionário. Porque o salário é extremamente ruim” (ortopedia, E10.00h02min05s)
- "Com certeza, como geralmente os médicos tem vários lugares de trabalho, muitos saíram da prefeitura [em decorrência do monitoramento], acabando tendo escassez profissional." (pneumologia, E24.00h03min35s)
- "o que eu via era muita gente já deixando engatilhada a sua exoneração, a sua demissão porque não conseguia manter os horários condizentes com o concurso que haviam prestado." (reumatologia, E02.00h12min22s)
- “O colega ele cumpria horário. Ele conseguia cumprir, obviamente era um contrato de 20h/semanais, ele conseguiria fazer umas 12h por semana. Mas aí teria que cumprir e ele não conseguiria e ele pediu exoneração. Foram uns 4 ou 5 no último mês [junho/2022] no município de Leme” (psiquiatria, E32.00h37min07s)
- "a maioria está todo desanimado, cara eu tô pra sair, eu falo o projeto de lei foi legal porque senão ia ter uma debandada geral na época e isso [a lei n° 701/2015] ajudou a segurar" (ortopedia, E10.00h10min00s)

- "Quando pressionados, ameaçaram sair, mas poucos fizeram. Na época, dois casos pediram para sair [solicitação de exoneração], mas acredito que já estavam para sair, já estavam no limite, com outros projetos de vida" (gestor de Unidade de especialidades, E03.00h11min00s)
- "quando o Tribunal de Contas começava a pressionar, havia um receio do médico e esse receio, a frase era geralmente sempre a mesma: eu vou sair. Mas isso depois acabou. Não tenho mais essa situação." (gestor do Departamento de especialidades, E01.00h46min25s)
- "O que eu posso falar é o seguinte, se acontecesse - não existisse a lei 701 - de ter um monitoramento esse ano [2022], com aplicação de penalidades por parte do Poder Judiciário em cima dos colegas médicos, vou te falar que acho que iria sobrar 1% dos colegas trabalhando no município" (cirurgia de cabeça e pescoço, E16.00h07min35s)
- "Nós fizemos também diversas reuniões com os nossos profissionais, para mostrarmos a necessidade e o porquê nós estávamos fazendo isso." (gestor, E41.00h07min02s)
- "Em um primeiro momento o Ministério Público e Tribunal de Contas não aceitaram essa Lei. Houve vários questionamentos de inconstitucionalidade da lei, pois foi uma coisa inédita" (gestor da Divisão de Apoio Jurídico, E14.00h12min51s)
- "Saúde não se faz sozinho. A gente teve que iniciar. Foi um aprendizado. Nós tivemos preocupações obviamente. Tivemos receio de ter dificuldades, como tivemos no início né. Até mesmo para a rede acostumar foi um pouquinho difícil naquele começo, mas depois a gente conseguiu engajar todas as equipes. Fazer com que nossas equipes de planejamento também entendessem. Então, essa nota A que a gente teve de planejamento [IEGM] eu devo muito a ações como a da Lei 701 aí, que permitiu que a gente tivesse uma mudança mesmo com muitos órgãos sendo contrários a essa flexibilização [do horário de trabalho] achando que poderia prejudicar a população. Nós batemos de frente, realmente. Não tivemos medo pois sabíamos que estávamos fazendo algo que seria correto, seguindo a lei com todo o rigor necessário, técnico, e a gente conseguiu essa nota A." (gestor, E41.00h31min31s)
- "Se a gente for ver o perfil do Tribunal de Contas durante todas as vitorias. Pré-implantação da lei, durante a implantação da lei e posterior até os dias atuais,

acabaram as reclamações. Eu tive, esse último que eu respondi do Tribunal de Contas, ele só pediu a quantia de atendimentos de cada profissional de especialidade. Ele não pediu não mais além disso, o que no sistema eu acho rapidinho, imprimir e entregar para eles. Eles sabem que as vezes tem especialidade que não tem procura e então vai ter uma quantia baixa. Só isso. Eu não tive mais reclamação, demanda nenhuma das especialidades frente ao Tribunal de Contas" (gestor do Departamento de especialidades, E01.01h18min51s)

- “Nós tivemos alguns questionamentos por parte de alguns órgãos controladores, mas nós conseguimos também esclarecer todas as dúvidas” (gestor, E41.00h05min06s)
- "Nós no começo abríamos 240 vagas, foi o que a lei determinou, né? E aí lembra que eu falei que o Tribunal de Contas veio e fez algumas correções. Uma das correções foi essa, que tendo em vista que o absentismo do município gira em torno de 30%, eles pediram que abríamos 320 vagas." (gestor do Departamento de especialidades, E01.00h28min53s)
- “Aceita [jornada por produção], e eu fico contente de ver que eles [Tribunal de Contas] não apontam como sendo uma irregularidade, muito pelo contrário. Eles entendem perfeitamente que isso está melhorando a qualidade da prestação de serviço” (gestor, E41.00h33min04s)

Categoria 06 – Experiências interfederativas

- "Não, infelizmente não. Em outros municípios trabalho com regime de horário." (hematologia, E05.00h2min50s)
- "Não tive experiência prévia de trabalhar por produção. Não em outro município." (endocrinologia, E22.00h02min30s)
- “A partir do momento que nós implantamos aqui no município de Praia Grande, os municípios começaram a querer entender se estava dando certo, se estávamos tendo a adesão por parte dos profissionais. Então aqui na Baixada Santista praticamente todos os municípios entraram em contato conosco, querendo saber como que implantamos e se conseguimos atingir o objetivo” (gestor, E41.00h03min18s)

- "A gente sabe, como médico, que muitos profissionais não cumprem sua carga horária, mas de maneira legalizada, por uma lei instituída no município não lembro de nenhum caso" (médico(a) regulador, E17.00h06min 35s)
- "Oficialmente eu não conheço nenhum lugar que faça isso. Na Baixada (Santista)...você tem que cumprir a carga horária, mas extraoficialmente eles falam que você tem que cumprir uma produtividade. Mas acho isso perigoso porque é uma transição não oficial. A principal virtude da Lei 701 foi essa segurança jurídica para funcionários e poder público" (cirurgia de cabeça e pescoço, E16.00h11min20s)
- "O PJ [personalidade jurídica] é exatamente por produção. Produziu, tem o reconhecimento...fiquei doente, se eu não for trabalhar a responsabilidade é minha. Se, por causa do COVID e eu ficasse 3 semanas sem trabalhar, eu ficaria 3 semanas sem receber. No CNPJ o profissional não tem garantia nenhuma" (psiquiatria, E28.00h08min56s)
- "Alguns municípios tinham alguma dificuldade em mudar a sua legislação municipal, algumas vezes ligado até por problemas relacionados as suas procuradorias municipais, mas no nosso caso aqui nós fizemos todas as minutas necessárias, todas as justificativas técnicas, e a gente conseguiu sensibilizar e ter todos os pareceres necessários." (gestor, E41.00h04min34s)
- "Muitos municípios aderiram a um modelo semelhante ao nosso" (gestor da Divisão de Apoio, E14.00h14min51s)
- "Então, nós tivemos outros municípios interessados, inclusive recebemos aqui os Secretários de Saúde desses municípios, chamamos nosso advogado, área jurídica, para prestar todos os esclarecimentos e toda a questão técnica mesmo" (gestor, E41.00h06min09s)
- "Foi um município de Mato Grosso, eu tenho até hoje o contato da menina, ele disse eu preciso saber dessa lei, eu preciso implantar" (gestor do Departamento de especialidades, E01.01h03min06s)
- "Não só no Estado [de São Paulo], mas inclusive fora do Estado, nós tivemos municípios ali da região de Campinas, uma região metropolitana, de porte com mais de 500 mil habitantes, até mesmo municípios polos [visitas de gestores ao município de Praia Grande]" (gestor, E41.00h05min43s)
- "Eu já trabalhei em vários municípios e eu vejo essa situação sempre. Então tem alguns municípios que põe ponto digital. Eu trabalho em um município, cidade de

Leme, e alguns colegas que trabalham dentro da rede perguntaram: mas como funciona você ir lá? Expliquei, mandei a lei. Disseram que foram até Praia Grande para ver. E eles estão em um passo seguinte, o Tribunal de Contas quer cumprimento de horas aqui e a remuneração é muito baixa e eles querem continuar pagando baixo para os profissionais, mas agora com a exigência de cumprimento de horário. Então tem vários que estão querendo se exonerar porque não tem sentido. Eu acho que a lei supre uma necessidade” (psiquiatria, E32.00h33min55s)

- “A lei 701 foi um start para o aprimoramento de diversas categorias e diversas ações na nossa Saúde Pública aqui no município de Praia Grande e aí, é lógico, para os demais municípios que colocaram também em prática nos seus municípios.” (gestor, E41.00h31min05s)

Categoria 07 – Produtividade e qualidade do atendimento

- “O tempo de consulta foi adequado, médico atencioso, não tenho do que me queixar.” (usuário SUS, E20.00h4min00s)
- “já fui atendida umas três vezes [ortopedia] e dura uns dois a três minutos [tempo da consulta] e eu não achei que foi muito bom na ortopedia, foi muito rápido” (usuário SUS, E38.00h00min35s)
- “qualidade da consulta varia bastante. Existem excelentes profissionais e alguns não são não. Tem profissionais que atendem com dignidade e respeito e se preocupam com a saúde...deu uma melhorada sim. Parece que antigamente era pior” (usuário SUS, E08.00h03min 20s)
- “não, foi suficiente. Assim, com a neuro durou em torno de meia hora e na terapia ocupacional em torno de 45 minutos [tempo da consulta]” (usuário SUS, E37.00h05min16s)
- “É adequada...me escutou direitinho. Passei todos os problemas. Está quase igual convênio.” (usuário SUS, E11.00h01min32s)
- “Ah, eu acho que é suficiente [tempo de consulta], eles fazem as perguntas que tem que fazer. Eu acho que quando você entra dentro do consultório você é bem atendido” (usuário SUS, E13.00h02min05s)
- “as consultas, para passar, são demoradas mas chegam, mas quando você é atendida, até que é rápido, e eles atendem bem” (usuário SUS, E23.00h00min45s)

- "a consulta gira em torno de 15 minutos, as primeiras consultas em torno de 25 minutos" (gestor do Departamento de especialidades, E01.00h03min13s)
- "Eu faço a conduta, conforme o que necessita. Tem consulta que você consegue em 10 a 15 minutos, pois é um paciente que você já acompanha há 5 anos, por exemplo. E tem consulta que, às vezes, a gente fica 1 hora. E esse é o lado negativo da rigidez de horário" (neurologia pediátrica, E33.00h12min10s)
- "Tem médico que fica quase 1 hora com o paciente na sala e para ele aquilo está tudo bem e tem aquele que faz simplesmente a sua obrigação: olhar um exame, indicar um procedimento." (gestor de Unidade de especialidades, E35.00h8min25s)
- "Eu creio que a lei, nesse caso, não é um fator norteador de tempo. O que norteia o tempo [de consulta] são os valores morais de cada um, e não a lei" (reumatologia, E02.00h46min04s)
- "Nós percebemos, ao longo do tempo, que aquele profissional que atendia no seu tempo suficiente, não dependia se ele estava na 701 ou outro em 20h. A postura dele é a mesma. A forma não mudava". O tempo não mudou" (gestor de Unidade de especialidades, E03.00h26min58s)
- "alguns [médicos] vêm somente 1 dia na semana, assim vai ser cansativo mesmo para atender a quantidade de pessoas. Eu acho que ele (médico) acaba atendendo mais rápido em relação aquele que atende em dois ou três dias, que acaba dando uma atenção maior" (gestor de Unidade de especialidades, E15.00h4min)
- "Outra coisa que me preocupa da lei é que alguns profissionais optam por aumentar muito a oferta de vagas, para um curto período de tempo, para já cumprirem a sua carga horária semanal" (médico(a) regulador, E17.00h08min30s)
- "Essa lei fez com que a gente tivesse um embasamento não só jurídico, mas técnico e a gente utilizou muito a experiência dessa lei, por exemplo, nas ações da Pandemia por COVID e depois no pós-COVID, quando a gente teve, por exemplo, aumento de casos de saúde mental." (gestor, E41.00h28min52s)
- "Só tem 12 pacientes na fila de espera...eu na verdade atinjo aquele mínimo. Eu não consigo, por exemplo, ganhar a mais do que o básico (salarial), mas eu consigo atender aqueles 12 em 1 período e isso é ótimo. Eu não visio o aumento do salário, mas sim trabalhar com qualidade". (hematologia, E05.00h07min08s)
- "O tempo eu acho que é o mesmo porque a consulta psiquiátrica não tem como ser de 5 minutos. Eu fico um tempo regular, primeira consulta é claro demanda mais

tempo, uns 30-40 minutos e retornos são bem mais rápidos (10-15min). Assim, eu creio que tempo e qualidade não foram alterados." (psiquiatria infantil, E25.00h09min31s)

- “Eu atendo o paciente no ritmo do meu consultório. Mas cada colega tem a sua dinâmica, a sua visão, seja do público, seja do privado.” (cirurgia vascular, E27.00h15min33s)
- “Eu aceitei essa adesão por produção porquê da para atender a população a contento, ofertando qualidade com a flexibilidade de poder adequar a minha agenda.” (psiquiatria, E28.00h02min06s)
- “Olha, no meu caso muda muito pouco, na verdade, o mesmo número de pacientes que eu atendia, eu continuo atendendo. Atendo em média 80 pacientes por semana e isso não mudou [com a adesão a lei]” (gastroenterologia, E31.00h5min01s)
- “É lógico que é de cada profissional, que responde por si só em seu atendimento, mas eu não tenho dúvida que essa lei 701 dá muito mais flexibilidade para que o médico esteja confortável para dar conta do atendimento do paciente do que preso a um horário...com benefício tanto para o médico quanto paciente, mantendo excelência em atendimento.” (neurologia, E18.00h19min28s)
- "Eu faço parte de uma especialidade [cirurgia de cabeça e pescoço], que nunca consegue chegar ao limite mínimo de consultas...São consultas cirúrgicas e, portanto, mais rápidas. Na minha área eu posso dizer que não existe prejuízo nenhum." (cirurgia de cabeça e pescoço, E16.00h14min00s)
- “Em geral os médicos tem poucos dias, então acaba sendo um atendimento mais corrido. Então talvez isso possa impactar de forma negativa se ele não souber administrar ou se realmente não tiver muitos dias disponíveis para o atendimento.” (pneumologia, E24.00h05min07s)
- “Eu não acho que a lei prevê isso. Na minha opinião a lei prioriza mais a questão da abertura de vagas. Não o tempo que esse profissional fica com o paciente, nem a resolubilidade dele. Mas por outro lado, a lei não atrapalha nessa situação. Não vejo o profissional alterando seu modo de atendimento em decorrência da lei.” (médico(a) regulador, E17.00h24min44s)
- “Como desvantagem da lei, muito paciente para pouco tempo...Eu atendo 80 pacientes por dia.” (dermatologia, E26.00h04min56s)

- "A lei, mais uma vez eu reforço, ela auxilia aqueles que colocam os números na frente. Porque esse indivíduo vai abrir mais vagas. E vai trabalhar com mais animo, portanto, ele vai abrir. Talvez abrir demais reduza a qualidade do atendimento desse indivíduo que só pensa em números. Espero que não existam essas pessoas, mas honestamente eu imagino que existam. Precisa só ter o cuidado que o aumento de vagas, definidas pelos colegas, se transforme em um meio de ganhar um dinheiro extra...e não reduza a qualidade para o cliente." (reumatologia, E2.00h59min34s)
- "A questão de trabalhar com produção na medicina é uma coisa um pouco complicada. Eu acho que você não agrega qualidade. Você não agrega resolutividade" (ortopedia, E10.00h3min44s)
- "A produção é grande, eu acredito que ela é muito alta para a quantidade que a gente consegue disponibilizar, mas ela é fundamental para conciliar com outras atividades que efetivamente geram renda e que vão manter a sua vida." (endocrinologia, E22.00h01min40s)
- "Você não vai manter as 20 horas, senão a lei não teria por que existir. Você vai tentar pelo menos em 12 horas de sua vida e aí o tempo entre pacientes ele fica curto. Na endócrino isso é um problema. A lei mudou o tempo e consulta e em alguns casos a qualidade. Por exemplo, quando você pega um DMI [Diabetes Mellitus Tipo I], que abriu quadro, você vai precisar de muito mais tempo para ele, que você não tem como flexibilizar, porque sua agenda está bem amarrada e você vai invadir o horário de outra pessoa, mas você tem outras consultas que são muito rápidas" (endocrinologia, E22.00h07min40s)
- "É muito bom porque você vai acertar seu acordo com a Prefeitura, você vai fazer os seus horários e isso é importantíssimo para nós que já temos uma vida muito corrida. Isso é ótimo sem sombra de dúvidas. O que não pode é ter aquela pressão de fazer correr a lista, não ter - a gente sempre escutou isso - tem que acabar com a lista, não pode ter fila e aí é caracterizado como um cifrão, com dinheiro." (pediatria, E34.00h19min45s)
- "Eu tenho uma visão financeira? Eu tenho. Mas eu sou um profissional que presa pela qualidade da consulta. Eu preso que o índice de satisfação pelos usuários seja alto, para que eu tenha efetividade no que eu estou fazendo e não ser um mero prescritor." (psiquiatria, E32.00h30min36s)

- “Eu acho assim, eu prefiro a pessoa que produz mais e recebe um incentivo. No serviço, quanto mais você fizer, mais você está ajudando o serviço a crescer. É bom para o serviço, é bom para a gestão e é bom para a pessoa.” (neurologia pediátrica, E33.00h6min40s)
- "A gente vê que como não há um seguimento, um acompanhamento da qualidade desse atendimento, mas só da contagem se ele efetuou o atendimento ou não, esse atendimento pode não ter a qualidade que a gente considera razoável para o município. Esse é um dos defeitos da lei." (médico(a) regulador, E17.00h09min10s)
- “A lei é muito boa, você faz o seu horário, se posiciona dentro da sua vida e vai lá e atende. Isso é muito válido para nós que somos médicos e que a vida já é corrida, você coloca as atividades de acordo com sua vida, fica muito mais fácil. Assim é um ponto bom, mas eu acho que quando você entra nessa situação de quanto mais você atender, mais você vai ganhar...[silêncio]” (pediatria, E34.00h18min31s)
- “a gente não vê um estímulo da gestão de talvez cobrar desses profissionais um bom atendimento, uma boa postura no município. Mas não acho que seja culpa da lei.” (médico(a) regulador, E17.00h10min45s)
- “De uma maneira geral houve um aumento da produção, mas isso não foi percebido em todos os profissionais. Alguns profissionais mantiveram a média de atendimento que eles já tinham. Outros se dedicaram mais, por conta dos incentivos apresentados e inclusive recentemente tem o caso de profissionais que tem buscado um segundo vínculo par conseguir aproveitar plenamente o incentivo oferecido.” (gestor da Comissão Especial de Monitoramento da Lei 701/2019, E21.00h05min01s)
- “Eu achei melhor trabalhando assim, pela demanda de atendimento que eu fazia. Eu acabo fazendo horas a mais, mas tudo bem. É uma opção minha.” (psiquiatria, E30.00h01min44s)
- "teve que se abrir um processo de logística muito intenso na unidade, nas salas, para que você pudesse acomodar essas 1.700 pessoas, passamos a abrir o Cemas [ambulatório municipal de especialidades] mais cedo..., esticamos o horário de atendimento na unidade, e passamos a atender até as 19h. E isso foi positivo" (gestor de Unidade de especialidades, E3.00h22min25s)
- “As salas também tem uma grade de ocupação, você sai e outros colegas entram, então você não consegue estender o seu horário” (endocrinologia, E22.00h08min40s)

Categoria 08 – Equivalência de produção

- "O que que acontece, aquele profissional anteriormente fazendo um procedimento ou não, no modelo tradicional antes da lei, ele ia receber o seu salário...eles preferiam atender ao invés de fazer procedimentos. Eles mesmos geravam os procedimentos e não faziam" (gestor de Unidade de especialidades, E03.00h24min29s)
- "Como neurologista clínica veja que existem alguns procedimentos que no Sistema Único de Saúde você tem muita dificuldade de ter, por exemplo a coleta do líquido...também vislumbro na especialidade de reabilitação a possibilidade de trabalhar com toxina botulínica, infiltrações em geral" (neurologia, E18.00h06min16s)
- "As equivalências são definidas em portaria interna e elas geralmente são associadas a um conjunto de especialidades, ou unidade de atendimento ou em relação a procedimentos executados. Então, por exemplo, um profissional da rede que realiza um ultrassom, ele tem uma equivalência como se fosse 1,33 consultas" (gestor da Comissão Especial de Monitoramento da Lei 701/2023, E21.00h10min42s)
- "Vamos citar o caso da dermatologia, chegou um ponto que ela tinha mais períodos de procedimento [cirúrgico] do que atendimento [consulta]...antes era o contrário...e antes da equivalência eram pouco resolutivos o que aumentava a fila de espera" (gestor de Unidade de especialidades, E03.00h43min29s)
- "Tínhamos dificuldades que eles fizessem procedimentos cirúrgicos...e aí a gente reverteu tudo isso com a equivalência" (gestor do Departamento de especialidades, E01.00h13min30s)
- "Praticamente todas as especialidades que tiveram equivalência dobrada, os profissionais tendem a atender até o limite da lei." (gestor da Comissão Especial de Monitoramento da Lei 701/2021, E21.00h08min45s)
- "Eu quero destacar um ponto positivo que foi as equivalências. Principalmente do ponto de vista procedimentais: a lavagem de ouvido, as pequenas cirurgias, a coleta de procedimentos mais complexos com, por exemplo, líquido. O profissional passou a ter mais interesse pelos procedimentos porque isso aumentava a sua

condicionalidade de pontos para atingir a sua produtividade” (gestor de Unidade de especialidades, E3.00h23min40s)

- “Não teve dificuldade em relação a buscarmos essa equivalência né, e até mesmo utilizando o benchmarking para ver o que há de melhor.” (gestor, E41.00h21min55s)
- “É isso a gente chegou a discutir em relação a procedimentos como mielograma, biópsia, então no início quando eu entrei estava com um déficit e uma lista de pacientes que precisava de procedimento para se chegar a um diagnóstico e na época a referência era o AME de São Vicente e o médico falava que não fazia o procedimento. Então começamos a discutir sobre isso, o custo. Eu faria pela equivalência, mas no fim trocou o especialista da referência e não foi necessário..., mas se a gente perder essa especialista uma possibilidade é eu fazer o procedimento como equivalência também.” (hematologia, E05.00h12min32s)
- “Tem uma série de procedimentos para equivalência, espirometria é um exemplo. Toracocentese e USG de tórax, que tem entrado até como parte do exame físico são outros exemplos. *Peak flow*, também é um procedimento” (pneumologia, E24.00h07min38s)
- "Oftalmo[logia] é um bom exemplo. Ele veio me ofertar um monte de possibilidades de exames que eu tinha problema, mapeamento de retina, vários exames ele ofertou. Ele veio com a tabela, a gente viu a equivalência e já acertou. Outro grande gargalo que nós tínhamos o que fazer na época...eletroneuromiografia, outro grande gargalo eletroencefalograma, principalmente com sedação. Antes da lei era consulta só, e aí depois da lei, com a possibilidade de equivalência, ‘olha eu faço tal coisa’. Eletroneuromiografia é um bom exemplo, a médica veio, pegou a guia e falou...eu vou fazer o curso. Ela propôs fazer o curso, mas ainda sem saber qual seria a equivalência." (gestor do Departamento de especialidades, E01.01h12min28s)
- “A equivalência, no meu olhar, é um instrumento de incentivo para conseguir um aumento no volume de consultas de uma determina especialidade ou, às vezes, até uma ferramenta de negociação para permitir que um profissional da rede, capacitado para a execução de algum procedimento ou exame, possa fazer o mesmo através da rede, sem que seja necessária uma contratualização externa” (gestor da Comissão Especial de Monitoramento da Lei 701/2022, E21.00h09min30s)

- “A equivalência é realizada pela gestão, normalmente em negociação com profissionais que estão representando as especialidades, e é formalizado por uma portaria interna assinada pelo Secretário de Saúde” (gestor da Comissão Especial de Monitoramento da Lei 701/2024, E21.00h11min35s)

Categoria 09 – Regulação do acesso em saúde

- “O tempo para passar em um especialista está entre 1 mês a 1mês e meio. Antes era 3 a 4 meses, chegava ficar até 1 ano. Geralmente 2 meses já estamos passando pelo especialista. Dependendo do especialista é até 15 dias” (usuário SUS, E07.00h02min55s)
- “Fiz os exames, foram rápido. Mas a consulta já espera há 45 dias” (usuário SUS, E08.00h01min40s)
- Eu precisei passar no especialista e fiquei três meses esperando [endocrinologista] (usuário SUS, E09.00h2min20s)
- "o que eu vi naquela época uma questão muito importante da 701, foi trazer os profissionais a pensar o serviço...o profissional ficou mais próximo da gestão." (gestor de Unidade de especialidades, E03.00h19min00s)
- “Como ela [esposa do usuário SUS] está afastada do trabalho e o afastamento vai até o final do ano, a neuro falou que eu já vou fazer seu agendamento próximo do final do ano para se precisar manter seu afastamento, para você não ser marcado antes” (usuário SUS, E37.00h04min27s)
- “Precisaríamos ter essa interface entre a Atenção Primária e de especialidades e isso a gente conseguiu.” (gestor, E41.00h04min13s)
- "eu tenho vários médicos que ofertam 600 consultas. Você pega dois neurologistas que ofertam 600 consultas no mês, pronto, minha fila zerou" (gestor do Departamento de especialidades, E01.00h47min40s)
- "Quando você faz um estudo de fila, zera minha fila. Teve uma redução drástica de várias especialidades por conta da lei. Se não fosse a lei não teria acontecido isso. Eles não iriam se propor a atender mais" (gestor do Departamento de especialidades, E01.00h48min30s)
- “o profissional começou a entender melhor a rede municipal de saúde, nós vimos a importância de ter um vínculo melhor do profissional com o município. Começaram

a conversar melhor com a rede de Atenção Primária, que são os profissionais que encaminham na verdade para esses especialistas, e a gente percebe que houve uma mudança no perfil” (gestor, E41.00h09min01s)

- "Assim, quando o profissional migrou para a 701, e naquele momento entendeu que seria interessante, ele começou a se interessar pela fila de espera. O que era interessante para ele? Reduzir a fila de espera, para que ele tivesse mais tranquilidade em seu trabalho. Poderia até diminuir a sua vinda na unidade." (gestor de Unidade de especialidades, E03.00h20min33s)
- “A questão orçamentária, muito pelo contrário, nós tivemos uma economicidade, [...] evitamos encaminhamentos desnecessários, qualificou melhor a atenção primária, reduzindo exames solicitados de forma aleatória, [...] e com essa conversa com a Atenção Primária nós percebemos que não houve um aumento de despesa e muitos pacientes continuando seu atendimento na atenção primária.” (gestor, E41.00h13min51s)
- "Eu tenho profissionais que são assim. Cirurgia de cabeça e pescoço não tem fila, endócrino não tem fila, oncologista não tem fila, e eu continuo abrindo as 320 vagas, que é o que determina a lei, né? E há sempre vaga sobrando" (gestor do Departamento de especialidades, E1.00h50min40s)
- "Teve alguns médicos que foram participar das aulas do NEP, para dar orientação” (gestor do Departamento de especialidades, E01.00h50min52s)
- "o Otorrino foi um exemplo, ele fez um protocolo de atendimento e esse protocolo a gente ia diminuir muito a oferta. Se ele ganha por produção, teoricamente ele só garantiu o salário base. Isso é uma coisa interessante, ele [es]tava proporcionando a capacitação da ponta e essa capacitação iria trazer uma melhor triagem" (gestor do Departamento de especialidades, E01.00h56min40s)
- "O Dr. ***, ortopedista, ele fez um protocolo, mas foi escrito, de dor lombar. Tinha muita dor lombar para ele, né, de como proceder com dor lombar para poder ser triado na Atenção Básica também" (gestor do Departamento de especialidades, E01.00h57min49s)
- “chegamos a fazer um fluxograma de lombalgia para os residentes de medicina de família, mas era uma coisa muito boa para o município pois 40% das lombalgias volta contigo [especialista] sem tratar” (ortopedia, E10.00h07min34s)

- “A gente buscou um aperfeiçoamento da lei, não parou aí. Em determinado momento a gente fez uma revisão, até mesmo dos cálculos, fluxos, protocolos, porque até os próprios profissionais nos auxiliaram a produzir protocolos que estavam desatualizados. Já que é uma lei de adesão, então por que não utilizar os próprios profissionais para nos auxiliar em elaboração de protocolos. A gente conseguiu avanços que são fundamentais e que estão servindo de exemplos para outros municípios.” (gestor, E41.00h24min03s)
- "Vou dar o exemplo do colega da otorrino que se prontificou a estar mais próximo da rede básica, contribuindo para a melhoria do serviço da atenção primária...começando a treinar e qualificar a rede" (gestor de Unidade de especialidades, E03.00h31min55s)
- "Novos fluxos regulatórios foram instituídos com a implantação da Lei. Posso citar o exemplo da hematologia. Foi o maior ganho com marco regulatório da lei complementar 701. Tínhamos uma alta demanda para o especialista que certamente poderia ser resolvido na atenção primária. A lei trazia a contrarreferência” (gestor de Unidade de especialidades, E03.00h30min12s)
- “A lei sanou uma série de questões, não só com os profissionais, como da gestão municipal e principalmente, na questão de permitir incentivos na questão de equivalência de consultas, houve um grande ganho na questão de reduzir e resolver melhor especialidades ou até mesmo procedimentos pontuais em que havia uma grande demanda e uma oferta pequena” (gestor da Comissão Especial de Monitoramento da Lei 701/2018, E21.00h04min15s)
- "muitas demandas que a gente tinha, que eram um problema para o município, e deixaram de ser com a implantação da lei" (gestor do Departamento de especialidades, E01.00h20min49s)
- "A lei promove uma diminuição do retorno [à especialidade] porque favorece a contrarreferência e a estruturação de rede. O paciente estável volta [para Atenção Básica]. Por que nós tínhamos um gargalo grande? Era justamente isso, um paciente crônico estável que ficava vinculado aquele profissional especialista. E isso fechava os espaços. E aí com a 701 havia um encorajamento para esses profissionais fazerem a contrarreferência. Atenderem mais primeira consulta, não terem mais demanda e tinha mais tempo livre e poderia vir somente uma vez por semana." (gestor de Unidade de especialidades, E03.00h38min04s)

- A interface do médico da atenção secundária com Atenção Primária seria no mecanismo de referência e contrarreferência. É muito comum especialistas criticarem as referências da APS, ou seja, os encaminhamentos são pobres. E, ao mesmo tempo, não fazer a sua parte em dar contrarreferência, que seria um instrumento obrigatório para esse profissional. Assim, deveria ser obrigatório a esse colega adesista da lei, por exemplo, que esse colega fizesse a contrarreferência” (médico(a) regulador, E17.00h21min39s)
- “Quando eu comecei tinha 90 pacientes, eu comecei indo mais vezes por semana para resolver a fila, mas também foi muito rápido porque eu estava com disponibilidade de resolver todos os casos, então de forma bem rápida eu conseguir ficar com a agenda bastante reduzida. E se é uma paciente que vai continuar, por exemplo uma anemia curável, eu também faço relatório de contrarreferência voltando para a assistência básica” (hematologia, E05.00h09min50s)
- “A gente tem profissionais muito qualificados na área de hematologia, de mastologia, que imagino que se não tivesse a lei 701, eles não permaneceriam no município. Essas são duas filas que a gente tinha grande fila de demanda reprimida quando eu assumi a regulação. Esses profissionais entraram na 701, são altamente qualificados e trabalham junto com a regulação por serem filas reguladas com baixa demanda e isso é decisivo para esses profissionais permanecerem no município e também se mostrarem disponíveis como matriciadores para os médicos da atenção primária” (médico(a) regulador, E17.00h23min30s)
- “Meu contato com a atenção básica é bem pequeno. Existem alguns profissionais, principalmente os que estão iniciando, que tentam conversar, discutir o caso e nem sempre a gente tem essa disponibilidade” (psiquiatria, E32.00h13min10s)
- “Eu sou gastroenterologista. Na minha área havia uma demanda muito grande. Minha agenda nunca estava vazia. Sempre estava lotada. Então quanto a isso a demanda de consulta, ela permanece a mesma, independente da lei” (gastroenterologia, E31.00h06min24s)
- “Eu acho que a lei, para uma especialidade com baixa demanda, ela é muito favorável para o profissional e ela acaba também favorecendo a regulação por que muitas vezes esse profissional fica disponível para matricular casos e evitar que cheguem à especialidade sem necessidade” (médico(a) regulador, E17.00h18min40s)

- “É um instrumento que permite a flexibilização da atuação dos profissionais médicos e também permite uma flexibilização de como a administração pública consegue tratar esses recursos, esses profissionais, o tempo dos profissionais, para atender uma demanda que não é fixa, que é flexível por diversos fatores.” (gestor da Comissão Especial de Monitoramento da Lei 701/2015, E21.00h01min50s)
- “Sinceramente eu não lembro a última vez que eu recebi reclamação por parte da população e por parte de profissionais. Num primeiro momento nós tínhamos muitas críticas. Realmente o médico da Atenção Primária criticando que o especialista não estava dando sequência no tratamento e o contrário também, e o especialista criticava que havia muito encaminhamento desnecessário para o especialista. Depois que nós introduzimos essa legislação, isso também pode estar associado a nossa qualificação da Atenção Primária, porque temos um Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade e residência multiprofissional, a junção na verdade da criação dessa Lei e depois a qualificação da Atenção Primária nós conseguimos fazer entender o trabalho em Rede realmente. Os profissionais começaram a conversar mais entre eles e uma integração melhor entre os dois níveis de Atenção.” (gestor, E41.00h11min23s)

Categoria 10 – sugestões de aprimoramento da lei

- “Não ser tratado com linearidade o índice de absenteísmo das especialidades, reagendamento em caso de datas de feriado e pontos facultativos havendo desconto proporcional, e o desequilíbrio de atendimento entre as especialidades, reconhecendo a sobrecarga que algumas especialidades estão em relação a outras. (otorrinolaringologia, E04.00h35min22s)
- "o que eles sempre passam para mim é a questão do feriado. Quando tem muito feriado, ele tem que ofertar aquela quantidade no mês. Eles falam que trabalham em outros lugares e que não conseguem vir em outros dias. Só que aí eu falo para eles, é o que está na lei e precisa ofertar [o mínimo de produção da lei]. E aí acumula e é mais cheio para a agente também" (gestor de Unidade de especialidades, E15.00h5min30s)
- “precisava ajustar a produção conforme a especialidade. Não dá para ver um paciente ortopédico como um dermatológico” (ortopedia, E10.00h03min55s)

- “Eu não deixaria só por produção. Eu somaria número atendido com número de horas trabalhadas...levando em conta qualidade do atendimento e número de horas trabalhadas para o teto de remuneração...30% do valor para horas trabalhadas, 30% do valor para pacientes atendidos e 30% avaliação do profissional” (psiquiatria, E19.00h08min10s)
- “A maioria dos pacientes deveria preencher um questionário. Faça 4 pilares, percepção do usuário, percepção da chefia, horas e produção, para apuração de cumprimento de jornada de trabalho” (psiquiatria, E19.00h32min05s)
- “Você ter uma liberdade, em relação a um congresso médico. Isso é atualização. Você não tem uma gratificação para produzir um trabalho científico ou ir a um congresso, ou mestrado ou doutorado. A maioria dos municípios tem esses agregadores que estimula o colega a estudar.” (ortopedia, E10.00h05min28s)
- “Se você for no congresso e não for trabalhar, eles não te abonam, você tem que atender esses pacientes em outro dia” (dermatologia, E26.00h15min46s)
- “Aproveitar a gente como especialista para ajudar os residentes em algumas questões” (ortopedia, E10.00h08min10s)
- Segunda opinião assistida e matriciamento para o médico de saúde da família (cirurgia vascular, E27.00h40min18s)
- “Teria a aplicação de toxina botulínica em algumas crianças [sugestão de equivalência]. Fisiatra às vezes faz. Ortopedistas às vezes fazem, porque na ortopedia infantil para talvez operar um pezinho, joelho ou perna da criança, ele tenta com esse tipo de medicação. Teria também o eletroencefalograma” (neurologia pediátrica, E33.00h16min36s)
- “Antes da lei o paciente demorava mais tempo para passar em consulta. Com a lei, o paciente é agendado antes de ficarem prontos os exames. Isso é uma coisa que algum dia a gente pode fazer uma reunião com o pessoal da rede básica para afinar” (cirurgia de cabeça e pescoço, E16.00h18min40s)
- “o hospital municipal é uma gestão terceirizada, mas - por exemplo - essa equivalência poderia ser utilizada para a realização de cirurgias eletivas de pequeno, média e até mesmo grande porte.” (cirurgia de cabeça e pescoço, E16.00h26min05s)
- “Um dos principais defeitos da lei é não ter uma revisão periódica, tanto dos parâmetros de consultas mínimas, de faixas de remuneração, de equivalência. Eu acredito que a situação da demanda é muito flexível, muito elástica e a gente acaba

tendo um instrumento rígido para lidar com isso, o que ao longo do tempo pode levar a distorções. Uma solução pensada em um determinado momento, que pode ser melhor ou pior em outro momento.” (gestor da Comissão Especial de Monitoramento da Lei 701/2027, E21.00h14min40s)

- "Na grade horária [CNES] eu consto lá, mesmo tendo optado pela Lei 701, o que impede ter outros serviços públicos no mesmo período frente ao limite de dois empregos públicos" (endocrinologia, E22.00h06min06s)
- “Mas a meu ver, poderia ser utilizado a lei 701 como uma contrapartida para o colega que não quer usar o sistema informatizado, prontuário informatizado, a não permanência dele como adesista da lei 701” (médico(a) regulador, E17.00h19min30s)
- “Nenhuma lei é perfeita. Muita coisa mudou desde 2015 para agora. Porque é muito dinâmica a área da saúde. Infelizmente a administração municipal não tem ritmo de seguir esse dinamismo da saúde, principalmente em termos de tecnologia...mais ainda de atendimento por vídeo” (gestor da Divisão de Apoio, E14.00h15min16s)
- "talvez se você ultrapassasse [produção máxima mensal], você poderia ter um banco de férias, para ganhar um pouquinho mais quando tivesse de férias" (psiquiatria, E19.00h06min12s)
- "talvez devesse pensar sobre férias e 13 salário. Se a gente não produz, a gente não recebe. Se eu saio de férias, eu só ganho o teto base." (psiquiatria infantil, E25.00h4min45s)
- “Quando eu tenho férias o valor cai muito. Aí eu faço uma estratégia para fazer isso. Eu fragmento as minhas férias para que a produtividade eu tenha nos 12 meses do ano. Eu tenha uniformidade para cumprir meus compromissos” (psiquiatria, E32.00h02min01s)
- “[...] talvez não devesse ter um teto máximo (de produção), porque depende de cada serviço...todos os dias chegam casos novos, cada vez mais graves, mais jovens, pós-internação. Então, assim, são casos que não tem como eu simplesmente não vou atender porque já bati a meta e eu fico em uma situação em que todo mês eu atendo muito mais. Ou poderia ser por compensação durante férias.” (psiquiatria infantil, E25.00h07min05s)
- “Nós estamos estudando a possibilidade de expandir inclusive a mesma metodologia aplicada na lei 701 para os médicos para outras categorias para que -

de repente - a gente consiga fazer com que o esse matriciamento seja aprimorado e a gente consiga salvar mais vidas e resolver mais problemas de saúde da população.”

(gestor, E41.00h27min05s)

ANEXOS

ANEXO A – anuência de pesquisa pela Secretaria de Saúde Pública de Praia Grande/SP


MUNICÍPIO DA ESTÂNCIA BALNEÁRIA DE PRAIA GRANDE

Estado de São Paulo
SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA

Em 13 de setembro de 2019.

Ilmo Sr.
Rodrigo França Gomes
Pesquisador - Doutorando da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo

Parecer de Proposta de Projeto de Pesquisa

Título do Projeto: **Reconceituação da Jornada de Trabalho semanal de médicos especialistas no SUS: perspectiva histórico-cultural de estudo de caso.**


A Comissão Especial de Avaliação e Acompanhamento de Pesquisas em Saúde Pública (CEAAPSP) constata que a pesquisa em questão têm como objetivo geral " **Descrver o surgimento e desenvolvimento de uma nova proposta de legislação trabalhista estatutária como solução à prática de descumprimento da jornada de trabalho em um ambulatório de especialidades médicas de um município de grande porte do litoral sul paulista**". Trata-se de um estudo qualitativo com abordagem narrativa.


Informamos, também, que esta comissão recebeu cópia do Projeto de Pesquisa em questão.


Após análise, informamos que o projeto de pesquisa foi apreciado pela CEAAPSP e **poderá ser realizado mediante apresentação da aprovação pela Plataforma Brasil.**

Solicitamos que o pesquisador responsável entre em contato com esta comissão após Parecer Consubstanciado do CEP - Plataforma Brasil.

Atenciosamente,


Enfª Bruna Renó
Responsável pelo Departamento de Vigilância
em Saúde


Dr. Ernesto Dallaverde Júnior
Médico Regulador do Departamento de
Regulação, Avaliação e Controle


Dr. Luiz Carlos Marono
Secretário Adjunto

(BR/ EDJ/ LCM/ MS/ br)

ANEXO B – Parecer Consubstanciado n°. 4.015.170 / CAAE: 26488619.8.0000.5421, de 08 de maio de 2020

USP - FACULDADE DE SAÚDE
PÚBLICA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO - FSP/USP



Continuação do Parecer: 4.015.170

Recomendações:

Pela aprovação do projeto.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem óbices éticos.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1448547.pdf	06/05/2020 13:43:26		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOmodificado.pdf	06/05/2020 13:42:44	RODRIGO FRANCA GOMES	Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	formularioresposta.pdf	30/11/2019 19:30:06	RODRIGO FRANCA GOMES	Aceito
Outros	DECLARACAO_ANUENCIA.pdf	30/11/2019 19:29:32	RODRIGO FRANCA GOMES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEmodificado.pdf	30/11/2019 19:26:55	RODRIGO FRANCA GOMES	Aceito
Folha de Rosto	FolhaDeRosto_RodrigoFrancaGomes.pdf	21/10/2019 21:14:05	RODRIGO FRANCA GOMES	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 08 de Maio de 2020

Assinado por:

José Leopoldo Ferreira Antunes
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Doutor Arnaldo, 715

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 01.246-904

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-7779

Fax: (11)3061-7779

E-mail: coep@fsp.usp.br

ANEXO C – Currículo Lattes do doutorando



Rodrigo França Gomes



Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/5650284425941252>

ID Lattes: 5650284425941252

Última atualização do currículo em 10/01/2024

Rodrigo França Gomes é doutorando na Faculdade de Saúde Pública e mestre em Medicina Preventiva, ambos pela Universidade de São Paulo. Especialista em Regulação em Saúde e em Medicina de Família e Comunidade (RQE n 49501), possui experiência na Atenção Primária à Saúde, atuando como Médico de Família e Comunidade na Prefeitura da Estância Balneária de Praia Grande desde 2003, e como Gestor, tendo respondido pelas funções de Diretor do Departamento de Atenção Básica, Coordenador do Complexo Regulador da Saúde, Coordenador de Educação Permanente entre 2008 a 2013, e Subsecretário de Saúde nas gestões 2010-2013, 2014-2017 e 2018-2021. Foi diretor de Telessaúde do Núcleo Litorâneo da Associação Paulista de Medicina de Família, Supervisor do Programa Mais Médico pelo Brasil entre 2013 a 2022, professor assistente da Disciplina de graduação de Práticas Médicas no SUS e membro do Núcleo Docente Estruturante da Faculdade de Medicina da Universidade São Judas Tadeu entre 2019 a 2022, Supervisor do Programa de pós-graduação em residência médica de Praia Grande entre 2016 a 2023 e, atualmente, representante do segmento gestor no Conselho Municipal de Saúde, membro da Câmara Técnica da Comissão Intergestores Regional da Baixada Santista e ministra as disciplinas de Epidemiologia, de Metodologia de Pesquisa e de Ética em Pesquisa dos Programas de residência médica e multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade de Praia Grande. Possui interesse na área de Política, Planejamento, Gestão e Avaliação em Saúde. **(Texto informado pelo autor)**

Identificação

Nome	Rodrigo França Gomes 
Nome em citações bibliográficas	GOMES, R. F.
Lattes iD	 http://lattes.cnpq.br/5650284425941252

Endereço

Endereço Profissional	Prefeitura da Estância Balneária de Praia Grande, Complexo Regulador da Saúde de Praia Grande. Av. Presidente Kennedy, 8850 Balneário Maracanã 11705750 - Praia Grande, SP - Brasil Telefone: (13) 34962472 URL da Homepage: www.prmfc.com.br
------------------------------	--

Fonte: <http://lattes.cnpq.br/5650284425941252>

ANEXO D – Currículo Lattes do orientador



Marco Antonio Pereira Querol




Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/2231690205762449>

ID Lattes: 2231690205762449

Última atualização do currículo em 01/12/2023

Possui doutorado em Engenharia de Produção pela Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ na área de Gestão e Inovação (título original Educação de Adultos pela Universidade de Helsinque, Finlândia, numero de processo de revalidação 23079.020788/2012-33), Mestrado em Manejo de Conhecimento Agroecológico e Mudanças Sociais pela Universidade de Wageningen, Holanda (2004) e graduação em Engenharia Agrônômica pela Universidade de São Paulo (ESALQ-USP). Atualmente é Professor Adjunto no Departamento de Engenharia Agrônômica da Universidade Federal de Sergipe (UFS), onde ministra as disciplinas: Sociologia Rural, Extensão Rural e Movimentos Sociais. Possui interesse de pesquisa nas áreas de Inovação, Sustentabilidade, Aprendizagem Organizacional, Teoria da Atividade (Cultural-Historical Activity Theory) e Metodologias Intervencionistas com ênfase no Laboratório de Mudança (Change Laboratory). (Texto informado pelo autor)

Identificação

Nome	Marco Antonio Pereira Querol 
Nome em citações bibliográficas	PEREIRA QUEROL, M. A.;Pereira Querol, Marco;Pereira-Querol, Marco Antonio;QUEROL, MARCO ANTONIO PEREIRA;PEREIRA-QUEROL, MARCO;Querol, Marco Pereira;QUEROL, MARCO ANTÔNIO PEREIRA;Pereira Querol, Marco Antonio
Lattes iD	 http://lattes.cnpq.br/2231690205762449
Orcid iD	 https://orcid.org/0000-0003-3815-1835

Endereço

Endereço Profissional	Universidade Federal de Sergipe, DEA - Departamento de Engenharia Agronomica. Av. Marechal Rondon s/n Jardim Rosa Elze 49100000 - São Cristóvão, SE - Brasil Telefone: (79) 31946600 URL da Homepage: http://www.docente.ufs.br/mapquero
------------------------------	--

Fonte: <http://lattes.cnpq.br/2231690205762449>