



Trabalho, Educação e Saúde

A Educação Física como força de trabalho do SUS: análise dos tipos de vínculos profissionais

Physical Education as a workforce of the Brazilian Unified Health System: an analysis of the types of professional bonds

La Educación Física como fuerza de trabajo del Sistema Único de Salud: análisis de los tipos de vínculos de los profesionales

Leonardo Araújo Vieira¹  Leonardo Carvalho Caldas² 
Marcos Rafael de Jesus Gama³  Ueberson Ribeiro Almeida⁴ 
Emmanuelly Correia de Lemos⁵  Fabio Fortunato Brasil de Carvalho⁶ 

Resumo

Considerando a inserção de Profissionais de Educação Física como força de trabalho no Sistema Único de Saúde, este estudo teve como objetivo analisar os tipos de vínculos e a carga horária de trabalho desses profissionais nos diferentes níveis de atenção à saúde e regiões do Brasil entre 2007 e 2021. Trata-se de um estudo descritivo de abordagem quantitativa com base em pesquisa no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Foi observado que a atenção primária à saúde constitui o principal nível de atuação, seguida da atenção secundária e terciária. Na atenção primária, o número de cadastros de Profissionais de Educação Física com vínculo de trabalho precário é maior do que os com vínculo protegido, mas o inverso ocorre na atenção secundária e terciária. Nas regiões Sul e Sudeste, foi revelado maior número de cadastro desses profissionais com vínculo de trabalho protegido, e nas demais regiões prevaleceu o vínculo de trabalho precário. Foi identificado que 44,7% dos cadastros de Profissionais de Educação Física possuem carga horária maior ou igual a 40 horas por semana. Em conclusão, a atenção à saúde pode ser prejudicada pelo tipo de vínculo de trabalho do profissional por causar rotatividade e dificuldade na continuidade do cuidado.

Palavras-chave educação física e treinamento; recursos humanos; emprego; Sistema Único de Saúde; gestão em saúde.

ARTIGO

<https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs01991>

¹ Secretaria Municipal de Saúde de Vitória, Serviço de Orientação ao Exercício, Vitória, Brasil.
lcaramuru@gmail.com

² Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Educação Física e Desportos, Vitória, Brasil.
leocaldas03@gmail.com

³ Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Educação Física e Desportos, Vitória, Brasil.
rafaelprofessor13@gmail.com

⁴ Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Educação Física e Desportos, Vitória, Brasil.
ueberonribeiro@hotmail.com

⁵ Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco, Recife, Brasil.
emmanuellylemos@gmail.com

⁶ Instituto Nacional de Câncer, Coordenação de Prevenção e Vigilância, Rio de Janeiro, Brasil.
fabiofcarvalho@gmail.com



Abstract

Considering the insertion of Physical Education Professionals as a workforce in the Unified Health System, this study aimed to analyze the types of ties and the workload of these professionals in the different levels of health care and regions of Brazil between 2007 and 2021. This is a descriptive study of quantitative approach based on research in the National Register of Health Facilities. It was demonstrated that primary health care is the main level of action, followed by secondary and tertiary care. In primary care, the number of registrations of Physical Education Professionals with precarious employment is higher than those with protected employment, but the reverse occurs in secondary and tertiary care. In the South and Southeast regions, a greater number of records of these professionals with a protected work relationship was revealed, and in the other regions the precarious work relationship prevailed. It was identified that 44.7% of the registrations of Physical Education Professionals have workload greater than or equal to 40 hours per week. In conclusion, attention to health can be impaired by the type of the professional's work relationship by causing turnover and difficulty in the continuity of care.

Keywords physical education and training; human resources; employment; Unified Health System; health management.

Resumen

Considerando la inserción de los Profesionales de Educación Física como mano de obra en el Sistema Único de Salud, este estudio tuvo como objetivo analizar los tipos de vínculo y la carga de trabajo de estos profesionales en los diferentes niveles de atención a la salud y regiones de Brasil entre 2007 y 2021. Se trata de un estudio descriptivo con enfoque cuantitativo basado en la investigación en el Registro Nacional de Establecimientos de Salud. Se ha demostrado que la atención primaria de salud es el principal nivel de actuación, seguida de la atención secundaria y terciaria. En atención primaria, el número de casos de Profesionales de Educación Física con vínculo de trabajo precario es mayor que aquellos con vínculo protegido, pero ocurre lo contrario en atención secundaria y terciaria. En las regiones Sur y Sudeste, se reveló un mayor número de registros de estos profesionales con relación de trabajo protegida, y en las demás regiones prevaleció la relación de trabajo precaria. Se identificó que el 44,7% de los registros de los Profesionales de Educación Física tienen carga horaria mayor o igual a 40 horas semanales. En conclusión, la atención a la salud puede verse obstaculizada por el tipo de empleo del profesional, ya que esto provoca rotación y dificultad en la continuidad de la atención.

Palabras-clave educación y entrenamiento físico; recursos humanos; empleo; Sistema Único de Salud; gestión en salud.

Introdução

Políticas neoliberais com vistas à obtenção do 'Estado mínimo', com seus interesses voltados à privatização e à abertura à lógica de mercado, pressionam o sistema público de saúde e contribuem para o desprezo e a desqualificação dos serviços, servidores e trabalhadores. Precarização dos vínculos e das condições de trabalho, redução de direitos, relações sociais de trabalho em contextos de gestão tradicional e pautadas na lógica empresarial, entre outros, são problemas enfrentados pelos trabalhadores da saúde (Druck, 2016; Morosini, 2016; Souza, 2021). Assim, o trabalho em saúde vem sendo objeto de atenção devido à crescente precarização das condições de trabalho e seus efeitos nocivos à qualidade de vida e à saúde dos trabalhadores.

A disponibilidade de recursos humanos representados pela força de trabalho em saúde é um aspecto central para o desenvolvimento das ações e serviços de saúde, e o Sistema Único de Saúde (SUS) é o principal empregador dos profissionais de saúde do país, com relevante contribuição para o desenvolvimento social e econômico brasileiro (Paim, 2019). No SUS, a terceirização e a precarização das relações de trabalho passaram a ser amplamente adotadas no âmbito federal, estadual e municipal com a promulgação da emenda constitucional n. 19/1998 (Brasil, 1998), a qual alterou o regime administrativo e as normas da Administração Pública e dos Servidores Públicos. Essa medida, além de propor o controle de despesas e das finanças públicas, interferiu na admissão de pessoal, na política

remuneratória, na estabilidade e na descentralização das funções das entidades administrativas. Assim, como principais desafios para a consolidação e fortalecimento da gestão da força de trabalho do SUS destacam-se a precarização do trabalho e a terceirização dos serviços de saúde (Machado e Ximenes Neto, 2018), as quais são indissociáveis nos últimos anos no Brasil.

O trabalho precário é aquele incerto e imprevisível, no qual os riscos empregatícios são assumidos principalmente pelos trabalhadores e não pelos empregadores ou pelo governo. Ele está relacionado aos vínculos de trabalho que não garantem os direitos trabalhistas e previdenciários consagrados em lei, sendo o estatutário e o celetista os únicos vínculos trabalhistas que garantem proteção social (Brasil, 2006; Kalleberg, 2009). O trabalho precário é caracterizado também pela intensificação do ritmo do trabalho em paralelo ao achatamento e perdas salariais, captura da subjetividade do trabalhador e retirada de direitos (Cunha, 2010; Peroni et al., 2013).

Iniciativas anteriores, como o Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS e o Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS (DesprecarizaSUS), respectivamente em 2003 e 2006, objetivaram buscar soluções para a precarização dos vínculos de trabalho nas três esferas de governo (Brasil, 2006). Entretanto, depois de 2016 ocorreu o fortalecimento da política neoliberal, com uma sucessão de medidas de austeridade fiscal, com corte de gastos e sub ou desfinanciamento e privatizações dos serviços de saúde, contrárias ao desenvolvimento do SUS, tais como: a aprovação da emenda constitucional n. 95 de 2016 (Brasil, 2016) e a aprovação da lei das terceirizações, da reforma trabalhista e da previdência, criando grandes obstáculos para a expansão e sustentabilidade econômica, política, científico-tecnológica e institucional do SUS (Paim, 2018; 2019).

A partir de 2016, configurou-se o “Momento de ameaça de perdas dos direitos essenciais” (Machado e Ximenes Neto, 2018, p. 1.978) da Política de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, marcado por tensões entre os gestores e trabalhadores do SUS, expressas pelas constantes ameaças contra a premissa constitucional de manutenção da saúde como direito do cidadão e dever do Estado. Considerando que o projeto neoliberal na economia foi o vencedor nas eleições presidenciais de 2018 (governo de 2019 a 2022) e que isso acarreta na fragilização da saúde como direito social e no fortalecimento da concepção da saúde como mercadoria (logo, um privilégio para quem pode arcar com seus custos), torna-se importante compreender as relações e vínculos de trabalho para traçar estratégias que superem a vinculação precária dos profissionais no SUS e que possam contribuir para o seu fortalecimento.

Diante desse contexto, é necessário analisar a inserção e os tipos de vínculos de trabalho dos profissionais com atuação no SUS. Dentre as distintas categorias profissionais que fazem parte da força de trabalho está a Educação Física (EF), a qual passou por um aumento significativo do quantitativo de Profissionais de Educação Física (PEF) com atuação no SUS ao longo dos últimos anos, principalmente depois da publicação da Política Nacional de Promoção da Saúde, em 2006. Todavia, é importante ressaltar que tal aumento também foi acompanhado da distribuição da força de trabalho de modo desigual entre as regiões do país (Carvalho et al., 2018; Silva, 2019; Silva et al., 2022; Vieira et al., 2023).

Considerando que a inserção dos PEF tem aumentado no SUS e, por sua vez, contribuído para o cuidado em saúde pública nos diferentes níveis de atenção, é necessário avaliar como a precarização do trabalho no SUS, intensificada nos últimos anos, afeta os vínculos de trabalho dos PEF. Partindo dessa premissa, este estudo teve como objetivo analisar os tipos de vínculos e a carga horária de trabalho dos PEF com atuação no SUS nos diferentes níveis de atenção à saúde e regiões do Brasil nos anos de 2007 a 2021.

Método

Trata-se de um estudo descritivo de abordagem quantitativa sobre os vínculos e carga horária de trabalho dos PEF com atuação no SUS nas regiões do país no período entre 2007 e 2021, por meio de pesquisa no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) (Brasil, 2023a). Optou-

se pelo CNES como fonte de dados secundários por ser o principal sistema de informação em saúde relacionada aos estabelecimentos e profissionais de saúde no Brasil (Pelissari, 2019). Com ele, é possível obter informações sobre os trabalhadores, tipos de vínculos e estabelecimentos de saúde nos quais os profissionais são cadastrados (Oliveira e Machado, 2010).

A consulta e extração de dados no CNES foram realizadas nos meses de agosto e setembro de 2021, mediante treinamento prévio para padronização dos procedimentos. A extração foi realizada por um dos autores e revisada por outro autor e, nos casos de inconsistências, uma nova etapa de revisão foi realizada por um terceiro. Foram extraídos os dados de profissionais de todos os tipos de gestão e Unidade Federativa (UF) do Brasil no período de 2007 a 2021. O mês de agosto foi utilizado como referência dos períodos de competência em cada um dos anos analisados. Foram incluídos os dados de PEF cadastrados com os códigos de Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) relacionados ao Profissional de Educação Física (2241-40 e 2241e1 – Profissional de Educação Física na Saúde; 2241-05 – Avaliador físico; 2241-10 – Ludomotricista; 2241-15 – Preparador de atleta; 2241-20 – Preparador físico; 2241-25 – Técnico de desporto individual e coletivo, exceto futebol; 2241-30 – Técnico de laboratório e fiscalização desportiva; e 2241-35 – Treinador profissional de futebol) e aqueles relacionados ao de Professor de Educação Física (2344-10 – Professor de Educação Física no Ensino Superior; 2321-20 – Professor de Educação Física no Ensino Médio; e 2313-15 – Professor de Educação Física no Ensino Fundamental). Estes últimos, apesar de *a priori* estarem vinculados à educação, também são encontrados em serviços de saúde. Foram excluídos os dados de PEF que não atuavam em estabelecimentos do SUS.

Na sequência, os dados obtidos foram tabulados em planilhas com o programa Microsoft Office Excel® de acordo com o período (mês de agosto do ano de competência) e localização (regiões e UF) e classificados conforme os tipos de vínculos de trabalho e nível de atenção à saúde dos estabelecimentos de saúde. A classificação foi realizada por dois autores, de forma independente e cegada, e revisada por um autor diferente daqueles que inicialmente realizaram a classificação. Nos casos de divergências, a classificação final foi realizada pelo revisor.

Ressalta-se que os PEF que atuam em mais de um estabelecimento geram um cadastro para cada local de atuação, podendo existir mais de um cadastro para o mesmo profissional. Entretanto, as análises deste estudo consideraram o número total de cadastros devido à compreensão de que a multiplicidade de cadastros em diferentes estabelecimentos de saúde, com fragmentação de carga horária, é um fator que contribui para a precarização do trabalho e fragilização de atuação conjunta com as equipes de saúde e de vínculos relacionados ao cuidado longitudinal da comunidade atendida. Diante disso, o presente estudo também analisou a carga horária de trabalho dos PEF com atuação no SUS.

Para análise dos vínculos de trabalho, foram usadas as informações do campo 'vínculo empregador' do CNES (Brasil, 2023a), classificado em: a) protegido: celetista, emprego público, estatutário e servidores cedidos; b) precário: autônomos (foram contemplados tanto os vínculos diretos, sem intermediação, quanto os intermediados por diferentes entidades, tais como: organização da sociedade civil de interesse público; entidade filantrópica ou sem fins lucrativos; cooperativa; empresa privada; empresa não governamental; e organização social), bolsistas, cargo comissionado, consultoria, contrato por prazo determinado, contrato verbal ou informal e cooperativa; c) outros: aqueles que apresentaram vínculo de proprietário e outros tipos de vínculos que não foram possíveis de ser classificados; d) sem informação: quando o tipo de vínculo não constava do CNES. Além disso, a carga horária dos PEF com atuação no SUS cadastrados no CNES, na Atenção Primária à Saúde (APS), secundária e terciária foi classificada em: a) inferior a 10 horas; b) 10 a 19 horas; c) 20 a 29 horas; d) 30 a 39 horas; e) acima de 40 horas. Por fim, os residentes e estagiários foram excluídos deste estudo por serem modalidades formativas, portanto, não podem ser classificadas como tipo de vínculo de trabalho.

Os estabelecimentos de saúde foram classificados de acordo com os níveis de atenção à saúde em atenção primária, secundária e terciária, e outros: a) APS: polos da Academia da Saúde e programas similares, Unidades Básicas de Saúde, Postos e Centros de Saúde, Centro de Saúde da Família e Unidade Móvel Fluvial; b) atenção secundária à saúde ou média complexidade: Centros de Atenção Psicossocial

(CAPS), policlínicas e clínicas, ambulatórios, ou centros de especialidades e de reabilitação, unidade mista, Unidade de Serviço de Apoio de Diagnóstico e Terapia (SADT), polo de prevenção de doenças e agravos e consultórios isolados; c) atenção terciária à saúde ou alta complexidade: hospitais geral e especializados; d) outros: Secretarias de Saúde, Unidades de Vigilância em Saúde, Centros de Vigilância Ambiental, Central de Regulação dos Serviços de Saúde, Central de Abastecimento, cooperativas, farmácias, laboratórios, Unidade Móvel Terrestre e também aqueles estabelecimentos de saúde em que não foi possível identificar o nível de atenção à saúde.

Para a classificação e determinação dos tipos de estabelecimentos de saúde, foram realizadas consultas nas fichas dos estabelecimentos no *site* do CNES (Brasil, 2023b).

Por não se tratar de pesquisa com seres humanos e considerando que os dados utilizados são de domínio público, não houve necessidade de apreciação por um comitê de ética em pesquisa.

Resultados

A Tabela 1 apresenta a classificação quanto aos tipos de vínculos de trabalho dos PEF com atuação no SUS nos diferentes níveis de atenção à saúde entre 2007 e 2021. A análise do quantitativo total de cadastros de PEF mostrou que, ao longo do período analisado, a APS constitui o principal nível de atuação dos profissionais (75,9%), seguida da atenção secundária (17,6%), terciária (4,8%) e de estabelecimentos de saúde classificados como outros (1,7%). Com relação aos tipos de vínculos de trabalho, a análise do total de cadastros entre 2007 e 2021 identificou que na APS o número de PEF com vínculo de trabalho precário é maior do que o de PEF com vínculo de trabalho protegido, mas o inverso ocorre na atenção secundária e terciária à saúde (Figura 1).

A Figura 2 mostra o desenvolvimento dos tipos de vínculos de trabalho dos PEF com atuação no SUS entre 2007 e 2021. A análise dos cadastros revelou um importante aumento do número de PEF com atuação no SUS e um maior quantitativo de PEF com vínculo de trabalho precário, exceto em 2007, 2008 e 2009. Entre 2020 e 2021 ocorreu uma redução de 4% no total de cadastros de PEF com atuação no SUS. Essa redução foi observada apenas na APS, com diminuição de 8% no total de cadastros de PEF, dos quais 12% possuíam vínculos de trabalho precários e 2% com vínculos de trabalho protegido (Tabela 1).

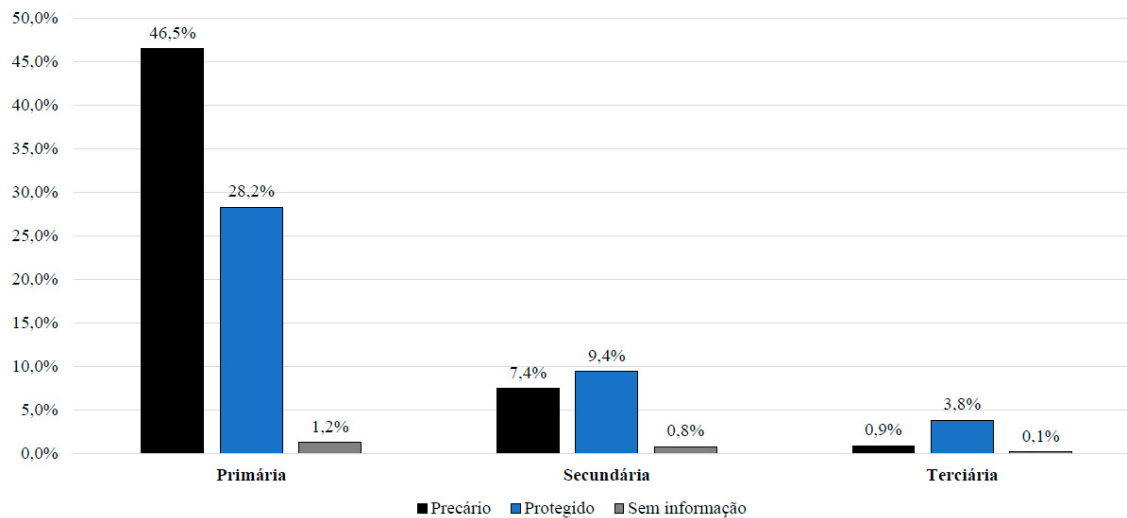
Foi demonstrado também que existem importantes diferenças regionais quanto aos tipos de vínculos de PEF com atuação no SUS. Nas regiões Norte, Centro-Oeste e Nordeste, foram observados um maior número de cadastros de PEF com vínculo de trabalho precário, e nas regiões Sudeste e Sul foi revelado um maior quantitativo de cadastros de PEF com vínculos protegidos (Figura 3).

Tabela 1 – Classificação quanto aos tipos de vínculos de trabalho dos Profissionais de Educação Física com atuação no Sistema Único de Saúde nos diferentes níveis de atenção à saúde, segundo Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, entre 2007 e 2021.

Nível de atenção à saúde	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Total	%
Primária	4	464	1.039	1.502	2.017	2.852	3.207	4.426	5.066	5.680	6.018	6.742	7.147	7.234	6.683	60.081	76%
Protegido	0	188	372	535	765	1.083	1.232	1.476	1.878	2.182	2.251	2.399	2.551	2.750	2.683	22.345	28%
Precário	0	164	448	751	1.059	1.666	1.925	2.905	3.178	3.489	3.764	4.340	4.596	4.484	4.000	36.769	46%
Sem informação	4	112	219	216	193	103	50	45	10	9	3	3	0	0	0	967	1%
Secundária	3	221	406	574	708	888	1.053	1.080	1.108	1.152	1.173	1.246	1.334	1.421	1.538	13.905	18%
Protegido	1	100	165	230	293	388	519	491	611	668	699	734	795	829	896	7.419	9%
Precário	2	65	143	226	302	417	475	547	478	475	465	508	537	592	642	5.874	7%
Outros tipos de vínculo	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	3	0%
Sem informação	0	56	98	118	113	82	59	42	19	9	9	3	1	0	0	609	1%
Terciária	0	101	130	151	179	195	209	251	266	283	333	384	378	463	481	3.804	5%
Protegido	0	61	88	114	138	154	165	187	201	223	282	301	331	362	379	2.986	4%
Precário	0	7	8	24	28	34	41	61	64	60	51	83	47	101	102	711	1%
Sem informação	0	33	34	13	13	7	3	3	1	0	0	0	0	0	0	107	0%
Outros	0	6	12	33	61	77	100	107	121	112	121	117	134	153	182	1.336	2%
Protegido	0	1	5	20	23	36	55	63	72	68	74	75	78	82	94	746	1%
Precário	0	1	4	11	32	37	42	41	48	44	47	42	56	71	88	564	1%
Sem informação	0	4	3	2	6	4	3	3	1	0	0	0	0	0	0	26	0%
Total	7	792	1.587	2.260	2.965	4.012	4.569	5.864	6.561	7.227	7.645	8.489	8.993	9.271	8.884	79.126	100%

Fonte: Microdados das competências de agosto do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (última atualização: 19 set. 2021).

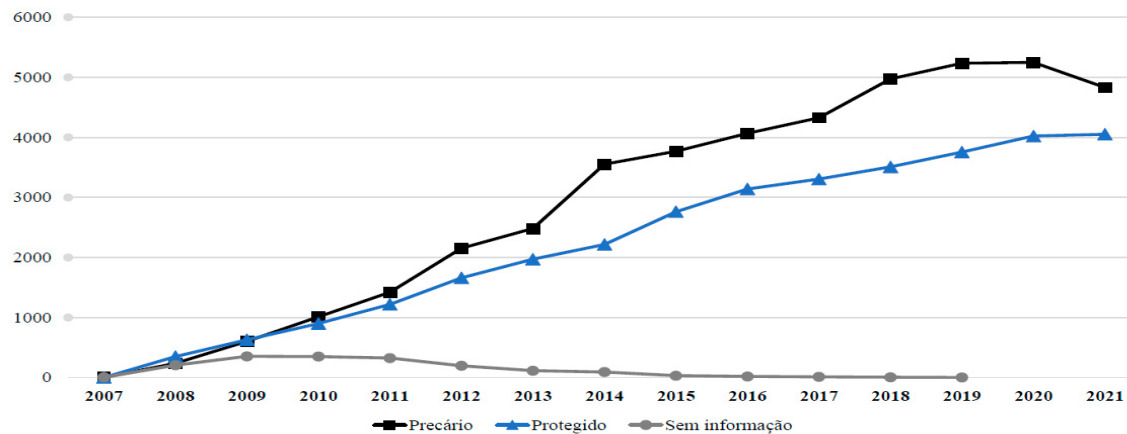
Figura 1 – Classificação quanto aos tipos de vínculos de trabalho dos Profissionais de Educação Física com atuação no Sistema Único de Saúde nos diferentes níveis de atenção à saúde, segundo Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, entre 2007 e 2021.



Fonte: Microdados das competências de agosto do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (última atualização: 19 set. 2021).

Nota: O grupo 'Outros' não está descrito na figura porque o seu percentual representativo foi inferior a $\leq 0,001\%$.

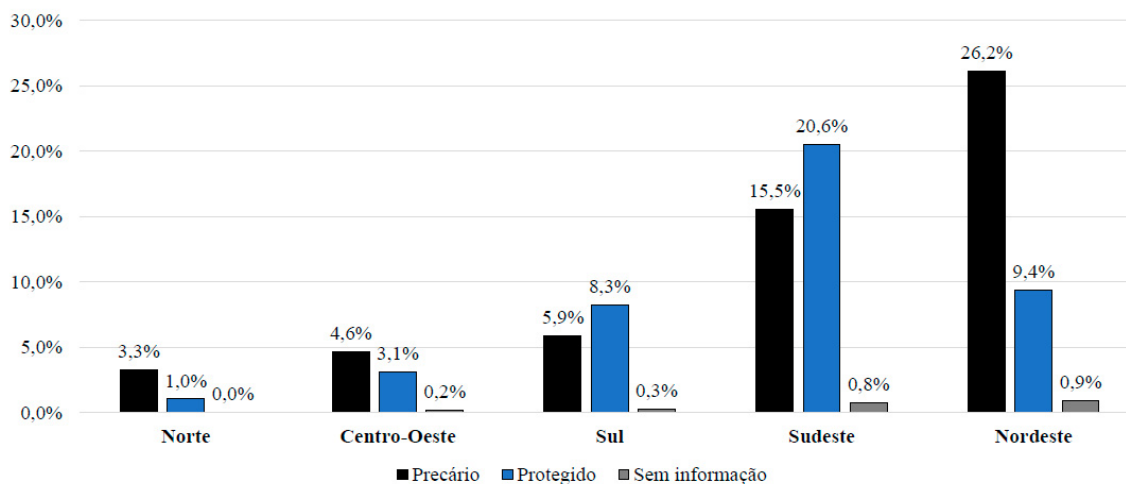
Figura 2 – Desenvolvimento dos tipos de vínculos de trabalho dos Profissionais de Educação Física com atuação no Sistema Único de Saúde, segundo Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, no período de 2007 a 2021.



Fonte: Microdados das competências de agosto do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (última atualização: 19 set. 2021).

Nota: O grupo 'Outros' não está descrito na figura por ter sido encontrado um quantitativo de três profissionais ao longo do período analisado, com identificação de apenas um profissional nos anos de 2012, 2018 e 2019.

Figura 3 – Classificação quanto ao tipo de vínculos de trabalho dos Profissionais de Educação Física com atuação no Sistema Único de Saúde nas diferentes regiões, segundo Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, entre 2007 e 2021.



Fonte: Microdados das competências de agosto do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (última atualização: 19 set. 2021).

Nota: O grupo 'Outros' não está descrito na figura porque o seu percentual representativo foi inferior a $\leq 0,001$.

A Tabela 2 apresenta a classificação quanto à carga horária dos PEF com atuação no SUS nos diferentes níveis de atenção à saúde entre 2007 e 2021. Identificou-se que 44,7% dos cadastros de PEF possuem carga horária de trabalho semanal maior ou igual a 40 horas, 27,2% de 20 a 29 horas, 13,1% de 30 a 39 horas, 8,8% inferior a 10 horas e 6,2% entre 10 e 19 horas por semana.

A Figura 4 ilustra a classificação dos cadastros quanto à carga horária de trabalho dos PEF com atuação no SUS entre 2007 e 2021 nos diferentes níveis de atenção à saúde. Foi possível identificar que na APS, na atenção terciária à saúde e em estabelecimentos de saúde classificados como 'outros' a carga horária predominante dos PEF foi igual ou superior a 40 horas, e na atenção secundária à saúde a maior parcela dos PEF apresentou carga horária de trabalho de 20 a 29 horas.

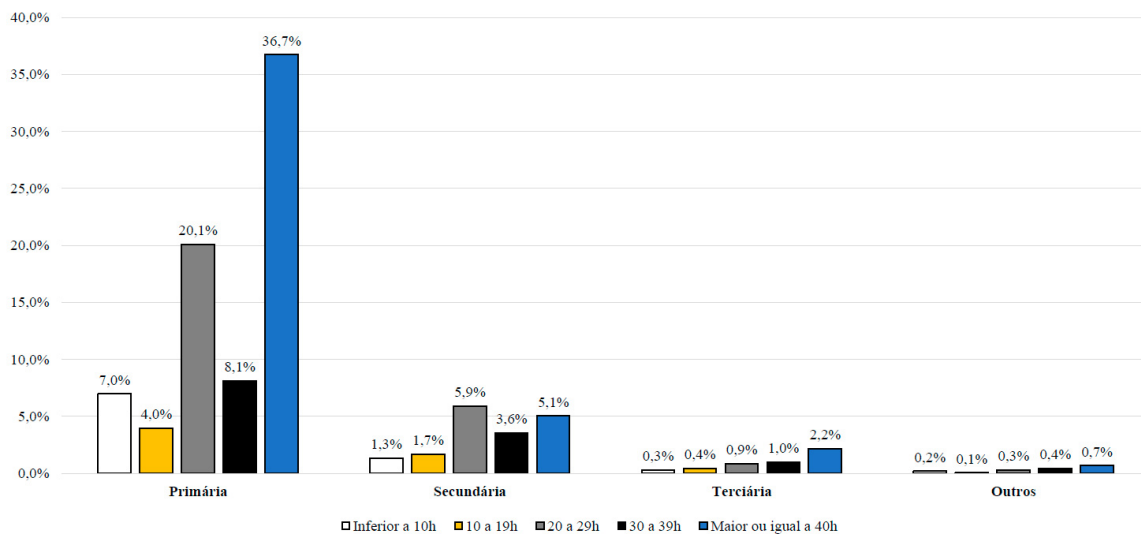
Além disso, embora não tenha sido um objetivo do trabalho, foi possível identificar que 13.745 (17%) PEF eram do sexo feminino, 14.885 (19%) do sexo masculino e 50.496 (64%) não tinham o campo sexo adequadamente informado, o que revela uma importante fragilidade de completude desse campo de informação no CNES no período entre 2007 e 2021.

Tabela 2 – Classificação quanto à carga horária e nível de atenção à saúde dos Profissionais de Educação Física com atuação no Sistema Único de Saúde nos diferentes níveis de atenção à saúde, segundo Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, entre 2007 e 2021.

Carga horária	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Total	%
Primária	4	464	1.039	1.502	2.017	2.852	3.207	4.426	5.066	5.680	6.018	6.742	7.147	7.234	6.683	60.081	75,9%
10 a 19h	0	37	87	147	197	258	189	205	198	254	270	285	284	339	403	3.153	4,0%
20 a 29h	0	38	85	140	158	321	531	1.093	1.400	1.695	1.805	2.108	2.243	2.243	2.046	15.906	20,1%
30 a 39h	0	41	45	38	153	299	336	439	531	600	694	795	879	841	736	6.427	8,1%
<10h	4	100	258	294	400	436	371	386	406	422	386	395	422	632	606	5.518	7,0%
≥40h	0	248	564	883	1.109	1.538	1.780	2.303	2.531	2.709	2.863	3.159	3.319	3.179	2.892	29.077	36,7%
Secundária	3	221	406	574	708	888	1.053	1.080	1.108	1.152	1.173	1.246	1.334	1.421	1.538	13.905	17,6%
10 a 19h	1	17	37	54	75	88	99	92	88	104	110	130	144	147	159	1.345	1,7%
20 a 29h	2	82	130	197	230	288	393	393	387	398	395	416	442	472	450	4.675	5,9%
30 a 39h	0	42	71	84	105	159	195	214	239	243	245	272	297	303	348	2.817	3,6%
<10h	0	8	19	33	53	62	65	75	90	81	93	92	123	133	130	1.057	1,3%
≥40h	0	72	149	206	245	291	301	306	304	326	330	336	328	366	451	4.011	5,1%
Terciária	0	101	130	151	179	195	209	251	266	283	333	384	378	463	481	3.804	4,8%
10 a 19h	0	7	8	9	8	11	19	17	19	27	27	74	27	64	29	346	0,4%
20 a 29h	0	23	34	36	43	43	40	45	37	36	43	48	59	73	127	687	0,9%
30 a 39h	0	13	18	24	41	48	54	59	69	64	73	65	78	97	101	804	1,0%
<10h	0	0	1	7	5	7	10	11	19	23	20	29	36	42	37	247	0,3%
≥40h	0	58	69	75	82	86	86	119	122	133	170	168	178	187	187	1.720	2,2%
Outros	0	6	12	33	61	77	100	107	121	112	121	117	134	153	182	1.336	1,7%
10 a 19h	0	0	1	1	7	8	6	7	5	3	2	2	5	5	8	60	0,1%
20 a 29h	0	4	4	8	20	18	15	28	24	14	17	16	18	26	27	239	0,3%
30 a 39h	0	1	1	6	14	16	16	21	29	33	36	34	41	46	57	351	0,4%
<10h	0	0	3	1	5	8	23	19	15	15	17	12	9	10	12	149	0,2%
≥40h	0	1	3	17	15	27	40	32	48	47	49	53	61	66	78	537	0,7%
Total	7	792	1.587	2.260	2.965	4.012	4.569	5.864	6.561	7.227	7.645	8.489	8.993	9.271	8.884	79.126	100,0%

Fonte: Microdados das competências de agosto do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (última atualização: 19 set. 2021).

Figura 4 – Classificação quanto à carga horária dos Profissionais de Educação Física com atuação no Sistema Único de Saúde nos diferentes níveis de atenção à saúde, segundo Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, entre 2007 e 2021.



Fonte: Microdados das competências de agosto do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (última atualização: 19 set. 2021).

Discussão

O presente estudo teve como objetivo analisar os tipos de vínculos e a carga horária de trabalho dos PEF com atuação no SUS nos diferentes níveis de atenção à saúde e regiões do Brasil entre 2007 e 2021. Em relação aos tipos de vínculos dos PEF com atuação no SUS, há um maior quantitativo de cadastros de PEF com vínculos precários do que de vínculos protegidos. A APS constitui o principal nível de atuação dos PEF, com maior número de cadastros de profissionais com vínculo de trabalho precário, mas o inverso ocorre na atenção secundária e terciária à saúde. Ao analisar o desenvolvimento dos tipos de vínculo por ano, foi encontrado um aumento de cadastros desses profissionais na APS com vínculo precário. Essa distribuição é diferente nas regiões do país, ficando as regiões Norte, Centro-Oeste e Nordeste com um maior número de cadastros de PEF com vínculo de trabalho precário, e as regiões Sudeste e Sul com um maior quantitativo com vínculos protegidos. No que diz respeito à carga horária, independentemente do nível de atenção à saúde, a maior parte dos cadastros de PEF inseridos no SUS possuem uma carga horária de trabalho semanal igual ou superior a 20 horas.

A precarização do trabalho não é recente na área da EF, que há décadas se vê diante de vínculos de trabalho frágeis, condições de trabalho ruins e sub-remuneração (Palma et al., 2021). De acordo com o ciclo de monitoramento do Programa Academia da Saúde – um dos principais *loci* de inserção de PEF na APS e no SUS –, 68% dos polos informaram possuir profissionais contratados com vínculos temporários, apontando-se que essa fragilidade se relaciona com a elevada rotatividade de profissionais, o que representa um desafio para a sustentabilidade das atividades do programa (Brasil, 2018). Ainda com relação a esse mesmo ciclo de monitoramento do Programa Academia da Saúde, o estudo de Parreira e Souza (2021) demonstrou que, no estado de Goiás, o número de polos com profissionais com vínculos de trabalho temporário foi de 90,5%. De forma semelhante, o trabalho de Eberhardt, Carvalho e Murofuse (2015) revelou que 37,14% dos PEF com atuação no setor saúde da macrorregião oeste do Paraná apresentaram vínculos precários de trabalho.

Carvalho, Freitas e Akerman (2021) também abordaram a precarização do trabalho na EF por meio da uberização, compreendida como uma nova forma de controle, gerenciamento e organização do trabalho, amplamente relacionada, mas não restrita, ao trabalho mediado por plataformas digitais, frequentemente relacionada ao discurso do empreendedorismo e que resulta na flexibilização do trabalho

com a eliminação de direitos e transferência de riscos e custos para os trabalhadores (Abílio, 2020; Abílio, Amorim e Grohmann, 2021). Segundo Carvalho, Freitas e Akerman (2021), no contexto da pandemia de Covid-19, houve uma ampliação de oferta da atividade física de forma *on-line* por meio de aplicativos para telefones celulares e vídeos em plataformas virtuais, além do anúncio por parte do Ministério da Saúde de um programa que seria oferecido por aplicativo, o qual até o momento de escrita deste artigo parece não ter sido levado adiante. Para esses autores, a uberização do trabalho baseia-se em argumentos relacionados ao livre mercado e à livre iniciativa ou que seria oportunidade de trabalho para aqueles que precisam complementar a renda considerando a crise econômica pós-pandemia. Contudo, quem arca exclusivamente com os custos e riscos é o PEF, o que pode significar a intensificação do trabalho, longos períodos laborais e até mesmo a criação de estratégias de concorrência, absolutamente contrários à lógica do SUS (Carvalho, Freitas e Akerman, 2021).

Ademais, embora tenha sido identificado um aumento expressivo no quantitativo de cadastros de PEF inseridos na atenção secundária e terciária, a APS constitui o principal *locus* de inserção desses profissionais no SUS. Entretanto, apenas na APS foi demonstrado que existe maior parcela de cadastros de PEF com vínculos precários em relação ao de vínculos protegidos. Isso pode ser explicado por medidas relacionadas à gestão do SUS, que cada vez mais retiram o caráter público e buscam se aproximar da lógica gerencial da iniciativa privada. Outra explicação é a maior participação do âmbito municipal na prestação dos serviços da APS e os problemas relacionados ao financiamento, com aumento de gastos municipais em saúde somados ao aumento da dependência fiscal dos municípios de transferências de recursos da União para o custeio da saúde, intensificado a partir de 2015 (Funcia, 2019; Morosini, Fonseca e Baptista, 2020; Cruz, Barros e Souza, 2022; Oliveira et al., 2022).

Os dados relacionados ao PEF dialogam com o que ocorre com outras categorias profissionais. O estudo de Silva e colaboradores (2020) avaliou os vínculos de trabalho dos auxiliares e técnicos de enfermagem na saúde pública do Ceará, demonstrando que, em 2013, apenas 42,7% dos trabalhadores possuíam vínculos de trabalho protegido, sendo 35,2% estatutários e 7,5% celetistas. De forma semelhante, o trabalho de Eberhardt e colaboradores (2015) revelou que, em 2014, 36,46% dos trabalhadores da área de saúde da macrorregião Oeste do Paraná apresentaram vínculos de trabalho precários. Além disso, foi observado que a situação da precarização do trabalho é maior entre os profissionais de saúde com formação de nível superior, com 85,28% com vínculos precários. E, ainda, quando analisados por categoria profissional, 78,88% dos médicos, 55,06% dos fisioterapeutas, 45,56% dos dentistas, 45,12% dos fonoaudiólogos, 40,83% dos nutricionistas, 38,95% dos psicólogos, 37,14% dos PEF, 33,71% dos farmacêuticos e 31,19% dos terapeutas ocupacionais possuíam vínculos precários de trabalho (Eberhardt et al., 2015). De acordo com Druck (2016), a precarização do trabalho é uma estratégia de dominação que atinge todos os trabalhadores, de forma diferenciada e hierarquizada, e que é resultado do processo de desenvolvimento do capitalismo flexível. Ela pode ser considerada uma consequência inevitável de mercantilização da força de trabalho em um contexto de globalização e da hegemonia neoliberal.

Essa instabilidade dos vínculos trabalhistas gera impactos à gestão e ao cuidado em saúde, pois de um lado dificulta a continuidade do serviço, e do outro gera insegurança ao profissional tanto em relação aos seus direitos trabalhistas quanto em relação à sua permanência após o término do seu contrato. Outro ponto que cabe ressaltar é que essa multiplicidade de formas de contratação e captação de recursos humanos na gestão pública acende outro problema relacionado às relações interpessoais entre profissionais com vínculos distintos. As múltiplas formas de gestão de contratos mobilizaram mudanças na lógica de gestão interna dos órgãos públicos e geraram conflitos diversos pelo tratamento desigual conferido a cada profissional contratado. Outro impacto é a quebra de confiança estabelecida entre o profissional e o usuário, pois, com a alternância de profissionais, a confiança e o vínculo entre eles sofrem mudanças negativas (Parreira e Souza, 2021).

Além disso, a atenção à saúde pode ser prejudicada pela forma como o profissional é vinculado ao SUS, criando uma espiral de lacunas que podem ser listadas pela rotatividade dos profissionais nos postos de trabalho, a fragilidade nos vínculos com os usuários e, por fim, a dificuldade na continuidade do cuidado. Cita-se, ainda, a facilidade na concessão de cargos por meio político, que é permitida sob formas precárias de contratação (Sousa, 2018). Vale ressaltar também que quando uma atividade profissional é marcada por baixa remuneração e relações precárias de trabalho, o investimento do profissional nas questões da sua profissão fica comprometido e, desse modo, a preocupação do profissional volta-se mais para a sua capacidade em se manter ativo no flexível mercado de trabalho do que dedicar-se a um projeto consistente e duradouro para atender as demandas da sociedade (Larson, 2018). O perigo dessa inversão de valores nas relações de trabalho pode estar refletido em processos de formação instrumentalistas e não preocupado com o papel social da profissão (Fonseca e Both, 2021).

Outro importante elemento a ser destacado é a carga horária de trabalho dos PEF, que de certa forma foi igual ou superior a 20 horas de trabalho em todos os níveis de atenção à saúde; entretanto, existe uma parcela importante com menores jornadas de trabalho. A falta de parametrização de carga horária para os PEF no SUS pode ser um aspecto que favorece a contratação com jornadas reduzidas, embora seja importante ressaltar que o Programa Academia da Saúde e o recém-lançado incentivo federal de custeio para a implementação de ações de atividade física na APS podem contribuir para garantir uma jornada de pelo menos 20 horas dos PEF no SUS (Brasil, 2022). Por fim, é necessário destacar que a fragmentação de carga horária de um mesmo profissional para atender diferentes estabelecimentos de saúde pode constituir um arranjo de gestão para reduzir os vazios assistenciais, mas que pode ser um limitador para a atuação em consonância com os princípios do SUS (Loch, Dias e Rech, 2019).

A referida precarização pode ser explicada – em caráter macro e não só relacionada à Educação Física – pelo fortalecimento da política neoliberal, caracterizada pela austeridade fiscal com corte de gastos e privatização dos serviços públicos (Vieira e Carvalho, 2021). Por exemplo, a Lei de Responsabilidade Fiscal de 2000, que tem o objetivo de controlar as contas públicas mediante a redução de despesas com o funcionalismo público, inibiu a realização de concursos públicos e incentivou a terceirização, uma vez que as despesas com a subcontratação de empresas e contratação temporária, emergencial e de comissionados não são computadas como despesas de pessoal (Druck, 2016). Já a emenda constitucional n. 95/2016 (Brasil, 2016) – que congelou o orçamento da saúde por 20 anos e transformou o cenário de subfinanciamento crônico em desfinanciamento do SUS (Menezes, Moretti e Reis, 2019) – foi outra medida de austeridade fiscal que agravou a sustentabilidade e a manutenção da saúde como um direito de todos e dever do Estado e fortaleceu a concepção de saúde como mercadoria. Portanto, essas duas medidas combinadas restringem o orçamento do SUS e limitam o percentual de gasto com a força de trabalho, comprometendo a efetividade do sistema e configurando um cenário contrário ao fortalecimento do sistema público de saúde (Celuppi et al., 2019).

Além destas, a precarização dos vínculos de trabalho pode ser atribuída a um conjunto de medidas de privatização do SUS. A terceirização é reconhecida como um dos mecanismos mais eficientes de desmonte do Estado e de sua privatização, que ocorre mediante diversas formas de precarização do trabalho por meio das organizações não governamentais (ONGs), organizações sociais (OSs), organizações da sociedade civil de interesse público (OSCIPS), empresas privadas, empresas públicas de direitos privados, parcerias, cooperativas, entre outros (Druck, 2016; Morosini, 2016; Morais et al., 2018). O trabalho de Melo e Miranda (2022) identificou que tem ocorrido uma tendência de incremento de estabelecimentos de saúde no setor privado, superior ao público, com tendência de decréscimo dos serviços de APS, em específico os do SUS, e de aumento dos serviços de média e alta complexidade. Ademais, foi observado um panorama de expressiva expansão do setor privado no sistema de saúde brasileiro por meio da expansão das OSs, que muitas vezes estão voltadas aos interesses de mercado.

Como resultado dessa diversidade de formas de terceirização do SUS, emerge uma heterogeneidade de formas de contratação de trabalhadores, em geral com vínculos de trabalho precários. De acordo com

Secco e Kovaleski (2022), a reforma trabalhista (lei n. 13.467/2017) promoveu uma série de alterações da legislação que liberou a terceirização e que resultou na ampliação da precarização dos vínculos de trabalho. Ainda segundo os autores, o Estado contemporâneo atual, impulsionado pelo contexto de crise, tem intensificado as medidas de exploração do trabalho por meio da retirada dos direitos dos trabalhadores, sendo a terceirização, flexibilização, uberização, pejotização, *home office* e teletrabalho algumas das consequências desse processo.

Cabe destacar que esse cenário de precarização do trabalho resulta na redução do número de profissionais, baixa qualificação, baixa remuneração, desmotivação, insatisfação, absenteísmo e alta rotatividade dos trabalhadores e enfraquecimento dos vínculos em prol de uma suposta e não comprovada eficiência dos serviços públicos (Druck, 2016; Santini et al., 2017; Damascena e Vale, 2020). Portanto, a precarização do trabalho contribui para um processo de descaracterização dos serviços de saúde pública e obriga os trabalhadores a atender demandas que, por vezes, não estão em consonância com os princípios e diretrizes do SUS (Damascena e Vale, 2020).

Foi revelado, ainda, que existem importantes desigualdades regionais entre os tipos de vínculos do PEF com atuação no SUS, de forma que nas regiões Norte, Centro-Oeste e Nordeste foi observado um maior número de cadastros de PEF com vínculo de trabalho precário, e nas regiões Sudeste e Sul foi demonstrado um maior quantitativo de cadastros de PEF com vínculos protegidos. De acordo com Massuda e colaboradores (2022), municípios menores, em especial aqueles em áreas rurais, têm maior dificuldade em atrair e reter profissionais de saúde qualificados, enquanto municípios mais ricos conseguem oferecer melhores salários e condições de trabalho, o que pode explicar o maior quantitativo de PEF com vínculos protegidos nas regiões Sul e Sudeste.

Outros fatores que podem dificultar a fixação de profissionais de saúde nessas regiões são: remuneração e condições de trabalho aquém das expectativas, reverberando inclusive o difícil acesso aos locais de trabalho; exigências de cumprimento de carga horária exaustiva; baixa oportunidade de progressão profissional; ausência de formação prévia compatível com o modelo da Estratégia de Saúde da Família; falta de profissionais para compor a equipe; vínculos precários e sem seleção pública; e falta de integração entre os gestores municipais de uma mesma região (Vieira, Amâncio Filho e Oliveira, 2004; Junqueira et al., 2010; Mendonça et al., 2010; Silveira et al., 2010).

Diante do exposto, embora tenha ocorrido uma importante ampliação de cadastros de PEF no SUS, esse aumento aconteceu por meio de vínculos de trabalhos frágeis, em especial na APS, configurando um cenário de precarização do trabalho, o que pode comprometer a resolutividade das ações de cuidado em saúde.

Considerações finais

Dentre as potencialidades do presente trabalho, destaca-se a análise temporal dos vínculos de trabalho dos PEF nos diferentes níveis de atenção à saúde e regiões do Brasil, permitindo o detalhamento da carga horária e tipos de vínculos de trabalho dos PEF como força de trabalho do SUS. O uso do CNES como fonte de dados secundária é uma limitação do trabalho, com possíveis inconsistências na temporalidade e exatidão dos dados. É necessário ressaltar que um mesmo profissional pode ser cadastrado em mais de um estabelecimento de saúde no CNES, o que gera um cadastro para cada local de atuação.

Com base na análise realizada, observou-se que o maior número de cadastros de PEF foi na APS, com vínculo de trabalho precário e com carga horária semanal igual ou maior que 40 horas. Entre os anos de 2007 e 2021, observou-se um aumento no cadastro desses profissionais no SUS e na contratação por meio de vínculos de trabalho precário. Ou seja, o crescimento da inserção profissional do PEF no SUS não está acompanhado, necessariamente, de melhores condições de trabalho. Nas regiões Sul e Sudeste, a distribuição dos vínculos de trabalho foi observada de forma inversa, com um maior número de PEF com vínculos protegidos.

O processo de flexibilização dos vínculos de trabalho, oriundo da agenda neoliberal, precariza e prejudica as relações de trabalho, desvaloriza o trabalhador, distancia o alcance dos objetivos do processo de trabalho em saúde, desqualifica a atenção à saúde e contribui para o desmonte do SUS. Considerando que a atuação dos PEF no SUS vem aumentando, mas ainda com alguns limites desde a formação inicial, torna-se ainda mais relevante analisar e refletir essa inserção e os vínculos de trabalho desses profissionais no sistema de saúde brasileiro, buscando conhecer, compreender e, com isso, identificar possíveis caminhos para o desenvolvimento de estratégias que superem esse cenário, com vistas à efetivação de uma atuação alinhada aos princípios e diretrizes do SUS.

Ainda que diante do cenário de radicalização da perspectiva neoliberal que defende o desfinanciamento do SUS e a consequente precarização dos serviços e desvalorização dos trabalhadores, estes não são passivos e vêm ao longo da história construindo um sistema de saúde que objetiva ser universal, possível e fundamental à saúde da população brasileira. Dessa forma, são necessários novos estudos sobre a gestão do trabalho dos PEF no SUS que visem analisar os vínculos de trabalho dos PEF utilizando outros sistemas de informação ou editais de seleção disponíveis. Além disso, novos estudos são necessários para avaliar o impacto da pandemia de Covid-19 e do novo modelo de financiamento da APS sobre os tipos de vínculos de trabalho dos PEF e demais profissionais do SUS.

Informações do artigo

Contribuição dos autores

Concepção do estudo: LAV; FFBC

Curadoria dos dados: LAV; LCC; ECL; FFBC

Coleta de dados: LAV; LCC; ECL; FFBC

Análise dos dados: LAV; LCC; MRJG; URA; ECL; FFBC

Redação - manuscrito original: LAV; LCC; MRJG; URA; ECL; FFBC

Redação - revisão e edição: LAV; LCC; MRJG; URA; ECL; FFBC

Financiamento

Não há.

Conflitos de interesses

Os autores declararam não haver conflito de interesses.

Aspectos éticos

Não se aplica.

Apresentação prévia

Não se aplica.

Referências

ABÍLIO, Ludmila C. Uberização: a era do trabalhador *just-in-time*?. *Estudos Avançados*, São Paulo, v. 34, n. 98, p. 111-126, jul./abr. 2020. <https://doi.org/10.1590/s0103-4014.2020.3498.008>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ea/a/VHXmNyKzQLzMyHbgcGMNNwv/?lang=pt>. Acesso em: 31 jan. 2023.

ABÍLIO, Ludmila C.; AMORIM, Henrique; GROHMANN, Rafael. Uberização e plataformização do trabalho no Brasil: conceitos, processos e formas. *Sociologias*, Porto Alegre, v. 23, n. 57, p. 26-56, maio/ago. 2021. <https://doi.org/10.1590/15174522-116484>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/soc/a/XDh9FZw9Bcy5GkYGzngPxB/?lang=pt>. Acesso em: 31 jan. 2023.

BRASIL. Emenda constitucional n. 19, de 4 de junho de 1998. Modifica o regime e dispõe sobre princípios e normas da Administração Pública, servidores e agentes políticos, controle de despesas e finanças públicas e custeio de atividades a cargo do Distrito Federal, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, ano 136, n. 106-E, p. 1, 5 jun. 1998.

BRASIL. *Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS: DesprecarizaSUS: perguntas & respostas*. Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/desprec_cart.pdf. Acesso em: 31 jan. 2023.

BRASIL. Emenda constitucional n. 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, ano 153, n. 241, p. 2, 16 dez. 2016.

BRASIL. *Panorama nacional de implementação do Programa Academia da Saúde: monitoramento do Programa Academia da Saúde: Ciclo 2017*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/panorama_academia_saude_monitoramento_programa.pdf. Acesso em: 31 jan. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1.105, de 15 de maio de 2022. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS n. 6, de 28 de setembro de 2017, para instituir o incentivo financeiro federal de custeio, destinado à implementação de ações de atividade física na atenção primária à saúde. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, ano 160, n. 92, p. 120, 17 maio 2022.

BRASIL. Extração de Dados de Profissional. *Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde*, 2023a. Disponível em: <https://cnes.datasus.gov.br/pages/profissionais/extracao.jsp>. Acesso em: 31 jan. 2023.

BRASIL. Consulta Estabelecimento - Identificação. *Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde*, 2023b. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp>. Acesso em: 31 jan. 2023.

CARVALHO, Fábio F. B.; FREITAS, Débora D.; AKERMAN, Marco. O “novo normal” na atividade física e saúde: pandemias e uberização? *Movimento*, Porto Alegre, v. 27, e27022, jan./dez. 2021. <https://doi.org/10.22456/1982-8918.105524>. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/Movimento/article/view/105524/61241>. Acesso em: 31 jan. 2023.

CARVALHO, Marselle N. *et al.* Necessidade e dinâmica da força de trabalho na Atenção Básica de Saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 295-302, jan. 2018. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018231.08702015>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/DJFdsSxtpnwZwT7SHvNQnzR/?lang=pt>. Acesso em: 31 jan. 2022.

CELUPPI, Ianka C. *et al.* 30 anos de SUS: relação público-privada e os impasses para o direito universal à saúde. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 43, n. 121, p. 302-313, abr./jun. 2019. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912101>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/Zf7bkDWh8bcM7GKvPwtdvRd/?lang=pt>. Acesso em: 31 jan. 2023.

CRUZ, Walter G. N.; BARROS, Rafael D.; SOUZA, Luis E. P. F. Financiamento da saúde e dependência fiscal dos municípios brasileiros entre 2004 e 2019. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 6, p. 2.459-2.469, jun. 2022. <https://doi.org/10.1590/1413-81232022276.15062021>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Gf38wvnpdXkFvn3kDLJxZgR/?lang=pt>. Acesso em: 31 jan. 2023.

CUNHA, Fernando J. P. Precarização do trabalho e Educação Física: situando a questão. *Motrivivência*, Florianópolis, ano 22, n. 35, p. 113-129, dez. 2010. <https://doi.org/10.5007/2175-8042.2010v22n35p113>. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/motrivivencia/article/view/2175-8042.2010v22n35p113/18087>. Acesso em: 31 jan. 2023.

DAMASCENA, Dhuliane D.; VALE, Paulo R. L. F. Tipologias da precarização do trabalho na atenção básica: um estudo netnográfico. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, e00273104, 2020. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00273>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/FjGgT5dnfHkfWj9PZ44JHrQ/?lang=pt>. Acesso em: 31 jan. 2023.

DRUCK, Graça. A terceirização na saúde pública: formas diversas de precarização do trabalho. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 14, p. 15-43, nov. 2016. Suplemento 1. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00023>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/ZzrBrfK75czCSqYzjjhRgk/?lang=pt>. Acesso em: 31 jan. 2023.

EBERHARDT, Leonardo D.; CARVALHO, Manoela; MUROFUSE, Neide T. Vínculos de trabalho no setor saúde: o cenário da precarização na macrorregião Oeste do Paraná. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 18-29, jan./mar. 2015. <https://doi.org/10.1590/0103-110420151040432>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/vvjQn6LBSsZmBwyZSzBqkMz/?lang=pt>. Acesso em: 31 jan. 2023.

FONSECA, Rubiane G.; BOTH, Jorge. O mercado de trabalho para o profissional de Educação Física no estado do Paraná, Brasil. *Movimento*, Porto Alegre, v. 27, p. e27010, 2021. <https://doi.org/10.22456/1982-8918.102787>. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/Movimento/article/view/102787>. Acesso em: 31 jan. 2023.

FUNCIA, Francisco R. Subfinanciamento e orçamento federal do SUS: referências preliminares para a alocação adicional de recursos. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p. 4.405-4.415, dez. 2019. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.25892019>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/n77WSKwsWhzyBHGxTgLfFMj/?lang=pt>. Acesso em: 31 jan. 2023.

JUNQUEIRA, Túlio S. *et al.* As relações laborais no âmbito da municipalização da gestão em saúde e os dilemas da relação expansão/precarização do trabalho no contexto do SUS. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 5, p. 918-928, maio 2010. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2010000500014>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/ZT4LCVxqQQFM5V9rRy4LWTL/?lang=pt>. Acesso em: 31 jan. 2023.

KALLEBERG, Arne L. O crescimento do trabalho precário: um desafio global. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, v. 24, n. 69, p. 21-30, fev. 2009. <https://doi.org/10.1590/S0102-69092009000100002>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbcsoc/a/wFXkGkStrfp8yByGCh3C4rp/?lang=pt>. Acesso em: 31 jan. 2023.

LARSON, Magali S. Professions today: self-criticism and reflections for the future. *Sociologia, Problemas e Práticas*, [S. l.], n. 88, p. 27-42, 2018.

LOCH, Mathias R.; DIAS, Douglas F.; RECH, Cassiano R. Apontamentos para a atuação do profissional de Educação Física na Atenção Básica à Saúde: um ensaio. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*, Florianópolis, v. 24, p. 1-5, 2019. <https://doi.org/10.12820/rbafs.24e0069>. Disponível em: <https://rbafs.org.br/RBAFS/article/view/13577/10958>. Acesso em: 31 jan. 2023.

MACHADO, Maria H.; XIMENES NETO, Francisco R. G. Gestão da Educação e do Trabalho em Saúde no SUS: trinta anos de avanços e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1.971-1.979, jun. 2018. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.06682018>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/yxKZJcmCrSHnHRMYLntFYmP/?lang=pt>. Acesso em: 31 jan. 2023.

MASSUDA, Adriano *et al.* Rumos para um sistema de saúde resiliente. *GV-executivo*, São Paulo, v. 21, n. 2, 2022. <https://doi.org/10.12660/gvexec.v21n2.2022.85938>. Disponível em: <https://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/gvexecutivo/article/view/85938/81004>. Acesso em: 31 jan. 2023.

MELO, Rafael C.; MIRANDA, Alcides S. Incremento decenal de estabelecimentos assistenciais no Brasil e vinculações com o Sistema Único de Saúde. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 46, n. 133, p. 346-357, abr./jan. 2022. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202213307>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/BXGdcwkp74tDFhMWpg55pGd/?lang=pt>. Acesso em: 31 jan. 2023.

MENDONÇA, Maria H. M. *et al.* Desafios para gestão do trabalho a partir de experiências exitosas de expansão da Estratégia de Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2.355-2.365, ago. 2010. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000500011>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/89F5tnhmgNXGDLzTKtw6Wd/?lang=pt>. Acesso em: 31 jan. 2023.

MENEZES, Ana P. R.; MORETTI, Bruno; REIS, Ademar A. C. O futuro do SUS: impactos das reformas neoliberais na saúde pública – austeridade *versus* universidade. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 43, dez. 2019. <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S505>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/JLN5qfhCmLh4ZwY4sm4KWpt/?lang=pt>. Acesso em: 31 jan. 2023.

MORAIS, Heloisa M. M. *et al.* Organizações Sociais da Saúde: uma expressão fenomênica da privatização da saúde no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 1, p. e00194916, 2018. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00194916>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/S3WHg5SLbngrCNdjPpnLsg/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 31 jan. 2023.

MOROSINI, Márcia V. G. C. Precarização do trabalho: particularidades no setor saúde brasileiro. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 14, p. 5-7, nov. 2016. Suplemento 1. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sip00131>. Disponível em <https://www.scielo.br/j/tes/a/kWfPVL3HtkSfBmmHXw8wDMz/?lang=pt>. Acesso em: 31 jan. 2023.

MOROSINI, Márcia V. G. C.; FONSECA, Angelica F.; BAPTISTA, Tatiana W. F. Previne Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica?. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 9, p. e00040220, 2020. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00040220>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/Hx4DD3yCsxkcx3Bd6tGzq6p/?lang=pt>. Acesso em: 31 jan. 2023.

OLIVEIRA, Eliane S.; MACHADO, Maria H. Para medir o trabalho em saúde no Brasil: principais fontes de informação. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 45, p. 105-125, maio 2010. Disponível em: <http://www.ensofiocruz.br/observarh/arquivos/artigo%20Fonte%20de%20Dados%20para%20medir%20o%20Trabalho.pdf>. Acesso em: 31 jan. 2023.

OLIVEIRA, Vinícius H. F. P. *et al.* Analysis of financial resources for public health in Brazilian capitals: a time trend ecological study. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 38, n. 1, p. e00311620, 2022. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00311620>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/LzFf3FBD47ZyZnFDWfQ9p5B/?lang=en>. Acesso em: 31 jan. 2023.

PAIM, Jairnilson S. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1.723-1.728, jun. 2018. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.09172018>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Qg7SJFjWPjvdQjvnRzxS6Mg/?lang=pt>. Acesso em: 31 jan. 2023.

PAIM, Jairnilson S. *SUS – Sistema Único de Saúde: tudo o que você precisa saber*. São Paulo: Atheneu, 2019.

PALMA, Alexandre *et al.* Educação física e saúde em tempos de pandemias. In: VAGO, Tarcísio M.; LARA, Larissa M.; MOLINA NETO, Vicente (org.). *Educação Físicas e Ciências do Esporte no tempo presente: desmonte dos processos democráticos, desvalorização da ciência, da educação e ações em defesa da vida*. Maringá: Eduem, 2021. Disponível em: https://public.cbce.org.br/arquivos/repositorio/61af83b40cab4ef_ciencias_do_esporte_tempo_presente.pdf. Acesso em: 31 jan. 2023.

PARREIRA, Fernanda R.; SOUZA, Marta R. The labor at SUS: portrait of labor relations in the Academia da Saúde Program. *Archives of Health*, Curitiba, v. 2, n. 5, p. 1.455-1.464, jul./ago. 2021. <https://doi.org/10.46919/archv2n5-007>. Disponível em: <https://latinamericanpublicacoes.com.br/ojs/index.php/ah/article/view/690>. Acesso em: 31 jan. 2023.

PELLISSARI, Marcia R. CNES como instrumento de gestão e sua importância no planejamento das ações em saúde. *Revista de Saúde Pública do Paraná*, Curitiba, v. 2, n. 1, p. 159-165, 2019. <https://doi.org/10.32811/25954482-2019v2n1p159>. Disponível em: <http://revista.escoladesaude.pr.gov.br/index.php/rspp/article/view/210>. Acesso em: 31 jan. 2023.

PERONI, Vera M. V. *et al.* Relação entre o público e o privado na Educação Básica Brasileira: implicações para processos de democratização. *Políticas Educativas*, Porto Alegre, v. 7, n. 1, p. 92-109, 2013. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/Poled/article/viewFile/50935/31727>. Acesso em: 31 jan. 2023.

SANTINI, Stela M. L. *et al.* Dos 'recursos humanos' à gestão do trabalho: uma análise da literatura sobre o trabalho no SUS. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 537-559, maio/ago. 2017. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00065>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/F9g6ypDcgv4cdXbw37MHqpB/?lang=pt>. Acesso em: 31 jan. 2023.

SECCO, Ana C.; KOVALESKI, Douglas F. Do empreendedor de si mesmo à medicalização da performance: reflexões sobre a flexibilização no mundo do trabalho. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 5, p. 1.911-1.918, maio 2022. <https://doi.org/10.1590/1413-81232022275.09572021>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/kqb4BM8h8Kb3S5W6xT8S8jQ/?lang=pt>. Acesso em: 31 jan. 2023.

SILVA, Debora B. *et al.* Força de trabalho de profissionais de Educação Física na Atenção Primária à Saúde. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*, São Paulo, v. 27, p. 1-9, 2022. <https://doi.org/10.12820/rbafs.27e0240>. Disponível em: <https://www.rbafs.org.br/RBAFS/article/view/14763>. Acesso em: 31 jan. 2023.

SILVA, Paulo S. C. Physical Education professionals in the Unified Health System: an analysis of the Brazilian registry of health institutions between 2013 and 2017. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*, São Paulo, v. 23, p. 1-8, 2019. <https://doi.org/10.12820/rbafs.23e0050>. Disponível em: <https://rbafs.org.br/RBAFS/article/view/13583>. Acesso em: 31 jan. 2023.

SILVA, Raimunda M. *et al.* Precarização do mercado de trabalho de auxiliares e técnicos de enfermagem no Ceará, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 135-145, jan. 2020. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.28902019>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/bq5fNvn7nn6ztHZFQHFGFSK/?lang=pt>. Acesso em: 31 jan. 2023.

SILVEIRA, Denise S. *et al.* Gestão do trabalho, da educação, da informação e comunicação na atenção básica à saúde de municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 9, p. 1.714-1.726, set. 2010. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2010000900005>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/4ZbZk9wNKXsnMNF4DNySRcQ/?lang=pt>. Acesso em: 31 jan. 2023.

SOUSA, Isabela A. *Cartografia socioespacial da educação física no Sistema Único de Saúde: aspectos de formação e inserção profissional*. 2018. 104f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2018.

SOUZA, Diego O. As dimensões da precarização do trabalho em face da pandemia de Covid-19. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 19, p. e00311143, 2021. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00311>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/7rJ6TkW8Cs88QkbNwHfdkxb/?lang=pt>. Acesso em: 31 jan. 2023.

VIEIRA, Ana L. S.; AMÂNCIO FILHO, Antenor; OLIVEIRA, Eliane S. Mercado de trabalho em saúde na região Sudeste, Brasil: a inserção da equipe de enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 134-138, fev. 2004. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692004000100019>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/zHnkK6vSb7cxkpbZPpt3SxG/?lang=pt>. Acesso em: 31 jan. 2023.

VIEIRA, Leonardo A.; CARVALHO, Fabio F. B. As práticas corporais e atividades físicas nos 15 anos da política nacional de promoção da saúde: a defesa da equidade em um contexto de austeridade. *Revista Pensar a Prática*, Goiânia, v. 24, 2021. <https://doi.org/10.5216/rpp.v24.68737>. Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/feff/article/view/68737>. Acesso em: 31 jan. 2023.

VIEIRA, Leonardo A. *et al.* Análise temporal da inserção de profissionais e residentes de Educação Física no Sistema Único de Saúde de 2009 a 2021. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 837-850, 2023. <https://doi.org/10.1590/1413-81232023283.14092022>. Disponível em: <http://www.cienciasaudecoletiva.com.br/artigos/analise-temporal-da-insercao-de-profissionais-e-residentes-de-educacao-fisica-no-sistema-unico-de-saude-de-2009-a-2021/18515>. Acesso em: 31 jan. 2023.