

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

Guilherme Augusto Barcello Costa

EFEITOS DA “REFORMA DOS CUIDADOS EM ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE”
DO RIO DE JANEIRO PARA O TRABALHADOR ACS:
um recorte da Área de Planejamento 3.1

Rio de Janeiro

2019

Guilherme Augusto Barcello Costa

EFEITOS DA “REFORMA DOS CUIDADOS EM ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE”
DO RIO DE JANEIRO PARA O TRABALHADOR ACS:
um recorte da Área de Planejamento 3.1

Dissertação apresentada à Escola Politécnica em Saúde Joaquim Venâncio como requisito parcial para obtenção do título de Mestre no Mestrado Profissionalizante em Educação Profissional em Saúde.

Orientadora: Dra. Márcia Cavalcanti Raposo Lopes

Rio de Janeiro

2019

Catálogo na Fonte

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Biblioteca Emília Bustamante

Marluce Antelo CRB-7 5234

Renata Azeredo CRB-7 5207

C837e Costa, Guilherme Augusto Barcello
Efeitos da "reforma dos cuidados em atenção
primária em saúde" do Rio de Janeiro para o
trabalhador ACS: um recorte da Área de
Planejamento 3.1 / Guilherme Augusto Barcello
Costa. - Rio de Janeiro, 2019.
143 f.

Orientadora: Márcia Cavalcanti Raposo Lopes

Dissertação (Mestrado Profissional em Educação
Profissional em Saúde) - Escola Politécnica de
Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz,
Rio de Janeiro, 2019.

1. Agente Comunitário de Saúde. 2. Atenção Primária
em Saúde. I. Lopes, Márcia Cavalcanti Raposo.
II. Título.

CDD 362.10425

Guilherme Augusto Barcello Costa

EFEITOS DA “REFORMA DOS CUIDADOS EM ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE”
DO RIO DE JANEIRO PARA O TRABALHADOR ACS:
um recorte da Área de Planejamento 3.1

Dissertação apresentada à Escola Politécnica
em Saúde Joaquim Venâncio como requisito
parcial para obtenção do título de Mestre no
Mestrado Profissionalizante em Educação
Profissional em Saúde.

Aprovado em 16/04/2019

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dra. Márcia Cavalcanti Raposo Lopes (FIOCRUZ/EPSJV)

Prof. Dr. Filippina Chinelli (FIOCRUZ/EPSJV)

Prof. Dr. Gustavo Correa Matta (FIOCRUZ/ENSP)

Às minhas filhas Isabela e Lis!
Que dão sentido ao esforço de seguir lutando.
À minha mulher, Taís!
Que tem passado o presente a construir um
futuro ao meu lado.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Letícia e Jorge por me darem sempre muito amor, bons exemplos e não mediram seus esforços para que eu tivesse todas as condições necessárias para escolher meus caminhos com maior segurança.

À minha esposa Taís, tão amada e inspiradora companheira de vida, a quem muito devo pelo homem que me tornei e com quem tenho compartilhado a mais importante, cansativa e prazerosa missão assumida nessa vida, Isabela e Lis.

Aos meus irmão e compadres Rodolfo e Jorge, que estão sempre comigo, rindo, chorando e me apoiaram em qualquer momento de necessidade.

Às minhas tias Martha, Abilene e Denize, por terem aceitado sem vacilar a missão de continuar minha criação e apoiar meu amadurecimento após a partida de meus pais.

À Maria, minha sogra. A quem amo como mãe, e que me tem como se seu filho fosse. Grande amiga, parceira, meu fechamento e que tanto se dedica às minhas mais preciosas joias.

Às agentes comunitárias de saúde, motivação máxima da minha formulação de perguntas e da busca por respostas. Elas (e eles) com quem muito aprendi, ri, me emocionei e chorei bastante, me indispus e me retratei inúmeras vezes. Elas que me fizeram conhecer seu valor, tanto durante o trabalho na Maré, quanto na Ilha do Governador e na Cidade de Deus. E sempre me apoiaram nos meus devaneios sobre o trabalho no território.

Às minhas chefias que foram sensíveis ao meu desejo de realizar o curso de mestrado.

À minha orientadora Márcia Lopes, que desde a entrevista de seleção do mestrado já se mostrava sensível ao meu trabalho e já me apontava as contradições. Agradeço por ter sido tão presente e disponível mesmo com tantas atribuições. Por ter me deixado livre para fazer minhas escolhas e por ter sido muito gentil ao apontar meus enganos. Sob sua orientação em nenhum momento me senti desassistido e tenho claro que ao sucesso desta empreitada muito devo a você.

À minha amiga Simone, cuja obra me inspira e serviu de referência para este estudo. E por ter tido comigo debates extremamente interessantes, que me permitiram enxergar as contradições presentes na vida, na APS do Rio e que até então não eram presentes na minha crítica.

À minha amiga Jeniffer, que muito se dedicou em revisar minha escrita neste trabalho e deu suas grandiosas contribuições com materiais teóricos e opiniões para que este estudo ficasse ainda mais rico.

Ao meu amigo Rafael, cujas profundas conversas que tivemos no café da Rua dos Inválidos e as poesias que escrevemos nas mesas do “Gato de Botas” foram essenciais para desanuviar das pressões da vida e das etapas da dissertação.

À minha amiga Priscila, leal e companheira desde os tempos de faculdade e que tem muita importância e méritos sobre o meu desenvolvimento profissional.

Às minhas amigas Márcia e Hânia que ao meu lado trabalharam duro, apontaram minhas falhas para meu próprio crescimento e que se empenham até hoje para ofertar mais e melhores serviços saúde à população.

Às minhas amigas Branca e Patrícia, as mais incríveis profissionais que a Maré já viu. Sem elas eu teria demorado algumas décadas para aprender como uma unidade de saúde deveria funcionar e talvez nunca tivesse chegado aonde cheguei.

E por fim a todos os profissionais da APS carioca que diante de desafios que se sobrepõem incessantemente seguem renovando os seus motivos para continuarem a lutar por um SUS melhor e para dar a sua contribuição para vencer as limitações do sistema e persistir servindo a população do Rio de Janeiro.

Muito obrigado!

RESUMO

O presente estudo analisa as mudanças ocorridas no trabalho dos agentes comunitários de saúde a partir da chamada Reforma dos Cuidados em Atenção Primária em Saúde (RCAPS) na cidade do Rio de Janeiro, sendo este o objetivo geral do trabalho. Para isso, se realizou uma pesquisa teórica para melhor compreensão dos acontecimentos e dos fenômenos envolvidos com o tema. Abordou os conceitos da Atenção Primária (APS) em Saúde, e relata como ela se estabeleceu no Brasil. Apresenta os conceitos da Nova Gestão Pública e do Gerencialismo e como este tem influenciado os Estados contemporaneamente. Recorreu à entrevista com informante chave para caracterizar o cenário da APS carioca antes da RCAPS e às entrevistas com ACS e análise de conteúdo para alcance do objetivo geral. Foi verificado que a reforma implementada trouxe mudanças na dinâmica do trabalho das ACS, deslocando seu foco de trabalho do território para a realização de atividades dentro das unidades de saúde. Além disso, a reforma introduziu o modelo gerencialista de gestão do trabalho que implicou para os agentes o direcionamento do trabalho para o alcance de metas e indicadores. Esses fatores se mostraram geradores de estresse, insatisfação, sofrimento e percepção de queda na qualidade do trabalho realizado. Diante disso nos questionamos sobre que tipo de APS se deseja e que tipo tem sido oferecido.

Palavras-Chave: Atenção Primária em Saúde; Agente Comunitário de Saúde; Gerencialismo.

ABSTRACT

The present study analyzes the changes that have occurred in the community health agents (CHA) work process in the Primary Health Care Reform (PHCR) in the city of Rio de Janeiro, which is the general objective. In order to do this, a theoretical research was performed to better understand the events and phenomena involved in the theme. It addressed the concepts of Primary Health Care (PHC) in Health, and describes how it settled in Brazil. It presents the concepts of New Public Management and Managerialism and how these have influenced the government in the present moment. The study used key informants interviews to characterize Rio de Janeiro's PHC scenario before PHCR as well as interviews with CHAs. Afterward it was done content analysis to reach the general objective. It was verified that the implemented reform brought changes in the work dynamics of the CHA, shifting its work focus from the territory to the accomplishment of activities within the health units. In addition, the reform introduced the 'managerial model of work' management that implied for the agents the direction of the work towards the achievement of goals and indicators. These factors were shown to generate stress, dissatisfaction, suffering and perceived fall in the quality of the work performed. Faced with this, we ask ourselves what type of PHC is desired and what type has been offered.

Keywords: Primary Health Care; Community Health Agents; Managerialism.

LISTA DE SIGLAS

ABS – Atenção Básica em Saúde
ACS – Agente Comunitário de Saúde
ACE – Agente de Combate a Endemias
APS – Atenção Primária em Saúde
APSS - Atenção Primária em Saúde Seletiva
BM – Banco Mundial
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa
CTA – Comissão Técnica de Acompanhamento
CF – Clínica da Família
CMS – Centro Municipal de Saúde
CONACS – Confederação Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde
EPSJV – Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio
ESF – Estratégia de Saúde da Família
eSF – Equipe de Saúde da Família
FHC – Fernando Henrique Cardoso
FMI – Fundo Monetário Internacional
FUNASA – Fundação Nacional de Saúde
FEDP – Fundações Estatais de Direito Público
IAPs – Institutos de Aposentadorias e Pensões
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS – Ministério da Saúde
NGP – Nova Gestão Pública
OI – Organismos Internacionais
OMS – Organização Mundial de Saúde
ONGs – Organizações Não Governamentais
OS – Organizações Sociais
OSCIPS – Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público
OSS – Organização Social de Saúde
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAS – Programa de Agentes de Saúde
PMAQ – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica
PNACS – Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde
PSDB – Partido da Social Democracia Brasileira
PSF – Programa de Saúde da Família
PT – Partido dos Trabalhadores
RAS – Rede de Atenção à Saúde
RCAPS – Reforma dos Cuidados em Atenção Primária em Saúde
SMS – Secretaria Municipal de Saúde
SNS – Sistema Nacional de Saúde (Portugal)
SUS – Sistema Único de Saúde
UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância
UHC – Universal Health Coverage
VD - Visita Domiciliar

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 ASPECTOS METODOLÓGICO	18
3 CAPÍTULO I - ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE NO BRASIL E OS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE	25
3.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE APS	25
3.2 APS ANTES DO SUS: IDEIAS INSPIRADORAS	27
3.3 APS NO SUS: PROPOSTA DE REORGANIZAÇÃO DOS SISTEMAS DE SAÚDE - 33	
3.4 ESTRATÉGIAS DE REORIENTAÇÃO DO MODELO DE ATENÇÃO: PACS E PSF (ESF)	36
3.5 AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE: ATORES DE MUDANÇAS	41
4 CAPÍTULO II - NOVA GESTÃO PÚBLICA E GERENCIALISMO	49
4.1 NOVA GESTÃO PÚBLICA – NGP	49
4.2 GERENCIALISMO E O CASO BRASILEIRO	51
4.3 GERENCIALISMO, SOFRIMENTO E ADOECIMENTO	57
5 CAPÍTULO III - ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE DO RIO DE JANEIRO ----	61
5.1 O CENÁRIO DA APS DO RIO DE JANEIRO ANTES DE 2009: OPÇÕES POLÍTICAS, REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE E UNIDADES DE SAÚDE	63
5.2 REFORMA DOS CUIDADOS EM ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE	77
6 CAPÍTULO IV - ANÁLISE E DISCUSSÃO	93
6.1 ANÁLISE E DISCUSSÃO DAS ENTREVISTAS COM ACS	93
6.1.1 Mudanças na infraestrutura das unidades e condições de trabalho	93
6.1.2 Mudanças no trabalho	96
6.1.3 Mudanças na relação com a comunidade e com a equipe de Saúde da Família	109
6.1.4 Mudanças na satisfação com o trabalho e na percepção das ACS sobre qualidade no trabalho	114
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	121
REFERÊNCIAS	125
APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM INFORMANTE CHAVE ----	131
APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA COM AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE	132
APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO ----	133

ANEXO A – PARECER DO CEP DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO	----- 136
ANEXO B – PARECER DO CEP DA ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO	-----140

1 - INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) criado em 1988 pela Constituição Federal Brasileira adotou a Atenção Primária em Saúde (APS) como estratégia de organização da Rede de Atenção em Saúde Pública no país. O Programa de Saúde da Família (PSF), lançado na década de 1990, foi a estratégia de escolha para a expansão da APS nos municípios brasileiros.

Os agentes comunitários de saúde (ACS) consistem em profissionais de saúde com formação média, oriundo das comunidades onde trabalham e um papel de extrema importância para o funcionamento do programa, posteriormente denominado Estratégia de Saúde da Família (ESF). Os ACS iniciaram oficialmente seu trabalho no SUS em 1991. São os responsáveis pela conexão, que deve ser estabelecida, entre a equipe de Saúde da Família e a população residente nas comunidades assistidas. Assim, em sua origem, o trabalho do ACS deveria valorizar as relações com as pessoas da comunidade, os valores sociais e culturais do território, prevenir doenças e promover a saúde, mediante ações de educação em saúde com enfoque singular e coletivo. Desde o lançamento da Saúde da Família, os agentes comunitários podem ser considerados importantes sujeitos para a popularização e a efetividade das ações propostas pela estratégia.

A experiência da Reforma Administrativa de Estado no Brasil, iniciada nos anos 90, foi pautada nas recomendações da Nova Gestão Pública (NGP). A NGP representa uma série de recomendações internacionais para que os Estados Nacionais viabilizem suas reformas administrativas. Com forte orientação neoliberal, ancora-se na promessa de superar as “mazelas” da administração pública burocrática, vista como ineficiente. Esse processo oportunizou a realização de contratualizações entre o Estado brasileiro e organizações privadas para a prestação de serviços públicos. Além disso, o modelo do gerencialismo foi adotado para planejar, executar e principalmente, avaliar os serviços públicos prestados. Tanto os diretamente realizados pelo Estado, quanto os intermediados pelas parcerias público-privadas.

O gerencialismo compreende um dos elementos da NGP que introduz no servidorismo público uma série de elementos característicos da gestão empresarial privada. Seu arcabouço ideológico data do período da reestruturação produtiva do trabalho, onde novos valores passaram a ser seguidos no mundo do trabalho. O gerencialismo busca a métrica como forma de avaliação da qualidade do trabalho, a partir de indicadores e metas. Além de exigir do trabalhador comportamentos não usuais do modelo de gestão do trabalho anterior

(taylorismo-fordismo). Este modelo gerencialista pode provocar diversas mudanças/efeitos para os trabalhadores e aqueles que não conseguem se adaptar a esses elementos no processo laboral acabam por desenvolverem algum tipo de sofrimento ou mesmo experienciam o adoecimento.

A Reforma dos Cuidados em Atenção Primária em Saúde (RCAPS) realizada pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro no período compreendido entre 2009 e 2016 pode ser percebida como um emblemático exemplo, tanto pelas contratualizações com organizações privadas para a prestação de serviços do SUS, quanto por aplicação do modelo gerencialista na gestão do trabalho das equipes de Saúde da Família. A RCAPS introduziu as Organizações Sociais (OS) no cenário da APS Carioca que passou a trabalhar totalmente baseada nos resultados de indicadores e metas (assistenciais e de gestão). Além disso, apresentou à população carioca um novo padrão de unidades de saúde, as Clínicas da Família, configurando-se como marca registrada daquela gestão municipal.

Em 2010, fui contratado por uma OS para desempenhar o cargo de gerente em uma Clínica da Família. Entre os anos de 2010 e 2016 mantive-me na função, a qual permitiu vivenciar diferentes percepções em APS do Rio de Janeiro. Devido à pouca experiência inicial, todas as recomendações transmitidas pelos gestores (Servidores do município e chefias da OS) foram acatadas, reproduzindo as mesmas condutas aos trabalhadores gerenciados por mim e, apropriando-me inclusive dos vernáculos característicos do gerencialismo aos quais eu vinha tendo contato. A pressão para o alcance de resultados estabelecidos nos contratos de gestão era uma questão constantemente presente no meu trabalho. Essa pressão também era repassada por mim aos trabalhadores, em especial os ACS que eram incumbidos de diversas tarefas. Com o passar dos anos comecei a perceber que havia um distanciamento entre o trabalho que eu achava que deveria estar fazendo em prol de uma APS de qualidade e o que eu efetivamente vinha realizando. De alguma maneira eu passei a tentar amenizar a pressão que eu recebia antes de repassar as cobranças aos trabalhadores. Mas me faltavam explicações mais claras sobre o que explicava o fenômeno que eu estava vivenciando. Devido a uma proximidade muito grande com o trabalho dos ACS, passei a me incomodar muito com o quanto aqueles trabalhadores eram cobrados sem que tivessem o retorno que eu julgava ser adequado. Sentia-me instigado a buscar as formas de entender a situação dos agentes comunitários e essa busca me levou até o curso de mestrado profissionalizante da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio.

Durante o primeiro ano do curso participei de discussões que me permitiram apurar o conhecimento a respeito dos temas que motivaram as minhas inquietações. Foi então que consegui definir os problemas de pesquisa que conduziram o presente estudo.

Como as mudanças ocorridas na gestão do trabalho na APS carioca afetaram o trabalho dos ACS e as práticas de saúde desenvolvidas na Atenção Primária do Rio de Janeiro? De que forma os ACS percebem essas mudanças? Os agentes que iniciaram o trabalho após 2009 tem a mesma percepção do trabalho que os ACS que já trabalhavam desde períodos anteriores?

Para tentar responder a esses questionamentos foi traçado o seguinte objetivo geral:

Analisar as mudanças ocorridas no trabalho dos ACS a partir da chamada Reforma dos Cuidados em Atenção Primária em Saúde do Município do Rio de Janeiro.

Para nos conduzir ao alcance do objetivo geral proposto, traçamos os seguintes objetivos específicos:

- Caracterizar o cenário da APS do Rio de Janeiro nos anos que precederam a Reforma dos Cuidados em Atenção Primária em Saúde;
- Caracterizar o cenário da APS do Rio de Janeiro a partir da Reforma dos Cuidados em Atenção Primária em Saúde;
- Identificar as mudanças no trabalho desenvolvido pelos ACS a partir da Reforma dos Cuidados em Atenção Primária em Saúde;
- Conhecer as percepções dos ACS a respeito das mudanças ocorridas a partir da Reforma dos Cuidados em Atenção Primária em Saúde;
- Analisar a diferença de percepção sobre o trabalho na APS entre os ACS que iniciaram suas atividades antes da Reforma dos Cuidados em Atenção Primária em Saúde e dos que iniciaram depois dela..

Entendemos que estudar os modelos atuais de gestão do trabalho, considerando a perspectiva do trabalhador, tem ganhado cada vez mais relevância no contexto atual, aonde vem se desvalorizando os direitos trabalhistas. Os meios de produção da saúde diante dos novos modelos de gestão do trabalho também são uma temática que tem merecido atenção da produção de conhecimento científico. Essa relevância parece-nos ser ainda maior quando entendemos os sujeitos deste estudo sendo uma categoria profissional da saúde que não se

encontra no hall das categorias tradicionais da saúde como é o caso da medicina e da enfermagem, além de ser uma das categorias profissionais do SUS com maior número de trabalhadores.

Acreditamos que tema do cenário contemporâneo do trabalho em geral, e em especial do trabalho em saúde, vem representando situações e desafios para os trabalhadores que redefinem os parâmetros de exploração e ampliam as possibilidades de exposição dos trabalhadores a fatores estressores e causadores de sofrimento. Nesse sentido compreendemos que este estudo se justifica e se mostra relevante por ser dedicado a fazer novos questionamentos sobre o tema que permitam lançar novos olhares sobre os problemas do trabalho em saúde. Além disso, se justifica por percebermos que é altamente atual e relevante se discutir o tipo de Atenção Primária em Saúde que se pretende ofertar para a população brasileira. Esperamos que este estudo possa contribuir para a produção de novos conhecimentos e provoque o interesse de outros pesquisadores sobre as temáticas abordadas.

Após a leitura desta introdução apresentamos o percurso metodológico que seguimos para a realização deste estudo. Nesta seção explicaremos nossas escolhas metodológicas, o cenário, os sujeitos envolvidos as potencialidades e os desafios que encontramos no processo.

Para a melhor compreensão das temáticas envolvidas neste estudo e permitir que o leitor consiga nos acompanhar nas relações que fazemos entre esses temas e o trabalho dos ACS, buscamos na literatura autores que abordaram esses assuntos e os sistematizamos como nosso referencial teórico.

Dessa forma, Capítulo I (item 3 do sumário) o leitor encontrará uma explanação a respeito da Atenção Primária em Saúde, como se deu a adoção da APS no SUS. Apresentamos ainda, neste capítulo, o surgimento e um pouco da trajetória dos agentes comunitários de saúde.

No capítulo II (item 4 do sumário) abordamos conceitual e historicamente a Nova Gestão Pública (NGP) e o gerencialismo. E buscamos apresentar os efeitos do gerencialismo para os trabalhadores e como ele tem se apresentado no cenário brasileiro.

O Capítulo III (item 5 do sumário) contém duas partes, a parte inicial corresponde à caracterização da Atenção Primária em Saúde da cidade do Rio de Janeiro nos anos anteriores a 2009. Na parte final do capítulo apresentamos os principais pontos sobre a Reforma dos Cuidados em Atenção Primária em Saúde realizada pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro a partir de 2009.

O Capítulo IV (item 6 do sumário) contém a discussão da análise realizada com base nas entrevistas realizadas com agentes comunitárias de saúde a respeito do trabalho na APS, antes e depois de 2009.

No item 7, apresentamos nossas considerações finais e nossas conclusões a respeito do estudo.

2 – ASPECTOS METODOLÓGICOS

Para o alcance dos objetivos propostos, na busca pelo aprofundamento dos conhecimentos a respeito das mudanças introduzidas pelo modelo gerencialista sobre o trabalho dos ACS do Rio de Janeiro, foi desenvolvido este estudo exploratório de abordagem qualitativa. O estudo exploratório se justifica por propiciar ao pesquisador descortinar seus conhecimentos e percepções sobre um determinado problema, auxilia a compreender os sentidos que os pesquisados atribuem aos fenômenos observados inseridos no contexto de suas vidas cotidianas, sendo também um fomento para que outros problemas de pesquisa sejam desvelados.

Inicialmente, foi realizada a revisão de literatura que permitiu construir o arcabouço teórico, além da interpretação dos fenômenos que se apresentaram neste estudo. Foram abordadas as temáticas: Atenção Primária em Saúde, Nova Gestão Pública, Gerencialismo e Sistema Único de Saúde. Para tanto, foram consultados livros e artigos científicos e quaisquer outros documentos que poderiam contribuir para o estudo, como Leis e Portarias, Contratos de Gestão, e sites de internet.

A análise qualitativa segundo Bardin (2011) visa obter indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens, isto é, tem o objetivo proporcionar respostas aos problemas propostos. Após a transcrição das informações prestadas pelas ACS nas entrevistas, procedeu-se a leitura e a comparação. A repetição dos dados possibilitou o destaque de trechos das entrevistas que são chamados de “unidades de significado”, estes foram agrupados, gerando as categorias por meio da classificação e categorização de resultados convergentes e divergentes. Por último, os quatro temas foram classificados e os resultados interpretados. O conjunto das categorias criadas seguiu a distinção de “núcleos de sentidos”, pautados nas percepções das ACS antigas e recentes.

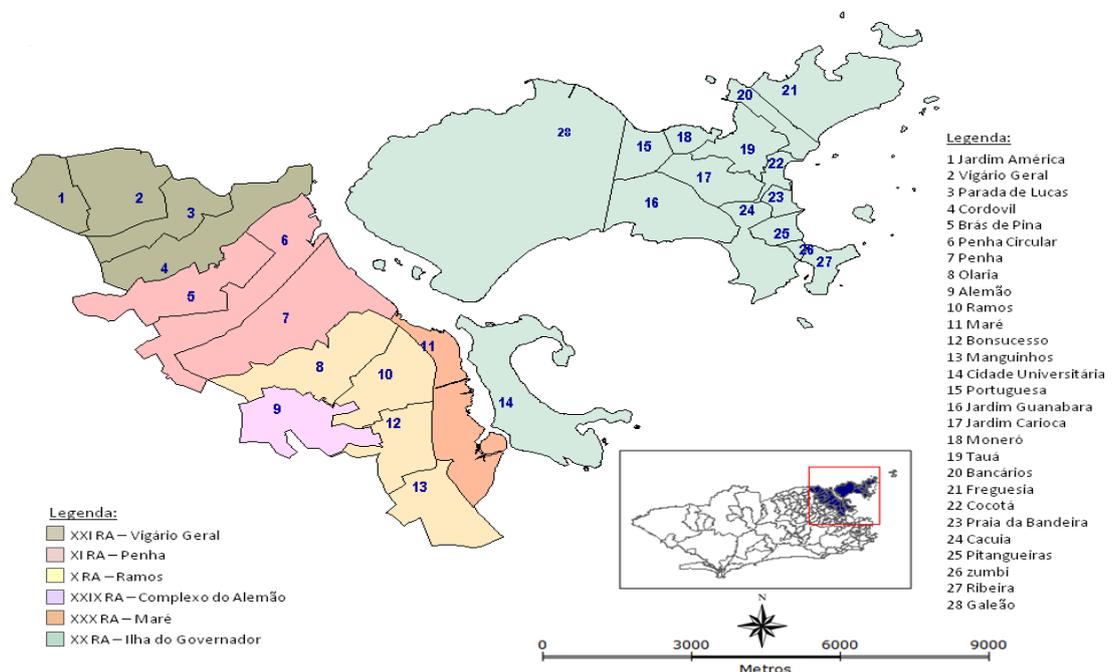
Os ACS do Brasil estão submetidos a realidades muito diferentes nas distintas cidades do país, assim, este estudo apresentou limitações na tentativa de compreender tal realidade. O recorte espacial realizado contemplou a área de planejamento 3.1 da cidade do Rio de Janeiro. Foram solicitadas formalmente as autorizações das gerências das unidades de saúde e da Coordenação Geral da Atenção Primária em Saúde da área para a realização das entrevistas.

A escolha pela Área de Planejamento 3.1 ocorreu pela aproximação com área, uma vez que a maior parte da vida laboral em APS do Rio de Janeiro tenha sido nesta área. Portanto, a maior familiaridade com as características das unidades de saúde da área e identificação facilitada dos ACS cujos critérios de inclusão estavam contemplados e, conseqüentemente, o aceite da participação na investigação. Ou seja, maior facilidade para o aceite dos responsáveis pelas unidades de saúde, bem como a viabilidade e execução do estudo.

Segundo o relatório de gestão de 2016, da Coordenação Geral da Atenção Primária em Saúde da Área Programática 3.1 (o último disponibilizado na internet), a população residente na região era de 865.551 pessoas em 2010, pelos dados do IBGE com estimativa de 900.477 para o final do ano de 2016 (RIO DE JANEIRO, 2016). Dessa população, aproximadamente 75% está assistida por equipes de saúde da família.

A área de planejamento 3.1 engloba os seguintes bairros do Município do Rio de Janeiro: Bancários, Bonsucesso, Brás de Pina, Cacua, Cidade Universitária, Cocotá, Complexo do Alemão, Cordovil, Freguesia (Ilha do Governador), Galeão, Jardim América, Jardim Carioca, Jardim Guanabara, Manguinhos, Maré, Moneró, Olaria, Parada de Lucas, Penha, Penha Circular, Pitangueiras, Portuguesa, Praia da Bandeira, Ramos, Ribeira, Tauá, Vigário Geral e Zumbi (Figura 1).

Figura 1 - Representação espacial da área de planejamento 3.1 segundo regiões administrativas e bairros, Rio de Janeiro, 2013.



Fonte: <http://cap31.blogspot.com/>

Nesta área estão instaladas trinta e sete unidades de saúde da APS, com a seguinte distribuição: 18 - Centros Municipais de Saúde; 17 - Clínicas da Família; 02 – Policlínicas, todas estas unidades possuem, atualmente, equipes de saúde da família. A dimensão do território e a grande quantidade de unidades de saúde desta área quando comparada com a totalidade do município, contribuem para atestar a relevância da área selecionada para o estudo.

Duas Clínicas da Família foram selecionadas para a realização das entrevistas com os Agentes Comunitários de Saúde. Uma delas atende à população de parte do bairro da Maré e a outra atende à população de parte dos bairros Alemão e Olaria. A seleção dessas unidades se deu devido a ambas terem em suas equipes ACS que atendem aos critérios de seleção descritos acima. Os gestores de ambas as unidades foram participados integralmente dos objetivos e da metodologia de pesquisa e forneceram livremente uma carta de anuência avaliando seu apoio à realização do estudo. O mesmo aconteceu com a Superintendência da Atenção Primária da Secretaria Municipal de Saúde que também forneceu carta assinada em apoio a realização da pesquisa.

A fonte primária de dados foi dividida em duas partes, inicialmente foi conduzida a entrevista com um informante chave, seguindo o roteiro (Apêndice A) para caracterização do cenário da atenção primária carioca nos anos que precederam a introdução do modelo gerencialista. Os critérios de inclusão para seleção do informante foi atuar como profissional de saúde de nível superior na Atenção Primária em Saúde do Rio de Janeiro, sendo que este deveria ter experiência na área assistência e de gestão de saúde no período entre 2000 e 2009.

Posteriormente foram realizadas seis entrevistas com agentes comunitários de saúde, orientadas por um roteiro semiestruturado com perguntas abertas (Apêndice B). As entrevistas foram gravadas (com auxílio de um gravador de voz) com a autorização dos entrevistados e, posteriormente transcritas digitalmente. Após a fase de entrevistas e transcrição, procedeu-se a análise das entrevistas, a categorização e a discussão dos resultados obtidos. Dentre os sujeitos de pesquisa, foram incluídos tanto os agentes que iniciaram suas carreiras dentro da lógica

gerencialista quanto os agentes que trabalhavam na APS previamente à introdução deste modelo de gestão do trabalho.

Para isso foram elencados para seleção dos possíveis participantes os seguintes critérios:

- Metade dos participantes com ao menos doze anos de trabalho como ACS no Rio de Janeiro (tempo necessário para ter trabalhado antes do início do modelo gerencialista na cidade).
- Metade dos participantes cujo ingresso na carreira ocorreu a partir do ano de 2009 e ao menos três anos de experiência, de modo que tivessem vivenciado suficientemente o trabalho como ACS, já dentro do modelo gerencialista;
- Todos os participantes aceitaram livremente a participação na pesquisa;
- Não foi relevante para o estudo a idade e o sexo dos participantes.

As agentes comunitárias que concederam as entrevistas foram selecionadas em dois grupos com 3 agentes em cada. O primeiro grupo foi composto por agentes comunitárias de saúde que já haviam iniciado a carreira antes de 2009, notificadas nas citações como “ACS Antiga”. Nesse grupo, a experiência profissional no cargo de ACS variou entre 14 e 21 anos e a idade das profissionais de 40 a 61 anos. Duas agentes do grupo concluíram o Curso Técnico de Agentes Comunitários de Saúde da EPSJV e a outra agente possuía o curso técnico em enfermagem.

O segundo grupo foi composto por agentes comunitárias de saúde que iniciaram a carreira após 2009 (ano de início da reforma da APS do Rio de Janeiro), e atuaram no mínimo cinco anos como ACS, sendo identificadas nas citações como “ACS Recente”. A idade neste grupo variou de 33 a 61 anos. Mesmo sabendo que entre os trabalhadores ACS a predominância é do sexo feminino, a escolha de seis agentes do sexo feminino foi aleatória. Quanto à escolaridade, uma ACS estava cursando o nível superior, outra era técnica de enfermagem e a terceira tinha o nível médio. Nenhuma delas cursou o Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde.

As entrevistas foram conduzidas em dias e horários acordados com as trabalhadoras de maneira a não atrapalhar suas atividades laborais. Foram realizadas nas suas próprias unidades de saúde para facilitar o acesso e em ambiente fechado reservado pela gerência das unidades para garantir a privacidade das entrevistadas. Na entrevista abordamos as questões do processo de trabalho, das relações com a equipe de saúde, a relação com a comunidade, questões trabalhistas, da infraestrutura e das condições de trabalho desses profissionais.

Todas as profissionais, ACS e informante chave, foram devidamente orientadas a respeito da pesquisa e sobre seus possíveis riscos, assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido em duas vias, sendo uma via para o pesquisador e outra para a entrevistada.

Os fenômenos que essa pesquisa pretendeu estudar aconteceram principalmente no período entre 2009 e 2016 (Gestão Eduardo Paes). No entanto, dois aspectos presentes na atualidade (2017-2018) foram citados. Ambos trouxeram e trazem consequências para o trabalho dos agentes. O primeiro ponto é que a nova Política Nacional da Atenção Básica (2017) apresentou alterações significativas para a ESF e, conseqüentemente, para os ACS. Dentre os quais, a possibilidade de criação de equipes de atenção básica sem a presença dos mesmos. Essas ameaças ainda são recentes, portanto, podem ser atravessamentos na representação dos agentes sobre as mudanças relacionadas ao tema da pesquisa. A segunda questão permeia a gestão municipal atual de Marcello Crivella (2017-2018), embora mantenha o gerencialismo, a crise financeira tem se traduzido em sérias repercussões na área da saúde, como atrasos de pagamentos; ameaça de rompimentos de contratos de gestão; ameaça de fechamento de unidades com demissão em massa de profissionais de saúde; e, greves dos profissionais de saúde da atenção primária em saúde reivindicando condições de trabalho e pagamento de salários. Essas questões podem influenciar o trabalho desses agentes, com foco diferente do pretendido nesta pesquisa. Assim, consideramos que os ACS ao relatarem suas percepções sobre o trabalho no período 2009-2016 também foram marcados pelos fatores mais atuais, ainda em curso, e buscamos levar em conta esta questão ao analisarmos o material.

Como este estudo foi desenvolvido com ACS em sua produção de dados, e considerando a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, no que tange às pesquisas envolvendo seres humanos, todas os indivíduos foram convidados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE - Apêndice C). Em tal documento todas as informações pertinentes à pesquisa, seus possíveis vieses éticos, finalidade e importância foram revelados, inclusive a possibilidade do indivíduos se retirar do estudo a qualquer

momento. A identidade dos ACS participantes foi preservada e suas falas reproduzidas por meio de codificação para manter seus nomes em sigilo.

Este projeto de pesquisa foi submetido à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro (ANEXO A), cujo parecer consubstanciado apresentou CAAE N° 92476218.1.3002.5279 e, da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (ANEXO B), cujo parecer consubstanciado apresentou CAAE N° 92476218.1.0000.5241. Os nomes dos participantes foram mantidos em sigilo durante toda pesquisa e os riscos envolvendo sua participação foram mínimos.

Este estudo não teve a pretensão de esgotar a análise sobre esta temática, mas sim, contribuir no esclarecimento das questões às quais os ACS inseridos neste cenário vivenciaram no âmbito laboral. Portando, os resultados obtidos pela análise descrevem a população de estudo e não devem ser generalizados, mas acreditamos que podem contribuir para a discussão sobre o trabalho dos ACS e dos trabalhadores de saúde da APS em geral. Além disso, esperamos que nossos resultados possam fomentar o interesse de outros pesquisadores a respeito do tema ou de seus possíveis desdobramentos.

Análise

Após a transcrição das entrevistas procedemos à leitura e destaque de unidades de significado (US), trechos das entrevistas que se mostraram relevantes ao alcance dos objetivos do estudo. Foram destacados das entrevistas das agentes 234 unidades de significado. Estas foram organizadas em temas que especificam a área relacionada ao trabalho onde as ACS indicaram ter havido mudanças antes e após 2009. Ao total foram identificados 17 temas que por sua vez foram organizados em 04 categorias, conforme a Tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição das Unidades de Significados pelas Categorias da Análise (Elaborado pelo autor).

CATEGORIAS	TEMAS	UNIDADES DE SIGNIFICADO (QUANT)
MUDANÇAS NA INFRAESTRUTURA DAS UNIDADES, CONDIÇÕES DE TRABALHO.	ESTRUTURA DAS UPS ANTES DE 2009	5
	ESTRUTURA DAS UPS APÓS 2009	4
	CONDIÇÕES DE TRABALHO	4
MUDANÇAS NO PROCESSO DE TRABALHO	ATRIBUIÇÕES ACS PRÉ 2009	15
	ATRIBUIÇÕES ACS APÓS 2009	21
	ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO ANTES DE 2009	21
	ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO APÓS 2009	32
	COBRANÇA ANTES DE 2009 (METAS / INDICADORES)	5
	COBRANÇA PÓS 2009 (METAS / INDICADORES / P4P)	33
MUDANÇAS NA SATISFAÇÃO COM O TRABALHO NA PERCEPÇÃO DE QUALIDADE DO TRABALHO	SATISFAÇÃO/PERTENCIMENTO TRABALHO ANTES DE 2009	9
	SATISFAÇÃO/PERTENCIMENTO TRABALHO APÓS 2009	19
	PERCEPÇÃO QUALIDADE ANTES DE 2009	2
	PERCEPÇÃO QUALIDADE APÓS 2009	12
MUDANÇAS NA RELAÇÃO COMUNIDADE E EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA	RELAÇÃO COMUNITÁRIA ACS ANTES DE 2009	11
	RELAÇÃO COMUNITÁRIA ACS APÓS 2009	29
	RELAÇÃO COM A EQUIPE ANTES DE 2009	2
	RELAÇÃO COM A EQUIPE APÓS 2009	10
	TOTAL DE UNIDADES DE SIGNIFICADO	234

3 – CAPÍTULO I - ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE NO BRASIL E OS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

Como capítulo de abertura, julgou-se pertinente apresentar alguns elementos importantes para as discussões que este estudo irá fomentar. Aqui discorreremos sobre a Atenção Primária em Saúde (APS) no Brasil, e por consequência, o Agente Comunitário de Saúde (ACS).

Acreditamos que, abordar esses temas, contribui para a construção do entendimento sobre produção de saúde que defendemos nas argumentações deste trabalho. A proposta é discutir o conceito de Atenção Primária em Saúde, entender quais foram as principais correntes de pensamento sobre a APS que influenciaram a construção do modelo adotado no Sistema Único de Saúde (SUS), além de analisar o processo de implantação da APS no SUS, como proposta de reformulação do modelo de atenção em saúde.

Não pretendemos aprofundar o debate sobre saúde ocorrido durante o período de redemocratização do Brasil na década de 1980, no qual culminou a criação do SUS, durante a Constituição de 1988. Reconhecemos que as discussões sobre os diferentes interesses em disputa no campo da saúde, pela definição das diretrizes políticas para a área, foram imprescindíveis para a definição do que hoje é o SUS. De um lado os defensores do direito à saúde e à vida, e do outro, os interesses do setor privado (PIRES, *apud* MERHY, 2002). Neste trabalho, nos limitaremos a citar alguns momentos e fatos deste período, sem nos comprometermos com o aprofundamento de tais debates. Entendemos ainda, que o cerne da questão a ser apresentada é como se desenvolveu a APS no Brasil, e utilizaremos o mesmo processo para apresentar o surgimento dos Agentes Comunitários de Saúde e seu contexto de trabalho.

3.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE – APS

A definição de Atenção Primária em Saúde apresentada pela Organização Mundial de Saúde em 1978 na Conferência de Alma Ata, compreendia os cuidados primários em saúde como:

cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da

comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (OMS *apud* LAVRAS, 2011, p. 869).

Giovanella e Mendonça (2012, p. 16) sintetizam a APS como um “conjunto de práticas integrais em saúde” sendo destinadas a atender demandas individuais e coletivas, que tem sido considerada no mundo como parâmetro para organizar sistemas de saúde centrados na pessoa.

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) defende que, a APS deve “constituir a base dos sistemas nacionais de saúde por ser a melhor estratégia para produzir melhorias sustentáveis e maior equidade no estado de saúde da população” (BRASIL, 2010, p. 9).

Barbara Starfield, sintetizou uma definição operacional da APS que vem sendo bastante utilizada, inclusive pelo Ministério da Saúde brasileiro. Neste documento, Starfield apresenta quatro atributos essenciais de APS (BRASIL, 2010) quais sejam:

- **Acesso de primeiro contato** do indivíduo com o sistema de saúde: acessibilidade e utilização do serviço de saúde como fonte de cuidado a cada novo problema ou novo episódio de um mesmo problema de saúde, com exceção das verdadeiras emergências e urgências médicas.
- **Longitudinalidade**: existência de uma fonte continuada de atenção, assim como sua utilização ao longo do tempo. A relação entre a população e sua fonte de atenção deve se refletir em uma relação interpessoal intensa que expresse a confiança mútua entre os usuários e os profissionais de saúde.
- **Integralidade**: leque de serviços disponíveis e prestados pelo serviço de atenção primária. Ações que o serviço de saúde deve oferecer para que os usuários recebam atenção integral, tanto do ponto de vista do caráter biopsicossocial do processo saúde-doença, como ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação adequadas ao contexto da APS, mesmo que algumas ações não possam ser oferecidas dentro das unidades de APS. Incluem os encaminhamentos para especialidades médicas focais, hospitais, entre outros.
- **Coordenação da atenção**: pressupõe alguma forma de continuidade seja por parte do atendimento pelo mesmo profissional, seja por meio de prontuários médicos, ou ambos, além do reconhecimento de problemas abordados em outros serviços e a integração deste cuidado no cuidado global do paciente. O provedor de atenção primária deve ser capaz de integrar todo cuidado que o paciente recebe através da coordenação entre os serviços (BRASIL, 2010, p. 9).

Além desses atributos, a definição de Starfield sistematiza, ainda, outras características que ela nomeia como “atributos derivados da APS” (BRASIL, 2010):

- Atenção à saúde centrada na família (**orientação familiar**): na avaliação das necessidades individuais para a atenção integral deve-se considerar o contexto familiar e seu potencial de cuidado e, também, de ameaça à saúde, incluindo o uso de ferramentas de abordagem familiar.
- **Orientação comunitária**: reconhecimento por parte do serviço de saúde das necessidades em saúde da comunidade através de dados epidemiológicos e do

contato direto com a comunidade; sua relação com ela, assim como o planejamento e a avaliação conjunta dos serviços.

- **Competência cultural:** adaptação do provedor (equipe e profissionais de saúde) às características culturais especiais da população para facilitar a relação e a comunicação com a mesma. (BRASIL, 2010, p. 9).

De maneira sintética, seguindo esta orientação, a APS deveria ser o primeiro contato dos indivíduos com o sistema de saúde e ser o condutor deste indivíduo pela rede de assistência em saúde, diante da necessidade de acesso a outro nível de atenção. Deve ofertar serviços que promovam o acolhimento integral dos indivíduos, de maneira a superar a fragmentação do atendimento médico superespecializado, considerando os demais determinantes de saúde. A APS deveria ser pautada no profundo conhecimento, por parte de seus profissionais, das características da população sob sua adscrição. Para que a sua oferta de serviços fosse organizada de forma coerente com esta demanda, promovendo a comunicação com os usuários de forma eficiente e profícua. Esses usuários, pertencentes a área de adscrição da APS, devem ter sua saúde acompanhada de maneira contínua pelas equipes de saúde da APS, em todos os ciclos de vida (da criança ao idoso) e linhas de cuidado em saúde.

3.2 APS ANTES DO SUS: IDEIAS INSPIRADORAS

Matta e Morosini (2008), apontam que a APS foi proposta como forma de organização das Rede de Atenção à Saúde (RAS) pela primeira vez em 1920 pelo Relatório Dawson, na Inglaterra. Este relatório, já apresentava a preocupação com o modelo flexneriano-americano de alto custo e baixa resolutividade. Apontando a APS como uma possível alternativa para os sistemas de saúde.

O referido relatório organizava o modelo de atenção em centros de saúde primários e secundários, serviços domiciliares, serviços suplementares e hospitais de ensino. Os centros de saúde primários e os serviços domiciliares deveriam estar organizados de forma regionalizada, onde a maior parte dos problemas de saúde deveriam ser resolvidos por médicos com formação em clínica geral. Os casos que o médico não tivesse condições de solucionar com os recursos disponíveis nesse âmbito da atenção deveriam ser encaminhados para os centros de atenção secundária, onde haveria especialistas das mais diversas áreas, ou então, para os hospitais, quando existisse indicação de internação ou cirurgia. Essa organização caracteriza-se pela hierarquização dos níveis de atenção à saúde (MATTÁ; MOROSINI, 2008, p. 24).

Dessa maneira, o relatório Dawson criou uma conceituação de APS que afetou a organização de sistemas de saúde pelo mundo (MATTÁ; MOROSINI, 2008).

Conforme citação no início do capítulo, uma das influências mais importantes sobre APS foi a Declaração de Alma Ata, fruto da Conferência Internacional de Atenção Primária

em Saúde, no Cazaquistão, antiga União Soviética (Conferência organizada em 1978 pela Organização Mundial de Saúde – OMS, e pelo Fundo das Nações Unidas pela Infância – UNICEF).

A marca do encontro estava impressa na crítica ao modelo verticalizado e seletivo de intervenção dos Organismos Internacionais (OI) na saúde dos países em desenvolvimento, em especial os da África e da América Latina, no combate às endemias. Outra marca, era o reforço da meta “Saúde para Todos no Ano 2000”. Essa meta traduzia a filosofia que passava a ganhar força, na qual a saúde era compreendida como um Direito Humano e que seria diretamente influenciada pelos determinantes sociais e políticos (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

A declaração da Conferência de Alma Ata apontava os meios a serem adotados pelos países do mundo visando o alcance da meta principal de universalização do acesso à saúde, e de um nível de saúde que viabilizasse a vida produtiva em todo o globo. Reafirmava a responsabilidade dos governos em prover a saúde para seus habitantes e a compreensão da saúde enquanto Direito Humano, valendo-se de medidas sanitárias e sociais.

A declaração reforçava ainda a necessidade da participação de outros diversos setores sociais e econômicos e também evocava a importância da participação popular na definição das políticas de saúde e da democratização dos saberes em saúde. Esses saberes incluem não apenas os conhecimentos biomédicos, mas também dos curandeiros, das parteiras e muitos outros.

A Conferência apontou, ainda, a APS como elemento central da organização dos sistemas nacionais de saúde, sendo concebida como nível essencial da atenção à saúde, cujo acesso deveria ser garantido a todas as famílias das comunidades. A APS seria a coordenadora do cuidado, sendo o primeiro contato do indivíduo com a atenção à saúde e também quem o conduziria aos demais níveis de complexidade do sistema de saúde conforme a necessidade do usuário (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

A declaração referendou que os sistemas de saúde se caracterizassem pela oferta regionalizada de serviços de saúde, portanto, a partir das necessidades de cada população. Recomendava, ainda, que os espaços fossem desenvolvidos de maneira a permitir a participação popular na gestão desse sistema; educação em saúde voltada à promoção e à prevenção da saúde; investimento na saúde materno-infantil; planejamento familiar; imunização; prevenção e controle de doenças endêmicas; tratamento de doenças e lesões

comuns; fornecimento de medicamentos essenciais; bem como, distribuição de alimentos e orientação para uma nutrição apropriada (LIMA, 2010).

Por sua relevância mundial na defesa do direito à saúde e pelo conteúdo convergente com o movimento sanitário brasileiro, a Conferência de Alma Ata foi uma grande influência para a APS brasileira. Apesar de não ter havido representação brasileira entre os delegados da conferência. Concomitante a isso, algumas experiências em saúde coletiva no Brasil ganharam notoriedade.

Experiências de saúde comunitária com ênfase na educação popular em saúde vinham mostrando alinhamento com os ideais de Alma Ata. A possibilidade de se desenvolver, no Brasil, um sistema de saúde centrado nas pessoas e contando com participação da população começava a ganhar mais concretude entre aqueles que buscavam a reforma sanitária.

Essas experiências ocorreram independentes do modelo previdenciário de saúde vigente no país antes da criação do SUS, que estava sob a tutela da Previdência Social, e era responsável por viabilizar atendimento médico apenas para a população inserida no mercado de trabalho formal.

Em contraponto ao modelo vigente, podemos citar, como exemplo, o Plano de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS):

Nas décadas de 1960 e 1970, no âmbito dos programas de extensão de cobertura, dentre os quais se pode destacar o Plano de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Piass), encontramos alguns elementos que também remetem às concepções que sustentam a APS, como a aproximação com a comunidade, o desenvolvimento de ações de prevenção e assistência e a inserção de um trabalhador recrutado nas próprias comunidades, caracterizado como sendo de nível auxiliar (FONSECA; MOROSINI; MENDONÇA, 2013, p. 533).

As referidas experiências e as propostas de Alma Ata corroboraram com a consolidação do entendimento da saúde como um direito inerente à cidadania, e que para tanto se fazia mister a reformulação do sistema nacional de saúde e do financiamento do setor.

A mudança do modelo de atenção à saúde deveria romper com a hegemonia do modelo médico-assistencial hospitalocêntrico. Modelo que era realizado de maneira não universalizada, com altos custos e baixa eficiência na produção de saúde. Veremos adiante que esse rompimento de modelo não viria a se concretizar conforme o esperado.

Outra importante influência para a conceituação brasileira de APS foi a visão recomendada pelos Organismos Internacionais (OI), dentre os quais o Banco Mundial (BM) e o Fundo Monetário Internacional (FMI). Estes, claramente, se distanciavam do modelo de APS elaborado na Conferência de Alma Ata.

Em documento publicado em 1975, o Banco Mundial já havia se posicionado com recomendações para a assistência em saúde que deveria ser provida pelos Estados. O BM defendia a ideia de que para garantir a eficiência de um sistema de cuidados de saúde, este deveria ser organizado, não apenas regionalmente, mas também deveria considerar a cultura local para seu planejamento. Dessa forma, o sistema teria maior legitimidade junto às comunidades assistidas. Apesar disso, essa proposta não entendia a saúde de forma abrangente, e sim fragmentada e com enfoque em controle de endemias que acometiam a população pobre (NOGUEIRA, 2017).

Giovanella e Mendonça (2012) e Lima (2010) reforçam que a concepção de APS do Banco Mundial não estava alinhada à definição proposta pela Conferência de Alma Ata. O BM recomendava uma APS restritiva que deveria ser parte de um projeto de redução da pobreza com vistas aos interesses do capital, limitada apenas a produzir condições mínimas para manutenção da vida produtiva.

O BM atribuía a essa Atenção Primária em Saúde Seletiva (APSS) o valor da eficiência econômica, por possibilitar assistência básica em saúde a um número grande de indivíduos a custos inferiores aos praticados na assistência médico-hospitalar ou na APS idealizada em Alma Ata (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Diante do que foi apresentado, podemos perceber algumas das mais importantes influências que contribuiram para os debates sobre a saúde no Brasil durante o processo de redemocratização do país. Nesse ínterim, consolidou-se também o entendimento de que a saúde seria um direito inerente à cidadania, e que para tanto, fazia-se necessário a reformulação do sistema nacional de saúde e do financiamento do setor.

Assim, sob a influência de Alma Ata, das recomendações dos Organismos Internacionais, das experiências positivas dos programas de interiorização da saúde no interior do país e de diferentes opiniões e interesses em debate, ocorreu em 1986 a VIII Conferência Nacional de Saúde.

Neste evento foram discutidos conceitos de saúde coletiva,

determinação social do processo de saúde-doença, organização social dos serviços de saúde, com matriz teórica marxista, mas também a promoção da saúde, consciência sanitária, políticas públicas intersetoriais e a noção de sistemas de saúde (PAIM, 2008, p. 108).

As resoluções da VIII Conferência Nacional de Saúde apontaram os caminhos pelos quais a sociedade civil entendia que deveriam seguir as políticas sociais da saúde. Esses ideais foram expressos na Carta Magna de 1988, forjando a essência do SUS.

Este não foi um processo simples, como podemos perceber na fala de Tatiana Vargas de Faria Baptista:

O debate constituinte foi acirrado e revelou resistências por parte dos prestadores de serviço privado do setor saúde e da medicina autônoma, além de conflitos de interesses entre os reformistas atrelados ao MS e os reformistas da previdência social. As disputas de interesse não foram suficientes para barrar a aprovação do SUS e seus princípios, mas impediram a definição de algumas políticas importantes para o processo de implementação da reforma, tais como o financiamento, a regulação do setor privado, a estratégia para a descentralização e unificação do sistema, dentre outras (BAPTISTA, 2014, p. 53).

O acirramento do debate apontado anteriormente se manteve após a promulgação da Constituição e influenciou também a aprovação das leis regulamentadoras do SUS (Lei Orgânica):

A lei deveria regulamentar o SUS e definir com maior nível de detalhamento seus objetivos e atribuições, aprofundar a questão do financiamento, da regulação do setor privado, da descentralização, regionalização e hierarquização do sistema, da participação popular, dentre outras. O contexto político no momento de negociação dessa lei (último ano do governo Sarney e primeiro ano do governo Collor) não possibilitou agilidade na sua aprovação; foram 390 dias de tramitação no Congresso Nacional e uma aprovação parcial da lei (Lei N°8.080), que sofreu vetos presidenciais (Collor) nos aspectos relativos ao financiamento, participação popular, organização da estrutura ministerial, da política de cargos e salários e outras. Três meses após a aprovação da Lei N°8.080, foi aprovada uma outra (Lei N°8.142), complementar a esta, definindo algumas propostas vetadas na lei original (principalmente em relação ao financiamento e à participação popular). (BAPTISTA, 2014, p. 53).

Com o SUS aprovado em 1988 e as Leis Orgânicas aprovadas em 1990, o desafio passou a ser sua implantação, e a reforma radical do modelo de atenção que marcou o fortalecimento e a implantação da Atenção Primária em Saúde no Brasil.

Julgamos importante fazer uma ponderação ao final deste item, pois, após 40 anos da realização da Conferência de Alma Ata, foi realizada em outubro final de 2018 em Astana (Cazaquistão) uma nova Conferência Global sobre Atenção Primária à Saúde. O evento, organizado pela OMS e UNICEF, teve a participação dos Ministros de Saúde e delegados de diferentes países do mundo. Na ocasião, foi apresentada a nova Declaração sobre Atenção Primária à Saúde, cuja versão preliminar havia sido submetida a consulta pública meses antes da realização da conferência. Marca da nova declaração é a reafirmação da APS como principal estratégia indicada para o alcance de melhores níveis de saúde da população mundial e o seu alinhamento com outros grandes acordos diplomáticos internacionais, como os Objetivos para o Desenvolvimento Sustentável (ODS)¹ e a Agenda 2030². Entretanto, os

¹Leia a respeito dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável em: <https://nacoesunidas.org/conheca-os-novos-17-objetivos-de-desenvolvimento-sustentavel-da-onu/>

debates realizados na conferência apontaram alguns pontos em disputa que, de certa forma, mostram um distanciamento no sentido de APS que foi discutido em Astana, em comparação com o que fora proposto em Alma Ata. O ponto principal é a ideia defendida a respeito da Cobertura Universal de Saúde (em inglês, Universal Health Coverage - UHC) possui um alinhamento claro com as normativas neoliberais e orientam para o clássico entendimento de saúde como ausência de doenças (FONSECA, 2019). Nesse sentido, a UHC limita-se ao conceito de acesso aos serviços e ações de saúde, afastando-se do conceito de APS abrangente, por desconsiderar os determinantes sociais de saúde e por não se comprometer com a elevação dos níveis de qualidade de vida das pessoas. Fonseca (2019) aponta que UHC apresenta-se como uma renovação do conceito de APS seletiva e que isso ganha apelo num contexto em que prevalece a racionalidade econômica. De acordo a autora e em concordância com o nosso entendimento, o processo de saúde e doença é bastante complexo, e demanda que ações de intersetorialidade e mesmo multisetorialidade intervenham nos diferentes setores sociais transformando determinantes da saúde (FONSECA, 2019). Uma crítica importante feita pela autora foi de que na Conferência de Astana a ideia de multisetorialidade foi evocada apenas como um meio para justificar a ampliação da participação do setor privado na APS, diminuindo a importância dada a ideia de Estado responsável pelo direito humano à saúde. Outro ponto, diz respeito à forma como a nova declaração trata da importância de “empoderar indivíduos e comunidades”. Neste tópico, a abordagem sugere uma forma de produção de saúde com traços individualistas, portanto, mais distantes do conceito de controle ou participação social. A autora admite que existam formas mais otimistas de interpretar essa parte da declaração, mas que de maneira geral a leitura do texto indica uma orientação para a transferência de responsabilidade e não agrega a “capacidade popular de compreender suas necessidades de saúde e desenhar encaminhamentos” (FONSECA 2019, p.2).

Concordamos com Fonseca (2019, p. 2) quando ela avalia que a percepção crítica e sua preocupação com o texto da declaração de Astana, não invalida completamente o mérito da conferência enquanto marco na “luta histórica pela garantia efetiva de sentidos que fortaleçam o caráter público e universal da saúde”. A autora argumenta que a declaração incorpora os posicionamentos de sentidos conflitantes (APS seletiva x APS abrangente), além de interesses com pouca possibilidade de conciliação. Por isso, Astana apresenta indefinições que mostram que os interesses privados e ou neoliberais que marcaram o “pós-declaração de Alma Ata” continuam atualmente em disputa com os ideais de uma APS abrangente.

² Leia a respeito da Agenda 2030 em: <http://www.agenda2030.org.br/sobre/>

3.3 APS NO SUS: PROPOSTA DE REORGANIZAÇÃO DOS SISTEMAS DE SAÚDE

O período de redemocratização do Brasil, em que ocorreu a VIII Conferência de Saúde (1986) e a assembleia constituinte (1987-1988), teve ao final, a criação do SUS na Constituição Federal em 1988, conforme exposto previamente. Todavia, a implantação do SUS não passou incólume aos interesses adversos às lutas sociais. Os governos Fernando Collor e Fernando Henrique Cardoso, nos anos 1990 e início dos anos 2000, ao mesmo tempo em que foram os responsáveis pela implantação do SUS, mostraram em suas agendas uma estreita relação com as políticas neoliberais:

A ascensão ao governo de Collor de Mello (1989-1991), e especialmente de Fernando Henrique Cardoso (1994-2002), representou a adesão do país ao neoliberalismo como fundamento político ideológico da reforma do Estado e da gestão pública, exatamente no momento de redefinição da política nacional de saúde para atender o estabelecido na Constituição Federal de 1988 (RIZZOTTO, 2014, p. 264).

As recomendações dos OI referentes à uma APSS ganha maior apelo neste período dado alinhamento ideológico do Estado brasileiro. Nesse contexto político, o setor de saúde do país foi alvo de uma intensa disputa de interesses. De um lado, um movimento que dialogava com a defesa dos valores do movimento sanitário brasileiro, e do outro, os interesses do capital que ambicionavam a instalação no país de um sistema de saúde que se alinhasse melhor com os interesses de acumulação do capital. A presença de lideranças do movimento sanitarista ocupando cargos no governo neste período configurou-se como uma resistência em prol dos valores que eram almejados para a reforma sanitária brasileira desde a década de 1980 (FONSECA; MOROSINI; MENDONÇA, 2013).

O povo brasileiro conviveu com o modelo de saúde previdenciária dos anos 1940 até a criação do SUS em 1988. Durante a vigência desse modelo, a saúde básica era ofertada de forma limitada, por meio do modelo sanitarista, configurado por suas campanhas sanitárias, controle de doenças, agravos, epidemias e os sistemas de vigilância em saúde (TEIXEIRA; VILASBOAS, 2013). Este modelo também não era capaz de atender todas as necessidades de saúde e às expectativas da população brasileira, com relação ao SUS. Para Teixeira e Vilasboas (2013) a reformulação do modelo de atenção exigia uma:

formulação e implementação de políticas que criem condições para as mudanças no nível “micro”, ou seja, com o desencadeamento de processos político-gerenciais que criem condições favoráveis para a introdução de inovações nas dimensões gerenciais, organizativas e técnico-assistenciais propriamente ditas, isto é, no âmbito das práticas de saúde – promocionais, preventivas, assistenciais ou reabilitadoras. (TEIXEIRA; VILASBOAS, 2013, p. 5).

O SUS é estruturado de maneira que exista uma responsabilização e comando descentralizado para cada esfera de governo (Federal, Estadual e Municipal). Assim, cada esfera deve possuir condições gerenciais, técnicas, administrativas e financeiras para exercer sua função. Além disso, o sistema deve contar com a participação da população na sua formulação, mediante a atuação da população em conselhos e conferências de saúde realizadas regularmente.

A legislação do sistema de saúde brasileiro preconiza que ele seja organizado de forma regionalizada e hierarquizada. Isso significa que os serviços de saúde devem ser ofertados em níveis crescentes de complexidade de acordo com o conhecimento aprofundado das características epidemiológicas e sociodemográficas da população de uma determinada área geográfica.

Os princípios e as diretrizes do Sistema Único de Saúde se justificam pela tentativa de garantia de acesso universalizado aos serviços de saúde pública pelo Estado brasileiro, considerando-se as diferenças entre os indivíduos e organizado para atender essas diferenças de forma equitativa. E que, além disso, compreendam as pessoas como um todo, articulando-se com os demais setores da sociedade para assegurar a integralidade da saúde dos indivíduos (BAHIA, 2008).

Relacionando as características do sistema de saúde com os conceitos apresentados até agora, no capítulo, podemos perceber que os primeiros anos da implantação do SUS deu-se pressionada pelos diferentes interesses em disputa. O entendimento de que o investimento na APS poderia ajudar a condução da consolidação do SUS e a garantia do direito à saúde foi surgindo nos anos 90, via movimento sanitarista. Esta corrente concorria com o interesse do BM que recomendava ao Estado brasileiro a adoção de suas recomendações para que a saúde focasse as populações mais empobrecidas por meio de medidas seletivas e de grande impacto. Dentro dessa perspectiva foi sendo desenvolvida a mudança de modelo de atenção em saúde no início na década de 1990.

Segundo Giovanella e Mendonça (2012), o termo “Atenção Básica” foi adotado pelo Ministério da Saúde para se referir ao modelo nacional da APS, numa tentativa de se afastar ideologicamente da APS Seletiva, proposta pelos Organismos Internacionais. O objetivo da escolha seria o de manter os ideais do Movimento Sanitarista brasileiro.

Para Gil (2006), o conceito de Atenção Básica e Atenção Primária merecem maior discussão. Alguns municípios fazem referência à organização da rede municipal utilizando o termo “Atenção Básica” e outros casos usando “Atenção Primária”. A autora relata que o

emprego de um ou outro termo acontecem ora como sinônimos, ora como contraposição de sentidos. Gil (2006) realizou um estudo analisando os principais documentos oficiais do Ministério da Saúde (MS) e a produção científica em saúde de 1990 até 2005, buscando elementos que auxiliassem a elucidação da concepção expressa nesses documentos, entre ABS ou APS. Nos resultados da pesquisa, a autora encontrou elementos que dialogam com o entendimento apontado por Giovanella e Mendonça (2012), a respeito da Atenção Básica como sinônimo de Atenção Primária. Entretanto, também foram encontrados indícios que relacionam o entendimento da Atenção Básica como sendo serviços básicos de saúde, dentre os quais, cesta básica de saúde; pacote básico de saúde; e, prestação básica de serviços (GIL, 2006). Isso, de certa forma, aproxima os conceitos em questão à proposta das agências financeiras (BM e FMI). Gil (2006) afirma que:

O diálogo proporcionado pela leitura e análise desses documentos e artigos permitiu identificar que, no contexto brasileiro, a Atenção Primária à Saúde traz consigo as seqüelas do debate travado nos anos 70, decorrentes do caráter racionalizador defendido por alguns atores das agências financeiras que preconizavam a redução do financiamento e gastos em saúde, em detrimento das reais necessidades de saúde das populações dos países periféricos. Mesmo não tendo sido essa a racionalidade de muitos dos formuladores das políticas de saúde da época, que defendiam, inclusive, o aumento de recursos para o setor, a Atenção Primária à Saúde, por ter sido implementada num contexto no qual a expansão da cobertura veio acompanhada das propostas de contenção do financiamento, teve seus pressupostos estruturantes de um novo modelo (universal, equânime, inclusivo, integral) obscurecidos pelo ideário neoliberal racionalizador (focalização, baixo custo, pacote básico, excludente). Mesmo assim, esse debate tem sido salutar por manter alerta e vigilante os diferentes segmentos sociais da reforma sanitária brasileira em relação aos rumos da política de saúde, do próprio SUS e da concepção de política setorial que se quer imprimir no país (GIL, 2006, p. 1179).

Apresentamos essas diferentes concepções, para estimular o debate sobre a questão de que tipo de Atenção Primária é desejada para o Brasil e qual tipo é a que vem sendo executada. Neste estudo, a opção pelo termo Atenção Primária em Saúde (APS) se deu principalmente por ser esta a nomenclatura adotada na cidade do Rio de Janeiro. Os gestores da Saúde Pública da cidade, àquela época, alegavam que a nomenclatura afastava o que se pretendia realizar com uma reforma dos cuidados em APS no Rio de Janeiro, da ideia de uma Atenção Básica, enquanto cesta básica de serviços de saúde. O que defendemos ao realizar este estudo é o desenvolvimento de uma Atenção Primária em Saúde que dialogue com os ideais do movimento sanitarista brasileiro. Uma APS que consiga, na prática, romper com a prestação de serviços de saúde verticalizados e centrados na assistência médica, valorizando também os determinantes sociais que envolvem a produção de saúde, com a intencionalidade de fomentar a transformação das pessoas e de suas práticas, acolhendo, formando vínculo e dialeticamente envolvida com o progressivo aumento da autonomia dos sujeitos.

3.4 ESTRATÉGIAS DE REORIENTAÇÃO DO MODELO DE ATENÇÃO: PACS E PSF (ESF)

Mariana Nogueira (2017) aponta que as experiências com trabalhadores comunitários de saúde datam do final da década de 1970. Foram experiências de educação popular em saúde, realizadas principalmente sob a orientação religiosa das pastorais católicas e das instituições de formação médica no campo da medicina comunitária junto a trabalhadores das comunidades.

Essas experiências que permitiram muitas críticas e reflexões a respeito da realidade das periferias brasileiras, ao mesmo tempo “tencionavam o modelo médico-hegemônico” (NOGUEIRA, 2017, p. 170), uma vez que não se centravam apenas nas doenças, mas em seus determinantes e no território como um todo.

O já mencionado Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), no final da década de 70, também trazia em sua composição a presença desses trabalhadores no contexto nordestino:

... o Programa [...] que, de 1976 a 1979, privilegiou o recrutamento e auxiliares que morassem no local beneficiado. A ideia de engajamento da comunidade no programa, que marca o trabalho do ACS, também estava presente aqui (MATHIAS, 2008, p. 24).

Além desses, é essencial citar o Programa de Agentes de Saúde do Governo do Estado do Ceará, que também se constituiu em importante experiência de interiorização do acesso à saúde no Nordeste. Mathias (2008) afirma que neste programa:

... foram lançadas de uma vez por todas as bases para a transformação do trabalho dos agentes comunitários em política pública. [...] proposta de socorro às populações atingidas pela seca, se transformou em uma ampla ação de promoção à saúde, utilizando o trabalho dos ACS em larga escala. (MATHIAS, 2008, p. 24).

Ambas as experiências empregaram muitas pessoas residentes das áreas assistidas pelos programas, em sua maioria do sexo feminino. Eram chamados de “pessoal auxiliar ou agente de saúde”, e recebiam um treinamento ministrado normalmente por uma enfermeira. “Atuavam na implantação de hortas comunitárias, implantação de sistemas simplificados de lixo, abastecimento de água, etc.” (NOGUEIRA, 2017, p. 172).

O Banco Mundial, em documento publicado em 1975, que fazia proposições para o campo da saúde, já recomendava o emprego de trabalhadores comunitários de saúde. Com relação a esses trabalhadores, o BM indicou que estes deveriam receber treinamento simples para realizar ações de prevenção de doenças, sem que nenhuma formação anterior fosse

necessária, nem mesmo saber ler ou escrever. Na verdade, a ideia era que a comunicação desse trabalhador com a população assistida seria mais eficiente por serem da mesma origem social e cultural. Caberia a esses trabalhadores comunitários a função de realizar, principalmente, visitas domiciliares, prevenção de doenças e educação em saúde (NOGUEIRA, 2017).

Nos anos 90, já na vigência do SUS, foram criados programas nacionais já com a ampla presença de agentes comunitários de saúde que passam a ter uma centralidade nacional nas estratégias de atenção básica de saúde. A implantação se deu com o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991, numa proposta menos abrangente da APS.

O Programa de Saúde da Família (PSF) surge em 1994, com a pretensão de trazer integralidade, interdisciplinaridade, longitudinalidade nas relações com os usuários e uma competência comunitária para a assistência de saúde prestada à população. O Programa é “implantado prioritariamente em territórios onde se materializam de forma mais intensa a precariedade das condições de vida resultante das desigualdades sociais” (NOGUEIRA, 2017, p. 21).

Com a implantação das primeiras equipes do PSF, ainda em 1994, é inaugurado um novo paradigma na atenção à saúde nacional, centrado nas necessidades de cada comunidade, na atenção integral às famílias e organizado a partir do trabalho de Equipes de Saúde da Família (eSF) (SCHMIDEL, 2009).

A partir do PSF, a família passa a ser compreendida como uma unidade de cuidado. Essa mudança de paradigma visava apresentar uma proposta de cuidado que superasse a desumanização, a fragmentação, a centralidade na recuperação biológica individual, a rígida divisão do trabalho e a desigualdade de valoração social dos diferentes trabalhos característicos do modelo de saúde previdenciária (ALMEIDA e MISHIMA, 2001).

Posteriormente, este programa passa a compor a estratégia de consolidação da APS no Brasil passando a ser conhecida como Estratégia de Saúde da Família (ESF), modelo de assistência de saúde pública em nível nacional, fortalecendo a organização da Rede de Assistência à Saúde, com vistas a “ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade” (BRASIL, 2006, p. 3 e 2012, p. 56).

Em 1997, a reorientação do modelo de atenção foi normatizada pela publicação da Portaria N° 1.886/GM. A partir de então, foram aprovadas as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família. Pela

primeira vez o PSF foi apontado como substitutivo da rede básica até então vigente, e nas palavras de Schmidel (2009, p. 16), “é a porta de entrada para o sistema de saúde”, sendo identificado como uma prática de alta complexidade tecnológica, tanto no campo de conhecimento como no de desenvolvimento de habilidades e mudanças de atitudes.

Com a Portaria N° 648 de 2006, posteriormente revogada pela portaria N° 2.488 de 2011, ficou destacado que o PSF “se consolidou como a estratégia prioritária para reorganização da Atenção Básica” (BRASIL, 2006). Desta forma, a ESF tornou-se uma política de âmbito nacional, com a proposta de orientar a reestruturação da rede de atenção à saúde no SUS.

A ESF veio priorizar as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família de forma integral e contínua, garantindo a ampliação do acesso e a extensão da cobertura para a população. A portaria publicada em 2011³ reafirma esta perspectiva, ampliando o escopo da APS no país.

A reorganização da atenção básica em saúde no país passou a conceber a ESF como principal ferramenta para expansão, qualificação e consolidação da atenção básica (BRASIL, 2011). A ESF propõe-se a reorientar o processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica e do SUS, além de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades (BRASIL, 2012).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2012, aponta ser responsabilidade dos entes Municipais e do Distrito Federal a ampliação da ESF, como o modelo para a expansão da rede de atenção à saúde (BRASIL, 2012). A partir de uma atenção básica fortalecida, o usuário teria a coordenação essencial para acessar todos os demais níveis de atenção à saúde de acordo com suas necessidades.

Para a PNAB 2012, a ESF deveria dar prioridade a promoção à saúde e prevenção de doenças sem prejuízos na recuperação da saúde na sua abordagem. O foco passa a ser a família inserida em um contexto territorial, a área de abrangência, e não mais uma assistência organizada de forma fragmentada (programa de diabetes, programa de saúde da mulher, programa de imunização, etc.). O vínculo com a população assistida passa a ser a chave para a qualidade da assistência, mediante uma relação longitudinal e tendo como base os princípios e diretrizes do SUS: universalidade, integralidade, equidade, descentralização, atendimento integral e participação social.

³ A publicação da Portaria N° 2488 de 2011 trazia o texto publicado no ano seguinte já na forma da Política Nacional de Atenção Básica 2012 (BRASIL, 2012).

A ESF foi apresentada também, como uma estratégia de organização que potencialmente poderia reduzir a necessidade da hospitalização. Ao assistir às famílias de maneira extensiva, a estratégia poderia reduzir potencialmente as possibilidades de agravamentos de problemas de saúde, em especial de quadros crônicos, ou agudos com menor complexidade de tratamento (BRASIL, 2012).

Com intuito de atingir aos objetivos supracitados, a ESF constitui-se de uma equipe composta por diferentes categorias profissionais e a assistência prestada deve estar voltada a um grupo populacional delimitado. Minimamente, a Equipe de Saúde da Família (eSF) deveria conter um médico generalista ou especialista em Saúde da Família ou médico de Família e Comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS).

A equipe pode contar também com membros da saúde bucal, podendo acrescentar a esta composição o cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em saúde bucal (BRASIL, 2012). Este foi o norte para organização de equipes de saúde na APS, que foi adotada no período compreendido por este estudo (2009-2016).

A nova PNAB, publicada por meio da Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, permite outras possibilidades. Cria diferentes modalidades de equipes de atenção básica, enfraquecendo a representatividade da Estratégia de Saúde da Família, pois retira a obrigatoriedade de se ter ACS na APS (BRASIL, 2017).

Essa nova Política aproxima a APS brasileira àquela recomendada pelos OI, pautada em uma suposta flexibilidade que deveria atender a necessidades específicas loco regionais (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018). No entanto, restringe, de certa forma, a proposta de saúde integral em detrimento de algo mais seletivo.

Não se pretende, com isso, dizer que a APS que vinha sendo praticada com base nos textos das versões anteriores da PNAB era a garantia de uma assistência integral em saúde, mas havia a preocupação de que a política considerasse essa vertente. A ESF enfrenta, desde sua concepção, muitas dificuldades para seu pleno funcionamento. Em diversos casos, as dificuldades são oriundas das próprias Políticas Públicas.

Apesar de a APS ganhar centralidade na estratégia assistencial do sistema de saúde brasileiro, somos forçados a admitir que um dos principais objetivos deste processo não foi completamente atingido. Os esforços das correntes do movimento sanitário induzindo investimentos na busca pela reversão do modelo de atenção com vistas a priorizar a APS, fortalecer a vigilância em saúde, construir redes integradas de saúde e implantar linhas de

cuidado com acolhimento e humanização, trouxeram grandes avanços no que diz respeito ao centro de atendimento em saúde deixar de ser o espaço hospitalar. O SUS não foi capaz de efetivar o rompimento radical com a posição hegemônica do modelo hospitalocêntrico, mas alçou grandes avanços nesse sentido. E essa hegemonia pode ainda ser observada no sistema suplementar e sob determinados aspectos também no SUS. Tal qual nos anos 1990, hoje, o desenvolvimento do SUS é alvo constante de disputas de interesses do capital (TEIXEIRA; VILASBOAS, 2013). Além disso, como discutiremos no próximo capítulo, a gana pela inserção do capital privado no nicho da saúde pública promoveu a criação de outras estratégias de privatização (PIRES, 2014).

Outro ponto é que o investimento por parte dos municípios na expansão da APS se deu e ainda vem acontecendo de forma heterogênea. Isso compromete a cobertura da APS para toda a população e impede que seja assegurado o acesso a todos os serviços que deveriam ser prestados nesse nível de atenção à saúde, bem como a coordenação do cuidado para os demais níveis (TEIXEIRA; VILASBOAS, 2013).

Além do que foi apresentado, podemos prever um enfraquecimento da centralidade da atenção básica em saúde no âmbito nacional a partir das diretrizes apontadas na PNAB de 2017. A publicação foi lançada em meio a um contexto político de crise econômica cuja orientação compreende em:

... modificar a destinação dos recursos do fundo público, limitando as políticas sociais, promovendo a redução da dimensão pública do Estado e ampliando a participação do setor privado (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018, p. 14).

Nesse sentido, o texto da nova PNAB pode sugerir uma relativização da cobertura. A cobertura de 100% (do trabalho dos ACS) é proposta apenas para áreas de risco, vulnerabilidade social e grande dispersão territorial, ferindo o princípio da universalidade do acesso ao SUS (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018). Outro ponto que pode ser considerado como um retrocesso é o descompromisso com parâmetros que favoreçam a elaboração de uma oferta de serviços progressivamente mais qualificados. Um exemplo disso, embora suprimido do texto da PNAB 2017, trata-se da relação inversamente proporcional entre quantidade de pessoas atendidas por uma eSF e seu grau de vulnerabilidade, conforme havia na PNAB de 2012 (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

A PNAB 2017 cria um entendimento segmentado de atenção básica, uma vez que classifica os serviços de cuidados em padrões essencial e ampliado. Os padrões essenciais compreendem as ações que devem ser garantidas em todo o país, isso diminui o entendimento

do que é considerado atenção primária, que por conceituação deveria ser capaz de solucionar até 80% das demandas da população (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

Os padrões avançados seriam serviços considerados estratégicos para o avanço e o alcance de padrões elevados de acesso e de qualidade na atenção primária. Entretanto, este padrão é apenas uma recomendação, sendo apenas algo que os municípios deveriam considerar para viabilizar, quando julgarem pertinente (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

Pode-se concluir disso, que além do descompromisso com o princípio da universalidade do acesso, a PNAB 2017 pode ser vista como uma ameaça ao princípio da integralidade. Para Morosini, Fonseca e Lima (2018), a PNAB 2017 pode se tornar uma indutora da geração de clientela para planos privados de saúde uma vez que os municípios podem optar por não ofertarem os padrões avançados pelo SUS.

Percebe-se que a Atenção Primária em Saúde que se apresentou como a grande ferramenta de mudança do modelo de atenção à saúde e da efetivação dos princípios e diretrizes do SUS, enfrenta, atualmente, seu maior embate com as “tendências que priorizam programas focalizantes e compensatórios mais afeitos à racionalidade neoliberal hegemônica” (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018, p. 21).

3.5 AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE: ATORES DE MUDANÇAS

Agentes Comunitários de Saúde são profissionais de saúde exclusivos do âmbito do SUS, que tem um importante papel na educação em saúde e na prevenção e recuperação em saúde junto à população de suas comunidades. Não possuem necessariamente uma formação em saúde, mas desempenham um papel conectivo entre os “serviços de saúde e a vida do seu território” (MOROSINI; FONSECA, 2018). Os ACS têm um grande potencial para a mobilização social e para o fomento da participação popular no SUS.

O emprego de trabalhadores comunitários na saúde não é algo de todo recente, nem é uma exclusividade da experiência brasileira. Mariana Nogueira (2017) aponta que as experiências de trabalhadores comunitários de saúde (TCS) em países como Rússia e Cuba foram importantes para que as propostas da Atenção Primária em Saúde (APS) incorporassem “formas participativas e transformadoras das ações de saúde” (NOGUEIRA, 2017, p. 168).

No Brasil, segundo Maíra Mathias (2008), o antepassado mais remoto dos ACS foram as Visitadoras Sanitárias:

ligadas ao Serviço especial de Saúde Pública (Sesp), criado em 1942. O papel das visitadoras era realizar visitas domiciliares, atividades de promoção à saúde, prevenção de doenças, monitoramento e acompanhamento de grupos de risco, além de vigilância sanitária” (MATHIAS, 2008, p. 24).

Em documento produzido para os debates do 12º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva em 2018, Marcia Valéria Morosini e Angélica Fonseca apresentaram a seguinte passagem sobre quais eram as atribuições dos ACS:

... foram inicialmente responsáveis pelo desenvolvimento de atividades sanitárias consideradas de baixa complexidade e alto impacto, como a terapia de reidratação oral, o estímulo à vacinação e ao aleitamento materno, e o acompanhamento de gestantes e do crescimento de crianças, conseguindo promover mudanças significativas em indicadores como a morbidade e a mortalidade materna e infantil (MOROSINI; FONSECA, 2018, p. 3).

O período de 1991 até 2002 foi marcado por grandes mudanças para os ACS. Surgiram as primeiras publicações de documentos versando sobre requisitos para seu exercício profissional (eles deveriam residir onde atuam, ter espírito de liderança e solidariedade, ser alfabetizado, ter pelo menos 18 anos e disponibilidade de tempo em horário integral), formação e escolaridade e o trabalho do ACS em si.

Outra mudança, desse período, está relacionada com a integração do ACS a uma equipe de saúde multiprofissional. Com essa alteração e com a maior valoração dos procedimentos médicos, de enfermagem e de odontologia, o trabalho dos ACS precisou ser remetido a novas formas de organização, passando, então, a ser propagado como um elo entre os serviços e a população (MOROSINI; FONSECA, 2018).

A construção histórica da profissão se deu de maneira diferente em cada região. De maneira geral no começo a forma de ingresso na função era feita mediante indicação política. E esses profissionais tinham como referência de pagamento o valor de um salário mínimo.

Havia diferentes vínculos de trabalho, usualmente precários, em muitos casos sem qualquer direito trabalhista. A falta de experiência sindical prévia (maior parte dos ACS eram compostas por mulheres em seu primeiro emprego) contribuíram para a dificuldade na organização coletiva da categoria (NOGUEIRA, 2017).

Mesmo assim, existiram contribuições de muitos agentes que traziam experiências de organização e de luta em torno da defesa da saúde como direito. Muitos deles haviam participado ativamente do movimento sanitário e foram importantes para o processo de organização dos ACS na busca pela regulamentação da profissão.

Nogueira (2017) relata que, ainda na década de 1990, diversos projetos de lei foram propostos com o objetivo de regulamentar o exercício profissional dos ACS, definir a

formação dos agentes, mudar os critérios para inserção na profissão de modo a garantir seus direitos enquanto trabalhadores de saúde. Estas iniciativas foram impulsionadas pela própria categoria que começava a se organizar nacionalmente e começou a pressionar os poderes legislativo e executivo.

Apesar de passar por relatores nas comissões especiais da câmara dos deputados, tais projetos, em sua maioria, acabaram sendo deixados de lado antes de serem apreciados em plenária. Em 1997, o Ministério da Saúde publicou a Portaria N°1.886/97, reconhecendo a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) como estratégias de consolidação do SUS. Neste documento o MS, além de outras coisas, apontou as atribuições básicas dos ACS, determinou que profissionais enfermeiros fossem seus supervisores e instrutores em capacitações em serviço.

As capacitações para os ACS deveriam ser planejadas de acordo com a realidade dos territórios de atuação. Pela Portaria N°1.886/97, também foi vetado ao ACS realizar atividades internas das unidades de saúde. O Presidente Fernando Henrique assinou, em 1999, o Decreto N°3.189/99 que fixou diretrizes para o exercício da atividade de ACS. No mesmo documento retirou da enfermagem a exclusividade sobre a supervisão dos agentes e determinou que o vínculo dos mesmos devesse ser “direto ou indireto com o poder público local” (NOGUEIRA, 2017, p. 179).

O Decreto N°3.189/99 não versou sobre a formação ou sobre o grau de escolaridade dos agentes, mas tornou obrigatória a remuneração por parte do poder público pelo trabalho dos ACS, ainda que muito inespecífico em relação aos vínculos de contratação.

A regulamentação da profissão de Agente Comunitário de Saúde só ocorreu em 2002, com a publicação da Lei N°10.507. Esta lei prevê que os ACS realizem “atividades individuais e coletivas, mediante ações domiciliares e comunitárias” (NOGUEIRA, 2017, p. 180). A lei também retirou o veto da portaria de 1997 e passou a permitir que os ACS realizassem atividades internas das unidades de saúde.

Entretanto, a Lei N°10.507 não alterou as regras relacionadas aos vínculos de trabalho. O ano de 2002 foi um ano eleitoral que trouxe avanços para a categoria. A regulamentação da profissão associada à política pública de saúde implementada a partir de 2003, com o início do governo Lula, permitiu que a categoria tivesse importante crescimento em número de profissionais:

No final da década de 1990 até 2003, há expansão do número de equipes do PSF e de municípios que aderem ao programa, principalmente devido aos incentivos fiscais do governo federal para sua implantação através do Piso da Atenção Básica publicado em dezembro de 1997. Nesta conjuntura ocorre um importante aumento

do número de trabalhadores ACS inseridos no SUS, em julho de 1998 havia 59.006 ACS atuando em 2517 municípios, no ano de 2003, após a lei que cria a profissão de ACS e as eleições presidenciais, houve um incremento de quase 3 vezes do número de trabalhadores ACS, em julho de 2003 somavam 176.405 trabalhadores no SUS atuando em 5077 municípios no país (NOGUEIRA, 2017, p. 369).

A Emenda Constitucional (EC) N° 51, promulgada em 2006, incluiu ao artigo 198 da constituição a possibilidade de ACS e ACE (Agentes de Combate às Endemias) serem admitidos via processo seletivo público. Tal emenda foi uma vitória para a categoria, tendo sido impulsionada pela própria organização coletiva dos ACS na busca de diminuir a precarização de seus vínculos de trabalho (NOGUEIRA, 2017).

A EC 51 determinou que os ACS e ACE fossem contratados com vínculo direto pelos entes federados. A emenda previu ainda que fosse criada uma lei que versasse a respeito da regulamentação da atividade dos ACS e ACE e seu regime jurídico. Essa lei foi publicada ainda em 2006, Lei N°11.350, e substituiu a lei de 2002.

A partir de então, passou a ser “regra que os ACS tivessem vínculo empregatício por CLT ou estatutário, mediante vínculo direto entre ACS e órgão ou entidade da administração direta, autárquica ou fundacional” (NOGUEIRA, 2017, p. 181). Foi vedada a contratação temporária ou terceirizada dos ACS.

Para Morosini e Fonseca (2018), esta lei deu um impulso no processo de desprecarização da profissão dos agentes comunitários, que, em muitos estados, passaram a ser contratados como estatutários ou empregados públicos com vínculo celetista. A lei atualizou também os requisitos para o ingresso na profissão. Passou a ser obrigatório que o ACS fosse morador do local de atuação, detivesse ensino fundamental concluído (não apenas saber ler e escrever como anteriormente), além da conclusão do curso introdutório de formação inicial e continuada com aproveitamento satisfatório.

Morosini e Fonseca (2018) afirmam que nas publicações feitas antes de 2006 as atribuições dos ACS se pautavam em:

atividades educativas, de orientação e acompanhamento das famílias e de grupos específicos, de mobilização social, de articulação intersetorial e de produção de informação, estruturadas em torno da presença do ACS no território, tendo a visita domiciliar como ação ou estratégia principal. Percebem-se duas perspectivas de trabalho educativo. Uma está associada à concepção de educação para a saúde, voltada à difusão de comportamentos saudáveis, com vistas à prevenção de doenças e restrita aos parâmetros biomédicos. Outra, mais abrangente, vincula-se à mobilização social, implicando a participação política e assumindo como horizonte a transformação das condições de vida (MOROSINI; FONSECA, 2018, p. 7).

Esse conjunto de atividades apresentam maior relação com as origens da profissão, mas esta realidade passou a ser modificada a partir da publicação da PNAB de 2006. A partir

dessa publicação tornou-se claro o direcionamento da função dos agentes para a realização de atividades de promoção, prevenção e vigilância, deixando em segundo plano as ações de educação.

A PNAB de 2011 ampliou ainda mais essa perspectiva ao exemplificar as doenças que deveriam ser abordadas pelas ações educativas dos ACS (MOROSINI; FONSECA, 2018). Outro ponto ressaltado pelas mesmas autoras diz respeito à omissão da menção do papel do ACS como estimulador da “participação da comunidade nas políticas públicas voltadas para a saúde”, como aparecia na Lei N°11.350/2006. Cabe aos ACS também realizar o acompanhamento de famílias que sejam beneficiárias de programas de distribuição de renda, como por exemplo, o Programa Bolsa Família (BRASIL, 2012).

Em 2014, o Brasil viveu um conturbado ano eleitoral, em que a polaridade de posicionamentos políticos dificultou a evolução de alguns projetos de interesse dos ACS. Ainda assim, a Emenda Constitucional (N°63/2010) foi regulamentada pela Lei N°12.994/2014, criando o piso salarial para a profissão de ACS e ACE. Importantes votações foram barradas nas casas parlamentares e uma série de eventos políticos contrários à presidenta Dilma levaram ao impedimento da mesma em agosto de 2016. Mesmo nesse contexto, os ACS conquistaram o direito à remuneração adicional de insalubridade em 2016, além de benefícios trabalhistas previdenciários.

Em setembro de 2017, com a aprovação pelo Congresso Nacional do texto da PNAB 2017, inserem-se diversas mudanças na Política Nacional de Atenção Básica. Dentre essas alterações está à possibilidade de composição diferenciada das equipes de saúde da família, e equipes de atenção básica, inclusive equipes sem a presença de ACS. A aprovação desta política trouxe também novas atribuições para os Agentes Comunitários de Saúde, como a realização supervisionada de curativos, aferição de pressão arterial e glicemia capilar durante as visitas domiciliares (BRASIL, 2017).

Com isso, a PNAB consolida de vez o afastamento do trabalho dos ACS da sua função de mobilizador social na sua comunidade, não cabendo-lhe mais o papel de estimular a participação popular nas formulações de políticas relacionadas à saúde. Além desse escopo, a política nacional apresenta uma nova vertente, a integração das atribuições dos Agentes Comunitários de Saúde com as dos Agentes de Combate às Endemias (ACE).

A nova PNAB apresenta uma lista com atividades dos ACE que passam a ser também responsabilidade dos ACS. A justificativa apresentada para essa determinação é da existência de uma necessidade em unir a atenção básica à vigilância em saúde, com vistas a

um maior êxito das ações realizadas no território (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018). Para estas autoras, esse processo com relação aos ACS contribui ainda mais para a:

... descaracterização do seu trabalho, que já vem sendo esvaziado das ações de educação em saúde, em virtude da priorização de atividades associadas às 'linhas de cuidado', que têm assumido um foco na prevenção de doenças, assim destinando a esses trabalhadores ações mais pontuais (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018, p. 20).

O ano de 2018 não começou muito favorável aos interesses dos ACS. A lei N°11.350/2006 foi alterada pela Lei N°13.595 de janeiro 2018. Assim, o ACS, dentre outras coisas, deveriam atender a três requisitos mínimos para o exercício das atividades: a) ensino médio completo (os ACS já no exercício da função sem o nível médio deveriam buscar a formação), diferente da lei de 2006 cuja escolaridade mínima exigida era o ensino fundamental completo); b) participação no curso introdutório de formação inicial à estratégia saúde da família; c) ser residente no território de trabalho (BRASIL, 2018).

Um dos muitos vetos presidenciais aplicados à Lei N°13.595/2018 retirou justamente a possibilidade de o ACS residir fora da comunidade no caso de conseguir comprar uma casa própria fora do território adstrito. Outro veto feito pelo presidente proibiu o ressarcimento do custo com deslocamento pago pelo ACS para o exercício de sua atividade no território. Da mesma forma, foi retirado do texto final a lista de atividades dos ACS durante as visitas domiciliares (CASTELO, 2018).

Para Nogueira, as atribuições dos ACS estão cada vez mais relacionadas à coleta de informação e às ações de controle e prevenção de doenças, enquanto as ações de mobilização e participação popular nem sequer são citadas dentre as atribuições. A autora se referiu ao texto da PNAB de 2012, versão vigente naquele momento. Entretanto, o texto da PNAB de 2017 em relação às atribuições dos ACS confirma a impressão apontada por Mariana Nogueira (2017) e aprofunda esse distanciamento com as origens da profissão, afastando o ACS de sua vertente comunitária.

Nesta versão da política nacional, destaca-se o papel dos ACS na atualização das informações cadastrais da população, na utilização das ferramentas de cadastro e registro dessas informações, na realização de registros de nascimentos, óbitos e doenças, na informação aos usuários sobre datas e horários de consultas e agendamentos e na participação da regulação ambulatorial na APS, acompanhando agendamentos e desistências de procedimentos solicitados para os usuários.

As atribuições de educação em saúde, acompanhamento e orientação de pessoas portadoras de doenças ou alguma situação de saúde passa a ser uma atividade inespecífica do

ACS, devendo ser desempenhada também pelos ACE. Muito brevemente o texto da política faz menção à atribuição dos ACS de “desenvolver ações que busquem a integração entre equipe de saúde e a população adscrita” (BRASIL, 2017, p. 73). Essa, que desde o início da atividade dos ACS no SUS tem sido uma de suas principais funções, não parece ter recebido na nova PNAB a devida consideração.

Os ACS, no contexto da equipe multiprofissional da saúde da família, exercem um papel mediador entre a família/comunidade e o sistema de saúde. Por ser ao mesmo tempo um profissional de saúde e morador da comunidade onde trabalha, o agente contribui para equilibrar a balança entre as necessidades da população e as prescrições programáticas das Secretarias de Saúde.

Para a população, a presença dos ACS traz a possibilidade da equipe de saúde da família ser compreendida como um componente da comunidade. Eles são trabalhadores com o potencial de conhecer as necessidades de saúde da população, pois eles também as vivenciam. Logo, o trabalho do ACS contribui para estreitar os vínculos da população com o serviço de saúde.

A Confederação Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde (CONACS) se manifestou de forma crítica ao texto da PNAB de 2017 como podemos ver no trecho de autoria de Valdelene Castelo, representante do CONACS:

Outra aberração na PNAB (versão 2017) construída pelos gestores é juntar as atividades do ACS e do ACE, descaracterizando completamente a saúde da família e vigilância em saúde, pregando uma visita sem foco, desvalorizando o usuário e os profissionais, e querendo atingir “seus” indicadores, tratando a população como meros números, e não praticando a humanização pregada aos profissionais que trabalham num sistema precário, onde falta o essencial para todos os trabalhadores da saúde, salvo raríssimas exceções. A realidade é que a maioria dos municípios, todos os profissionais estão sobrecarregados, e bem sabem o que precisam fazer fora da sua alçada para conseguir prestar um atendimento cada vez mais qualificado para o povo, e povo esse que para eles significam apenas números, mas que para os profissionais, tem rosto, nome, história de vida, e realidade que estes conhecem muito bem, e trabalham dia a dia para mudar para melhor (CASTELO, 2017).

Castelo (2017) fala da sobrecarga dos trabalhadores e de como a PNAB vem desvalorizando a categoria dos ACS ao aproximar às atribuições dos Agentes de Combate de Endemias. Sua fala traz também alguns dos processos para os quais este estudo tentará trazer à luz. Ela faz referência à obstinação pela busca no trabalho do alcance de indicadores e avaliações quantitativas de produtividade em detrimento da qualidade da assistência a ser prestada (CASTELO, 2017). Essa questão não se encontra explicitamente descrita na nova PNAB (BRASIL, 2017), mas, como mostramos anteriormente, são políticas que vem apresentando grande influência da Nova Gestão Pública.

Para concluir, podemos perceber que nas últimas décadas muitos foram os processos que envolveram avanços e retrocessos no exercício da profissão do ACS. Da mesma forma, vemos as divergências ideológicas a respeito de sua inserção no sistema de saúde; qual seja como “mão de obra barata” de dentro da comunidade, com a função de fazer prevenção em saúde para população pobre, ou como ator na resistência contra hegemônica, envolvido na busca e efetivação de direitos de saúde para sua comunidade. A categoria encontra-se em plena mobilização em busca de mais direitos trabalhistas e num processo de constante amadurecimento de sua organização coletiva, progressivamente mais difícil e necessário (NOGUEIRA, 2017).

4 – CAPÍTULO II - NOVA GESTÃO PÚBLICA E GERENCIALISMO

Discutiremos neste segundo capítulo a temática da Nova Gestão Pública (NGP) e do gerencialismo. Nossa proposta foi fazer uma aproximação histórica e conceitual que permitisse ao leitor acompanhar com maior clareza a influência destes temas nas discussões presentes neste estudo. A corrente de pensamento que permeou o surgimento da Nova Gestão Pública e a ascensão do gerencialismo vem influenciando a Gestão Pública Brasileira, com maior ênfase a partir da década de 1990, e vem se mostrando bastante presente até os dias atuais.

Dessa maneira, discorreremos sobre o contexto do surgimento da NGP, sua conceituação, trazendo seus elementos característicos, seus desdobramentos para a economia mundial e a assimilação destes ideais na reforma do Estado brasileiro. Concluímos o capítulo discutindo o elemento mais proeminente da NGP, o gerencialismo, e suas relações com o cenário deste estudo.

4.1 NOVA GESTÃO PÚBLICA – NGP

A segunda metade do século XX apresentou novos dilemas para a organização da economia capitalista mundial. Nos anos posteriores, ao final da segunda guerra mundial, emergiram realidades econômicas e sociais que não mais eram respondidas apenas pela organização Estatal Burocrática. As crises capitalistas de produção industrial dos países de capitalismo central, o fortalecimento dos movimentos sindicais do pós-guerra são exemplos de situações que fragilizaram o sistema do capital. Este contexto permitiu o surgimento e a disseminação das ideias de John Maynard Keynes, que apontaram a necessidade de que o Estado passasse a mediar algumas questões contrariando o pensamento liberal clássico (PAULA, 2005). Até então, o pensamento político liberal (*Laissez-faire*) de que o livre-mercado se encarregaria pelo equilíbrio entre o desenvolvimento econômico e o desenvolvimento social, cabendo ao Estado apenas os serviços essenciais de utilidade pública e a garantia da propriedade privada era a corrente hegemônica (PAULA, 2005). O ideário Keynesiano pregava que os Estados ampliassem suas atuações e seus gastos para fomentar a geração de empregos e produzir o bem-estar social, passando a oferecer ao povo serviços que permitissem alavancar o desenvolvimento social dos Estados capitalistas. Isso possibilitaria a manutenção de sociedades mais equilibradas socialmente, sendo, portanto, mais capazes de

garantir a manutenção do sistema de produção. O Keynesianismo propunha que o Estado passasse a ser responsável por ofertar aos cidadãos um conjunto de serviços como: saúde, educação, proteção trabalhista, previdenciária dentre outros. Estas ideias ficaram conhecidas como Estado de Bem-estar ou socialdemocracia e foi adotada por muitos países capitalistas, em especial na Europa. O sucesso dessas experiências nesses países:

Consolidou a crença de que as crises capitalistas são contornáveis quando o governo mantém o pleno emprego da economia, usando corretamente seu poder de tributar, empregar e despende recursos. (PAULA, 2005, p. 29).

Concomitante a este processo desenvolviam-se novas correntes de pensamento com alinhamento ao pensamento liberal clássico, se opondo veementemente a qualquer tipo de intervenção estatal. Eram correntes que pensavam o homem e a teoria econômica de forma racionalista. A escola Austríaca na Europa e a Escola de Chicago nos Estados Unidos se destacaram no desenvolvimento do pensamento conhecido como Neoliberal. Algumas correntes, como o pensamento de Hayek, associavam o Estado interventor (coletivista) com exemplos totalitaristas (Nazismo e Fascismo) e que a planificação econômica empregada pelos Estados alinhados com o Keynesianismo seria uma ameaça à liberdade e à democracia (PAULA, 2005). Outra crítica apontava que a organização Keynesiana, baseada na tributação e nos gastos governamentais produzia um estímulo ao consumo que gerava inflação, e, por consequência, estagnação econômica.

O Neoliberalismo defende que as políticas de subsídio, incentivos fiscais e programas assistenciais dos Estados de bem-estar, interferem na liberdade de escolha do indivíduo além de serem ineficientes. Para os pensadores neoliberais, a atuação do Estado deveria se limitar ao alcance dos seguintes objetivos: a garantia do direito à propriedade privada; a proteção da população contra potenciais inimigos; a garantia da autossuficiência do cidadão para seu desenvolvimento; a viabilização do bom funcionamento do livre-mercado (possibilitando a cooperação e competição eficiente entre os homens); a garantia universal do acesso aos recursos necessários para competir, por meio da criação de um ambiente seguro para os cidadãos (PAULA, 2005).

A partir dos anos 1970, o mundo vivenciou mais uma grande crise do sistema capitalista baseado no modelo fordista, que afetou profundamente a sustentação do Estado de Bem-estar social. Este cenário deu espaço às teorias Neoliberais, as quais se apresentaram como uma via para a superação do momento de crise. Foram propostas novas formas de gestão e de organização do trabalho, elaboradas pelas grandes escolas do pensamento neoliberal europeu e norte americano, influenciando a organização e o comportamento dos

Estados capitalistas. A administração pública a nível mundial sofreu a influência de diversos fatores presentes nessa conjuntura política e econômica.

Ao mesmo tempo, o sucesso econômico do modelo de produção japonês (Toyotismo) consolidou a lógica da reestruturação produtiva que ganharia grande notoriedade no mundo. A grande incorporação tecnológica à produção, a flexibilização dos vínculos e atribuições do trabalho, a redução estrutural das empresas, a terceirização de atividades que não agregam valor ao produto, a ressignificação da relação trabalhador-consumidor, a popularização dos chamados “valores-fetichê” (proatividade, dedicação, inovação, empreendedorismo, etc.), dentre outros elementos característicos desse novo modelo, passaram a compor a nova cartilha para garantia da grande acumulação de capital. A gestão privada tornou-se hegemônica como exemplo de eficiência organizacional no trabalho e produção. Esses fatores influenciaram drasticamente a visão da ação pública, sua política, seus programas e de maneira geral, a cultura das organizações estatais (CHANLAT, 2002).

Nesse contexto, foi aberto o caminho para que surgissem experiências de reformas de Estado. Os principais exemplos foram o dos Estados Unidos e da Inglaterra. As características dessas se tornaram a referência para a “Nova Gestão Pública” (NGP) (PAULA, 2005). Nestas reformas buscava-se a redução da “Máquina Estatal”, a redução do déficit fiscal, aprimoramento do gerenciamento dos serviços públicos, a informatização de sistemas da administração pública, a avaliação de desempenho dos servidores e a ênfase na transparência de informações. Além disso, a NGP preconizava a descentralização de processos administrativos e políticos de Estado; a privatização de empresas estatais; a terceirização de serviços públicos com regulação feita pelo Estado; e por fim, o emprego de ideias e ferramentas gerenciais advindas do setor privado (COSTA E SILVA, ESCOVAL, HORTALE, 2014; PAULA, 2005; CHANLAT, 2002).

4.2 GERENCIALISMO E O CASO BRASILEIRO

Conforme apresentado anteriormente, a NGP se opõe à organização burocrática do Estado. Esta lógica de pensamento considera o modelo burocrático ineficiente e incapaz. Dessa forma, a NGP incorpora aos serviços públicos diversos aspectos da gestão empresarial, o trabalho com o foco em resultados (indicadores, metas e etc.), na flexibilização, no pagamento por desempenho, na descentralização administrativa, na otimização de recursos, na gestão da qualidade, entre outros (COSTA e SILVA, ESCOVAL, HORTALE, 2014).

Estes aspectos são inseridos na administração pública através da lógica da “contratualização”, característica da iniciativa privada. Como vimos, tal modelo já é amplamente adotado no Brasil, em especial, a partir do movimento de reforma do Estado brasileiro realizado na década de 90 (PAULA, 2005). A incorporação desses aspectos empresariais é conhecido como “gerencialismo” ou como nomeia Chanlat (2002, p.2), “managerialismo”. No entendimento de Chanlat “managerialismo” representa:

o sistema de descrição, explicação e interpretação do mundo a partir das categorias da gestão privada. As manifestações desse managerialismo [gerencialismo] ao nosso redor são múltiplas. Em primeiro lugar, a nível linguístico, pode-se facilmente constatar quanto às palavras gestão, management, gerir, manager, gestor, gerente pertencem hoje em dia ao vocabulário naturalmente utilizado nas trocas do dia-a-dia. (por exemplo, em muitos casos, nossas emoções não se expressam, geram-se). Depois, a nível organizacional, pode-se notar quanto às noções e os princípios administrativos oriundos da empresa privada (eficiência, produtividade, desempenho, competência, liderança empresarial, qualidade total, cliente, produto, marketing, excelência, reengenharia etc.) têm invadido amplamente as escolas, as universidades, os hospitais, as administrações, os serviços sociais, os museus, os teatros, as entidades sem finalidade lucrativa, até as igrejas (CHANLAT, 2002, p. 2).

Pode-se, portanto, compreender que o gerencialismo é uma das marcas da Nova Gestão Pública e esta tem influenciado as definições e as aplicações das políticas públicas.

Na América Latina, a adesão à Nova Gestão Pública se deu em tempo e formas diferentes de acordo com as características de cada Estado. Laurell (2002) questiona se, para os países latino americanos, é possível afirmar que existiu em algum momento o “Estado de bem-estar Social” com as características das sociedades capitalistas desenvolvidas. A autora relata ainda que, nos países latino americanos existem grandes diferenças no processo de conformação das políticas sociais e instituições de bem-estar quando comparadas aos países capitalistas desenvolvidos (LAURELL, 2002).

A diferenciação sofreu a influência dos distintos “processos históricos de constituição dos Estados nacionais e a conformação das instituições estatais e ideologias nacionais” (LAURELL, 2002, p. 158) Além desses elementos, Laurell cita a ocorrência de experiências de ditaduras militares (como no caso brasileiro) e outras formas de Estado autoritário, no subcontinente, que comprometeram a efetivação da democracia eleitoral-representativa, diferentemente do que ocorreu nas civilizações mais desenvolvidas do capitalismo central.

Diante disso, a representação política das classes sociais ocorre de maneira mais limitada, tendo maior enfrentamento para manifestação das instituições organizadas da classe subalterna e da ascensão de seus partidos políticos.

Laurell (2002) arremata a questão observando que diversos Estados latino americanos “reconheceram em suas legislações o conceito de direitos sociais, e escolheram o

seguro ou a seguridade social públicos como forma institucional” de garantir essas assistências (LAURELL, 2002, p. 159). Isso poderia ser entendido como um Estado de bem-estar nesses países, antes da intervenção do neoliberalismo.

No Brasil, os direitos sociais haviam sido ratificados na Constituição Federal de 1988, após longos anos de um processo de discussão e de mobilização social pela redemocratização do país. Os anos seguintes à assinatura da Carta foram os que marcaram a introdução do neoliberalismo no país. Ao longo dos anos 1990 e 2000 ocorreu um forte movimento de incorporação dos seus mais variados elementos. Anos em que observamos ganhar força as ideias neoliberais impulsionados pelas recomendações do Banco Mundial e do Fundo Monetário Internacional, gerando um processo de grandes privatizações e incorporações dos mais diversos elementos da Nova Gestão Pública.

Carla Cabral Gomes Carneiro (2013) relatou em sua dissertação de mestrado, que mesmo tendo sido tomadas algumas medidas no governo Collor, foi a partir do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE) produzido pelo Ministério da Administração da Reforma do Estado (MARE), criado no governo de Fernando Henrique Cardoso, que efetivamente se iniciou a reforma do Estado Brasileiro.

Segundo o PDRAE (1995), a partir de uma configuração *gerencialista*, a administração pública assumiria um novo desenho institucional, desburocratizado e com maior autonomia de gestão, sendo pautado pela eficiência, orientado por resultados e baseado em contratos com órgãos internos, ou com entes públicos não estatais. [...] uma reforma administrativa que propôs alterações nas relações de trabalho e trouxe para o setor público o conceito de flexibilidade, tendo como reflexos a flexibilização das normas e regras estabelecidas na Constituição de 1988 (CARNEIRO, 2013, p. 21).

Carneiro (2013) apontou que este processo gerou um aprofundamento nas formas de exploração e precarização nas relações de trabalho, tanto no setor privado como no público. Por meio do mesmo plano, o governo federal propôs a criação de novos modelos institucionais, “como as Organizações Sociais (OS), por meio da Lei Nº 9.637 de 15 de maio de 1998 e as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (Oscips)” (CARNEIRO, 2013, p. 22). Com isso, são abertas novas possibilidades de transferir para organizações não estatais diversas responsabilidades do Estado. A autora ressaltou que esses novos modelos sofreram resistência por parte dos movimentos populares e gerou falta de consenso no congresso nacional. Carneiro (2013) trouxe ainda a reflexão que este processo suscitou a disseminação de formas mais precárias de vinculação de trabalho, com regulação inferior, e por consequência, menor proteção para o trabalhador. Como exemplo podemos citar as contratações “por bolsas de consultoria, cooperativas de trabalho, contratos verbais, entre

outros” (CARNEIRO, 2013, p. 22).

O Programa de Saúde da Família (PSF) é um “exemplo emblemático da utilização das novas formas contratuais ou novos modelos flexíveis de gestão do trabalho” produzidos no Governo FHC (CARNEIRO, 2013, p. 22).

Embora o processo de adesão à NGP tenha acontecido mais intensamente nos governos de direita (Partido da Social Democracia Brasileira – PSDB), não ocorreu uma ruptura clara com essa lógica diante à ascensão do Partido dos Trabalhadores (PT) ao poder em 2003. Em especial no segundo governo Lula (2007-2010), a estratégia de gestão do trabalho em saúde “seguiu no mesmo sentido a partir da proposição das Fundações Estatais de Direito Público (FEDP)” (CARNEIRO, 2013, p. 22).

No campo da saúde pública a invasão neoliberal é uma realidade concreta. Nos últimos anos, vem se afirmando como modelo o estabelecimento dessas parcerias entre o Estado e as organizações não lucrativas. A Atenção Primária em Saúde é o campo mais atingido. O discurso dos gestores de saúde pública que defendem a realização de parcerias público-privadas se escora na possibilidade de efetivar a expansão da ESF a partir dessas parcerias. Eles afirmam que as parcerias ajudariam a vencer os desafios característicos dos grandes centros urbanos, e superar a ineficiência e a incapacidade da gestão pública em atender às demandas da população. Esses gestores argumentam ainda que isso facilitaria o alcance das metas do Ministério da Saúde para a expansão da ESF (CARNEIRO, 2013).

Na instância municipal, citamos como o exemplo a saúde pública da cidade do Rio de Janeiro, cenário deste estudo. Desde 2009, toda a rede municipal conta com a participação de organizações sociais de saúde (OSS) contratualizadas com a Prefeitura para a prestação e a gestão de serviços de saúde.

Segundo Carneiro (2013):

Do ponto de vista da gestão do trabalho este modelo desresponsabiliza o Estado dos processos de seleção e gestão das relações de trabalho, bem como da qualificação da sua força de trabalho. Nos moldes em que vem sendo implantados, na saúde, os modelos de gestão flexível, têm sido observadas mudanças estruturais no modelo de gestão do trabalho tais como: a implementação da terceirização de serviços públicos como regra e o fim do concurso público; a desprofissionalização dos serviços e dos servidores públicos; a desorganização do processo de trabalho; e a flexibilização dos contratos de trabalho (CARNEIRO, 2013, p. 24).

Deste modo, a administração pública passa para a gestão privada a responsabilidade da prestação do serviço em saúde pública e a contratação de milhares de trabalhadores de saúde, de equipe administrativa e de contratações de serviços “quarteirizadas”, como é o caso dos contratos de seguranças e de serviços gerais. Configurando assim, mais um exemplo de

destinação de recursos públicos para organizações privadas, supostamente sem fins lucrativos.

Retomemos a discussão a respeito do gerencialismo. As autoras Costa e Silva, Escoval, Hortale (2014), apontam o avanço do gerencialismo no âmbito dos sistemas nacionais de saúde. Elas apresentam como característica deste processo a separação entre o financiamento e a prestação do serviço de saúde. Esta separação acontece de duas formas distintas: 1) Institucional, quando o prestador é uma organização privada (com ou sem fins lucrativos) cabe, neste caso, a crítica de se tratar de uma experiência de privatização, uma vez que se configura o repasse de valores públicos para instituições privadas mesmo que sem fins lucrativos; ou 2) Organizacional, quando o prestador é público. O ponto em comum entre essas duas modalidades é a utilização do mecanismo das contratualizações entre as partes envolvidas, onde se estabelecem as atribuições e os riscos para os atores envolvidos. O modelo adotado pela prefeitura do Rio de Janeiro foi o modelo institucional que iremos discutir adiante.

O gerencialismo é um fenômeno que perpassa todas as esferas de governo e pode ser identificado nas mais diversas áreas da atuação do Estado brasileiro. No Ministério da Saúde (MS) podemos citar o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) como exemplo das avaliações de qualidade características do gerencialismo.

No PMAQ as equipes de saúde da família são persuadidas a realizar contratualização de indicadores de saúde com metas estabelecidas pelo MS e passam por uma avaliação de qualidade feita por equipes externas, num processo estressante e desgastante para os profissionais de saúde. Além disso, já apontamos a expressiva ampliação da adoção desse modelo de gestão do trabalho em saúde nos contratos de gestão firmados para a Atenção Primária em Saúde.

Contudo, a percepção dos elementos do gerencialismo e seus efeitos sobre os trabalhadores é bastante clara em setores (mesmo públicos) de produção ou de alguma forma, industriais. Quando o cenário a ser observado se encontra no setor de serviços, como é o caso da área da saúde, a tarefa de identificar os elementos do gerencialismo e compreender como estes se manifestam no cotidiano dos profissionais de saúde pode não ser tão simples.

Na indústria, a partir da reestruturação produtiva, ficou mais fácil percebermos a forma como passaram a ser aplicados métodos do gerencialismo. Por exemplo, os trabalhadores tiveram que se adaptar para a realização de diferentes tarefas (flexibilização). O estímulo para o trabalho de forma cooperativa em “times”, ao passo que, premiações pelo alcance de metas são concedidas individualmente. Uma série de contra sentidos que culminam

em uma geração de comportamentos individualistas e de competição entre os trabalhadores. Minando as formas de organização coletiva desses profissionais (MERHY, 2002).

Na área da saúde as questões nem sempre ficam tão explícitas. Para Merhy (2002), o impacto das mudanças no setor:

...se expressam nos processos relacionais dos atos de saúde e nas práticas que governam seus atos produtivos, nos processos de trabalho e na sua capacidade de gerar novas modalidades de produção de cuidado, bem como de governá-las. (MERHY, 2002, p. 29-30).

Merhy (2002) afirma que o interesse do capital financeiro pelo setor da saúde pública, promoveu uma adesão deste setor ao modelo neoliberal de desenvolvimento social e conformou a ferramenta tecnológica não material que ele denomina “Atenção Gerenciada”. O autor revela que esta constitui uma prática diferente do modelo médico hegemônico da medicina tecnológica, “apontando para a necessidade de um gerenciamento do cuidado de saúde” que permita a criação de formas de gestão competitiva entre os prestadores de serviço (MERHY, 2002 p. 34). Isso geraria uma reforma do setor saúde, com maior pragmatismo na avaliação dos resultados, racionalização dos gastos em saúde, intervenções no processo de trabalho para o aumento da efetividade das ações, o que teoricamente resultaria na melhoria da qualidade dos serviços prestados. Não seria incoerente pensar que esses ideais são também do interesse de organismos internacionais, comprometidos com os projetos neoliberais. Portanto, esses OI vem recomendando cada vez mais que os países da América Latina adotem a proposta da Atenção Gerenciada da Saúde (MERHY, 2002).

Mas na prática, do que estamos falando? A reforma dos cuidados em Atenção Primária em Saúde (RCAPS) ocorrida no Rio de Janeiro (que será mais bem explorada nos próximos capítulos) a partir de 2009, pode ser considerado o mais intenso processo de adesão à Atenção Gerenciada da Saúde vivenciada na cidade. Durante a RCAPS, significativas mudanças ocorreram tanto nos serviços de saúde quanto para a população e para os trabalhadores de saúde. Observou-se a expansão de unidades de saúde da APS carioca (as Clínicas da Família), ampliando significativamente a possibilidade de acesso à saúde para a população, além da adesão em massa à contratualização com OS para a prestação de serviços de saúde e da contratação de milhares de profissionais de saúde para a APS por intermédio dessas organizações.

Nessas novas unidades de saúde o processo de trabalho das equipes de Saúde da Família sofre a influência intensa do gerenciamento dos cuidados de saúde. Existe uma predeterminação da quantidade de turnos (períodos de 4 horas) que cada tipo de atividade deve consumir; existe o direcionamento do trabalho dos profissionais a partir de indicadores

de saúde e metas individuais e coletivas; existe também o estímulo financeiro para o aumento do desempenho; além de diversas formas de controle e pressão exercidos sobre os profissionais, como a cobrança direta dos gestores, “placares da saúde” que expõem a produtividade dos trabalhadores, o uso de advertências ou outras sanções administrativas em caso as metas não sejam alcançadas, e, a exploração do medo dos trabalhadores em ser demitido. Essas questões específicas da RCAPS carioca serão trabalhadas no capítulo III.

4.3 GERENCIALISMO, SOFRIMENTO E ADOECIMENTO

Vincent de Gaulejac, em seu livro “Gestão como Doença Social” (2007), apresenta as maneiras em que a ideologia e o poder do gerencialismo contribuem para a fragmentação social e o adoecimento dos trabalhadores. O ato do trabalho está cada vez menos ligado à realização de um serviço específico. Segundo o autor, o novo sistema de trabalho estabeleceu um complexo modelo de avaliação e orientação laboral, pautado em valores abstratos. Nesse sistema, o sentido de se trabalhar para produzir algo concreto se perde, a ação desenvolvida pelo trabalhador não mais lhe dá clareza sobre os frutos gerados ou sobre o seu desempenho. A remuneração recebida nem sempre está atrelada à qualidade do trabalho realizado ou à quantidade de produto fabricado. O profissional é estimulado a realizar o trabalho colaborativo em equipe, ao mesmo tempo em que é cobrado pelo melhor desempenho individual. Ele é induzido a entrar numa “corrida” sem fim pela melhoria de desempenho. Isso gera uma confusão (trabalho em equipe e trabalho individual), o que dificulta o entendimento do papel de cada trabalhador. Associado a isso, existem as métricas dos sistemas de avaliação, que avaliam a equipe mas cobram, premiando e punindo pelos resultados do trabalho individual. Isso reitera o espírito de competição que torna cada vez mais difícil o desenvolvimento do trabalho em colaboração.

Isso desestrutura a identificação profissional e enfraquece os laços e a organização coletiva dos trabalhadores. O valor do trabalho passa a estar incorporado a uma “determinada “visão”, a um “espírito”, a uma “cultura”, a uma “filosofia”, a valores comportamentais, a um conjunto de crenças e de princípios que [o trabalhador] precisa interiorizar” (GAULEJAC, 2007, p. 156). De maneira simplificada, o trabalho perde o sentido quando a atividade realizada passa a ser avaliada a partir de critérios que não fazem sentido para o trabalhador (GAULEJAC, 2007).

Em uma entrevista realizada durante sua participação em agosto de 2013⁴ no I Colóquio Internacional em Estudos Organizacionais, realizado no Brasil, Gaulejac discorreu sobre o adoecimento dos trabalhadores na contemporaneidade. Ele aponta como o esforço empenhado na busca pela excelência no desempenho no trabalho, impulsionado pela constante pressão pela melhoria dos resultados, acaba afastando o trabalhador do seu coletivo laboral. Isso adiciona força ao processo de individualismo que já é estimulado pelos outros processos gerencialistas, aumentando o risco do surgimento de depressão. Normalmente a depressão surge quando o empenho do trabalhador pela excelência espera tanto por um reconhecimento à altura, e este não chega. Gaulejac (2007) nomeou esse processo como o “Paradoxo do Desempenho”. O trabalhador não consegue compreender o sentido de toda a tensão a qual vive submetido. Quando falha, não consegue sequer perceber a responsabilidade do sistema ao qual se encontra inserido. Assim, o trabalhador passa a internalizar os conflitos sociais que são provocados pelas práticas gerencialistas, passa a se culpabilizar pela falha, ao invés de se sentir estimulado a produzir uma mobilização coletiva de questionamento frente ao sistema perverso. As contradições do gerencialismo tentam controlar não só o corpo dos trabalhadores, mas também suas mentes, e promovem o adoecimento como resultado deste processo (GAULEJAC, 2007).

O gerencialismo se manifesta para o trabalhador de maneira ambígua, com direcionamentos que mudam de forma imprevista, quando do interesse da organização. Compromete a elaboração que o trabalhador produz a partir da sua experiência laboral, fazendo com que a contribuição de cada empregado se torne abstrata diante de um resultado cada vez menos concreto:

No universo da gestão, esse sentido fundador do laço social e da capacidade reflexiva do indivíduo se perde. A mobilização exigida em um sentido, pode a qualquer momento sê-lo em um outro sentido, por vezes radicalmente contraditório. Uma mesma ação pode, conforme a conjuntura, acarretar uma gratificação ou uma sanção. Regras, das quais se diz que devem ser escrupulosamente respeitadas, devem também ser desviadas para preencher os objetivos. A corrida para o mérito é individualizada, ao passo que a cooperação é necessária. Cada empregado deve dar prova de sua capacidade de iniciativa em um universo prescritivo que lhe impõe aquilo que ele deve fazer. Todos esses elementos contribuem para transformar em profundidade a experiência social do trabalho (GAULEJAC, 2007, p. 161).

Mesmo com essa dificuldade de dar sentido ao trabalho que é realizado, o trabalhador é forçado a acreditar no processo, “vestir a camisa”, dar sempre o seu melhor e aderir a essa “jornada” com limites cada dia mais alongados para atender aos objetivos da organização. O

⁴ Assistir: Vincent de Gaulejac - A doença do management - 2013. Acesso em 16/02/2019, disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=P7B0Y15gS1E>

trabalhador é levado a acreditar que ganha autonomia e algum tipo de poder, se torna persistentemente atento e cuidadoso, mas convive com o medo constante da demissão independente do sucesso alcançado.

Quanto mais o universo do trabalho parece perder sua “alma”, mais a empresa pede para crer nela. Cada assalariado é convidado a projetar seu próprio ideal no ideal proposto pela empresa e para introjetar os valores da empresa a fim de alimentar seu Ideal de Ego. A produção de sentido se torna uma questão pessoal, enquadrada pelas regras propostas pela empresa, modelos que substituem os referentes provindos da sociedade. Essa substituição não se faz sem consequências. Sobre o plano ideológico, ela exalta o individualismo, ela contribui para a desvalorização das virtudes públicas. Ela valoriza o interesse contra o desinteresse, o indivíduo em detrimento do coletivo. o privado contra o público, os bens pessoais contra o bem comum, a atividade profissional contra a atividade militante ou cultural, a modernidade contra a tradição, a ação contra a reflexão. No registro social ela exacerba o individualismo e a luta dos lugares. Sobre o plano das pessoas, ela exalta o narcisismo e a competição individual (GAULEJAC, 2007, p. 162-163).

Gaulejac aponta que em situações às quais o trabalhador não se adapta a esse sistema de constante busca pelo melhor desempenho, não acompanha a lógica da flexibilidade ou simplesmente não sabe “agarrar sua oportunidade”, eles tendem a serem eliminados pela organização. O gerencialismo torna essas pessoas em “não empregáveis”, gera nesses trabalhadores uma avaliação depreciativa de si, um sentimento de impotência, de abatimento, de auto responsabilização pelo fracasso, podendo mesmo gerar a depressão profunda. Os que se adaptam e se mantêm na empresa podem eventualmente até serem beneficiados com algum incremento salarial, mas este normalmente não compensa o aumento de trabalho e a tensão que o trabalhador passa a ser submetido. Este é, em síntese, a lógica do que o autor denomina “Gerenciamento em uma Cultura do Alto Desempenho”, glorificando os ganhadores e estigmatizando os perdedores (GAULEJAC, 2007).

Gaulejac evoca o trabalho de outros pesquisadores (Aubert e Gaulejac, 1991; Ehrenberg, 1992; Dejours, 1998) sobre os efeitos do gerencialismo sobre os trabalhadores para afirmar que as consequências psicopatológicas dessa gestão laboral já são conhecidas. O autor dá destaque à depressão, ao esgotamento profissional [*burnout*] e à compulsão por trabalho [*work addicts*].

A depressão é frequentemente larvar, dissimulada, pois é preciso parecer estar sempre em forma. A pessoa ressentida um mal-estar difuso, uma “repulsa”, um sentimento de lassidão, a impressão de não aguentar. Ele não se sente de fato doente, mas “bombada”. O esgotamento profissional apresenta sintomas equivalentes. [...] O *burnout* sobrevém quando estamos nos esforçando demasiadamente para atingir um fim irrealizável. Somos consumidos a partir de dentro. [...] O esgotamento no trabalho caminha junto com um superinvestimento no trabalho. [...] Os *work addicts* desenvolvem uma relação de dependência com o trabalho, apresentando os mesmos sintomas que os dos drogados. Em um primeiro tempo o hiperativismo tem efeitos psicoestimulantes: hiperestimulação sensorial, gratificações narcísicas, forte reforço grupal sobre a empresa, fantasma de fusão entre o Ego e o Ideal etc. Rapidamente, porém, outros efeitos se fazem sentir, como a impossibilidade de se descontraírem, a

necessidade incoercível de atividade, a dor-de-cabeça dos fins de semana, a angústia das férias, o enfraquecimento das capacidades criativas e fantasmáticas (GAULEJAC, 2007, p. 222-223).

Além das psicopatologias explicadas acima, o autor trata da questão do trabalho em contínuo estresse. Para Gaulejac (2007), a causa maior do estresse pode ser encontrada em três tendências do gerencialismo que submetem as pessoas a pressão: 1) o distanciamento entre os objetivos e os meios atribuídos; 2) a discrepância entre a atividade prescrita e a atividade concreta; e 3) o “abismo” entre as recompensas esperadas e as retribuições efetivas.

Atualmente os modelos gerencialistas impõem a resistência ao estresse como uma qualidade esperada para os trabalhadores. Portanto, o estresse não é entendido como uma doença mas como uma característica natural do trabalho, a qual o empregado que almeja continuar empregado deve se adaptar rapidamente (GAULEJAC, 2007).

O cerco moral e o estresse, bem como outros exemplos de sofrimento e de adoecimento apresentados aqui, são comumente banalizados ou são apresentados como consequência de comportamentos individuais (GAULEJAC, 2007). Acreditamos que, ao contrário disso, esses problemas são frutos do emprego dos elementos do gerencialismo nos processos de trabalho e sobre a vida dos trabalhadores.

5 - CAPÍTULO III - ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE DO RIO DE JANEIRO

Este capítulo foi elaborado com um intuito duplo. O primeiro deles é atender ao primeiro objetivo específico apresentado: Caracterizar o cenário da APS do Rio de Janeiro nos anos que precederam a “Reforma dos Cuidados em Atenção Primária em Saúde”. Entendemos que o alcance do objetivo geral do estudo de “Analisar as mudanças ocorridas no trabalho dos ACS a partir da “Reforma dos Cuidados em Atenção Primária em Saúde” do Município do Rio de Janeiro” depende diretamente do conhecimento sobre o funcionamento das unidades de saúde. Bem como, ter noção acerca de como eram as relações interprofissionais e com a comunidade; como eram definidas as políticas e as estratégias; como era o trabalho do ACS; dentre outros elementos da APS carioca nos anos anteriores a 2009.

O segundo momento deste capítulo servirá para apresentar ao leitor como se deu e no que consistiu o processo da “Reforma dos Cuidados em Atenção Primária em Saúde” (RCAPS) da cidade do Rio de Janeiro, realizada durante o governo de Eduardo Paes.

Inicialmente, para a elaboração da primeira parte do capítulo, a tentativa foi de encontrar documentos oficiais que contribuíssem para a construção desse cenário de maneira formal. Entretanto, foi encontrado pouco material que permitisse uma compreensão do que realmente acontecia no cotidiano dos profissionais da APS da cidade do Rio de Janeiro. Dessa forma, entendeu-se que a melhor maneira de compreender este cenário seria colher o depoimento de um desses profissionais.

Por se tratar de uma entrevista com apenas uma profissional, compreendemos que esta parte do trabalho possui limitações. Não podemos afirmar que informações apresentadas representam integralmente a realidade da APS do Rio de Janeiro. Ainda assim, o texto que segue, busca apresentar as vivências de uma profissional da APS do Rio de Janeiro e suas impressões sobre o trabalho em saúde no período em questão. Isso possibilitou a percepção mais clara das mudanças que a RCAPS do Rio de Janeiro viria a fazer a partir de 2009, em especial para entender as mudanças. A entrevista realizada foi conduzida com o auxílio do Roteiro de Entrevista com Informante-chave (Apêndice A).

Esta etapa do trabalho apresenta uma construção baseada no relato de uma profissional sobre a APS carioca. Iremos nos referir a essa profissional pelo pseudônimo: “Hannah”, uma solicitação da própria enfermeira. A escolha de Hannah para conceder-nos a entrevista se justifica pela sua própria trajetória na saúde do Município do Rio de Janeiro. Hannah trabalha na APS carioca há aproximadamente vinte anos. Nesse período ela teve

diferentes formas de vínculo com a prefeitura do Rio de Janeiro. Ela foi enfermeira do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, do Programa de Saúde da Família, da Estratégia de Saúde da Família, foi diretora de unidade primária de saúde e trabalhou como apoio técnico para equipes de saúde da família. Sua carreira na Saúde do Rio de Janeiro compreende o trabalho em algumas unidades de saúde da Zona Norte da cidade, nas comunidades de Costa Barros, do Complexo da Maré, do Alemão e Jardim América.

Na medida do possível, buscamos correlacionar, cronologicamente, o relato da profissional com os documentos normativos e políticas de saúde que eram contemporâneos. Para facilitar a compreensão do cenário faremos algumas delimitações temáticas baseadas em seu depoimento.

Hannah é uma enfermeira que durante sua graduação vivenciou o momento da reforma sanitária brasileira, quando acontecia a constituinte, já mencionada anteriormente. Momento onde ela militou para que o direito à saúde fizesse parte da Constituição Cidadã. Após se formar ela desenvolveu o interesse pela Atenção Primária em Saúde.

“eu fui fazer um curso de APS [...] que transformou muito as minhas perspectivas. Eu já era apaixonada pela APS, mas lá eu conheci a carta de Alma Ata, mas conheci também na vida das pessoas. Em um vilarejo [...], eu vi que era possível que a gente pudesse tratar os diferentes de forma diferente para estabelecer uma igualdade do acesso.” - Enfermeira Hannah

Em 1998 ela veio viver na Cidade do Rio de Janeiro. Conseguiu seu primeiro trabalho na Atenção Primária em Saúde no ano 1999.

“...meu vínculo com a prefeitura, eu comecei como enfermeira, contratada sempre com CLT. Médicos sem Fronteiras, primeiro, depois com uma ONG [...] Depois eu trabalhei na Maré, bem precário o vínculo. Era carteira assinada mas era pela associação de moradores, era muito difícil o trabalho lá. E aí eu passei no concurso público, e continuei como estatutária na Atenção Primária. Foi uma escolha. O meu concurso público foi em 2003, e a partir daí eu estou na APS como concursada, mas desde 1999 estou na atenção primária do Rio de Janeiro.” - Enfermeira Hannah

A enfermeira Hannah viveu diferentes realidades na Atenção Primária do Rio de Janeiro. Diferentes características de unidades de saúde. Diferentes funções enquanto profissional. Diferentes direcionamentos na perspectiva das políticas de saúde. Acreditamos sua experiência seja rica de informações relevantes para os objetivos deste estudo, podendo contribuir para que façamos uma aproximação com a vivência que os trabalhadores de saúde daquela época experienciaram.

5.1 O CENÁRIO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA DO RIO DE JANEIRO ANTES DE 2009: OPÇÕES POLÍTICAS, REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE E UNIDADES DE SAÚDE

Conforme citado no capítulo II, a partir de 1995 ocorre a chamada reforma do Estado brasileiro, processo embasado na ideologia da necessidade de deixar no passado a administração burocrática e transformar o modelo brasileiro em administração gerencial. A referência para este processo fora às reformas inglesa, australiana e da Nova Zelândia, todas orientadas pelo ideário neoliberal (PAULA, 2005). A reforma do Estado Brasileiro compreendia uma dimensão institucional-legal, que tinha o foco na descentralização da estrutura organizacional do aparelho do Estado. Fazia isso através da criação de novos formatos organizacionais, como as agências executivas, regulatórias, e as organizações sociais. Assim se iniciou o desenvolvimento, no Brasil, da modalidade prestação de serviços públicos a partir da contratualização de entidades privadas sem fins lucrativos (PAULA, 2005). Essas parcerias paraestatais com Organizações Não Governamentais (ONGs) passaram a ser firmadas também pela prefeitura do Rio de Janeiro.

Hannah foi contratada em 1999, com vínculo celetista, pela Organização Médicos Sem Fronteiras, para trabalhar na APS do Rio de Janeiro na comunidade de Costa Barros. Neste cenário ela iniciou suas atividades na APS e foi quando teve sua primeira experiência com Agentes Comunitários de Saúde. Naquele momento o Ministério da Saúde já havia lançado, em 1997, os Programas de Saúde da Família (PSF)⁵ e o de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).⁶

“Então eu tive uma oportunidade, quando os Médicos Sem Fronteiras, naquela época, 1998, 1999, estavam aqui pois era muito difícil lotar pessoas numa unidade chamada Sylvio Brauner na CAP 3.3 que era um dos PACS/PSF aqui do Rio de Janeiro, que nessa época eram apenas 03, esse que eu trabalhei com os Médicos Sem Fronteiras, no Centro Municipal de Saúde Sylvio Brauner - Vila Quitandinha, tinha também o Vila Canoas e Paquetá.”- Enfermeira Hannah

⁵ “O objetivo geral do Programa Saúde da Família é de reorientar o modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde, trazendo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população. Para atingi-lo, a Equipe de Saúde da Família (eSF) precisa conhecer a realidade da população sob sua responsabilidade: os contextos familiares e a vida comunitária, desenvolvendo um processo de planejamento pactuado em cada uma de suas fases: na programação, na execução e na avaliação” (BRASIL, 2000).

⁶ O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) existe desde o início dos anos 1990, sendo efetivamente instituído e regulamentado em 1997, quando foi iniciado o processo de consolidação da descentralização de recursos no âmbito do Sistema Único de Saúde. O PACS foi considerado uma importante estratégia no aprimoramento e consolidação do SUS, através da reorientação da assistência ambulatorial e domiciliar. Foi compreendido como uma etapa transitória para a Estratégia de Saúde da Família. Assim como do PSF os PACS deveriam privilegiar inicialmente as populações mais pauperizadas e com maior dificuldade de acesso à saúde (BRASIL, 2001).

Era um período em que o Sistema Único de Saúde ainda estava no início de sua implantação. O SUS herdara toda uma estrutura do modelo anterior (INAMPS). No Rio de Janeiro, antiga capital federal, existiam muitos equipamentos sanitários que reforçavam esta estrutura. Simone Pires (2014), nos lembra de que:

a Atenção Primária em Saúde no município se constituiu historicamente de uma rede complexa e desarticulada contando ao mesmo tempo com unidades básicas municipais, estaduais e federais. Essa situação só foi resolvida em 1999 com a municipalização dessas unidades, para enfim compor a rede básica de saúde sob uma mesma gestão. Desde então, as unidades consistiam em Postos de Saúde (PS), Centros Municipais de Saúde (CMS) e Policlínicas. Logo na década seguinte, a cidade passa a contar com equipes do Programa de Saúde da Família (PSF) e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Até o final de 2008, esse desenho da rede de atenção básica permanecia no mesmo formato e a cobertura da Estratégia de Saúde da Família ainda estava em torno de 7% na cidade (PIRES, 2014, p. 68).

A cidade era repleta de vazios sanitários. A distribuição dessas unidades de saúde tradicionais, os Centros Municipais de Saúde (CMS), não era favorável ao acesso de toda a população, sendo ainda mais difícil para as comunidades pauperizadas. A fala de Hannah nos revela um dado importante sobre o cenário da saúde do Rio de Janeiro. O acesso à saúde pública se dava praticamente através das grandes emergências dos hospitais públicos da cidade, ainda remanescentes da organização da medicina previdenciária que foram predominantes no período pré-SUS. Já os Centros Municipais de Saúde, eram unidades de saúde com estrutura antiga, criadas na lógica do modelo sanitarista. Ficavam espalhados pela cidade e ofereciam atendimento médico na lógica ambulatorial. Porém, estavam longe de serem suficientes para atender a demanda da população.

O estímulo do Ministério da Saúde pela ampliação das equipes de PACS e PSF, em especial a partir de 1997, com o objetivo de impulsionar a reorientação da Atenção Básica no país fez com que começassem a ser instaladas algumas dessas estruturas de saúde na cidade do Rio de Janeiro. Foram nessas poucas unidades que se iniciou a lógica do trabalho em saúde centrada na família e no território, no cenário carioca. Era um processo onde se deveria buscar a compreensão da dinâmica da comunidade, conhecer suas características, seus valores e crenças para que então fosse possível elaborar um planejamento de ações que atendessem às necessidades específicas daquela comunidade. Com isso, as ações educativas que eram realizadas em grupos de profissionais e moradores permitiam que a troca de saberes contribuísse para a promoção e a prevenção da saúde.

“...naquela época a gente tinha muito tempo, por que a gente não trabalhava tanto na assistência, a gente trabalhava muito com uma discussão com eles primeiro da prevenção, a gente no PACS no PSF daquela época a gente tinha muito trabalho de grupo. [...] A gente atendia às famílias. A gente tinha uma visão voltada para o

território, um território vivo. A partir dessa territorialização, dessa conversa com a população e desse diagnóstico é que a gente começava um trabalho. A gente priorizava as nossas ações a partir desse trabalho. E não ficar na unidade esperando que as pessoas chegassem até você pelas demandas espontâneas. Evidentemente que existia demanda espontânea. Mas a gente buscava organizar a nossa demanda planejando, buscando as pessoas crônicas, a gente ia buscando as crianças. Caracterizava nossa população e buscava trabalhar em cima desse diagnóstico.” - Enfermeira Hannah

A fala da entrevistada sugere que a relação que se estabelecia junto à população buscava, de certa maneira, promover alguma transformação naquela realidade. Uma forma de promover a saúde sem se limitar ao atendimento médico. Este atendimento médico correspondia a uma parte bastante pequena do processo. A centralidade deveria estar nas famílias, no território. Era um movimento que buscava considerar a dinâmica social presente no processo de saúde e doença da população das comunidades. Não fica claro, entretanto, a forma como essa relação com a comunidade acontecia. Não foi possível inferir se esses encontros promoviam a troca de conhecimentos de maneira respeitosa entre os envolvidos, se os saberes próprios a cada uma das partes eram valorizados.

O processo de introdução das unidades com a lógica do PACS e do PSF na rede da APS carioca não foi simples. O estabelecimento de uma nova “rede” demorou muito tempo para ser assimilado pelos gestores, pelos profissionais e pela população. Existia claramente uma grande demanda por assistência em saúde pela população. A rede pré existente não era capaz de dar conta de toda essa demanda. Ao mesmo tempo, as novas unidades de saúde tinham muita dificuldades para conduzir as necessidades dos seus usuários cadastrados quando precisavam acessar outros serviços mais complexos.

“[A rede de saúde do Rio de Janeiro] era totalmente hospitalocêntrica. Era uma decisão política. A gente tinha muitos desertos sanitários. Poucas unidades básicas. E o forte, eram mesmo os hospitais. E a relação com o Governo Federal e o Saúde da Família, Atenção Primária. O Rio de Janeiro, nesse período, não fez uma escolha pela APS como ordenadora do sistema. Então, a gente era sempre visto como um postinho, um jeitinho. Tanto que, a gente não tinha sala de vacina. Muito dos procedimentos que a gente tem hoje a gente não tinha naquela época. Porque a gente era visto como se a gente não fosse capaz de poder cuidar da população para responder todas as demandas. [...] Eram tantas as demandas e a população não tinha nenhum tipo de assistência. A cidade era um deserto sanitário total. Então, a gente estava muito mais comprometidos com essa questão.” - Enfermeira Hannah

Com o passar do tempo, a rede de atenção à saúde do Rio de Janeiro começou a se desenvolver, ainda que de maneira incipiente. Era o início da institucionalização da Atenção Básica no Município, uma ampliação ainda embrionária da cobertura do Programa de Saúde da Família. Esse processo, permitiu o acesso à assistência em saúde para camadas da população que eram excluídas no antigo sistema (por questões de mobilidade urbana, por

questões de limitação da capacidade assistencial, dentre outras muitas questões).

Essas pequenas unidades trabalhavam muitas vezes apenas com uma enfermeira e agentes comunitários de saúde. Usualmente eram instaladas em casas alugadas nas comunidades. Os Centros Municipais de Saúde (tradicionais) eram tidos como um apoio para a resolução de problemas mais complexos da população atendidas pela Saúde da Família. Mas essa relação entre as unidades de saúde não era construída de maneira institucional. Não se tratava de uma escolha estratégica da gestão. A relação foi sendo desenvolvida a partir das necessidades encontradas pelos próprios trabalhadores. Para Hannah não havia clareza na proposta estratégica para a saúde que era adotada pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

“As unidades tradicionais funcionavam como uma retaguarda. A saúde mental, os CAPS, sempre funcionavam como uma retaguarda para a APS. Mas eram muito difíceis os embates. Porque a atenção primária não era a ordenadora do cuidado. Não era ordenadora, e o Rio de Janeiro não tinha uma posição sobre qual era o modelo adotado. [...] É o modelo da vigilância do Vilaça? É o modelo da promoção? Qual era o modelo do Rio? Não tinha. A gente procurava o modelo e parecia que todos os modelos estavam ali juntos. Tá, era o saúde da família, mas qual era o modelo? Não tinha. Essa era a nossa fraqueza. A gente acabava sendo vista como um apêndice, uma coisa pequena. Não tinha visibilidade dentro da estrutura da secretaria.”- Enfermeira Hannah

A construção dessa relação entre os profissionais de saúde das unidades antigas e os que trabalhavam nos “PSFs” que começavam a surgir foi bastante conturbada de início. Tendo gerado muito desgaste aos profissionais naquela época, mas que foi fortalecido pelo apoio da população assistida.

“E isso de uma certa forma, era um pouco antagônico. A gente sofria algumas retaliações. Tinham unidades que não nos tratavam nem como profissionais de saúde. “Esses aí que querem achar que sabem mais que a gente.” Aí a gente foi ficando um pouco no apêndice, a gente não tinha visibilidade, embora o trabalho fosse muito interessante. Quando a população reconhecia a gente, era um trabalho de fortalecimento mesmo, da Atenção Primária. Mas institucionalmente, nós não éramos conhecidos. Éramos muito mais reconhecidos pela população do que pela instituição Secretaria Municipal de Saúde.”- Enfermeira Hannah

Havia, entretanto, um espaço promovido pela Secretaria Municipal de Saúde onde os profissionais de saúde do município que estavam engajados na saúde da família se encontravam e discutiam. Era um encontro mensal que permitia que as dificuldades e as potencialidades de cada equipe de trabalho fossem trocadas fortalecendo o trabalho desses profissionais. Era também um espaço onde esses profissionais faziam a apresentação do trabalho que vinham desenvolvendo e prestavam contas aos responsáveis da Secretaria Municipal de Saúde. Foi através dessas reuniões que muitas questões conflituosas que existiam nas relações entre as unidades de Saúde da Família e as tradicionais eram apontadas

para que a Secretaria Municipal buscasse as mediações.

“Naquela época nós fazíamos nossas reuniões no Centro Municipal de Saúde Marcolino Candau. O auditório do Marcolino, naquela época deviam caber 50 pessoas e nós éramos 25 pessoas. Era a Luciana e a Vera que eram as coordenadoras do saúde da família, e a gente levava o SIAB mensal num disquete, eu lembro muito bem. [...] Como éramos poucos, a gente precisava se ver para nos fortalecer. [...] Então, ali a gente falava das nossas dificuldades. Quem era do PACS, por exemplo. “Como é difícil de articular com o centro de saúde, como eu posso melhorar essa articulação?” Eram as duas coisas. Não era uma prestação de contas, na verdade. [...] Mas, era necessário que informasse o número de cadastrados. Toda essa questão do SIAB era preciso informar para que pudesse receber esse financiamento. Mas, o município do Rio sempre tinha outros investimentos também.” - Enfermeira Hannah

A tarefa de produzir saúde junto das comunidades apresentava um grande desafio aos profissionais envolvidos. Para tanto, ser acolhido pela população é de primordial importância. Hannah revela ter sido uma escolha acertada instalar os PACS/PSF no interior das comunidades, dessa forma a receptividade da população foi elemento facilitador para o trabalho na lógica da saúde da família, além disso as unidades eram de fácil acesso para a população. Na maioria das vezes a escolha do local a ser alugado ou cedido para ser a sede do equipamento de saúde era uma indicação da associação de moradores local.

Eram na sua maioria imóveis improvisados para aquela função, adaptados para terem o mínimo exigido para o funcionamento de uma unidade de saúde simples, mas que tinham uma série de limitações no que se refere aos serviços de saúde que podiam oferecer. Como exames de sangue, radiografias e outros serviços de apoio diagnóstico ou assistenciais. Quando se apresentavam as demandas por esses serviços nos PACS/PSF, os profissionais precisavam orientar que a população assistida procurasse os CMS para que esses procedimentos fossem realizados.

Não existia, na época, um sistema de regulação, ou pactuações institucionais que permitissem que essa relação de corresponsabilização do cuidado entre as unidades diferentes funcionasse de forma organizada. Essas relações eram estabelecidas pelos próprios profissionais de unidades de saúde diferentes.

Hannah aponta que mesmo entre essas unidades de saúde dentro das comunidades eram encontradas diferenças estruturais. Essas questões influenciavam diretamente as possibilidades de serviços ofertados. Havia uma similaridade no trabalho que era realizado diretamente no território, junto da população, mas a oferta de serviços técnicos e procedimentos variava dependendo dessa infraestrutura. Outro ponto estava relacionado ao distanciamento do poder público da gestão das unidades de saúde. Veremos a seguir que os imóveis das instalações nem sempre eram legalizados e em algumas situações isso se tornava um ônus a prestação dos serviços.

“Então, as nossas unidade de saúde, eram casas alugadas que eram adaptadas para ser um local onde a gente fazia muito mais promoção de saúde do que procedimentos. [...] Isso era muito diferente na Maré, por exemplo. Porque na Maré tinham os CIEPS, que foram construídos no governo Brizola. Dentro dos CIEPS já tinha um espaço para ter um consultório simplificado. Dentro dos CIEPS a educação e a saúde estavam ali, e esses espaços foram usados para colocar as equipes. Mas em outros espaços que eu trabalhei, como o Alemão, a gente procurava um local para alugar. [...] Muitas vezes era uma competição, porque alguém queria alugar. Normalmente era da associação de moradores, aí pagava um aluguel. Em alguns casos a associação cedia o espaço, para ocupar. Mas nesses casos muitas vezes a água era clandestina, a energia era clandestina. Quando faltava energia a gente não podia nem ligar para a light porque era “um gato” e não dava para reivindicar.”- Enfermeira Hannah

Além da questão estrutural as unidades também diferiam em relação às composições da equipe de saúde. As unidades que trabalhavam na lógica do PACS funcionavam com a equipe formada por uma enfermeira, técnica de enfermagem e um grupo de agentes comunitários. O trabalho tinha o enfoque no território, na educação em saúde, na promoção em saúde, promoviam o diálogo com a população, apoiavam as ações comunitárias e contavam com o apoio de outras unidades de saúde quando na necessidade de diagnósticos e tratamentos. As unidades de PSF trabalhavam com uma equipe composta pela enfermeira, médico, técnico de enfermagem, e um grupo menor de agentes comunitários. Faziam os cadastros dos usuários e tinham o número de pessoas acompanhadas delimitado (BRASIL, 2006).

Com relação à modalidade de contratação adotada, Hannah esclarece que, quando o vínculo não era estatutário, era firmado mediante as regras das leis trabalhistas. O que nem sempre era uma garantia para o trabalhador. Mesmo com vínculos celetistas os trabalhadores vivenciavam situações precarizantes. Havia um distanciamento da Prefeitura com relação à gestão executada pelas ONGs contratualizadas. Essas organizações realizavam a gestão do trabalho em saúde e os processos de contratação com muito pouca interferência da gestão municipal. Isso possibilitava que situações adversas surgissem, usualmente, eram os trabalhadores os prejudicados nesses momentos.

“... naquela época, a própria associação de moradores [ONG] era um ente que contratava. O governo municipal repassava a verba para que eles pudessem assinar a carteira. Todos teriam que ter a carteira assinada, com vale refeição, com todos os direitos. Quando eu era do Médicos Sem Fronteiras eu sempre recebi todos os direitos. [...] Então as pessoas diziam: “eu quero trabalhar com o Médicos sem fronteiras”, ou, “eu não quero trabalhar com a associação de moradores”. Isso, porque mesmo os vínculos [com as associações] sendo tudo de carteira assinada, eram frágeis. Na Maré a gente muitos vínculos em que tínhamos o direito ao vale refeição e a gente não recebia. Muitas vezes as pessoas foram demitidas sem receber seus direitos. Eles encerravam a firma por falência, abria novamente com outro CNPJ, contratavam as mesmas pessoas, não pagavam os direitos daquelas pessoas. As pessoas se submetiam a essas novas contratações. [...] A partir de 2006, nós tínhamos estatutários e contratados. Enfermeiros e dentistas eram todos estatutários.

Enfermeiro, dentista, técnico de enfermagem, técnicos e auxiliar de saúde bucal, eram todos estatutários. Quem não era estatutário? Médicos, tinham os estatutários e os contratados. Os Agentes Comunitários também eram contratados via CLT.”- Enfermeira Hannah

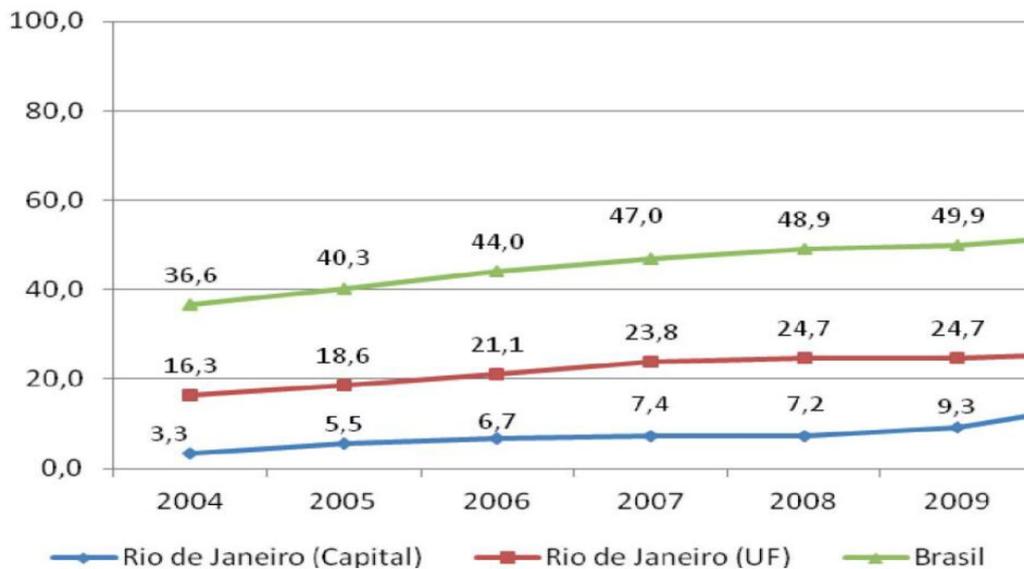
A Estratégia de saúde da Família foi marcada no ano de 2006 pelo lançamento da Política Nacional da Atenção Básica, documento onde se ratificou a ESF como estratégia prioritária de expansão da Atenção Básica (BRASIL, 2006). Também em 2006 foram lançadas as Diretrizes Operacionais para os Pactos pela Vida, em defesa do SUS e de Gestão, onde constava o objetivo de fortalecer a Atenção Básica na lógica da ESF (BRASIL, 2006). Além disso, no mesmo ano vigorava a Fase II do Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (PROESF). Esse projeto desenvolvido numa parceria entre o Ministério da Saúde e o Banco Mundial investiu 550 milhões de Dólares no período de 2002 a 2009. Tinha como objetivo expandir a ESF nos municípios com mais de 100 mil habitantes, apoiar a mudança de modelo de APS, desenvolver recursos humanos, com monitoramento e avaliação de resultados (BRASIL, 2003). O relato de Hannah nos apresenta mudanças ocorridas na APS do Rio de Janeiro em 2006. É possível que as mudanças ocorridas nesse período na APS do Rio de Janeiro tenham acontecido por influência desses programas e políticas nacionais.

“Até 2006 a gente tinha mais PACS, depois a gente foi tendo muito mais Saúde da Família. Que aí o Saúde da Família tem toda uma equipe, com médicos, enfermeiros, os dentistas, técnico de enfermagem, e os agentes comunitários. [...] é uma diferença grande quando a gente tem as equipes de saúde da família, porque aí você consegue resolver as questões ali e referendar só o que realmente não é da Atenção Primária [...] essas mudanças foram principalmente a partir de 2006. A gente tem o próprio Ministério da Saúde saindo de um jeito de governança que não era através de uma política nacional [...] Essas normas operacionais básicas se contradizem com os princípios filosóficos da Atenção Primária, porque era uma imposição. Depois veio a política nacional, antes veio o pacto. Então a gente começou também a ter essa possibilidade de entender que a gente precisa fazer pactos e não ter uma “norma” que você tem que obedecer. [...] O ministério tinha a própria PNAB. Vinha descrevendo, ali, a forma como a gente tinha que trabalhar. Que é levando em conta, não o doente ou a doença, mas a família. Trabalhava-se a família. [...] Mas que a gente pode construir juntos essa política de atenção, que foi justamente em 2006” - Enfermeira Hannah

Segundo Hannah, até 2008 a população carioca que tinha acesso a uma equipe de saúde da família não passava de 6%. Essa percentual de cobertura é coerente com o que apresenta Simone Pires (2014) em sua dissertação de mestrado onde analisa criticamente a RCAPS do Rio de Janeiro. A autora relaciona em seu trabalho um gráfico do Ministério da Saúde que apresenta a evolução do percentual da população cadastrada no saúde da família no município do Rio de Janeiro.

Gráfico 1 - Proporção da população do Município do Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro

e Brasil, cadastrada na Estratégia de Saúde da Família, para o período de 2004 a 2011



Fonte: Pires (2014, p. 74).

Hannah aponta que mesmo com um percentual pequeno de cariocas cadastrados na saúde da família, havia um investimento em capacitação desses profissional por parte da SMS.

“...a prefeitura do Rio, nessa época, embora não tenha sido o modelo escolhido e nem era a APS ordenadora do sistema, mas nós recebíamos muita qualificação. Nós éramos qualificados para saber do que se tratava. Só que éramos um grupo muito pequeno. A gente cobria pouquinho, pouco. 3%, 6% [população assistida pelo PACS ou Saúde da Família].” [...] mas a gente recebia muitos treinamentos da prefeitura do Rio, muitos. Eu tive aula com Victor Valla, eu tive aula com Augusto Boal, do Teatro do Oprimido. A gente tinha muitas oportunidades de conhecimento.”- Enfermeira Hannah

É provável que esses investimentos em capacitação dos profissionais da Saúde da Família promovidos pela Secretaria Municipal de Saúde, mesmo antes que a opção estratégica pela Estratégia de Saúde da Família tivesse sido adotada, tenham sido realizados com recursos MS para o desenvolvimento dos profissionais da saúde da família. Como falamos anteriormente existiam algumas formas de estímulo financeiro do MS aos Municípios que expandissem a ESF. Segundo a entrevistada, na segunda metade da década de 2000 ocorre algum aumento no investimento nas equipes que trabalhavam na Saúde da Família. Além disso, são realizadas melhorias graduais da infraestrutura das unidades de Saúde da Família. Alguma ampliação da capacidade de cobertura pela ampliação do número de equipes. Nesse momento o número de servidores estatutários da prefeitura dedicados a ESF foi ampliado.

“Ao longo do tempo foi mudando de como era em 1998 para como era em 2010. Sim, muitas mudanças. Uma das mudanças que eu acho que foi bacana também é que muitas unidades eram uma equipe só, depois foram juntando. Aí tinham unidades que tinham até 5 equipes. [...] Foi feito uma entrevista, foi feita uma proposta. A própria secretaria fez uma proposta para os servidores para trabalharem

40 horas por semana e para implementar o modelo da saúde da família. [...] A gente começou a ter sala de vacina, sala de procedimentos. A gente começou a fazer assistência, porém, sem descuidar da prevenção.”- Enfermeira Hannah

Outra mudança importante do período foi a criação de grupos regionais multiprofissionais que passaram a dar apoio técnico às equipes de saúde da família nos territórios. Esses eram conhecidos por GAT, sigla para Grupo de Apoio Técnico. Com o apoio desses grupos as unidades passaram a ter orientações técnicas para o trabalho. Isso promoveu o desenvolvimento de alguma homogeneidade no funcionamento das distintas unidades de Saúde da Família.

“Depois a prefeitura foi centralizando e teve esse Grupo de Apoio Técnico (GAT), que apoiavam para que as unidades conseguissem funcionar de maneira mais parecida. Esses GATs vieram contribuir, pois naquela época tinha uma coordenação central e cada ONG, naquela época eram as ONGs, tinha o seu jeito de gerir a sua unidade. Não que cada uma funcionasse de qualquer jeito, mas tinha um grupo que estava mais ali responsável por cuidar.”- Enfermeira Hannah

Hannah relata que a partir desta nova etapa (do PACS para ESF) eles passaram a dedicar mais tempo para a realização de ações assistenciais em saúde. Isso nos instiga a entender melhor como era o cotidiano das unidades e como se desenvolvia o processo de trabalho em saúde nas unidades de PACS e PSF. Lembramos que Hannah iniciou suas atividades na APS em 1999 e que na época o trabalho dos profissionais de saúde tinha um caráter menos assistencial e mais voltado para as intervenções junto ao território onde estavam inseridos.

O processo de trabalho na APS, em especial na Estratégia de Saúde da Família, localiza o profissional de saúde obrigatoriamente muito próximo da realidade das famílias. Isso instiga que parcerias sejam estabelecidas, no objetivo de trazer boas intervenções para a vida das famílias e para o território. Segundo Hannah a disponibilidade de tempo era algo bom. Poder realizar o trabalho sem que o foco fosse o atendimento dentro dos consultórios, permitia realizar as atividades de forma menos acelerada. Fazendo com que a assimilação de informações e a troca com os usuários acontecesse de maneira mais efetiva e longitudinal.

“A gente tinha possibilidade de fazer 4, 5 encontros com as mulheres. A gente falava sobre a sexualidade, falava sobre o que é essa relação de gênero. A gente tinha mais tempo para trabalhar essas questões que a população precisa entender. Quer dizer, não é que ela precisa, mas ela tem noções e muitas dúvidas. Com o tempo, eu acho que aqui no Rio a gente perdeu muito. Essa noção do processo de saúde e doença e de dialogar com a população. E de a gente não se preocupar só em atender metas e indicadores.”- Enfermeira Hannah

Não é possível garantir que todas as unidades de ESF do Rio de Janeiro funcionassem com a mesma conduta que as unidades onde Hannah trabalhou. É possível que os ideais da Reforma Sanitária estivessem mais vivos para alguns profissionais do que para

outros. Entretanto, era parte do processo de trabalho das equipes de Saúde da Família o momento de discussão. Eram realizadas reuniões de equipe e reuniões onde participavam todos os profissionais. Neste espaço os Agentes Comunitários discutiam o que haviam identificado nas visitas domiciliares com os demais profissionais, eram realizadas atividades de educação permanente, discutia-se o processo de trabalho e planejamento de ações.

“Naquele tempo também tinha um período que a gente fechava a unidade à tarde, normalmente, uma tarde. Geralmente era às sextas-feiras. E a gente fazia as reuniões de equipe e fazia as reuniões de módulo. Ali a gente tomava decisões.” - Enfermeira Hannah

Segundo Hannah, havia nesse período a necessidade de que a profissional enfermeira acumulasse uma série de atribuições que não são usualmente da responsabilidade da profissão. Mesmo assim, havia um senso de responsabilização e de cooperação mútua entre os trabalhadores que entre si dividiam e compartilhavam a responsabilidade por essas atribuições.

"Nós nos dividíamos para fazer tudo. Por exemplo, nós não tínhamos um farmacêutico. Tinha um farmacêutico que era responsável por todas unidades. Na nossa unidade, como éramos 5 equipes a gente se dividia. Uma cuidava da sala de vacina... Os enfermeiros sempre tiveram um papel muito especial e importante nesta construção. Porque eles eram responsáveis pelas salas de vacina, pela farmácia, pelo acolhimento, pelo bolsa família. Então a gente se dividia e cada enfermeiro dava a sua contribuição.[...] Além de ser um enfermeiro de equipe, que tinha uma área sob sua responsabilidade, que cuidava da população, também cuidava da administração e da gestão da unidade. Não tinha um administrador da unidade, não tinha um gerente, não tinha um diretor." - Enfermeira Hannah

Essa relação de cooperação não acontecia apenas entre os enfermeiros, Hannah relata que era comum aos profissionais a compreensão da necessidade desse apoio para bem da própria unidade de saúde e para que fosse possível corresponder às expectativas da população.

“A gente se organizava e naquela época não era só o ACS que realizava o cadastro. Todos precisávamos do cadastro para fazer o diagnóstico da população. Então quanto mais cadastros tivesse era melhor. A gente marcava uma data. Quando entrava e começávamos a fazer o cadastro, depois de tanto tempo a gente fazia uma grande reunião para apresentar como era aquela comunidade. Então a gente ajudava os agentes comunitários a cadastrarem para que a gente pudesse fazer o diagnóstico.” - Enfermeira Hannah

Os trabalhadores pautavam suas ações não apenas nas noções que iam construindo a respeito do território, havia segundo Hannah, normativas para o trabalho que auxiliavam o direcionamento das atividades. O direcionamento era oriundo dos Manuais do Ministério da Saúde, que há época, tentava estimular que os municípios adotassem a Estratégia de Saúde da Família. O manual do PACS (2001), a própria Política Nacional de Atenção Básica (2006) e antes dela o Programa de Saúde da Família (1997). Já o município do Rio de Janeiro ainda tinha a organização do trabalho na atenção primária pautada no atendimento ambulatorial sob

a lógica dos programas (Saúde Materno-infantil, Programa de Tuberculose e Hanseníase, Programa de Hipertensão e Diabetes). Coube aos profissionais das, ainda poucas, unidades de Saúde da Família encontrar o caminho entre essas duas prescrições distintas para o trabalho em saúde na APS e ainda assim atender às demandas do território sem deixar de entregar o que era exigido pelos gestores da saúde.

"... a gente tinha uma Secretaria Municipal de Saúde trabalhando com programas, divisões e ações de programas. E a gente tinha um Ministério da Saúde que pautava a sua forma como a gente cuidava da população, nas famílias. Eram programas diferentes. [...] a gente pegava aquelas fichas A, fazia um diagnóstico da comunidade. Então a gente podia entender o que acontecia ali. Mas dentro deste diagnóstico a gente alinhava as questões do município. Então havia uma articulação entre esses dois pontos: o diagnóstico do território e as normativas da prefeitura. Mas como a gente estava dentro do território, a gente vacinava todas as crianças, fazíamos todos os pré-natais. A gente tinha que apresentar uma produção, mas não era uma produção de números. Mas gente sabia que o financiamento vinha também através do número de cadastrados, toda essa questão envolvida. A gente não tinha uma meta. A gente mesmo estabelecia uma meta. "A nossa população é de tantas pessoas, então vamos cadastrar".- Enfermeira Hannah

A entrevista com a enfermeira Hannah também abordou o cerne deste estudo, o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde. Ela nos apresentou diversos pontos relacionados ao trabalho dos agentes, como seu recrutamento, treinamento, pertencimento e atribuições. Fica muito marcante na fala da enfermeira a importância atribuída à existência dos agentes. Na percepção de Hannah o único caminho para a realização deste trabalho, diferenciado do que era ofertado nos Centros Municipais de Saúde, era ter a presença dos ACS. A competência cultural que se deseja para a Atenção Primária em Saúde acontecia principalmente a partir dessa relação do agente comunitário de saúde com os outros profissionais e a população. Eram eles os condutores das trocas entre o saber popular e o científico.

"Naquela época, o que marcava é que era inconcebível se ter saúde da família sem agentes comunitários. Era impossível. Porque a gente só conseguia trabalhar dessa forma. Talvez, porque a gente ficasse dentro das comunidades. O trabalho era centrado no agente comunitário. A gente nunca pensou em ter uma equipe sem agentes comunitários, quando ele é agente comunitário, ele tem essa competência cultural. Que é justamente fazer essa tradução desses saberes junto à população. [...] O agente comunitário ele tinha um papel muito forte na Saúde da Família, não era centrado no médico. O ACS tinha um papel de reconhecimento de que o trabalho somente poderia acontecer porque ele estava ali." - Enfermeira Hannah

O recrutamento das pessoas que viriam a ser agentes comunitários, conforme nos informa Hannah, era realizado principalmente através da indicação das Associações de Moradores. Essa conexão com a comunidade era levada em consideração na seleção dos agentes e era um elemento mais importante do que o nível de formação desse profissional, além de promover que diferentes perfis de ACS surgissem.

“E essas indicações [de ACS, realizadas pelas Associações de Moradores] passavam por ele estar engajado em alguma questão, alguma militância na comunidade. Isso era muito levado em consideração, tanto que não era levado em consideração ele ter o segundo grau, nada disso. Ele poderia até saber apenas ler e escrever desde que estivesse engajado na comunidade. Aí a gente tinha pessoas jovens, pessoas mais velhas, tinha pessoas de todas as idades e que não sabiam o que era saúde pública, nem o que era o conceito ampliado de saúde. Elas eram uma pessoa que vivia na comunidade.” - Enfermeira Hannah

É importante ressaltar que apesar de o pré-requisito para ser um ACS fosse ter nível primário e morar na comunidade acreditamos que o trabalho desse profissional pode ser desempenhado de forma mais qualificada mediante a formação técnica específica⁷. As enfermeiras tinham um protagonismo no treinamento dos ACS. Nos casos das unidades do PACS a enfermeira era a única referência com formação de nível superior para essa capacitação. O treinamento inicial é chamado de Curso Introdutório à Saúde da Família, que não é exclusivo para os agentes comunitários, mas é ofertado para toda a equipe. É nele que os profissionais passavam a ter contato com os conceitos do trabalho em saúde no território, discutiam o conceito de saúde, determinantes sociais, além dos temas diretamente relacionados com o cotidiano do trabalho. Este curso costuma ter duração de 40 horas, muito pouco tempo para que profissionais que nunca tenham trabalhado tais temáticas desenvolvam uma compreensão adequada de conceitos tão complexos.

“Eles nunca tinham sido ACS. Então eles foram selecionados a partir da associação de moradores. E isso foi muito importante, pois eu tive o prazer de formar os meus agentes comunitários. Como eles não eram profissionais da saúde, fazíamos um introdutório falando dessas questões maiores, sobre o que era uma territorialização, o que era esse o processo de pertencimento.” - Enfermeira Hannah

Tanto no modelo de Programa de Agentes Comunitários de Saúde quanto na Estratégia de Saúde da Família a relação entre enfermeira e agentes comunitários de saúde era muito forte. Os processos de trabalho de ambos os profissionais se mantinham conectados cotidianamente, nas reuniões de equipe, nas atividades educativas em saúde, nas de educação permanente, na dinâmica das visitas domiciliares.

“Eu, enquanto enfermeira tinha seis agentes comunitários. Eu organizava a minha agenda de maneira que eu pudesse ficar com um agente comunitário ou dois para ver como eles estavam trabalhando, quais visitas eles estavam realizando durante o mês e qual olhar eles estavam tendo, quais dúvidas eles estavam tendo com relação a visita no domicílio. E era uma visita mesmo.” - Enfermeira Hannah

O papel de supervisora do trabalho dos ACS era mais uma tarefa que ficava relegada

⁷O Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde é oferecido na cidade do Rio de Janeiro pela Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/ FIOCRUZ. Segundo o site da escola, o curso tem duração de 1200 horas e tem o objetivo de “profissionalizar e certificar os ACS da estratégia saúde da família, de modo a qualificar sua atuação profissional, fortalecê-los enquanto categoria profissional e potencializar o seu papel no processo de transformação do modelo de atenção à saúde”.

<http://www.epsjv.fiocruz.br/cursos/tecnico/tecnico-em-agente-comunitario-de-saude>

às enfermeiras. Elas deveriam garantir que as atribuições dos agentes fossem executadas. E para o trabalho dos ACS, o Ministério da Saúde era o principal prescritor de atribuições. Realmente desde 1991 o Ministério da Saúde vinha publicando materiais que orientavam o trabalho dos ACS, sendo que essas publicações são mais acessíveis digitalmente a partir do ano 2000. Como por exemplo, a publicação Programa Agentes Comunitários de Saúde de 2001, o Guia Prático do Agente Comunitário de Saúde de 2009 e o documento Trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde com versões do ano 2000 e 2009, todos editados pelo Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde.

Hannah aponta que uma das características mais valorizadas dos agentes comunitários era o seu potencial para a integração entre saúde e comunidade. Os diálogos em equipe, os treinamentos em serviço, somados ao seu conhecimento do território e compromisso com a comunidade, permitiam que esses profissionais se apresentassem como o ator que viabilizava essa relação dialética entre os saberes popular e científico.

"E o agente comunitário tinha uma responsabilidade, tinha um compromisso, que era de fazer uma tradução, vamos dizer assim, intercultural entre um saber que era um saber científico, um saber da saúde como ciência para um saber popular, o saber das pessoas. [...] Quando ele é agente comunitário, ele tem essa competência cultural. Que é justamente fazer essa tradução desses saberes junto à população. [...] um pertencimento, em algumas comunidades mais em outras menos de que seu trabalho era importante, de que ele estava contribuindo para que aquela população que era a dele mesmo pudesse melhorar a sua vida." - Enfermeira Hannah

O respeito e reconhecimento da população legitimava o trabalho dos ACS. Havia uma assimilação das orientações feitas pelos agentes nas visitas domiciliares e nas ações educativas em grupo. Isso contribuía tanto para o fortalecimento do papel do agente quanto para a disseminação do conhecimento em saúde. Os próprios agentes iam refletindo a respeito dos seus hábitos ao longo do trabalho que realizavam e se estimulavam para realizar outras mobilizações comunitárias.

"E muitas pessoas compravam o filtro, com o "dinheirinho" que tinham, porque sabiam que aos pouquinhos seus filhos iam ficando com menos verminose, precisavam ir menos ao posto de saúde. As pessoas conseguiam ver e entender isso. Os próprios agentes conseguiam ver isso, então eles acreditavam. Eles incentivavam. "Olha, vamos comprar o filtro porque é importante, vai ajudar sua filha a parar de ficar doente". Para os agentes comunitários era muito importante a concretude de algumas coisas. [...] "Ah, por que a nossa comunidade é cheia de lixo?" Então os agentes se uniam e faziam suas próprias reuniões com a comunidade. Eram pequenas mudanças que faziam um grande sentido na vida dos agentes e das pessoas. Eu lembro que em alguns lugares os agentes faziam no final do ano a árvore de natal com garrafas PET junto com a comunidade. E junto da comunidade eles juntavam as garrafas para limpar as ruas e para que as garrafas não fossem para os rios. Eles encontravam com a comunidade na missa, na igreja, no salão de cabeleireiro. As pessoas os acionaram, faziam perguntas e eles precisavam dar resposta, então eles se sentiam responsáveis. Então havia uma noção de saúde que era muito maior do que essa de doença. E por conta disso muitos agentes eram super respeitados pela comunidade. Então, quando eles nos apresentavam: "olha essa é a minha enfermeira,

esse é o meu médico”, a gente tinha um outro tipo de tratamento.”- Enfermeira Hannah

Segundo Hannah, os agentes com quem ela trabalhou, realizavam suas atividades com um sentimento de pertencimento, no sentido de que ela percebia nos agentes uma identificação tanto com relação à comunidade quanto com o trabalho. Eles se esforçavam para manter o trabalho organizado e para acompanhar adequadamente as famílias. Mesmo sem terem um diploma em alguma área técnica de saúde eles desempenhavam suas atribuições com compreensão da sua importância para com a comunidade. A enfermeira destaca o espaço das reuniões de equipes como importantes para a educação permanente e para fortalecer essa troca entre os agentes e os outros membros da equipe. A fala da entrevistada destaca que os ACS não se reconheciam como parte da “equipe técnica” da Saúde da Família, mas sim como um trabalhador que deveria fazer a conexão entre a “equipe técnica” e a população.

“...a gente tinha um mapa na nossa sala de reuniões, e eles sempre estavam colocando ali quais famílias estavam sendo visitadas. Então, todo mundo via, o mapa ficava colorido e visível para todos nas reuniões de equipe. As visitas ficavam registradas ali, também. Não tinha computador, utilizávamos a ficha. Mas, ali, a gente sabia quem tinha sido visitado e quem tinha ficado sem visita. E eu sentia que eles realizavam aquele trabalho com responsabilidade. [...] Eles [ACS] tinham uma formação que não era técnica, mas que ao mesmo tempo era uma formação de que eles eram responsáveis por aquelas famílias, de alguma forma. E com essa capacidade de comunicação com a equipe técnica através desse saber popular é que a comunidade era cuidada. Esse elo. Ele não se sentia parte da equipe técnica. Mas, ele era um comunitário que articulava com a equipe técnica. Então ele voltava para sua comunidade transformando todo o jargão acadêmico.”- Enfermeira Hannah

Interessante perceber que a enfermeira destaca como papel dos agentes a realização de uma “tradução cultural” mesmo sem que esses trabalhadores tivessem uma formação específica que permitisse que eles compreendessem amplamente o “jargão acadêmico”. De todo modo, o papel de conectar a comunidade à equipe de saúde da família também se dava dessa forma, na tentativa de diminuir a lacuna entre o conhecimento científico e o conhecimento popular.

“Todo o trabalho dele era norteado pelas ações que tem a ver com o diagnóstico da comunidade, com as noções do território, e tinha a ver com a noção comunitário do processo de saúde e doença. Que não era só levar uma consulta ou agendamento de um exame. Muito raramente era para fazer entrega ou marcar uma consulta. Muito depois disso começou até a existir, mas ele não ia à casa apenas para isso.”- Enfermeira Hannah

Hannah aponta que o planejamento do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde não era casual. Ele não ia simplesmente para as ruas e fazia visitas domiciliares aleatórias. O serviço era orientado pelo diagnóstico do território. Esse processo contava com a participação de todos os profissionais da unidade, mas em especial os agentes que eram os principais responsáveis pelo acompanhamento das famílias cadastradas. A enfermeira indica ainda que

durante a visita domiciliar o agente comunitário coletava informações importantes para a elaboração do diagnóstico comunitário e para as tomadas de decisões. Mas, principalmente, ele “levava orientações” para a promoção da saúde das famílias e da comunidade. Isso reforça a ideia de que o processo de educação em saúde que era realizado não era trabalhado de forma horizontal. Ainda que Hannah argumente que era um trabalho que considerava o território, a cultura e os saberes das pessoas, o termo “transmitindo conhecimento”, sugere o contrário.

Para encerrar esta parte do capítulo selecionamos uma passagem da entrevista com a enfermeira Hannah onde ela faz uma importante observação. Esta diz respeito ao que ela pensa com relação aos efeitos causados pelas mudanças na gestão do trabalho em saúde após 2009 na APS do Rio de Janeiro.

“Naquela época a gente cuidava muito da saúde das pessoas e podem até dizer que os indicadores eram melhores porque eram menos pessoas atendidas. Mas, parece que hoje a gente cuida muito mais da saúde dos indicadores do que das pessoas. Eu não concordo que este seja o caminho.”- Enfermeira Hannah

5.2 REFORMA DOS CUIDADOS EM ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE (RCAPS)

O ano de 2009 ficou marcado na história brasileira como um ano de grande otimismo político e econômico. A sensação vivenciada no estado do Rio de Janeiro e na capital não eram diferente. Havia, nesse período, uma relação muito próxima entre o Governo Federal, Estadual e Prefeitura do Rio de Janeiro. Este contexto de apoio político entre as três esferas de governo contribuiu também para o crescimento econômico da cidade. No campo da saúde pública, havia um forte empenho do Ministério da Saúde em estimular a expansão da Estratégia de Saúde da Família (ESF) nas grandes cidades. Foi então que a prefeitura aderiu a esse incentivo e iniciou o processo de expansão da APS. Era o início do governo Eduardo Paes, gestão que perdurou por dois mandatos. As informações apresentadas neste texto fazem referência ao período compreendido entre 2009 e 2016.

Ao tomar posse, a equipe designada para a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) criou o Programa Saúde Presente⁸ com a promessa de reorganizar da rede do SUS da cidade,

⁸ “O Programa Saúde Presente marcou o início de uma nova fase para o atendimento de saúde da população carioca. Lançado em maio de 2009 com o objetivo de expandir os serviços de saúde a toda população do Rio de Janeiro, o programa tem como conceito a territorialização da cidade, atendendo regiões até então prejudicadas na gestão de saúde. Com o Saúde Presente, a população conta com um sistema integrado e personalizado de assistência onde cada cidadão tem uma equipe de saúde multidisciplinar que o acompanha, dando orientações sobre promoção e prevenção e realizando o diagnóstico precoce de doenças. Com o programa, já é possível melhorar indicadores de mortalidade materno-infantil e qualidade de vida da população, além de reduzir custos hospitalares, na medida em que aumenta a medicina preventiva, diminuindo internações, consultas

com foco na ampliação da APS através da ESF. Pires (2014) explica que a promessa era de:

de expandir os serviços de saúde a toda população com ênfase na Atenção Primária. Fazem parte do Programa as Clínicas da Família (CF), os Centros Municipais de Saúde (CMS), as Policlínicas, os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad), Centros de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi), as Unidades de Pronto Atendimento (UPA), os Hospitais e Maternidades e as Coordenações de Emergência Regionais (CER) (PIRES, 2014, p. 68)

Este investimento promoveu uma ampliação da cobertura da ESF. Que possuía, em 2008, 7% da população carioca coberta pela estratégia (PIRES, 2014), e passando à marca de 70%, aproximadamente, ao final de 2016, segundo a informações da SMS (SORANZ, PINTO e PENNA, 2016).

Em entrevista concedida pelo então secretário municipal de saúde, Daniel Soranz à Empresa Brasil de Comunicação, em 2016 ele apresentou alguns dados e resultados das mudanças na APS do Rio de Janeiro:

Nos últimos oito anos, foram inauguradas mais de 140 novas unidades e abertas mais de 28 mil novas vagas para profissionais de saúde. Ainda segundo a secretaria, quase 55 mil profissionais atuam na atenção primária, entre eles, cerca de 10 mil médicos [...] De acordo com o secretário municipal da saúde, somente entre 2014 e 2016, a prefeitura economizou cerca de R\$ 120 milhões com internações por causas sensíveis à APS (VILLELA, 2016).

Essa equipe da SMS denominou esse processo como a “Reforma dos Cuidados em Atenção Primária em Saúde” do Rio de Janeiro. Eles defendiam que todo o processo havia se pautado na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2012, tendo também sido inspirada “nas experiências [de reformas] europeias de APS, em particular [as do] Reino Unido e [de] Portugal” (SORANZ, PINTO e PENNA, 2016, p. 1329). De Portugal os principais elementos foram os indicadores de desempenho e o pagamento por desempenho, a construção de um Portal Observatório de Políticas Públicas – traduzidos na SMS-RJ para uma rede de observatórios (OTICs), além do uso de prontuários eletrônicos na APS e a gestão através de listas. Da experiência britânica, veio a inspiração para o tema da gestão da clínica médica, o modelo de contratualização com os médicos e a aplicação de ferramentas de geolocalização, que permitiu relacionar o endereço de cada pessoa da cidade com a unidade da APS correspondente (Onde Ser Atendido?⁹).

Com a reforma do modelo de atenção, a APS passou oficialmente a ser a ordenadora do cuidado em saúde no município do Rio de Janeiro. A ampliação do acesso, com a inauguração de novas unidades de saúde na APS, as Clínicas da Família. A vinculação e o

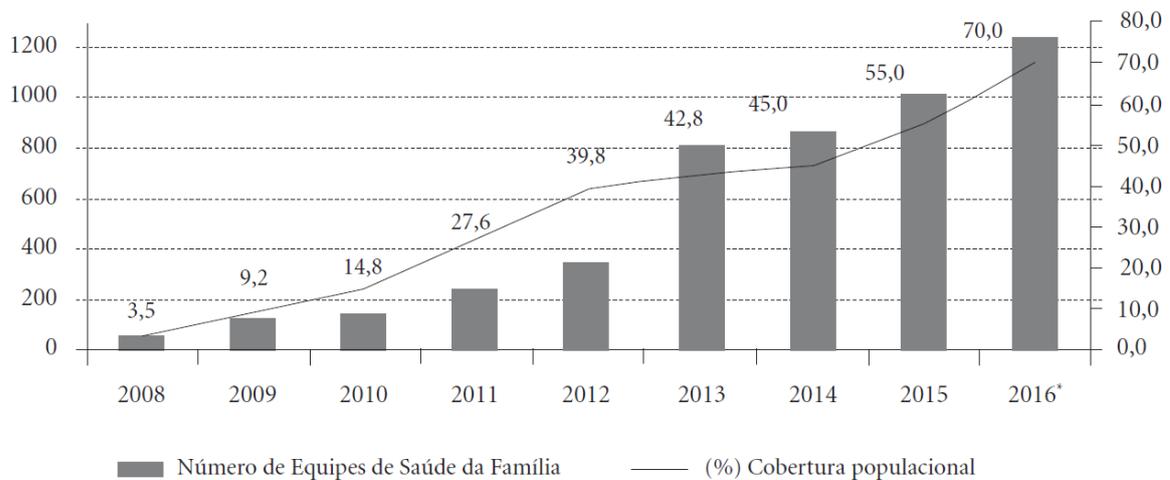
e exames.” Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/saude-presente>

⁹ <https://subpav.org/ondeseratendido/>

cuidado longitudinal, principalmente na tentativa de superar o modelo então vigente onde a população acessava os serviços de saúde sem que houvesse uma vinculação com os profissionais de saúde e unidades longe dos locais de residência. Como vimos na parte inicial do capítulo, não existia na época uma coordenação do cuidado em saúde que orientasse o acesso dos usuários pelos serviços com diferentes níveis de complexidade, este também foi um foco da RCAPS.

O gráfico abaixo apresenta a evolução do número de equipes de Saúde da Família e os percentuais da população do Rio de Janeiro cobertas pela ESF.

Gráfico 2 - Evolução da cobertura populacional de equipes completas de Saúde da Família e número de equipes projetadas Rio de Janeiro – 2008 – 2016* (*Projeção da Prefeitura do Rio de Janeiro).



Fonte: (SORANZ, PINTO e PENNA, 2016, p. 1127-1330).

A expansão trouxe maior acesso da população ao serviço público de saúde da cidade o que, sem críticas aprofundadas, ia ao encontro do princípio de garantia de acesso universal a serviços de saúde do SUS. A reforma conduziu a saúde pública do Rio de Janeiro na direção do anseio do Ministério da Saúde, o da reorientação do modelo pela Atenção Primária em Saúde por meio da pela Estratégia de Saúde da Família.

Simone Pires (2014), aponta que 2009 marca essa adesão da Prefeitura do Rio de Janeiro ao incentivo do Ministério da Saúde. Dessa forma, a:

ampliação da Estratégia de Saúde da Família e optou por um modelo que conta com unidades classificadas como: Clínica da Família e Unidade Tipo A (onde 100% do território de cobertura possui equipe de Saúde da Família); Unidade tipo B (uma parte do território possui cobertura de Saúde da Família) e Unidade Tipo C (se constitui de uma unidade tradicional sem ESF). São usadas nomenclaturas de Clínica

da Família (CF) quando a unidade possui 5 ou mais ESF atendendo a um território adscrito e CMS quando há um número menor de equipes ou quando se tratar de unidade tradicional em coexistência com ESF ou ainda unidade tradicional sem ESF (PIRES, 2014, p. 69).

Esse processo se deu de maneira a construir na lembrança da população uma marca característica daquele governo, a criação das Clínicas da Família. As Clínicas da Família, inauguradas entre 2009 e 2016 se tornaram um símbolo da gestão Eduardo Paes na prefeitura do Rio de Janeiro. Pires (2014), lembra que a promessa de melhoria das condições de atenção à saúde da população, através da ampliação dos serviços foi um forte elemento da campanha eleitoral que promoveu a ascensão de Paes ao poder.

Em uma das publicações lançadas pela Prefeitura a respeito da RCAPS podemos encontrar muitas falas dos gestores municipais a respeito das Clínicas da Família:

As Clínicas da Família estão próximas às pessoas e possuem o foco em auxiliá-las na resolução da maioria dos problemas relacionados à saúde. Cada clínica é composta por, em média, quatro equipes de saúde, que são responsáveis por todas as pessoas que moram em um território definido. Isso resulta em um vínculo com a população e a continuidade do cuidado ao longo do tempo, pois as pessoas são atendidas sempre pelos mesmos profissionais. [...] Para aumentar a resolutividade, todas as unidades oferecem coleta diária de material para exames laboratoriais, além de exames complementares, como eletrocardiograma, radiografia digital e ultrassonografia. Todas são equipadas para oferecer consultas de pré-natal, acompanhamento de desenvolvimento das crianças, exames ginecológicos, incluindo a inserção de dispositivo intrauterino (DIU), realização de pequenos procedimentos cirúrgicos e atividades de promoção à saúde. (RIO DE JANEIRO, 2012, p. 08)

Fazendo uma crítica à citação anterior, podemos observar que quando o texto apresenta a expressão “Resolução da maioria dos problemas relacionados à saúde” eles estão fazendo uma referência direta a ideia de que a APS tem o potencial de resolver mais de 80% dos problemas de saúde. Vínculo e continuidade do cuidado também são referência ao princípio da APS da longitudinalidade. Entretanto, fica claro que o foco principal da ação das equipes de saúde da família é assistencial: consultas médicas, exames, pequenos procedimentos cirúrgicos. Muito timidamente foi feita uma menção ao território e nada foi mencionado a respeito da importância que se deveria dar para as características sociais, culturais e estruturais de cada comunidade, o que também é um princípio da APS (Orientação Comunitária). Isso já dava indícios das mudanças que a RCAPS carioca apresentou.

Não se pode negar que a reforma trouxe benefícios para a população carioca, como a (já mencionada) ampliação ao acesso aos serviços de saúde pública, além de almejar a reorganização da rede de atenção à saúde do município tendo a APS como ordenadora do cuidado. Mas não podemos deixar de considerar que tal movimento aconteceu com anos de atraso do município em investir adequadamente na saúde da população carioca que

apresentava um dos piores indicadores de saúde entre as capitais brasileiras.

Da mesma forma, não há como negar que todo este processo foi fortemente amparado pelas diretrizes da Nova Gestão Pública, adotando fortemente elementos neoliberais na gestão do município, como o modelo organizacional mais flexível ou pluralismo institucional (o modelo das organizações sociais), a gestão para resultados e novas formas de prestação de contas. Nesse sentido a mais emblemática questão foi a ampliação da APS ter se dado em função da contratação das Organizações Sociais (OS). Pires (2014, p. 70) explica que isso somente foi possível:

através da Lei Municipal 5026, de 19 de Maio de 2009, que qualificou como OS “entidades jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, cujas atividades sejam dirigidas ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do meio ambiente, à cultura, à saúde e ao esporte”. Definiu-se que no que se refere à saúde, as OS poderão atuar em unidades de saúde criadas a partir da entrada da lei em vigor [...] Neste caso, no Hospital Municipal Ronaldo Gazolla e nas unidade de Saúde da Família, através de contratos de gestão que seriam submetidos ao controle externo da Câmara dos Vereadores. Segundo a Lei, esse fator facilitaria a construção de novas unidades e a contratação de recursos humanos sem prejudicar a lei de responsabilidade fiscal.

Dentre as diferentes justificativas apresentadas pelos gestores envolvidos na administração pública, para a adoção deste modelo de gestão, destaca-se a Lei de Responsabilidade Fiscal. Trata-se de uma Lei que, teria o objetivo de trazer transparência às contas públicas. Porém, por limitar os gastos orçamentários com recursos humanos na esfera do poder executivo Municipal a um teto de 54% da receita corrente líquida (BRASIL, 2000), é apontada por estes gestores como fator impeditivo de um crescimento tão expressivo da cobertura do sistema de saúde em tão pouco tempo. A lei de Responsabilidade Fiscal, em sua completude, foi gestada como mecanismo para conduzir a implantação das políticas neoliberais que tanto avançaram no Brasil. Ela se apoia em um diagnóstico neoliberal da situação do Estado e de seu receituário para resolubilidade do “problema” pautado na redução da máquina Estatal e dos investimentos públicos.

Graça Druck (2016) aponta que os governantes valem-se das oportunidades proporcionadas pela lei de responsabilidade fiscal para adotar medidas econômicas e de gestão do trabalho que tendem a uma precarização do trabalho. Simone Pires (2014) à respeito desta questão, argumenta que:

há que se pensar numa forma de esclarecer este debate da relação entre o controle dos gastos públicos com as políticas sociais, a limitação que a lei de responsabilidade fiscal impõe e a abertura que a lei das organizações sociais provoca, visto que trata-se claramente de uma grave contradição na gestão da coisa pública. O que não se pode é permitir que um serviço público esteja sendo executado, e não seja submetido aos controles do tribunal de contas como forma efetiva de garantir a transparência do gasto público (PIRES, 2014, p.70).

Além disso, a gestão da SMS argumentava que a gestão via OS permitia agilidade no processo de aquisição de materiais permanentes e de consumo, quando comparado com os processos licitatórios usuais. Esses são processos que, como afirma Pires (2014), deveriam receber muito mais atenção por parte dos órgãos públicos de controle, uma vez que esse modelo de aquisição de produtos é mais difícil de ser fiscalizado ou controlado, podendo ser alvo de fraudes com maior facilidade.

Esse movimento também pode ser compreendido como fruto da Reforma do Estado Brasileiro, no processo de transição do Estado como executor de serviços para o Estado gestor de serviços (PAULA, 2005).

Costa e Silva, Escoval, Hortale (2014) ajudam-nos a entender melhor os moldes adotados pela SMS do Rio de Janeiro como diretriz político-operacional da reforma da APS. Esta diretriz foi estruturada a partir da contratualização entre a Prefeitura (financiadora) e as Organizações Sociais (organizações sem fins lucrativos, prestadoras de serviços de saúde).

Em 2013, época em que Costa e Silva, Escoval, Hortale (2014) coletaram esses dados, havia no Rio de Janeiro cinco Organizações Sociais de Saúde escolhidas mediante editais de seleção pública. As OS tinham um Contrato de Gestão¹⁰ (CG) firmado para que desempenhassem o papel de “operacionalizar e apoiar as atividades e serviços de saúde da família, no âmbito da região¹¹ da cidade pré-definida no edital” (COSTA E SILVA, ESCOVAL, HORTALE, 2014, p.3597). Nesses CG estão apontados os termos que serviriam para acompanhar o trabalho desenvolvido pelas OS e a forma como o poder público iria fiscalizar os contratos e cobrar o que fora contratualizados.

Dissemos anteriormente que antes da RCAPS os profissionais da Saúde da Família já eram contratados com vínculo celetista, entretanto não havia uma fiscalização que assegurasse o respeito às garantias trabalhistas desses trabalhadores. Com a reforma as garantias trabalhistas passaram a ser mais respeitadas. Porém, Antunes e Druck (2014) assinalam que os vínculos de contratação (celetistas) de pessoas praticados pelas OS, mediante os CG também

¹⁰ Os contratos de gestão da Prefeitura do Rio de Janeiro com as Organizações Sociais de Saúde encontram-se disponíveis no site da Secretaria Prefeitura no endereço: <http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/exibeconteudo?id=2247880>. Acesso em: 26/01/2018. (RIO DE JANEIRO, 2015)

¹¹ A cidade do Rio de Janeiro tem 160 bairros e a seu território subdividido em 10 áreas de planejamento pela Secretaria municipal de Saúde: 1.0 (Centro e adjacências), 2.1 (Zona Sul), 2.2 (Grande Tijuca), 3.1 (Região da Leopoldina), 3.2 (Grande Méier), 3.3 (Região de Madureira e adjacências), 4.0 (Região de Jacarepaguá e adjacências), 5.1 (Região de Bangu e adjacências), 5.2 (Região de Campo Grande e adjacências), 5.3 (Região de Santa Cruz e adjacências). Cada Contratos de Gestão corresponde à atuação da OSS responsável em uma dessas dez regiões. Uma mesma OSS pode ter mais de um Contrato de Gestão. Esta pesquisa tem como cenário a área de planejamento 3.1.

apresentam fragilidade para o trabalhador quando comparados com os vínculos estatutários dos servidores públicos. O que Antunes e Druck (2014) defendem e nós reiteramos é que a forma de vínculo que, na atualidade, apresenta uma maior proteção contra a precarização do trabalhador é o vínculo estatutário, e portanto, esta deveria ser a via de contratação dos trabalhadores do SUS.

Vínculos de contrato mais frágeis podem produzir uma situação de alta rotatividade de profissionais, o que é nocivo para os trabalhadores mas também para a continuidade do trabalho na ESF, que é pautado na construção do vínculo do profissional de saúde com o usuário, numa relação longitudinal.

No modelo de prestação de serviços públicos via CG, cabe ao Governo, o financiamento e a administração parcial, cabe à OS a execução dos serviços e parte da administração. O sistema de contratualização com organizações privadas e o setor público é alvo de muitas críticas por setores que consideram essa relação como uma forma de transferência da responsabilidade pública para a iniciativa privada, configurando-se uma outra modalidade de privatização amparada legalmente.

Percebemos claramente como a iniciativa privada se utiliza do discurso da legalidade, da impessoalidade, da moralidade e da publicidade do aparelho estatal para garantir a sua atuação no âmbito das políticas públicas ao mesmo tempo em que implanta a lógica gerencial através de metas, com critérios objetivos de avaliação de desempenho, para encobrir a real determinação do processo em termos de maior acumulação de capital através da gestão da política de saúde (PIRES, 2014, p.72).

Ao examinarmos os CG e os anexos técnicos, disponíveis para consulta no site da Prefeitura do Rio de Janeiro, encontramos os elementos contratualizados que fizeram parte do processo da RCAPS. A seguir discutiremos os principais pontos dos contratos de gestão que afetam diretamente os profissionais de saúde e os cuidados de saúde ofertados à população.

O financiamento dos CG possuem duas partes, uma de repasse fixo (95% do valor total) e outra com repasse variável (5% do valor total). Para fazer jus à parte fixa do financiamento são pactuados uma série de procedimentos (consultas, interconsultas, visitas domiciliares, atividades de grupo e nas escolas e nas creches da área e reuniões de equipe) com um quantitativo mensal mínimo a serem realizados em cada Clínica da Família de acordo com o tipo de equipe que a compõem e cada categoria profissional.

A tabela abaixo, que foi apresentada por Pires (2014) foi retirada de um contrato de gestão firmado entre a prefeitura e uma OS e se encontra disponível para consulta no site da SMS.

Tabela 2 - Quantidade de turnos definidos pelo contrato de gestão para a realização semanal das atividades pactuadas pela equipe de Saúde da Família (eSF).

Quantidade de turnos definidos pelo contrato de gestão para a realização das atividades							
	Consulta	Interconsulta	Visita Domiciliar	Atividades de grupo e nas escolas e nas creches	Reunião de equipe	Sala de curativo, vacina e pré-consulta	Acolhimento e humanização na unidade
Médico	6	1	1	1	1	–	–
Enfermeiro	5	1	2	1	1	–	–
Técnico de Enfermagem	–	–	2	1	1	6	–
ACS	–	–	7	–	1	–	2

Fonte: PIRES (2014, p.76)

Simone Pires (2014) destaca em seu trabalho que a quantidade de turnos semanais que os diferentes profissionais da eSF irão dedicar a cada uma dessas atividades traz uma:

ênfase na consulta do médico e do enfermeiro, em detrimento das visitas domiciliares e atividades de grupo, ao mesmo tempo em o ACS tem o papel de realizar a maior parte das visitas, acolhimento e humanização mas não está envolvido com as atividades de grupo (PIRES, 2014, p.72)

Concordamos com a autora quando argumenta que a Visita Domiciliar é uma importante estratégia para a construção de vínculo com a população assistida e para melhor compreender o território adstrito. Bem como, concordamos que as atividades de grupo são ações com grande potencial para “garantia de um trabalho de educação em saúde, atividade reflexiva e discussão coletiva das questões que permeiam a realidade social” além de retirar o enfoque individual dos problemas de saúde (PIRES, 2014, p.72). Desconsiderar os ACS para a realização das “atividades de grupos e nas escolas e nas creches”, é um grande desperdício do potencial dos agentes que historicamente sempre exerceram essa atividade educativa.

A tabela 2 mostra ainda que apesar de ser tratado como um trabalho em equipe a dinâmica de turnos produz um trabalho fragmentado e com grande divisão de funções que não integra todos os profissionais na totalidade do trabalho. A reunião de equipe é talvez o único momento em que todos esses profissionais se encontrem trabalhando juntos.

Entendemos que o que acabamos de apresentar configure uma mudança importante da RCAPS, o direcionamento do foco da atenção à saúde para o atendimento médico centrado enquanto as questões do território recebem menor atenção. Vimos na entrevista com a Enfermeira Hannah que antes de 2009 havia mais tempo para realização de visitas

domiciliares e atividades de grupo.

Outra observação é que apenas aos ACS é destinado a atividade de acolhimento e humanização na unidade de saúde, o que configura um direcionamento oposto a Política de Humanização do MS que propõe que todos os trabalhadores sejam responsáveis por acolher os usuários do SUS de forma humanizada (BRASIL, 2004). Acreditamos que no contexto apresentado o CG entenda “Acolhimento e humanização na unidade” como sendo a atividade de recepção que os ACS realizam dentro das Clínicas. Muitas das tarefas que foram incluídas para os agentes comunitários, após a RCAPS, os detêm por muito tempo no interior das unidades de saúde. É possível que isso comprometa o tempo que os ACS tem para a realização das atividades no território, podendo tornar, por exemplo, as visitas domiciliares mais superficiais.

Para o repasse da segunda parte do financiamento dos CG, a parte variável, foi determinado uma série de indicadores e metas. Isso configura um sistema de incentivos e punição para as OS e também para os profissionais de saúde contratados por elas, o chamado “Pagamento por Desempenho¹²”. O alcance das metas e dos indicadores contratualizados aciona o repasse da parte variável do recurso financeiro do contrato de gestão.

Esses indicadores são divididos em 3 categorias de acordo com sua finalidade (PIRES, 2014):

1. Parte Variável 1 - 20 indicadores que tem como objetivo induzir boas práticas na gestão do território - afeta principalmente a gestão das OS.
2. Parte Variável 2 - 18 indicadores que tem o objetivo de qualificar cada unidade de saúde - afeta principalmente o gerente e os profissionais da unidade de saúde.
3. Parte Variável 3 - Relaciona um conjunto maior de indicadores de acompanhamento de usuários “vulneráveis e de risco” por cada eSF - afeta principalmente os membros das eSF.

Agora analisaremos cada uma das “variáveis”. Os quadros apresentados a seguir foram retiradas de Pires (2014) e fazem parte dos documentos referentes aos Contratos de Gestão. Estes podem ser publicamente consultados no site da Secretaria Municipal de Saúde na sessão de Contratos de Gestão¹³.

¹² A gestão municipal iniciada em 2017 suspendeu o programa de pagamento por desempenho nos contratos de gestão com as OSS por questões de restrição orçamentária.

¹³ <http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/listaconteudo?tag=contratodegestao>

Quadro 1 - Indicadores variável 01 que correspondem ao incentivo por desempenho da OS.

Parte variável 01
Tem como objetivo induzir boas práticas na gestão do território
Indicadores
<ul style="list-style-type: none"> • Manutenção de comissões de prontuários nas unidades • Acompanhamento do cadastramento e atualização no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) • Percentagem de consultas ao paciente pelo seu próprio médico de família • Acompanhamento do plano de trabalho odontológico • Programação anual de atividades das unidades • Acompanhamento do cronograma de atividades propostas pelas unidades • Percentual de escolas no território com atividades de promoção, prevenção e assistência acompanhadas pelas ESF e ESB • Informatização dos postos de trabalho • Acesso a utilização de insumos para saúde bucal • Custo médio de medicamentos prescritos por usuário • Custo médio de serviços de apoio a diagnóstico e terapia prescritos por usuário • Abastecimento regular das unidades • Descentralização do fornecimento de insulina • Descentralização do fornecimento de medicamentos para asma • Descentralização do fornecimento de medicamentos para tuberculose e hanseníase • Descentralização do fornecimento de medicamentos controlados • Regularidade no envio da produção (Boletim de Procedimento Ambulatoria - BPA e Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB) • Regularidade no envio dos indicadores de desempenho (variáveis 2 e 3), SIAB e SIA aos profissionais das equipes

Fonte: PIRES (2014, p.76)

A autora destaca uma contradição presente em se criar um sistema de incentivo para promover boas práticas na gestão de uma unidade gerida por OS. Uma vez que umas das justificativas para a mudança da gestão direta para a gestão via OS é justamente que as OS seriam capazes de trazer a qualidade na condução das políticas públicas que a administração pública direta não conseguia entregar (PIRES, 2014). Entendemos que isso seria mais uma forma de valorização da lógica do mercado do gerencialismo.

Quadro 2 - Quadro de indicadores variável 02 que correspondem ao incentivo por desempenho da Unidade.

Parte variável 02
Tem como objetivo o cumprimento de indicadores que visam qualificar cada unidade de saúde
Indicadores
A matriz de indicadores a ser utilizada na contratualização da parte variável 02 é constituída por 18 indicadores agrupados em quatro grandes áreas: <ul style="list-style-type: none"> • Acesso • Desempenho assistencial • Qualidade percebida • Desempenho econômico

Fonte: PIRES (2014, p.78)

No quadro acima, os 18 indicadores citados, se relacionam diretamente com o funcionamento das Clínicas da Família. Os temas dos indicadores buscam a garantia do acesso, promover um bom desempenho assistencial e econômico das unidades e avaliar a qualidade dos serviços percebida pela população. Pires (2014) argumenta que os temas refletem valores essenciais, que qualquer contratualização com o Estado deveria conter como princípio. Dessa maneira, oferecer incentivo financeiro para que as unidades de saúde se preocupem em qualificar os serviços ofertados também nos parece indevido na perspectiva da missão dos serviços públicos de saúde. Esses indicadores são, também, um incentivo para que os gerentes das clínicas pressionem os profissionais para o alcance das metas, fortalecendo o ciclo de “gestão pelo estresse” abordado no item sobre o gerencialismo.

Quadro 3 - Quadro de indicadores variável 03 que corresponde ao incentivo por desempenho dos profissionais.

Parte variável 03
Esta parte variável está relacionada a um conjunto de indicadores de acompanhamento de usuários “vulneráveis e de risco” por cada equipe de saúde
Indicadores
<ol style="list-style-type: none"> 1. Acompanhamento em planejamento familiar, de uma mulher em idade fértil, por ano 2. Acompanhamento em planejamento familiar, de uma mulher em idade fértil, com inserção de DIU ou pré-operatório para laqueadura 3. Acompanhamento de uma gravidez 4. Acompanhamento de uma criança, no primeiro ano de vida, por ano 5. Acompanhamento de uma criança, no segundo ano de vida, por ano 6. Acompanhamento de uma pessoa diabética, por ano 7. Acompanhamento de uma pessoa hipertensa, por ano 8. Acompanhamento de uma pessoa em alta por cura de tuberculose 9. Acompanhamento de uma pessoa em alta por cura de hanseníase 10. Acompanhamento de paciente tabagista, alcoolista e outras drogas 11. As equipes com alunos de graduação (equipe docente assistencial) 12. As equipes com residentes (equipe docente assistencial) 13. As equipes que aderiram ao PMAQ (Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica)

Fonte: PIRES (2014, p.79)

No quadro que trata dos indicadores de desempenhos dos profissionais de saúde podemos observar um direcionamento para as o acompanhamento na lógica das doenças e agravos. Sem que seja destacada a preocupação com o processo de trabalho da Estratégia de Saúde da Família que deveria estimular as práticas de prevenção (PIRES, 2014). Como vimos anteriormente os CG apresentam uma tendência a valorizar a consulta médica e no quadro acima vemos essa tendência se confirmar com a valorização da produção da saúde através do enfoque na doença e na realização pelos médicos de procedimentos técnicos operacionais, como a inserção de dispositivos intrauterinos e realização de avaliação pré-operatória para laqueadura tubária.

Interessante observar que uma das metas que as equipes devem cumprir é a adesão ao PMAQ. Como vimos no capítulo II, o PMAQ é um sistema de avaliação de qualidade do Ministério da Saúde, pautado no gerencialismo, que associa a pactuação de indicadores e metas de qualidade com uma avaliação presencial conduzida por examinadores indicados pelo MS. As equipes devem aderir ao programa “voluntariamente” e os profissionais não recebem

qualquer tipo de incentivo financeiro pela participação. Entretanto a SMS recebe um incentivo financeiro do MS para cada equipe de Saúde da Família que estiver participando. Assim os gerentes das unidades de saúde sofrem muita pressão para que suas equipes façam a adesão ao PMAQ. Os dias próximos e o próprio dia da avaliação configuram um período de muita pressão e estresse para os profissionais. Em síntese, existem metas no CG que buscam induzir os trabalhadores a se submeterem a mais metas. Com isso considero explicado o porquê de termos colocado o termo “voluntariamente” entre aspas.

O alcance das metas da Variável 3 é uma questão central para o trabalho dos profissionais de saúde envolvidos neste estudo. As metas devem ser alcançadas pelas equipes como um todo, entretanto, a aferição dos resultados para o pagamento do adicional por desempenho é verificada individualmente. Logo o alcance da meta de um profissional depende diretamente do desempenho do outro. Isso provoca ao mesmo tempo um individualismo pela busca do alcance de suas metas, mas também e que cada trabalhador exerça o papel informal de um “fiscal” para que os demais colegas de equipe também se empenhem para o alcance. Shiroma *apud* Pinto (2007, p.90) revela que este “é o princípio do panoptismo empregado no local de trabalho, constituindo uma relação vigiado-vigilante permanente”.

A busca pelos resultados que lhes forneceriam o pagamento por desempenho mobilizou os trabalhadores e alterou suas práticas de trabalho como veremos nos capítulos seguintes. De alguma maneira, o foco deixa de ser o usuário e a comunidade para ser o registro das informações no prontuário eletrônico¹⁴.

As Comissões Técnicas de Avaliação (CTA) são a forma prevista nos CG para a avaliação do desempenho apresentado pelas OS. Existe uma comissão formada com servidores públicos da SMS em cada uma das regiões administradas por OS. Essas comissões se reúnem a cada três¹⁵ meses para avaliar a prestação de contas das OS e deliberar sobre a manutenção, rompimento, renovação do CG, bem como aprovar ou não as contas das OS e os resultados dos indicadores e metas para autorizar o pagamento do adicional de desempenho. O não alcance destas metas e indicadores pode levar ao rompimento do contrato, advertências,

¹⁴ As empresas fornecedoras dos Prontuários Eletrônicos são subcontratadas das OS, previsto no Contrato de Gestão). Constantemente ouvem-se queixas a respeito da qualidade dos prontuários eletrônicos, quanto a fidedignidade das informações apresentadas nos relatórios gerenciais emitidos. Isso influencia diretamente no pagamento por desempenho dos trabalhadores.

¹⁵ As Comissões Técnicas de Acompanhamento (CTA) foram realizadas trimestralmente durante toda a gestão Eduardo Paes com repasses de verbas também trimestrais. As CTA foram mantidas pela gestão Marcelo Crivella a partir de 2017, como componente de avaliação dos contratos de gestão firmado com as OSS, com a diferença de que os repasses financeiros passaram a serem feitos mensalmente.

suspensões ou até mesmo demissão de funcionários (COSTA E SILVA, ESCOVAL, HORTALE, 2014).

Outros elementos gerencialistas podem ser encontrados nas Clínicas da Família com um olhar mais atento. O “Placar da Saúde” presente na entrada das Clínicas da Família apresentam números de procedimentos realizados pelos profissionais no mês anterior, e fica exposto para toda a população e os profissionais. No placar são registrados o número de pessoas cadastradas, a quantidade de consultas médicas realizadas, o número de dentes extraídos pelos dentistas x o número de pacientes consultados por eles, o número de visitas domiciliares realizadas, quantas gestantes fizeram acompanhamento de pré-natal, dentre outras informações. A utilização desse tipo de placar é uma estratégia do gerencialismo, mas especificamente relacionada ao modelo Toyotista de gestão. O modelo é conhecido como “gestão pelos olhos” ou “gestão à vista”. Consiste em divulgar publicamente os níveis de produtividade dos trabalhadores, mas também produzem uma outra forma de pressão sobre eles para o alcance de metas.

O uso de “guichês” ou “baias” como mobiliários da recepção das Clínicas da Famílias, podem ser interpretadas como uma forma de promover maior garantia de sigilo do caso de cada usuário recepcionado pelos ACS. Entretanto, a parte desse móvel que individualiza o contato com a pessoa do lado, separa apenas o lado onde o ACS se encontra sentado. Isso sugere que o emprego desses móveis objetiva aumentar a produtividade dos ACS por inibir que eles conversem entre si enquanto estão na recepção da clínica. Sistema parecido com o que é empregado nas empresas de telemarketing. Pinto (2007) relata um exemplo semelhante do uso do “espaço celularizado” no controle de trabalhadores de uma fábrica:

as células de produção isolam os trabalhadores, restringindo, pela sobrecarga de trabalho, qualquer tipo de contato mais pessoal durante as atividades [...] O espaço celularizado também impede aos trabalhadores se comunicarem sem serem vistos ou ouvidos, dificultando qualquer tipo de articulação sem que a administração não saiba (PINTO, 2007, p.90).

Vimos no capítulo II, a respeito do gerencialismo, que os métodos empregados acabam minando as formas de organização dos trabalhadores e desenvolvem o individualismo. Acreditamos que as escolhas de mobiliário da gestão para as Clínicas da Família não tenham sido pensadas diretamente para promover essa individualização dos trabalhadores, mas cremos que este efeito faz parte de um modelo maior de gerir o trabalho.

O trabalho dos ACS após a RCAPS passou a ser um bom exemplo da flexibilização do trabalho, característica do gerencialismo. A exigência de capacitação para o trabalho dos

ACS é baixa, entretanto as competências que ele deve entregar são muitas. Os ACS, como vimos anteriormente, tem atribuições definidas pelos documentos oficiais do MS e até mesmo pelos CG. Podemos dizer que este seria o seu “trabalho prescrito”. Entretanto, os agentes são atribuídos de uma série de atividades no cotidiano laboral que não haviam sido “prescritas” anteriormente. Eles são “convidados” a atualizarem os blogs das suas clínicas e responderem usuários através das redes sociais digitais. São incumbidos de entregar panfletos para a prefeitura que nem sempre tem relação com o trabalho em saúde. São exigidos de acumular o trabalho de outro ACS que se encontre afastado por alguma razão e, ainda assim, cumprirem suas metas. Inúmeros são os exemplos em que a flexibilidade é exigida no trabalho dos ACS. Pinto (2007) aponta que a alocação desses trabalhadores polivalentes em diferentes atribuições acabam por provocar sucessivas crises de adaptação, pois o trabalhador é forçado a desenvolver inúmeras habilidades, sempre em mutação. “Uma vez que isso os mantém altamente concentrados na superação das dificuldades, tornam-se reduzidas as chances de refletirem sobre sua condição social comum no ambiente de trabalho” (PINTO, 2007, p.90).

Gostaríamos de ressaltar que a RCAPS iniciada em 2009 e encerrada ao final de 2016 promoveu grandes mudanças na APS do Rio de Janeiro, teve alguns pontos positivos como a ampliação do acesso aos cuidados de saúde e outros negativos como os efeitos da lógica gerencialista para os trabalhadores de saúde. Mas além disso o fato de a RCAPS não ter considerado os servidores públicos pré-existentes gerou forte descontentamento destes com a gestão Eduardo Paes. Esses servidores se viram desvalorizados profissionalmente e financeiramente (contratados das OS recebem salários muito superiores aos dos servidores, em especial os médicos). Além disso, o investimento em atenção secundária e terciária nesse período ficou longe de fazer jus aos investimentos feitos na APS, o que comprometeu o equilíbrio da rede de atenção à saúde do município e a garantia da coordenação do cuidado em saúde que a própria APS passou a ser responsável.

Para concluir esse capítulo, reiteramos que o gerencialismo presente na RCAPS introduz ao serviço público elementos da gestão empresarial e atinge os trabalhadores de saúde de formas distintas mas que tendem a convergir para os mesmo efeitos. Quais sejam a perda do sentido atribuído ao trabalho, o sofrimento e o adoecimento. Esse modelo induz o trabalho pautado na busca da produtividade que finda por gerar mudanças no foco do trabalho que deveria estar voltado para os usuários e para o território. Neste estudo tentaremos trazer a reflexão dos ACS a respeito do seu trabalho, na perspectiva das mudanças introduzidas na APS do Rio de Janeiro pela RCAPS e conseqüentemente, pelo o gerencialismo. Mesmo

trabalhando apenas com o olhar voltado aos ACS, acreditamos que, salvas as especificidades de cada categoria profissional de saúde, os processos introduzidos pelo gerencialismo produzem mudanças na produção de saúde e certamente têm efeitos para a vida dos outros profissionais de saúde.

6 - CAPÍTULO IV - ANÁLISE E DISCUSSÃO

6.1 ANÁLISE E DISCUSSÃO DAS ENTREVISTAS COM AGENTES COMUNITÁRIAS DE SAÚDE

Este capítulo é o mais importante para o alcance do objetivo geral do presente estudo a fim de discutir as mudanças ocorridas no trabalho dos ACS a partir da Reforma dos Cuidados em Atenção Primária em Saúde (RCAPS) do Rio de Janeiro. Apresentamos a partir deste momento a análise das entrevistas realizadas com seis agentes comunitárias de saúde inseridas na Atenção Primária de Saúde da cidade do Rio de Janeiro, conforme proposto na metodologia do estudo. Buscamos identificar as mudanças no trabalho realizado pelos ACS, além de problematizar o processo de trabalho desses agentes induzido pela RCAPS e pela introdução do gerencialismo na APS do Rio de Janeiro.

Buscamos entender a percepção das agentes acerca das mudanças no seu trabalho e confrontar os distintos discursos entre as agentes que já trabalhavam antes da RCAPS e as que se tornaram ACS depois de 2009, visando caracterizar possíveis diferenças.

As quatro categorias construídas a partir da análise do conteúdo das entrevistas foram: 1) Mudanças na Infraestrutura das Unidades de Saúde e Condições de Trabalho; 2) Mudanças no Processo de Trabalho; 3) Mudanças na Relação com a Comunidade, com a Equipe de Saúde da Família; 4) Mudanças na Satisfação com o Trabalho e na Percepção de Qualidade do Trabalho.

Para manter o anonimato das ACS, não as identificamos individualmente por pseudônimos, mas, para facilitar a distinção entre os dois grupos, as agentes foram identificadas como “ACS antiga” e “ACS recente”. Quando foi necessário ao entendimento do texto, identificamos em que região a ACS trabalha.

6.1.1 MUDANÇAS NA INFRAESTRUTURA DAS UNIDADES E CONDIÇÕES DE TRABALHO

As informações reveladas na entrevista com a enfermeira Hannah (Capítulo III) mostrou um panorama de algumas unidades de saúde da família antes de 2009, às quais ela trabalhou. Conforme explicado anteriormente, não podemos generalizar completamente as informações apresentadas. Ainda assim, encontramos bastante convergência entre o relato da Enfermeira Hannah e das agentes comunitárias ao que se referiu à infraestrutura das unidades de saúde antes de 2009.

A convergência está principalmente atrelada à conversão usual de casas alugadas no interior das comunidades em unidades de saúde, não possuindo estrutura pensada, desde o princípio, aos moldes das normas de edificação de equipamentos de saúde. Os imóveis eram improvisados para essa finalidade, demandando grande esforço para sua adaptação e o funcionamento dos serviços de saúde de maneira minimamente apropriada. Mesmo com a adaptação das casas, esta estrutura improvisada limitava os tipos de procedimentos de saúde ofertados. Essa formatação de unidade de saúde foi apontada, principalmente, nas instalações de saúde que ficavam dentro do Complexo do Alemão, como pode ser observado no seguintes depoimentos:

“Então, as nossas unidade de saúde, eram casas alugadas que eram adaptadas para ser um local onde a gente fazia muito mais promoção de saúde do que procedimentos.” - Enfermeira Hannah sobre o trabalho no Complexo do Alemão

“Nós começamos o trabalho no famoso “postinho”. Era uma casa. Não tinha cara de clínica nem de hospital. Era uma casa mesmo, um postinho.” - ACS Antiga do Alemão

“Nós não tínhamos nada. Tínhamos pessoas, boa vontade e mais nada. A gente dava um jeitinho daqui outro dali com os equipamentos que a comunidade tinha. Porque eles eram bem prestativos.” - ACS Antiga do Alemão

Outro modelo existente nesse período foi observado nas comunidades do Bairro da Maré, onde os postos de saúde foram instalados no interior das Escolas Municipais da comunidade. Essa estrutura reunia no mesmo espaço os setores da educação e da saúde. Nesses casos, apesar do tamanho limitado, a organização do local atendia melhor às necessidades da assistência em saúde, uma vez que compreendia consultórios clínicos, consultórios de saúde bucal, dispensação de medicamentos, espaço para os ACS e arquivo. Conforme os trechos abaixo, observa-se que mesmo com essa estrutura, os espaços nas escolas eram desconfortáveis, com carência de equipamento e de manutenção adequada.

“Isso era muito diferente na Maré, por exemplo. Porque na Maré tinham os CIEPS, que foram construídos no governo Brizola. Dentro dos CIEPS já tinha um espaço para ter um consultório simplificado. Dentro dos CIEPS a educação e a saúde estavam ali, e esses espaços foram usados para colocar as equipes.” - Enfermeira Hannah sobre o trabalho no Complexo da Maré

“Tinha uma sala lá atrás onde ficavam a enfermeira e todos os ACS. Aí tinha os armários, cada um tinha uma caixinha com as suas fichas.” - ACS Antiga da Maré

“Eu não gostava da estrutura do local. Era muito precária. Porque tinha o “Brizolão”, e tinha a o posto no mesmo espaço. O “Brizolão” era todo grande e o postinho era bem pequeno. As salas eram pequenas, a gente tinha uma cozinha muito pequena para comer. A estrutura do local era muito ruim.” - ACS Antiga da Maré

A partir de 2009, as Clínicas da Família (CF) foram inauguradas e tais unidades de saúde foram pensadas e equipadas para o trabalho exclusivamente na lógica da Estratégia de Saúde da Família. Todas as novas unidades foram construídas seguindo um padrão

arquitetônico e com equipagem técnica próprias para a prestação de serviços de saúde. Além da parte específica, de procedimentos de saúde, essas unidades foram equipadas também com sistema de informática para o registro de todas as informações referentes aos serviços ofertados. Com isso, se iniciou um processo gradual de desativação das unidades “improvisadas” e as equipes passaram aos poucos a ocuparem as CF. As agentes antigas relatam ter maior conforto para o trabalho nas Clínicas da Família.

“A primeira mudança brusca para a gente foi termos saído lá do PACS né, que a gente trabalhava no postinho e viemos para cá [Clínica da Família - inaugurada em 2010]. Aqui, juntaram as duas equipes de dois postinhos diferentes.” - ACS Antiga da Maré

“Hoje a gente está mais munido de tudo. Cadeira, computador, mesa. Tudo informatizado.” - ACS Antiga do Alemão

É importante observar que apesar dessa mudança ter ocorrido em ambas as unidades onde as entrevistas foram realizadas, ainda podem ser encontradas unidades de Saúde da Família no Rio de Janeiro funcionando com as características estruturais do período anterior à RCAPS.

Com a inauguração das novas CF, pode-se observar a tendência de deslocamento das unidade de saúde do centro das comunidades à margem delas. Embora as novas unidades disponham de ambientes mais confortáveis para o recebimento dos usuários e, que sua localização às margens da comunidade possa ser considerado um facilitador para a contratação de profissionais médicos, dado o medo dos profissionais com relação ao trabalho em territórios conflagrados pela violência urbana, essa migração não foi bem recebida pela população de ambos os territórios pesquisados. Visto que, essa mudança obrigou a comunidade a se deslocar por distâncias maiores para acessar aos serviços. Outro ponto apresentado pelas agentes, tangenciou a descontinuidade da assistência devido ao envolvimento com o tráfico de drogas por parte de alguns usuários, uma vez que os mesmos não podem sair da comunidade.

"Para a comunidade, a saída do postinho para a clínica chocou um pouco. Tipo um susto. Porque lá no Posto de Saúde era tudo junto, os pacientes, e aqui já é mais por equipe. Lá era bem dentro da comunidade. Os pacientes não gostaram muito de ter que vir para cá. Porque é um pouco mais distante. Porque às vezes eles tem algum parente envolvido com o tráfico. E aqui entra policial. Para eles é um pouco desconfortável. Mas eles acabam vindo." - ACS Antiga do Alemão

Quanto ao recrutamento das agentes comunitárias, as primeiras a ingressarem na carreira o fizeram ainda no final da década de 1990, na Maré. Relataram que a associação de moradores ofertou um curso para formação de ACS e, após o mesmo, os candidatos passaram por uma entrevista. A contratação era feita, inicialmente, pelas próprias associações de

moradores, regida pelas Leis Trabalhistas. No entanto, a administração falha de algumas associações ocasionaram atrasos nos pagamentos e suspensão de benefícios, como vale alimentação.

A gestão passou a ser realizada por meio de organizações não governamentais (ONG) criadas para essa finalidade específica. Vimos no Capítulo III que nesse período (década de 1990 e início dos anos 2000), a Prefeitura já fazia contratualizações com as associações ou ONGs para a gestão das unidades de Saúde da Família nas favelas. Porém, a fiscalização da gestão que era realizada por essas organizações era incipiente.

“Naquela época até o pagamento era diferente. A gente vinha na Associação de Moradores da Nova Holanda e recebia o pagamento em dinheiro. O vale transporte era em papel, ticket [...] Tinha no começo o problema do atraso de salário. Tinha vezes que atrasava dois ou três meses. Quando pagavam, eles pagavam os três meses. A gente pensava que estava rica, porque vinha muito dinheiro. Para as outras pessoas era mais difícil, pessoas que só tinham essa renda, incomodava muito.” - ACS Antiga da Maré

Como apresentado nos capítulos anteriores, a partir de 2009, a Secretaria Municipal de Saúde passou a firmar Contratos de Gestão (CG) com as Organizações Sociais (OS) que passaram se responsabilizar pela contratação dos ACS, seguindo as regras trabalhistas vigentes. As ACS antigas foram incorporadas por estas organizações às equipes, mas as ACS empregadas após o início da RCAPC, passaram a ser contratadas mediante processo seletivo composto por prova, entrevista e confirmação do endereço residencial no território.

Gostaríamos de ressaltar, que as agentes comunitárias recentes não apontaram críticas a respeito da infraestrutura das unidades de saúde em seus discursos. Uma vez que estas iniciaram o trabalho nas Clínicas da Família, esse aspecto perdeu-se como comparação.

6.1.2 MUDANÇAS NO TRABALHO

Conforme dito anteriormente, as agentes entrevistadas trabalhavam em Clínicas da Família na Maré e no Alemão, em distintos períodos. O início do trabalho em saúde da família na Maré ocorreu aproximadamente na segunda metade da década de 1990 (em 1996, segundo a ACS entrevistada), e no alemão, a introdução da ESF aconteceu já nos primeiros anos década de 2000.

As falas das agentes mais antigas da Maré apontam para dois momentos distintos da organização do trabalho em saúde da família naquela região em especial. No momento inicial (1996-2006), as agentes receberam pouca orientação específica para o trabalho dos ACS (apesar de o Ministério da Saúde ter lançado o PACS em 1991 e o PSF em 1994). Não havia, naquela região, rigidez para a delimitação de territórios, os agentes não possuíam suas

próprias micro áreas¹⁶ de atuação. Os cadastros foram realizados com informações básicas dos moradores, as visitas domiciliares (VD) de acompanhamento eram efetuadas e, os casos mais relevantes eram direcionados para a intervenção da enfermeira. Por meio do relato da ACS, podemos observar que essa organização (sem micro área definida) não favorecia a formação do vínculo entre o agente e a população.

“Antes era diferente, porque como não tinha equipe às coisas eram meio misturadas. Você conhecia as pessoas, mas não tinha um vínculo muito forte. Porque era só visita domiciliar mesmo. Confirmava se a pessoa morava lá ou se não morava. Orientava que se precisasse de alguma coisa era para ir lá no PS procurar atendimento. Orientava quanto aos horários. Era uma coisa mais solta.” - ACS Antiga da Maré

Foi relatado pelas ACS antigas da Maré que, no início do trabalho, nos anos 1990 eram atribuídas funções administrativas para os agentes, nas unidades de saúde, dentre as quais atender aos usuários na farmácia da unidade ou no arquivo médico. Estas atribuições, não relacionadas diretamente com o trabalho dos ACS, perduraram até o início dos anos 2000. Uma das agentes informou ainda que havia sido transferida de uma unidade de saúde para outras algumas vezes até que se iniciou o processo de territorialização na Maré (2006, segundo a ACS), com a divisão das áreas de equipe e das micro áreas para cada agente comunitário. Isso sugere que havia uma menor preocupação com a questão da vinculação entre o agente e a população acompanhada, nesse período.

“Eles nos dividiram, eram 6 ACS. Ficava duas no arquivo, duas na farmácia e duas na rua direto. Eu ficava no acolhimento, que na época era no arquivo. Eu ia fazer visitas de manhã e ficava no arquivo de tarde.” - ACS Antiga da Maré

“Depois fui para o CMS [...], onde eu não fazia visitas porque eu ficava só na farmácia. Aí depois de lá eu vim para o CMS [...], mais ou menos em 2006, e foi quando eu comecei a ter uma micro área.” - ACS Antiga da Maré

Nos depoimentos coletados identificou-se que, a partir de 2006, os agentes comunitários da favela da Maré, passaram a trabalhar com orientações melhor definidas. De acordo com o capítulo III, nesse mesmo ano (2006), a segunda fase do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF) encontrava-se em desenvolvimento, na qual o Ministério da Saúde estimulou a ampliação da cobertura da saúde da família. Concomitantemente, o MS fez o lançamento da primeira edição da Política Nacional de Atenção Básica. Acreditamos que esses acontecimentos podem ter alguma relação com as mudanças ocorridas em 2006, na organização das equipes de Saúde da Família no Rio de Janeiro.

¹⁶ Micro área é a definição de ruas da comunidade cuja população residente fica com o acompanhamento de saúde sob a responsabilidade de um ACS.

Entretanto, a situação apontada acima não ocorreu dentre as ACS que trabalham no alemão. Os relatos indicam que desde o início das atividades como ACS (início da década de 2000), estas trabalhavam na lógica das equipes de Saúde da Família (eSF), portanto com micro área definida. Outra diferença refere-se às atribuições administrativas, pois as agentes cujo local de atuação foi o Alemão não relataram a execução de quaisquer outras funções.

Desta maneira, a transição do posto de saúde para as CF foi vivenciada de formas distintas pelas ACS da Maré e do Alemão.

Na Maré, além do que já foi apresentado, as ACS relataram que havia uma perspectiva positiva em relação à mudança, pois elas passariam a trabalhar com uma equipe de Saúde da Família, tendo acesso ao médico e à enfermeira. No PACS, os médicos (Clínico Geral, Pediatra e Obstetra) não estavam vinculados à equipes específicas, o que tornava o trabalho dos ACS mais difícil.

“Aí foram divididas as equipes, foi dividido os médicos, as enfermeiras. Aí o meu trabalho mudou porque passou a ser uma equipe. Os ACS ficaram juntos, um enfermeiro para cuidar da equipe. Um médico mais próximo, porque no PS a gente não tinha muito acesso aos médicos. Aqui na clínica a gente tem.” - ACS Antiga da Maré

Já no Alemão, a perspectiva em relação a mudança para as CF foi menos otimista. No posto de saúde, onde estava instalada apenas uma equipe de Saúde da Família, o trabalho era percebido como unido e organizado, sendo explicitado o receio do deslocamento para a Clínica da Família ao se associar mais 5 equipes, e a possível perda dessa organização.

“era bom enquanto nós ainda estávamos lá no morro, no postinho, dentro da comunidade. Aí a gestão disse: “Nós vamos sair da comunidade, vai melhorar. Vai ter uma clínica e vamos juntar mais equipes.” Eu e algumas colegas chamamos: “Mas vai misturar mais equipe. Vai ficar complicado para nós.”” - ACS Antiga do Alemão

Em ambas as localidades, foi identificado um ponto comum nas entrevistas das agentes antigas. Entre 2006 e 2009 o trabalho dos ACS acontecia, predominantemente, no território de abrangência (visitas domiciliares, ações educativas em saúde nas escolas e nos espaços comunitários, ações de promoção e prevenção em saúde, ações de cunho sanitário e algumas vezes ações que extrapolavam a área da saúde), e não no interior das unidades de saúde. O trabalho interno se limitava a um pequeno período de tempo na recepção das unidades, em reuniões de equipe e na organização das fichas de cadastro e de acompanhamento.

“A gente fazia as visitas domiciliares e não tinha esse negócio de ficar em acolhimento. Não tinha esse serviço interno, era mais na rua mesmo. Nos domicílios.” - ACS Antiga da Maré

“Além de olhar a medicação, encaminhar para o atendimento. Eu ia acompanhando o paciente no momentos de serviços de urgência se a pessoa fosse ele só. Eu olhava a caixa d'água, eu olhava as crianças com aquelas doenças repetidas. Nós íamos para

as escolas do território para fazer um trabalho sobre pediculose e escabiose. Nós fechávamos a unidade e íamos todos para a escola” - ACS Antiga do Alemão

“Eu fazia de tudo. Percebi que muitos não sabiam nem ler e eu passei a dar aulas para eles à noite. Tentava de várias formas fazer com que eles entendessem. Desenhando, explicando para eles entendessem os horários de remédios, a alimentação.” - ACS Antiga do Alemão

Quando discutimos a respeito dos Contratos de Gestão da RCAPS, percebemos que a nova dinâmica de trabalho dos ACS incluiu novas atribuições ligadas ao funcionamento interno das CF. Segundo as agentes, as atividades realizadas antes de 2009 continuaram existindo com a RCAPS, como a visita domiciliar para cadastro e acompanhamento dos usuários, a vigilância em saúde, as atividades educativas em grupo, as ações de saúde nas escolas e no território. Contudo, relataram que a recepção dos usuários na clínica passou a ser um trabalho exclusivo dos agentes. Para tanto, escalas de serviço passaram a ser elaboradas nas equipes de Saúde da Família de modo a assegurar a recepção dos usuários por um agente comunitário durante todo o período de funcionamento da CF. As ACS intitulam essa atividade como “acolhimento”. No entanto, isso pode ser considerada uma deturpação do conceito de acolhimento, como se o mesmo fosse um setor da Clínica. A Política Nacional de Humanização (PNH) propõe que o acolhimento não tem local nem hora certa para acontecer, nem um profissional específico para fazê-lo (BRASIL, 2009). Nesta atribuição, os agentes ficam encarregados de receber e direcionar os usuários para os diferentes serviços da CF, agendar consultas, descrever as queixas de saúde, atualizar cadastros, fazer cartões do SUS e tirar dúvidas dos usuários. Os ACS também são incumbidos de organizar e entregar os resultados de exames laboratoriais e agendamentos de consultas e procedimentos, dentre outras atividades realizadas no “acolhimento” da unidade de saúde.

Além dos turnos de “acolhimento”, os ACS atuam no “Posso ajudar?”, turno em que o ACS fica destacado na recepção da unidade auxiliando na orientação de filas, tirando dúvidas ou orientando fluxos internos. As entrevistadas relataram que, em uma das unidades, parte da escala de trabalho contempla um turno dedicado à sala de acolhimento das mães com bebês lactentes. O “Posso ajudar?” e o “acolhimento Mãe-bebê” consistem em atividades que não foram previstas no CG, sendo portanto, uma flexibilização do trabalho dos ACS.

A percepção das agentes antigas denota a preocupação com as atividades internas, uma vez que o tempo comprometido pela atribuições adicionadas pela RCAPS pode prejudicar o trabalho realizado no território.

“Hoje a gente fica muito no trabalho interno. Antes o trabalho era mais na rua. Hoje a gente fica interna, acolhendo o paciente. Antes a gente até ajudava a organizar filas, essas coisas, mas era coisa rápida. Não chegava a ser como agora em que a

gente perde um período da parte da manhã ou um período da parte da tarde. Antes a gente fica muito tempo nos domicílios, mas agora não. Agora a gente tem muito trabalho na parte interna. [...] Acho que tirou aquilo para o que viemos. Nós não conseguimos fazer mais isso, promoção. Antigamente tinham muitas palestras. Aí chegavam as gestantes a gente dava palestra, dava palestra para as crianças. Falava sobre a tuberculose. Cada dia era um tema diferente. O hoje em dia não dá para fazer porque não tem tempo.” - ACS Antiga do Alemão

No Capítulo I contextualizamos a APS e a atuação dos ACS. Vimos que um atributo fundamental é a orientação comunidade da oferta de ações de saúde. Isso significa que a interlocução entre os profissionais de saúde, as famílias no território, a interação com os equipamentos sociais das comunidades e a compreensão da cultura local precisa acontecer. Considerando o trabalho que passou a ser desenvolvido pelos ACS após a RCAPS, do qual se retira a centralidade das ações no território, questiona-se o tipo de APS que foi proposta pelos idealizadores da reforma.

Quando indagadas a respeito do trabalho como ACS e sobre suas atribuições, as agentes recentes reproduziram o discurso de prevenção da saúde, comumente associado ao ACS. É possível perceber que as agentes relacionam as orientações prestadas aos usuários em domicílio e seu impacto no processo de saúde e doença.

“E além de a gente prevenir a saúde, querendo ou não, a gente é um pouquinho de psicólogo, também. A gente chega aos domicílios e as pessoas muitas das vezes vêm desabafar. E a gente tenta ajudar, além da prevenção da saúde em si, do corpo físico. Mas, também, prevenir a saúde de doenças que possam vir de alimentos, de água. A gente faz um trabalho meio complexo. A gente faz um trabalho muito complexo.” ACS Recente do Alemão

Porém, em sua percepção, as agentes recentes não fazem distinção entre as atribuições realizadas no interior das Clínicas da Família e as tradicionais de sua profissão. Essas trabalhadoras já ingressaram na carreira tendo como atribuição as VD e ações educativas e também a recepção do usuário na clínica, o “Posso Ajudar?” e o “Acolhimento”, registro no prontuário, dentre outras atividades internas. As agentes também apresentaram um discurso de pertencimento quanto ao “acolhimento” dos usuários, como se a organização do fluxo do usuário pelos serviços da clínica fosse de sua total responsabilidade. Como visto anteriormente, as entrevistadas usualmente se referem ao local físico da recepção da Clínica da Família como “Acolhimento” ou como uma responsabilidade atrelada apenas aos ACS.

“Outra coisa que eu costumo dizer é que a melhor coisa de uma clínica da família é a porta de entrada. Se tiver uma péssima porta de entrada ali, todo um trabalho é quebrado. Principalmente o trabalho do ACS. A porta de entrada, onde nós somos o guichê, é o ACS. Então se não tiver uma boa porta de entrada ali. Da porta para dentro já muda muita coisa.” ACS Recente

Ainda sobre o “acolhimento”, é interessante perceber que as ACS recentes conseguem construir um sentido para esse trabalho. Diferentemente das ACS mais antigas que

julgaram essa atividade como mais burocrática. Em alguns casos, quando as agentes mais antigas relataram que determinada ação não existia anteriormente, isso causou estranheza às ACS recentes. A citação de uma das entrevistadas evidenciou essa diferença entre as ACS antigas e recentes.

“Outro dia eu estava conversando com uma colega que disse: “Falaram que acolhimento não é atribuição do ACS” Eu confirmei: “Não, acolhimento realmente não é uma atribuição do ACS”. Ela disse: “Nossa eu nunca tinha ouvido falar disso”. Então, para elas que entraram agora é tudo normal.” ACS Antiga

Essa percepção conflitante entre as ACS antigas e as recentes no que tange o “acolhimento” possibilitou reflexões. Será que as agentes antigas tem razão em considerar o “acolhimento” uma atividade burocrática? Será que esse espaço não poderia ser mais bem utilizado como uma oportunidade de realizar educação em saúde? Por qual razão as agentes recentes não percebem uma sobrecarga ao realizarem o “acolhimento”? Que tipo de apoio os ACS precisariam para transformar o momento do acolhimento numa atividade mais interessante para a APS carioca?

A relação entre os agentes comunitários e a enfermeira da equipe era mais próxima antes de 2009, segundo depoimentos. Nas entrevistas, as ACS apontaram o recebimento constante de orientações por parte das enfermeiras para a realização de suas atividades. Como por exemplo, capacitação para acompanhamento de usuários em tratamento de tuberculose e cadernetas de vacinação infantil. A participação das enfermeiras durante as VD e atividades em grupo (educação, promoção e prevenção em saúde) eram frequentes. Assim, o retorno das visitas domiciliares e/ou o momento das reuniões de equipe eram identificadas como oportunidades para discussão dos usuários acompanhados.

“E a gente ia para a rua direto, essas eram as atribuições. Fazíamos os cadastros. Trazíamos as demandas dos usuários, que passavam pelo enfermeiro para serem agendadas as consultas. [...] Chegávamos da rua e já passávamos os casos para a enfermeira. Aí ela olhava as nossas fichas, dava visto, anotava o que o paciente queria. Tudo direitinho. e tinha resposta com relação às consultas.” - ACS Antiga da Maré

A entrevistas das ACS antigas (da Maré e do Alemão) sugerem que essa relação com enfermeiras e com médicos começou a se tornar mais distante depois de 2009. A reunião de equipe passou a ser utilizada, predominantemente, para organizar entregas de resultados de exames e para realizar agendamento de consultas e procedimentos. Os relatos mostraram também, que a VD dos ACS na companhia do médico e da enfermeira tem acontecido com menor frequência depois de 2009. Há, entretanto, um reconhecimento, por parte das entrevistadas de que esse afastamento não deveria ser imputado às enfermeiras e aos médicos, mas o fruto do excesso de cobrança por produtividade que esses profissionais passaram a ter.

Além disso, as ACS antigas também consideraram uma ampliação da procura pela população aos serviços depois das Clínicas da Família. Vimos no capítulo III que os CG privilegiam as consultas médicas e de enfermagem em detrimento das visitas domiciliares desses profissionais. Não é de se estranhar que as agentes percebam o distanciamento dessas categorias das atividades no território.

“Eu continuo fazendo muita coisa do que eu fazia antes. As visitas domiciliares, trazendo os casos para cá. Mudou uma coisa. Na reunião de equipe eu trazia os casos para discutir e era resolvido. Agora eu reclamo muito disso, às vezes na reunião nem tem discussão de casos. Muitas vezes nem querem saber. As vezes é mais de entregar “SISREG” agendado, avisar que um paciente está esperando agendamento, ou está precisando ser encaminhado. Mudou isso, nós não temos discussão de casos.” - ACS Antiga do Alemão

“Em visitas domiciliares raramente a médica e a enfermeira estão junto com a gente. Não por culpa delas. Acho que é por culpa do sistema. Ela tem que estar mais presente aqui [na Clínica da Família].” - ACS Antiga da Maré

Ainda falando sobre as atribuições das ACS e sua relação com os outros membros da eSF, identificamos um ponto bastante interessante na fala das agentes mais recentes. Em virtude da carência do médico de equipe, as agentes referiram não ter trabalho. Isso sugere que o trabalho das ACS estaria condicionado ao trabalho do profissional médico. Como se na ausência deste profissional, na percepção das profissionais recentes, todos os aspectos do trabalho de um ACS ficasse comprometido, resumindo-o ao agendamento de consultas. Não se pode afirmar opinião contrária por parte das ACS antigas, pois não foi encontrada referência a esse assunto na entrevista deste grupo de agentes. É preciso considerar, entretanto, que na realidade das agentes antigas o trabalho na lógica do PACS já ocorria sem a presença de médicos na equipe. Possivelmente, essa associação construída pelas ACS recentes foi fortalecida pelas mudanças nos processos de trabalho introduzidos pela reforma da APS carioca.

“Eu gosto de trabalhar, eu gosto de ser ACS. Ultimamente eu só não estou gostando muito porque a gente não tem muito que fazer. A gente vai na área e a gente fala que não tem médico. A gente está fazendo o impossível para ajudar eles. Mas tem coisa que a gente não pode fazer. A gente não está mais podendo marcar consulta, porque só tem a enfermeira.” ACS Recente

Defendemos, que a abordagem da APS abrangente deve, invariavelmente, considerar que o processo de saúde e adoecimento das pessoas contém determinantes sociais. Portanto, uma organização de APS que valorize a oferta de serviços em cuidados médicos em detrimento da abordagem territorial e multissetorial não contemplaria todos os fatores que deveriam ser alvo dos cuidados em Atenção Primária em Saúde.

As profissionais entrevistadas expressaram descontentamento ao relatar a “atribuição” que passaram a ter depois de 2009. Durante o turno do “acolhimento”, as consultas possuem limite quantitativo de vagas, sendo obrigadas a negar atendimentos e informar aos usuários excedentes da impossibilidade de atendimento. Ou ainda, diante da falta ocasional do médico ou do enfermeiro da equipe as ACS precisam lidar com a insatisfação dos pacientes agendados. Esta atribuição rotineiramente gera conflitos entre a população e o agente comunitário devido à frustração dos usuários. De acordo com seus relatos, as ACS sentem-se “sozinhas” frente a essa situação, com dificuldade para encontrar alternativas que atendam às expectativas dos usuários, embora algumas ACS tenham relatado estratégias para contornar tais questões. Tanto as agentes antigas quanto as recentes revelaram que esse processo gera algum tipo de sofrimento.

“Quando eu estou no “acolhimento”, antes de vir dizer o “não” para o paciente eu vou pedir para a enfermeira, para a médica. E até quando acontece de elas não estarem disponíveis eu bato em outras portas para pedir ajuda. A gente tem que pedir favor. Isso é horrível.” - ACS Antiga do Alemão

Diante disso, as ACS antigas alegaram ressentimento com essa atribuição, visto que anteriormente à RCAPS, esse tipo de comunicado à população não ficava apenas a cargo dos ACS. Foi mencionada a corresponsabilização diante desta necessidade, em especial, com a participação de profissionais do Grupo de Apoio Técnico (GAT - profissionais da Coordenação de Atenção Primária da região).

“... eram muitas pessoas querendo consulta e a médica não estava dando conta. Na época eram muitos pacientes, quase 5000. A gente fazia uma reunião, participava a enfermeira, a médica, a técnica de enfermagem. e como a gente não tinha gerente, vinha sempre alguém do GAT. E dávamos satisfação para a comunidade.” ACS Antiga do Alemão

O registro das informações foi outro aspecto apontado pelas ACS como mudança no trabalho. Antes de 2009, os registros eram realizados apenas em fichas padronizadas de cadastro e de acompanhamento dos usuários¹⁷ e esse material organizado e mantido pelas ACS no setor de arquivo das unidades. Com a Reforma da APS, ocorreu a implantação dos prontuários eletrônicos¹⁸. Nestes sistemas informatizados os registros, não somente as informações referentes ao trabalho dos agentes, mas de todos os profissionais da equipe de Saúde da Família são consolidados. Todavia, as agentes relataram que a informatização do

¹⁷ A ficha de cadastramento familiar (Ficha A) faz parte dos documentos de acompanhamento do trabalho em saúde do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) - BRASIL, 2000.

¹⁸ No município do Rio de Janeiro depois de 2009, foram implantados 03 sistemas de prontuário eletrônicos para a Atenção Primária em Saúde, de empresas privadas diferentes. Cada uma das 10 regiões da cidade adotou um desses sistemas. Esses prontuários eletrônicos são pagos com verba prevista nos contratos de gestão com as Organizações Sociais de Saúde.

registro não substituiu o método de registro anterior, e na prática trata-se de uma adição ao trabalho realizado desde o início, isto é, um retrabalho. Os cadastros e os acompanhamentos são registrados em fichas de papel e, posteriormente, digitados no prontuário eletrônico.

“É isso, o computador. Antigamente nós tínhamos o SSA2¹⁹, que tinha que entregar no final do mês em papel. Como é no computador hoje, era feito a mão. Se tinha seis gestantes. A gente acompanhava e colocava a lápis no papel e entregava para a enfermeira. Mas não tinha que lançar visita no computador. Não tinha que lançar entrega de kit [de higiene bucal]. Não tinha que ir lá correndo para entregar kit. Não tinha bolsa-família para lançar no sistema.” - ACS Antiga do Alemão

Foi apontada ainda pelas ACS a ruptura na harmonia do atendimento em equipe após a reforma. Segundo as mesmas, os membros da equipe, médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e dentistas eram mais participativos em atividades com os agentes. Atualmente, a exigência do cumprimento das metas de consultas ou procedimentos acarretam neste distanciamento, reduzindo as atividades educativas em grupo, atribuição de toda a equipe. Na avaliação do CG apresentada no capítulo III, ao discutirmos a Tabela 2, apontamos que a RCAPS desconsiderou o envolvimento dos ACS como participantes de “atividades de grupo e nas escolas e nas creches” na relação de turnos semanais das atividades da ESF.

"Quantos grupos educativos foram cancelados. Tinha um grupo que nos ajudava muito, que desafogava o diabético e o hipertenso. Ali a gente via o mais grave e percebia quem tinha que ser visto com mais atenção. Hoje não está mais tendo nada disso. Eu imploro muito nas reuniões para voltarmos a fazer grupos." ACS Antiga da Maré

Em relação às visitas domiciliares efetuadas pelos ACS, nas entrevistas, evidenciou-se a fragmentação do cuidado. De acordo com os depoimentos, as agentes (as antigas e as recentes) buscam principalmente em suas VD, conseguir acompanhar os idosos, as crianças, as gestantes, os hipertensos e os diabéticos. Tal orientação limita a família aos ciclos de vida ou a condições de saúde ou doenças. É possível que esse direcionamento da atuação aconteça porque esses temas compõem os indicadores e metas que as equipes de Saúde da Família precisam alcançar. Ainda que, a realização de visitas domiciliares e atividades de grupo seja prevista nos Contratos de Gestão, o enfoque permanece em doenças, agravos e condições específicas de saúde. Isso limita as possibilidades de ações educativas em saúde que os ACS deveriam realizar em suas visitas.

Em contrapartida, a essência do trabalho dos ACS na APS deveria compreender o território e seus determinantes sociais da saúde, a interlocução entre a equipe e a comunidade, a atenção integral aos usuários e a busca pela construção de relações intersetoriais. Vale

¹⁹O Relatório SSA2 é a ficha de consolidação da produtividade mensal dos ACS. Faz parte dos relatórios de produtividade do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) - BRASIL, 2000.

ressaltar que as ACS recentes não alegaram falta de tempo para realizar suas atividades no território, diferente das ACS antigas.

Na tentativa de elencar as razões para justificar a diferença de percepção entre os grupos de ACS entrevistadas, propomos algumas reflexões. A formação das agentes recentes foi diferente? Ou, as agentes antigas estariam sofrendo apenas pela mudança da rotina? Ou ainda, o conceito de trabalho comunitário para essas agentes não é o mesmo que defendemos anteriormente, e por conseguinte, elas não precisam de tanto tempo? Diante dessas questões permanece a pergunta: Que tipo de APS estamos praticando?

Segundo a percepção das ACS antigas, no período anterior a 2009, a exigência realizada pelo supervisor da equipe enfatizava a responsabilidade dos ACS no acompanhamento das famílias. A meta diária de visitas domiciliares era usada apenas para auxiliar na organização do serviço, sendo executadas pelos ACS no decorrer do dia. Visando assegurar a continuidade da assistência prestada por todos os membros da equipe, as informações eram expostas para a enfermeira responsável pela sua supervisão, permitindo a organização do cuidado às famílias. Assim, as entrevistadas não se sentiam pressionadas pela quantidade de visitas, bastava que “o agente fosse responsável e o trabalho viria” (ACS antiga da Maré).

Após a reforma da APS essa cobrança mudou. Atualmente, são exigidas 144 visitas domiciliares por mês (meta presente no CG) por agente comunitário, e a única forma de verificação são os registros do prontuário eletrônico. Dessa maneira, atingir a meta passou a ser a maior preocupação desses trabalhadores. Isso nos instiga a questionar que tipo de produção de saúde está sendo induzida, quando o foco deixa de ser o usuário e o território e passa a ser o registro de informações que possam ser mensuradas objetivamente.

"Eu acho que era a responsabilidade. Muito a responsabilidade. Ninguém me perturbava. Se me pediam algo eu apresentava. Existia uma reunião semanal como tem agora, mas não tinha essa perturbação com números." ACS Antiga do Alemão

"A gente tinha um número de visitas para prestar conta. A gente trabalhava muito com papel. Aí a gente fazia as visitas, anotava tudo e aí entregava para os enfermeiros." ACS Antiga da Maré

O tempo reduzido para execução das atividades atribuídas aos ACS foi apontado em recorrentemente nas entrevistas. Apesar do relato das agentes afirmando que ainda realizam atividades em grupo e nas escolas, porém, com menor frequência, após 2009, não foram encontrados no quadro de atribuições semanais no CG nenhum turno dos ACS dedicado à realização dessas ações.

Com a RCAPS, outras atribuições foram adicionadas como o registro em sistemas de informação eletrônicos (Prontuários Eletrônico, Programa Bolsa Família, SISREG, etc.), a recepção de usuários na unidade de saúde (“Acolhimento”), a entrega de kit de saúde bucal, as escalas de turnos em consultórios temáticos (Acolhimento Mamãe e Bebê), o “Posso Ajudar?” e a atualização de blogs das CF.

"E agora tem as cobranças, eles querem 144 visitas. Como? Se eu fico duas ou três vezes no acolhimento. E mais duas vezes por mês no Posso ajudar?" ACS Antiga da Maré

As novas atribuições exigem que os agentes comunitários atuem por maiores períodos dentro das unidades de saúde, comprometendo seu tempo para realização das atividades no território, sendo esta a visão das agentes antigas. No entanto, as metas exigidas estão relacionadas principalmente às atividades que as ACS realizam no território, logo as escalas de atribuições internas ocupam muito tempo dos trabalhadores. Relataram ainda, que na ausência de um ACS (férias ou licenças), precisam assumir as responsabilidades do colega afastado e isso compromete ainda mais o seu “desempenho” para com as metas individuais, dado o acúmulo de serviço.

Para dar conta da quantidade de visitas domiciliares exigidas e ainda atender às demandas de atividades no interior da Clínica da Família, as ACS precisam realizar as visitas de forma extremamente apressada. Antes de 2009, segundo recordatório, a visita domiciliar era conduzida de forma mais atenta, prestando orientações em relação aos cuidados com os alimentos, a higiene e os medicamentos; tentando tirar as dúvidas dos usuários; avaliando a caixa d’água, dentre outras coisas. O principal motivo apontado para a redução na duração das VD foi a substituição dos colegas no “serviço interno” e à espera das agentes para realização das suas próprias visitas.

“Hoje continua assim, são 144 visitas. E a gente tem que fazer as 144 visitas. Então o que mudou foi o conteúdo da visita. Que visita é essa? Porque antigamente eu sentava no sofá da paciente e conversava, ficava meia hora, uma hora, até duas horas se fosse preciso. Ajudando um idoso a compreender o tratamento. Eu ficava lá conversando, explicando, orientando. E hoje a gente não tem essa oportunidade.” - ACS Antiga do Alemão

Uma ACS antiga relatou que precisa passar pelas ruas sem chamar atenção dos usuários, pois ao parar para atender alguns deles, culminará em atraso para suas outras atribuições. As agentes com mais tempo de experiência foram unânimes em dizer que as visitas domiciliares feitas após a reforma da APS tem, em sua opinião, menor qualidade do que tinham antes de 2009.

"Tudo. Tudo mudou. Perdeu-se a qualidade do serviço para trabalharmos em cima de números. Só número. Só variável. Só [...] números. Para eu não falar da minha

insatisfação. É deprimente você parar de atuar. Parar de estar ali no território. Você abandonar tudo aquilo para se transformar em número. Enfim, é o sistema." ACS Antiga

“Para te dizer a verdade, eles querem mais esses indicadores. A cobrança é essa. Se a gente traz uma demanda e parece que não está ali naquele meio. Não tem muita importância. Então a cobrança é só em cima do que a equipe é cobrada.”

Quando questionadas sobre a cobrança a qual estão submetidas no trabalho, as ACS recentes apresentaram respostas similares às das agentes antigas. Todas referiram grande cobrança, normalmente relacionada ao número de visitas domiciliares registradas no sistema eletrônico (meta individual) e aos indicadores da “Variável 3” (como vimos anteriormente, formalizam o pagamento por desempenho da equipe). A diferença entre os dois grupos de ACS nesse quesito é que as agentes recentes percebem a cobrança como natural ou mesmo como algo necessário para o alcance das metas. No grupo das ACS antigas a percepção é de que a cobrança pelo alcance dos “números” compromete ou desconsidera a qualidade do trabalho.

“O que mais nos cobram aqui é visita domiciliar. E é uma cobrança como cobram a todos. A gente tem um quantitativo de visitas. Mas isso é uma coisa que você sabe que tem que ter aquele quantitativo de visitas. E eu acho que é uma cobrança que tem que ser cobrada. A gente tem que ser cobrada. Todo mundo sabe que tem que fazer. Eu acho que não seria necessário ser cobrado. Mas, a partir do momento que eles cobram é porque tem muita gente que precisa ser cobrado para poder fazer.” ACS Recente

O medo de não alcançar a meta individual também está presente nas agentes que começaram a trabalhar após o início da reforma da APS do Rio de Janeiro. No trecho destacado abaixo, uma das ACS explicita a necessidade de justificativa para seus superiores, uma vez que a meta não foi atingida. Mesmo que a meta não tenha sido cumprida devido a ausência de duas outras colegas de equipes de férias e, conseqüente substituição das mesmas.

“Como as ACS voltaram de férias no dia 15, a gente teve que passar para a enfermeira essa situação de não conseguir bater a meta. O gerente disse que a gente deveria passar isso para a enfermeira, explicando o porquê de não conseguir bater a meta.” ACS Recente

Foi mencionada a realização de reunião em outra equipe de Saúde da Família com o intuito de avaliar as ações a serem executadas para obtenção da pontuação necessária nos indicadores e metas. O enfoque passou a ser o abono salarial referente ao pagamento por desempenho, mencionado anteriormente. O relato sugere que além do desejo de receber o abono, existe um desenvolvimento de um sentimento de orgulho ao ser reconhecido pelo alcance das metas. Esse sentimento retroalimenta a aspiração de alcançar as metas nos meses seguintes.

No Capítulo II, discutimos os elementos centrais do gerencialismo e vimos que estes estão cada dia mais presentes nos modelos de gestão pública brasileiros. Sob a perspectiva da busca pela melhoria na eficiência dos serviços públicos, o gerencialismo transforma os processos de trabalho em um sistema de constante avaliação e cobrança de resultados de desempenho. Conforme discussão prévia, essas práticas costumam produzir situações de permanente estresse para os profissionais, pois os gestores entendem as metas e os indicadores como a forma objetiva de mensurar e avaliar a qualidade. A pressão pelo alcance das metas apareceu no relato de todas as agentes pesquisadas, evidenciando o grande desgaste profissional que essa realidade produz. Uma das agentes, em seu discurso, relativiza essa pressão, chegando a achar que é importante ser dessa forma para que as pessoas trabalhem corretamente. Isso nos fez pensar: Não seria essa percepção um fenômeno contemporâneo, induzido pelos novos modelos de trabalho? Será que a sociedade, de maneira geral, não vem naturalizando formas de trabalho que cobram que os trabalhadores trabalhem sempre no seu limite?

Além de o trabalho ser realizado sob constante pressão, a percepção das agentes comunitárias transparece a preocupação prioritária da “gestão” com o resultado encontrado nos relatórios dos sistemas de informações em detrimento da qualidade do serviço. O entendimento das ACS antigas ao que tange o trabalho no território junto à população, tem sido feito de maneira apressada e com menor qualidade. Além disso, o aumento das atribuições dos agentes no interior das Clínicas da Família comprometeu o trabalho de acompanhamento em saúde das famílias. Outras declarações polemizaram a relação entre o alcance de metas e a avaliação quantitativa e qualitativa dos indicadores.

"Destrói um trabalho. Eu me vejo como uma máquina. Produção de números. Você não precisa fazer muita coisa. É só dizer o que eles querem. Mas a rua é diferente daqui. A rua te exige outras coisas. Querendo ou não, eu sou vizinha deles. Lá eu tenho que ser humana. E aqui eu tenho que ser um número expressivo." ACS Antiga

Destaca-se que a RCAPS foi um importante marco para a ampliação de acesso à consultas de saúde e outras formas de diagnóstico e tratamento (sem entrar no mérito da forma de vínculo de trabalho). O acesso à consultas médicas era muito escasso, com recorrentes relatos de usuários que dormiam nas filas dos postos de saúde para pegar senhas para atendimento médico. Entretanto, sugere-se que no Rio de Janeiro a reforma culminou em APS direcionada para a oferta de serviços e de procedimentos técnicos (consultas, exames, etc.), deixando em segundo plano a abordagem dos determinantes sociais da saúde. Ora, sem considerar esses outros fatores para a organização da APS corremos o risco de retomar o

conceito de saúde como ausência de doenças, abandonando a concepção ampla de saúde que está na base da concepção do SUS.

As mudanças oriundas da Reforma dos Cuidados em Atenção Primária em Saúde do Rio de Janeiro acabam por provocar efeitos também em outros aspectos do trabalho desses agentes comunitários. A cobrança exacerbada das metas e a desvalorização do trabalho realizado junto ao território parece provocar algum tipo de sofrimento para as agentes e dificuldade em estabelecer significado às tarefas executadas. O processo atual as distancia daquilo que as agentes antigas entendiam como sendo o trabalho do ACS. Os registros das informações que produzirão os relatórios gerenciais passaram a ser mais importantes que o trabalho desempenhado em si, voltados às necessidades do território. Na discussão do capítulo II vimos também que o sofrimento e, posteriormente, o adoecimento podem surgir quando o trabalhador não consegue mais encontrar o sentido do seu trabalho ou não consegue pôr em prática ferramentas psíquicas para tentar “dar conta” do estresse laboral.

Na categoria a seguir iremos analisar como as mudanças afetaram as relações dos ACS com a comunidade e com os outros membros da equipe de saúde da família.

6.1.3 MUDANÇAS NA RELAÇÃO COM A COMUNIDADE E COM A EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Durante as entrevistas, as ACS antigas foram questionadas sobre a relação entre os agentes e a comunidade (população e demais atores do território) no período que antecedeu a reforma. Em seguida, a observação de diferenças nessa relação com o início da RCAPS.

De maneira geral, a população inseridas nas comunidades assistidas pelas ACS entrevistadas parece ter acolhido bem as CF. As agentes relataram que boa parcela do tempo era empregado na interação dos usuários acompanhados, favorecendo a construção do vínculo. As agentes participavam ativamente da vida dos usuários. Durante as visitas domiciliares e outras ações no território esse vínculo foi se fortalecendo. Para as ACS, essa era a maneira de - usando as palavras de uma das entrevistadas - desenvolver seu “papel de prevenção e promoção da saúde”. Quando debatemos os princípios da APS no capítulo I, vimos que a orientação comunitária é um elemento central para o sucesso da estratégia de cuidados. Os poucos documentos publicados pelo MS, há época do lançamento do PCAS e do PSF, indicavam de maneira superficial que conhecer o território, suas características sociais,

culturais, seus equipamentos sociais e criar laços com sua população deveriam ser compreendidos como atribuições essenciais.

Vimos no início deste capítulo que algumas ACS (na Maré) desempenharam atividades burocráticas nos postos de saúde. Além disso, vimos que as orientações para o trabalho no território eram imprecisas, situação melhorada apenas a partir de 2006.

A construção da relação entre os ACS e a população ganhou mais força a partir desse momento. Foram pontuadas situações peculiares nas quais as limitações existentes na oferta de serviços de APS ficaram evidentes. Além disso, deflagraram a forma inadequada como as desigualdades sociais vinham sendo abordadas pelo setor saúde no Rio de Janeiro. Dentre os relatos, uma ACS afirmou deslocamento para outro bairro a fim de acompanhar as consultas em saúde mental de um usuário cadastrado que não dispunha de rede de suporte familiar. Outra situação semelhante foi identificada onde uma ACS acompanhou a gestante de sua área de abrangência até a maternidade, pois a mesma se encontrava em trabalho de parto. Uma agente referiu ter hospedado, em sua própria casa, uma criança do território para sua recuperação após uma cirurgia. Segundo a mesma, os pais da criança enfrentavam problemas relacionados ao abuso de substâncias e que por essa razão tomou a decisão de cuidar da criança durante aquele período. Esses casos aconteceram sem que nenhuma dessas agentes tivesse sido exigida pelo trabalho a tomarem tais atitudes. O discurso ressaltou o sentimento de responsabilidade em zelar pelas pessoas daqueles territórios e construção da relação comunitária.

"A gente tinha contato. Tinha muito mais contato com o usuário. [...] Outra coisa, quando eu entrei em 2000, se a gente mostrasse o crachá a gente podia andar nas kombis na comunidade de graça." - ACS Antiga da Maré

Entretanto, os relatos exemplificam o grave quadro de restrição de acesso à serviços de saúde existente na rede carioca, no período anterior a 2009. Sugerem uma exploração do trabalho dos ACS fora do seu momento de trabalho em atividades que são alheias às suas atribuições usuais. Os agentes além de sofrerem com o excesso de carga de trabalho, vivenciam também o sofrimento da comunidade. Essas atividades desempenhadas pelos ACS serviam como um “paliativo” para compensar essas lacunas assistenciais. Deixando claro, também, que não havia na época empenho no sentido de enfrentar as desigualdades sociais.

Através dos relatos, entendemos que a organização da APS do Rio de Janeiro antes da reforma também guardava certa proximidade com as características da APS seletiva.

A fala acima mostra que no nível mais operacional da APS, as relações conseguiam ser desenvolvidas. Naquela época, não eram apenas na relações das ACS com usuários, em

seus domicílios, mas também se manifestava pelas parcerias e acordos informais de apoio que se estabeleciam junto aos equipamentos sociais do território. As agentes relataram diversos exemplos de parcerias que foram estabelecidas. Elas disseram que articulavam no território a realizações de feiras sociais para emissão de documentos; tentavam matricular crianças que estavam fora da escola, negociavam vagas em creches para que as mães pudessem trabalhar; parcerias com igrejas, comércios e até uma ACS que realizava aulas alfabetização na comunidade. Sabemos que a simples oferta de serviços de saúde não é suficiente para elevarmos os níveis de qualidade de saúde da população. Portanto, esse objetivo somente pode ser alcançado ao rompermos as barreiras do setor da saúde e abordar os determinantes sociais da saúde de maneira intersetorial. As experiências comunitárias citadas são exemplos interessantes onde a busca pela intersetorialidade acontece por ação dos próprios profissionais de saúde.

"Pessoas que nem tinham documento e hoje elas me encontram e agradecem. Dizem que os pais que não tinham documentos e hoje recebem os benefícios, depois que eu consegui ajudar. A gente teve até aulinha de alfabetização feita pela colega, ACS. Levamos os analfabetos, dávamos aulas. Ajudando tanta gente ali, que sempre foi largado." ACS Antiga do Alemão

Após 2009, conforme a RCAPS foi sendo realizada, a relação comunidade e ACS passou a apresentar algumas diferenças. Como vimos nos relatos da categoria anterior, após o início da reforma, a organização do trabalho dos ACS passou a permitir menos tempo no desenvolvimento de ações junto ao território. Depois desse processo, a construção de vínculo com os usuários ficou mais fragilizada. Segundo as agentes, as pessoas passaram a ter uma relação mais distante com os agentes. Nessas relações, a confiança e reconhecimento que antes existia foi aos poucos sendo substituída pela cobrança, principalmente a respeito de coisas prometidas pelas propagandas eleitoreiras da prefeitura sobre as Clínicas da Família. As agentes atribuem essa mudança na relação com a população ao pouco tempo que passaram a ter para se dedicarem ao trabalho no território.

"[A relação com a comunidade] mudou. Não sei se é porque agora nós não temos esse tempo de estar com o paciente ou se é porque eles não entenderam muito bem qual é o nosso papel aqui. O nosso papel é prevenir a doença e promover a saúde. Só que nós não temos mais tempo para fazer isso. Então, antes a comunidade aceitava mais, entende?" ACS Antiga da Maré

Ocorreu também mudança na relação dos ACS com os demais membros de equipe e com os demais agentes. As ACS relataram que na época dos "Postos de Saúde", antes de 2009, os profissionais trabalhavam menos pressionados e que havia uma relação de cooperação maior entre eles. Os agentes se apoiavam nas suas atividades e davam mais suporte para os colegas que estivessem com alguma necessidade de auxílio. A relação dos

ACS com as enfermeiras das equipes era mais próxima e mais intensa. As discussões de casos dos pacientes podia acontecer diariamente e dessa ação a troca entre os profissionais era muito mais profícua. De maneira geral era um trabalho mais unido.

“Não tinha essa separação de equipe. Éramos todos juntos. Se a gente tinha alguma dúvida a gente procurava a enfermeira e ela sempre estava lá pra orientar a gente.” ACS Antiga do Alemão

“[A relação com a equipe é] totalmente diferente. A minha equipe atual é meio individualista. Tanto que quando eu estava fazendo o curso [técnico em ACS] eu sofri bastante. Porque quando os meus pacientes vinham aqui, se eu não fosse a casa deles depois eu não ficava sabendo que eles tinham vindo aqui. Que tinham pedido uma consulta ou alguma coisa. Elas não anotavam não me davam recado. Eu acho que é muito individualista, acho que a maioria das equipes. É diferente de antigamente. Antigamente tinha, sei lá, um amor. Uma união, entre a gente.” ACS Antiga da Maré

Nas discussões dos capítulos II e III pudemos perceber que o gerencialismo produz o individualismo como efeito da aplicação de seus métodos. Ao mesmo tempo em que o trabalho colaborativo em equipes é estimulado, a avaliação do desempenho atinge os trabalhadores individualmente. Isso mantém os profissionais num constante movimento de adaptação que os mantém permanentemente pressionados. As metas devem ser alcançadas por toda a equipe, mas são aferidas trabalhador a trabalhador. Vimos anteriormente que esse processo vai degradando as relações de solidariedade entre os trabalhadores que se veem cada vez mais isolados no ambiente de trabalho. Vimos, ainda, que a manutenção desse sistema é potencial fonte de sofrimento e posteriormente de adoecimento.

As agentes relataram que as mudanças ocorridas após 2009 não chegaram a transformar a relação entre os profissionais em algo totalmente ruim. Ainda existe em alguma medida, uma relação de apoio entre os trabalhadores, mas que algumas outras manifestações ocorrem e afetam essa relação. Por exemplo, elas reportaram que já ocorreu de representantes da gestão central da Secretaria Municipal de Saúde irem até a unidade para parabenizar uma das equipes pelo bom desempenho no acompanhamento das condicionalidades de saúde das famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família. Isso acabou gerando um desconforto entre as outras equipes que não tiveram o desempenho esperado. De certa forma isso estimulou uma competição entre os agentes comunitários. Ao mesmo tempo, as ACS reportaram que os profissionais da equipe que foi parabenizada ficaram muito orgulhosos e passaram a desejar ser sempre os “primeiros colocados” nas metas e nos indicadores. Essa situação sugere, não apenas, que houve um estímulo para a competição, mas também uma tentativa de desenvolver nos profissionais essa “gana por ser o melhor”. Esse estímulo pela busca constante e interminável por um melhor desempenho que nunca será suficiente é característica do

gerencialismo. Ele não apenas exige fisicamente o trabalho dos ACS, mas também usa suas ferramentas para influenciar a mente dos trabalhadores em prol dos seus objetivos de maior produtividade. Isso acaba exaurindo os trabalhadores.

“Às vezes a gente está na sala dos agentes de saúde e começa as conversas: “Gente, vocês viram que já começou a vigência do bolsa família?” Aí a outra colega diz: “Mas já? Na minha equipe ninguém falou nada ainda.” Eu sempre digo: “Gente, vamos correr atrás disso, pelo menos para a nossa clínica ficar em primeiro lugar. Para CAP 3.1 ficar em primeiro lugar.”” ACS Antiga do Alemão

Os processos adotados depois de 2009 incitam o individualismo entre os trabalhadores. Como discorremos acima, as metas individuais são usadas para classificar os “bons e os maus” ACS. E as metas coletivas, estimuladas pelo pagamento de bonificações salariais (Pagamento por Desempenho²⁰), fazem com que a relação de equipe passe a ser mais tensa. Os profissionais precisam se manter atentos ao seu serviço e se preocupar com o que o outro trabalhador está fazendo. Como citado no capítulo II, é o que denominamos “panoptismo”, o comportamento em que o trabalhador se coloca numa posição simultânea de vigia e de vigiado. Mina-se, assim, a relação de cooperação, instalando-se mais cobrança, mas dessa vez entre os próprios membros da equipe. Esse comportamento produzido pelos meios gerencialistas afasta as pessoas, fragiliza o espírito de solidariedade entre os trabalhadores, compromete sua organização coletiva.

A relação com a equipe é retratada positivamente pelo grupo das agentes recentes. Algumas entrevistas mostraram que as agentes recentes foram bem recebidas pelas Antigas e que receberam apoio para o processo de aprendizagem do trabalho como ACS. Entretanto, um dos relatos indicou que ao ser contratada uma agente recente sofreu um pouco com a falta de cooperação dos ACS mais antigos em sua fase de adaptação à nova profissão. Percebe-se que com o passar do tempo e algumas discussões em equipe foi possível sanar essa questão.

“...eu fui colocada em uma área, a enfermeira me mostrou a área. E eu costumava falar para eles que eu fui jogada na “cova dos leões”. Disseram: “vai”. Um dia a enfermeira foi me mostrar, depois a outra colega ACS me mostrou também. e eu fui lá, me virando. Até que teve uma reunião de equipe que eu interrompi e falei: “ninguém me apoiou, eu precisava de apoio”. Falei a realidade e foi a partir de ali que as coisas mudaram. Hoje eu amo a minha equipe mas foi necessário ter esse impasse.” ACS Recente

Outra agente recente tem uma visão interessante com relação ao seu papel junto ao trabalho da enfermeira e do médico. Uma visão que remete ao papel clássico do ACS de ser o

²⁰Como vimos no capítulo III, o pagamento por desempenho, previsto nos contratos de gestão, apresenta uma parte de repasse de financiamento variável atrelada ao alcance de metas. A chamada, “Variável 3” descrevia uma série de indicadores e metas que a equipe de Saúde da Família deveria atingir para receber a bonificação salarial com periodicidade trimestral. As falhas dos sistemas de prontuário eletrônico sempre foram um dificultador para a mensuração desses resultados e constantemente prejudicavam os pagamentos para os trabalhadores. A gestão de Marcelo Crivella revogou o pagamento por desempenho dos contratos de gestão.

“elo” entre a população e a equipe de saúde. Mas, que também sugere que esta relação se manifesta de forma hierarquizada, como se o suas atividades servissem ao trabalho das categorias medicina e enfermagem.

“Os olhos do médico e do enfermeiro são os agentes comunitários. O olho e o braço, que faz a ponte, no caso. E às vezes aparecem outras atribuições. Algumas que a gente acha que não são nossas, mas são. A gente acaba fazendo.” ACS Recente

A fala acima mostra ainda que na percepção dessa agente, recente na profissão, é natural que surjam novas atribuições para o seu trabalho. Ela naturaliza a necessidade de adaptação, de flexibilização em relação ao trabalho desempenhado.

Uma ACS recente reportou que foi contratada para substituir um agente que havia sido demitido. Ela conta que, nessa experiência, demorou bastante tempo até que as pessoas residentes na sua micro área, a aceitassem e passassem a confiar nela. Isso mostra que ainda existe a necessidade de os ACS desenvolverem vínculo com a população, para que seu trabalho possa acontecer. Mesmo com alguma dificuldade, a agente demonstrou ter conseguido estabelecer fazer algum tipo de vínculo com os usuários, apesar de haver pouco tempo para se dedicar a essa atividade.

“Quando eu entrei eles me recusaram, faziam comparações do trabalho do outro profissional com o meu. Depois que eu consegui estabelecer o vínculo isso não aconteceu mais. E hoje em dia nós somos quase amigos. Amigo dos pacientes.” ACS Recente

Como vimos, até o momento, as mudanças relacionadas aos processos de trabalho introduzidos com a Reforma dos Cuidados da APS na cidade do Rio de Janeiro tem afetado diretamente o trabalho dos agentes, suas relações profissionais. Além disso, tem transformado a forma como os cuidados na APS são planejados e oferecidos.

A seguir vamos analisar esses efeitos sobre a satisfação dos agentes e sobre o que eles pensam que é um trabalho de qualidade dos ACS.

6.1.4 MUDANÇAS NA SATISFAÇÃO COM O TRABALHO E NA PERCEPÇÃO DAS ACS SOBRE QUALIDADE NO TRABALHO

Nas entrevistas, as ACS foram arguidas quanto a satisfação em relação ao trabalho como agente, antes e depois da reforma da Atenção Primária em Saúde. No grupo de ACS antigas, foi observada grande satisfação em desempenhar o trabalho como ACS nos anos anteriores a 2009. A sensação recompensante de trabalho devido à gratidão da população pelas ações realizadas foi relatada, bem como a satisfação em poder ajudar a sua comunidade, um trabalho prazeroso de ser feito. Uma agente relatou que teve outras oportunidades de

mudança de cargo, mas que decidiu permanecer como agente para poder continuar o trabalho no território.

“Eu gostava, sempre gostei. Eu até fiz alguns cursos mas eu sempre quis continuar. Fiz curso de auxiliar de saúde bucal. Aí na época um presidente de associação quis que eu mudasse de cargo, mas eu não aceitei. O que eu queria era o trabalho nas ruas. Era recompensador. Não sei se porque antes, como o povo não tinha nada. Então pouco que a gente podia fazer por eles já era muita coisa. Entende? Muita coisa.” ACS Antiga da Maré

“Só de saber que eu estava ajudando tanta gente. Criança fora da escola, pacientes abandonados, saúde mental, então. E a equipe estava com a gente sempre presente. Era um prazer saber que a gente estava ajudando tanta gente.” ACS Antiga do Alemão

Após 2009 a satisfação das agentes mudou. É importante ressaltar que após 2017, no governo Crivella, o setor da saúde do município sofreu uma grande crise financeira. Esse processo culminou em ameaças de demissões em massa, muitas demissões concretas, atrasos constantes de salário que geraram diversas greves dos trabalhadores de saúde. Com isso, a satisfação das agentes foi marcada por este momento. Tentou-se buscar os elementos no discurso das ACS que remetessem à satisfação relacionada ao trabalho realizado entre 2009 e 2016, gestão de Eduardo Paes, quando a reforma da APS Carioca foi realizada.

As ACS antigas relataram que a exigência constante pelo alcance de metas, a quantificação excessiva do trabalho do agente, somada a falta de tempo dedicado ao trabalho no território e junto à população, acabou transformando a satisfação que existia em insatisfação. Todas as entrevistadas do grupo de agentes antigas (mais tempo de experiência na profissão) relataram insatisfação no trabalho após 2009. Embora as CF disponham de melhor infraestrutura, conforto e modernidade, as declarações ressaltaram a falta de interação do agente com as famílias as quais são responsáveis. A relação tem se resumido em recepcionar os usuários na unidade de saúde, já que as visitas domiciliares dispõem de tempo reduzido. A insatisfação está em não ser possível realizar a vertente comunitária do trabalho de agente comunitário de saúde.

“Antes a satisfação era plena. Passou a existir uma meta. Dados. Números. Mas antes não tinha números, tinha qualidade. Essa é a grande diferença. Por exemplo, eu dizia: “Hoje eu vou passar o dia ali.” Eu não precisava visitar 20 pessoas, mas eu fazia um só com muito mais qualidade. A casa inteira, a família como um todo. A diferença era essa. O que me incomoda bastante são os números sem qualidade. Eu gostava muito do trabalho naquela época, mas hoje eu já vejo o dia de me aposentar, infelizmente.” ACS Antiga do Alemão

Outro apontamento das agentes antigas foi de que agora elas se sentem muito menos apoiadas. Essa falta de apoio é em relação à enfermeira e o médico da equipe, mas também em relação à gerência da Clínica da Família e da gestão central da Secretaria de

Saúde. Uma agente antiga revelou que não é reconhecida como membro da comunidade pela população e nem como profissional de saúde pela equipe.

“Hoje eu estou um pouco decepcionada. Um pouco não. Eu estou até bastante decepcionada. Porque muitas vezes a gente não encontra apoio, não. Eu nem sei se eu posso estar falando isso aqui, mas eu vou falar. Eu não encontro apoio. Aí a gente escuta: “Vocês tem que ter cuidado com a fala de vocês”. Poxa, se a gente, no século XXI, não puder nem se expressar. Eu estou muito decepcionada, eu não encontro apoio mesmo. Eu às vezes só preciso de alguém para ir comigo numa visita domiciliar e eu não tenho quem faça isso. E ainda reclamam se eu peço. Mas quando vem um caso grave. Quando vem uma ouvidoria. Aí vem todo mundo, igual a “urubu na carniça”. “Vamos lá, vamos ver o que aconteceu.” Não acho certo, não está certo isso. Eu acho que o correto era a gente já estar há muito tempo fazendo aquele trabalho bonito. Acompanhando direito, para não precisar chegar ao ponto de fazerem uma ouvidoria.” ACS Antiga do Alemão

Buscar uma solução para os problemas de saúde demandados pelos usuários, aparentemente, sempre foi uma atividade que os ACS tentaram desempenhar. As entrevistas revelaram, que não conseguir dar uma solução para a demanda dos pacientes, é uma grande fonte de insatisfação para as ACS (antigas e recentes). Antes de 2009, às possibilidades de resolução de demanda nos postos de saúde e de encaminhamento dos casos dos usuários pelos outros serviços de diferentes níveis de complexidade da rede de saúde eram muito menores que hoje. Portanto, podemos supor que a frustração com a resolução dos problemas dos usuários aconteça desde antes da RCAPS.

Nos relatos colhidos, as agentes mostram que se sentem frustradas mesmo com processos que não estão sob sua governabilidade. Este é o caso, por exemplo, dos agendamentos para procedimentos cirúrgicos no Sistema de Regulação. De certa maneira essa frustração das ACS é também fruto da reprodução de um modo de produzir saúde que se concentrou em realizar a oferta de procedimentos médicos.

O trabalho dos ACS antes de 2009, como dissemos, tinha um maior enfoque no território do que na parte assistencial, quando comparado com as práticas atuais. Mas é provável que não houvesse, na época, muitas outras possibilidades. A oferta de cuidados assistenciais médicos era muito escassa, antes da reforma. É natural que o enfoque dos profissionais do PACS estivessem mais relacionados com a interação com a população nas comunidades. Por conta desses fatos, podemos supor que quando as ACS antigas relatam que antes a frustração era menor, isso se relaciona com o fato de que as expectativas da população com relação a resolubilidade dos serviços da APS também eram menores. Já discutimos que o modelo adotado na RCAPS diminuiu a abordagem territorial das equipes da ESF. Ocorre também, que a reforma não só ampliou o acesso da população ao atendimento médico como organizou a oferta de serviços de maneira a valorizar esse atendimento. Essa questão pode ter

contribuído para que a população passasse a exigir mais dos serviços de saúde. Essa possibilidade associada à dificuldade da rede de atenção à saúde do Rio de Janeiro de dar conta do volume da nova demanda produzida pelas CF culminam no aumento da frustração dos ACS em resolver as necessidades dos seus usuários.

“Frustrante. Eu não vejo o dia de me aposentar. Ou melhor, eu não tenho mais vontade de trabalhar. Porque é mais insatisfação do que satisfação. Mesmo quando era mais carente. O acesso era menor, a dificuldade de insumos, de material era maior. Nós éramos nós: eu e a comunidade éramos mais felizes. Eu tenho certeza disso.” ACS Antiga do Alemão

O trecho da entrevista destacado acima, mostra claramente o sofrimento em que a agente se encontra pela dificuldade de encontrar sentido no trabalho que está realizando atualmente. A busca do alcance de metas, a cobrança, o estresse, o sofrimento que o processo de trabalho atual tem causado, não é compensado pelo conforto das unidades, pelo acesso a facilitado aos insumos. As falas nos levam a pensar que a experiência de trabalhar com as privações estruturais que as unidades de saúde enfrentavam anteriormente, eram balanceadas pelo processo de trabalho mais leve, que permitia que os ACS identificassem o sentido no trabalho que faziam.

“Ai, eu agora estou meio confusa. Não sei. Às vezes me dá um sentimento de que eu não consigo fazer o meu trabalho direito. De incapacidade, às vezes, até. Quando eu consigo eu fico muito bem. Feliz, entendeu? Acho que é isso.” ACS Recente da Maré

Nessa fala podemos perceber um outro efeito produzido pelo modelo gerencialista, também discutido no capítulo II. A cobrança constante e crescente pelo melhor desempenho, a premiação dos melhores, a estigmatização dos que não se adaptam, dentre outras características do gerencialismo, fazem com que o trabalhador desenvolva um sentimento de auto responsabilidade pela falha. Eles se culpabilizam pelo resultado alcançado não corresponder às expectativa e não conseguem perceber a responsabilidade do sistema nessa lacuna de resultado. Eles se julgam incapazes, impotentes, incompetentes. Isso leva a um sofrimento que também pode produzir o adoecimento do trabalhador.

Outra pergunta importante feita na entrevista foi: Em sua opinião o que é um trabalho de qualidade do ACS? Essa pergunta teve entre as agentes antigas respostas convergentes. A visita domiciliar feita com tempo adequado, prestando atenção aos detalhes no domicílio e da família que possam influenciar na saúde, podendo ouvir os usuários com calma é o que as ACS mais associam a um trabalho com qualidade.

“O trabalho de qualidade na minha opinião, não é apenas o número de visitas que você faz. Mas é você estar ali junto. Acompanhando o paciente, orientando sobre a medicação. Às vezes eles tomam a medicação de forma errada. Ou passam na

consulta e não entendem nada do que o médico fala. Ou por falta de atenção ou por outra coisa. Aí ele vai para casa com aquela montoeira de remédios e quando você chega na visita ele te mostra aquilo tudo. Você explica, você perde um tempinho, mas você explica cada remédio para ele, olhando na receita. Aí ele vai saber como tomar. Se ele não souber você desenha o sol, desenha a lua, para ele saber se é para tomar pela manhã ou à noite. É satisfatório isso”. ACS Antiga do Alemão

Em acordo com o que foi apresentado anteriormente as visitas domiciliares que passaram a ser feitas com celeridade, após 2009, não correspondem a qualidade esperada pelos ACS, para seu próprio trabalho. O trabalho interno, realizado pelos agentes nas Clínicas da Família também sofreram críticas pelas entrevistadas. Em sua opinião, outros profissionais poderiam estar realizando aquelas atividades para que os agentes comunitários pudessem se dedicar a fazer as atribuições originais da sua profissão, junto ao território.

“E não era assim o nosso trabalho. A gente levava tudo lá para cima do morro, fazia um lanche e fazia as ações de educação, de promoção. E todo mundo vinha, porque você sabe que comida aproxima a comunidade. A gente sempre fazia aquele trabalho e a gente tinha o mínimo, quase que zero de vacinas atrasadas. E pode se fazer isso hoje? Não dá. A gente faz vacinação de massa na escola, mas nem todo mundo mora no morro. Acaba ficando muito abaixo da meta.” ACS Antiga do Alemão

A satisfação das agentes mais recentes também parece estar diretamente relacionada com a sensação de resolução das demandas de cada usuário.

“Um bom resultado é quando você consegue captar o paciente, traz ele para a consulta, faz tudo, e se vai fazer uma cirurgia ele vai e resolve a vida. Aí no retorno diz que deu tudo certo. Que foi operada, ou que o filho conseguiu a consulta. Ou agradece. Isso é o que a gente espera. Que os casos se resolvam.” ACS Recente

As ACS recentes parecem vivenciar um sentimento de impotência pela não resolução de algumas questões e essa é a principal razão da frustração.

“Como eu me sinto? É muito louco. Tem dia que quando você atende um paciente e consegue resolver o problema dele. Ajudar ele a resolver. Você sai daqui feliz da vida, né. Mas, infelizmente, nem todos os casos são assim. Aí acaba que a maioria você não consegue ajudar da forma que gostaria. Aí, querendo ou não acaba te frustrando um pouco.” ACS Recente

É perceptível que a qualidade do trabalho do ACS, para as agentes mais recentes, está, assim como a sua satisfação com o trabalho, relacionada com a possibilidade de resolver os problemas dos usuários. Para esse grupo, a qualidade se traduz em conseguir agendar as consultas dos usuários, entregar para esses usuários as marcações dos exames que eles esperavam.

“Você acompanha um paciente desde o início. Aí ele vem com você, passa no médico, faz um exame e descobre o que é. Aí encaminha pro SISREG. Aí você pensa assim: “Nossa, encaminhou. Menos um problema. Resolvido.” Aí, dois ou três dias depois o paciente volta. Porque foi atendido, o médico viu que estava faltando um exame. Aí mandou ele voltar, fazer o exame de novo, para só então colocar no SISREG de novo. Aí aquele problema acaba voltando para você novamente. Você acaba não finalizando.” ACS Recente

Isso difere da percepção das agentes mais antigas, para quem a qualidade do trabalho se relacionava com a forma como as atividades eram realizadas antes de 2009. De maneira mais longitudinal, com tempo para o trabalho no território e desenvolvimento das relações, ainda que, o acesso ao médico fosse difícil.

Pudemos perceber anteriormente, que as ACS recentes, de alguma forma, se apropriam dessa nova organização dos serviços, e sem maiores críticas chegam a pensar que não “tem como trabalhar” nos momentos em que não contam com um médico na equipe. Por não conseguirem sequer agendar consultas médicas para seus usuários acompanhados.

Ainda falando sobre o que é qualidade no trabalho das ACS, vimos que as agentes recentes atribuem valor à possibilidade de discutir os casos dos usuários acompanhados, com a enfermeira e o médico da equipe. Nos parece, entretanto, que a discussão de casos, não acontece de maneira a promover uma ação de educação permanente que permita a troca entre os agentes, e os demais membros da equipe, mas tem o objetivo apenas de dar direcionamento ao caso dos pacientes.

Há, também, um pesar na fala das agentes antigas ao abordarem a perda de qualidade, por elas avaliada.

“O trabalho de qualidade ficou para trás, mesmo sem todas as condições e os recursos que eu tenho hoje. O humano estava mais próximo do humano. O grupo estava mais próximo do grupo.” ACS Antiga do Alemão

As agentes antigas tem uma tendência de idealizar a forma como o trabalho era desenvolvido antes da reforma dos cuidados em Atenção Primária em Saúde. Elas afirmam que o trabalho de qualidade dos ACS era o modelo que se desenvolvia antes da reforma da APS carioca.

As falas, tanto das ACS antigas como a da Enfermeira entrevistada no capítulo anterior, mostram que as ações realizadas no território antes de 2009 tinham, no discurso, um esforço transformador de realidades, mas na prática sugerem a reprodução de modelos verticalizados de transmissão de informação da equipe para a população. A relação dos agentes com os usuários deveria ser capaz de promover discussões e reflexões sobre o seu modo de vida, e não somente submeter os usuários a orientações prescritivas de hábitos de vida relacionadas com determinadas doenças. Fato é que os ACS do Rio de Janeiro não receberam formação adequada para que pudessem desenvolver essas atividades a contento antes de 2009²¹. Dessa forma, nos questionamos se a comparação feita pelas agentes com

²¹ Pouquíssimos ACS conseguiram acessar as limitadas vagas do Curso Técnico em ACS oferecido pela Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio a partir de 2008.

relação ao antes e depois da RCAPS tem referências formativas adequadas para pensar o trabalho a partir de outros parâmetros, que não apenas os de suas práticas laborais.

Da mesma maneira que as agentes antigas, as ACS recentes percebem que o “real do trabalho” (trabalho com que elas se deparam no momento da realização), não se desenvolve da mesma forma como ele é orientado a ser (trabalho prescrito, o que está no CG ou nos documentos do MS). A fala da agente nos faz pensar que, em alguma medida, elas percebem que a realidade do trabalho como ACS é diferente daquela que elas foram orientadas a acreditar que seria. A partir dessa percepção, cabe a elas estarem sempre preparadas para entregar algo a mais no trabalho. Se adaptarem constantemente para contornar as dificuldades não previstas que elas enfrentam, e ainda assim, atender às expectativas da população e da gestão.

“Mas é um trabalho que se a gente for fazer seguindo os trâmites que a gente tem para fazer a gente não chega a um objetivo.” ACS Recente

Acreditamos que a qualidade dos cuidados em Atenção Primária em Saúde perpassa o desenvolvimento de uma relação equitativa de troca de saberes com a população, pelo reconhecimento e programação das características de cada território. Acreditamos que o desenvolvimento dessa APS demanda tempo e dedicação dos profissionais para a construção de vínculo. Não somos capazes de afirmar que antes da RCAPS essas relações foram criadas da maneira preconizada pelo o movimento sanitarista, pelos profissionais da Saúde da Família que trabalhavam no Rio de Janeiro. Mas tendemos a achar que o modelo implementado pela reforma a partir de 2009 conduz os processos de trabalho em saúde por uma dinâmica que não favorece o fortalecimento da relação comunitária. Os ACS são os profissionais com o maior potencial para a construção dessas relações com as famílias. Direcionar o trabalho dos agentes comunitários de maneira flexível e polivalente para a realização atividades internas das Clínicas da Família, configura-se em nossa opinião, como um mau emprego do potencial desses trabalhadores.

7 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para concluir esta dissertação, buscamos retomar os questionamentos que nos conduziram pelo desenvolvimento do estudo. Aqui pretendemos avaliar se os objetivos que traçamos conseguiram ser contemplados e apresentar nossas percepções ao final do estudo.

Inicialmente nos inquietava saber como as mudanças ocorridas na gestão do trabalho na APS carioca (2009 - 2016) afetaram o trabalho dos ACS e as práticas de saúde desenvolvidas na Atenção Primária do Rio de Janeiro. Além disso, nos interessava compreender de que forma os ACS percebem as mudanças introduzidas por essa gestão. Se os agentes que iniciaram o trabalho após 2009 tem a mesma percepção do trabalho que os ACS que já trabalhavam desde períodos anteriores.

Assim, como objetivo geral, nosso esforço foi no sentido de analisar as mudanças ocorridas no trabalho dos ACS a partir da Reforma dos Cuidados em Atenção Primária em Saúde do Município do Rio de Janeiro.

As pesquisas feitas para a composição dos capítulos de suporte teórico nos auxiliaram a ampliar nosso conhecimento a respeito de temáticas que observamos terem sido essenciais ao estudo. Pudemos definir qual conceito de Atenção Primária em Saúde que defendemos e compreender as inspirações, influências e disputas que estiveram envolvidas na construção do modelo de APS adotado no SUS (Capítulo I). Discutimos a temática da Nova Gestão Pública, seus desdobramentos para a organização dos Estados, para o mundo contemporâneo do trabalho e a forma como um de seus elementos, o gerencialismo, afeta os trabalhadores (Capítulo II).

No capítulo III conseguimos alcançar os objetivos específicos de caracterizar o cenário da APS do Rio de Janeiro antes de 2009 (com auxílio de um informante chave) e como ele passou a ser a partir da RCAPS. No capítulo IV analisamos e discutimos as entrevistas com as ACS (antigas e recentes) que nos auxiliaram na compreensão das mudanças que a reforma introduziu para o seu trabalho e como elas percebem o trabalho que era realizado antes e o que passaram a realizar.

Identificamos que de alguma maneira, APS antes de 2009 é apresentada de forma idealizada pelos profissionais consultados na pesquisa. Vimos que antes de 2009 a oferta de cuidados em APS era muito limitada na cidade do Rio de Janeiro. As poucas equipes de PACS e de ESF tinham que lidar com uma infraestrutura precária e muitas vezes improvisada das unidades de saúde. A grande dificuldade de acesso a assistência médica era uma realidade.

Não existia na época uma rede de suporte para que as equipes da Saúde da Família pudessem direcionar as demandas dos usuários de forma adequada. O sistema de regulação entre os demais níveis de atenção não acontecia formalmente e o usuário tinha que ir em busca da sua necessidade.

Identificamos que os vínculos de contratação estabelecidos com as ONGs e os profissionais da ESF eram bastante frágeis e que era difícil contratar médicos para as eSF.

Dessa maneira, as poucas equipes de Saúde da Família e de PACS tinham um enfoque no trabalho que era mais voltado para o território do que para a assistência em saúde. O tempo maior era dedicado às ações com vertente sanitárias, visitas domiciliares e ações educativas em saúde. Pudemos identificar nas falas da enfermeira e das ACS antigas que essas ações de educação tendiam a uma transmissão verticalizada de informações. E orientações comportamentais para que a população adotasse “hábitos saudáveis de vida”.

Apesar dessas dificuldades as ACS antigas mostraram que se sentiam muito mais satisfeitas e que atribuem, ao trabalho que realizavam antes de 2009, maior qualidade.

Conforme apresentado diversas vezes ao longo do trabalho, defendemos uma APS abrangente. Que não se limita a oferta de serviços de saúde mas que compõe junto de diversas outras políticas públicas uma força para combater as iniquidades sociais, abordando não apenas as pessoas adoecidas mas os determinantes sociais da saúde. Acreditamos que essa, APS não chegou a acontecer no Rio de Janeiro.

Ambas as regiões pesquisadas (Maré e Alemão) vivenciaram a mudança nas estruturas das unidades antigas para as Clínicas da Família o que trouxe maior conforto e melhor infraestrutura para a realização do trabalho. Identificamos que a Reforma dos Cuidados em Atenção Primária em Saúde ampliou o acesso das pessoas à ESF e melhorou o acesso dos usuários aos outros níveis de atenção da rede por meio do sistema de regulação.

Entretanto, mesmo tendo ampliado o acesso para a população, A RCAPS mudou o foco dos serviços para oferta de procedimentos assistenciais, consultas médicas, exames, destinando menor atenção para as ações realizadas no território e as ações intersetoriais. Ou seja, reduziu o enfoque da vertente comunitária da Estratégia da Saúde da Família.

Avaliamos que isso dialoga com lógica dos modelos de saúde centrados na assistência médica e que se aproximam do que chamamos de APS seletiva (focada em programas e sem preocupação com a relação entre os níveis secundários e terciários do sistema de saúde). Uma APS sem o compromisso com o conceito ampliado de saúde, e que

tampouco abarca o compromisso com a elevação dos níveis de saúde da população através da articulação com outros setores.

Queixa recorrente das ACS antigas foi de que por conta do excesso de tarefas que elas passaram a desempenhar no interior das Clínicas da Família, passaram a ter menos tempo para as ações no território. Suas visitas domiciliares passaram a ser realizadas de maneira mais apressada, e segundo elas com menor qualidade. As ACS recentes não se queixam da falta de tempo para realização de atividades externas e tendem a naturalizar as atribuições que são responsáveis no interior da unidade.

A RCAPS introduziu, uma série de elementos oriundos do ideário gerencialista no cotidiano laboral da ESF carioca. Sabemos, também, que isso é fruto de um fenômeno maior de adesão dos Estados do capitalismo periférico às recomendações da Nova Gestão Pública.

Apuramos que estas mudanças trazem muitos efeitos diretos para os trabalhadores ACS, que passaram a trabalhar sob constante cobranças e pressionados para o alcance de metas e indicadores. O que gera estresse, insatisfação e sofrimento. Tanto as ACS antigas quanto as recentes relataram que trabalham sob constante pressão e que isso lhes provoca muito desgaste. O trabalho da ESF passou a ser avaliado exclusivamente a partir dos resultados alcançados para os indicadores e metas estabelecidas no Contrato de Gestão.

Percebemos que ACS antigas sentem bastante os efeitos da RCAPS. Esses efeitos se manifestam pelo trabalho que passou a ser mais estressante, fortemente orientado para o alcance de indicadores e metas, com muita cobrança e ritmo acelerado. Elas avaliam que a cobrança pelo alcance de metas e indicadores mostram que os gestores dão menor valor à qualidade do serviço do que aos números. As ACS recentes, sentem a pressão e as cobranças, mas não possuem parâmetros que lhes permitam comparar o trabalho realizado com o que havia antes da reforma.

As agentes antigas que foram entrevistadas mostraram que essas mudanças foram vivenciadas com algum sentimento de tristeza, sofrimento ou sensação de impotência. Já as agentes recentes demonstram cansaço com relação ao trabalho que realizam.

As ACS recentes se queixam da dificuldade de conseguir agendar consultas com os médicos para seus usuários e da demora em que os procedimentos médicos regulados via SISREG costumam ser marcados. Isso nos faz pensar que as agentes novas se encontram mais bem adaptadas ao processo de trabalho (médico-centrado) e que em comparação às ACS antigas tenham um entendimento diferente do seu papel junto à comunidade.

Acreditamos que a relação dos agentes com as pessoas da comunidade deveria promover discussões e reflexões sobre o seu modo de vida, e não somente submeter os usuários a orientações prescritivas de hábitos de vida. Contudo, compreendemos que exigir isso dos agentes torna-se incoerente uma vez que os ACS (de maneira geral) tem muito pouco acesso a uma formação que lhes permita elaborar ferramentas para realizar suas atividades a contento. Julgamos que o curso técnico de ACS seria uma boa oportunidade para o desenvolvimento dos agentes comunitários. O curso poderia contribuir para que os ACS desenvolvessem uma estrutura mais crítica quanto ao seu próprio processo de trabalho, ter algum embasamento para compreender as mudanças que aconteceram na profissão e poderem se organizar melhor para se protegerem.

No nosso entendimento, as políticas públicas de saúde praticadas do Rio de Janeiro antes da RCAPS, e mesmo depois da reforma, não mostram um ímpeto de combater as desigualdades sociais. Acreditamos que discutir a importância da APS abrangente como caminho para a organização de políticas de saúde, de maneira transversal aos outros setores do Estado é tão atual quanto era na década de 1980.

Defendemos a importância de fortalecer localmente a possibilidade do trabalho junto ao território, a intersetorialidade e a relação entre os usuários e os profissionais. É de grande importância que existam provocações que evoquem a busca por novas possibilidades de se abordar os determinantes sociais da saúde.

E por fim esperamos que esta dissertação consiga estimular novos estudos e ampliar os debates a respeito dos novos modelos de gestão do trabalho, sua inserção no serviço público e principalmente seus efeitos sobre trabalhador brasileiro.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, M. C. P.; MISHIMA, S. M. O desafio do trabalho em equipe na saúde da família: construindo “novas autonomias” no trabalho. **Interface: Comunicação, Saúde e Educação**. Botucatu, v. 5, n. 9, p. 150-153, 2001. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/icse/v5n9/12.pdf>>. Acesso em: 05 fev. 2019.
- ANTUNES, R.; DRUCK, G. A epidemia da terceirização. In: ANTUNES, R. (Org.). **Riqueza e Miséria do Trabalho no Brasil III**. São Paulo: Boitempo Editorial, 2014. p. 13-24.
- BAHIA, L. Sistema Único de Saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Org.). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2 ed. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz / Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2008. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/Dicionario2.pdf>>. Acesso em: 18 ago. 2018.
- BAPTISTA, T. W. de F. As políticas de saúde no Brasil: da cidadania regulada ao direito universal e integral à saúde. In: KUSCHNIR, R.; FAUSTO, M. C. R. (Org.). **Gestão de Redes de Atenção à Saúde**. Rio de Janeiro: EAD/ ENSP, 2014. p. 19-58.
- BARDIN, L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70.
- BRASIL. Ministério da Saúde / Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. O HumanizaSUS na atenção básica**. Brasília, 2009. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humaniza_sus_atencao_basica.pdf>. Acesso em: 25 fev. 2019.
- _____. Ministério da Saúde / Secretaria de Atenção à Saúde / Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2012. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 03 out. 2017.
- _____. Ministério da Saúde / Secretaria de Atenção à Saúde / Departamento de Atenção Básica. **Estratégia Saúde da Família**. Brasília. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_esf.php>. Acesso em: 21 jan. 2018.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 de mar. de 2006. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/docs/legislacao/portaria_648_28_03_2006.pdf>. Acesso em: 04 nov. 2018.
- _____. Ministério da Saúde / Secretaria de Atenção à Saúde / Departamento de Atenção Básica. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool pcatool**. Brasília, 2010. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_avaliacao_pcatool_brasil.pdf>. Acesso em: 24 fev. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 22 de out. 2011. Disponível em: <[http://www.saude.mt.gov.br/upload/legislacao/2488-\[5046-041111-SES-MT\].pdf](http://www.saude.mt.gov.br/upload/legislacao/2488-[5046-041111-SES-MT].pdf)>. Acesso em: 04 nov. 2018.

_____. Lei nº 11350, de 05 de outubro de 2006. Regulamenta o § 5o do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2o da Emenda Constitucional no 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 06 de out. 2006. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11350.htm#art8>. Acesso em: 04 nov. 2018.

_____. Lei Complementar Nº 101, de 04 de maio de 2000. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 04 de mai. 2000. Disponível em: <<https://www12.senado.leg.br/orcamento/documentos/legislacao/lei-complementar-no-101/view>>. Acesso em: 03 ago. 2018.

_____. DATASUS. Ministério da Saúde (Org.). **CNES: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. 1999. Disponível em: <http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Profissional_com_CBO.asp>. Acesso em: 26 jan. 2018.

_____. 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). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 22 de Set. 2017. Disponível em: <<http://www.saude.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/04/Portaria-n%C2%BA-2436-2017-Minist%C3%A9rio-da-Sa%C3%BAde-Aprova-a-Pol%C3%ADtica-Nacional-de-Aten%C3%A7%C3%A3o-B%C3%A1sica..pdf>>. Acesso em: 25 set. 2018.

_____. Constituição (1988). Art. nº 196, de 05 de outubro de 1988. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 03 ago. 2017.

_____. Ministério da Saúde / Secretaria Executiva. **Programa agentes comunitários de saúde (PACS)**. Brasília, 2001. Disponível em: <<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacs01.pdf>>. Acesso em: 07 jan. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Estabelece diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 jun. 2013. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 04 nov. 2016.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Síntese das Informações, Rio de Janeiro**. Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais. IBGE, 2017. Disponível em:

<<https://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=330455&search=rio-de-janeiro|rio-de-janeiro|infograficos:-informacoes-completas>>. Acesso em: 24 jan. 2018.

CASTELO, V. 2018, Aprovação da PEC 22 e revogação aos vetos à Lei Ruth Brillhante, a união faz a força! **Confederação Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde** (CONACS), Goiânia, 8 Jan. 2018. Disponível em: <<http://conacs.org.br/2018-aprovacao-da-pec-22-e-revogacao-aos-vetos-a-lei-ruth-brilhante-a-uniao-faz-a-forca/>>. Acesso em: 22 jan. 2018.

_____. A Política Nacional da Atenção Básica – PNAB publicada em 22 de Setembro de 2017, não contempla usuários e trabalhadores do SUS. **Confederação Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde** (CONACS), Goiânia, 22 Out. 2017. Disponível em: <<http://conacs.org.br/a-politica-nacional-da-atencao-basica-pnab-publicada-em-22-de-setembro-de-2017-nao-contempla-usuarios-e-trabalhadores-do-sus>>. Acesso em: 24 jan. 2018.

CARNEIRO, C. C. G. **O trabalho do Agente Comunitário de Saúde e suas determinações: um estudo de caso do município do Rio de Janeiro**. 2013. 125 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2013.

CHANLAT, J-F. O gerencialismo e a ética do bem comum: a questão da motivação para o trabalho nos serviços públicos. In: VII Congresso Internacional de CLAD sobre a Reforma do Estado e da Administração Pública, 2002, Lisboa, Portugal. **Anais...** Lisboa, 2002. p. 1-9. Disponível em: <<http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/CLAD/clad0043316.pdf>>. Acesso em: 28 ago. 2017.

COSTA E SILVA, V.; ESCOVAL, A.; HORTALE, V. A. Contratualização na Atenção Primária à Saúde: a experiência de Portugal e Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 8, p. 3593-3604, Ago. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000803593&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 out. 2017.

DRUCK, G. A Terceirização na Saúde Pública: Formas Diversas De Precarização do Trabalho. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v.14, supl.1, p.15-43, Nov. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462016000400015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 set. 2017.

FONSECA, A. F.; MOROSINI, M. V. G. C.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção primária à saúde e o perfil social do trabalhador comunitário em perspectiva histórica. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 525-552, Dez. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462013000300005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 fev. 2019.

FONSECA, A. F. Astana reacende disputas sobre o significado da Atenção Primária à Saúde. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v.17, n.1, e0019823, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462019000100200&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 12 mar. 2019.

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

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. **Atenção Primária à Saúde: seletiva ou coordenadora dos cuidados?** Rio de Janeiro: CEBES, 2012. Disponível em: <<http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2015/02/9ATEN%C3%87%C3%83O-PRIM%C3%81RIA-%C3%80-SA%C3%9ADE.pdf>>. Acesso em: 18 ago. 2017.

GIL, C. R. R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, v.22, n.6, p.1171-1181, 2006.

GUIMARÃES, C. Temer veta quase todos os benefícios conquistados por ACS e ACE em projeto de lei. **Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio / FIOCRUZ**, Rio de Janeiro, 04 out. 2016. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/temer-veta-quase-todos-os-beneficios-conquistados-por-acs-e-ace-em-projeto-de>>. Acesso em: 23 ago. 2017.

LANCMAN, S.; et al. Agente comunitário de saúde: um trabalhador na “berlinda”. Estudo em psicodinâmica do trabalho. **Travaille**, v. 17, n. 1, 2007, p. 71-96.

LAURELL, A. C. (Org.) **Estado e políticas sociais no neoliberalismo**. Tradução por Rodrigo León Conterá. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2002.

LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 20, n.4, p. 867-874, Dez. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400005&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 11 fev. 2019.

LIMA, J. C. F. **Política de Saúde e Formação Profissional dos Trabalhadores Técnicos de Enfermagem**. 2010. 470 f. Tese (Doutorado em Políticas Públicas e Formação Humana). Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

MATHIAS, M. ACS: um trabalhador inventado pelo SUS; Profissional é fundamental para a Estratégia de Saúde da Família. **Revista Poli - saúde, educação e trabalho**, n.1, p.24-26, set./out. 2008.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 3 ed. São Paulo: Hucitec, 2002.

MATTA, G. C.; MOROSINI, M. V. G. Atenção Primária à Saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Org). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2 ed. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz / Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2008. Disponível em:<<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/Dicionario2.pdf>>. Acesso em: 18 ago. 2018.

MOROSINI, M. V. G. C; FONSECA, A. F. Texto Preparatório para o ABRASCÃO 2018 - **O trabalho dos Agentes Comunitários na Atenção Primária em Saúde: inventário de conquistas e desafios**. Disponível em: <<http://rededepesquisaaps.org.br/wp-content/uploads/2018/02/MorosiniFonseca-OtrabalhodoACS-2018-1.pdf>>. Acesso em: 01 out. 2018.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v.42, n.116, p.11-24, jan./mar. 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42n116/0103-1104-sdeb-42-116-0011.pdf>>. Acesso em: 25 fev. 2019.

NOGUEIRA, M. L. **O processo histórico da Confederação Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde: trabalho, educação e consciência política coletiva**. 2017. 544 f. Tese (Doutorado em Políticas Públicas e Formação Humana). Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

NOGUEIRA, R. P. O trabalho do agente comunitário de saúde: entre a dimensão técnica “universalista” e a dimensão social “comunitarista”. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**. Botucatu, v.6, n.10, p.91-93, 2002.

OLIVEIRA, M. A. de C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia de Saúde da Família. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v.66, n.spe, p.158-164, Set. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000700020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 out. 2017.

PAIM, J. S. Conjuntura da transição democrática: da criação do cebs à constituição. In: **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008, p.69-152.

PAULA, A. P. P. de. **Por uma nova gestão pública: limites e potencialidades da experiência contemporânea**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2005.

PINTO, G. A. **A organização do trabalho no século 20: taylorismo, fordismo e toyotismo**. 1.ed. São Paulo: Expressão Popular, 2007.

PIRES, S. de S. **A Política de Saúde em tempo de capital de fetiche: um estudo sobre a implantação das Clínicas da Família na cidade do Rio de Janeiro e a mudança no modelo de atenção primária no contexto de privatização da saúde**. 2014. 130 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

RIO DE JANEIRO (Município). Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil / Superintendência de Atenção Primária. **Guia de Referência Rápida. Carteira de Serviços: Relação de serviços prestados na Atenção Primária à Saúde**. Rio de Janeiro: SMSDC, 2011. Disponível em: <<http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/137240/DLFE-228987.pdf/1.0>>. Acesso em: 21 jan. 2018.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Saúde inicia 3º ciclo dos Seminários de Gestão - Accountability**. Rio de Janeiro: SMSDC, jul. 2015a. Disponível em: <<http://www.prefeitura.rio/web/sms/exibeconteudo?id=5460948>>. Acesso em: 26 jan. 2018.

_____. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil / Superintendência de Atenção Primária. **A Reforma da Atenção Primária no Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: SMSDC, 2012. Disponível em:

<[http://subpav.org/download/prot/A Reforma da APS no Rio de Janeiro 2009 2012.pdf](http://subpav.org/download/prot/A_Reforma_da_APS_no_Rio_de_Janeiro_2009_2012.pdf)>
 . Acesso em: 21 jan. 2018.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Contratos de Gestão e Convênios. Saúde da Família**. Rio de Janeiro: SMSDC, out. 2015b. Disponível em:
 <<http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/exibeconteudo?id=2247880>>. Acesso em: 26 jan. 2018.

_____. Secretaria Municipal de Saúde / Coordenação Geral da Atenção Primária em Saúde da Área Programática 3.1. **Relatório de Gestão 2016**. Rio de Janeiro: SMSDC, nov. 2016. Disponível em:
 <<http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/6594964/4177981/RGCAP3.1.pdf>>. Acesso em: 28 jan. 2018.

RIZZOTTO, M. L. F. O Banco Mundial e o sistema nacional de saúde no Brasil. In: Pereira, J. M. M.; Pronko, M. (Org.). **A demolição de direitos: um exame das políticas do Banco Mundial para a educação e a saúde (1980-2013)**. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2014.

SCHMIDEL, J.P.C. **Formação do Agente Comunitário de Saúde na reorganização da Atenção Primária com perspectiva de mudança do modelo de atenção**. 2009. 100 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão do Trabalho e Educação em Saúde). Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/ Fundação Oswaldo Cruz, 2009. Disponível em:
 <https://bvssp.icict.fiocruz.br/pdf/25664_schmideljpcm.pdf>. Acesso em: 25 fev. 2019.

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, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.21, n.5, p.1327-1338, Maio 2016. Disponível em:
 <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000501327&lng=en&nrm=iso&tlng=pt> Acesso em: 16 ago. 2017.

TEIXEIRA, C. F. S.; VILASBOAS, A. L. Q. Modelos de atenção à saúde no SUS: transformação, mudança ou conservação? In: 2º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão em Saúde. Universalidade, Igualdade e Integralidade da Saúde: um projeto possível. **Anais...** Belo Horizonte, 2013. p.1-26. Disponível em:
 <http://www.politicaemsaude.com.br/anais/orais_painel/034.pdf>. Acesso em: 26 fev. 2018.

VILAS, C. M. O Banco Mundial e a reforma do Estado na América Latina: fundamentos teóricos e prescrições políticas. In: Pereira, J. M. M.; Pronko, M. (Org.). **A demolição de direitos: um exame das políticas do Banco Mundial para a educação e a saúde (1980-2013)**. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2014.

VILLELA, F. Rio economiza R\$ 120 milhões com ampliação de clínicas da família - Empresa Brasil de Comunicações/Site. **Agência Brasil**, Rio de Janeiro, 02 nov. 2016. Disponível em:
 <<http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2016-11/rio-economiza-r-120-milhoes-anos-com-ampliacao-de-clinicas-da-familia>>. Acesso em: 24 fev. 2019.

APÊNDICES

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM INFORMANTE CHAVE

Bloco 1 - Caracterização do informante:

Qual era o seu cargo no Município do Rio de Janeiro em 2009? Fale um pouco da sua trajetória profissional no Município?

Obs.: todas as perguntas abaixo se referem ao período anterior a 2009 e tem o objetivo de contribuir para construção do cenário da Atenção Primária em Saúde - APS do Município do Rio de Janeiro anterior a 2009.

Bloco 2 - Cenário político:

- Como era a relação da prefeitura (Secretaria Municipal de Saúde - SMS) com o Governo Federal (Ministério da Saúde - MS)?
- Quais eram os ideais que influenciavam a APS?
- Como o cenário político influenciava na APS?

Bloco 3 - Cenário da gestão do trabalho em saúde na APS:

- De que maneira se dava o financiamento da APS no município do rio de janeiro nos anos anteriores a 2009? Como era a relação das unidades de saúde com a gestão municipal?
- Como eram celebrados os vínculos com os profissionais? (CLT/bolsa/estatutários) / Existia algum tipo de contratualização?
- Como era a estrutura das unidades da APS? / Existia diferença entre elas?
- De que maneira eram compostas as equipes de Saúde da Família/ equipes de atenção primária? / Como era o trabalho dessas equipes?
- Quem/como eram determinadas as prioridades assistenciais? Quais eram as prioridades? Quais eram e quem determinava as diretrizes para a APS? / O que era “produzir saúde”?

Bloco 4 - Cenário do processo de trabalho dos ACS:

- Quais eram as orientações da SMS para o trabalho dos ACS?
- Como era a coordenação local do processo de trabalho dos ACS?
- Quais eram as atribuições dos ACS?
- Quais fatores influenciavam o trabalho dos ACS?

APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

Idade: _____anos.

Sexo: ()masculino ()feminino

Formação:

Experiências anteriores: (alguma na área da saúde?)

Tempo de trabalho como ACS: _____anos.

1) Quando você começou a trabalhar como ACS?

a. Como era seu trabalho nesta época? (atribuições/ organização / relação com a comunidade / relação com a equipe / satisfação no trabalho/ cobrança /cuidado)

b. Você gostava do seu trabalho nessa época? O que você achava do trabalho que você desenvolvia? (gostava, relação com a comunidade, produção de saúde, sentido do trabalho, prazer, desprazer, cobranças, relação com os colegas)

c. O que você gostava? E o que não gostava?

2) Você percebeu alguma mudança no seu trabalho a partir da entrada da nova gestão na prefeitura em 2009?

3) O que é que mudou no seu trabalho com a entrada da nova gestão na prefeitura em 2009? (atribuições/ organização / relação com a comunidade / relação com a equipe / satisfação no trabalho / metas e indicadores)

a. Como é seu trabalho como ACS? (Pergunta para o ACS que iniciou o trabalho após 2009).

4) Como o seu trabalho afeta a sua vida? (Ser 24h ACS/ relação com a comunidade/ contato com o sofrimento/ cobrança)

a. Era diferente antes? (Pergunta para o ACS que iniciou o trabalho antes de 2009).

5) O que você considera um trabalho de qualidade do ACS? (Concepção de saúde/ concepção de trabalho do ACS). Mudou o que você considerava antes em relação à agora?

6) Tem alguma coisa que eu não perguntei que você gostaria de falar sobre o trabalho como ACS no Rio de Janeiro?

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a),

Eu me chamo **Guilherme Augusto Barcello Costa**, sou enfermeiro e aluno do Programa de Mestrado em Educação Profissional em Saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz.

Você está sendo convidado (a) a participar, como voluntário (a), do estudo intitulado **Efeitos da “Reforma dos Cuidados em Atenção Primária em Saúde” do Rio de Janeiro para o Trabalhador ACS: um recorte da Área de Planejamento 3.1**, conduzido por Guilherme Augusto Barcello Costa. Este estudo tem por objetivo **“Analisar as mudanças ocorridas no trabalho dos ACS a partir da chamada “Reforma dos Cuidados em Atenção Primária em Saúde” do Município do Rio de Janeiro.”**

Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa, desistência ou retirada de consentimento não acarretará prejuízo. Sua participação não será remunerada nem implicará em nenhum tipo de gastos. Os riscos envolvendo a sua participação são mínimos, qual seja o de que alguma fala em sua entrevista permita que outra pessoa o reconheça. Porém tomarei todas as precauções para que seu nome seja mantido em sigilo durante toda pesquisa, e para que nem mesmo sua fala permita te identificar. Sua participação neste estudo trará como benefício a produção de conhecimento que contribuirá para melhorar suas condições de trabalho e a Atenção Primária em Saúde como um todo.

Você foi selecionado (a) por ser um (a):

1. () Profissional de Saúde de nível superior que trabalhou na Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro no período de 2000 a 2009 e tenha desempenhado suas funções na gestão central ou em uma unidade de saúde da Atenção Primária em Saúde. Sua participação nesta pesquisa consistirá em conceder uma entrevista que será gravada, apenas em áudio, e depois será transcrita. Sua entrevista será realizada em local e horário acordado com você para que não atrapalhe sua rotina de trabalho. Será realizada em um local reservado para garantir a privacidade durante a entrevista. O conteúdo das entrevistas será a respeito da sua experiência de trabalho e as suas percepções sobre o cenário da Atenção Primária em Saúde do Município do Rio de Janeiro antes 2009 com o objetivo de auxiliar na caracterização do cenário da APS do Rio de Janeiro nesse período.

2. () Agente Comunitário(a) de Saúde (ACS), em exercício no Município do Rio de Janeiro e que atende a um dos dois critérios a seguir:

a. () Possui pelo menos 12 anos de experiência trabalhando como ACS.

b. () Ingressou na carreira de ACS a partir do ano de 2009 e tem pelo menos 03 anos de experiência trabalhando como ACS.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em conceder uma entrevista com duração aproximada 60 minutos, que será gravada, apenas em áudio, e depois será transcrita. Sua entrevista será realizada em local e horário acordado com você para que não atrapalhe sua rotina de trabalho. Será realizada em um local reservado para garantir a privacidade durante a entrevista. O conteúdo das entrevistas será a respeito da sua experiência de trabalho e as suas percepções sobre o dia a dia como ACS.

Rubrica da(o) Participante	
Rubrica do Pesquisador Responsável	

Os dados obtidos por meio desta pesquisa serão confidenciais e não serão divulgados em nível

individual, visando assegurar o sigilo de sua participação. Seu nome não será registrado, utilizaremos uma codificação para identificar as entrevistas. O pesquisador responsável se comprometeu a tornar públicos nos meios acadêmicos e científicos os resultados obtidos de forma consolidada sem qualquer identificação dos indivíduos participantes.

Caso você concorde em participar da pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma delas sua, e a outra, do pesquisador responsável.

Seguem os telefones e o endereço de e-mail do pesquisador responsável, para que você possa tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação nele, agora ou a qualquer momento.

<p>Contatos do pesquisador responsável: Nome: Guilherme Augusto Barcello Costa E-mail: guiabc@gmail.com Telefone: (21) 972797220</p>	<p>Endereço Institucional do pesquisador responsável: Rua Marquês de Pombal, 125 – Centro 6º andar. Tel.: 21 3207-5606</p>
--	---

Caso surja alguma dúvida quanto à ética do estudo, o (a) Sr.(a) deverá se reportar ao Comitê de Ética em Pesquisas envolvendo seres humanos – subordinado ao Conselho Nacional de Ética em Pesquisa, órgão do Ministério da Saúde, através de solicitação ao representante de pesquisa, que estará sob contato permanente, ou contatando os Comitês de Ética em Pesquisa das instituições relacionadas com este estudo.

- Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio:
Telefone (21) 3865-9705 / e-mail: cep@epsjv.fiocruz.br / Endereço: Av. Brasil, 4365 - Manguinhos, Rio de Janeiro - RJ, 21040-900
- Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (Instituição Coparticipante):
Telefone (21) 2215-1485 / e-mail: cepsms@rio.rj.gov.br / cepsms@yahoo.com.br / Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16 4º andar, Centro, Rio de Janeiro, 20031-040

É assegurado o completo sigilo de sua identidade quanto a sua participação neste estudo, incluindo a eventualidade da apresentação dos resultados deste estudo em congressos e periódicos científicos.

Diante do exposto nos parágrafos anteriores eu, _____ residente á

_____ concordo em participar do estudo intitulado **Efeitos da “Reforma da Atenção Primária em Saúde” do Rio de Janeiro para o Trabalhador ACS: um recorte da Área de Planejamento 3.1.**

Rubrica da(o) Participante	
Rubrica do Pesquisador Responsável	

Eu fui completamente orientado pelo Guilherme Augusto Barcello Costa, que está realizando o estudo, de acordo com sua natureza, propósito e duração. Eu pude questioná-lo sobre todos os aspectos do estudo. Além disso, ele me entregou uma via da folha de informações para os participantes, a qual li, compreendi e me deu plena liberdade para decidir acerca da minha espontânea participação nesta pesquisa.

Depois de tal consideração, concordo em cooperar com este estudo e estou ciente que sou

livre para sair do estudo a qualquer momento, se assim desejar.
Minha identidade jamais será publicada. Os dados colhidos poderão ser examinados por pessoas envolvidas no estudo com autorização delegada do investigador e por pessoas delegadas pelo patrocinador. Estou recebendo uma via assinada deste Termo.

Pesquisador Responsável:

Nome: _____

Data: _____

Assinatura: _____

Participante:

Nome: _____

Data: _____

Assinatura: _____

ANEXOS

ANEXO A - Parecer do CEP da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro

SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DO RIO DE JANEIRO -
SMS/RJ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Efeitos da Reforma da Atenção Primária em Saúde do Rio de Janeiro para o Trabalhador ACS.

Pesquisador: GUILHERME AUGUSTO BARCELLO COSTA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 92476218.1.3002.5279

Instituição Proponente: RIO DE JANEIRO SEC MUNICIPAL DE SAUDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.930.061

Apresentação do Projeto:

Apresentado no Parecer nº 2.893.739 do CEP/SMS/RJ.

Objetivo da Pesquisa:

Apresentado no Parecer nº 2.893.739 do CEP/SMS/RJ.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Apresentado no Parecer nº 2.893.739 do CEP/SMS/RJ.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Apresentado no Parecer nº 2.893.739 do CEP/SMS/RJ.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentado no Parecer nº 2.893.739 do CEP/SMS/RJ.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

- 1) PROJETO BÁSICO DE INTEIRO TEOR ou PROJETO NA ÍNTEGRA: reapresentou o documento (Projeto_atualizado_CEPSMS), postado na PB em 25/09/2018. Situação: SEM PENDÊNCIA.
- 2) TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO: reapresentou o documento (TCLE_atualizado_CEPSMS), postado na PB em 25/09/2018. Situação: SEM PENDÊNCIA.

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar

Bairro: Centro

CEP: 20.031-040

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2215-1485

E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DO RIO DE JANEIRO -
SMS/RJ



Continuação do Parecer: 2.930.061

3) CRONOGRAMA: reapresentou o documento (CRONOGRAMA_atualizado_CEPSMS), postado na PB em 25/09/2018. Situação: SEM PENDÊNCIA.

Considerações Finais a critério do CEP:

- 1.Modificações do projeto original: Caso ocorra modificações do projeto original o pesquisador principal deverá apresentar juntamente com as justificativas uma emenda ao Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (CEP/SMS-RJ) para uma reanálise do projeto. Assim como, caso ocorra extensão (proposta de prorrogação ou continuidade) da pesquisa deverá também ser apresentado ao CEP/SMS-RJ para uma reanálise do projeto.
- 2.Suspensão da pesquisa: caso ocorra a suspensão de pesquisa os motivos deverão ser explicitados e comunicados ao CEP/SMS-RJ.
- 3.Relatório Final: No encerramento da pesquisa, o pesquisador principal deverá elaborar e apresentar o relatório final ao CEP/SMS-RJ a contar da data de sua aprovação (item XI.2.d. da Resolução CNS/MS Nº 466 de 12 de dezembro de 2012).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1205988.pdf	25/09/2018 22:03:34		Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_atualizado_CEPSMS.pdf	25/09/2018 22:02:02	GUILHERME AUGUSTO BARCELLO COSTA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_atualizado_CEPSMS.pdf	25/09/2018 22:01:48	GUILHERME AUGUSTO BARCELLO COSTA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_atualizado_CEPSMS.pdf	25/09/2018 22:01:34	GUILHERME AUGUSTO BARCELLO COSTA	Aceito
Outros	emenda.docx	21/08/2018 14:51:30	GUILHERME AUGUSTO BARCELLO COSTA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tle.pdf	03/08/2018 13:44:33	Marcio Sacramento de Oliveira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	Projeto_versao_pos_adequacao.pdf	24/07/2018 16:44:05	GUILHERME AUGUSTO	Aceito

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar
 Bairro: Centro CEP: 20.031-040
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)2215-1485 E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DO RIO DE JANEIRO -
SMS/RJ



Continuação do Parecer: 2.530.061

Investigador	Projeto_versao_pos_adequacao.pdf	24/07/2018 16:44:05	BARCELLO COSTA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle_novo.pdf	24/07/2018 16:41:30	GUILHERME AUGUSTO BARCELLO COSTA	Aceito
Outros	qualificacao.PDF	28/06/2018 09:01:48	GUILHERME AUGUSTO BARCELLO COSTA	Aceito
Outros	DECLARACAONEGATIVADECUSTOS.pdf	25/06/2018 09:03:55	GUILHERME AUGUSTO BARCELLO COSTA	Aceito
Outros	cartaapresentacaomlopes.pdf	25/06/2018 09:03:12	GUILHERME AUGUSTO BARCELLO COSTA	Aceito
Outros	ROTEIRODEENTREVISTASCOMINFORMANTES.pdf	25/06/2018 09:02:56	GUILHERME AUGUSTO BARCELLO COSTA	Aceito
Outros	ROTEIRODEENTREVISTASCOMACS.pdf	25/06/2018 09:02:42	GUILHERME AUGUSTO BARCELLO COSTA	Aceito
Outros	cartaanuenciasuperintendencia.pdf	25/06/2018 09:01:14	GUILHERME AUGUSTO BARCELLO COSTA	Aceito
Outros	Curriculo_Guilherme.pdf	25/06/2018 09:00:44	GUILHERME AUGUSTO BARCELLO COSTA	Aceito
Outros	CARTACFKOR.jpg	25/06/2018 09:00:25	GUILHERME AUGUSTO BARCELLO COSTA	Aceito
Outros	CARTACFAB.pdf	25/06/2018 08:58:32	GUILHERME AUGUSTO BARCELLO COSTA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar

Bairro: Centro

CEP: 20.031-040

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2215-1485

E-mail: cepems@rio.rj.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DO RIO DE JANEIRO -
SMS/RJ



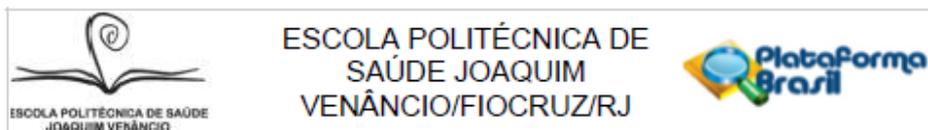
Continuação do Parecer: 2.930.061

RIO DE JANEIRO, 01 de Outubro de 2018

Assinado por:
Salesia Felipe de Oliveira
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar
Bairro: Centro **CEP:** 20.031-040
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2215-1485 **E-mail:** cepsms@rio.rj.gov.br

ANEXO B - Parecer do CEP da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Efeitos da Reforma da Atenção Primária em Saúde do Rio de Janeiro para o Trabalhador ACS.

Pesquisador: GUILHERME AUGUSTO BARCELLO COSTA

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 92476218.1.0000.5241

Instituição Proponente: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/FIOCRUZ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.835.926

Apresentação do Projeto:

Trata-se de emenda para corrigir o CNPJ da instituição coparticipante. Este projeto de pesquisa faz parte da dissertação do mestrado profissional da EPSJV e pretende analisar as mudanças ocorridas no trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) a partir da chamada "Reforma da Atenção Primária em Saúde" do Município do Rio de Janeiro. A investigação se dará apenas com profissionais de duas Unidades da Família da 3.1.

Objetivo da Pesquisa:

Segundo o pesquisador o objetivo primário é "Analisar as mudanças ocorridas no trabalho dos ACS a partir da chamada "Reforma da Atenção Primária em Saúde" do Município do Rio de Janeiro."

Em relação aos secundários:

- 1 - Caracterizar o cenário da APS do Rio de Janeiro nos anos que precederam a introdução do gerencialismo;
- 2 - Identificar as mudanças no trabalho desenvolvido pelos ACS a partir da "Reforma da Atenção Primária em Saúde";
- 3 - Problematizar o processo de trabalho do ACS induzido pela introdução do gerencialismo na Atenção Básica;
- 4 - Conhecer as percepções dos ACS a respeito das mudanças ocorridas a partir da "Reforma da Atenção Primária em Saúde";

Endereço: Avenida Brasil, 4365
 Bairro: Manguinhos CEP: 21.040-900
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)3865-9710 Fax: (21)3865-9729 E-mail: cep@epsjv.fiocruz.br



Continuação do Parecer: 2.835.926

5 - Analisar a diferença de percepção sobre o trabalho na APS entre os ACS que iniciaram suas atividades antes da "Reforma da Atenção Primária em Saúde" e dos que iniciaram depois dela".

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O pesquisador informa sobre riscos mínimos. Como benefícios há a possibilidade de o estudo contribuir para as discussões a respeito das condições de trabalho em saúde pública e em especial do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde. Sendo os riscos mínimos, consideramos que os benefícios justificam a realização deste estudo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa importante que se propõe a analisar o período de expansão da cobertura da AB no município do RJ entre os anos de 2009 e 2016, considerando a mudança na forma de gestão e como essa mudança afetou (ou não) os agentes comunitários em saúde. O autor explica que serão realizadas 6 entrevistas com ACS e com dois informantes-chaves e que esses informantes deverão ser profissionais de saúde que no período de 2000 até 2009 tenham trabalhado na Atenção Primária em Saúde do Rio de Janeiro (um que tenha trabalhado na gestão da saúde e um que tenha trabalhado numa equipe de saúde).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados: formulário de Informações básicas e documento nomeado "emenda.docx".

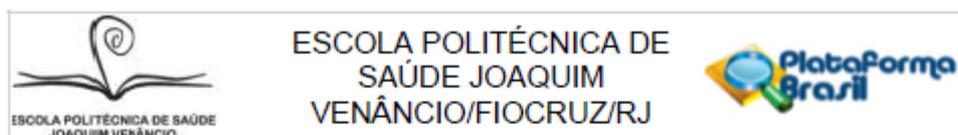
Recomendações:

- Ajustar o cronograma para a etapa realização das entrevistas, visto que o protocolo necessitará passar pela análise do CEP da SMS Rio de Janeiro;
- Não iniciar as entrevistas antes da aprovação do CEP da SMS Rio de Janeiro;
- Enviar relatório ao término do estudo;
- Informar ao CEP, caso necessite fazer modificações relevantes nos objetivos ou metodologia previstos;
- Notificar o CEP caso ocorra alguma situação adversa;
- Manter sob sua guarda por pelo menos 5 anos as vias do TCLE ou do Registro de Consentimento, bem como os dados coletados na pesquisa;
- Informar o número CAAE do projeto nos produtos da pesquisa (relatórios, artigos, monografia, dissertação, tese).

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pela análise procedida, este Comitê (registrado junto à CONEP – Cf. Ofício n. 2254/Carta n. 0078 –

Endereço: Avenida Brasil, 4365
 Bairro: Mangunhos CEP: 21.040-900
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)3865-9710 Fax: (21)3865-9729 E-mail: cep@epsjv.fiocruz.br



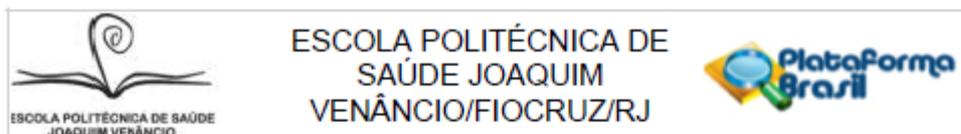
Continuação do Parecer: 2.835.926

CONEP/CNS/MS, de 12 de agosto de 2010) considera o presente protocolo APROVADO.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1205418_E1.pdf	21/08/2018 14:52:52		Aceito
Outros	emenda.docx	21/08/2018 14:51:30	GUILHERME AUGUSTO BARCELLO COSTA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.pdf	03/08/2018 13:44:33	Marcio Sacramento de Oliveira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_versao_pos_adequacao.pdf	24/07/2018 16:44:05	GUILHERME AUGUSTO BARCELLO COSTA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle_novo.pdf	24/07/2018 16:41:30	GUILHERME AUGUSTO BARCELLO COSTA	Aceito
Outros	qualificacao.PDF	28/06/2018 09:01:48	GUILHERME AUGUSTO BARCELLO COSTA	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	27/06/2018 09:01:59	GUILHERME AUGUSTO BARCELLO COSTA	Aceito
Outros	DECLARACAO NEGATIVA DE CUSTOS.pdf	25/06/2018 09:03:55	GUILHERME AUGUSTO BARCELLO COSTA	Aceito
Outros	cartaapresentacaomlopes.pdf	25/06/2018 09:03:12	GUILHERME AUGUSTO BARCELLO COSTA	Aceito
Outros	ROTEIRO DE ENTREVISTAS COM INFORMANTES.pdf	25/06/2018 09:02:56	GUILHERME AUGUSTO BARCELLO COSTA	Aceito
Outros	ROTEIRO DE ENTREVISTAS COM ACS.pdf	25/06/2018 09:02:42	GUILHERME AUGUSTO BARCELLO COSTA	Aceito
Outros	cartaanuenciasuperintendencia.pdf	25/06/2018 09:01:14	GUILHERME AUGUSTO BARCELLO COSTA	Aceito
Outros	Curriculo_Guilherme.pdf	25/06/2018 09:00:44	GUILHERME AUGUSTO BARCELLO COSTA	Aceito

Endereço: Avenida Brasil, 4365
 Bairro: Manguinhos CEP: 21.040-900
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)3865-9710 Fax: (21)3865-9729 E-mail: cep@epsjv.fiocruz.br



Continuação do Parecer: 2.835.926

Outros	CARTACFKOR.jpg	25/06/2018 09:00:25	GUILHERME AUGUSTO BARCELLO COSTA	Aceito
Outros	CARTACFAB.pdf	25/06/2018 08:56:32	GUILHERME AUGUSTO BARCELLO COSTA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	25/06/2018 08:51:58	GUILHERME AUGUSTO BARCELLO COSTA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 22 de Agosto de 2018

Assinado por:
Marcio Sacramento de Oliveira
(Coordenador)

Endereço: Avenida Brasil, 4365
 Bairro: Manguinhos CEP: 21.040-900
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)3865-9710 Fax: (21)3865-9729 E-mail: cep@epsjv.fiocruz.br