

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO  
MESTRADO EM EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

Carolina Manhães Moura Reis

AS CONCEPÇÕES DOS TRABALHADORES EM SAÚDE SOBRE AS METAS DE  
PRODUTIVIDADE NO ÂMBITO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Rio de Janeiro

2018

Carolina Manhães Moura Reis

AS CONCEPÇÕES DOS TRABALHADORES EM SAÚDE SOBRE AS METAS DE  
PRODUTIVIDADE NO ÂMBITO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Dissertação apresentada à Escola  
Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio,  
como requisito para a obtenção do Título  
de Mestre em Educação Profissional em  
Saúde.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dra. Filippina  
Chinelli

Rio de Janeiro

2018

Catálogo na Fonte

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Biblioteca Emília Bustamante

Marluce Antelo CRB-7 5234

Renata Azeredo CRB-7 5207

R375c Reis, Carolina Manhães Moura  
As concepções dos trabalhadores em saúde sobre  
as metas de produtividade no âmbito da estratégia  
de saúde da família / Carolina Manhães Moura  
Reis. - Rio de Janeiro, 2018.  
150 f.

Orientadora: Filippina Chinelli

Dissertação (Mestrado Profissional em Educação  
Profissional em Saúde) - Escola Politécnica de  
Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz,  
Rio de Janeiro, 2018.

1. Estratégia de Saúde da Família. 2. Atenção  
Básica de Saúde. 3. Indicadores de Saúde.  
I. Chinelli, Filippina. II. Título.

CDD 362.82

Carolina Manhães Moura Reis

AS CONCEPÇÕES DOS TRABALHADORES EM SAÚDE SOBRE AS METAS DE  
PRODUTIVIDADE NO ÂMBITO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Dissertação apresentada à Escola  
Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio,  
como requisito para a obtenção do Título  
de Mestre em Educação Profissional em  
Saúde.

Aprovada em 25/06/2018

BANCA EXAMINADORA

---

Filippina Chinelli (FIOCRUZ / EPSJV / LATEPS)

---

Angélica Ferreira Fonseca (FIOCRUZ / EPSJV / RevTES)

---

Márcia Teixeira (FIOCRUZ / ENSP)

*Dedico esta dissertação para os  
trabalhadores da Estratégia de Saúde da  
Família do município do Rio de Janeiro.*

## AGRADECIMENTOS

Gratidão a Deus por ter me permitido chegar até este momento tão especial.

A minha família (Avany, Bárbara, Cláudia, Carlos, Carlos e Nair) pelo apoio e compreensão nos momentos em que estive ausente em virtude da dedicação ao mestrado e muitas das vezes o estresse por sobrecargas inerentes ao processo.

Ao Programa do Mestrado Profissional da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio por ter me proporcionado dois anos de muito aprendizado, formação crítica, humanizada e criativa. Certamente o curso fez toda a diferença, fomos transformados e afetados com o que vivemos e aprendemos.

Aos colegas de turma em especial aos nutricionistas (Hugo e Ellen), juntos desde a seleção até a conclusão do mestrado e Camille pelas trocas de experiência.

Aos amigos pelo entendimento das minhas ausências e pelas contribuições na dissertação. Especialmente a Isabel pelos compartilhamentos e por estarmos em um momento de vida semelhante pela segunda vez, a Laís por sua força, garra e disponibilidade para debates e revisões, ao Hugo pela ajuda nas revisões, leituras, trocas e compartilhamentos de momentos de angústias e felicidades, a Bárbara pela organização das referências bibliográficas e formatação do trabalho, a Karine e Éden pela ajuda na frase, Carlos pela revisão final e por fim pelos amigos que contribuíram com as transcrições das entrevistas: Renata, Fernanda, Byanca, Helena, Tamyr, Mariana e Laís.

À minha querida orientadora Flippina Chinelli, conhecida carinhosamente por Pina, por sua paciência, disponibilidade, adequação dos horários, agendamento de encontros flexíveis, por compreender minhas limitações e pelos ensinamentos. Obrigada por tudo, por me orientar com amor e carinho, além de ter depositado sua contribuição em minha construção.

À banca examinadora Márcia Teixeira e Angélica Fonseca pelo aceite ao convite, pela apreciação e contribuições com o trabalho desde a qualificação. Sinto honrada e contemplada pela participação de vocês nesse processo.

A todos os profissionais que trabalham na Clínica da Família que foi realizada a pesquisa. Em especial ao antigo Gerente da unidade Thiago Wendel não somente pela liberação e compreensão nos momentos de ausência durante o processo de trabalho, mas também pelo apoio, parceria, companheirismo, disponibilidade, momentos de trocas,

debates, sistematização na análise das entrevistas e preocupação com o andamento e finalização da dissertação.

Aos participantes da pesquisa, trabalhadores da clínica que dispuseram seu tempo para contribuírem com o andamento do estudo.

Enfim, gratidão por ter chegado nesse momento!

*O que vale na vida não é o ponto de  
partida e sim a caminhada. Caminhando  
e semeando, no fim terás o que colher.*

*(Cora Coralina)*

*Caminhos não há.  
Mas os pés na grama os inventarão  
Aqui se inicia Uma viagem clara*

*Para a encantação*

*(Ferreira Gullar)*



## RESUMO

Esta dissertação tem como objetivo principal analisar as concepções dos trabalhadores da Atenção Básica acerca dos indicadores de saúde referentes às linhas de cuidado e ciclos de vida propostos no Contrato de Gestão, no caso de uma Clínica da Família do município do Rio de Janeiro, além das possibilidades e estratégias acionadas para atingir as metas de produtividade estabelecidas. A importância de se estudar o tema deve-se ao fato da Atenção Primária a Saúde - APS se constituir como o enfoque de atenção à saúde adotada prioritariamente no Brasil, através da Estratégia de Saúde da Família - ESF. O trabalho se insere, portanto, em uma vertente de estudos que se dedica à análise dos novos modelos de gestão em saúde – Organizações Sociais, e às suas implicações sobre os trabalhadores e as práticas de cuidado. A produção de informações foi realizada através da observação do cotidiano dos trabalhadores da clínica, de pesquisa bibliográfica, análise documental e da realização de entrevistas com roteiro semi-estruturado com os trabalhadores selecionados. As informações foram tratadas a partir da análise temática, com eleição de três categorias de análise: Organização do Trabalho; Contrato de Gestão e Estratégias e repercussões para os trabalhadores. Ao retomar as questões propostas na fase inicial de investigação da pesquisa a respeito do conhecimento do Contrato de Gestão, identificou-se que os trabalhadores apresentam noções superficiais desse instrumento; além de compreenderem as metas como inerentes ao processo de trabalho, a partir de exigências e cobranças para atingí-las pela gestão, e para tal, constroem possibilidades e estratégias, sejam individuais ou coletivas, que repercutem diretamente sobre os profissionais.

**Palavras-chave:** Atenção Básica, Estratégia Saúde da Família, Contrato de Gestão, Indicadores de saúde, Linhas de cuidado, Metas.

## ABSTRACT

This dissertation has as main objective to analyze the conceptions of the workers of Basic Attention about the health indicators referring to the lines of care and life cycles proposed in the Management Agreement, in the case of a Family Clinic of the municipality of Rio de Janeiro, besides the possibilities and strategies to achieve the established productivity goals. The importance of studying this issue is due to the fact that Primary Health Care - PHC is the focus of health care adopted primarily in Brazil, through the Family Health Strategy (ESF). The work is therefore part of a series of studies devoted to the analysis of new models of health management - Social Organizations, and their implications on workers and care practices. The production of information was performed through the daily observation of clinic workers, bibliographic research, documentary analysis and semi-structured interviews with the selected workers. The information was treated based on the thematic analysis, with the selection of three categories of analysis: Work Organization; Management Contract and Strategies and repercussions for the workers. When retaking the questions proposed in the initial research phase of the research regarding the knowledge of the Management Contract, it was identified that the workers present superficial notions of this instrument; in addition to understanding goals as inherent to the work process, based on demands and charges to achieve them by management, and to this end, construct possibilities and strategies, whether individual or collective, that have a direct impact on professionals.

**Key words:** Primary Care, Family Health Strategy, Management Contract, Health indicators, Care lines, Goals.

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1.</b> Categorização das perguntas dos roteiros de entrevistas .....	74
<b>Quadro 2.</b> Caracterização dos Entrevistados.....	77
<b>Quadro 3.</b> Matriz de Análise Documental.....	81
<b>Quadro 4.</b> Caracterização dos Indicadores de Saúde das Variáveis 1, 2 e 3 .....	85
<b>Quadro 5.</b> Definição das categorias e subcategorias de análise .....	90

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1.</b> Representação das Áreas Programáticas do Município do Rio de Janeiro .....	68
<b>Figura 2.</b> Organograma da Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde .....	70

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

**AB** – Atenção Básica

**ABRASCO** - Associação Brasileira de Saúde Coletiva

**ACE** - Agentes de Combate a Endemias

**ACS** – Agente Comunitário de Saúde

**AIDS** – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

**AIS** - Ações Integradas em Saúde

**ANS** - Agência Nacional de Saúde Suplementar

**ANVISA** - Agência Nacional de Vigilância Sanitária

**AP** - Área Programática

**APS** - Atenção Primária em Saúde

**APSS** - Atenção Primária em Saúde Seletiva

**AVS** - Agentes de Vigilância em Saúde

**BM** - Banco Mundial

**BPA** - Boletim de Produção Ambulatorial

**CAP**- Coordenação de Área Programática

**CAPs** - Caixas de Aposentadorias e Pensões

**CAPS** – Centro de Atenção Psicossocial

**CEBES** - Centro Brasileiro de Estudos em Saúde

**CEO** – Centro de Especialidades Odontológicas

**CICV** - Comitê Internacional da Cruz Vermelha

**CF** - Clínica da Família

**CLT** – Consolidação das Leis Trabalhistas

**CNAR** - Consultório na Rua

**CNS** - Conferência Nacional de Saúde

**CNRHS** - Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde

**CMS** - Centros Municipais de Saúde

**CNES** - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

**CPF** – Cadastro de Pessoas Físicas

**CTA** - Comissão Técnica de Acompanhamento

**DAB** - Departamento de Atenção Básica

**DNV** – Declaração de Nascidos Vivos

**DST** - Doenças Sexualmente Transmissíveis

**ENSP** - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

**ESF** - Estratégia de Saúde da Família

**EPSJV** – Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

**FIOCRUZ** – Fundação Oswaldo Cruz

**FEDP** - Fundações Estatais de Direito Privado

**FHC** – Fernando Henrique Cardoso

**FMI** - Fundo Monetário Internacional

**HIV** - Vírus da Imunodeficiência Humana

**IAP** - Institutos de Aposentadorias e Pensões

**IDH** - Índice de Desenvolvimento Humano

**INPS** - Instituto Nacional de Previdência e Assistência Social

**MARE** - Ministério da Administração e Reforma do Estado

**MS** – Ministério da Saúde

**NASF** - Núcleo de Apoio à Saúde da Família

**NOAS** - Normas Operacionais da Assistência à Saúde

**NOB** - Normas Operacionais Básicas

**NOB/RH-SUS** - Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUS

**OMS** – Organização Mundial da Saúde

**ONG** - Organizações Não Governamentais

**OPAS** - Organização Panamericana de Atenção a Saúde

**OS** - Organização Social

**OSCIPS** - Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público

**OSINFO** – Painel de Gestão das Organizações Sociais

**PAB** - Piso de Atenção Básica

**PACS** - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

**PDRAE** - Plano Diretor da Reforma do Aparelho de Estado

**PIASS** - Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento no Nordeste

**PMAQ** – Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade

**PNAB** – Política Nacional de Atenção Básica

**PNACS** - Programa Nacional de Agentes Comunitários em Saúde

**PPREPS** - Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde

**Profae** - Programa de Educação Profissional de nível técnico de Profissionalização dos trabalhadores da Área de Enfermagem

**Proformar** - Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde

**Promed** - Programa de incentivo às mudanças curriculares dos cursos de graduação em medicina

**PE** - Prontuário Eletrônico

**PSF** - Programa Saúde da Família,

**PROESF** - Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família

**RA** - Regiões Administrativas

**RAP** - Rede de Adolescentes Promotores da Saúde

**REMUME** – Relação Municipal de Medicamentos Essenciais

**RHS** - Recursos Humanos em Saúde

**SAP** - Superintendência de Atenção Primária

**SIA** – Sistema de Informação Ambulatorial

**SISAB** - Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica

**SISREG** – Sistema de Regulação de Vagas

**SOAP** - Dados subjetivos, Dados objetivos, Avaliação e Planos

**SUBPAV** - Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde

**SUS** – Sistema Único de Saúde

**SUDS** – Sistema Único Descentralizado de Saúde

**SGTES** - Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

**SMS** – Secretaria Municipal de Saúde

**TEIAS** - Territórios Integrados de Atenção à Saúde

**TCLE** – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**TCU** - Tribunal de Contas da União

**UC** – Unidades Contábeis

**UERJ** – Universidade do Estado do Rio de Janeiro

**UFRJ** - Universidade Federal do Rio de Janeiro

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	15
<b>CAPÍTULO 1: A Reforma Sanitária, o Sistema Único de Saúde e a construção da Atenção Básica no Brasil</b> .....	19
1.1 A Reforma Sanitária e a luta pela redemocratização do país.....	19
1.2 O Sistema Único de Saúde e a Atenção Básica .....	24
1.3 A reforma gerencial do Estado, as políticas focalizadas e a contra-reforma na saúde .....	29
1.4 A construção da Atenção Básica e a Estratégia de Saúde da Família.....	33
<b>CAPÍTULO 2: A Gestão do Trabalho no Contexto do Sistema Único de Saúde em especial na Atenção Básica</b> .....	39
2.1 A gestão do trabalho no mundo contemporâneo .....	39
2.2 A gestão do trabalho no Sistema Único de Saúde e na Atenção Básica .....	46
2.3 A organização e gestão do trabalho da Atenção Básica no município do Rio de Janeiro.....	52
2.4 A contratualização .....	54
2.5 A gestão e contratualização na Clínica da Família pesquisada .....	61
<b>CAPÍTULO 3: Itinerário metodológico</b> .....	65
3.1 Procedimentos de Pesquisa.....	65
3.2 O município do Rio de Janeiro .....	68
3.3 A clínica.....	70
3.4 Os entrevistados.....	74
3.5 Sobre a análise das entrevistas.....	79
3.6 Comitê de Ética e Pesquisa.....	80
<b>CAPÍTULO 4: Percepções dos trabalhadores sobre as metas propostas no Contrato de Gestão</b> .....	81
4.1 Matriz de Análise Documental .....	81
4.2 O Contrato de Gestão .....	83
4.3 Análise das Entrevistas .....	89
4.3.1 Organização do trabalho .....	90

4.3.2 O Contrato de Gestão .....	104
4.3.3 Estratégias e repercussões .....	109
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>117</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>121</b>
<b>APÊNDICE 1- Roteiro de Entrevistas (equipes) .....</b>	<b>138</b>
<b>APÊNDICE 2 - Roteiro de Entrevistas (gestores).....</b>	<b>140</b>
<b>APÊNDICE 3 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....</b>	<b>143</b>
<b>ANEXO 1 – Carta de aceite da unidade.....</b>	<b>147</b>
<b>ANEXO 2 – Carta de aceite da Coordenadoria de Área Programática.....</b>	<b>148</b>
<b>ANEXO 3 - Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa .....</b>	<b>149</b>
<b>ANEXO 4 – Contrato de Gestão.....</b>	<b>150</b>



## INTRODUÇÃO

Esta dissertação trata das concepções dos trabalhadores da Atenção Básica acerca dos indicadores de saúde referentes às linhas de cuidado (gestantes, tuberculose, hanseníase, hipertensão, diabetes, álcool e outras drogas), e ciclos de vida (crianças, mulheres em idade fértil, idosos) descritos no Contrato de Gestão, estabelecido entre a Secretaria Municipal de Saúde – SMS e uma Organização Social – OS, no caso de uma Clínica da Família pertencente a uma Área Programática - AP específica do município do Rio de Janeiro, além das possibilidades e estratégias acionadas para atingir as metas estabelecidas com base nesses indicadores. O trabalho se insere, portanto, em uma vertente de estudos que se dedica à análise dos novos modelos de gestão em saúde e às suas implicações sobre os trabalhadores e as práticas de cuidado.

Meu interesse no tema surgiu durante a graduação em Nutrição realizada na Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ, nas disciplinas ou em estágios, cursos de aperfeiçoamento, pesquisas de campo, consolidando-se na Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz - ENSP/FIOCRUZ, que cursei no período entre 2014 e 2016. Durante a residência - que se caracteriza por ser um curso que alia teoria e prática, tive a oportunidade de atuar e acompanhar durante dois anos uma equipe de uma Clínica da Família - CF localizada em uma das APs do município do Rio de Janeiro, em que se deu o desenvolvimento da pesquisa, e onde continuo atuando como nutricionista do Núcleo de Apoio a Saúde da Família – NASF. Cabe apontar que além disso, chamou-me a atenção a realidade do processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família - ESF, em especial no tocante aos resultados em que o NASF presta atendimento especializado às equipes na lógica do apoio matricial, apontado com mais detalhes no Capítulo 1, influenciando também no cumprimento das metas.

A decisão de cursar o mestrado profissional da Escola Politécnica em Saúde Joaquim Venâncio - EPSJV está diretamente relacionada à necessidade de adensar a reflexão em relação minhas experiências profissionais anteriores na Atenção Básica. Nela também considerei o fato de ter uma inserção prévia no contexto da FIOCRUZ, os contatos anteriormente estabelecidos com alguns professores da Escola, além do curso ter um caráter profissional alinhado ao que eu buscava para o futuro.

As disciplinas, a literatura indicada e as discussões havidas durante o curso me permitiram começar a adensar essa reflexão, o que me possibilitou formular as seguintes questões de pesquisa: Os trabalhadores conhecem o Contrato de Gestão? Como as metas são compreendidas pelos mesmos? Existe algum tipo de pressão caso não atinjam as metas? Recorrem a mecanismos de resistência à lógica quantitativa do modelo de gestão que lhes é imposto? Quais são? Enfim, é possível trabalhar na ESF com prazer?

Dessas questões deriva o objetivo geral da pesquisa apontado no início desta Introdução. Cabe assinalar que a opção pelos indicadores referentes às linhas de cuidado e ciclos de vida pautou-se pelo fato de que esses são dependentes basicamente da atuação dos trabalhadores para que seu resultado seja atingido, demandando-lhes esforços de toda ordem que podem ter consequências objetivas e subjetivas sobre eles e sobre as possibilidades de intervenção junto à população: procura-se descrever o Contrato de Gestão da ESF pertencente à Área Programática escolhida; caracterizar os indicadores de saúde das três partes variáveis estabelecidas pelo Contrato de Gestão; identificar e analisar as estratégias utilizadas pelos trabalhadores para atingir as metas estabelecidas para os diferentes indicadores de saúde, conforme previsto no Contrato de Gestão e examinar criticamente as repercussões das metas sobre os trabalhadores e o processo de trabalho da clínica em questão.

A política de saúde, entre elas a Atenção Básica, é definida como “a ação ou omissão do Estado enquanto resposta social diante dos problemas de saúde e seus determinantes, assim como da produção, distribuição e regulação de bens, serviços e ambientes que afetam a saúde dos indivíduos e da coletividade” (PAIM, 2003, p.589). A criação do Sistema Único de Saúde - SUS em 1988 se constitui em uma tentativa de dar respostas à sociedade no que tange o direito à saúde, processo no qual foi de importância fundamental a luta pela Reforma Sanitária no contexto da redemocratização do país. Apesar das políticas de desmonte de que é atualmente alvo, não resta menor dúvida de que o SUS trouxe grande avanço, dada a inclusão da saúde como direito social, conforme a Constituição de 1988.

Na verdade, o ataque ao SUS se intensificou, sobretudo nos governos Fernando Henrique Cardoso - FHC (1995-1998 e 1999-2003) através do Plano Diretor da Reforma do Aparelho de Estado - PDRAE, idealizado por Bresser-Pereira e orientado pelas ideais neoliberais. A Reforma modificou os modelos de gerenciamento do Estado, reduzindo sua responsabilidade no que se refere à administração pública (BRASIL,

1995). A justificativa foi a de que essas mudanças trariam inovações, principalmente no que se refere à eficiência e eficácia dos serviços. Nesse contexto, a Lei Orgânica da Saúde, Lei 8.080, prevê a participação da iniciativa privada de maneira complementar, conforme o inciso 2º do artigo 4º (BRASIL, 1990). Assim, aos poucos, segundo Andreazzi e Bravo (2014), vai se promovendo a terceirização da prestação dos serviços de saúde, através da criação de instituições da administração indireta como as Fundações Estatais de Direito Privado – FEDP e mais recentemente no caso município do Rio de Janeiro, através de Organizações Sociais - OS (RAMOS, 2016).

As Organizações Sociais são pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos que realizam parcerias com entes públicos tais como os governos estaduais e prefeituras. No Rio de Janeiro a gestão da APS tem se efetivado por meio de contratos firmados entre a OS e a SMS. É feita uma licitação pública e firmado um contrato de Gestão, no qual são estabelecidas metas, a “contratualização de metas”. A contratualização tem como objetivo principal “melhorar a coordenação e o desempenho dos serviços e aumentar a transparência na prestação de contas dos resultados alcançados”, tratada mais a frente nessa dissertação, no decorrer do Capítulo 2 (COSTA E SILVA; ESCOVAL e HORTALE, 2014, p. 3595). Desse modo, a responsabilização sobre o cuidado torna-se compartilhada pelos entes envolvidos, considerando que os incentivos para o alcance dos indicadores, devem se refletir em melhoria no desempenho dos profissionais (COSTA E SILVA; ESCOVAL e HORTALE, 2014). Importante destacar que a eficiência e eficácia desses formatos de gestão estão longe de ser consensuais.

A dissertação está estruturada em quatro capítulos, buscando considerar uma abordagem crítica em relação ao processo de contratualização e as metas de produtividade impostas aos trabalhadores. No Capítulo 1 contextualiza-se o processo de construção da política de saúde frente ao cenário nacional, a apresentação da luta pela Reforma Sanitária e consolidação da Atenção Básica.

Também são enfatizados processos históricos como a crise de 1970, a reforma gerencial do Estado e as políticas de ajustes neoliberais, além da organização e gestão da Atenção Básica na realidade do município do Rio de Janeiro. No segundo capítulo aborda-se o sistema capitalista - trazendo a reestruturação produtiva no contexto de crise, a gestão do trabalho no mundo contemporâneo e no contexto do SUS, discussão sobre os arranjos institucionais, assim como a justificativa e o processo de implantação

desses modelos com ênfase na caracterização, abrangência e serviços oferecidos pelas Organizações Sociais - modelo utilizado no município e nos indicadores propostos no Contrato de Gestão, especificamente pautados nos documentos vigentes, na contratualização e nas metas, finalizando este capítulo com o debate acerca da versão de 2017 da Política Nacional de Atenção Básica - PNAB e suas implicações para a saúde na contemporaneidade, ressaltando a crise na saúde diante desse contexto.

No terceiro apresentam-se procedimentos de pesquisa, o tipo de análise do material empírico e a justificativa da escolha da Área Programática, da Clínica da Família e dos entrevistados, além de uma caracterização do perfil dos entrevistados. Segue-se o quarto capítulo onde são analisados, conforme as questões norteadoras e os objetivos, os dados coletados produzidos na pesquisa de campo – conteúdo das observações e as falas dos entrevistados. Por fim, são disponibilizadas as considerações finais, assim como as referências bibliográficas, os apêndices e os anexos da pesquisa.

## CAPÍTULO 1

### **A Reforma Sanitária, o Sistema Único de Saúde e a construção da Atenção Básica no Brasil**

#### **1.1 A Reforma Sanitária e a luta pela redemocratização do país**

Os anos de 1970 assistiram no país, no contexto da luta contra a ditadura militar, ao surgimento do movimento pela reforma sanitária. É de se ressaltar que, de acordo com Paim (2009), esse movimento provocou mudanças importantes em relação à saúde da população brasileira, além de contribuir na luta contra o regime autoritário, apoiando-a, sobretudo no que se refere “a restauração da democracia, ao desenho de um sistema de proteção social mais igualitário e ainda quanto ao estabelecimento de políticas macroeconômicas direcionadas para o crescimento com distribuição de renda” (FAGNANI, 2015, p.103). Segundo Paim (2008, p.114):

“De um lado, um ‘projeto contra-hegemônico’ que provocaria mudanças na forma de enfrentar a questão saúde na sociedade, incluindo uma dimensão ética. De outro, um ‘projeto setorial’ iniciando-se como uma reforma administrativa e contemplando a participação social no sistema de saúde (PAIM, 2008, p.114).

Ou seja, lutava-se por um Estado que deveria expandir e garantir a assistência à saúde da população (CHINELLI; LACERDA e VIEIRA, 2011), embora a discussão sobre essa necessidade date dos anos 1950. Conforme Paiva e Teixeira, lutava-se para “fortalecer o setor público de saúde, expandir a cobertura a todos os cidadãos e integrar a medicina previdenciária à saúde pública, constituindo assim um sistema único” (PAIVA e TEIXEIRA, 2014, p.11).

Os principais atores envolvidos nesse processo integravam o movimento popular de saúde, movimento estudantil, professores e pesquisadores da medicina social e da saúde pública, além de profissionais de saúde engajados pela saúde pública democrática, iniciando o debate em torno das questões que emergiram durante essa década (PAIM, 2008). O movimento sanitário surgiu, portanto, em um momento

político desfavorável, em uma conjuntura de crise econômica e financeira que o país enfrentava e das políticas neoliberais que estavam em curso. Esse movimento almejava não apenas uma reforma no setor da saúde especificamente, e sim, se propôs a ser um processo democrático com vistas à garantia dos direitos à população.

Compreende-se que a reforma do setor saúde no Brasil estava na contramão do cenário internacional. Desde o governo Thatcher (1979-1990) na Inglaterra já se faziam evidentes políticas de corte neoliberal, girando o debate público em torno, sobretudo das possibilidades de resistência do estado de bem-estar social (PAIM, et. al, 2012).

Na verdade, essa era uma preocupação de longa data. Durante o século XX, em 1943, existia no Brasil a predominância da dicotomia entre a assistência médico hospitalar e pela saúde pública. A primeira era composta por profissionais liberais, caracterizada pela medicina previdenciária e ações de filantropia oferecidas pelas Santas Casas de Misericórdia através das igrejas, constituídas por ações curativas de caráter individual. A saúde pública era composta por ações com caráter coletivo – campanhas, cuja intenção dos governos era a erradicação das pragas que acometiam os trabalhadores e a região dos portos para garantia de lucro na exportação dos produtos. Logo, a saúde pública não era compreendida como prioridade, apenas em momentos de epidemias ou endemias (PAIM, 2008; MARTINS e MOLINARO, 2013).

Essa dicotomia deu origem à separação de dois modelos de atenção à saúde: médico hegemônico e sanitarista. O modelo médico hegemônico apresenta ênfase na doença, pautado por conhecimentos biomédicos e baseado num agir clínico focado em atendimentos individuais (MERHY, 2004; PAIM, 2012). O modelo sanitarista priorizava campanhas ou programas com ações verticalizadas com foco no combate a problemas sanitários e atendimento de necessidades de saúde específicas da população (PAIM, 2012). Acreditava-se à época que através da estratégia da educação sanitária seria possível a promoção de saúde para a população brasileira naquele momento (BERTOLOZZI e GRECO, 1996).

A primeira iniciativa que reflete a preocupação com o direito à saúde foi a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões - CAPs em 1923, pela Lei Eloy Chaves, conferindo assistência à saúde e benefícios previdenciários aos trabalhadores segurados e seus familiares, mediante assinatura da carteira de trabalho, além de outros benefícios como garantia de medicamentos, aposentadorias, pensão para os dependentes e auxílio funeral (BRAVO, 2001). Na década de 1930, com Getúlio Vargas, as CAPs

foram gradativamente transformadas em Institutos de Aposentadorias e Pensões – IAPs, compostos por categorias profissionais como marítimos, bancários, comerciários, empregados de transportes e cargas e industriários, unificados mais a frente no Instituto Nacional de Previdência e Assistência Social – INPS (1967) (BAPTISTA, 2007). A Fundação Serviço Especial de Saúde Pública – SESP criada em 1943, constituiu-se em indutora da expansão da educação sanitária, contribuindo para o estabelecimento da Política Nacional de Saúde (FONSECA, 2013).

No contexto da década de 1960, a Guerra Fria separava o mundo entre os países capitalistas e socialistas. Vários países da América Latina enfrentavam regimes autoritários, caso do Brasil que em 1964 vivencia o Golpe Militar, instaurando a ditadura (1964-1985) com expressiva desarticulação dos movimentos sociais e fechamento do Congresso Nacional e de todas as Assembléias Legislativas dos estados brasileiros, com exceção do estado de São Paulo, por quase um ano, através do Ato Institucional nº5. O sistema político foi reformulado, com a institucionalização do bipartidarismo – Arena e Movimento Democrático Brasileiro e submissão do Congresso Nacional aos interesses do Executivo, através da criação de atos institucionais. As principais modificações na economia foram: abertura econômica, o que permitiu a entrada do capital estrangeiro, controle nos salários e impedimento de greves. Considerando os campos político e social, aqueles que se manifestavam contra o governo sofriam represálias. No final dessa década diante do contexto internacional favorável o Brasil passa por um processo de grande entrada do capital estrangeiro, além da contenção de salários e proibição de greves (PAIVA e TEIXEIRA, 2014).

Cabe mencionar que nos anos 1970 foram criados o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde - CEBES (1976) e a Associação Brasileira de Saúde Coletiva – Abrasco (1979), instituições que propiciaram a base institucional para alavancar as reformas posteriores. Data da mesma época o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento no Nordeste – PIASS (1979) que garantiu a expansão das ações de saúde para as zonas rurais, com perspectiva de garantia de uma estrutura mínima para a saúde, através da força de trabalho dos próprios moradores da comunidade e na operacionalização do saneamento básico (BERTOLOZZI e GRECO, 1996).

Nos anos de 1980, devem ser mencionados alguns marcos importantes na área da saúde como as Ações Integradas em Saúde – AIS (1982), que apresentavam como objetivo principal articular serviços que prestavam assistência à saúde da população de

uma região e, ao mesmo tempo, integrar ações preventivas e curativas com vistas à integralidade da atenção. Todas essas estratégias apontadas anteriormente contribuíram para a criação do Sistema Descentralizado de Saúde – SUDS (1988). Logo, essas iniciativas associadas às experiências das universidades em medicina comunitária, também contribuíram para a criação do Sistema Único de Saúde – SUS.

Essa década assistiu a consolidação do movimento pela reforma sanitária, impulsionado pelas precárias condições de saúde que a população enfrentava, o que gerava grande insatisfação frente ao modelo de saúde vigente (COSTA, 2007). Além destas, havia questões relacionadas ao fato de que, desde o período varguista somente os trabalhadores com carteira assinada tinham direito aos serviços de saúde. Trava-se, conforme Santos (1979) da cidadania regulada, compreendida como:

“um conceito cujas raízes encontram-se não em código de valores políticos, mas em um sistema de estratificação ocupacional, e que, ademais tal sistema de estratificação ocupacional é definido como norma legal. Em outras palavras, são cidadãos todos aqueles membros da comunidade que se encontram localizados em qualquer uma das ocupações reconhecidas e definidas em leis. A extensão da cidadania se faz, pois, via regulamentação de novas profissões e/ou ocupações, em primeiro lugar, e mediante e ampliação do escopo dos direitos associados a estas profissões, antes por expansão dos valores inerentes ao conceito de membro da comunidade. A cidadania está embutida na profissão e os direitos do cidadão restringem-se aos direitos do lugar que ocupa no processo produtivo tal como reconhecido por lei” (SANTOS, 1979, p.75 apud KERBAUY, 1980, p.167).

Portanto, aqueles que não tinham uma relação formal de trabalho contavam com a caridade de igrejas, serviços vinculados a universidades às instituições filantrópicas, como as Santas Casas de Misericórdia. Desse modo o sistema de saúde brasileiro à época era considerado “insuficiente, mal distribuído, descoordenado, inadequado, ineficiente, ineficaz, autoritário, centralizado, corrupto, injusto” (PAIM, 2003, p.95).



Apesar da crise econômica persistir nos anos 1980 e, por isso mesmo, serem considerados perdidos para a economia, essa década é tida como uma fase de ouro para a saúde, visto que ocorreram eventos fundamentais nesse setor como a 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986.

A VIII Conferência, numa articulação bem diversa das anteriores, contou com a participação de cerca de 4.500 pessoas, dentre as quais mil delegados (...). O relatório final foi divulgado amplamente entre os participantes e delegados. O conceito de saúde e a necessidade de reestruturação do setor com a criação do Sistema Único de Saúde que efetivamente representasse a construção de um novo arcabouço institucional separando saúde de previdência, com estatização progressiva através de uma ampla reforma sanitária, foram avanços na perspectiva de acumular forças para efetivação dessa reforma (BRAVO, 2011, p.110).

Essa Conferência é considerada fundamental para o movimento sanitário, vez que nela se conseguiu “estabelecer os princípios políticos e conceituais do processo de transformação do campo da saúde, definir as estratégias a serem defendidas na Constituinte de 1988 e consolidar a opção da reforma pela via institucional” (CHINELLI, LACERDA e VIEIRA, 2011, p.39).

O relatório final dessa Conferência recomendou que a saúde passasse a ser constituída como um direito, através de um sistema de saúde descentralizado, articulado, acessível, resolutivo, além de prever a participação da comunidade (PEDROSA, 2004). A respeito deve-se ressaltar também que:

“O evento foi importante para a construção não só dos princípios de universalidade, equidade e integralidade do Sistema Único de Saúde (SUS), como também de seus pressupostos organizacionais: descentralização, municipalização, integralização das ações; regionalização e hierarquização das unidades prestadoras de serviços;

participação popular e controle social, mais tarde incorporados à Constituição de 1988” (CHINELLI; LACERDA e VIEIRA, 2011, p.39).

Segundo Paim e colaboradores (2012), a Constituição Federal de 1988 foi promulgada em um momento de fragilidade na economia, enfraquecendo os movimentos populares responsáveis pela reforma sanitária, ao mesmo tempo em que o neoliberalismo, corporativismo e pragmatismo avançavam no país, Nesse sentido, cabe ressaltar que nem todas as propostas do movimento sanitário puderam ser incorporadas, devido à divergência de interesses entre os reformistas da saúde e os reformistas da previdência, resultando que os três eixos (saúde, previdência e assistência social) não foram totalmente contemplados (BAPTISTA, 2007). Além disso, foi permitida a permanência do setor privado, o que possibilitou, inclusive o avanço da oferta de planos de saúde, recebendo ainda subsídios como, por exemplo, a dedução no imposto de renda, prática mantida na atualidade (PAIM, et. al, 2012). Desse modo, considera-se que o movimento de reforma sanitária apresenta contradições ao longo de sua construção.

## **1.2 O Sistema Único de Saúde e a Atenção Básica**

De acordo com a literatura as primeiras idéias de organização do sistema de saúde foi o Relatório Dawson em 1920, veiculado pelo governo britânico que propôs a organização dos serviços na lógica territorial, hierarquização – 4 níveis de atenção, cujo primeiro nível identificado pelos centros de saúde, em contraposição com o modelo flexneriano - modelo curativo baseado no atendimento individual (FAUSTO E MATTA, 2007).

O Relatório Lalonde, publicado em 1974 pelo Ministério da Saúde do Canadá, constitui-se em um marco importante na discussão da promoção à saúde, constitutiva da APS. Este documento amplia o escopo da saúde para além do modelo biomédico, incluindo o meio ambiente, estilos de vida e os determinantes sociais da saúde (PEDROSA, 2004).

A I Conferência Internacional sobre Atenção Primária em Saúde, realizada em 1978 na cidade de Alma-Ata (Cazaquistão, uma ex-república da União das Repúblicas Socialistas Soviéticas) reconhece a saúde como direito de todos (PEDROSA, 2004).

Essa Conferência é considerada o marco inicial do processo de construção da atenção primária e reitera a responsabilidade dos governos nesse sentido (GIOVANELA, 2008). O documento que resultou do evento, intitulado “Saúde para todos no ano 2000” definiu como meta de seus países membros que a atenção primária seria o principal meio de acesso da população aos serviços de saúde adequados em um futuro próximo (BRASIL, 2007).

A Atenção Primária à Saúde - APS vem sendo definida como a ordenadora do sistema de saúde diante do cenário internacional, assim como nos países da América Latina. Estudos comprovam que o investimento nessa área vem apresentando resultados eficientes na melhoria da saúde da população e no desenvolvimento do sistema de saúde em si (GIOVANELA et. al, 2014). A APS constitui-se como o primeiro nível de acesso do sistema de saúde, definida pelos atributos essenciais, quais sejam, o acesso ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade da atenção e a coordenação do cuidado, e apresenta como atributos derivados a orientação familiar e comunitária e a competência cultural (STARFIELD, 2002).

Entretanto, vale ressaltar que não existe apenas uma forma de conceber a APS, dividida em APS abrangente e APS seletiva. No Brasil, nos anos 90, sob influência de Organismos Internacionais, a APS seletiva ganha mais destaque na sua implementação, especialmente o Banco Mundial, em que os serviços de saúde oferecidos eram baseados em "cestas básicas" (MATTOS, 2001), e não pensada na perspectiva da APS abrangente.

O Brasil sofreu influência dos organismos internacionais para oferta de uma APS seletiva, principalmente na década de 1980, com ênfase nas ações básicas de saúde, de baixa complexidade e qualidade, com foco na população pobre, tais como: vigilância do crescimento infantil, reidratação oral, amamentação, imunização, planejamento familiar e alimentação complementar (LIMA, 2014).

Na década de 1990, com a regulamentação do SUS, o conceito de APS foi restaurado na perspectiva de diferenciação da APS seletiva para uma APS abrangente. Por isso mesmo, o país adotou a nomenclatura Atenção Básica, atuando na perspectiva da intersetorialidade no que tange ao enfrentamento dos determinantes sociais de saúde, o que necessariamente prevê a comunicação com outras áreas, para além do setor saúde (GIOVANELA et. al, 2009).

Contudo, essa perspectiva não se tornou de fato uma realidade. Restou, conforme Rizzotto (2005) uma atenção básica (essa é a nomenclatura que daqui em diante será utilizada na dissertação) para pobre, para satisfazer minimamente as necessidades básicas dessa parcela da população, com ênfase em ações de promoção, prevenção e reabilitação. Em concordância, Chinelli; Lacerda e Vieira (2011) apontam que:

É no âmbito dessas políticas restritivas que se observa o crescimento da atenção primária seletiva nos países subdesenvolvidos e em desenvolvimento, em detrimento da atenção primária mais abrangente proposta em Alma-Ata. A atenção primária seletiva implicava um pacote limitado de serviços de baixa complexidade para a população empobrecida e configurava o que muitos denominaram de uma “política pobre para os pobres” (CHINELLI; LACERDA; VIEIRA, 2011, p.46).

Para tal, retoma-se a criação do SUS pela Constituição de 1988 estabelecendo no artigo 196, que:

“a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

Os princípios do SUS se materializam em três pilares: universalidade – acesso ao sistema de saúde, integralidade – atender as necessidades do indivíduo em sua totalidade e equidade – tratar as desigualdades sociais, fundamentado em duas diretrizes: regionalização – importância da divisão por territórios e hierarquização – níveis de atendimento do sistema (primário, secundário e terciário).

Segundo Paim (2008) o SUS é uma política pública fruto de uma construção de movimentos sociais. Ainda assim, existe a crença por parte da sociedade que o SUS foi criado na perspectiva de “ajuda” aos pobres, galgadas por políticas focalizadas, com

expressiva atuação de organismos internacionais e redução do financiamento para manutenção desse sistema. Nessa perspectiva este autor classifica o SUS em três categorias, real, formal e democrático.

O ‘SUS real’, moldado pelas políticas econômicas monetaristas e de ajuste macroestrutural, pelo clientelismo, patrimonialismo e partidarização na saúde. O ‘SUS formal’, estabelecido pela Constituição, Lei Orgânica da Saúde e portarias pactuadas, também conhecido como ‘aquele que está no papel’. E há o ‘SUS democrático que integra, organicamente, o projeto da RSB na sua dimensão institucional: universal, igualitário, humanizado e de qualidade. Essas representações em torno do SUS traduzem interesses cristalizados na ‘indústria da saúde’, em governos e corporações profissionais, de um lado, e ideais de mudança social, de outro. Revelam, ainda, diferentes projetos em disputa como o ‘mercantilista’, o ‘revisonista’ e o da ‘RSB’. (PAIM, 2008, p.21-22).

De fato, essa década (1980), conforme já se viu, é caracterizada por políticas de ajustes neoliberais, comprometendo as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, repercutindo nos atributos, princípios e diretrizes do SUS (BRASIL, 1990).

O neoliberalismo começou a avançar de forma mais sistemática no país a partir do governo Fernando Collor de Mello (1990-1992), consolidando-se nos governos Fernando Henrique Cardoso – FHC (1995-1998 e 1999-2003). Nesse período acentuou-se o protagonismo dos princípios defendidos pelos Organismos Internacionais como o Banco Mundial – BM<sup>1</sup> e do Fundo Monetário Internacional – FMI nas políticas sociais

---

<sup>1</sup> Segundo Matos (2001), o Banco Mundial - BM constitui-se em uma das principais agências financiadoras justamente pelo fato de apresentar *know-how* mundial e organização intrínseca capaz de formular e induzir políticas para os países em desenvolvimento. Outro motivo pauta-se no fato de angariar fundos, através de empréstimos, juntamente com o FMI, a partir da criação de projetos para esses governos, que em contrapartida devem aderir a “medidas econômicas recomendadas” (MATOS, 2001, p.383).

brasileiras que deixam de ser universais e assumem cada vez mais um caráter focalizado (CHINELLI; LACERDA e VIEIRA, 2011). Isso significa que esses organismos encontravam-se e ainda se encontram diretamente ligados a esse processo, principalmente no que se refere à capacidade de mobilizar mais recursos para a saúde, assim como à imposição de condicionalidades aos países dependentes para o acesso aos empréstimos aos países dependentes (LIMA, 2014). Criada na perspectiva neoliberal, essa “ajuda”, expressa as orientações definidas pelas grandes potências (OMS, 2010), ideia expressa desde o relatório de 1997. Nesse sentido, vale destacar a argumentação de Pereira (2010):

(...) o Banco Mundial age desde as suas origens, como um ator político intelectual e financeiro, e o faz devido à sua condição singular de prestador, formulador de políticas, ator social e produtor e/ou veiculador de ideias sobre o que fazer, como fazer, quem deve fazer e para quem em matéria de desenvolvimento capitalista” (PEREIRA 2010, p. 260).

É de se notar que essa instituição promoveu a incorporação do setor saúde ao ideário neoliberal com respaldo no conceito de saúde global, com base no novo universalismo ou cobertura universal de saúde conforme o termo atual, baseado nos modelos de pré-pagamento da saúde, o que conseqüentemente radicaliza o processo de mercantilização e financeirização do setor saúde, através da abertura para aumento da participação do setor privado na saúde (LIMA, 2014).

Como uma forma de atingir a cobertura universal de saúde, países que fazem parte da OMS tomaram a responsabilidade de desenvolver sistemas de financiamento, “sem sacrifícios financeiros” para os países subdesenvolvidos (OMS, 2010, p.22), conforme aponta o Relatório Mundial da Saúde de 2010. O documento ressalta que não eram todos que teriam capacidade de garantir a cobertura considerada necessária, incluindo o Brasil e que, para tanto, necessitariam de “ajuda” dos países centrais, com base em três pilares: 1) angariar recursos financeiros suficientes para a saúde, 2)

---

promover a eficiência e eliminar o desperdício e 3) remover as barreiras de acesso aos serviços (OMS, 2010).

Vale ressaltar que desde o Relatório Mundial da Saúde de 2008, o Banco Mundial já identificava a necessidade de investimento na saúde, propondo ações visando à atenção básica e destaca a necessidade de investimento na área (OMS, 2008). O citado relatório identifica a responsabilidade do Estado em assegurar a prestação de serviços, através da cobertura universal, com destaque para a eficácia e a eficiência do investimento realizado, (OMS, 2010) o que se coaduna com as ideias neoliberais.

É de se notar que os governos FHC (1998 - 2002) trouxeram mudanças para a economia, mediante as políticas de ajuste macroeconômico, a criação do plano real e, especificamente para a saúde, a ampliação da descentralização e o lançamento do Programa de Saúde da Família – PSF. Em seus dois mandatos, a privatização foi um dos grandes pilares do governo, programa suspenso no período seguinte, com os governos Lula da Silva (2002 – 2010).

Além da implementação do modelo da ESF, os principais avanços na década de 1990 na saúde foram em relação ao programa nacional de controle e prevenção de HIV/AIDS, esforços mais significativos no controle do tabagismo, a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, o estabelecimento da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e a criação de um modelo de atenção à saúde indígena (PAIM, et. al, 2012).

### **1.3 A reforma gerencial do Estado, as políticas focalizadas e a contra-reforma na saúde**

A implementação de políticas liberalizantes demandava uma reorganização do Estado brasileiro de modo a dar-lhes sustentação institucional. De fato, logo após a posse, FHC criou o Ministério da Administração e Reforma do Estado - MARE, nomeando como ministro Luis Carlos Bresser Pereira, autor do Plano Diretor da Reforma do Estado, cujo objetivo era o de modernizar o setor público visando dar-lhes a eficiência do setor privado. Dever-se-ia impulsionar o crescimento da economia, considerado o melhor remédio para a redução das desigualdades sociais, conforme descrição que consta no referido documento norteador. Uma das justificativas para sua implantação pauta-se na crise dos anos de 1980, agravada na década de 1990 e pela a

enorme deficiência do estado em prover serviços básicos à população (PLANO DIRETOR DA REFORMA DO APARELHO DO ESTADO, 1995).

(1) como uma crise fiscal, caracterizada pela crescente perda do crédito por parte do Estado e pela poupança pública que se torna negativa (2) o esgotamento da estratégia estatizante de intervenção do Estado, a qual se reveste de várias formas: o Estado do bem-estar social nos países desenvolvidos, a estratégia de substituição de importações no terceiro mundo, e o estatismo nos países comunistas; e (3) a superação da forma de administrar o Estado, isto é, a superação da administração pública burocrática (PLANO DIRETOR DA REFORMA DO APARELHO DO ESTADO, 1995, p.10-11).

O Plano tinha por principal objetivo reconfigurar o Estado brasileiro que deveria deixar de ser “o responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social pela via da produção de bens e serviços, para fortalecer-se na função de promotor e regulador desse desenvolvimento” (CHINELLI; LACERDA e VIEIRA, 2011, p.52). O MARE se fortalecia na ideia da separação entre financiamento e oferta dos serviços, que conseqüentemente ocasionou o fortalecimento das Organizações Sociais a partir da contratualização. Conforme Carneiro e Elias (2003):

A proposta do governo privilegiava as incorporações da lógica de mercado e a precedência da razão econômica apresentadas como modernização técnico-administrativa para se intervir na crise do Estado brasileiro. A desregulamentação administrativa, principalmente em relação aos contratos de recursos humanos e à diminuição do controle de processos administrativos, e o estabelecimento de contratos de gestão entre governo e setores privados para a produção de serviços nas áreas sociais constituem a base da proposta” (CARNEIRO e ELIAS, 2003, p.203).



Especificamente para o caso da saúde, Bresser Pereira explicitou no documento intitulado “A reforma administrativa do setor saúde”, a nova organização e diretrizes do setor, em conformidade com as perspectivas da Reforma do Estado e o ideário neoliberal. No documento, ao mesmo tempo em que Bresser considera o SUS como a “política social mais importante e inovadora adotada pelo Estado brasileiro desde a transição democrática” (BRESSER PEREIRA, 1998, p. 2), afirma que a nova configuração estaria baseada:

“na formação de uma espécie de mercado que promova a competição entre os fornecedores de serviços, com o objetivo de reduzir custos e aumentar a qualidade dos serviços prestados” (BRESSER-PEREIRA, 1998, p. 2).

Para operacionalizar a reforma da saúde, Bresser Pereira pauta-se nas seguintes diretrizes:

1) descentralização, com maior clareza na definição das atribuições e no poder de decisão das diferentes esferas de governo; 2) montagem de um sistema de atendimento de saúde em nível municipal, estadual e nacional, constituído de dois subsistemas: subsistema de entrada e controle e subsistema de referência ambulatorial e hospitalar [...]; 3) montagem de um sistema de informações em saúde visando acompanhar os resultados das ações dos dois subsistemas mencionados, conectados em rede, com capacidade de controlar despesas, gerar indicadores para a vigilância epidemiológica, avaliar a qualidade e medir resultados alcançados (Bresser-Pereira, 1998, p. 10-11).

Bresser Pereira buscava controlar a oferta de serviços a partir da demanda, através do método de transferência de recursos baseado no número de habitantes e não no número de leitos, posteriormente chamado de Piso de Atenção Básica – PAB, trazendo como objetivo principal a organização dos atendimentos hospitalares em detrimento do ambulatorial. A justificativa era a baixa qualidade desses serviços, além

da demora do acesso àqueles especializados, devendo, portanto, a atenção básica se constituir na porta de entrada para tais especialidades (BRESSER PEREIRA, 1998).

A época já se observavam indicações por parte do governo em incentivar a administração de forma indireta por meio de regimes jurídicos como as Organizações Sociais – OS, para os hospitais (TEIXEIRA, 2015), o que será abordado em profundidade no Capítulo 2. Santos (2017) refere que a adoção desses modelos de gestão que deveriam estar voltados para o interesse público, seguem, porém, a lógica mercantil.

A contratação de todos os trabalhadores atuantes da Clínica da Família estudada se dá através da Consolidação das Leis Trabalhistas – CLT. Essa forma de contratação desvaloriza o trabalhador no campo da saúde, ao impor novas configurações de trabalho para o servidor público, que conseqüentemente ocasiona o desgaste da classe trabalhadora diante das demandas impostas pelo mercado. Contudo, mesmo considerando que anteriormente existiam formas mais frágeis de contratação, diante das alterações introduzidas na legislação, as relações de trabalho seguem frágeis e precarizadas. Assim, os atuais modelos de gestão – OS<sup>2</sup>, organizações da sociedade civil de interesse público - OSCIPS; fundações de apoio; ou até

---

<sup>2</sup> As Organizações Sociais: prestam serviços mediante contratos de gestão realizados com a administração pública direta e que discriminam objetivos e metas a serem alcançados” “(SILVA, 2016, p. 1366), OSCIP: constitui-se por ser uma organização da sociedade civil em parceria com o setor público, com divisão de responsabilidades e prestação de contas , fundações de apoio: instituições voltadas para o financiamento de recursos e cooperativas: fornecem a força de trabalho e a gestão do SUS. (BRASIL, 2011).

mesmo cooperativas de profissionais, que vêm fazendo com que “a administração dos serviços públicos de saúde passasse a se pautar por medidas flexibilizadoras, visando maximizar a relação custo/benefício, resultando na privatização e na terceirização dos serviços de saúde”, trazendo conseqüências para o trabalho em saúde (CHINELLI, LACERDA e VIEIRA, 2011, p.55).

#### **1.4 A construção da Atenção Básica e a Estratégia de Saúde da Família**

A atenção básica refere-se ao primeiro nível de atenção, configurando-se como primeiro contato com a rede de atenção à saúde. Segundo Bodstein (2002), trata-se de uma espécie de porta de entrada para o sistema de saúde, tendo a função de coordenar o cuidado à saúde da população (BODSTEIN, 2002).

Assim, desde o início dos anos de 1990, criam-se algumas estratégias de fortalecimento da atenção básica, destacando-se o Programa Nacional de Agentes Comunitários em Saúde - PNACS, de 1991, pelo Ministério da Saúde – MS no âmbito do SUS (BRASIL, 2012). Esse programa surgiu na perspectiva de ratificar experiências locais previamente existentes, mas que aconteciam de forma pontual e voltada para grupos de risco como o materno-infantil, ampliando posteriormente a atenção à saúde após a reestruturação da atenção básica. Por isso em 1992, o PNACS deu origem ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS, garantindo melhorias em indicadores de saúde com prevalência da redução da mortalidade infantil, ampliação da cobertura vacinal assim como do aleitamento materno exclusivo – até quatro meses de idade, possibilitando então a criação do PSF a partir de 1994. Nesse contexto, os Agentes Comunitários de Saúde – ACS converteram-se gradativamente “em uma força de trabalho numerosa e essencial no contexto da realização da principal estratégia de ampliação de cobertura e reformulação da atenção à saúde no Brasil, atualmente, a Saúde da Família”, constitui-se assim como um elo entre os profissionais de saúde e a população (MOROSINI; CORBO e GUIMARÃES, 2007, p. 262).

O PSF foi considerado pelo próprio Ministério da Saúde como um programa simples, de baixo custo e estratégia para a reorganização da atenção básica mediante a implementação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde (BRASIL, 2012). Para tanto, o PACS e o PSF contribuíram para a formação de um modelo de reorientação da assistência à saúde de um modelo assistencial biomédico para um modelo integral, nomeado como Estratégia de Saúde da Família - ESF, em 1996.

A Estratégia de Saúde da Família – ESF foi escolhida como modelo prioritário e de reorientação da Atenção Básica no Brasil. A ESF se constitui em porta de entrada preferencial ao sistema de saúde, facilitando desse modo a garantia do acesso à população, negligenciada durante décadas anteriores. As equipes mínimas apresentam

conformação multiprofissional compostas pelas seguintes categorias profissionais: agente comunitário(a) de saúde, técnico(a) de enfermagem, enfermeiro(a) e médico(a), além das equipes de saúde bucal, compostas por dentista, técnico em saúde bucal e auxiliar em saúde bucal. (BRASIL, 2012).

Seu objetivo consiste em proporcionar uma atenção integral à saúde dos indivíduos, considerando os determinantes sociais envolvidos nesse processo, conforme explicitado na Política Nacional de Atenção Básica – PNAB (BRASIL, 2012).

A partir dessa estratégia, compreende-se que a atenção à saúde seja orientada às famílias e a comunidade e transforme suas ações de um modelo assistencial biomédico para um modelo integral (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2008; AMARANTE, 2013). Trata-se, portanto, de uma lógica de atenção que não está voltada exclusivamente à doença nem ao cuidado especializado realizado no hospital, mas visando à integralidade, ou seja, voltada ao sujeito levando em conta suas especificidades e seu contexto de vida. Segundo Lancetti (2006 apud AMARANTE, 2013) trata-se da inversão da lógica de complexidade tal como na medicina, isto é:

“No nível primário, da rede básica, é que as ações devem ser mais complexas: lidar com a família, com as pessoas em crise, com a vizinhança, com os atores sociais no território em que vivem” (Lancetti 2006 apud AMARANTE, 2013).

A ESF foi implantada de forma descentralizada para os municípios e uma de suas características principais é ter um território de referência para a atuação das equipes. Portanto, os usuários são cadastrados em uma unidade básica, em que as equipes apresentam responsabilidade sanitária (BRASIL, 2012), além de estarem incumbidas de desenvolver ações de prevenção, vigilância e promoção da saúde com a potencialidade de resolução da maioria das queixas da população adscrita (FONSECA, 2013). Isto posto, compreende-se que o território traduz as necessidades e potencialidades da população, definido por Tancredi (1998) como: “o processo de vida da comunidade, a interação de distintos atores sociais com qualificações sociais, econômicas, culturais, políticas, epidemiológicas e históricas distintas” (TANCREDI, 1998, p. 16-17). Além disso, é constituído por espaços versáteis que estão sempre em movimento, definidos por características próprias, delimitado cada um por uma área de

abrangência, assim como por sua composição populacional, poderes e interações sociais diversas (FONSECA, 2007).

Segundo Santos (2017), a ESF sofreu mudanças essencialmente na administração e financiamento, especialmente no final da década de 1990 e início da década de 2000, por meio da criação das Normas Operacionais Básicas - NOBs, das Normas Operacionais da Assistência à Saúde - NOAS, da institucionalização do Piso de Atenção Básica – PAB fixo e variável, das incursões nas duas versões da PNAB de 2006 e 2012, e do Pacto pela Saúde (SANTOS, 2017).

Na perspectiva da expansão da ESF, foi estabelecido pelo MS o Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família – PROESF, no início de 2002, com suporte do Banco Mundial – BM estruturado em três pilares: “Apoio à Conversão do Modelo de Atenção Básica de Saúde, Desenvolvimento de Recursos Humanos e Monitoramento e Avaliação” (CAZELI, 2003).

Em 2006 foi publicação da Política Nacional de Atenção Básica - PNAB – 1ª versão, publicada através da Portaria nº 648, posteriormente revista em 2012 (RONSANI, SILVA e RIBEIRO, 2013), atualizada pela portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Nessa versão, propõe a definição da atenção básica como:

“o conjunto de ações de saúde, individuais, familiares e coletivas, que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (BRASIL, 2017 p.2).

Quando comparamos as duas versões, a anterior e a mais atual é possível perceber algumas nuances. As principais modificações pautam-se na retirada de dois termos em relação à gestão – democrática e participativa, substituída pela gestão qualificada, reforçando assim a atuação do gerente na ESF, e a inclusão da abordagem de equipe multidisciplinar, cuidados paliativos (BRASIL, 2017).

Atualmente está em curso a Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, aprovando uma revisão da Política Nacional de Atenção Básica, de acordo com

recomendação na Conferência Nacional de Saúde de 2015 em que foi criado um fórum nacional para gestão da atenção básica no ano de 2016. Essa portaria apresenta algumas características em comum com as versões anteriores, mas também denota outras proposições. Dentre as comuns destacam-se a manutenção da Atenção Básica como principal porta de entrada nos sistema de saúde, ordenadora do cuidado e responsável por promover o acesso do usuário à rede de serviços de saúde; preservação dos princípios e diretrizes do SUS; continuidade do modelo da ESF como prioritário. Em relação às proposições diferenciadas vale citar o impedimento da exclusão do sistema de saúde baseada em idade, gênero, raça/cor, etnia, crença, nacionalidade, orientação sexual, identidade de gênero, estado de saúde, condição socioeconômica, escolaridade, limitação física, intelectual, funcional, dentre outras; a criação do cargo de Gerente de Atenção Básica, conforme a avaliação da necessidade desse gestor local pelos órgãos competentes da administração municipal, cuja tarefa principal deveria ser a melhoria do processo de trabalho das unidades de saúde com base na função técnico-gerencial e também se destaca nessa portaria a ausência do financiamento que provavelmente será publicada posteriormente (BRASIL, 2017).

No caso específico do município do Rio de Janeiro, esse gerente deve atender a pelo menos quatro critérios dos dez dispostos na Resolução SMS Nº 2954, de 10 de junho de 2016: possuir três anos de experiência de atuação direta nas equipes de Saúde da Família; dispor de cinco anos de experiência em cargo de gestão no âmbito do SUS; participação, no mínimo, de uma atividade de atualização científica e/ou acadêmica nas áreas de Saúde da Família, Saúde Pública, Saúde Coletiva ou Gestão em Saúde (congressos, seminários, workshops, capacitações, cursos presenciais ou à distância) no último ano, antes da nomeação/contratação; ter formação técnica de nível médio ou possuir graduação na área da saúde; dispor de especialização em Saúde da Família, Saúde Pública, Saúde Coletiva ou Gestão em Saúde; possuir Residência ou título de especialista em Saúde da Família; conclusão do terceiro ano de Residência (R3) em Gestão de Serviços de Saúde; apresentar título de Mestre ou Doutor em Saúde da Família, Gestão em Saúde, Políticas Públicas e Saúde Coletiva e por fim, ter participado do programa Líderes Cariocas, por no mínimo 2 (dois) anos, sendo devidamente aprovado (PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO, 2016).

Esse processo tem gerado muitos debates em torno da nova configuração que a atenção básica poderá adquirir, o que vem sendo criticado fortemente por especialistas

da área, visto que poderá implicar na não priorização do modelo da ESF, configurando-se em um retrocesso ao SUS, com ameaças ao modelo. Um dos principais argumentos é dispensa da obrigatoriedade dos Agentes Comunitários de Saúde nas equipes, substituídos então por auxiliares ou técnicos de enfermagem (CISCATI, 2017). Fato ratificado no debate das autoras Morosini e Fonseca (2017) ao relacionarem essa mudança de conformação das equipes como resgate do modelo biomédico em uma lógica medicalizadora, além de contribuir para a desmobilização das ações de promoção da saúde (MOROSINI e FONSECA, 2017).

As autoras argumentam ainda que a saúde vem sendo tratada de acordo com a lógica de mercado, verificando-se expressiva competição entre os setores público-privados, podendo retomar a ideia da atenção primária seletiva por intermédio de uma carteira de serviços mínima, em contraposição ao princípio da universalidade do SUS. Enfatizam que a influência do modelo de atenção à saúde por intermédio das Organizações Sociais comprometem os processos de monitoramento e avaliação à saúde. Além de comprometer as ações de promoção da saúde por serem transformadas em ações pontuais, o desafio da intersetorialidade na prática, e a tendência de crescimento dos planos de saúde torna-se cada vez mais expressiva (MOROSINI e FONSECA, 2017).

Outra proposta de mudança pauta-se nos regimes de trabalho, na carga horária e nos vínculos dos trabalhadores, baseado no discurso de atender especificidades dos territórios. Porém diante do cenário atual de precarização do trabalho, acirraria ainda mais as flexibilidades no que tange à contratação e à organização do trabalho, salientando ainda mais a fragilidade dos trabalhadores, principalmente os profissionais de níveis médios e técnicos. Como exemplo, é de se notar que a última versão da PNAB propõe a fusão entre os ACS e os Agentes de Combate a Endemias – ACE, reduzindo cada vez mais os postos de trabalho para os profissionais da saúde, e ainda compromete a formação técnica desses profissionais. Desse modo, conclui-se que as atribuições dessa categoria profissional deverão ser atualizadas frente às necessidades do território, o desejo de qualificação dos ACS, assim como da equipe da ESF (MOROSINI e FONSECA, 2017).

Como questão central, a avaliação dos processos entra em vigor com o objetivo de monitoramento do processo de trabalho das equipes, através de indicadores de desempenho, gerando remuneração adicional para os trabalhadores, sem apresentar um

caráter punitivo para os trabalhadores. Cabe mencionar que a avaliação em saúde era tratada anteriormente com menos expressividade, a partir da institucionalização das práticas gerencialistas, já abordadas neste capítulo, cuja gestão era orientada por resultados, com protagonismo na década de 1990. A produtividade no setor público começou a ser incentivada, baseada nos moldes do setor privado. Em 2006 com a institucionalização do Pacto pela Saúde, o monitoramento dos indicadores ganhou expressividade, com definição de responsabilidades das três esferas de governo. No mesmo ano a publicação da primeira versão da PNAB trazia o componente da avaliação como um fundamento da Atenção Básica, além de área prioritária para a qualificação de recursos humanos e como objeto de institucionalização na organização do trabalho das equipes. Outra forma institucionalizada de avaliação foi em 2011 a criação do Programa de Incentivo a Melhoria e Qualidade – PMAQ, abordado em profundidade no Capítulo 4 (FONSECA, 2013).

As autoras apontam que a avaliação é entendida de forma consensual como “atividade capaz de gerar informações úteis para reorientar políticas e práticas”, realizando o monitoramento das ações através dos sistemas de informação. Na visão dessas autoras espaços como as reuniões de equipe podem tornar-se esvaziados, ou até mesmo retirados do processo de trabalho, diante dessa imposição do mercado para garantir o aumento da produtividade, baseado no modelo toyotista de produção, com base no qual o modelo gerencialista tem sido construído (MOROSINI e FONSECA, 2017).



## CAPÍTULO 2

### **A Gestão do Trabalho no Contexto do Sistema Único de Saúde em especial na Atenção Básica**

#### **2.1 A gestão do trabalho no mundo contemporâneo**

- O debate em torno das questões referentes à gestão do trabalho tem destaque no cenário internacional, inclusive no Brasil. Seguindo as tendências liberalizantes do mercado, o setor da saúde também passou por transformações na organização e gestão do trabalho, impactando diretamente os trabalhadores (ALVES, 2014). Ao iniciar este capítulo torna-se fundamental recuperar historicamente os processos – aí incluído o desenvolvimento das tecnologias de comunicação e informação - que desembocaram a partir de meados dos anos 1970 na organização e gestão contemporânea do trabalho, com repercussões intensas principalmente nas áreas do trabalho e do emprego (MARTINS e MOLINARO, 2013).

No que se refere à organização e gestão do trabalho no século XX, enfatiza-se que este foi marcado por inúmeras transformações sociais, políticas e econômicas associadas às diferentes crises estruturais do sistema capitalista. Desde o final do século anterior, as ideias de Frederick Taylor, considerado o pai da administração do trabalho, tinham por objetivo “a construção de um sistema de organização, cujos objetivos eram o aperfeiçoamento da qualidade e a diminuição do tempo gasto na realização de tarefas complexas” (PINTO, 2010, p. 26).

Correndo o risco de simplificação, vale destacar que os estudos de Taylor, sobretudo em respeito à necessidade de subdivisão de tarefas e à responsabilidade com o tempo mínimo para desempenhá-las, associadas à linha de montagem e à produção em massa e padronizada, introduzidas na indústria automobilística norte-americana por Henry Ford, configuraram o chamado fordismo-taylorismo que se constituiu durante quase todo o século XX, não só em um modelo de organização da produção, como também, guardadas as devidas diferenças, das sociedades capitalistas como um todo.

Nesse sistema, a divisão técnica do trabalho visava atingir maior produtividade ao menor custo, com a padronização dos instrumentos e da segmentação dos estágios da

produção - atividades repetidas e cronometradas. Desse modo instaurou a divisão entre trabalho intelectual, cuja responsabilidade era da chefia e trabalho manual, desenvolvido pelos trabalhadores (PINTO, 2010; SANTOS, 2012).

Esse sistema permaneceu hegemônico até a década de 1970, quando começou a entrar em crise devido à diminuição da taxa de lucro, da produtividade devido ao alto número de faltas dos trabalhadores, à alta rotatividade, à insatisfação dos mesmos com a forte hierarquia da organização da produção, em prejuízo da qualidade dos produtos e dos níveis de consumo (PINTO, 2010; SANTOS, 2012).

No caso brasileiro cabe destacar que o país atravessava à época grave crise econômica provocada, sobretudo pela elevação do preço do petróleo e das taxas de juros pelos Estados Unidos, contribuindo para o agravamento da dívida externa, assim como em outros países subdesenvolvidos, caracterizando-se por um período de grande instabilidade econômica e social (CHINELLI; LACERDA e VIEIRA, 2011). Antes mesmo do ocorrido, em 1964, durante o Golpe Militar o Brasil já havia adquirido grande dívida externa, permeada pelo crescimento de aproximadamente 6% a 7% ao ano, gerando futuras consequências (CHINELLI, 2008).

Nesse contexto, nos anos seguintes, na década de 1980, as barreiras institucionais entre as empresas e o Estado começam a ser flexibilizadas por meio das políticas estatais, com vistas ao ajuste macroeconômico sob a égide de políticas neoliberais e de um novo regime de acumulação do capital, denominado de acumulação flexível que cuja penetração no Brasil se inicia. Nas palavras de Harvey (1992, p.140), esse regime:

“se apóia na flexibilidade dos processos de trabalho, dos mercados de trabalho, dos produtos e padrões de consumo. Caracteriza-se pelo surgimento de setores de produção inteiramente novos, novas maneiras de fornecimento de serviços financeiros, novos mercados e, sobretudo, taxas altamente intensificadas de inovação comercial, tecnológica e organizacional” (HARVEY, 1992, p. 140).

Santos (2017) sintetiza os apontamentos de Harvey (2008) a respeito, considerando que essas mudanças são estruturantes do projeto de caráter neoliberal. O

capitalismo, definido como um sistema monopolista-financeiro vem produzindo transformações na organização da produção e das relações de trabalho, flexibilizando-se, além do intenso processo de internacionalização dos setores da economia no mundo como um todo. A saúde vem acompanhando o cenário internacional, sofrendo as consequências da hegemonia do capital financeiro, da redução do papel do Estado nas políticas públicas e ao intensificar sua participação na organização do mercado (HARVEY, 2008 apud SANTOS, 2017). Nesse contexto, o toyotismo destaca-se como o modelo de organização da que começa a substituir o taylorismo-fordismo. De origem japonesa (criado na década de 1950), iniciado nas empresas automobilísticas, expandindo-se para outras áreas. Suas principais características são a produção enxuta e flexível, além das seguintes particularidades: a demanda do mercado dita a produção; a produção é variada e diversificada, atendendo ao consumo; a utilização de estoque é mínima e a produção caracteriza-se pela horizontalização (PINTO, 2010; SANTOS, 2012).

Esse modelo contribuiu para a modificação da gestão do trabalho, trazendo consequências para os trabalhadores tais como a desregulamentação dos direitos trabalhistas, permitindo desse modo a institucionalização da terceirização; a exigência de novos requisitos aos trabalhadores: a multifuncionalidade, a qualificação e a polivalência (PINTO, 2010; SANTOS, 2012; GOIS, 2013).

Vale ressaltar que durante os anos de 1990, com a introdução mais efetiva no país de políticas neoliberais, essas mudanças se tornam mais efetivas com maior ênfase nos governos de Fernando Collor de Mello (1990-1992), mas, sobretudo nos governos seguintes de Fernando Henrique Cardoso - FHC (1994-2002).

Durante o período FHC se intensificam as privatizações de empresas estatais, o que vai ao encontro da argumentação de Harvey (2008): “o estado neoliberal deve favorecer fortes direitos individuais à propriedade privada, o regime de direito e as instituições de mercados de livre funcionamento e do livre comércio” (HARVEY, 2008, p. 75). Note-se que durante o governo Collor algumas medidas traduzem as novas orientações políticas e econômicas: abertura comercial; liberalização financeira; desregulamentação do mercado de trabalho; equilíbrio fiscal e estabilidade dos preços, encerrando um ciclo que se caracterizou pela participação direta do poder público em setores considerados estratégicos para o desenvolvimento do país, dentre eles a saúde (CHINELLI, 2008).

Nos anos seguintes, durante os governos de FHC essas medidas foram aprofundadas, sobretudo a partir da Reforma do Estado. Idealizado por Luiz Carlos Bresser Pereira, então Ministro da Administração Pública e Reforma do Estado e implantado a partir de 1995, o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado conforme abordado no capítulo 1, ao implementar reformas de cunho gerencial na administração pública, contribuiu para a expansão dos serviços privados, inclusive na área da saúde. Essa reforma possibilitou a criação de formatos de gestão diferenciados na área, a serem abordados mais adiante, com desresponsabilização do Estado pela administração direta nas políticas sociais (TEIXEIRA, 2015).

Implementou-se à época forte ajuste fiscal que acarretou a redução da arrecadação tributária e para os trabalhadores, a redução de salários, dos níveis de emprego e o crescimento da informalidade. Os governos seguintes de Luiz Inácio Lula da Silva (2003-2010), caracterizados como neodesenvolvimentistas,<sup>3</sup> pouco se distanciaram da política macroeconômica anterior (CHINELLI; LACERDA e VIEIRA, 2011) e contribuíram para aprofundar o que Alves (2014, p.41) denomina de razão gestonária na administração pública, “cuja linguagem navega por termos como metas, índices, desempenho, apuração de resultados”.

Por sua vez, Freitas (2012, p.379) indica que o modelo gerencialista de gestão envolve “uma combinação de responsabilização, meritocracia e

---

<sup>3</sup> Neodesenvolvimentismo é o desenvolvimento do capitalismo neoliberal, caracterizado por amplo crescimento econômico; mantém a abertura comercial ao mercado interno; sustenta a divisão internacional do trabalho; apresenta menor distribuição de renda e conserva a manutenção da burguesia a frente do poder (BOITO JUNIOR, 2012).

privatização”. A primeira pressupõe que os trabalhadores são integralmente responsáveis pelo desenvolvimento das tarefas propostas. Já a meritocracia tem origem na ideologia liberal e propõe “igualdade de oportunidades e não de resultados. Para ela, dadas as oportunidades, o que faz a diferença entre as pessoas é o esforço pessoal, o mérito de cada um. “Nada é dito sobre a igualdade de condições no ponto de partida” (p. 383). E a privatização é expressa pela concessão ao setor privado da gestão do serviço público.

A submissão dos trabalhadores à lógica gerencialista é favorecida pela ameaça ou concretude de precarização e/ou desemprego, além da implementação de dispositivos gerenciais como o pagamento por desempenho, conhecido como um benefício revertido aos trabalhadores através de bonificação por resultados, traduzidos em metas, índices, desempenho e apuração de resultados (FREITAS, 2012).

Há autores que apontam positivamente nos modelos de gestão de inspiração neoliberal. Como exemplo, Mons (2009), citado por Alves (2014), afirma que os serviços públicos podem ser mensurados com a utilização de ferramentas de gestão validadas previamente, o que permitiria a prestação de contas para os gestores e por parte deles aos níveis hierárquicos superiores, bem como para os cidadãos. Trata-se da regulação por resultados das organizações públicas.

Em contrapartida, Alves (2014) questiona se a gestão baseada em avaliações quantitativas dos resultados de fato contribui para a eficiência do setor público, à dificuldade de medir o trabalho humano em termos quantitativos dada a sua complexidade. Ele considera que esse modelo constitui uma “aproximação entre administração pública e formas de gestão contemporâneas no setor privado, este último compreendido como o modelo de êxito a ser perseguido. Um aberto elogio ao seu espírito, suas ferramentas de gestão, de incitação e de controle” (p. 43).

Alguns autores apontam que o modelo de gestão atual vem gerando grande sobrecarga para os trabalhadores em geral e os da saúde em particular, através da proposição e cumprimento de metas pela gestão. Lopes (2016) salienta que os atuais sistemas de gestão da força de trabalho buscam trabalhadores cada vez mais criativos, com capacidade de lidar com as cobranças, serem flexíveis e adaptáveis às exigências impostas pelo mercado, trazendo, muitas vezes graves consequências, principalmente na saúde dos mesmos. Em consonância com essa perspectiva, de insegurança dos trabalhadores, Chinelli (2008, p.118) indica as relações de trabalho na contemporaneidade.

No atual modelo de organização do trabalho, convivem de forma combinada trabalhadores dos quais se exige alta densidade de capital intelectual, com aqueles menos qualificados, via de regra localizados no setor de serviços, em boa parte terceirizados, aprofundando a desigualdade (...) e as diferenças nas modalidades

de integração produtiva, configurando uma espécie de dualização da formação para o trabalho, fomentadora de uma nova seleção empresa-indivíduo (CHINELLI, 2008, p.118).

A mesma autora acrescenta que recaem sobre os trabalhadores contemporâneos os “ônus da reestruturação produtiva e da imprevisibilidade da reprodução cotidiana”, uma vez que de modo a garantir a empregabilidade, os trabalhadores configuram-se como submissos a lógica do capitalismo (CHINELLI, 2008, p.120). Essas condições interferem na subjetividade do trabalhador que, diante desse contexto apresenta fragilidades que afetam diretamente o trabalho (ALVES, 2014). Corroborando com este cenário, os trabalhadores da saúde também enfrentam situações de precarização, especificamente na ESF, com repercussões para a saúde física e psicológica dos trabalhadores (MOROSINI, 2010). Os trabalhadores são responsáveis por atingir os resultados esperados pelos empresários/gestores, constituindo-se como a parte mais frágil, submetidos a relações de trabalho em que são obrigados a aceitar banco de horas, demissão obrigatória, demissão voluntária, contratos temporários e subcontratos; mecanismos que compõem a precarização do trabalho (CASTRO, 2016). Esses mecanismos foram incorporadas no setor público desde a década de 1990, vide as mudanças que esse setor sofreu durante os governos do FHC, com a proposição do PDRAE – já abordados no Capítulo 1 e da Emenda Constitucional 19 – que trata dos incentivos a produtividade e suas conseqüências para o campo de gestão do trabalho, havendo, portanto demissões por excesso de quadros e insuficiência de desempenho.

A linguagem do mercado considera os trabalhadores como “colaboradores” que devem vestir “a camisa da empresa”. Ou seja, os colaboradores das empresas precisam necessariamente se adaptar às condições impostas, incluindo a gestão por metas como uma inovação, foco de análise deste trabalho (ANTUNES & DUCK, 2014). Trata-se, na verdade de condições que precarizam as relações de trabalho que se manifestam em:

Rachas de identidade e aumento da dependência em relação à empresa, criando um vínculo baseado no envolvimento individual destinado de qualquer referência coletiva externa à lógica dominante. Eis como se pode caracterizar a situação dos assalariados no conhecido contexto de crise econômica, de

desemprego sempre crescente, que ameaça permanentemente ou que ataca de surpresa como, por exemplo, as demissões conhecidas como “demissões táxis ou expressas”. As novas modalidades de negociação estimuladas na empresa em via de modernização, que instauram um vínculo direto entre os assalariados e sua própria chefia, não os protegem muito. De qualquer maneira, levam apenas a manter e a reforçar as orientações tomadas. O que parece caracterizar a nova empresa é realmente a vontade de impor uma homogeneidade de pensamento, de valores e de atitudes, em que cada qual entra em concorrência com os outros (LINHART, 2007, p. 122).

Chinelli (2008) indica que a competitividade reproduz nos serviços públicos a mesma lógica de empresas privadas com “repercussões profundas quanto à revisão das referências éticas do trabalho responsáveis pela formação da identidade profissional e pessoal dos trabalhadores” (CHINELLI, 2008, p.135). Conforme se apontou anteriormente, as repercussões são ainda mais amplas, podendo provocar morbidades físicas e psicológicas sobre os trabalhadores. Gaulejac (2007) chega inclusive a denominar a gestão contemporânea como doença social, na qual a avaliação por desempenho é baseada em competências, conceito de origem empresarial, seguindo a lógica mercantil que apela sobremodo para a subjetividade dos trabalhadores. Neste sentido, para Ramos (2011), as competências têm por objetivo “orientar sua [dos trabalhadores] conduta nas relações de trabalho”, pela capacidade de se tornarem flexíveis, para que, a todo tempo, possam gerar lucro e produtividade (RAMOS, 2011, p.58). Na opinião da autora, a pedagogia das competências “é um processo cultural pela qual se visa não produzir ou transmitir conhecimentos, mas sim formar personalidades flexíveis e adaptáveis às instabilidades e incertezas contemporâneas” (RAMOS, 2011 p. 68).

Teixeira e colaboradores (2012) salientam que as demandas de formação profissional dos trabalhadores eram convertidas em ações, através de capacitações programáticas, deixando a desejar a questão da formação . Nesse sentido, destacam-se as seguintes iniciativas: o Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde – Proformar (2001); o Programa de Capacitação Formação de Pessoal para a

Saúde da Família – Polos-PSF (2001); o Programa de incentivo às mudanças curriculares dos cursos de graduação em medicina – Promed (2002) e o Programa de Educação Profissional de nível técnico de Profissionalização dos trabalhadores da Área de Enfermagem – Profae (2006). Para tanto, a gestão do trabalho e educação e saúde sofreu avanços, porém apresenta limitações, logo, alguns desafios estão postos, dentre eles a consolidação dos fundamentos da educação permanente (TEIXEIRA, OLIVEIRA e ARANTES, 2012). Ainda assim, comparando com a realidade atual nos serviços da ESF é possível perceber que ações com continuidade e que surjam de acordo com as demandas dos serviços apresentam-se de forma incipiente.

Relacionando o tema em questão com a prática no cotidiano dos trabalhadores em saúde, é possível identificar que esses são “obrigados” a seguirem os padrões estipulados pelos chefes das empresas, qual seja, a imposição de que as normas devem ser seguidas por todos. Além disso, a busca do desempenho por resultados, traduzidos na forma de metas, geram estresse para os trabalhadores, uma vez que a produtividade é sempre requerida e ampliada, sendo os trabalhadores encarregados de desenvolver habilidades próprias para galgar tal resultado esperado.

## **2.2 A gestão do trabalho no Sistema Único de Saúde e na Atenção Básica**

A gestão do trabalho no SUS, em especial no tocante a Atenção Básica, sofreu influências das Conferências Nacionais de Saúde, e também das Conferências Nacionais de Recursos Humanos que apontaram avanços e retrocessos em relação às discussões que permeiam o tema. A organização do sistema de saúde e o financiamento são questões centrais entre os gestores da área, com início do debate nos anos 1950.

Conforme aponta documento produzido pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde, a gestão do trabalho é dividida em três eixos: “a mudança no modelo de Estado, que passa de um modelo provedor para um modelo regulador; a reestruturação produtiva, que traz novas formas de relação de trabalho, e a incorporação tecnológica, que introduz novas práticas e novos processos de trabalho” (BRASIL, 2011, p.15).

A questão do desenvolvimento de pessoal no âmbito da saúde já estava presente na III Conferência Nacional de Saúde. Porém, o espaço do tema na agenda política veio à tona em 1973, por meio de um programa denominado de Programa Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para a saúde no Brasil, transformando-se em



1975 no Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde – PPREPS. Esse programa surgiu a partir da institucionalização de uma parceria entre o governo brasileiro e a Organização Pan-americana de Atenção a Saúde – OPAS.

O PPREPS foi considerado como a primeira iniciativa no sentido de organizar os Recursos Humanos em Saúde - RHS, principalmente por seu caráter formativo de sanitaristas através dos cursos descentralizados de saúde pública nos estados brasileiros. Esse programa foi considerado como um marco no planejamento governamental para as áreas do trabalho, educação e saúde, influenciando a criação de outros programas com vistas à formação dos trabalhadores de saúde como o Projeto de Formação Profissional em Larga Escala e a Capacitação em Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde no ano de 1985. Apesar dessas estratégias, é na VIII Conferência Nacional de Saúde - CNS, em 1986, considerada como um marco da Reforma Sanitária Brasileira, conforme abordada no Capítulo 1, em que o tema dos RHS institucionaliza-se, ratificando a importância da formação dos trabalhadores da saúde para alcance dos ideários do SUS (VIEIRA, CHINELLI e LOPES, 2011).

Uma das recomendações apresentadas no relatório da VIII CNS foi a realização da Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde – CNRHS, no mesmo ano, estabelecendo uma agenda específica para a definição dos RHS em consonância com os princípios do SUS. Os trabalhadores da saúde reivindicavam o enfrentamento das seguintes questões: “baixa qualificação profissional, a baixa remuneração, condições de trabalho pouco favoráveis, a existência de relações de trabalho diferenciadas no que se referia a níveis salariais, carga horária, níveis de autonomia no processo de trabalho e os conflitos relacionados a esse elenco de problemas” (VIEIRA, CHINELLI e LOPES, 2011). O relatório da CNRHS discorre sobre esses questionamentos:

(...) não obstante a grande importância das questões referentes ao preparo do pessoal para que sua capacitação seja adequada e conveniente à realidade social brasileira, os órgãos de recursos humanos devem transcender esse âmbito e incorporar o estudo e o trabalho de temas como recrutamento e seleção, concurso, plano de cargos e salários, isonomia salarial, avaliação de desempenho, direitos trabalhistas e escolha dos cargos de chefias entre outros, na procura de soluções apropriadas e transformadoras. A

integração com os departamentos de pessoal foi proposta e torna-se indispensável. Não há como se pensar um novo sistema de saúde sem passar por estas questões. Elas constituem, com certeza, um dos pontos de maior resistência às mudanças preconizadas pela VIII Conferência Nacional de Saúde. (Brasil, Ministério da Saúde, 1986, p. 12).

Durante os anos de 1990, com a descentralização do SUS, ocorreu a transferência de responsabilidades de gestão de recursos e responsabilidade com gastos para os municípios primeiramente e os estados, o que permitiu o desfinanciamento no nível federal e os municípios se tornaram entes autônomos. No que tange à área da saúde, a contratação dos trabalhadores, também sofreu impacto por não ser encarada como prioridade, associada ao contexto político que o país vivia e a reconfiguração gerencial do Estado (VIEIRA, CHINELLI e LOPES, 2011). Acrescenta-se a isso, o fato de haver longos períodos sem a realização de concursos públicos para admissão de um quadro de trabalhadores no nível do Governo Federal (TEIXEIRA, OLIVEIRA e ARANTES, 2012).

A demanda por ampliação dos postos de trabalho no SUS deve ser atribuída, sobretudo à expansão da Atenção Básica, com a implementação do Programa Saúde da Família – PSF (1994), que deu origem a ESF (VIEIRA e CHINELLI, 2013). Inicialmente a forma de contratação dos trabalhadores para atuação na Atenção Básica deu-se em sua maioria através de cooperativas profissionais, bolsas por consultoria, associações de moradores e Organizações Não Governamentais - ONGs, ou até mesmo a triangulação dessas formas de contratação. Outros moldes de contratação que não despediam de recursos do Ministério da Saúde foram incentivados como, por exemplo, as residências multiprofissionais, a residência em medicina de família e comunidade, além da qualificação em serviço e o fomento aos cursos técnicos de ensino médio (CORBO, PONTES e MOROSINI, 2007).

Conforme elucidação no PDRAE, a política de incentivos através do alcance por indicadores de desempenho quantitativos era estimulada. Utiliza-se para tal o Contrato de Gestão como base no desenvolvimento desses indicadores. A qualidade total e a produtividade tornaram-se eixos centrais na administração pública (PDRAE, 1995).

Em 2002, a Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS, da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde publicou o documento *SUS: Política de Recursos Humanos em Saúde – prioridades para a ação dos gestores do SUS*, com o objetivo de delinear a responsabilidade do Ministério da Saúde na questão a partir dos seguintes assuntos: “regulação dos recursos humanos de saúde; aperfeiçoamento e modernização da gestão do trabalho em saúde; e fomento ao processo de educação para o trabalho em saúde” (BRASIL, 1995, p.12).

Desde 1993, a II Conferência Nacional de Recursos Humanos, aponta para a necessidade de criação de uma política voltada para o tema, considerando a formação para os trabalhadores e o estabelecimento de planos de carreira, cargos e salários. Nessa mesma direção a Abrasco em 2003 corroborou com a questão do plano de carreira. Nesse mesmo ano, um avanço na área foi a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUS – NOB/RH-SUS, no ano de 2003, que trouxe o trabalho em saúde como tema central do SUS, explicitando os principais objetivos: valorização dos trabalhadores, regulação das relações de trabalho e a importância desses atores no estabelecimento de transformações das práticas de saúde especialmente no setor público. Esse documento aponta as dificuldades enfrentadas pelos trabalhadores: “falta de estímulo profissional, desvios de função, múltiplas jornadas de trabalho, relações de trabalho desprotegidas e ausência de espaços de negociação coletiva”. No ano seguinte, em 2004, o governo criou uma agenda positiva nesta área, a partir de ações com objetivo de desprecarização do trabalho, viabilização do Plano de Cargos, Carreiras e Salários e realização de concursos públicos, porém com impacto maior a nível federal (VIEIRA, CHINELLI e LOPES, 2011).

No primeiro governo Luiz Inácio Lula da Silva (2003-2006), a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – SGTES foi criada pelo então ministro da saúde Humberto Costa em 2003 (MOROSINI, 2007), o que permitiu levantar a temática dos recursos humanos no debate da Política Nacional de Saúde, com uma nova agenda para a temática da gestão do trabalho e educação em saúde, na perspectiva de resolução dos problemas enfrentados pelos trabalhadores desde a construção do SUS, aí incluídos o aumento da formalização e ajustes nas regras da previdência (TEIXEIRA, OLIVEIRA e ARANTES, 2012). A respeito VIEIRA, CHINELLI e LOPES (2011, p.110) afirmam que:

“Os dois governos do presidente Luiz Inácio Lula da Silva não alteraram de forma significativa o quadro da saúde pública no país, dando continuidade às políticas sociais fragmentadas e subordinadas à lógica econômica. Mesmo com a criação da SGTES, as principais diretrizes para a questão do trabalho em saúde continuaram nos moldes constitucionais, avançaram muito pouco, mantendo-se a precarização, a terceirização dos trabalhadores e a descontinuidade nos repasses, e fortalecendo-se com isso, em geral, as forças políticas que lutam para que o princípio de inclusão no sistema público de saúde seja a pobreza”

Nos governos seguintes de Dilma Rousseff (2011-2016), esse quadro não se alterou substancialmente, assistindo-se às fortes pressões do setor privado sobre o sistema público de saúde no sentido de ampliar sua ingerência na saúde pública. As relações de trabalho permaneciam precárias e os trabalhadores vivenciavam formas flexíveis de contratação, baseadas na terceirização.

Isso significa que, sobretudo a partir dos governos liberalizantes de Fernando Henrique Cardoso, mas continuando nos governos subsequentes, novos formatos de gestão foram incorporados, mantendo formas flexíveis de incorporação da força de trabalho, como contratos com organizações não governamentais – ONGs<sup>4</sup>, contratação temporária, terceirização, estágios,

---

<sup>4</sup> Organizações não governamentais: entidade filantrópica sem fins lucrativos; autarquias e fundações estatais de direito privado: entidades estatais de direito público (BRASIL, 2011 e TEIXEIRA, 2014).

bolsas de trabalho, contratos por órgãos internacionais, organizações sociais – OS, cooperativas, autarquias, Fundações Estatais de Direito Privado – FEDP, convênios com organizações da sociedade civil de interesse público – OSCIP, cooperativas e fundações de apoio. Vale ressaltar que os trabalhadores vêm sendo contratados por vínculos variados, seja através de processos seletivos públicos, sob o regime da Consolidação das Leis de Trabalho – CLT ou até

mesmo por contratos temporários (SANTOS, 2017). Nogueira (2006) enfatiza a precarização do trabalho nos contratos de gestão.

Pode-se dizer que é irregular todo o vínculo de trabalho em que o trabalhador foi admitido na instituição pública sem concurso ou seleção de natureza pública, sendo exceção o trabalhador terceirizado admitido nas áreas não-finalísticas (como serviços gerais, segurança), por pertencer a uma empresa empregadora contratada mediante as normas legais de licitação (NOGUEIRA, 2006, p.5).

A terceirização continua sendo escolhida como a forma de contratação de grande parte dos trabalhadores. Acredita-se que esse fenômeno exacerba as desigualdades sociais para a classe trabalhadora, ao propor salários mais baixos, desvalorizar a força de trabalho, gerar instabilidade e insegurança no trabalho, conforme apontado por autores como Carvalho e Bridi (2015), promovendo assim a reprodução do modo de vida precário dos trabalhadores na sociedade brasileira.

Essas instituições realizam a terceirização dos serviços públicos de saúde, o que, de acordo com a análise de Chinelli, Lacerda e Vieira (2011), interfere diretamente nos princípios da universalidade e da integralidade do SUS, além de precarizar as relações de trabalho. No documento *Agenda de prioridades para a política de recursos humanos na gestão do SUS* (MS, 1997),

o MS apresenta os supostos benefícios desses formatos de gestão:

“fundadas no incentivo à produtividade e qualidade, na descentralização, na participação social e na publicização do aparato produtor de serviços de saúde”; e incentivo à flexibilização dos vínculos de trabalho nas instâncias de gestão ligadas ao Estado, para permitir maior adequação ao mercado de trabalho e aos avanços tecnológicos, sem comprometer os direitos sociais dos trabalhadores” (Brasil, Ministério da Saúde, 1997, apud CHINELLI; LACERDA e VIEIRA, 2011, p. 4).

### **2.3 A organização e gestão do trabalho da Atenção Básica no município do Rio de Janeiro**

O município do Rio de Janeiro adotou o modelo da Estratégia de Saúde da Família – ESF para expansão da Atenção Básica, conforme disposto no capítulo 1 desta dissertação. Com isso, ampliam-se experiências de modelos de gestão, baseados na lógica privada para os serviços públicos de saúde, priorizando-se o modelo institucional das Organizações Sociais, caso da clínica em que foi realizada a pesquisa (TEIXEIRA, MARTINS e SILVA, 2014). Fonseca (2013) aponta que a introdução do setor privado na área da saúde, através desses modelos, baseados na lógica mercantil, vem acarretando repercussões objetivas e subjetivas para os trabalhadores, não somente para o processo de trabalho, mas também para a rotina dos trabalhadores, “controlados” pela produtividade, com base na justificativa de que isso garantiria maior qualidade e eficácia dos serviços oferecidos à população, com redução dos gastos públicos (FONSECA, 2013).

Martins e Molinaro (2013) argumentam que há ausência de uma legislação para a administração pública, especialmente na área da saúde, setor totalmente dependente da mão de obra especializada. Logo, permite diversas modalidades de gerenciamento, variando conforme a realidade local. Consequentemente não há padronização entre as formas de organização dos serviços. Uma tendência comum a esses modelos de gestão vem sendo a avaliação e o monitoramento das atividades, por intermédio da avaliação de metas, mas em contrapartida, não existe consenso acerca das formas de contratação e desempenho dos trabalhadores, assim como em relação aos fatores que podem levar à demissão destes (MARTINS e MOLINARO, 2013).

A gestão do trabalho durante o processo de expansão da ESF impôs desafios quanto a sua institucionalização principalmente no que diz respeito à contratação de profissionais, justamente na década de 1990 em que o estado brasileiro passava por reforma em todos os setores da administração pública, incluindo a saúde, com redução da participação do estado na garantia dos direitos sociais, possibilitando a atuação de instituições privadas (MENDONÇA, et. al, 2010). Embora a Constituição de 1988 estabeleça a saúde como direito social, a partir de 1990, os governos brasileiros não viabilizaram essa proposta do Estado como detentor dessa responsabilidade, o que contribuiu para a intensificação das terceirizações (FAGNANI, 2015).

Uma medida que corroborou para esse contexto foi a Lei de Responsabilidade Fiscal, regulamentada pela lei complementar nº 101, de 4 de maio de 2000, que limita a contratação de recursos humanos no máximo de 56% da receita do município com pagamento, favorecendo inicialmente a instituição de contratos precários, permeados por cooperativas, fundações privadas e ONGs (BRASIL, 2000).

Nas grandes capitais, caso do município do Rio de Janeiro, foram acionadas diferentes estratégias para resolução de tal problemática, dentre elas identifica-se o aproveitamento dos concursados (estatutários), cuja entrada se deu sob o regime concurso público, atraindo-os com a possibilidade de adição de benefícios salariais para incentivo a trabalharem na atenção básica; e os trabalhadores celetistas contratados por Organizações Sociais – OS (MENDONÇA, et. al, 2010).

Cabe mencionar que na unidade de saúde pesquisada todos os trabalhadores são contratados via CLT, com exceção dos médicos residentes que são bolsistas, havendo complementação salarial pela OS. As formas de ingresso dos profissionais se dão através de processos seletivos – via concurso público ou processos internos. Portanto, os trabalhadores são assegurados via CLT, recebem auxílio transporte (opcional), auxílio creche (caso de funcionários com filhos menores de 2 anos), insalubridade, vale refeição e vale alimentação.

De acordo com o Departamento de Atenção Básica – DAB do Ministério da Saúde, os dados mais recentes de 2018 indicam que existem no país as 43.741 equipes de Saúde da Família dando cobertura para 134.765.691 habitantes, ou seja, 64,9 % da população. Enquanto que o município do Rio de Janeiro conta com 1571 equipes, atendendo a 4.106.708 cidadãos, o que corresponde a 62,98 % de cobertura (DAB/MS, 2018). Anteriormente a expansão, no ano de 2009, existiam 29.057 equipes de Saúde da Família no Brasil, com cobertura de 123.929.742 habitantes, representando 51,43% da população, e no município do Rio de Janeiro haviam sido implantadas 172 equipes, correspondendo a população de 1.456.740, com 23,64% de cobertura (DAB/MS, 2018).

## 2.4 A contratualização

A contratualização consiste em uma estratégia difundida na NGP em que um ente público e um ente não público firmam um contrato no qual o alcance de resultados específicos são vinculados a repasses financeiros. De acordo com Lima e Rivera (2012), a contratualização se sustenta em um tripé “um plano de atividades com estimativa de recursos para sua execução, os mecanismos de acompanhamento e avaliação e um sistema de incentivos” (LIMA e RIVERA, 2012, p. 2508).

O mecanismo de gestão baseado na contratualização “têm como pressupostos a superioridade prática da gestão privada, pelo que o caminho da intervenção pública deve ser a aproximação constante às práticas da gestão empresarial” (ANTUNES et al., 2011, p. 192).

A área da saúde não é pioneira no que se refere à contratualização. Essa ferramenta é utilizada em diversas áreas do setor público, como a administração, meio ambiente, cultura, judiciário, dentre outras. André (1999) defende que o contrato de gestão se constitui em um instrumento que proporcionaria os procedimentos da burocracia do Estado, assegurando-lhe eficácia e eficiência. Tratar-se-ia, portanto, de um:

“veículo de implantação de uma gestão pública por objetivos, como eixo central de um competente sistema de planejamento e controle da implantação de políticas públicas, cuja responsabilidade de execução couber à entidade assinante do compromisso” (ANDRÉ, 1999, p.43).

Carneiro (2015) enfatiza que esse formato de gestão se coaduna com a atual configuração do mundo do trabalho e as implicações da reforma do estado brasileiro na administração pública, em todas as esferas de governo. Um dos argumentos para a subcontratação pauta-se na diminuição das despesas e ampliação da eficiência. Em contrapartida, a flexibilização encontra-se presente, vivenciada frequentemente na rotina dos trabalhadores (ANDREAZZI e BRAVO, 2014).



A contratualização tem se constituído na principal ferramenta de gerência das unidades de saúde do município do Rio de Janeiro, sendo a avaliação essencial neste processo. Carnut (2016) define a avaliação como “ato ou efeito de avaliar, ou seja, conferir valor manifestar-se em relação a alguma coisa, sem compromisso” (CARNUT, 2016, p.129). Em contraposição com esta definição, Fonseca e Mendonça (2014) definem a avaliação como:

“prática social, avaliar não é um agir neutro. Estrutura-se a partir de determinadas concepções e contribui para construir valores de caráter geral e específico no setor saúde, o que ganha força pelo papel a ela atribuído de direcionar a formatação tanto de políticas, quanto de ações que atravessam o cotidiano dos serviços (...). Ao conferir valor a determinadas práticas e estabelecer a forma de abordá-las por meio de indicadores, a avaliação irá pautar as ações e os modos de agir, e, portanto, tendo isso mais ou menos impacto, em função do poder de direcionamento atribuído aos resultados da avaliação no contextos em que ela se desenvolve (FONSECA e MENDONÇA, 2014, p.211).

Silva e colaboradores (2016, p.1370) considera a contratualização um mecanismo disponível de fiscalização da prestação dos serviços. Essa ferramenta é constituída, conforme o mesmo autor, das seguintes etapas:

“identificação de necessidades; estabelecimento de prioridades; verificação da capacidade instalada; negociação e fixação de objetivos e metas; acompanhamento e avaliação; e aplicação de sistema de consequências (incentivos e penalizações)”.

Além desses fatores, destacam-se três aspectos da contratualização considerados positivos na eficiência dos trabalhadores, conforme Costa e Silva, Escoval e Hortale (2014): elaboração conjunta de estratégias, engajamento e emancipação nos processos e bonificação aos trabalhadores por desempenho. Na mesma direção, Ditterich (2015) e

colaboradores consideram que a esse mecanismo aumenta a eficiência na saúde, garantindo melhorias para a população ao atender suas demandas específicas, monitorar os gastos financeiros, articular respostas por parte da Secretaria Municipal de Saúde - SMS e da Organização Social - OS, além de prestar devolutiva à população, embora isso não se converta na prática do sistema de saúde (BRASIL, 2010 e DITTERICH, et al, 2015). A respeito, Araújo (2010, p. 230) enfatiza que:

“metas bem definidas servem para orientar a ação de gestão; os meios criam condições para o alcance das metas; o controle permite acompanhar os processos, a alocação de recursos, avaliar as dificuldades, enfim, avaliar a implementação das ações; e os incentivos constituem os elementos mobilizadores do comportamento humano em direção às metas”.

Teixeira, Martins e Silva (2014) analisou a legislação que regula não só as OS predominantes do estado do Rio de Janeiro, como também das Fundações Estatais de Direito Privado - FEDP com foco nas seguintes categorias: forma de ingresso, regime de emprego, demissão, e representação de trabalhadores.

As autoras informam que a implantação das FEDP iniciou no Rio de Janeiro devido à crise nos hospitais federais no ano de 2004, após interferência do Tribunal de Contas da União – TCU em relação à legitimidade das fundações de apoio que geriam essas instituições. Para resolução desse problema, oficinas foram criadas através de parcerias entre o Ministério da Saúde e o Ministério Público, além da vinda de consultores portugueses com o objetivo de discutir se esse modelo seria uma solução para esse problema. As FEDP foram regulamentadas pela Lei Federal nº 9.637, de 15 de maio de 1998 e sua indicação têm a agilidade e redução da burocracia, consideradas fundamentais para a área da saúde. Uma questão que merece destaque é a que as fundações prevêm um Conselho de Administração com objetivo de avaliar os resultados obtidos em comparação com os pactuados. Esse Conselho é constituído também por representantes da população e apresenta um Conselho Social para acompanhamento dos processos.

As OS são responsáveis pelo “gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde, dos equipamentos destinados à Estratégia de Saúde da

Família, incluindo adaptações e programação visual das Unidades” (PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO, 2015, p. 4). Carneiro (2015) enfatiza na conclusão de sua pesquisa que esse modelo de gestão garante a flexibilização dos trabalhadores que atuam na ponta e ao passo que estimulam a reprodução do modelo de privatização tal como ocorre em empresas.

É de se notar que na visão de Carnut (2016), a organização dos contratos de gestão de acordo com a avaliação por desempenho pode ser considerada como um retrocesso em relação ao ideário do SUS (CARNUT, 2016). Fato também apontado por Santos (2017) ao elucidar que este modelo pode ser encarado como uma política de flexibilização da gestão do trabalho, pois há descentralização da saúde para o setor privado e não para a gestão do município (SANTOS, 2017).

Teixeira, Martins e Silva (2014) ressaltam que as legislações que regulamentam esses dois modelos de gestão não são nacionais, portanto cada ente da federação – estados e municípios são responsáveis por consolidar seus próprios marcos regulatórios, assim como a forma de regulamentação da parceria, seja por contratos de gestão, convênios, ou termos de parceria. Vale, contudo, mencionar desde já uma voz destoante das discussões que apontam as implicações desses formatos de gestão para o desmonte do SUS, justamente por propiciar incertezas sobre o conceito desses desenhos, assim como “seus *modus operandi* específico, principalmente em relação ao trabalho” (2014, p.97).

Cabe mencionar que no caso do Rio de Janeiro, o Contrato de Gestão é estabelecido para cada área programática do município e trata da “regulamentação do desenvolvimento e execução das ações e serviços de saúde, dos equipamentos destinados ao Saúde da Família no âmbito de cada área programática” (PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO, 2015, p.1). Trata-se de um documento norteador do processo de trabalho das equipes; apresenta as diretrizes do acompanhamento da saúde dos usuários cadastrados; ratifica o repasse financeiro tanto para as unidades de saúde quanto para os trabalhadores, na lógica neoliberal. Encontra-se atualmente em processo de reformulação e/ou renovação em várias Áreas Programáticas do município do Rio de Janeiro. O contrato da unidade de saúde de que trata esta dissertação finalizou sua vigência em outubro de 2017, tendo sido prorrogado até outubro de 2018, o que provoca uma grande ameaça aos trabalhadores, gestores e à população quanto ao futuro dos serviços prestados. É

importante destacar que esse contrato não tem possibilidade de renovação por completar cinco anos, e uma consequência imediata do seu término, ainda que uma nova OS venha a ser criada para gerir essa unidade, os trabalhadores hoje sob contrato, serão demitidos, podendo ou não ser recontratados, gerando uma gigantesca incerteza para trabalhadores, gestores e população.

Como consequência de término desse contrato para o ano seguinte, sem possibilidade de renovação por completar cinco anos, vale a pena mencionar que no caso de uma nova OS vir a ser criada para gerir essa unidade, os trabalhadores sob contrato serão demitidos, podendo ou não ser recontratados, o que gera uma gigantesca incerteza entre todos os atores: trabalhadores e população atendida.

Esse instrumento é fiscalizado por uma Comissão Técnica de Acompanhamento – CTA, cuja principal função é a de avaliar as metas e os indicadores pactuados e registrar o funcionamento dos serviços prestados. É composta por representantes da SMS, a saber: 06 membros titulares da Subsecretaria de Promoção da Saúde de Atenção Primária e Vigilância de Saúde – SUBPAV e 01 representante da Subsecretaria de Gestão - SUBG. Além desses, ainda conta com suplentes: 02 também da SUBPAV e 01 representante da SUBG, não prevendo a participação dos trabalhadores de saúde neste momento, anteriormente essa participação era prevista (PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO, 2015).

A SMS, cuja atuação é descentralizada para as Coordenações de Áreas Programáticas - CAPs que são responsáveis por fiscalizar as exigências dos indicadores dispostos no Contrato de Gestão, de maneira a garantir o cumprimento do que foi estabelecido. Um exemplo claro disso é a definição das metas pela CAP e a adequação às singularidades de cada território. Ainda assim, alguns autores descrevem que a utilização do modelo de gestão por OS, organiza o processo de trabalho baseado no alcance das metas, interferindo diretamente nas práticas de cuidado em saúde que permanecem em segundo plano, como por exemplo, as pessoas que não fazem parte das linhas de cuidado, tendo um dia da semana previsto nas agendas dos profissionais para atendimento através da organização de acesso avançado, em que todas as demandas dos usuários são “resolvidas” naquele dia (COSTA E SILVA, ESCOVAL e HORTALE, 2014; MARTINS e CARNEIRO, 2014).

O desempenho dos trabalhadores das Clínicas da Família é avaliado através das metas propostas no Contrato de Gestão, com periodicidade trimestral. Porém, uma

estratégia de avaliação de maior impacto foi até 2016 o Seminário de Gestão, o *Accountability*, com previsão de retorno para 2018. Seu objetivo era o de verificar se as metas prioritárias haviam sido atingidas. Esse Seminário teve início em 2013, em todas as unidades de atenção básica pertencentes ao município, mas no ano de 2017 foi substituído por outra forma de avaliação, o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade – PMAQ, a ser abordado mais adiante.

As metas apresentadas no *Accountability* são descritas a seguir: Apresentação da equipe; Ficha técnica da unidade; Mapa da área de abrangência; Perfil da população cadastrada; Reuniões do Colegiado Gestor; Reuniões com lideranças comunitárias; Perfil acadêmico e Programa Mais Médicos.

Após as metas, segue-se no seminário a apresentação da Variável 2 (apresentada no Capítulo 4 em profundidade). Em termos gerais, a proposta da SMS para a APS, compreende a distinção de três tipos de incentivos, de acordo com os objetivos e o grupo ao qual se destina. Os tipos são chamados de variável 1, variável 2 e variável 3 em uma referência indireta a parte variável de financiamento da Atenção Básica – Pab variável, que, de uma forma diferente, também busca induzir à adoção de políticas e práticas a partir do financiamento. A variável 1 contém indicadores cujas metas devem ser alcançadas pelas OS; a variável 2 às unidade de saúde e a variável 3, às equipes.

Seguem-se as variáveis: Percentual de consultas realizadas pelo médico de família do usuário; Percentual de demanda espontânea em relação a programada; Taxa de grupos educativos por 1.000 inscritos; Percentual de mulheres entre os 25 e 64 anos com colpocitologia registrada nos últimos 3 anos; Percentual de diabéticos com pelo menos duas consultas registradas nos últimos doze meses, desde que abranjam dois semestres; Percentual de hipertensos com registro de pressão arterial nos últimos seis meses; Percentual de crianças com calendário vacinal atualizado aos 2 anos; Percentual de crianças com calendário vacinal atualizado aos 6 anos; Percentual de consultas de pré-natal iniciadas no primeiro trimestre de gravidez; Percentual de primeiras consultas de puericultura efetuadas até 28 dias de vida; Proporção de altas no tratamento odontológico dos usuários que iniciaram tratamento; Proporção de kits odontológicos familiares distribuídos para famílias com vulnerabilidade social; Saúde da mulher; Doenças transmissíveis (HIV, sífilis, hepatites virais, sífilis gestacional, sífilis congênita, tuberculose, hanseníase e esporotricose); Assistência farmacêutica; Programa de controle do tabagismo; Ações de protagonismo juvenil; Ações Intersetoriais,

Atividades Físicas; Práticas integrativas e complementares; Consultório na Rua; NASF; Ambulatório de Saúde Mental; Equipes (área de abrangência, profissionais, perfil da população cadastrada, situação de saúde e complicações das doenças crônicas não transmissíveis, gestantes, óbitos maternos, fetais e infantis, Saúde na Escola, Eixos estratégicos); Saúde Bucal; Responsabilidade técnica (carteirômetro, Sistema de Regulação – Sisreg; Percentual de pacientes encaminhados em relação ao número de pacientes atendidos, Percentual de absenteísmo nas consultas/procedimentos agendadas pelo SISREG, Ouvidorias).

A proposta inicial desse seminário é a prestação de contas das ações desenvolvidas, devendo constituir-se atualmente como um espaço privilegiado de discussão entre os profissionais de saúde, gerentes e nível central, e participação social, permitindo assim uma constante avaliação dos processos de trabalho estabelecidos.

No entanto, a realidade das unidades de saúde aponta para o fato de que esse discurso deve ser problematizado, uma vez que esse processo pode mascarar informações com o objetivo de evidenciar os pontos fortes das unidades e não valorizar os problemas vivenciados pelos trabalhadores em suas rotinas. Nestes encontros os resultados do trabalho da rede municipal de saúde são apresentados e discutidos, com divulgação das ações bem sucedidas e discussão de novas estratégias para a superação de desafios. Na visão de alguns dos trabalhadores este tema apresenta controvérsias, pois este seminário é visto como um momento de tensão por apresentar caráter avaliativo, porém, para outros, este seminário apresenta-se como um espaço de debates para melhoria das ações desenvolvidas pela equipe. Estas questões serão abordadas em maior profundidade no capítulo 4.

Outro instrumento de avaliação por desempenho consiste no PMAQ, caracterizado por ser um programa de incentivo para aperfeiçoamento dos serviços ofertados à população e qualificação dos processos de trabalho nas equipes e na gestão. Tem como objetivo principal:

“induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde” (BRASIL, 2017, p.8).

É organizado em três fases: a primeira é a adesão e contratualização (demonstração de interesse da ESF em aderir ao PMAQ); a segunda a certificação (verificação se as equipes da unidade atendem aos critérios estabelecidos para participação PMAQ); e a terceira, a recontratualização (com incremento de novos padrões de qualidade, “estimulando a institucionalização de um processo cíclico e sistemático a partir dos resultados alcançados pelos participantes do PMAQ)” (BRASIL, 2017, p.50). Após a avaliação externa, o município recebe repasse financeiro do Ministério da Saúde, pago com frequência mensal, cujos valores diferem de acordo com o desempenho de cada uma das equipes durante esse processo (2017).

Santos (2017) defende que a avaliação dos trabalhadores por desempenho através das metas apóia-se nos incentivos do governo, dos meios de informação e com “repercussão positiva junto a amplos setores da sociedade brasileira”, veiculando a ideia de que esse modelo auxilia na redução dos custos, “mediante a profissionalização da gestão” (SANTOS, 2017, p.53).

## **2.5 A gestão e contratualização na Clínica da Família pesquisada**

Atualmente os trabalhadores da Clínica da Família pesquisada sofrem cobranças através de solicitações e requerimentos tanto da OS quanto da Coordenação de Área Programática – CAP, demandando-lhes grandes esforços e o desenvolvimento de estratégias individuais e coletivas para garantir o alcance das metas pactuadas (SILVA, 2016). Em muitos casos, os meios para se alcançar os objetivos que constam do contrato de gestão não são colocados em pauta, apenas os resultados demonstrados de forma quantitativa, traduzidos através dos números, sem considerar a qualidade do processo de trabalho. É evidente o distanciamento entre os trabalhadores que estão atuando na ponta e a relação com a OS e a CAP, concentrando essa responsabilidade nos profissionais envolvidos mais diretamente com a gestão, assunto a ser também tratado no Capítulo 4.

Muitos desafios são encontrados na rotina de trabalho das equipes, a saber: a grande demanda de trabalho a ser enfrentada, a população adscrita maior do que a proposta, divergências entre os profissionais, dificuldade de entendimento por parte da população sobre a lógica de funcionamento da ESF, dentre outras. Isso significa que o formato de gestão da unidade de saúde pesquisada – não é escuso supor também em

outras unidades do município -- ultrapassa o pactuado no contrato de gestão e interfere no processo de trabalho com atividades adicionais, muitas vezes não programadas e solicitadas com prazos curtos para sua execução, baseadas no imediatismo. Isso frequentemente implica em mais trabalho, dificulta o alcance das metas, impacta a avaliação do trabalho cujo caráter é, sobretudo quantitativo e, em muitos casos, em desgaste físico e psicológico dos trabalhadores.

Em relação à qualificação da OS em questão, de acordo com a sua própria definição, ela constitui-se em uma “associação civil, de natureza filantrópica, reconhecida como entidade de utilidade pública Federal, Estadual e Municipal. É parceira em diversos convênios no âmbito estadual e municipal” (OS, 2018) e busca:

“o crescimento e a consolidação dos serviços de saúde, a fim de garantir mudanças nos indicadores e na qualidade de vida da população, pautado entre outros, pelos princípios da integralidade e da equidade, com uma visão estratégica da gestão dos serviços de saúde, definida em um processo de aprimoramento contínuo” (OS, 2018).

Neste sentido, as OS:

“em conjunto com os gestores locais, contribuem para a implantação de programas de saúde e capacitação dos profissionais na busca de criar condições para construção de um modelo de Atenção à Saúde participativo e solidário em um modelo de Gestão de Serviços de Saúde que busca a excelência de forma integrada” (OS, 2018).

Na perspectiva dessas empresas, nesses anos de sua expansão incrementaram:

“seu perfil de serviços, tendo como baliza a missão social. As principais ações nesta direção têm como bases a responsabilidade, a excelência em assistência, ensino, pesquisa na área da saúde e a excelência de seu quadro de profissionais. Na maioria das vezes não basta a adoção de



uma única ferramenta administrativa, mas um conjunto de soluções para que a instituição atinja os padrões de qualidade exigidos pelos clientes” (OS, 2018).

Embora sejam difundidos esses pontos pela OS, vale ressaltar que esse modelo de gestão é encarado por autores a exemplo, Alves (2014) como negativo no que se refere ao poder que a gestão desempenha em moldar o processo de trabalho dos trabalhadores. A SMS é responsável pelo financiamento, indução e regulação da política de saúde na ESF, conforme já apontado no item 2.4. Em relação aos trabalhadores, a OS seleciona, contrata, demite, remunera e apresenta responsabilidade de gestão do trabalho das equipes (MARTINS e CARNEIRO, 2014).

(...) No Contrato de Gestão do município do Rio de Janeiro, identifica-se, na especificação dos serviços, o forte controle e normatização da SMS em relação às OSs. Ela acompanha a produção mínima de procedimentos esperados por cada profissional de saúde, alguns indicadores de boa prática clínica, o número máximo de pessoas cadastradas por equipe, a articulação com outros níveis assistenciais e a implementação das atividades de promoção da saúde e prevenção da doença. Na aquisição de insumos, contratação e demissão de pessoal, a autonomia é parcial, pois a SMS normatiza a remuneração dos profissionais bem como o limite financeiro a ser comprometido com recursos humanos, aquisição de equipamentos e contratos de manutenção das unidades de saúde. Sobre esse aspecto, cabe destacar que, para o Direito Administrativo, o contrato de gestão, quando celebrado com organizações sociais, restringe a sua autonomia, pois, entidades privadas terão que sujeitar-se a exigências contidas no contrato de gestão. Também os indicadores de monitoramento são pré-definidos pela SMS e algumas metas são pactuadas de acordo com especificidades

locais (COSTA e SILVA, ESCOVAL e HORTALE, 2014, p. 3598).

Seguindo uma perspectiva crítica em relação às OS, os estudos de Ditterich (2015) realizado no município de Curitiba indicam que as metas são verticalizadas pela gestão, argumentando que estas deveriam ser pactuadas entre os trabalhadores e os gestores, com avaliação regular (DITTERICH, et al, 2015). Carneiro e Martins (2015) concordam com essa interpretação ao apontar que no município do Rio de Janeiro, os trabalhadores são excluídos do processo de “negociação, monitoramento e avaliação dos indicadores e metas”. Acrescentam ainda que ao entrevistar trabalhadores da ESF, identificaram a relação entre a lógica de produtividade, o tempo requerido para a execução das ações na rotina dos trabalhadores interferindo na qualidade da assistência de saúde prestada à população. Esses autores argumentam que o incentivo financeiro aos profissionais da saúde (componente flexível do contrato de gestão) deveria ser convertido em ações visando à melhoria da qualidade dos serviços, tais como “a adaptação das unidades, a formação dos profissionais e o aumento salarial”. Acrescentam ainda a ausência de regulação externa dos contratos de gestão, com realocação de recursos de acordo com variações orçamentárias (CARNEIRO e MARTINS, 2015).

## CAPÍTULO 3

### Itinerário metodológico

#### 3.1 Procedimentos de Pesquisa

A presente pesquisa em que se baseia esta dissertação teve caráter qualitativo, abordagem que, segundo Minayo (2004), tem a vantagem de permitir “aprofundar o caráter do social e as dificuldades de construção do conhecimento que o apreendem de forma parcial e inacabada” (MINAYO, 2004, p.13). Nesse tipo de estudo os sujeitos são considerados singulares, ocupam espaço dentro da sociedade, trazendo consigo princípios, concepções e sentidos (MINAYO, 2004). Para sua concretização foi empregada a combinação de quatro procedimentos metodológicos: pesquisa bibliográfica, análise documental, entrevistas com roteiro semi-estruturado e observação do cotidiano dos trabalhadores na unidade de saúde escolhida.

A pesquisa bibliográfica “implica em um conjunto ordenado de procedimentos de busca por soluções, atento ao objeto de estudo, e que, por isso, não pode ser aleatório” (LIMA e MIOTO, 2007, p.38). Além de permitir a obtenção de dados em publicações da área que “juntamente com o referencial teórico construído para o estudo, compõem a base de sustentação da reflexão que o pesquisador deve apresentar” (LIMA e MIOTO, 2007, pág.47), esse procedimento permitiu uma aproximação mais aprofundada com o debate sobre o tema, além de possibilitar o acesso a informações empíricas coletadas pelos autores.

No caso dessa pesquisa, a definição do campo obedeceu ao fato de ser eu uma profissional inserida na unidade de saúde pesquisada, o que permitiu acumular conhecimento prévio considerável sobre a dinâmica da clínica escolhida e sobre os processos de trabalho que nela têm lugar. Além disso, proporcionou operar com informações, percepções e contatos mais ou menos intensos com os profissionais que nela atuam, contribuindo para a definição de quais trabalhadores entrevistar, tendo em vista os objetivos do estudo. Por exemplo, optei por não entrevistar a equipe da qual eu fazia parte durante a residência, justamente por ter grande aproximação e laços afetivos com esses profissionais, podendo gerar um viés na pesquisa.

A entrevista consiste em uma “conversa a dois” que busca obter dados, informações para alcançar determinados objetivos de pesquisa (KAHN, CANNEL, 1962 apud MINAYO, 2004). A entrevista semi-estruturada se baseia em questões gerais pré-definidas da pesquisa pelo pesquisador, podendo ser abertas ou fechadas, com base em um roteiro (MINAYO, 2004). Sua utilização prevê:

“a possibilidade de a fala ser reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos e ao mesmo tempo ter a magia de transmitir, através de um portavoiz, as representações de grupos determinados, em condições históricas, socioeconômicas e culturais específicas” (MINAYO, 2004, p. 109).

O estudo qualitativo levanta vários questionamentos que se referem não só a quem entrevistar, mas também sobre quem observar, o que observar, o que discutir e com quem discutir? (MINAYO, 2004). A quantidade de entrevistados não é fator necessário nessa seleção, uma vez que o aprofundamento por parte dos envolvidos é questão prioritária, ou seja, para responder às questões de investigação da pesquisa, as entrevistas precisam traduzir a integralidade do conjunto de informações a serem colhidas em profundidade pelo pesquisador (MINAYO, 2004). No item 3.2, mais abaixo, procede-se a uma caracterização dos entrevistados a partir das seguintes variáveis: idade, gênero. Apresentam-se também informações sobre o número de entrevistados e os critérios utilizados para selecioná-los.

Finalmente a técnica da análise documental busca identificar, verificar e apreciar os documentos de interesse do estudo pretendido, em consonância com o objetivo da pesquisa (SOUZA, 2011). Essa estratégia pode ser utilizada para “extrair um reflexo objetivo da fonte original, permitir a localização, identificação, organização e avaliação das informações contidas no documento” (MOREIRA, 2005 *apud* SOUZA, 2011, p. 223). Ela possibilitou o aprofundamento sobre os aspectos normativos envolvidos nas políticas que dizem respeito à atenção básica, como também, contribuiu decisivamente para o necessário aprofundamento da análise dos contratos de gestão. Cabe informar ainda que análise dos documentos abaixo relacionados me permitiu ampliar a compreensão da totalidade histórica e a política em que se insere o objeto da dissertação, bem como contribuiu para aprofundar o conhecimento sobre da estrutura

institucional da ESF. Para tal, foram selecionados os seguintes documentos, a partir da construção de uma matriz de análise documental, apresentados no capítulo 4 em maiores detalhes.

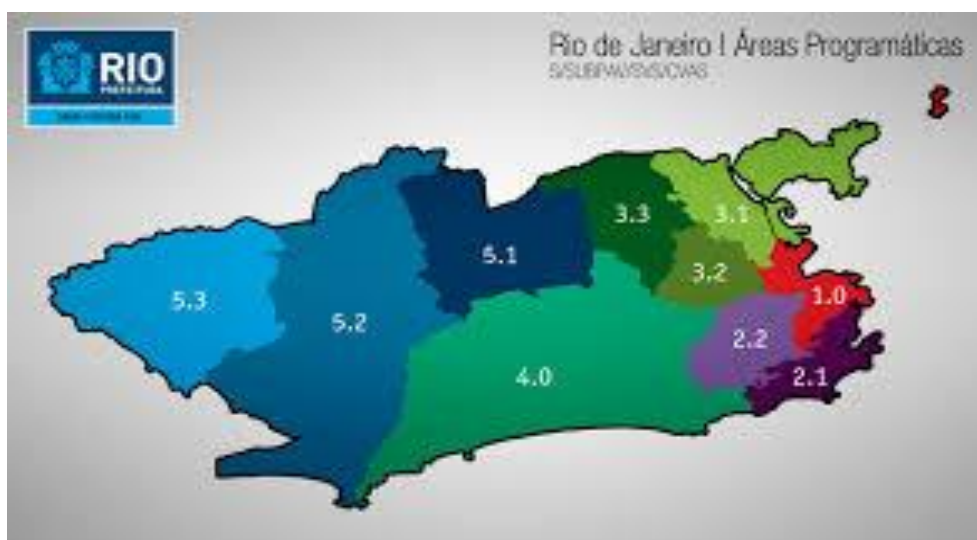
- **Portaria Nº 2.436 (2017)** - aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS;
- **Plano Municipal de Saúde (2014 – 2017)** - identificação das necessidades de saúde da população carioca e os avanços efetuados, no período 2009-2013, tanto no que se refere à ampliação da oferta de ações e serviços de saúde, quanto no que tange ao aprimoramento dos mecanismos de gestão em saúde;
- **Contrato de Gestão da área programática (2013)** - trata da regulamentação do desenvolvimento e execução das ações e serviços de saúde, dos equipamentos destinados a Saúde da Família no âmbito de cada área programática;
- **1º Termo Aditivo nº 021/2014 do Contrato de Gestão** – disserta sobre a ampliação do número de equipes da ESF;
- **2º Termo Aditivo nº 027/2015 do Contrato de Gestão** – trata do prazo de prorrogação do contrato pelo período de 24 meses;
- **3º Termo Aditivo nº 011/2016 do Contrato de Gestão** – aborda os seguintes temas: revisão do planejamento de implantação da equipes da ESF e da adequação dos indicadores e metas;
- **4º Termo Aditivo nº 035/2017 do Contrato de Gestão** – reduz os valores do contrato de janeiro a outubro de 2017, assim como altera e inclui algumas cláusulas contratuais;
- **5º Termo Aditivo nº 036/2017 do Contrato de Gestão** – renovação por um ano do contrato (outubro de 2018) estabelece novos parâmetros para três anexos técnicos;
- **Lei nº 5026 (2009)** - sobre a qualificação de entidades como Organizações Sociais;
- **Relatório de Gestão (2016)** – trata da apresentação à sociedade e às instituições de um relato minucioso acerca do desempenho da CAP, das

estratégias adotadas e atividades desenvolvidas, bem como os resultados alcançados, por cada AP.

### 3.2 O município do Rio de Janeiro

O município do Rio de Janeiro é constituído por uma população de 6.320.446 habitantes, de acordo com censo de 2010 (IBGE, 2010). Compõe a Região Metropolitana de Saúde I, do estado do Rio de Janeiro, sendo dividido por 33 Regiões Administrativas – RA, compostas por 160 bairros. Além disso, desde o plano interno da Secretaria Municipal de Saúde, criado em 1993, o município foi dividido em 10 Áreas Programáticas – AP, conforme a **Figura 1** instituindo as Coordenadorias de Atenção Primária - CAP, seguindo a lógica da descentralização sofrida no Brasil, em que os municípios ganharam autonomia e poder de decisões através do repasse fundo a fundo (PMS, 2014-2017).

**Figura 1.** Representação das Áreas Programáticas do Município do Rio de Janeiro – 2011



Fonte: Google imagens – Áreas Programáticas do município do Rio de Janeiro.

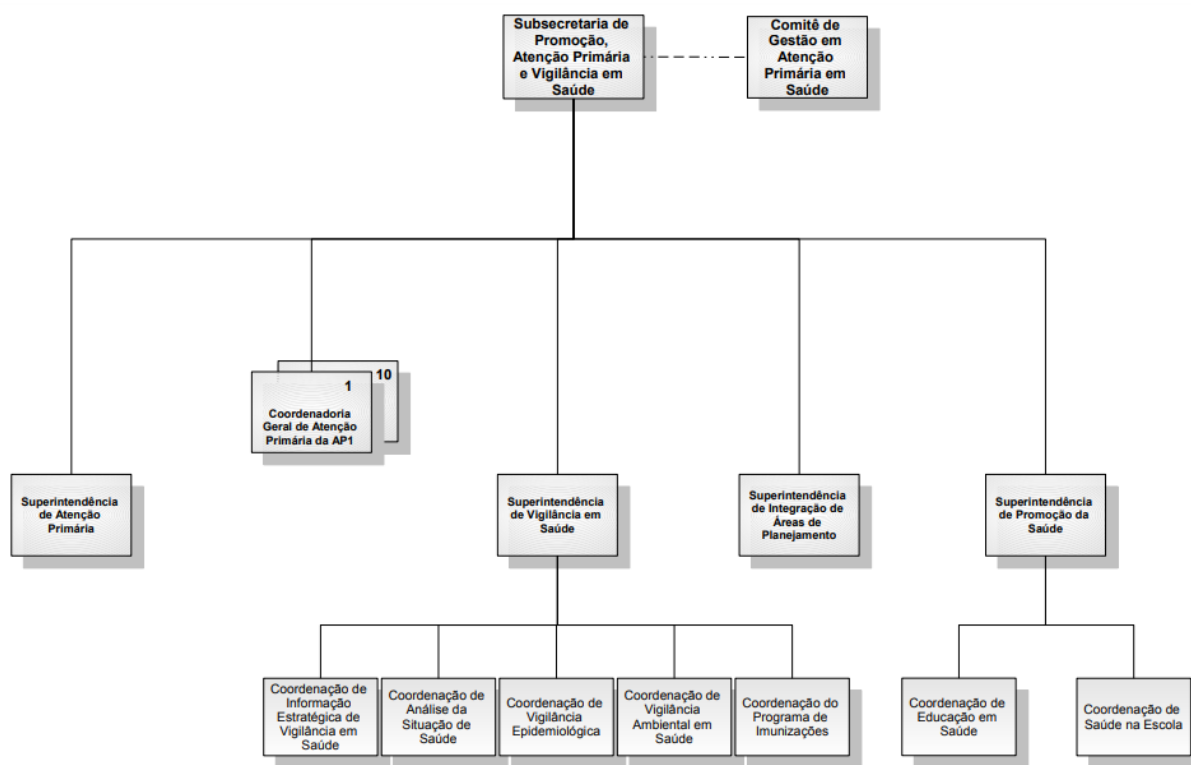
Busca-se nesse momento caracterizar o município, que apresenta grande diversidade, tanto em relação ao desenvolvimento das regiões quanto em relação a disparidades nos serviços oferecidos, dentre eles a saúde. Cada AP se caracteriza por

uma especificidade, relacionada diretamente ao histórico de ocupação populacional. A AP 1.0 é formada por 6 RA e 15 bairros, localizada na região central, em que centraliza maior proporção de pessoas morando em favelas (29,0%), em contrapartida é a que detém maiores recursos públicos de saúde. Já a AP 2 é constituída também por 6 RA, com apresenta 25 bairros, subdividida em AP 2.1 (4 RA - Botafogo, Copacabana, Lagoa e Rocinha) que apresenta a maior população de idosos (23,1%), composta pela menor proporção de crianças de 0 a 14 anos (12,8%), e ainda apresenta o maior Índice de Desenvolvimento Humano - IDH do município, exceto a Rocinha e pela AP 2.2 (2 RA - Tijuca e Vila Isabel) que converge com um perfil muito próximo ao encontrado na AP 2.1, sendo a segunda maior concentração de idosos (22,1%). Por outro lado, a AP 3 detém 13 RA e 80 bairros, segmentada em três: AP 3.1 (6 RA - Ramos, Penha, Vigário Geral, Ilha do Governador, Complexo do Alemão e Complexo da Maré), a AP 3.2 (3 RA - Méier, Inhaúma e Jacarezinho) e AP 3.3 (4 RA - Irajá, Madureira, Anchieta e Pavuna), se constituem como a área mais populosa (37,9%), aglomerando metade dos moradores de favelas. A AP 4.0 é formada por 3 RA (Barra da Tijuca, Jacarepaguá e Cidade de Deus) e 19 bairros, representa a segunda maior em área, com 294Km<sup>2</sup>, e os moradores possuem rendas média e alta, Já a AP 5 apresenta 5 RA e 20 bairros), fragmentada em três áreas: AP 5.1 (2 RA - Realengo e Bangu), AP 5.2 (2 RA - Campo Grande e Guaratiba) e AP 5.3 (1 RA - Baía de Sepetiba), sendo a segunda área mais populosa do município, respondendo por 27% da população da cidade (PMS, 2014/2017).

A AP estudada é constituída por 24 unidades de saúde, sendo 8 Centros Municipais de Saúde, 2 Centros de Saúde Escola, 7 Clínicas da Família, 1 Policlínica, 1 Unidade Integrada de Saúde, 2 Hospitais, 1 Coordenação de Emergência Regional, 2 Hospitais Maternidades e 1 Instituto de Medicina Veterinária. Também apresenta 2 equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF, 2 equipe de Consultório na Rua - CNAR (RELATÓRIO DE GESTÃO, 2016).

O cenário da pesquisa é constituído em uma Clínica da Família pertencente a uma das dez APs do município do Rio de Janeiro. As Clínicas da Família estão sob responsabilidade de gestão das CAPs, que estão submetidas à Superintendência de Atenção Primária – SAP, que faz parte da Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde - SUBPAV. O organograma da Secretaria Municipal de Saúde está na **Figura 2** abaixo:

**Figura 2.** Organograma da Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde – SUBPAV, 2018



Fonte: Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. Secretaria Municipal da Casa Civil. Subsecretaria de Serviços Compartilhados. Coordenadoria Geral de Gestão Institucional. Coordenadoria de Modelagem Organizacional, 2018.

### 3.3 A clínica

A Clínica da Família – CF onde trabalham os profissionais entrevistados está localizada em um terreno retangular do município onde antes havia um campo de futebol, frequentemente usufruído pelos moradores locais. A empresa responsável por sua construção foi a Empresa Municipal de Urbanização – RioUrbe que tem como uma de suas áreas de atuação a construção de projetos de arquitetura.

A arquitetura da CF tem o formato da letra H. O Acolhimento, localizado logo à entrada da unidade, é o primeiro espaço de contato do usuário com a equipe. É composto por baias climatizadas onde se localizam os Agentes Comunitários de Saúde – ACS encarregados desse primeiro atendimento. Na primeira perna do H estão localizados os sanitários, escovários ou escovódromos, consultório odontológico, sala de raio X, ultrassonografia, salas temáticas (mãe-bebê, criança, saúde da mulher e



hipertensão e diabetes), seguidos pelos consultórios das equipes em que acontecem atendimentos médicos e de enfermagem.

No meio encontram-se a sala de curativos, procedimentos, esterilização, utilidades e expurgo. Na segunda perna do H encontram-se a sala de observação, depósito dos insumos de limpeza, sala de administração, sala de reunião, almoxarifado, vestiários, copa, sala dos ACS e sala dos Agentes de Vigilância em Saúde – AVS, farmácia, sala de imunização e sala de coleta. Embora essa configuração seja favorável à organização do processo de trabalho, nota-se que, devido à considerável ampliação dos atendimentos, torna-se necessário aumento no número de salas para atender à crescente demanda (HARZHEIM, 2013).

A clínica funciona de segunda à sexta-feira a partir das 07 horas, quando se iniciam todas as atividades até às 18 horas. O atendimento aos sábados começa às 8 da manhã, encerrando-se ao meio dia, com exceção dos sábados de campanhas, em que a unidade permanece em funcionamento até as 17 horas, havendo organização de escala entre os profissionais. Vale lembrar que o movimento de usuários é mais expressivo durante a semana, sendo os primeiros horários os de pico de frequência dos usuários. Porém, recentemente os sábados, dia em que funciona apenas uma equipe em regime de rodízio, têm apresentado por isso mesmo grande volume de atendimentos, sendo os usuários das demais equipes orientados a retornarem a sua própria equipe, exceto os casos de urgência e emergência.

No tocante aos serviços oferecidos, regulamentados pela Carteira de Serviços, a clínica desenvolve as seguintes atividades: consultas individuais e coletivas; visita domiciliar; saúde bucal; vacinação; desenvolvimento das ações de controle da dengue e outros riscos ambientais em saúde; pré-natal e puerpério; acolhimento mãe-bebê após alta na maternidade; rastreamento de câncer de colo uterino - preventivo e câncer de mama; raio-x; eletrocardiograma; exames laboratoriais - sangue, urina, fezes e escarro; ultrassonografia; curativos; planejamento familiar; teste do pezinho; teste do reflexo vermelho e da orelhinha; teste rápido de sífilis e vírus da imunodeficiência humana – HIV; teste rápido de gravidez; Academia Carioca; programa de controle do tabagismo; dispensação de medicamentos; prevenção, tratamento e acompanhamento das Doenças Sexualmente Transmissíveis - DST e HIV; acompanhamento de doenças crônicas; identificação, tratamento e acompanhamento de tuberculose e hanseníase; ações de promoção da saúde e proteção social na comunidade; consultas com os profissionais do

Núcleo de Apoio Saúde da Família – NASF (equipe multiprofissional que fornece apoio matricial a todas as equipes, realizando majoritariamente consultas individuais, interconsultas<sup>5</sup> e grupos); Colegiado Gestor - espaço potencializador da participação da comunidade com objetivo de ouvir a população e estreitar os laços entre os profissionais e os usuários, visando a garantia de melhorias tanto para a unidade quanto para o território de abrangência, e de fomento da discussão sobre os processos de trabalho da clínica. A clínica desenvolve ainda atividades em grupos: saúde mental, alimentação saudável, de gestante, café da manhã reflexivo, cuidando de quem cuida, reabilitação, dança, idosos, hipertensos e diabéticos, artesanato, pilates, teatro, balet e passeios culturais.

Ressalta-se que os grupos variam de frequência, logo, alguns são semanais, enquanto que outros são quinzenais ou até mesmo mensais, com duração aproximada de 90 minutos, dependendo da disponibilidade de cada profissional responsável por conduzir e/ou mediar cada atividade. Contudo, a maioria têm periodicidade semanal e conta com presença de 15 a 30 participantes por encontro, compostos predominantemente por adultos e idosos do sexo feminino.

A clínica foi inaugurada no dia 20 de outubro de 2011. Dispõe de seis equipes completas de Saúde da Família - cada uma delas com a seguinte composição: 2 médicos(as) residentes, 1 enfermeiro(a), 1 técnico(a) de

---

<sup>5</sup> As Interconsultas pressupõem o atendimento compartilhado entre um profissional da equipe da ESF e do NASF, configurando-se como um momento privilegiado na condução do caso (BRASIL, 2014).

enfermagem e 6 ACS. Dispõe ainda de 2 equipes de Saúde Bucal - cada uma composta por 1 dentista, 1 técnico(a) de saúde bucal e 1 auxiliar de saúde bucal, 1 NASF - composto por 1 assistente social, 1 educadora física, 1 fisioterapeuta, 1 nutricionista, 1 psicóloga e 1 psiquiatra).

A CF conta ainda com a Rede de Adolescentes Promotores da Saúde – RAP da Saúde, composto por adolescentes que realizam atividades de promoção à saúde; o Projeto Nosso Espaço – formado por 2 dinamizadoras, responsável pelas aulas de dança, artesanato e pilates; Residência de Medicina de Família e Comunidade da Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ – 4 preceptores, 14 residentes

médicos; Residência Multiprofissional em Saúde da Família – UFRJ – 2 assistentes sociais, 2 dentistas, 2 enfermeiras, 2 nutricionistas e 2 psicólogos; Residência Multiprofissional em Saúde da Família – ENSP/FIOCRUZ - 1 assistente social, 1 dentista, 1 educador físico, 1 enfermeiro, 1 farmacêutica, 1 nutricionista e 1 psicólogo; Curso Técnico de Enfermagem; estagiários nas modalidades de: acadêmicos Bolsistas da prefeitura; internos e estagiários de medicina.

Além desse quadro, a clínica conta com profissionais que não integram diretamente as equipes: 1 gerente, 1 farmacêutica, 1 auxiliar de farmácia, 6 AVS, 1 técnico de raio-x (revezamento por escala), 1 médico ultrassonografista, 2 auxiliares administrativos, 2 jovens aprendizes, 1 segurança (revezamento por escala) e 4 auxiliares de serviços gerais. Atende aproximadamente 24.577 usuários cadastrados. Cada uma das equipes de Saúde da Família tem responsabilidade por determinada área do território, as microáreas. Em relação às consultas ofertadas à população, aproximadamente 463 usuários são atendidos por dia através de consultas marcadas, representando 7.384 por mês e 102.246 por ano em média.

Segundo as recomendações da PNAB (2017) “cada equipe de Saúde da Família deve ser responsável por 2.000 a 3.500 pessoas, respeitando critérios de equidade para esta definição” (BRASIL, 2017 p.12). Após revisão territorial realizada no ano de 2017 todas as equipes estão dentro desses parâmetros.

As microáreas das equipes são extremamente diferenciadas, tanto nos aspectos de extensão territorial, distância da clínica, condições de habitação e acesso aos serviços comerciais e públicos, quanto com relação ao número de cadastrados e ao nível de vulnerabilidade da população. As duas equipes escolhidas para serem entrevistadas apresentam características específicas. Uma delas tem sob sua responsabilidade aproximadamente 3197 cadastrados, com prevalência significativa de usuários hipertensos. À outra são atribuídos 3527 usuários com alta vulnerabilidade social. Ambas as equipes apresentam a mesma composição, com a ressalva de que a primeira é integrada por 5 ACS e outra por 6. Vale ressaltar que serão apresentados outros critérios de escolha dessas duas equipes mais a frente.

Essa clínica é considerada modelo pela Secretaria Municipal de Saúde - SMS, recebendo frequentemente visitas nacionais e internacionais. É também local privilegiado para gravações de entrevistas, campanhas publicitárias da prefeitura carioca, etc. Devido a esses aspectos, a clínica, desde a sua inauguração, sofreu várias

mudanças na gerência. O primeiro gestor permaneceu por 2 anos e meio aproximadamente, sendo substituído por um outro profissional por apenas poucos meses. No intervalo entre as 2 gestões, assumiram os responsáveis técnicos da unidade. Posteriormente a clínica recebeu um novo responsável que atuou durante 1 ano. Durante a pesquisa de campo, manteve-se o mesmo gestor que atuou por aproximadamente 3 anos e atualmente a clínica encontra-se sob responsabilidade de uma nova gerência, desde abril de 2018.

### 3.4 Os entrevistados

Para a seleção dos entrevistados foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: profissionais que compõem duas equipes da ESF da clínica pesquisada, além dos responsáveis técnicos e gerente da unidade, apresentados em maior profundidade a frente. Foram elaborados dois roteiros de entrevistas, um para os profissionais que compõem a equipe mínima - Apêndice 1 e outro para os profissionais diretamente ligados a gestão da clínica - Apêndice 2. As perguntas dos roteiros foram agrupadas em eixos temáticos apresentados no **Quadro 1** apresentado abaixo:

**Quadro 1.** Categorização das perguntas dos roteiros de entrevistas, 2018

<b>Roteiro Equipe Mínima</b>	<b>Roteiro Gestão</b>
Formação profissional	Formação profissional
Organização do Trabalho	Organização do Trabalho
Conhecimento do Contrato de Gestão	Conhecimento do Contrato de Gestão
Metas de produtividade	Metas de produtividade
Processo de Trabalho	Processo de Trabalho
Vínculo	Vínculo
Monitoramento e Avaliação	Monitoramento e Avaliação
Comissão Técnica de Avaliação	Comissão Técnica de Avaliação
Comentários	Comentários
	Organização da Atenção Básica
	Gestão

Elaboração da autora.

Dentre as seis equipes da unidade elegeu-se uma em que o profissional enfermeiro estivesse trabalhando desde a inauguração da clínica. Na seleção da outra equipe admitiu-se que o enfermeiro responsável atuasse há menos tempo que o anterior. A escolha foi pautada pelo fato de que os enfermeiros ocupam a centralidade nas equipes, desempenhando nelas um papel de liderança. Além disso, considerou-se a condições de vulnerabilidade dos territórios de responsabilidade das equipes na tentativa de captar como graus diferenciados de precariedade social e de violência armada afetam o trabalho dos profissionais.

Pretendia-se entrevistar 19 trabalhadores da clínica: 12 ACS, 2 técnicos(as) de enfermagem, 2 enfermeiros(as) e 3 profissionais responsáveis pela gestão da unidade – 2 enfermeiros(as) e 1 médico(a). Uma das equipes apresentou perda de 1 ACS, restando 5 ACS, o que reduziu o número para 18 participantes, atendendo aos critérios de inclusão já explicitados anteriormente. Foram entrevistados 11 ACS, 2 técnicos(as) de enfermagem, 4 enfermeiros(as) e 1 médico. Os participantes são identificados por numeração, pelo grupo profissional e o cargo que ocupam.

O local de realização das entrevistas foi escolhido pelos entrevistados, tendo todos optaram pelo espaço da clínica, durante o horário de trabalho, com agendamento prévio e pactuação com o gestor da unidade. Todas as entrevistas foram efetivadas em salas obedecendo a disponibilidade e escala do dia e o horário disponível para o entrevistado, Foram utilizadas para as entrevistas as salas de coleta, de reunião, de procedimentos, de curativos e consultórios das equipes. Essa diversidade de salas retrata uma realidade da clínica por concentrar diversas atividades e profissionais.

A principal adversidade identificada deveu-se à interrupção durante as entrevistas, justificada pelo fato de que os trabalhadores estavam no horário de trabalho, tendo sido, portanto, requisitados para realizar suas funções de rotina, com objetivo de garantir a produtividade. Nos casos em que houve interrupções, as perguntas foram repetidas para que o entrevistado pudesse reconstruir seu pensamento.

O convite para a participação na pesquisa aconteceu durante as reuniões de cada equipe, nas quais foram explicados pela pesquisadora os principais objetivos do estudo, enfatizando-se a importância da participação desses atores, assim como a manutenção do sigilo e a responsabilidade de guarda do material coletado. Enquanto que para os três atores relacionados à gestão a abordagem quanto à participação na pesquisa foi realizada por meio de conversas informais.

O agendamento de todas as entrevistas decorreu ao longo do mês de setembro de 2017, sendo pessoalmente, através de ligações, mensagens pelo celular ou até mesmo com o uso de aplicativos de comunicação. A pesquisa de campo concretizou-se durante os meses de outubro e novembro de 2017.

Definiu-se também a inclusão de três sujeitos-chaves na gestão do processo de trabalho, o gerente da unidade, além dos profissionais responsáveis técnicos, constituídos pelas categorias profissionais: médica e de enfermagem. Vale lembrar que esses profissionais são responsáveis pelas questões administrativas e clínicas da unidade, além de coordenar os outros trabalhadores e estarem diretamente encarregados da organização do processo de trabalho para o funcionamento da unidade.

A interação com os entrevistados não apresentou dificuldades, apenas houve o reagendamento de três entrevistas por conta de sobreposições de agendas. Todas as entrevistas foram gravadas, com exceção de apenas uma entrevistada, apesar de ter sido explicitada pela pesquisadora a garantia do anonimato. A média de tempo das entrevistas foi de 20 a 30 minutos cada, perfazendo aproximadamente 8 horas de gravação.

Foram entrevistados 11 ACS - 8 mulheres e 3 homens; 1 técnico e 1 técnica em enfermagem; 3 enfermeiras e 1 enfermeiro gerente da unidade; 1 médico responsável técnico da unidade.

A escolaridade dos entrevistados (as) mostra que 5 têm ensino médio completo, 5 o curso de ensino técnico, 3 concluíram o nível superior (mas não exercem função), 3 possuem especialização e 2 contam com mestrado.

Confirma-se a predominância das mulheres: 12 mulheres, para 6 homens, com idade entre 27 e 52 anos, com predominância na faixa etária de 30 anos. O tempo de trabalho na clínica varia de 1 a 7 anos, com média de aproximadamente 4 anos. A trajetória profissional dos entrevistados traduz que a maioria (11 destes) já trabalhava na saúde antes de atuarem na atenção básica. Para os outros 7, esta vem sendo a primeira experiência de trabalho na área. O **Quadro 2** abaixo aponta um resumo da caracterização dos entrevistados:

**Quadro 2.**Caracterização dos Entrevistados, 2018

<b>Entrevistado</b>	<b>Idade</b>	<b>Gênero</b>	<b>Escolaridade</b>	<b>Tempo clínica</b>	<b>Grupo profissional</b>
1	34	Masculino	Superior Completo	5 anos	ACS
2	31	Masculino	Médio Completo	3 anos	ACS
3	32	Feminino	Técnico	6 anos	ACS
4	46	Feminino	Superior Completo	4 anos	ACS
5	38	Feminino	Médio Completo	1 ano	ACS
6	35	Feminino	Médio Completo	5 anos	ACS
7	29	Masculino	Médio Completo	6 anos	ACS
8	32	Feminino	Superior Completo	4 anos	ACS
9	32	Feminino	Técnico	6 anos	ACS
10	45	Feminino	Técnico	5 anos	ACS
11	40	Feminino	Médio Completo	5 anos	ACS
12	42	Masculino	Técnico	7 anos	Téc. enfer.
13	27	Feminino	Técnico	6 meses	Téc. Enfer.
14	32	Feminino	Mestrado	3 anos	Enfermagem
15	52	Feminino	Especialização	7 anos	Enfermagem
16	35	Feminino	Especialização	3,6 anos	Enfermagem
17	34	Masculino	Especialização	3 anos	Enfermagem
18	32	Masculino	Mestrado	3 anos	Médico

Elaboração da autora

Os critérios de exclusão surgiram a partir da observação direta pelo fato da pesquisadora estar inserida no processo de trabalho da unidade. Para tal, foram excluídas as 4 médicas residentes, além das equipes de saúde bucal. Ressalta-se que a opção por excluir a categoria médica deve-se ao fato de que no caso dessa unidade de saúde, esses profissionais são residentes que permanecem apenas por 2 anos em uma equipe, e ainda apresentam diferenciação quanto ao cumprimento dos indicadores de saúde propostos no Contrato de Gestão, com exceção de apenas um único profissional médico, o responsável técnico da unidade, já justificado anteriormente. Foram também excluídas as equipes de saúde bucal por entender que estas participam de forma indireta

no alcance dos indicadores e principalmente pelo fato de que a atuação desses profissionais está diretamente relacionado à definição dos processos de trabalho das próprias equipes, já que cada equipe de saúde bucal é responsável pela área de 3 equipes de Saúde da Família.

Destaca-se como um ponto positivo a familiaridade dos entrevistados com a pesquisadora, pelo motivo já mencionado. O fato do objeto de pesquisa não estar diretamente relacionado ao processo de trabalho desenvolvido pela pesquisadora na unidade, possivelmente contribuiu para facilitar o entendimento das questões referentes ao cotidiano e fluxos vivenciados pelos trabalhadores. Ou seja, esta posição possibilitou, além da relação de confiança construída durante esses anos trabalhados em conjunto, o aprofundamento de questões que perpassam o cotidiano dos trabalhadores das equipes mínimas da ESF em relação às suas percepções, crenças e valores.

Como nutricionista do NASF que atua nessa unidade, gostaria de destacar que o trabalho realizado por esse núcleo contribui para que a responsabilidade pelo cuidado seja compartilhada entre equipes e usuários. Sua realização se dá, sobretudo por meio de:

“discussão de casos, atendimento conjunto ou não, interconsulta (presença de dois profissionais no momento do atendimento), construção conjunta de projetos terapêuticos (ações pactuadas entre os profissionais e o usuário para atender suas necessidades), educação permanente, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais e da coletividade, organizadas de acordo com o planejamento das equipes, ações intersetoriais, ações de prevenção e promoção da Saúde, discussão do processo de trabalho das equipes”, dentre outros (BRASIL, 2012, p.70).

Além dessas ações, o NASF está inserido no processo de trabalho da clínica participando de reuniões das seis equipes da unidade – com frequência semanal, reuniões da equipe NASF, também semanais, reuniões técnicas – compostas por profissionais que compõem a equipe técnica, que ocorrem mensalmente assim como as reuniões gerais – espaço em que todos os profissionais participam, comissão de



prontuários – realizada com representação de um profissional de cada categoria para análise dos indicadores e qualidade do preenchimento dos prontuários, reuniões e capacitações no escopo da Coordenadoria de Área Programática – CAP (como comissão de óbito, reunião NASF com as apoiadoras, reuniões de educação permanente, dentre outras), além de conversas informais nos espaços da clínica.

### **3.5 Sobre a análise das entrevistas**

A etapa de interpretação dos dados foi realizada por meio da análise de conteúdo que compreende:

“um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens” (BARDIN, 1979 apud MINAYO, 2004, p.199).

Por conseguinte as entrevistas foram submetidas à análise temática que permitiu a construção de categorias analíticas ou os temas centrais que emergem da fala dos entrevistados - organização do trabalho, contrato de gestão e estratégias dos trabalhadores para atingir as metas, tendo em perspectiva as questões de pesquisa e os objetivos propostos (MINAYO, 2004).

Os temas explicitam assertivas acerca de um questionamento. De acordo com Bardin (1979) “o tema é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura” (BARDIN, 1979, p. 105 apud MINAYO, 2004).

A vertente temática permite a identificação dos “núcleos de sentido” (MINAYO, 2004, p.209), que promovem significado para o objeto a ser estudado. Pode ser dividida em três etapas: pré-análise - contato inicial com os dados; exploração do material - compilação das informações; tratamento dos resultados obtidos; e interpretação (MINAYO, 2004).

### **3.6 Comitê de Ética e Pesquisa**

A participação dos sujeitos se deu mediante aceitação assegurada via assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE e a desistência pôde ocorrer a qualquer etapa da pesquisa, se este fosse o desejo do participante. Todos os entrevistados assinaram o TCLE em duas vias, uma para o participante e outra para guarda da pesquisadora.

De acordo com a Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012, o projeto referente a esta pesquisa foi submetido à análise do Comitê de Ética da EPSJV e, após parecer favorável, as etapas foram realizadas, sob parecer elaborado pela Instituição Proponente - EPSJV, CAEE: 70136317.9.0000.5241, Número do Parecer: 2.205.054, aprovado no dia: 07/08/2017 e também pelo parecer elaborado pela Instituição Coparticipante - SMS-RJ, CAEE: 70136317.9.3001.5279, número do Parecer: 2.251.721, aprovado em 31/08/2017, sendo que os dados coletados ficarão sob a guarda do pesquisador responsável.

## CAPÍTULO 4

### Percepções dos trabalhadores sobre as metas propostas no Contrato de Gestão

#### 4.1 Matriz de Análise Documental

Cabe informar que a análise destes documentos me permitiu ampliar a compreensão da totalidade histórica e política em que se insere o objeto da dissertação, bem como contribuiu para aprofundar o conhecimento sobre a estrutura institucional da ESF. Segue-se o quadro de análise destes documentos com ênfase nas ações relacionadas ao objeto de análise do estudo (**Quadro 3**).

**Quadro 3.** Matriz de Análise Documental, 2018

<b>Título do Documento (Ano)</b>	<b>Ações / Marcos Importantes</b>	<b>Comentários</b>
PNAB Portaria Nº 2.436 (2017)	Garantia de provimento e estratégias de fixação de profissionais de saúde para a Atenção Básica com vistas a promover ofertas de cuidado e o vínculo	Rotatividade ainda presente apesar das políticas de incentivo a fixação desses profissionais
Plano Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (2014/2017)	Ressalta a Gestão por Indicadores como um dos oito grandes eixos de atuação de prioridades da SMS	Gestão pautada em indicadores refletindo em cobranças para os profissionais
1º Termo Aditivo nº 021/2014 do Contrato de Gestão	Acréscimo de 10 equipes + 16 milhões, totalizando 104 milhões	Acompanha a lógica de ampliação da ESF com maior investimento
2º Termo Aditivo nº	Prorrogação do Contrato anterior por mais 2 anos	

027/2015 do Contrato de Gestão		
3º Termo Aditivo nº 011/2016 do Contrato de Gestão	Redução do valor de contrato em 27 milhões, correspondendo ao valor de 155 milhões Mudança para 10 parâmetros na V3	Pactuação na redução do valor do contrato de gestão
4º Termo Aditivo nº 035/2017 do Contrato de Gestão	Redução de 8 milhões, totalizando em 146 milhões	Redução na contratação da ampliação da ESF Desmonte na saúde
5º Termo Aditivo nº 036/2017 do Contrato de Gestão	Renovação pelo período de 1 ano, totalizando 79 milhões	Permanência da OS anterior (limite de máximo de 5 anos) Como será quando acabar o período de vigência desse contrato?
Relatório de Gestão (2016)	Perspectivas: ampliação do apoio institucional; fortalecimento das ações para redução da mortalidade materna e infantil; atuação integrada do NIR com gestão de listas auxiliando a gestão da clínica nas unidades; expansão da RAPS; adequações estruturais não executadas em unidades mais antigas	Na unidade estudada não foram vistas essas perspectivas de mudanças  Não houve ampliação da RAPS e nem adequações estruturais

Fonte: elaboração da autora.

## 4.2 O Contrato de Gestão

Conforme já discorrido no Capítulo 2, o Contrato de Gestão constitui-se como um instrumento firmado entre a Secretaria Municipal de Saúde – SMS e a Organização Social – OS. Para tanto, esta ferramenta, base de análise dessa pesquisa apresenta indicadores e metas de desempenho a serem atingidas tanto pela Organização Social, considerados como indicadores gerenciais, relacionados à estrutura física, insumos e manutenção das unidades (conforme apresentado na Parte Variável 1 do **Quadro 4**), quanto por parte dos profissionais de saúde - sendo estes denominados de indicadores assistenciais, equivalentes aos serviços prestados à população (de acordo com a apresentação das partes variáveis 2 e 3 no **quadro 4** abaixo). Os indicadores são descritos no Contrato de Gestão e as metas são quantitativas, reavaliadas com periodicidade trimestral.

A parte variável é responsável pelo repasse dos recursos do Contrato de Gestão, sendo dividida em três seções. A parte variável 01 composta por indicadores referentes à gestão da OS, cujo principal objetivo é a indução de boas práticas na gestão e seu alinhamento às prioridades definidas pela SMS. É composta por 19 ações (ver **quadro 4**), reavaliadas a cada 12 meses. O repasse financeiro corresponde a até 2% do valor referente à soma das rubricas ESF e NASF, divididos em três faixas: na primeira, caso sejam alcançados menos de 60% dos indicadores, não é repassado nenhum recurso para a OS; na segunda, caso se atinja de 60% a 79% dos indicadores, a OS recebe 50% da verba (se as equipes forem completas) e 25% (se as equipes estiverem incompletas, com falta de profissionais que compõem essas equipes); e, por fim, na terceira, caso sejam obtidos de 80% a 100% dos indicadores, a OS recebe 100% da verba (se as equipes forem completas) e 50% (se as equipes estiverem incompletas). Ressalta-se que esses valores são pré-definidos anteriormente entre a OS e a SMS na elaboração do Contrato de Gestão.

Já a parte variável 02 trata do incentivo institucional à unidade sendo formada por 21 indicadores, conforme apresentados no **quadro 4** a seguir, com monitoramento trimestral que avalia os critérios de acesso, desempenho assistencial, satisfação dos usuários e eficiência. O valor repassado neste item é voltado para aplicação nas unidades, sendo as metas cumpridas pelas equipes, e portanto seu atendimento é avaliado da seguinte forma: caso as equipes alcancem de 0 a 11 indicadores não é repassado nenhum valor; se atingidos de 12 a 16 indicadores, as equipes recebem 50%

do valor referente ao trimestre avaliado; e, caso sejam obtidos de 17 a 21 indicadores, as equipes recebem 100% do valor destinado ao período em questão. Vale ressaltar que para garantir o repasse de 100% da verba, todas as equipes da unidade precisam estar dentro das faixas mencionadas anteriormente.

Por fim, a parte variável 03, composta por 10 indicadores, de acordo com o mesmo quadro, destina-se às equipes e está relacionada à adequação e qualidade do acompanhamento de usuários com determinados agravos. Corresponde a um recurso pago aos profissionais com periodicidade de 3 em 3 meses, avaliado através de Unidades Contábeis - UCs (o valor de cada UC é calculado com base no salário de cada membro da equipe). Cada equipe apresenta um limite mínimo de 60 UCs para receber o incentivo, compostos pelo somatório de ao menos cinco dos dez grupos de ações que integram essa variável, assim como apresentam um limite máximo de 300 UCs no trimestre, equivalente a até 10% do salário base mensal. Para atingir cada indicador dessa variável as equipes precisam realizar vigilância em saúde dos grupos prioritários a partir de algumas ações, conforme apresentadas no Contrato de Gestão (**Anexo 4**).

O contrato de gestão prevê o pagamento por performance aos profissionais, conforme já apontado no Capítulo 2, e aprofundado mais adiante no item 4.2.2. Essa bonificação é referente ao cumprimento das metas estabelecidas pelas variáveis 2 e 3, instituída com o objetivo de “acelerar a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde” (PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO, 2015, p.8).

Optou-se por comparar outros Contratos de Gestão, seja com outras OS ou com a mesma da Área Programática - AP escolhida para a presente pesquisa. Identificou-se, porém, que a estrutura desses documentos é semelhante, variando os valores, atendendo as especificidades de cada território e varia de acordo com as relações de trabalho.

O **Quadro 4** apresenta todos os indicadores de saúde estabelecidos no Contrato de Gestão, divididos de acordo com as partes variáveis 1, 2 e 3.

A pesquisa aqui proposta tratará, na percepção dos trabalhadores entrevistados, acerca das metas propostas nos indicadores de saúde referentes às linhas de cuidado e ciclos de vida, apresentados no quadro com destaque em negrito e com realce. A escolha pautou-se pelo fato de que esses indicadores são dependentes da atuação profissional dos trabalhadores para que seu resultado seja atingido, demandando-lhes esforços que podem ter consequências objetivas e subjetivas sobre eles e sobre as possibilidades de intervenção junto à população.

**Quadro 4.** Caracterização dos Indicadores de Saúde das Variáveis 1, 2 e 3

<b>Parte variável 1</b>	<b>Parte variável 2</b>	<b>Parte Variável 3</b>
Manutenção de comissões de prontuários nas unidades	<b>Percentagem de consultas ao paciente realizadas pelo seu próprio médico de família</b>	<b>Acompanhamento em planejamento reprodutivo de uma mulher em idade fértil, por ano</b>
Acompanhamento do cadastramento e atualização no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES)	<b>Percentagem demanda espontânea em relação ao total de atendimentos</b>	<b>Acompanhamento em planejamento reprodutivo de uma mulher em idade fértil, com inserção de DIU ou realização de esterilização feminina, por ano</b>
Estrutura para impressão de documentos assistenciais	<b>Taxa de visitas domiciliares por 1.000 inscritos</b>	<b>Acompanhamento de uma gravidez</b>
Abastecimento regular das unidades	<b>Taxa de grupos educativos por 1.000 inscritos</b>	<b>Acompanhamento de uma criança, no primeiro ano de vida, por ano</b>

<b>Descentralização do fornecimento de medicamentos controlados</b>	Proporção de itens da carteira de serviços implementados	<b>Acompanhamento de uma criança, no segundo ano de vida, por ano</b>
Regularidade no envio da produção (BPA, SISAB, OSINFO)  Regularidade no envio dos indicadores de desempenho (variáveis 2 e 3), SISAB e SIA aos profissionais das equipes	Percentagem de consultas agendadas não presencialmente, por telefone, e-mail ou plataforma web do prontuário eletrônico  <b>Cobertura de primeira consulta odontológica programática</b>	<b>Acompanhamento de uma pessoa diabética, por ano</b>  <b>Acompanhamento de uma pessoa hipertensa, por ano</b>
Relação do gasto administrativo em relação ao total de gastos	<b>Percentagem de mulheres entre os 25 e 64 anos com colpocitologia registrado nos últimos 3 anos</b>	<b>Acompanhamento de uma pessoa em alta por cura de tuberculose</b>
Compra de itens abaixo do valor médio do banco de preços em saúde do MS ou da SMS	<b>Percentagem de pessoas cadastradas com diagnóstico de diabetes com pelo menos duas consultas, sendo 1 com médico e 1 com enfermeiro, registradas nos últimos doze meses</b>	<b>Acompanhamento de uma pessoa em alta por cura de hanseníase</b>



Qualidade dos itens fornecidos e dos serviços contratados	<b>Percentagem de pessoas cadastradas com diagnóstico hipertensão, com registro de pelo menos 1 consulta médica e 1 consulta de enfermagem no período de 12 meses</b>	<b>Acompanhamento de uma pessoa com transtorno ou necessidades relacionadas ao consumo de álcool e/ou outras drogas</b>
<b>Proporção de cura de tuberculose</b>	<b>Percentual de crianças de até 2 anos com cartão de vacinas atualizado</b>	
<b>Acompanhamento de Sífilis na Gestação</b>	<b>Percentual de crianças de até 6 anos com cartão de vacinas atualizado</b>	
<b>Proporção de gestantes com 7 ou mais consultas</b>	<b>Percentual de consultas de pré-natal no primeiro trimestre de gravidez</b>	
Proporção de cadastros definitivos com número único (CPF) para pessoas com 16 anos ou mais	<b>Percentual de primeiras consultas de puericultura efetuadas até aos 15 dias de vida</b>	
Proporção de cadastros definitivos com número único (DNV ou CPF) para pessoas menores de 16 anos	Razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas	

Rotatividade de profissionais nas equipes	Percentagem das equipes de Saúde da Família com desempenho acima da média ou muito acima no resultado do PMAQ.	
<b>Proporção de crianças e gestantes beneficiárias do Cartão Família Carioca com condicionalidades acompanhadas</b>	Percentagem de usuários satisfeitos/muito satisfeitos	
Percentual de escolas e creches no território de referência da Unidade de Saúde com no mínimo uma atividade de promoção, prevenção ou assistência	Percentual de medicamentos prescritos da REMUME	
Desempenho assistencial	Percentual de pacientes encaminhados em relação ao número de pacientes atendidos	
	<b>Percentual de absenteísmo nas consultas/procedimentos agendados no SISREG</b>	

Legenda: Os indicadores a serem analisados encontram-se em negrito e em realce.

Ao relacionar os indicadores dispostos no Contrato de Gestão com a análise das entrevistas observou-se que alguns deles estão mais presentes na rotina de trabalho dos profissionais. Nesse sentido, destacam-se: o acompanhamento das linhas de cuidado - hipertensos, diabéticos, gestantes e tuberculose e os ciclos de vida - crianças e mulheres em idade fértil.

### **4.3 Análise das entrevistas**

A combinação dos quatro procedimentos metodológicos utilizados na pesquisa, apresentados no Capítulo 3, permitiu eleger os principais achados com vistas a responder as questões da pesquisa, assim como atingir os objetivos indicados.

Os principais problemas identificados a partir das falas dos entrevistados e da observação do seu cotidiano de trabalho na unidade de saúde escolhida são alta demanda de trabalho; exigências e cobranças no que se refere ao alcance das metas; dificuldades quanto à adequação do uso de novas tecnologias como o prontuário eletrônico; reuniões como espaços potenciais de discussões e debates; avaliação do processo de trabalho; imposições da Coordenação de Área Programática - CAP; relações interpessoais que quando são conflituosas e influenciadoras das relações de trabalho (tendência a conflitos nas relações interpessoais, com repercussões sobre as relações de trabalho); dificuldade de formação dos trabalhadores no âmbito do SUS; rotatividade e fixação de profissionais.

Para orientar a organização da análise das entrevistas, foram eleitas as categorias apresentadas a seguir no **Quadro 5**.

**Quadro 5.** Definição das categorias e subcategorias de análise

<b>Categorias</b>	<b>Subcategorias</b>
<b>Organização do trabalho</b>	Organização
	Trabalho em equipe
	Centralização no papel do enfermeiro
	Afastamento do técnico de enfermagem
	Formação profissional para a Atenção Básica
	Rotatividade e Fixação de profissionais
	Prontuário eletrônico
	Relações com instâncias superiores: CAP, OS e Nível central
	Processos avaliativos
	Violência
<b>Contrato de Gestão</b>	Conhecimento e Desconhecimento
	Metas
	Pagamento por <i>performance</i>
	Cobranças e Pressão
<b>Estratégias e repercussões</b>	Estratégias para atingir as metas

Fonte: elaboração da autora.

#### **4.3.1 Organização do trabalho**

A organização é essencial para a orientação do processo de trabalho, inclusive no que se refere ao alcance das metas, organizando o cotidiano para tal. Este aspecto aparece nas falas dos entrevistados de todos os grupos profissionais, principalmente pelos atores ligados a gestão, através do registro em materiais próprios, respostas de e-mails, vigilância em saúde das linhas de cuidado e supervisão da unidade.

Eu organizo o meu trabalho. Faço uma espécie de cronograma de visitas. Daí eu tento seguir, nem sempre dá porque às vezes tem problema no território, às vezes tem

alguma reunião. Ai eu faço dessa forma e organizo também o meu caderno, coloco a data do dia e o que eu fiz durante aquele dia. Eu priorizo as visitas de acordo com o nosso olhar e eu vejo os casos mais importantes (ACS 6).

Então, eu organizo meu trabalho, eu tenho muita demanda da própria CAP e da própria OS, então eu divido meu trabalho em responder essas demandas que eu recebo e também supervisionar como está o processo de trabalho na unidade, Então, planejo em resolver tudo na mesma semana. Meus e-mails eu respondo todos os dias (...)E assim eu não fico acumulando serviço, isso é muito importante. A principal [demanda] é a vigilância (...) porque eu não sou só um gestor administrativo, eu sou um gestor técnico, então eu tenho que cuidar das linhas de cuidados prioritárias, gestantes, hipertensão, diabetes, pacientes com tuberculose, hanseníase, enfim, (...), isso demanda muito tempo, e discutir com a equipe técnica (...), não só os indicadores, mas cuidados que não estão contextualizados ali nos indicadores (Gestão 3).

A organização do trabalho em saúde apresenta diversas nuances, compreendidas como elementos essenciais que influenciam diretamente a organização deste como um todo. A definição nessa área foi trazida por Mendes Gonçalves (1992) ao estudar o trabalho do profissional médico com base no marxismo. Para tanto, enfatiza quatro elementos norteadores da investigação: agentes, instrumentos, objeto e finalidade. Por agentes compreendem-se os trabalhadores em saúde; já os instrumentos são os equipamentos e os saberes dos profissionais; o objeto é entendido como sendo o atendimento às necessidades da população - individuais ou coletivas, ou seja, a produção do cuidado em saúde; e enfim a finalidade que aparece como a articulação desenvolvida pelos agentes por meio de instrumentos com vistas a atender ao objeto, com vistas à cura, a prevenção e a promoção à saúde (GONÇALVES, 1992 e MERHY, 2004).

Cabe mencionar que o trabalho em equipe constitui-se como uma das maneiras de organização do trabalho na Estratégia de Saúde da Família - ESF, que prevê em sua composição, profissionais de categorias diferentes, traduzido em equipes multiprofissionais. Logo, essa categoria foi referida pelos entrevistados, uma vez que para atingir as metas, todos os profissionais necessariamente precisam contribuir para tal:

Assim, fácil, eu acho que todos [os indicadores] são fáceis, o negócio é que muitos indicadores não dependem da gente, por exemplo, depende do enfermeiro, depende do médico pra lançar resultado de exames, essas coisas todas, que acabam afetando (...) O nosso é bem tranquilo, em relação a cadastro é bem tranquilo (ACS 1).

Martins (2004) afirma em relação ao trabalho em equipe a que organização do trabalho mantém os padrões tradicionais de fragmentação, reduzindo assim o espaço para o exercício da autonomia, da criatividade e da negociação (MARTINS, 2004). Ainda nessa perspectiva, são mencionados pelos trabalhadores espaços potenciais de discussão como as reuniões de equipe – com frequência semanal (formadas por todos os trabalhadores que compõem cada equipe da ESF); as reuniões técnicas – com periodicidade mensal (cuja participação prevê todos os profissionais da unidade que ocupam cargo técnico e que possuem nível superior), e as reuniões gerais – com regularidade mensal também (compostas por todos os profissionais da clínica). Os principais assuntos abordados nesses espaços são: informes; definição de fluxos; debates sobre os processos de trabalho; discussões de casos; debate sobre os indicadores e as variáveis; apresentação dos percentuais das equipes e da clínica, com proposição de novas estratégias para alcance das metas que estejam abaixo do proposto no Contrato de Gestão.

São discutidos [as metas nas reuniões de equipe]. Principalmente quando o gestor traz a questão da variável pra mim como enfermeira da equipe. Ele me traz a listinha

das variáveis com as questões que a gente precisa melhorar (Enfermeira 1).

Na reunião geral a gente tem uma parte, discute alguns indicadores que estão muito ruins, e que dependem da equipe multiprofissional. Tem indicadores que não dependem só de um, depende de todo mundo (Gestão 3).

A chefia e a tomada de decisões na Saúde da Família permanecem a cargo do enfermeiro, considerado o líder das equipes, por isso mesmo esse profissional ocupa papel central. Ele é o chefe imediato dos Agentes Comunitários de Saúde - ACS e do (a) técnico (a) de enfermagem, mediando conflitos, direcionando questões e definindo escalas; por ser porta-voz das equipes; por responder a óbitos por tuberculose ou materno-infantis na CAP; dentre outras atribuições, inclusive algumas destas com respaldo nas publicações das versões de 2006, 2012 e 2017 da Política Nacional de Atenção Básica – PNAB, como a de “supervisionar as ações do técnico / auxiliar de enfermagem e ACS”, além de outras tarefas inerentes a carreira de enfermagem (BRASIL, 2017, p. 21).

A questão do levantamento das listas não é só o enfermeiro que deveria fazer. (...) Para ajudar a bater a meta me dispus a fazer isso (...). E o enfermeiro de Saúde da Família, tem o trabalhinho de gestor dentro da sua própria equipe. Tem que ter um pouquinho essa visão mesmo, é importante a gente tentar alcançar a meta, pra tentar alcançar o indicador e bater. (Enfermeira 1).

Uma questão que surgiu durante a observação do cotidiano e das entrevistas a ser destacada é o afastamento do técnico de enfermagem das equipes. Esse profissional é escalado de acordo com a organização das salas da clínica: procedimentos; vacina; observação; coleta e curativos. Por esse fato, acaba permanecendo ausente das outras atribuições de sua responsabilidade ou até mesmo em reuniões como as de equipe, técnicas

e gerais, acarretando um desconhecimento dos fluxos da unidade, transformando em prejuízos para o trabalho em equipe. Sua participação mais relevante ocorre durante as Campanhas de Vacinação, como as da febre amarela e a da gripe.

É que tem coisa que a gente nem sabe. Aí eu vou até falar com o [gerente] para estar comentando isso com a gente também. É importante também pra gente estar por dentro. Até pra ter essa reunião de vocês também. Porque acaba não tem um espaço. Fica cada um em uma sala, e aí não tem essa questão da comunicação (Técnico de enfermagem 1).

Aqui o trabalho é por escala. Cada dia da semana é uma escala diferente: observação, vacina, curativo, coleta, VD, coleta externa. . Não são todas as reuniões que eu consigo participar, mas geralmente quando vou, é discutido [sobre as metas]. Tem que revezar. No meu caso, a reunião é no mesmo dia [de outra equipe] fica eu e o [outro técnico]. (Técnico de enfermagem 2).

Hamann e Souza (2009), ao analisarem o processo de implantação da Saúde da Família, identificaram a necessidade de garantir espaços de formação para todos os profissionais da equipe mínima, inclusive o técnico de enfermagem. Nessa perspectiva, o investimento em qualificação poderia ser um avanço na superação da fragmentação quanto à inserção deste profissional de saúde no processo de trabalho da equipe. Logo, ainda é necessária a realização de mais estudos que abordem essa categoria profissional, para aprofundamento dessas e outras questões, uma vez que a maioria das pesquisas normalmente é centralizada nas outras categorias, como por exemplo, nos ACS.

É de se notar que formação dos trabalhadores emergiu como uma demanda, destacando que cada trabalhador busca por conta própria cursos presenciais e a distância, capacitações, especialização e mestrado no âmbito da Atenção Básica.

(...) Sou enfermeira, formada há nove anos e tenho dois anos de Saúde da Família, tenho especialização em



Enfermagem do trabalho e em Saúde da Família, em Residência em Clínica Cirúrgica e Médica e experiência em CTI (...). Eu fiz mestrado acadêmico na UERJ e quando estava concluindo o mestrado, no segundo ano ingressei na Clínica da Família e desde então quis me aprimorar em saúde da família porque me interesse bastante na área e comecei a procurar cursos, mas como não conseguia conciliar o mestrado com uma atividade presencial optei por fazer a distância e concluí no mês de junho desse ano (Enfermeira 1).

(...) Sou médico de família na comunidade. Graduado em Medicina em 2011. Fiz a Residência médica em 2012 até 2015 com R3 opcional (Gestão 2).

Autores como González e Almeida (2010) identificaram em sua pesquisa com gestores no município do Rio de Janeiro que os trabalhadores enfrentam dificuldades referentes quanto à sua qualificação para a atuação na ESF. Contudo, como uma forma de tentar atender essa demanda, o município tem investido em estratégias de qualificação dos trabalhadores como cursos técnicos, de especialização e mestrado. Esse fato não é encarado dessa maneira pelos trabalhadores entrevistados nesse estudo, que expõem a busca individual por formações no âmbito do SUS.

A busca individual por formação específica na área da Saúde da Família pode agravar a insatisfação profissional, uma vez que por escolha pessoal deste trabalhador, ele precisa conciliar sua rotina de trabalho com os estudos. Como consequência, esse aspecto pode contribuir para a rotatividade desses trabalhadores no âmbito da ESF. Autores como Magnago e Pierantoni (2015) apontam que para a minimização desse cenário seria necessário o fortalecimento das seguintes estratégias:

“reestruturação dos currículos de graduação das áreas da saúde que permitam aos cursos adequar-se às necessidades do SUS e às do novo modelo de atenção alicerçado na AB; estreitamento do vínculo entre as instituições de ensino superior e a rede de saúde que possibilitem a inserção de estudantes de graduação nas unidades de saúde, com vistas

à ambientação na realidade social; ampliação de vagas em residências multiprofissionais e de uma política de valorização do trabalhador especializado em saúde da família; estabelecimento de fóruns de negociação com as representações das diversas categorias de saúde para a construção de uma concordância sobre as áreas de exercício profissional, no sentido de enfraquecer a hegemonia médica e ampliar as áreas de atuação dos demais profissionais, com vistas a ampliar a envergadura assistencial da ESF” (MAGNAGO e PIERANTONI, 2015. p.16)

Na clínica pesquisada, foi possível constatar a existência de rotatividade. Primeiramente pelo fato de ser uma unidade de ensino que recebe profissionais residentes, sejam médicos e multiprofissionais, permanecendo assim durante 2 anos. Outro fato identificado ao longo do estudo foi a saída recente de profissionais estratégicos como uma das enfermeiras e do gerente da clínica, ambos participantes da pesquisa.

Cabe ressaltar que, a fixação dos profissionais no âmbito do SUS ainda se apresenta como um desafio. Mendonça e colaboradores (2010, p. 2361) discorrem sobre essa questão ao identificarem os seguintes fatores para sua ocorrência: “a remuneração aquém das expectativas; condições de trabalho; exigência da carga horária integral; baixas oportunidades de progressão profissional e baixo comprometimento dos profissionais”. Afirmam ainda que os trabalhadores demandam estruturas físicas adequadas e confortáveis; boa organização; insumos apropriados e disponíveis, além de segurança física e ambiental. Contudo, é notório que nas unidades com ESF, na maioria dos casos, não existem todas essas condições favoráveis. Na verdade, muito frequentemente os trabalhadores apontam as adversidades que vivenciam a exemplo, entre muitas outras, da falta de medicamentos e demandam melhores condições de trabalho.

Acerca do uso do prontuário eletrônico, ao analisar as falas dos entrevistados, nota-se que este se constitui em uma das principais ferramentas de trabalho dos profissionais pelo fato de se constituir em instrumento de avaliação quantitativa da

produtividade. Nesse sentido, os principais aspectos abordados foram a importância do registro das informações; preenchimento adequado dos dados; elaboração dos relatórios quantitativos pelo prontuário eletrônico; a necessidade de treinamento para uso dessa ferramenta; e avanço da informatização na Atenção Básica. A Comissão de Prontuário procede à análise aleatória dos prontuários referentes às linhas de cuidado, com frequência mensal, tendo sido considerada por alguns profissionais como espaço capaz de despertar dúvidas, instigar a habilidade de reflexão e possibilitar novas aprendizagens.

Quem está no gabinete, na secretaria, avalia o indicador. Posso estar fazendo tudo adequado aqui, mas se eu não registro nada, então é importante. É importante registrar nos campos adequados, e isso era uma dificuldade no início (...). Então assim, nesse tempo que eu fiquei na Comissão de Prontuário, cada dia eu aprendia uma coisa nova. A gente fez um Manual do Prontuário, pra treinar, para as pessoas terem acesso a uma coisa mais dinâmica. Mas sempre tem uma falha sim, porque são muitos dados pra preencher (ACS 11).

Sim, teve uma diferença, teve um avanço muito grande (...). Quando eu entrei a gente ainda trabalhava com prontuário de papel (...) hoje não, é tudo digitalizado, com base nos dados do prontuário, isso ajuda muito, o profissional não tem como inventar produção, nem burlar o sistema, é a produção que realmente está ali (Gestão 3).

Embora o prontuário eletrônico tenha sido considerado uma boa ferramenta para a geração de dados quantitativos, os serviços prestados aos usuários continuam carecendo de uma avaliação qualitativa. Os dados dispostos no prontuário eletrônico podem ser acessados pelos profissionais que compõem a equipe técnica para programação do cuidado através de um computador com senha disponibilizada pela gerência. Atualmente na clínica pesquisada o momento é de entrada de um novo

instrumento, gratuito, de abrangência nacional, o E-SUS, em substituição ao prontuário eletrônico, cuja responsabilidade era com uma prestadora privada, em decorrência da redução de gastos para a Prefeitura. Porém a análise dos indicadores e relatórios ainda se encontra em processo de discussão, já que as metas impostas no Contrato de Gestão foram pensadas em nível municipal e não em consonância com todos os territórios, conforme proposição a respeito da utilização desse novo prontuário eletrônico proposto pelo Ministério da Saúde.

Os entrevistados, sobretudo os gerentes, consideram a relação com a Coordenadoria de Área Programática - CAP como extremamente difícil, dada sua atuação prevalentemente verticalizada e punitiva. Um exemplo disso é a Comissão de Óbito Materno Infantil, cuja frequência de reuniões é mensal, quando discutem-se os casos de óbitos na Área Programática durante o período de um mês. Em tese, esse processo é considerado como parte do projeto de educação permanente, cujo objetivo de capacitar e qualificar as equipes, fortalecer a vigilância e o cuidado das gestantes durante o pré-natal. Porém na prática, os profissionais são culpabilizados em decorrência de haver um óbito materno-infantil, podendo inclusive ser advertidos. Entretanto algumas sugestões de enfrentamento desse quadro foram propostas: os entrevistados indicam necessidade de maior proximidade entre os trabalhadores na unidade; o desenvolvimento de capacitações, treinamentos, educação continuada e monitoramento de processos de trabalho.

A CAP é tão distante da gente, cada vez mais, já foi muito mais próxima, logo de início, mas eu também eu compreendo, acho que é fazer os encontros mesmo, treinamentos, capacitações, e, pedir que a gerência liberasse a gente (Enfermeira 2).

Acho o papel da CAP super importante no sentido de gerir as unidades, produzir educação continuada. Monitorar mesmo alguns processos que acontecem na unidade. Ter alguém pra estar cobrando, trazendo algumas discussões, algumas questões. Só que a gente percebe das CAP's é que são muito ausentes nas unidades (...). Fazem uma análise às vezes superficial, não faz uma análise da

realidade quando vai se avaliar um processo de trabalho. Acho que a reunião de equipe é um espaço importante pra isso. E a CAP talvez pudesse estar mais presente nesse sentido. Sei que são muitas unidades, mas tendo cronograma e organização (...).Algumas demandas que às vezes a gente precisa, mais urgentes, mas também eles não te acionam, tentam responder sempre na medida do possível (Gestão 2).

Na verdade, o trabalho da CAP é apoiar a unidade, é supervisionar a unidade, mas a CAP não tem o poder de decisões da unidade (...) então a CAP serve para me dar um suporte, me orientar, pra supervisionar. Na medida do possível, é bem organizada porque recebe muita demanda com prazos da Secretaria Municipal de Saúde e tem que responder isso rápido. Isso acaba atropelando o processo de trabalho do gestor, acaba causando todo esse transtorno. Eu acho que a CAP poderia participar mais dos espaços da clínica, Eles passam ‘olha, organiza’, ‘dá uma resposta sobre isso’, mas eu acho que eles poderiam construir com a gente como atingir aquela meta (Gestão 3).

Nessa mesma lógica, a relação com a OS é percebida pelos trabalhadores como distante, descontextualizada com a realidade do processo de trabalho das equipes, com exceção do Gestor 3, que mantém contato diário com a OS por conta a assuntos de ordem administrativa. Contudo, continuam permanecendo à distância as discussões referentes ao processo de trabalho e aos trabalhadores, o que produz uma percepção nos trabalhadores de que a OS se responsabiliza pelos insumos e manutenção dos equipamentos.

Pode ajudar só no que for em relação a recurso de que as coisas funcionem para o atendimento, (..) é super importante que a empresa vem e conserte isso,

equipamentos que faltam. É importante nesse processo de ter, de deixar os consultórios preparados para o atendimento (ACS 9).

A relação com a OS é a mesma que a CAP porque a OS é responsável para executar o contrato de gestão, o contrato que é firmado, junto com a Secretaria com as prestadoras dos serviços, também orienta, supervisiona, direciona, algumas vezes a OS já direciona (...) e o contato com a OS é diário é um contato mais próximo até do que a CAP, a CAP às vezes eu não falo todo dia, mas a OS sim, eu tenho que solicitar tudo, até um insumo, como abastecimento de água, enfim, a questão de alguns problemas com prontuário eletrônico ou prestador de serviços, profissional se tiver alguma dúvida e quiser alguma orientação. A OS poderia ajudar da mesma forma que a CAP, ajuda muito na parte administrativa, na parte estrutural, na aquisição de insumos, mas pouco ajuda na construção de processos, na discussão desses processos, que é um papel dos apoiadores da OS é discutir, eles pouco fazem isso, eu acho que a OS poderia muito discutir os indicadores (Gestão 3).

A relação com a prefeitura também foi identificado pelos trabalhadores ou gestores entrevistados como distante da ponta, salientado-se que o contato se reduziu mais ainda na gestão atual.

A gente tinha uma relação melhor com o nível central quando tinham pessoas da medicina de família presentes na regulação, na SUBPAV (...). Por exemplo, tinham reuniões bimestrais ou trimestrais de RT's gerais. Só teve uma no início do ano e não tivemos mais. (Gestão 2).

Todas, na verdade, alguns contatos eu tenho com a CAP, outros contatos vem direto do nível central, hoje, em particular, está bem restrito mesmo, hoje em particular está muito CAP, CAP – unidade (Gestão 3).

Na rotina de trabalho das equipes é possível identificar dificuldades na compreensão dos aspectos que envolvem a avaliação do trabalho. Por consequência, os processos avaliativos como o Seminário de Prestação de Contas - *Accountability* e o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade – PMAQ, são encarados pelos trabalhadores de maneira negativa, ratificando o caráter punitivo inerente a qualquer processo avaliativo, além da sobrecarga percebida pelos mesmos e sensações de estresse no que se refere à preparação para o momento da avaliação. Esse seminário trata-se de um fenômeno multifacetado, e que a perspectiva negativa se estabelece a partir do sentimento de exposição, aliado a punição ao caráter pouco democrático – no sentido de que os trabalhadores não interferem nos indicadores ou parâmetros. É de se ressaltar que no ano de 2017 o *Accountability* foi substituído pelo PMAQ, no sentido de que seriam dois processos com objetivos similares acontecendo aproximadamente na mesma época. Contudo o PMAQ constitui-se em um programa nacional que prevê o repasse de recursos de acordo com o nível de desempenho das equipes.

Não tem nenhum que goste disso. Não sei se pensam exatamente igual a mim (...). Acho que tem gente que pensa porque é um saco ter que ser reforçado o trabalho, duplicar o trabalho para apresentar alguma coisa. Duplicar, tipo, a enfermeira vai exigir alguma coisa de algum ACS. Poxa, eu preciso de vocês, a quantidade de pessoas que vocês têm que sofrem de disso, um exemplo. O cara vai ter que tirar um dia dele para isso, um turno dele para fazer. Por mais que tenha isso controlado, talvez no caderno, tem que fazer isso porque quer apresentar o número mais exato possível (ACS 7).

Eu não gosto do *Accountability*, acho algo muito mecanizado para o nosso tipo de assistência em saúde.

Não acho uma avaliação fidedigna do trabalho que está sendo realizado (...) É um estresse para o profissional que vai apresentar porque ficam seis equipes falando a mesma coisa durante um período muito longo. Mas não sou muito a favor da realização dele pela forma que é realizado. Talvez se fosse modificada a estrutura seria muito mais proveitoso até para a unidade de saúde. (...) é uma cobrança e você se sente bastante ansiosa e apreensiva porque quer mostrar que faz o trabalho e que tenta alcançar as metas. Mas a gente não trabalha com máquinas, trabalha com seres humanos, (...) a gente tem que compreender como que esse trabalho está sendo desenvolvido. Acho que o *Accountability* é uma coisa muito quantitativa e não vê muito qualitativo e ansiedade é uma palavra que define o *Accountability* pra todo profissional (Enfermeira 1).

Conforme apontado no Capítulo 2, o Seminário de prestação de contas constitui-se como uma forma de avaliação do trabalho das equipes na ESF. A tradução do termo inglês *Accountability* pressupõe a responsabilização dos trabalhadores em saúde, mediante a valorização de instrumentos de gestão que tornam verificáveis normas e desempenhos que conseqüentemente geram resultados a serem avaliados e recompensados com recursos ou remunerações proporcionais, reforçando a competição entre as equipes (MONS, 2009). Isso significa, conforme assinalado por alguns autores como Rizzotto (2012), Carneiro e Martins (2015), por exemplo, que a contratualização permite, na saúde, a reprodução da lógica de gerenciamento com base no setor privado pautada em valores de produtividade, competitividade e desempenho.

Em relação ao tema da avaliação em saúde, mas em uma perspectiva crítica, Fonseca (2013) sugere que outras forma de avaliação deveriam ser fomentadas, compreendendo as particularidades das instituições e as singularidades dos sujeitos para promover modificações nas práticas de saúde dos trabalhadores. No cotidiano de trabalho das equipes da ESF, esses processos de avaliação poderiam constituir-se em potentes instrumentos com o objetivo de proporcionar aos trabalhadores capacidade de



reflexão sobre as práticas de saúde ofertadas à população, assim como a respeito dos princípios do SUS.

Uma experiência vivida na área de abrangência da ESF é a violência. Ao longo das entrevistas vimos que a violência atravessa o dia a dia dos trabalhadores e usuários da Clínica da Família. Somam-se a esse fato as questões de violência inerentes do território, conforme as falas elencadas abaixo, com ênfase no trabalho dos ACS. É de se ressaltar que a violência influencia diretamente na produtividade dos trabalhadores, visto que em muitos casos, estes são impedidos de realizar atividades externas à unidade como visitas domiciliares, ações no território, Programa Saúde na Escola, dentre outras; ou até mesmo quando é pactuado o fechamento da unidade de saúde. A violência é mensurada através de um grupo de profissionais de cada categoria profissional que se reúnem quando há qualquer situação diferente do comum, grupo este denominado Acesso Mais Seguro, protocolo criado em parceria da SMS e pelo Comitê Internacional da Cruz Vermelha – CICV, responsável por analisar situações adversas ocorridas nas proximidades da unidade de saúde. Através do uso dessa ferramenta, avalia-se o território de acordo com critérios pactuados previamente, cuja responsabilidade permanece a cargo dessa comissão, classificando a unidade em cores (verde, amarelo ou vermelho). Cabe destacar que embora todos os trabalhadores da unidade de saúde sofram com a violência cotidiana do território, apenas os ACS se manifestaram a respeito, provavelmente porque são eles que percorrem a comunidade, o que os coloca em uma situação de maior vulnerabilidade.

Tráfico, polícia, violência..., eu, por exemplo, fui criado aqui embaixo, asfalto, do lado da clínica. A minha área é lá em cima no topo do morro. Sou branco, tenho barba, e frequentemente sou parado pelos bandidos (ACS 2).

Eu fico com muito medo. Ainda tem as constantes brigas entre os morros que são rivais. Trabalho com medo lá em cima. Quando o território está em vermelho ai não tem como (ACS 5).

Porque a gente, eu trabalho numa comunidade, então é uma área de vulnerabilidade muito grande, e aí sem contar

com tiroteios, incursões policiais, então isso implica em tudo, atrapalha você está fazendo visita, porque às vezes você não pode subir para fazer visita por questão de risco, e isso atrapalha (ACS 9).

#### **4.3.2 O Contrato de Gestão**

Percebeu-se ao longo da pesquisa de campo que o Contrato de Gestão não é um instrumento com que os trabalhadores da clínica estão familiarizados. Em sua maioria os profissionais já ouviram falar, sabem sobre as metas que precisam cumprir, principalmente as que são referentes às linhas de cuidado e ciclos de vida, mas de fato não conhecem essa ferramenta em profundidade, apesar de uns trabalhadores terem mais informações a respeito que outros. Isso não significa, contudo que não haja interesse de maior compreensão sobre o tema por parte dos profissionais.

Vem na minha cabeça o acompanhamento das linhas de cuidado dos hipertensos, dos diabéticos, das gestantes, das crianças (ACS 6).

Não a fundo, como acho que todos os profissionais da clínica deveriam conhecer. Eu tento ler e sempre estar me atualizando principalmente nas questões referentes ao enfermeiro da Clínica da Família (Enfermeira 1).

A sugestão é que tenha mais treinamento pra gente poder conhecer. Hoje eu nem sei o que está valendo mais de variáveis, (...) e quais são as propostas (...) Eu não tenho noção de nada disso. Gostaria de conhecer mais, melhor treinamento, sei nem se é curso, mas conhecer mais o trabalho e como estão hoje as variáveis (Enfermeira 2).

Isso a gente sempre fala e é sempre falado. Mas de fato os profissionais não têm isso. E nesse tempo todo (...), nunca me deram esse Contrato de Gestão. Eu sei que tem na

gaveta do gerente, e quando você quer, vai lá e aciona (...). Mas a gente foca sempre em idoso, gestante, pré-natal e diabético, tuberculose, o que tem que conter lá pra você ter (Gestão 2).

De uma maneira mais acessível ao entendimento dos trabalhadores, as metas são mais simples de serem vislumbradas, justamente pelo fato de estar sempre em discussão a melhoria da performance no que se refere ao alcance do índice estabelecido. As posições são divergentes, pois ao passo que a agilidade é exigida, as metas também ajudam a direcionar o trabalho em si. Uma contradição diz respeito às metas que são percebidas por trabalhadores como melhoria na organização do processo de trabalho, assim como encaradas por outros como prioritárias, em detrimento do cuidado prestado às necessidades da população. Apesar da fala de um dos entrevistados para repactuação das metas na CTA, esse processo não é visto na prática dos serviços de saúde.

As visita domiciliares, as consultas (...), visita do enfermeiro, visita do técnico. Acho que apesar de serem feitas para melhor acolher a população, essas metas acabam dificultando um pouco nosso trabalho. Porque que eu falo isso? O agente de saúde é a ponta da lança da saúde primária. A gente está lá em cima da comunidade, na linha de frente e muitas vezes a pessoa precisa de uma atenção mais redobrada. A gente tem que trabalhar com metas, (...) acaba trabalhando com números e deixando um pouco a pessoa de lado. Tem que focar em meta pra bater? Tem. Mas aí você foca, foca e acaba não prestando atenção na organização (ACS 2).

Eu acho que as metas, é, devem existir, agora chega a ser uma coisa meio contraditória, porque ao passo que a meta deve existir a meta não deve ser a primazia do negócio. Acho que o cidadão deve ser colocado em primeiro lugar, isso não significa você estar agindo em detrimento das metas, muito pelo contrário, quando se presta a agir da

melhor maneira possível pra cuidar do cidadão, acho que automaticamente seu trabalho vai desenvolvendo ele vai ser atingido (ACS 7).

Eu penso que é algo importantíssimo pra direcionar o nosso processo de trabalho, não só direcionar, como organizar. As pessoas confundem muito, acham que tudo é meta, tudo é meta, não é. A meta é algo pra organizar, você imagina a gente trabalhando sem ter meta, faz o quê? Faz o que quer! Então, a meta é uma meta factível, só que você tem que trabalhar para que isso ocorra e o próprio contrato de gestão permite rever algumas metas de acordo com o território, de acordo com aquela localidade. É claro que têm algumas metas já estabelecidas, mas se eu acho que essa meta é uma meta surreal pro meu território, eu posso exigir que na CTA ou justificar na CTA porque não consegui alcançar aquela meta, e aí também posso exigir que mude essa meta só pra minha unidade. Poucas pessoas sabem disso e não utilizam esse mecanismo,(...) Acho que o difícil é como o gerente conduz a meta, tem gestor que trabalha muito isso, e como profissional (...) muito focado na meta, eu acho que a meta é o resultado de todo um processo de trabalho (Gestão 3).

A gestão contemporânea que estabelece metas quantitativas a serem alcançadas pelo trabalhador repercute sobre sua saúde física e psicológica, conforme discutido anteriormente. Ele se sente obrigado a desenvolver novas habilidades, a trabalhar de forma mais intensa - a intensificação do trabalho (ritmo de trabalho aumentado com prazos mais restritos) (METZGER 2011); a desempenhar tarefas para as quais não foi contratado e /ou não tem formação ou seja a ser multifuncional, tudo para tentar evitar a perda do posto de trabalho. Os atores ligados à gestão relataram ao longo das entrevistas que consideram as metas como estando de acordo com a lógica do gerencialismo contemporâneo, reproduzindo a importância dos números para os cargos ligados a gestão. Mesmo neste cenário de dificuldades de toda ordem, de acordo com Alves

(2014), o trabalhador percebe que poderia realizar um trabalho melhor, mas não possui meios de fazê-lo, o autor ressalta que ele

“sente-se frustrado frente aos imprevistos que precisam ser geridos, à inteligência empregada, ao que se arriscou, enfim, ao que aquilo efetivamente demandou para ser realizado. O que conta são os resultados e as consignas iniciais. É nesse horizonte que entra em jogo a relação entre trabalho e saúde” (ALVES, 2014, p.44).

Cabe destacar que as dificuldades que enfrentam no cotidiano de suas atividades podem, inclusive, diminuir a produtividade do trabalho, comprometendo o alcance do estabelecido. Os entrevistados apontaram a descontinuidade da bonificação salarial para os trabalhadores das equipes da ESF, proveniente da variável 3 do Contrato de Gestão, extinta na gestão atual, vista como um retrocesso, um desestímulo para o alcance das metas, inclusive na opinião daqueles que ocupam cargos de gestão:

Acho que a variável 3, a gente nem está recebendo mais, perdeu agora com essa nova gestão, era com relação a números de visitas, números do que tem que fazer, as metas que tem que alcançar para o proposto. Fazer pré-natal, acompanhamento de criança, gestante, TB (Enfermeira 2).

Porque isso estimulava. O pessoal ficava em cima. Eu lembro que uma vez, numa reunião de equipe, o pessoal falou assim: “gente, tem que escrever isso aí, porque a gente precisa de dinheiro, (...)” Então, isso estimula muito. E você fica em cima, você fica de olho. Eu lembro que a gente ficava de olho no BPA, ficava de olho na quantidade de VD, corria até o final do mês. Hoje em dia a gente não corre tanto. A gente faz pra não deixar zerado, mas não tem aquela coisa toda de “Ah, eu preciso fazer”(Gestão 1).

A questão da variável agora, na minha opinião, deu uma caída, porque param de pagar os indicadores, o que de certa forma era um estímulo inicial. (Gestão 2).

À época da criação desse benefício na concepção da SMS, convertido aos trabalhadores em retorno financeiro, serviu como incentivo para a melhoria da qualidade do serviço e valorização dos profissionais atuantes na Saúde da Família. Segundo Soranz; Pinto e Penne, (2016, p.1331) trata-se de pagamento por *performance* que faz parte de um “modelo organizacional mais flexível ou pluralismo institucional”, baseado em um “modelo das organizações sociais; gestão para resultados e novas formas de *accountability*”.

Em contrapartida, Kohn (1995) discorda desse apontamento, referindo que as políticas de incentivo não refletem melhoria da qualidade de desempenho dos trabalhadores à longo prazo, apenas garantem uma submissão temporária, uma vez que quando as recompensas acabam os comportamentos anteriores tendem a retornar (KOHN, 1995).

Apesar de não estar mais em vigor essa bonificação revertida aos trabalhadores, permanecem as cobranças e pressões provenientes da gestão (não somente pelo gerente da unidade, mas também pelas instâncias superiores – CAP, OS e nível central). Essa percepção foi apontada por todos os profissionais com exceção de um, ligado à gestão (Gestão 3), por entender que os profissionais de saúde são responsabilizados por suas atribuições. Relaciona-se a manutenção dessas cobranças pelo fato da ameaça do desemprego.

Ele [o gerente] sempre está dando na nossa reunião geral nossos indicadores, todo mês ele faz uma reunião geral em que mostra esses indicadores pra todos nós aqui da unidade. Eu sei que têm que bater os indicadores, não pode ter cadastro incompleto, visitas domiciliares lançadas (ACS 1).

Eu acho que há uma pressão gerencial, (...). De que tem que bater a meta da tuberculose, a meta dos acompanhados

de abandono e de cura, os hipertensos que a equipe não está acompanhando (Gestão 2).

Eu não tenho essa pressão e os meus profissionais também não, eu acho que eles são conscientizados, eles fazem porque eles sabem que tem que fazer, não é porque têm que aparecer aquele número, eles estão conscientes que têm que fazer aquela visita (...) Meus profissionais acreditam no que fazem, não fazem por fazer, não tem essa pressão, tem a conscientização, a sensibilização da importância das metas e dos indicadores (Gestão 3).

Assim como as exigências foram identificadas pelos entrevistados, a pesquisa de Santos (2017) também constatou que os trabalhadores da saúde atuantes em uma equipe de Saúde da Família sofrem pressões no que se refere ao desempenho por metas, o que burocratiza as ações em saúde, por meio de práticas normatizadas. O autor aponta ainda que as necessidades da população não são consideradas, do mesmo modo que não prevê a participação coletiva dos trabalhadores da equipe mínima de maneira igualitária, enfatizando a inferioridade vivenciada pela categoria dos ACS, com intensificação do trabalho a partir da demanda por resultados pela gestão, portanto o trabalhador precisa se esforçar cada vez mais, utilizando seu tempo assim como sua energia.

#### **4.3.3 Estratégias e repercussões**

Diante da imposição do alcance das metas estabelecidas, cada trabalhador desenvolve estratégias individuais ou compartilhadas coletivamente, para alcançá-las, seja no que se refere aos lançamentos no prontuário; ações coletivas nos territórios; ou até mesmo na transmissão de recados aos pacientes, conforme as falas abaixo.

Agora eu estou dividindo o tempo. Hoje eu fui na [maternidade] de manhã e agora à tarde estou atualizando. Estou dividindo, de manhã eu faço uma coisa e a tarde eu faço outra (...). Eu uso [o computador] na administração ou se tiver algum consultório vazio. A gente tem que

buscar outros computadores, só aqueles na sala dos ACSs não dá até porque tem dois quebrados. e tiver consultório ocupado, todos na administração estiverem [também] ai não dá (ACS 2).

É, em caso de visita você pode levar tal papelzinho como informativo, porque se não tiver ninguém em casa você deixa um papelzinho informando que passou. Assim, os feedbacks acontecem, entendeu? Eu tento na medida do possível fazer um acompanhamento dos meus pacientes, sabendo que posso melhorar, mas por exemplo, não só eu mas a minha equipe, poderia fazer pequenos trabalhos específicos. Por exemplo, em dias de reunião de equipe, foi uma sugestão minha, tirar 1h30 para ir no território em grupo (ACS 7).

O preventivo sempre foi muito difícil para as mulheres virem. Todo ano parava para pensar como vamos atrair essas mulheres para clínica, e todo ano a gente vai fazendo uma atividade nova com elas. Vai fazendo convite, no boca a boca, já marcando a consulta: ‘olha, já marquei a consulta para você, eu vi que você tem mais e três anos que não faz o preventivo, está aqui marcadinho’, ‘ah, então eu vou’, e isso vai dando certo Aos poucos a gente está conseguindo alcançar essas mulheres. É uma estratégia que já fizemos. Levar convites informando a ela que ela estava há mais de três anos sem fazer preventivo, que ela podia vir a qualquer dia da semana para marcar o melhor dia para ela. E isso deu um resultado muito bom (ACS 9).

Conforme apontado acima por um dos entrevistados, os computadores disponíveis na unidade apresentam-se como um problema, uma vez que muitos



permanecem em manutenção para consertos. De qualquer forma, as máquinas disponíveis são insuficientes para a grande quantidade de profissionais na unidade que demandam sua utilização para registro das atividades realizadas.

Outro aspecto observado pelos entrevistados que lhes traz problemas para enfrentar o cotidiano na unidade são as dificuldades acarretadas pelos erros gerados pelo prontuário eletrônico e identificadas através dos relatórios gerados pelo sistema, como por exemplo, o sumiço de alguns registros de visitas domiciliares e/ou atendimentos. Nesses casos, os trabalhadores precisam realizar atividades duplicadas, o que gera sobrecarga e o enfrentamento de situações de estresse para os trabalhadores.

Diante de tantos problemas, os trabalhadores desenvolveram estratégias para atingir as metas como a utilização de convites; marcações prévias; atualização dos dados nas abas corretas (como vacinas, por exemplo); remarcações em caso de faltas (no caso de crianças menores de um ano); marcação dos diagnósticos corretos no prontuário eletrônico; preenchimento para lançar os resultados de exames ou até mesmo arquivo fotográfico para posterior registro do exame realizado.

A gente tem também a meta das vacinas e de sempre estar atualizando a caderneta de vacina (...). Eu sempre tento atualizar aquela aba [da vacina]. Agora a técnica de enfermagem está me ajudando bastante nisso, é uma das metas que a gente tem conseguido bater. A criança veio na consulta comigo, às vezes eu não tive tempo de lançar. Mas a técnica entra no [prontuário eletrônico] e lê que escrevi: “Vacinas em dia”, ela atualiza. Isso aí é uma estratégia que eu criei com ela pra auxiliar tanto a mim, quanto às médicas porque elas lançam também (...) Crianças com dois anos eu tenho uma baixa adesão às consultas de puericultura. Eu marco, remarco, vem na demanda, faço a consulta. Uma estratégia também que eu criei foi essa (Enfermeira 1).

Mesmo com muita pressa tento lançar os exames, nem que eu fotografe no celular, guarde e depois lance. Pelo menos a essa parte do exame eu dou muita importância para

poder fazer. E também marcar que o paciente é diabético, hipertenso, na aba correta. Isso eu tento fazer no dia. Colocar o peso na aba certa também. Porque é só clicar e colocar, não é uma coisa que demande muito tempo. Se a criança veio, às vezes não vou precisar do peso da criança, mas peço pra pesar. Só pra poder colocar o peso. E em relação à vacina também. Tipo assim, se eu tenho um pouquinho mais de tempo, pergunto “trouxe o cartão de vacina?” e já vejo se a vacina está lá lançada. Principalmente as crianças maiores que vêm menos. Eu deixo, porque essas acima de 6, 7 anos, quase não vêm. Pego e lanço. Essa daí é mais difícil de ficar ruim, porque ela não tem mais vacina. Só vai ter vacina com 11 anos. Então fica mais completa (Gestão 1).

Apesar da capacidade dos trabalhadores em construírem essas estratégias durante o processo de trabalho, compreende-se que toda essa cobrança pode causar desgaste, comprometendo sua saúde. De acordo com Santos (2017), baseado no conceito de penosidades de Linhart (2007), o trabalho

“sempre foi permeado por uma mobilidade cognitiva e subjetiva do trabalhador, e que sempre ocorreram desacordos, restrições e dificuldades impostas aos indivíduos tornando a vivência do trabalho não apenas como algo sentido e vivenciado coletivamente, mas como algo singular para cada sujeito.” (SANTOS, 2017, p.76, apud LINHART, 2011).

A temática das penosidades vem sendo associada ao sofrimento do trabalhador, ao mal-estar e ao aparecimento de doenças psíquicas. A modernização do trabalho contribuiu para o estabelecimento de práticas de gestão do mundo empresarial no setor público, conformando trabalhadores “obedientes” e adaptáveis às atuais circunstâncias do capitalismo. Esse contexto é marcado pela precarização não só das condições objetivas de trabalho, mas também pela precarização subjetiva “que se opera por meio de uma fragilização de sua [dos trabalhadores] subjetividade e que faz parte das

intenções gerenciais” (LINHART, 2011, p.158), frequentemente acabando os trabalhadores por desenvolverem sentimentos de confusão, injustiça, impotência e isolamento. Diante das dificuldades que não conseguem dominar, muitos acabam por não conseguirem desempenhar seu ofício.

Essa mesma autora destaca que as penosidades não são novas no mundo do trabalho.

As penosidades sempre fizeram parte do mundo do trabalho, pois este se caracteriza pelas restrições que ele impõe aos indivíduos e necessariamente constitui veículo de desacordos, dificuldades que ressoam em todas as dimensões da existência. Mas, bem contemporaneamente, a temática das penosidades tomou força e entra em ressonância com o tema onipresente do sofrimento no trabalho. O trabalho tende a ser associado à idéia de mal-estar e de uma possibilidade tão presente de dano psicológico que pode até conduzir ao suicídio, ou pelo menos à depressão. Os indivíduos que conhecemos durante a pesquisa designam como penosidades as dificuldades com as quais não conseguem lidar ou que não conseguem dominar, que surgem como estranhas à sua profissão, que encontram origem em lógicas profissionais diferentes das que os motivam, que se inscrevem em outro registro de valores, que não lhes parecem equitativamente divididas e às quais esses indivíduos não conseguem mais atribuir um sentido. São penosidades, porque lhes parecem injustificadas, quer elas firam sua identidade profissional ou sua autoimagem, quer sejam vividas como um não reconhecimento da suas necessidades de fazer um trabalho de qualidade, verdadeiramente profissional (LINHART, 2011, p.150).

Nesse sentido, o conceito de penosidades também reforçado por outros autores como Metzger (2011) vem ganhando destaque por justamente interferir nos equilíbrios psíquicos e físicos em grande parcela dos trabalhadores, trazendo problemas musculoesqueléticos, associados ou não ao estresse, doenças ocupacionais e até mesmo o *burnout* - ocasionado pelo aumento da fadiga assim como do esgotamento

profissional. Esse quadro pode ser agravado pelos seguintes aspectos: alterações do sono; surgimento de transtornos mentais; distúrbios do comportamento; consumo excessivo de álcool e/ou outras drogas; e, e em casos mais extremos situações que remetem ao suicídio. Esse autor sugere a aceleração da necessidade de proposição de outras possibilidades no que se refere à organização do processo de trabalho (METZGER, 2011).

Durante este estudo, observou-se que as penosidades são encontradas na realidade da clínica estudada; Dentre elas destacam-se situações de estresse físico e psicológico provocadas pela grande demanda e sobrecarga de de trabalho; por situações que causam estresse entre colegas e com gestores, etc.; competição entre as equipes; a violência cotidiana que afeta sobretudo as áreas mais pobres do município e conseqüentemente o próprio funcionamento das unidades de saúde; percepção de que a avaliação por metas quantitativas pode prejudicar a qualidade dos serviços prestados à população adscrita.

Aqui na equipe [a comunidade] eu trabalho em um território muito perigoso, muito instável, constantemente modificado devido à violência. Volta e meia a gente precisa interromper as atividades devido o território ser assim. (ACS 6).

Hoje em dia a gente está muito sobrecarregado. Acho que todo mundo. Médico, enfermeiro, agente de saúde, é muita cobrança. Então tem muita coisa (...) Quando você faz uma coisa porque você quer, por amor, é diferente. Do que aquela cobrança de “tem que fazer, tem que participar, problema.” Aí já é mais difícil (ACS 11).

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF é trazido na fala de um dos entrevistados como potencial apoio para o enfrentamento dessas situações, exemplificado através do grupo de saúde voltado para os trabalhadores da Clínica da Família, o “Cuidando do Cuidador”, em que são propostas atividades de relaxamento e reflexão sobre o processo de trabalho na unidade.

Eu acho que, por exemplo, o NASF poderia apoiar os profissionais da clínica pra melhorar a qualidade de vida! Quando você melhora a qualidade de vida dos profissionais, você acaba melhorando inclusive o trabalho do profissional. (...) mas eu acho que um trabalho focado no funcionário, eu (...) e com isso o trabalho fluiria melhor, entendeu, pra bater as metas (ACS 2).

É de se notar que a sobrecarga de trabalho foi identificada principalmente nas falas dos ACS. Fato visto através de pedidos de demissões, faltas justificadas – sob atestados médicos, faltas sem justificativa e até mesmo o adoecimento de alguns trabalhadores, principalmente por doenças relacionadas a saúde mental. Alguns autores, dentre eles Morosini e Fonseca (2018) abordam que esses trabalhadores sofrem com os desvios de função, enfatizando desse modo a desvalorização do aspecto educativo do trabalho do ACS, relacionando suas atividades a ações que exijam pouca qualificação (MOROSINI e Fonseca, 2018). No cotidiano do trabalho na clínica pesquisada, destacam-se as seguintes funções do ACS: Posso Ajudar (em que o ACS é responsável por orientar os usuários e retirar dúvidas); Acolhimento (funciona como uma espécie de recepção); escreva durante as Campanhas de Vacinação; entrega dos Sisreg; entrega e lançamentos de kits odontológicos às famílias vulneráveis; desmarcações nas agendas da equipe técnica; atendimento ao telefone; as visitas domiciliares; dentre outras.

A utilização de inovações tecnológicas vêm se constituindo em importantes estratégias para dar conta das pesadas demandas do dia a dia, vez que utilizam aplicativos de comunicação (whatsapp), ligações telefônicas, redes sociais (facebook) e a internet, conforme as falas selecionadas a seguir.

Eu faço muita visita, uso whatsapp também pra dar atenção para o pessoal. Também não é o ideal, mas pelo menos estou com um contato, estou assistindo as pessoas. Acho que tudo que tem a veia tecnológica bem usada é muito bom pra população, porque muitas vezes a pessoa não está em casa, trabalha, bem diferente do horário que eu trabalho. Como tenho contato? Por telefone. Quer dizer whatsapp. Todo mundo que trabalha deixa os números de

trabalho e ele entra em contato comigo. Os que eu acho em casa não precisa, mas tem meu número também (ACS 2).

Quando eu não consigo encontrar em casa, ligo. Busco o telefone dela no sistema, às vezes até no sistema SUS, no CADSUS. Quando não consigo, vou até a casa e tento deixar o recado com alguém. É bem discreto, é claro, para procurar nossa equipe, para me ligar ou mandar uma mensagem. Uso bastante a internet também. É uma ferramenta (ACS 6).

Da maioria eu tenho o telefone. Eu ligo ou pra alguém da família e consigo avisar (ACS 11).

Durante a pesquisa de campo, os trabalhadores da saúde vivenciaram grande instabilidade no período de greve (novembro a dezembro de 2017). O movimento foi interpretado de maneira negativa pela população, onde a maioria considerou injusto o não atendimento dos usuários, sem considerar que a paralização estava relacionada, sobretudo ao quadro de desmonte do SUS, à terceirização da saúde, à precarização das condições de trabalho, à falta de medicamentos básicos, à violência urbana que acarretam aos trabalhadores, usuários e gestores grandes dificuldades, abordadas ao menos em parte, nas páginas anteriores.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A criação do Sistema Único de Saúde - SUS em 1988 se constitui em uma tentativa de dar respostas à sociedade no que tange o direito à saúde, processo no qual foi de importância fundamental a luta pela Reforma Sanitária no contexto da redemocratização do país. De fato, a ESF no município do Rio de Janeiro passou por um processo expressivo de ampliação da cobertura, especialmente a partir de 2011. Porém, a contradição entre ganho por produtividade e a produção do cuidado, associado com os interesses do setor privado em prol do lucro, compromete o processo histórico de construção do SUS.

A Estratégia de Saúde da Família – ESF implantada como modelo atenção à saúde através das Clínicas da Família no Rio de Janeiro passou por um processo expressivo de ampliação da cobertura, especialmente a partir de 2009 2011. Dentre os arranjos institucionais, o município optou pela adoção do modelo de gestão terceirizado pelas Organizações Sociais - OS, permitindo assim um maior acesso à saúde ao expandir quantitativamente as Clínicas da Família em todas as Áreas Programáticas. Em contrapartida, uma crítica a este panorama consiste na sustentabilidade desse modelo a longo prazo. A contradição entre ganho por produtividade baseado nas cobranças, através da imposição quanto ao cumprimento das metas e a produção do cuidado, considerando ainda os interesses do setor privado em prol do lucro, compromete o processo histórico de construção do Sistema Único de Saúde – SUS, assim como a consolidação dos princípios da Reforma Sanitária Brasileira, impactando diretamente nas necessidades da população no que se refere à assistência a saúde, com vistas à garantia da cobertura universal e equitativa dos serviços.

O presente estudo demonstrou que atualmente, o cenário da saúde pública no país é permeado pela precarização do trabalho, por formas flexíveis de contratação dos trabalhadores; cobranças exacerbadas; exigências de polivalência, situações de estresse; inseguranças dos trabalhadores e constante medo de demissões.

Conforme discutido no Capítulo 4, a escolha da realização de entrevistas com duas equipes da ESF teve por intuito perceber diversidades e similaridades no que diz respeito às percepções sobre o processo e a organização do trabalho, justamente por conta da autonomia de cada equipe. Contudo, nessa comparação não foram constatadas diferenças significativas nas falas dos entrevistados. Porém, em contrapartida, a opção

de inclusão dos atores ligados a gestão possibilitou agregar novos elementos para a discussão, diversificando as abordagens sobre a temática pesquisada.

Para tanto, a análise das entrevistas foi organizada através da eleição de três grandes categorias: Organização do trabalho; Contrato de Gestão e Estratégias e repercussões para os trabalhadores. Após essa etapa, as categorias foram desdobradas em subcategorias, conforme já apresentadas também no Capítulo 4.

Conforme se procurou deixar claro, na unidade de saúde pesquisada reproduz-se a organização e a gestão do trabalho que caracteriza o capitalismo contemporâneo. Os trabalhadores desempenham suas atividades sob a lógica da produtividade característica do setor privado, seguindo normas prescritas, mesmo sem os meios para atender adequadamente os usuários. Na verdade, ao que parece, nas duas equipes analisadas à qualidade dos serviços prestados sobrepõe-se a imposição de atingir as metas prescritas.

Com isso, acaba-se por exigir deles o desenvolvimento de formas criativas e inovadoras para cumprir as metas, tanto individuais ou coletivas, o que redundava em grande parte das vezes em graves consequências objetivas e subjetivas para a saúde dos trabalhadores, uma vez que a polivalência e a sobrecarga de trabalho influencia diretamente no adoecimento desses atores, especialmente relacionados a fatores emocionais e psicológicos. É de se notar que mesmo os espaços de discussão entre os trabalhadores e a gestão como as reuniões gerais, técnicas e aquelas específicas dos trabalhadores acabam por funcionar como instâncias de controle, ratificando a perspectiva da produtividade do trabalho.

Contudo, no que tange ao cumprimento das metas, os trabalhadores enfrentam como problemas vivenciados no cotidiano a alta demanda de trabalho; institucionalização dos espaços de reuniões (gerais, técnicas e de categorias profissionais) como potenciais de discussões; dificuldade de formação dos trabalhadores no âmbito do SUS; potencialidade da Comissão de Prontuários (conforme apontado no Capítulo 4); falta de supervisão da Coordenadoria de Área Programática - CAP em relação a OS é solicitada a fiscalização do nível central quanto ao abastecimento e qualidade do material.

A pesquisa permitiu perceber a centralidade do papel da categoria profissional do (a) enfermeiro (a) na organização do trabalho da unidade, já que este trabalhador ocupa historicamente um cargo de liderança e por constituir-se como chefia imediata dos Agentes Comunitários de Saúde – ACS e do (a) técnico (a) de enfermagem. Em



contraposição, identificou-se grande afastamento dos técnicos de enfermagem do cotidiano das equipes, visto que na divisão do trabalho, permanecem escalados para as salas de procedimentos, o que sugere a necessidade de mais estudos visando a repercussão desse fato no trabalho em equipe.

Outro aspecto que vale a pena destacar é positividade com que é encarado pelos entrevistados o pagamento por o pagamento por *performance* relacionado a uma boa avaliação por desempenho. Porém, outros dois processos avaliativos o *Accountability* e o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade – PMAQ foram encarados como momentos de grande tensão para os trabalhadores. Trata-se de processos periódicos, o que permite os profissionais sejam “treinados” para que o desempenho ocorra da forma esperada. Note-se que, conforme já explicitado, trata-se de um momento vivenciado por muito estresse e sobrecarga por boa parte dos trabalhadores.

Com base nas informações obtidas através da observação e das entrevistas, fica evidenciado que os trabalhadores não apresentam domínio de fato do Contrato de Gestão, instrumento que direciona a organização e o processo de trabalho das equipes de Saúde da Família na Atenção Básica do município do Rio de Janeiro. É de salientar que de acordo com o nível de escolaridade exigido para o cargo que ocupam, o conhecimento dos trabalhadores sobre este instrumento aumenta, mas ainda assim, deduz-se que essa compreensão permanece superficial. Nesse sentido, as metas principais que foram trazidas pelos entrevistados referem-se ao acompanhamento das linhas de cuidado - hipertensos, diabéticos, gestantes e tuberculose e os ciclos de vida - crianças e mulheres em idade fértil.

Atualmente, encontra-se em curso na AP estudada a implementação do novo prontuário para a Atenção Básica do município (tanto em unidades tipo A, quanto nas mistas), o E-Sus. Na clínica pesquisada, esse processo teve início em maio de 2018, estando em fase de adaptação e uso concomitante dos dois sistemas, o prontuário eletrônico e o prontuário de base nacional. Desafios estão sendo percebidos, destacando-se como um dos principais a migração das informações administrativas e clínicas dos usuários do prontuário eletrônico para o sistema nacional. Outra dificuldade, ainda em estudo pelo nível central em parceria com a CAP é a geração de relatórios com base nos indicadores de saúde dispostos no Contrato de Gestão. Logo, é possível avaliar que as cobranças em relação às metas deverão ser revistas pela gestão com vistas à adequação a essa nova ferramenta.

Um ponto fundamental nesse processo é que os trabalhadores não participam da negociação das metas. Um exemplo disso é a possibilidade de repactuação das metas durante a Comissão Técnica de Avaliação, conforme apontado por apenas um dos entrevistados (Gestor 3). Contudo, esse espaço não prevê a participação dos trabalhadores, sendo composta apenas por membros da esfera municipal (nível central).

Os indicadores são produzidos pela gestão municipal, cabendo aos trabalhadores apenas executar suas atribuições com objetivo de alcançar as metas, deduzindo desse modo que há imposição destas pela gestão. Essa prática não é encontrada somente no Rio de Janeiro. Ditterich e colaboradores (2015) ratificam a verticalização das metas no município de Curitiba e ainda enfatizam não participação dos trabalhadores no processo. Outros autores abordam essa temática da mesma forma como Freitas e Escoval (2010) ressaltando que a criação de espaços que prevejam a participação dos cidadãos é essencial para a garantia da transparência nos processos de gestão para que sejam atores fundamentais nesse contexto. Nesse sentido, conclui-se que a qualidade dos serviços de saúde permanece comprometida, ao desconsiderar as partes envolvidas diretamente com o cuidado, os profissionais de saúde e os usuários e se sugere o fomento de maior protagonismo na tomada de decisões, com o objetivo de tornar a gestão mais coletiva e participativa.

Ao retomar as questões propostas na fase inicial da pesquisa a respeito do conhecimento do Contrato de Gestão, identificou-se que os trabalhadores apresentam noções superficiais sobre o documento, além de compreenderem as metas como inerentes ao processo de trabalho, mas em uma perspectiva que não deixa de apontar para o fato de que elas podem prejudicar a prestação adequada de serviços aos usuários.

Cabe destacar, enfim, que este estudo visa colaborar com a temática da verticalização das metas, assim para o enfrentamento desse modelo de gestão da atenção à saúde e suas implicações sobre os trabalhadores e as práticas de cuidado.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, G. **Trabalho e subjetividade: o espírito do toyotismo na era do capitalismo manipulatório**. 1. ed. São Paulo: Boitempo, 2011.164 p.

ALVES, W. F. **Crítica à razão gestonária na educação: o ponto de vista do trabalho**. Rev. Bras. Educ., v. 19, n. 56, 2014.

AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. 4ª Edição Revista e Ampliada. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 2013.

BAPTISTA, T. W. F. História das políticas de saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde. In: MATTA, Gustavo C. MOURA, Ana L.(org.) **Políticas de Saúde: a organização e a operacionalização do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007, p.29-60.

ANEXO TÉCNICO I: INFORMAÇÕES SOBRE TODAS AS ÁREAS DE PLANEJAMENTO COORDENAÇÃO OPERACIONAL DE ATENDIMENTO EM EMERGÊNCIAS (EMERGÊNCIA PRESENTE).  
<http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/1529762/DLFE-220205.pdf/1.0>

ANDRÉ, M. A. **A efetividade dos contratos de gestão na Reforma do Estado**. Revista de Administração de Empresas, v. 39, n. 3, Jul./Set. 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rae/v39n3/v39n3a05.pdf>> Acesso em: 21/11/2016.

ANDREAZZI, M. F. S.; BRAVO, M. I. S. **Privatização da gestão e organizações sociais na atenção à saúde**. Trabalho Educação e Saúde [online], v.12, n.3, p.499-518, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v12n3/1981-7746-tes-12-03-00499.pdf>. Acesso em: 12/05/2017.

ANTUNES, Edite et al. **Contratualização em saúde: efectividade do sistema de incentivos**. In: CONGRESSO NACIONAL DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA, 8. Anais... Lisboa: Instituto Nacional de Administração, 21 e 22 de novembro de 2011. p. 191-217. Disponível em: <[http://repap.ina.pt/bitstream/10782/5821/Contratualizacao%20em%20saude%20\\_%20efectividade.pdf](http://repap.ina.pt/bitstream/10782/5821/Contratualizacao%20em%20saude%20_%20efectividade.pdf)>. Acesso em: 09/04/2018.

ANTUNES, R.; DRUCK, G. A epidemia da terceirização. Em ANTUNES, Ricardo (org.). **Riqueza e Miséria do Trabalho no Brasil III**. São Paulo, Boitempo Editorial, 2014, p.13-24.

ARAÚJO, M. A. D. **Responsabilização pelo controle de resultados no Sistema Único de Saúde no Brasil**. Revista Panamericana de la Salud Pública, Washington, v. 27, n. 3, p. 230-236, 2010.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA, 2009.

BERTOLOZZI, M.; GRECO, R. **As Políticas de Saúde no Brasil: Reconstrução Histórica e Perspectivas Atuais**, São Paulo, v.30, n. 3, dezembro, 1996. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em 18 de dezembro de 2016.

BODSTEIN, R. **Atenção básica na agenda da saúde**. Ciência & Saúde Coletiva, 7(3): 401-412, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v7n3/13021.pdf>>. Acesso em: 01/10/2016

BOITO JR, A.. **As bases políticas do neodesenvolvimentismo**. Fórum Econômico da Fundação Getúlio Vargas. São Paulo, 2012. Disponível em: <<https://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/16866/Painel%203%20-%20Novo%20Desenv%20BR%20-%20Boito%20-%20Bases%20Pol%20Neodesenv%20-%20PAPER.pdf>>. Acesso em: 19/05/2018.

BRASIL. **Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde**. Relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 1986. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0116conf\\_rh.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0116conf_rh.pdf). Acesso em: 15/04/2018.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, 1988

BRASIL. **Lei 8080 /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, 1990. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>>. Acesso em: 27/01/2018.

BRASIL. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. **Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado**. Brasília - Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado, 1995. Disponível em: <<http://www.bresserpereira.org.br/documents/mare/planodiretor/planodiretor.pdf>>. Acesso em 03/02/2018.

BRASIL. **SUS: política de recursos humanos para a saúde – agenda de prioridades para a ação dos gestores do SUS**. Relatório final. Brasília: Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS, Ministério da Saúde, 1995.

BRASIL. Coordenação geral de desenvolvimento de recursos humanos para o SUS. **Agenda de prioridades para a política de recursos humanos na gestão do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL. **Lei**. Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/lcp/lcp101.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp101.htm)>. Acesso em: 15/05/2018.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária e Promoção da Saúde / **Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. – Brasília: CONASS, 2007. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colec\\_progestores\\_livro8.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colec_progestores_livro8.pdf)>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial [da] União, Brasília, DF, 31 dez. 2010, Seção 1, p. 88, 2010.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2011. 120 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 9).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p.: il. – (Série E. Legislação em Saúde). Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 02/05/2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 116 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 39) Conteúdo: V.I – Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo\\_apoio\\_saude\\_familia\\_cab39.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo_apoio_saude_familia_cab39.pdf)>. Acesso em: 12/04/2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica. **Manual instrutivo para as equipes de Atenção Básica e NASF**. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) – Terceiro ciclo – (2015-2017), 2017. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/Manual\\_Instrutivo\\_3\\_Ciclo\\_PMAQ.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/Manual_Instrutivo_3_Ciclo_PMAQ.pdf)>. Acesso em: 04/05/2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <<http://www.foa.unesp.br/home/pos/ppgops/portaria-n-2436.pdf>>. Acesso em: 21/05/2018.

BRASIL. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. **Histórico de Implantação das Equipes**. Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico\\_pagamento\\_sf.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_pagamento_sf.php)>. Acesso em: 11/04/2018.

BRASIL. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. **Cobertura da Atenção Básica**. Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>>. Acesso em: 11/04/2018.

BRAVO, M. I. S. “A Política de Saúde no Brasil: trajetória histórica”. In: **Capacitação para Conselheiros de Saúde** - textos de apoio. Rio de Janeiro: UERJ/DEPEXT/NAPE, Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional, 2001.

BRANDÃO, C. R. **Reflexões sobre como fazer trabalho de campo**. Sociedade e cultura, Goiânia, v. 10, n 1, p.11-27,2007.

BRAVO, M. I. S. **Serviço social e reforma sanitária: lutas sociais e práticas profissionais**. São Paulo: Ed. Cortez, 4ª edição, 2011.

BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos. **A reforma administrativa do setor saúde**. Brasília: Ministério da Administração e Reforma do Estado, 1998.

CARNEIRO JÚNIOR, N.; ELIAS, P. E. **A reforma do Estado no Brasil: as organizações sociais de saúde**. Rio de Janeiro, FGV, Revista Brasileira de Administração Pública, v. 37, no. 2, 2003.

CARNEIRO, C. C. G.; MARTINS, M. I. C. **Novos modelos de gestão do trabalho no setor público de saúde e o trabalho do Agente Comunitário de Saúde**. Revista Trabalho Educação e Saúde, Rio de Janeiro, v. 13 n. 1, p. 45-65, jan./abr. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tes/v13n1/1981-7746-tes-1981-7746-sip00029.pdf>>. Acesso em: 23/03/2018.

CARNUT, L.; MASSERAN, J. A. M. **O desempenho no Decreto 7.508/2011 e o direito ao acesso aos serviços de saúde: caminhos para uma interpretação pós-positivista** Cad. Ibero-Amer. Dir. Sanit., Brasília, 5(4):123-144, out./dez, 2016. Disponível em: <http://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/318> Acesso em: 08/01/2018.

CARVALHO, L., V. de; BRIDI, M., A.. **Terceirização e desigualdade: a terceirização e seus efeitos sobre os trabalhadores Curitiba**. XIV Encontro Nacional da ABET – 2015 – Campinas GT 5: Reconfigurações do Trabalho, 2015. Disponível em: <[http://www.bancax.org.br/br/admin/noticias/arquivos/5be45325eb3947d508e7b2cb2c37069f1601\\_arqui.pdf](http://www.bancax.org.br/br/admin/noticias/arquivos/5be45325eb3947d508e7b2cb2c37069f1601_arqui.pdf)>. Acesso em 18/05/018.

CASTRO, R. O. **Considerações sobre as relações de trabalho no Capitalismo Atual**. Rio de Janeiro, EPSJV, FIOCRUZ, 2016.

CAZELI C., M.. **Avaliação da Implementação do Programa de Saúde da Família no Município do Rio de Janeiro**. Dissertação. (Mestrado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca 2003, 173 p. Disponível em: <<https://thesis.icict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/pdf/cazellicmm.pdf>>. Acesso em: 03/02/2018.

CISCATI, R. **O governo quer mudar a atenção básica à saúde. Quais os efeitos? 2017**. Disponível em: <<http://epoca.globo.com/saude/check-up/noticia/2017/08/o-governo-quer-mudar-atencao-basica-saude-quais-os-efeitos.html>>. Acesso em: 14/08/2017.

COSTA, M. R. A luta pela Reforma Sanitária: direitos em saúde. In: ANTUNES, Marta; ATHIAS, Renato; ROMANO, Jorge O. (orgs). **Olhar crítico sobre participação e cidadania: trajetórias de organização e luta pela democratização da governança no Brasil**. São Paulo. Expressão Popular, 2007.

COSTA E SILVA, V.; ESCOVAL, A.; HORTALE, V. A.. **Contratualização na Atenção Primária à Saúde: a experiência de Portugal e Brasil**. Ciência e Saúde Coletiva [online]. 2014, vol.19, n.8, pp.3593-3604. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232014000803593&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232014000803593&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 09/02/2018.

CHINELLI F. **Trabalhadores ou “colaboradores”?** Um estudo sobre as transformações no treinamento para o trabalho. Tese de doutorado em Educação. Programa de Pós-Graduação em Educação. Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2008, 308p.

CHINELLI, F.; LACERDA, A.; VIEIRA, M. A Reconfiguração gerencial do Estado brasileiro e os trabalhadores da saúde nos anos 1990. In: VIEIRA, Monica, DURÃO, Anna V. e LOPES, Marcia R. (org.) **Para Além da Comunidade: trabalho e qualificação dos agentes comunitários de saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2011, p. 33-78.



DITTERICH, R. G., ZERMIANI, T. C., MOYSÉS, S. T., MOYSÉS, S.J.. **A contratualização como ferramenta da gestão na Atenção Primária à Saúde na percepção dos profissionais da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, Brasil.** Revista Saúde Debate | Rio de Janeiro, v. 39, n. especial, p. 207-220, dez 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39nspe/0103-1104-sdeb-39-spe-00207.pdf>>. Acesso em: 22/02/2018.

FAGNANI, E. **Desenvolvimento e Cidadania: além da agenda endógena do SUS.** In: COSTA, Laís Silveira; BAHIA, Ligia; GADELHA, Carlos A. (orgs). Saúde, desenvolvimento e inovação. Rio de Janeiro. CEPESC. IMS. UERJ. FIOCRUZ, 2015.

FAUSTO, M. C. R.; MATTA, G. C. 2007. **Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas.** In: MOROSINI, M. V.; CORBO, A. (orgs.). Modelos de Atenção e a Saúde da Família. Rio de Janeiro, EPSJV/Fiocruz, p. 43-67. (Coleção Educação Profissional e Docência em Saúde: a Formação e o Trabalho do Agente Comunitário de Saúde).

FONSECA, A. F. O território e o processo saúde-doença. In: **Problemas, Necessidades e Situações de Saúde: uma revisão de abordagens para a reflexão e ação da equipe de saúde da família**, p. 159-176. (Coleção Educação Profissional e Docência em saúde: a formação e o trabalho do Agente Comunitário de Saúde). Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

FONSECA, A. F. **O trabalho do agente comunitário de saúde: implicações da avaliação e da supervisão na educação em saúde.** 2013. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. 2013, 233p.

FONSECA, Angélica F; MENDONÇA, Maria Helena M.. **Avaliação e políticas públicas de saúde: reflexões a partir da atenção básica.** In: Guizardi, F; Nespoli, G; Cunha, M. L.; Machado, F.; Lopes M.. (Org). Políticas de Participação e Saúde. 1ª Ed. Recife: Editora Universitária – UFPE, 2014, v, p.197-224.

FREITAS, P.; ESCOVAL, A. **A transparência na contratualização em saúde e o papel dos cidadãos.** Revista Portuguesa de Saúde Pública, n. 9, p. 129-139, 2010.

FREITAS, L. C. **Os reformadores empresariais da Educação: da desmoralização da Magistério à destruição do sistema público de educação.** Educação & Sociedade, Campinas, v. 33, n. 119, p. 379-404, abr.-jun. 2012. Disponível : <<http://www.scielo.br/pdf/es/v33n119/a04v33n119.pdf>>. Acesso em 29/04/2018.

GAULEJAC, V. de. **Gestão como doença social: ideologia, poder gerencialista e fragmentação social.** Tradução de Ivo Storniolo. Aparecida, São Paulo: Ideias e Letras, 2007. (Coleção Management, 4).

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, L. et al **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014, p. 493-545.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M.; ALMEIDA, P. F. de; ESCOREL, S. SENNA, M. C. M., FAUSTO, M. C. R.; DELGADO, M. M. ANDRADE, C. L.T de; CUNHA, M. S. da; MARTINS, M. I. C.; TEIXEIRA, C. P.. **Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil.** Ciência e saúde coletiva 2009, vol.14, n.3, pp.783-794. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232009000300014&script=sci\\_abstract&tlng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232009000300014&script=sci_abstract&tlng=es)>. Acesso em: 26/04/2018

GOIS, J. C.. **A precarização e a flexibilização da gestão do trabalho nos serviços a partir da reestruturação produtiva do capital.** VI Jornada Internacional de Políticas Públicas. O desenvolvimento da crise capitalista e a atualização das lutas contra a exploração, a dominação e a humilhação, 2013.

GONZÁLEZ, A., D.; ALMEIDA, M., J.. **Movimentos de mudança na formação em saúde: da medicina comunitária às diretrizes curriculares.** Physis, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 551-570, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v20n2/a12v20n2.pdf>>. Acesso em: 03/05/2018.

HARVEY, D. **Condição Pós-moderna.** São Paulo: Loyola, 1992, p. 135-162.

HARVEY, D. **O neoliberalismo: história e implicações.** Ed. Loyola. São Paulo. 2008.

HARZHEIM, E. (Org.). **Reforma da Atenção Primária à Saúde na cidade do Rio de Janeiro – avaliação dos primeiros três anos de Clínicas da Família**. Porto Alegre: OPAS, 2013. 84 p.

LANCETTI, A.; AMARANTE, P. **Saúde mental e saúde coletiva**. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. *Tratado de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

LIMA, T. C. S.; MIOTO, R. C. T. **Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica**. *Revista Katál Florianópolis* v. 10 n. esp. p. 37-45, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rk/v10nspe/a0410spe> Acesso em: 14/11/2016.

LIMA, J. O Banco Mundial, a Organização Mundial de Saúde e o “novo universalismo” ou a “cobertura universal em saúde”. In: PEREIRA, J.M.M. *et al.* **A demolição dos direitos: um exame das políticas do Banco Mundial para a educação e a saúde (1980-2013)**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2014, p. 233.253.

LIMA, Sheyla Maria Lemos; RIVERA, Francisco Javier Uribe. **A contratualização nos Hospitais de Ensino do Sistema Único de Saúde brasileiro**. *Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v.17, n.9, p.2507-2521, 2012. Acesso em: 04/08/2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n9/a31v17n9.pdf>>.

LINHART, D. **A desmedida do capital**. Tradução de Wanda Caldeira Brant. São Paulo: Boitempo, 2007. 248 p.

LINHART, D.. Entrevista: Danièle Linhart. **Trab. educ. saúde (Online)**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p.149-160, Junho, 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1981-77462011000100011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462011000100011&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 13/05/2018.

KOHN, A.. **Por que os planos de incentivo não funcionam**. *RAE - Revista de Administração de Empresas São Paulo*, v. 35, n. 6, p. 12-19 Nov./Dez. 1995.

MAGNAGO, C. C.; PIERANTONI, R. **Dificuldades e estratégias de enfrentamento referentes à gestão do trabalho na Estratégia Saúde da Família, na perspectiva dos gestores locais: a experiência dos municípios do Rio de Janeiro (RJ) e Duque de Caxias (RJ)**. *Revista SAÚDE DEBATE*, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 9-17, JAN-

MAR2015. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042015000100009&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042015000100009&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 25/02/2018.

MATTOS, R. A. **As agências internacionais e as políticas de saúde nos anos 90: um panorama geral da oferta de idéias.** *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 377-389, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v6n2/7009.pdf>>. Acesso em: 12/11/2016.

MARTINS, M. I. C.. **A transição tecnológica na saúde: desafios para a gestão do trabalho.** *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 2 n. 2, p. 287-310, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tes/v2n2/05.pdf>>. Acesso em: 04/05/2018.

MARTINS; M. I. C.; MOLINARO, A.. **Reestruturação produtiva e seu impacto nas relações de trabalho nos serviços públicos de saúde no Brasil.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(6):1667-1676, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n6/18.pdf>>. Acesso em: 16/04/2018.

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

MENDONÇA, M. H. M.; MARTINS, M. I. C.; GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S. **Desafios para gestão do trabalho a partir de experiências exitosas de expansão da Estratégia de Saúde da Família.** *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 15, n. 5, pp. 2355-2365, 2010. Disponível em: <<http://www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/sites/default/files/arquivos/DesafiosGest%C3%A3o.pdf>>. Acesso em: 28/03/2018.

MERHY, E.. **O Ato de cuidar é um ato paradoxal: pode aprisionar ou liberar.** 2004. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-09.pdf>>. Acesso em 18/04/2018.

METZGER, J., L.. **Mudança permanente: fonte de penosidade no trabalho?** *Rev. bras. saúde ocup.*, São Paulo, v. 36, n. 123, p. 12-24, Junho 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0303-76572011000100003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572011000100003&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 25/04/2018.

MONS, N. Effetsthéoriques et réelsdes politiques d'évaluationstandardisée. **Revista Francesa de Pedagogia**, Paris, n. 169, v. 1, p. 99-140, out.-dez. 2009.

MOROSINI, M. V. G.C. **Educação e trabalho em disputa no SUS: a política de formação dos agentes comunitários de saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2010.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8. ed. São Paulo: HUCITEC, 2004.

MOROSINI, M. V.; CORBO, A. D.; GUIMARÃES, C. C. **O agente comunitário de saúde no âmbito das políticas voltadas para a atenção básica: concepções do trabalho e da formação profissional**. Trab. educ. saúde [online]. 2007, vol.5, n.2, pp.287-310. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S198177462007000200005&script=sci\\_abstract&tlng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S198177462007000200005&script=sci_abstract&tlng=es)>. Acesso em: 18/04/2018.

MOROSINI, M. V.; FONSECA, A. F.. **Revisão da Política de Atenção Básica**. Revista Trabalho, Educação e Saúde. EPSJV/Fiocruz, 2017. No prelo.

NOGUEIRA, R., P.. **Problemas de gestão e regulação do trabalho no SUS**. Observatório. Universidade Nacional de Brasília. Disponível em: <[http://www.observarh.org.br/observarh/repertorio/Repertorio\\_ObservaRH/NESP-UnB/Problemas\\_gestao\\_regulacao.pdf](http://www.observarh.org.br/observarh/repertorio/Repertorio_ObservaRH/NESP-UnB/Problemas_gestao_regulacao.pdf)>. Acesso em: 01/05/2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Sumário Executivo. In: \_\_\_\_\_. **Relatório Mundial da Saúde. Cuidados de Saúde Primários: Agora mais do que nunca**. Genebra: OMS, 2008. Disponível em: <[http://www.who.int/eportuguese/publications/whr08\\_pr.pdf?ua=1](http://www.who.int/eportuguese/publications/whr08_pr.pdf?ua=1)>. Acesso em: 09/04/2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Sumário Executivo. In: \_\_\_\_\_. **Relatório Mundial da Saúde. Financiamento dos Sistemas de Saúde: O caminho para a cobertura universal**. Genebra: OMS, 2010. Disponível em: <[http://www.who.int/whr/2010/whr10\\_pt.pdf](http://www.who.int/whr/2010/whr10_pt.pdf)>. Acesso em: 11/04/2018.

PAIM, J. S. **Política de Saúde no Brasil**. In: Rouquayrol, M. Z., Almeida Filho, N. , organizadores. Epidemiologia e Saúde. 6ª edição. Rio de Janeiro (RJ): Medsi, 2003, p. 563-589.

PAIM, J. S. 2008. In: **Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS**. Matta, Gustavo Corrêa (org.) Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS. / organizado por Gustavo Corrêa Matta e Júlio César França Lima. – Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/ EPSJV, 2008. 410 p.

PAIM, J. S. Uma análise sobre o processo da Reforma Sanitária brasileira. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 27-37, jan./abr. 2009. Disponível em: <<https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/5978/1/Paim%20JS%202009.%20Artigo2.pdf>> . Acesso em 08/05/2017.

PAIM, J. S. **Modelos de Atenção à Saúde no Brasil**. In: GIOVANELLA *et. al.* (orgs). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012, p. 547-573.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antonio. **Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores**. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan.-mar. 2014, p.15-35. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v21n1/0104-5970-hcsm-21-1-00015.pdf>>. Acesso em: 15/03/2018.

PEREIRA, I. D. F., LOPES, M. R. NOGUEIRA, M. L. and RUELA, H. C. G. **Princípios pedagógicos e relações entre teoria e prática na formação de agentes comunitários de saúde**. Trab. educ. saúde [online]. 2016, vol.14, n.2, p.377-397. [viewed 20<sup>th</sup> June 2016]. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tes/v14n2/1678-1007-tes-19817746sol00010.pdf>>. Acesso em: 11/05/2018.

PINTO, G. A. **A Organização do trabalho no Século 20**. São Paulo: Editora Expressão Popular, 2010.

PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO. **Lei nº 5026, de 19 de maio 2009**. Seção IV, art. 10. Dispõe sobre a qualificação de entidades como Organizações Sociais e dá outras providências. Diário Oficial do Município 2009; 19 de maio.

PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Plano Municipal de Saúde do Rio de Janeiro: PMS 2014 – 2017.** – Rio de Janeiro: SMS, 2013. 112 p. Disponível em: [http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/3700816/4128745/PMS\\_20142017.pdf](http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/3700816/4128745/PMS_20142017.pdf) Acesso em: 04/05/2017.

PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Área de Planejamento 1.0. Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina – SPDM. **Contrato de Gestão.** 2º Termo Aditivo 027/2015. Disponível em: [http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/5449200/4150516/2\\_T.A\\_CAP\\_1.0\\_N\\_027.2015.pdf](http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/5449200/4150516/2_T.A_CAP_1.0_N_027.2015.pdf) Acesso em: 05/05/2017.

PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO. Coordenadoria de Área Programática 1.0. **Relatório de Gestão,** 2016.

PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal da Casa Civil. Subsecretaria de Serviços Compartilhados. Coordenadoria Geral de Gestão Institucional. **Coordenadoria de Modelagem Organizacional,** 2018. <http://prefeitura.rio/documents/73801/2d41e8c2-f660-4ef8-82fa-5fd56418f5dd>

PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina- SPDM. **Quem somos.** OS, 2018. Disponível em: <<http://www.spdmpais.org.br/institucional/quem-somos.html>>. Acesso em 18/03/2018.

PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina – SPDM. **O que fazemos.** Disponível em: <<http://www.spdmpais.org.br/institucional/quem-somos.html>>. Acesso em: 27/02/2018.

PEDROSA, J. I.S.. **Perspectivas na avaliação em promoção da saúde: uma abordagem institucional,** Ciência e saúde coletiva [online], v.9, n.3, pp.617 626, 2004, Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v9n3/a09v09n3.pdf>>. Acesso em: 18/11/2016.

PEREIRA, J. M.M. **O Banco Mundial e a construção político-intelectual do “combate à pobreza”**, Topoi v. 11, n. 21, jul.-dez. 2010, p. 260-282. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/topoi/v11n21/2237-101X-topoi-11-21-00260.pdf>>.

Acesso em: 10/04/2018.

PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde. **Resolução SMS Nº 2964 de 10 de junho de 2016**. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/arquivos/anexos/df611debf9be75e2d32bb899563323a4146977dd.PDF>>.

Acesso em: 25/04/2018.

RAMOS, M. A pedagogia das competências a partir das reformas educacionais dos anos de 1990: relações entre o (neo) pragmatismo e o (neo) tecnicismo. In: ANDRADE, J. *et al.* **As Políticas Públicas para a Educação no Brasil Contemporâneo. Juiz de Fora**: Editora da UFJF, 2011, P. 56-71.

RAMOS, A. L. P. **Atenção Primária à Saúde e Terceirização: um estudo sobre as capitais brasileiras com base em indicadores**. 2016. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. 2016, 193p

RIZZOTTO, M. L.F.. **As propostas do Banco Mundial para as reformas do setor de Saúde no Brasil nos anos 1990**. Saúde em Debate, vol. 29, núm. 70, maio/agosto, 2005, p. 140-147 Centro Brasileiro de Estudos de Saúde Rio de Janeiro, Brasil. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/4063/406345255004.pdf>>. Acesso em: 16/04/2018.

RIZZOTTO, M. L. F. **Capitalismo e saúde no Brasil nos anos 90: as propostas do Banco Mundial e o desmonte do SUS**. São Paulo: Hucitec, 2012.

RONSANI, M. M., SILVA, S. T., RIBEIRO, R. S. V. **Ações de Alimentação e Nutrição na Atenção Básica. Revista do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica / Saúde da Família**, Vol. 1, No 1, 2013. Disponível em:<<http://periodicos.unesc.net/index.php/prmultiprofissional/article/viewFile/1142/110>>.

Acesso em: 17/04/2018.



SANTOS, W., G, dos. **Cidadania e justiça a política social na ordem brasileira**. Rio de Janeiro. Editora Campus, 1979, 138p. Resenhas. *Perspectiva*, São Paulo, 3: 165-168, 1980. Disponível em: <<https://periodicos.fclar.unesp.br/perspectivas/article/viewFile/1700/1381>>. Acesso em: 28/04/2018.

SANTOS, L dos.. **Sociologia do trabalho**. Inhumas: IFG. Santa Maria: Universidade Federal de Santa Maria, 2012.

SANTOS, R. P. O. de.. **“Metas para que te quero?” Algumas reflexões sobre os novos modelos de gestão e gerenciamento do trabalho e seus efeitos nos trabalhadores de uma equipe da Estratégia Saúde da Família do município do Rio de Janeiro**. 2017. Dissertação (Mestrado em Educação Profissional em Saúde). Escola Politécnica Joaquim Venâncio. 2017, 96p.

SILVA, V. C., BARBOSA, P. R. HORTALE, V. A. **Parcerias na saúde: as Organizações Sociais como limites e possibilidades na gerência da Estratégia Saúde da Família**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21 (5):1365-1376, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n5/1413-8123-csc-21-05-1365.pdf>>. Acesso em 02/10/2016.

SILVA, V. M. ; LIMA, S. M. L.; TEIXEIRA, M. **Organizações Sociais e Fundações Estatais de Direito Privado no Sistema Único de Saúde: relação entre o público e o privado e mecanismos de controle social**. *Saúde debate* [online]. 2015, vol.39, n.spe, pp.145-159. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39nspe/0103-104-sdeb-39-spe-00145.pdf>>. Acesso em: 03/02/2018.

SORANZ, D.; PINTO, L. F.; PENNA, G. O. **Eixos e a Reforma dos Cuidados em Atenção Primária em Saúde (RCAPS) na cidade do Rio de Janeiro**. Maio 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141381232016000501327&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232016000501327&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 10/02/2018.

SOUSA; M.; F. de; E.; HAMANN, M.. **Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta?** *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(Supl. 1):1325-1335, 2009.

Disponível em: <[https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232009000800002&script=sci\\_arttext&tlng=>](https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232009000800002&script=sci_arttext&tlng=>)>. Acesso em: 19/04/2018.

SOUZA, J. S.; KANTORSKI, L. P.; LUIS, M. A. V. **Análise documental e observação participante na pesquisa em saúde mental**. Revista Baiana de Enfermagem, Salvador, v. 25, n. 2, p. 221-228, maio/ago. 2011. Disponível em: <<https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/5252/4469>>. Acesso em: 03/03/2018.

STARFIELD, B.. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO. Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_primaria\\_p1.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf)>. Acesso em: 10/03/2018.

TANCREDI, F. B.; BARRIOS, S. R. L.; FERREIRA, J. H. G. **Planejamento em Saúde**, volume 2 / (Série Saúde & Cidadania). São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998.

TEIXEIRA, M.; OLIVEIRA, R., G. de; ARANTES, R., F.. Mudanças nas Políticas do Trabalho e da Educação em Saúde no Governo Lula. Machado, Cristiani Vieira. In: **Políticas de saúde no Brasil: continuidades e mudanças**. Orgs: Tatiana Wargas de Faria Baptista, Luciana Dias de Lima. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz, 2012.

TEIXEIRA, M; MARTINS, M. I. C.; SILVA, V. **Novos Desenhos Institucionais e Relações de Trabalho no Setor Público de Saúde no Brasil: as Organizações Sociais e as Fundações Estatais de Direito Privado**. Revista Trabalho em Saúde, Desigualdades e Políticas Públicas, 2014. Disponível em: <[http://www.lasics.uminho.pt/ojs/index.php/cics\\_ebooks/article/view/1900](http://www.lasics.uminho.pt/ojs/index.php/cics_ebooks/article/view/1900)>. Acesso em 13/11/2016.

VELHO, G. **Observando o familiar**. In: Individualismo e Cultura: Notas para uma antropologia da sociedade contemporânea. Rio de Janeiro. Zahar, 1994. p. 121-132

VIEIRA M.; CHINELLI F. **Relação contemporânea entre trabalho, qualificação e reconhecimento: repercussões sobre os trabalhadores técnicos do SUS.** Rev. Ciênc. Saúde Coletiva. Rio de Janeiro. v.18 n.6, 2013.

## APÊNDICE 1

### Roteiro de entrevistas (equipes)

- 1- Apresentação inicial (nome, gênero, idade, tempo de formado, tempo no serviço, categoria, trajetória profissional).
- 2- Como seu trabalho é organizado? Quem o organiza?
- 3 - Você sabe da existência do Contrato de Gestão?
- 4 – Você conhece o Contrato de Gestão?
- 5 – Você sabe o que está definido através do Contrato de Gestão?
- 6- Sabe para qual finalidade este instrumento é utilizado?
- 7- Você sabe quais são os indicadores de saúde definidos pelo Contrato de Gestão?
- 8 – Você sabe os critérios para atingir cada grupo da variável 3?
- 9 - O que você pensa sobre os indicadores de saúde? E sobre as metas?
- 10 - Quais são os indicadores mais fáceis de serem alcançados? E os mais difíceis?
- 11 - Você acha que as metas são possíveis de serem atingidas? O que você faz para atingi-las? Você enfrenta dificuldades que podem comprometer o atendimento das metas? Poderia falar sobre elas?
- 12 – Você já precisou fazer alguma coisa diferente visando o cumprimento das metas? Como você se sentiu nessa situação?
- 13- Você acha que é possível a construção de vínculo com a comunidade e ao mesmo tempo atingir as metas pactuadas?
- 14- Durante as reuniões de equipe esse assunto é discutido? E nas reuniões de categoria (ACS, enfermeiros)? E nas reuniões gerais?

15 - Na sua visão, como as linhas de cuidado são refletidas na prática de trabalho da ESF?

16 - Sua equipe em algum momento conseguiu alcançar 100% dos indicadores em algum trimestre?

17- Você considera que existe algum tipo de pressão, quando um trabalhador não cumpre as metas propostas?

18- Como você acha que são escolhidos os indicadores a serem apresentados no Seminário de Prestação de Contas, o Accontability? O que acha do Accontability?

19 – Como você se sente tendo que participar do Accontability? E os seus colegas?

20 - Como você acha que o NASF poderia ajudar nesse processo? E a gerência? E a CAP? E a OS?

21 – Você apresenta ciência da Comissão Técnica de Avaliação (CTA)? Você já participou de alguma reunião?

22 - Comentários e/ou sugestões.

## APÊNDICE 2

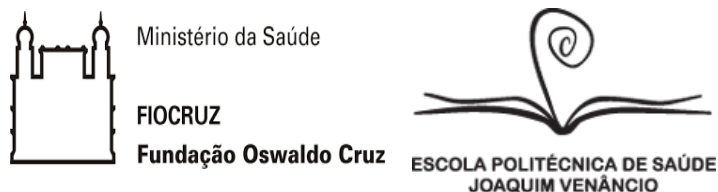
### Roteiro de entrevistas (gestores)

- 1- Apresentação inicial (nome, gênero, idade, tempo de formado, tempo no serviço, categoria, função, trajetória profissional).
- 2- O que você pensa sobre a organização da Atenção Básica no município do Rio de Janeiro?
- 3- E a organização na sua Coordenação de Área Programática?
- 4- Você apresenta estabelece relação com o nível central?
- 5- Como é o processo de trabalho em relação a CAP? E a OS?
- 6- Como seu trabalho é organizado? Quem o organiza?
- 7- Como se dá sua relação de trabalho com os profissionais da clínica?
- 8- Como você planeja suas atividades de gestão?
- 9- De que forma você avalia seu trabalho?
- 10- Você conhece o Contrato de Gestão?
- 11- Sabe para qual finalidade este instrumento é utilizado?
- 12- Você sabe quais são os indicadores de saúde definidos pelo Contrato de Gestão?

- 13- Você considera que os profissionais sabem os critérios para atingir cada grupo da variável 3?
- 14- O que você pensa sobre os indicadores de saúde? E sobre as metas?
- 15- Na sua opinião, quais são os indicadores mais fáceis de serem alcançados? E os mais difíceis?
- 16- Você acha que as metas são possíveis de serem atingidas? Como o seu trabalho impacta no cumprimento das metas?
- 17- Durante as reuniões de categoria (enfermeiros, médico, responsáveis técnicos) esse assunto é discutido? E nas reuniões gerais?
- 18- Na sua visão, como as linhas de cuidado são refletidas na prática de trabalho da ESF?
- 19- Você considera que existe algum tipo de pressão, quando um trabalhador não cumpre as metas propostas?
- 20- Como você acha que são escolhidos os indicadores a serem apresentados no Seminário de Prestação de Contas, o Accountability? O que acha do Accountability?
- 21- Como você acha que o NASF poderia ajudar nesse processo? E a gerência? E a CAP? E a OS?
- 22- Você apresenta ciência da Comissão Técnica de Avaliação (CTA)? Você já participou de alguma reunião?

23- Comentários e/ou sugestões.





### APÊNDICE 3

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado participante,

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa “As concepções dos trabalhadores em saúde sobre as metas de produtividade no âmbito da Estratégia de Saúde da Família”, desenvolvida por Carolina Manhães Moura Reis, discente do Programa de Pós Graduação Mestrado Profissional em Saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/FIOCRUZ), sob orientação da pesquisadora Filippina Chinelli, também da EPSJV/FIOCRUZ.

O objetivo central do estudo é analisar as concepções dos trabalhadores da ESF acerca dos indicadores de saúde referentes às linhas de cuidado (gestantes, crianças, tuberculose, hanseníase, hipertensão, diabetes, álcool e outras drogas, mulheres em idade fértil, dentre outros) dispostos no Contrato de Gestão de uma Área Programática do município do Rio de Janeiro, e das suas possibilidades de cumpri-los.

Você está sendo convidado (a) a participar por ser um ator chave no processo de trabalho das equipes da Estratégia de Saúde da Família. Sua participação é voluntária e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa.

Não há benefícios diretos relacionados com a sua colaboração nesta pesquisa. Porém, você estará contribuindo para que um melhor conhecimento sobre o Contrato de Gestão estudado, uma vez que as informações obtidas com esta pesquisa servirão a esta finalidade.

A sua participação consistirá em responder perguntas de um roteiro de entrevista semi-estruturado à equipe do projeto. A entrevista será gravada somente se você autorizar. Neste caso, a sua entrevista será transcrita e armazenada em arquivos digitais, mas somente a equipe de

Rubrica do Pesquisador

Rubrica do Participante

pesquisa terá acesso à mesma. O tempo de duração da entrevista é de aproximadamente uma hora. Vale ressaltar que os participantes não são obrigados a responder a todas as perguntas, caso não se sintam à vontade de fazê-la.

A entrevista será confidencial, ou seja, qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa e o material será armazenado em local seguro, sob a guarda do pesquisador responsável. Embora a equipe de pesquisa se comprometa a manter a confidencialidade, pode haver a possibilidade de você ser identificado de forma indireta, por exemplo, ao prestar alguma informação por meio da qual a sua identidade possa ser deduzida. Para minimizar este risco, você poderá limitar a informação fornecida e omitir detalhes que possam identificá-lo. Você também pode se recusar a responder alguma pergunta, se quiser.

Toda pesquisa com seres humanos envolve risco em tipos e gradações variados, no caso desta pesquisa, estes se relacionam à possibilidade de você ser indiretamente identificado, ou sentir algum tipo de constrangimento durante a entrevista. Também com o objetivo de dirimir os riscos, o nome da unidade de saúde não será mencionado na divulgação dos resultados da pesquisa.

A qualquer momento, durante a pesquisa ou posteriormente, você poderá solicitar ao pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução 466/12 e orientações do CEP/EPSJV. Após este período o material será destruído. Os resultados serão divulgados em apresentação da dissertação do curso de Mestrado Profissional em Saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio EPSJV/FIOCRUZ, e posteriormente publicados em meios de divulgação científica. Ainda serão disponibilizados à Coordenadoria da Área Programática escolhida da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

Este TCLE é redigido em duas vias, sendo uma para o participante e outra para o pesquisador. Todas as páginas do termo deverão ser rubricadas pelo participante da pesquisa e pelo pesquisador responsável (ou pessoa por ele delegada e sob sua responsabilidade), com ambas as assinaturas apostas na última página.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da EPSJV. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

Rubrica do Pesquisador

Rubrica do Participante

Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade.

**Informações para contato com Comitê de Ética em Pesquisa da EPSJV**

- Tel: (0XX) 3865-9705
- E-Mail: cep@epsjv.fiocruz.br
- Site: <http://www.epsjv.fiocruz.br/pesquisa/comite-de-etica-em-pesquisa>
- Endereço: EPSJV/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210

**Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde**

- Rua: Evaristo da Veiga, 16 - Sobreloja – Centro - Cep - 20031-040
- Site: <http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/comite-de-etica-em-pesquisa>
- e-mail: [cepsms@rio.rj.gov.br](mailto:cepsms@rio.rj.gov.br) / [cepsmsrj@yahoo.com.br](mailto:cepsmsrj@yahoo.com.br)
- Telefone: 2215-1485

Nome e Assinatura do pesquisador-entrevistador

**Informações para contato com o pesquisador responsável:**

- Nome: **Carolina Manhães Moura Reis** (discente do curso de Mestrado Profissional em Saúde (EPSJV/FIOCRUZ))
- Tel: (21) 99519-2843
- E-mail: carolina.mmr@hotmail.com
- Endereço: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/ FIOCRUZ), Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210

**Local e data**

---

\_\_Autorizo a gravação da entrevista. \_\_Não autorizo a gravação da entrevista.

Rubrica do Pesquisador

Rubrica do Participante

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa  
e concordo em participar.

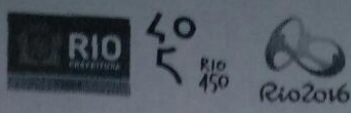
Assinatura do participante: \_\_\_\_\_

Rubrica do Pesquisador

Rubrica do Participante

## ANEXO 1

## Carta de aceite da unidade



**CARTA DE ANUÊNCIA**  
**UNIDADE DE SAÚDE**

O/A Clínica da Família Sérgio Vieira de Mello da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ) declara apoio à realização do projeto de pesquisa intitulado: As concepções dos trabalhadores em saúde sobre as metas de produtividade no âmbito da Estratégia de Saúde da Família, sob responsabilidade do (a) pesquisador(a) Carolina Manhães Moura Reis da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/FIOCRUZ).

[NOME DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL E INSTITUIÇÃO A QUAL É FILIADO]

Ciente dos objetivos, dos procedimentos metodológicos e de sua responsabilidade como pesquisador da referida Instituição Proponente/Co-participante, concedemos a anuência para o seu desenvolvimento.

Esta carta de anuência está condicionada ao cumprimento das determinações éticas da Resolução CNS/MS nº: 466/2012 e o projeto somente poderá iniciar nesta Unidade de Saúde mediante sua aprovação documental pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SMS-RJ. Solicitamos que, ao concluir o estudo, o pesquisador responsável apresente relatório final da pesquisa para o(s) gestor(es) e equipe de saúde da(s) unidade(s) onde se desenvolveu o estudo.

No caso do não cumprimento, há liberdade de retirar esta anuência a qualquer momento sem incorrer em penalização alguma.


Rio de Janeiro, 13/06/2017.

Thiago Wendel da Silva  
 Gerente  
 CF Sérgio Vieira de Mello  
 Mat. 620/335-74

\_\_\_\_\_  
Assinatura e Carimbo do Diretor da Unidade

## ANEXO 2

## Carta de aceite da Coordenadoria de Área Programática


**PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
 SUBSECRETARIA DE PROMOÇÃO, ATENÇÃO PRIMÁRIA E VIGILÂNCIA EM SAÚDE  
 COORDENADORIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA DA ÁREA DE PLANEJAMENTO 1.0

**CARTA DE ANUÊNCIA**  
**COORDENADORIA DA ÁREA PROGRAMÁTICA 1.0**

Daniel Storti Netto Puig da Secretaria de Saúde Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ) declara apoio à realização do projeto de pesquisa intitulado: As concepções dos trabalhadores em saúde sobre as metas de produtividade no âmbito da Estratégia de Saúde da Família, sob responsabilidade da pesquisadora Carolina Manhães Moura Reis da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz (EPSIV/FIOCRUZ).

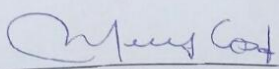
Ciente dos objetivos, dos procedimentos metodológicos e de sua responsabilidade como pesquisador da referida Instituição Proponente/Co-participante, concedemos a anuência para o seu desenvolvimento.

Esta carta de anuência está condicionada ao cumprimento das determinações éticas da Resolução nº466/2012 CNS/CONEP e o projeto somente poderá iniciar mediante sua aprovação documental pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SMS-RJ. Solicitamos que, ao concluir o estudo, o pesquisador apresente o relatório final da pesquisa para o(s) gestor(es) e equipe de saúde da(s) unidade(s) onde se desenvolveu o estudo.

No caso do não cumprimento, há liberdade de retirar esta anuência a qualquer momento sem incorrer em penalização alguma.

Rio de Janeiro, 12 /06/2017.

Atenciosamente,

  
 Daniel Storti Netto Puig  
 Coordenador Geral de Saúde  
 Mat.60/299.462-2  
 S/SUBPAV/CAP1.0

Maria Tereza Fonseca da Costa  
 Substituta Automática CAP 1.0  
 Mat. 11 / 125.554-6

**ANEXO 3****Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa****Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa**

Projeto submetido à avaliação na Plataforma Brasil em 05/09/2016, tendo recebido parecer favorável pela Instituição Proponente - EPSJV, aprovado no dia: 07/08/2017.

CAEE: 70136317.9.0000.5241

Número do Parecer: 2.205.054

E também foi aprovado pelo parecer elaborado pela Instituição Coparticipante - SMS-RJ, aprovado em 31/08/2017.

CAAE: 70136317.9.3001.5279

Número do Parecer: 2.251.721

Informações disponíveis em:

<http://plataformabrasil.saude.gov.br/visao/pesquisador/gerirPesquisa/gerirPesquisaAgrupador.jsf>

**ANEXO 4**  
**Contrato de Gestão**

O Contrato de Gestão estudado na presente pesquisa encontra-se disponível no link a seguir:

[http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/73801/4170228/TA\\_ALTERACAO\\_ANEXOS\\_TECNICOS\\_011\\_2016.pdf](http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/73801/4170228/TA_ALTERACAO_ANEXOS_TECNICOS_011_2016.pdf)