

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, FIOCRUZ
ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM
SAÚDE

Michelle Savignon de Nadai

TERRITÓRIO DE SAÚDE E POLÍTICAS PÚBLICAS:
da Reforma à Reorganização da Atenção Primária à Saúde no Município do
Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2020

Michelle Savignon de Nadai

TERRITÓRIO DE SAÚDE E POLÍTICAS PÚBLICAS:
da Reforma à Reorganização da Atenção Primária à Saúde no Município do
Rio de Janeiro

Dissertação de Mestrado Profissional
em Trabalho e Educação em Saúde

Orientador: Raphael Mendonça Guimarães

Rio de Janeiro

2020

Catálogo na Fonte

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Biblioteca Emília Bustamante

Marluce Antelo CRB-7 5234

Renata Azeredo CRB-7 5207

N126t Nadai, Michelle Savignon de
 Território de saúde e políticas públicas: da
 reforma à reorganização da atenção primária à
 saúde no município do Rio de Janeiro / Michelle
 Savignon de Nadai. - Rio de Janeiro, 2020.
 80 f.

 Orientadora: Raphael Mendonça Guimarães

 Dissertação (Mestrado) - Fundação Oswaldo
 Cruz, Escola Politécnica de Saúde Joaquim
 Venâncio, Programa de Pós-graduação em Educação
 Profissional em Saúde, 2020.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Política de Saúde.
3. Saúde Pública. 4. Gestão em Saúde. 5. Política
Pública. I. Guimarães, Raphael Mendonça.
II. Título.

CDD 362.1

Michelle Savignon de Nadai

TERRITÓRIO DE SAÚDE E POLÍTICAS PÚBLICAS:
da Reforma à Reorganização da Atenção Primária à Saúde no Município do
Rio de Janeiro

Dissertação de Mestrado Profissional
em Trabalho e Educação em Saúde

Aprovada em 16/04/2020

BANCA EXAMINADORA

Profa. Ana Cristina Gonçalves Vaz dos Reis (FIOCRUZ/EPSJV)

Profa. Viviane Gomes Parreira Dutra (Secretaria Municipal de Saúde/RJ)

Pro. Raphael Mendonça Guimarães

AGRADECIMENTOS

O tempo passou e se encarregou de transformar aquele lugar que seria apenas de especialização, em um dos mais gratificantes aprendizados. Por este motivo, começo agradecendo à Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, que se tornara um ponto de transformação fundamental na minha jornada. Após mergulhar em uma variedade de sentimentos e experiências, foi o mestrado que me ensinou o verdadeiro significado do trabalho e da vida.

À amiga Darleia, que talvez não saiba, mas me apresentou a melhor escola em que já estudei. Agradeço à ela com todo carinho.

A caminhada no processo seletivo ganhou dois reforços essenciais: o incentivo da querida professora Dr Maria Tereza, que com seu jeitinho acolhedor e paciente me ajudou a desenvolver o projeto de pesquisa inicial; e, a companhia prazeroso da amiga Veronica Bush que com sua calma e fé, me fazia descontraír nos momentos mais tensos. Veronica Bush, obrigada por trilhar comigo nesta primeira etapa e nas seguintes, tornando mais leve a caminhada. Afinal, nós duas sabemos que estudar para a prova do mestrado não foi fácil, não pelo conteúdo em si, mas porque estávamos iniciando um período nebuloso na APS carioca e acreditávamos que viver a experiência da temida especialização *stricto sensu*, amenizaria a dor de ver as tentativas de desmonte da APS. Muito obrigada por me acompanhar nesta caminhada!

Ao decidir fazer o mestrado, tive grandes incentivadores, em especial minha família. Aos meus pais, Marco e Vera, que juntos com minha irmã Giselle, sempre foram presentes, me amparando nos momentos difíceis e dando o suporte necessário, e o além do necessário, para seguir. Essa conquista só foi possível com o apoio de vocês. Afinal, Cadu tinha apenas 1 aninho quando decidi fazer o mestrado, o sentimento de culpa pelos momentos de ausência, tornava pesada a decisão de continuar ou não estudando. Mãe, não consigo achar as palavras para lhe agradecer, você é a pessoa que está sempre me dizendo “vai, eu cuido de tudo por aqui, pode ir tranquila! Ou, “pode ficar estudando, está tudo sob controle!” Te amo imensamente... Gratidão por tudo!

Ao meu filho Cadu, agradeço pela sua alegria contagiante e por ser a mais linda razão de tudo, a minha maior motivação e inspiração.

Por falar em inspiração, minha vida profissional iniciou pela admiração à minha tia Fátima Virgínia, que com sua delicadeza e sabedoria, sai pelo Brasil distribuindo conhecimento, transmitindo paz e fortalecendo o SUS. Tia, muito obrigada pelo apoio e carinho.

E, quem diria, após 14 anos voltar a estudar na companhia do colega Raphael Mendonça Guimarães, agora orientador. Lembro-me o primeiro dia que sentamos para iniciar o projeto de pesquisa e suas palavras foram: “a pesquisa deve ser algo que te traga prazer.” Bem, confesso que não foi tão prazeroso escrever sobre o desmonte da ESF na cidade. Mas, foi muito agradável dividir este momento com você, ouvir suas considerações e poder contar com seu apoio quando mais precisei. Agradeço cada palavra, cada escuta, cada aprendizado... e, principalmente, pela gentileza no direcionamento desta caminhada. Vivemos muitas coisas em dois anos, e hoje concretizo um sonho. Muito obrigada!

Às minhas amigas Clara, Érika e Jaqueline, obrigada por estarem ao meu lado, pela compreensão nos momentos de ausência e pelo incentivo (“Então estuda Mi!”).

Ao meu amigo André Paes, amigo inseparável na busca de um SUS cada vez melhor, sempre preocupado e atencioso. Obrigada pelas contribuições e por acreditar em mim quando eu titubeava. Obrigada pelas conversas que me auxiliaram e motivaram para essa conquista. Ficará para sempre em minha memória o “Naaaaooo Nadai, não desiste!”.

Aos trabalhadores da APS que compõem as equipes de ESF carioca, vocês são grandes guerreiros, com quem aprendi muito. Obrigada pela companhia, contribuições e compreensão.

A história é o registro dos crimes e loucuras da humanidade... Sabemos que, o futuro não pode ser continuação do passado, e há sinais de que chegamos a um ponto de crise histórica. As forças geradas pela economia são suficientemente grandes para destruir o meio ambiente... e a própria estrutura das sociedades humanas. Nosso mundo corre o risco de explosão e implosão. Tem que mudar. Não sabemos para onde estamos indo. Só sabemos que a história nos trouxe até este ponto e por quê. (Hobsbawm, 2008).

RESUMO

Este estudo se propôs a compreender os reflexos das mudanças ocorridas nos últimos 10 anos na organização da atenção primária à saúde no município do Rio de Janeiro. Para isto, realizou-se uma pesquisa de caráter qualitativo do tipo documental, analisando-se as repercussões da reestruturação produtiva do trabalho em saúde sobre as dimensões do acesso e da qualidade da assistência à saúde dos cariocas. E, a partir desta, refletiu-se sobre a construção de direito e saúde, no cenário atual de crise econômica e desmonte da Estratégia de Saúde da Família na cidade do Rio de Janeiro. Todas essas buscas consideraram os anos de 2009 a 2019, destacando-se os períodos da “Reforma” e da “Reorganização” dos serviços de atenção primária à saúde na cidade. Atentando-se para esta análise histórica, foi possível observar que apesar da sapiência que a intensa desigualdade estrutural da cidade provoca condições de acesso desigual à educação, saúde e trabalho, percebe-se que as determinações sociais são veladas e/ou desprezadas ao longo dos anos estudados. O que pode ter gerado o revés da Estratégia de Saúde da Família na cidade. Importante destacar que a teoria do capital humano exerce, historicamente, influência negativa sobre as políticas de saúde públicas e normativas da Atenção Primária à Saúde carioca, cuja “eficiência” é sinônimo de maior exploração do trabalhador e destituição de direitos. Essa condição velada pela teoria do capital humano e reestruturação produtiva, atribui ao profissional de saúde a responsabilidade pela desassistência da população. Conclui-se que, há associação entre as recomendações do relatório de Banco Mundial, as brechas presentes na Política Nacional de Atenção Básica (2017) e nas normativas implementadas dos últimos dez anos no Município. Que, somadas à EC95, reforçam o ideário neoliberal de um Estado cada vez mais ausente e retiram a credibilidade da Estratégia de Saúde da Família pela população. Desta forma, ocorre o enfraquecimento da luta da classe trabalhadora (precarização do trabalho) e aos direitos constitucionais (de acesso público e gratuito à saúde), com insatisfação e sofrimento dos profissionais e dos usuários. Além disto, observou-se que as transformações na gestão e na organização do trabalho na atenção primária nos últimos 10 anos não consideraram as determinações sociais e as dimensões do estado de saúde dos cariocas (uso da equidade), como critério operacional para alocação de serviços de Atenção Primária à Saúde no município do Rio de Janeiro. Percebe-se no período da “Reforma” avanços quanto ao fortalecimento da Atenção Primária à Saúde no modelo de atenção à saúde dos cariocas. Porém, identifica-se uma fragilidades na gestão dos recursos. Já a atual normativa de “Reorganização” dos serviços de atenção primária à saúde, nota-se grande intenção de retrocesso, pois deixou a população carioca desassistida, e o excesso de cadastro populacional por equipe gerou efeitos negativos para os profissionais de saúde e para os usuários do SUS, pois intensificou as iniquidades e há ameaça ao direito à saúde de forma integral e universal. Entendendo que estes resultados perpassam por questões relacionadas não apenas a saúde, ainda sim a prática desperta a necessidade de pensar um novo olhar para a garantia do acesso à saúde com qualidade, com a ampliação do conceito de acesso, qualidade e processo de trabalho das equipes.

Palavras-Chave: Gestão em Saúde. Atenção Primária à Saúde. Políticas Públicas de Saúde.

ABSTRACT

This research has the purpose of understanding the reflexes of all changes that have occurred for the past 10 years in the organization focused on the primary health care in the city of Rio de Janeiro. For this, a document type research from the qualitative nature was conducted, analyzing the repercussions and productive restructuring of the work in the health department about the extent of access and quality of health assistance to people who were born in this town. And, from this day on, more attention was given to the construction of people's rights and health care, in the current economic crisis and the dismantle of Family Health Strategy in the city of Rio de Janeiro. The years of 2009 until 2019 were considered in all these searches, highlighting the periods of "Reform" and "Reorganization" to the primary health attention services in the city. Paying attention to this historic analysis, it was possible to observe that, despite of the knowlegment that the high structural imbalance of the city causes uneven access to education, health and employment, it is noticeable that the social determinants are disguised and/or scorned throughout the studied years. Which may have caused the Family Health Strategy setback in the city. It's important to point out that the human capital theory, historically, has a negative influence effect on the public and normative health policy of the Primary Attention to Carioca Health Care, which "eficiency" is the same as high exploration of the employee and the dismissal of their rights. This hidden condition of the human capital theory and the productive restructuring gives the health professional the responsibility for the lack of assistance towards the population. In conclusion, there is a connection between the recommendations from the World Bank report, the gaps in the National Policy of Primary Care (2017) and the prescriptive implemented in the past ten years in the City. That, added to EC95, reinforce the neoliberal ideology of a State even more absent and divest the credibility of the Family Health Strategy of the population. Consequently, the weakening of the working class struggle (job insecurity) and the constitutional principles (free access to health care), added to the distress and dissatisfaction of the professionals and service users. Also, it was observed that the changes in management and work organization in the primary attention for the past ten years didn't consider the social determinations and the aspects of people's health situation (equity) as operational criterion to the allocation of the Primary Health Care Attention in the city of Rio de Janeiro. It is noticeable in the period of "Reform" improvements regarding to the strenghtening of the Primary Health Care Attention towards the population health situation. However, there are weaknesses in resources management. Yet, in the current regulation of the Primary Health Care "reorganization", it is observed a high setback intention, since it left carioca population unassisted, and the overflow of people registration per team has caused negative effects to the professionals and to SUS users, for it intensified the iniquity and the threats to health care entitlement in its full and universal way. Being attentive to the fact that these results go through issues related not just to health care, the experience awaken the need to a new approach to guarantee the access to health care and its quality, extending the concept for access, quality and the process of team work.

Keywords: Health Care Management, Primary Health Care Attention. Public Health Care Policy.

LISTA DE QUADROS

| | |
|--|----|
| Quadro 1 - Linhas estratégicas da RCAPS, MRJ, 2009 a 2015 | 44 |
| Quadro 2 - Distribuição da unidades de Atenção Primária à cidade e cobertura populacional pelas Equipes de Saúde da Família, por AP, MRJ, 2018 | 50 |
| Quadro 3 - Blocos de ações a serem monitoradas, MRJ, 2018 | 55 |
| Quadro 4 - Blocos de ações a serem monitoradas, Plano de RSAPS, MRJ, 2018 | 57 |
| Quadro 5 - Grupos de serviços, por tipologia, MRJ, 2018 | 58 |
| Quadro 6 - Lista dos Indicadores de processo da ESF, MRJ, 2018 | 59 |

LISTA DE GRÁFICOS

| | |
|---|----|
| Gráfico 1 - Número de equipes de ESF completas, MRJ, 2009 a 2020 | 34 |
| Gráfico 2 - Quantidade de procedimentos apresentados, por categoria profissional das eSF, MRJ, 2016 a 2019 | 36 |
| Gráfico 3 - Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária, MRJ, 2009 a 2019 | 42 |
| Gráfico 4 - Índice de Desenvolvimento Social (IDS), segundo as Áreas de Planejamento, Município do Rio de Janeiro, 2010 | 47 |
| Gráfico 5 - Índice de Desenvolvimento Social (IDS), segundo os Bairros, por AP, MRJ, 2010 | 48 |
| Gráfico 6 - Índice de Desenvolvimento Social (IDS), segundo Favelas, por AP, MRJ, 2010 | 49 |
| Gráfico 7 - Número de equipes de saúde da família completas, por área de planejamento, MRJ, 2017 e 2020 | 56 |

LISTA DE TABELAS

| | |
|---|----|
| Tabela 1 - Óbitos por sífilis congênita em menores de um ano e coeficiente bruto de mortalidade (por 100.000 nascidos vivos) segundo ano do óbito. Brasil, MRJ, 2009-2018 | 42 |
|---|----|

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|---------------------|---|
| AP | Área Programática |
| APS | Atenção Primária à Saúde |
| ACS | Agente Comunitário de Saúde |
| CF88 | Constituição Federal de 1988 |
| CNES | Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde |
| CNS | Cartão Nacional do SUS |
| CRCQ | Certificado do Reconhecimento do Cuidado com Qualidade |
| DAB | Departamento de Atenção Básica |
| DATASUS | Departamento de informática do Sistema Único de Saúde do Brasil |
| DOU | Diário Oficial da União |
| eCR | Equipe de Consultório na Rua |
| eGESTOR | Espaço para informação e acesso aos sistemas da Atenção Básica |
| eSB | Equipe de Saúde Bucal |
| ESF | Estratégia de Saúde da Família |
| EC95 | Emenda Constitucional nº 95 |
| eSF | Equipe de Saúde da Família |
| EUA | Estados Unidos da América |
| FMI | Fundo Monetário Internacional |
| IAPS | Institutos de aposentadoria e pensão |
| IAPAS | Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| IDS | Índice de Desenvolvimento Social |
| INAMPS | Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social |
| INPS | Instituto Nacional de Previdência Social |
| IPP | Instituto Municipal de Urbanismo Pereira Passos |
| MS | Ministério da Saúde |
| NOAS 01/2002 | Norma Operacional da Assistência à Saúde de 2002 |
| NOB/96 | Norma Operacional Básica de 1996 |

| | |
|---------------|---|
| OCDE | Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico |
| ONGs | Organizações Não Governamentais |
| OSS | Organizações Sociais de Saúde |
| PACS | Programa Agentes Comunitários de Saúde |
| PAB | Piso da Atenção Básica |
| PBF | Programa Bolsa Família |
| PMAQ | Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica |
| PNAB | Política Nacional de Atenção Básica |
| PSF | Programa Saúde da Família |
| PROESF | Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família |
| RCAPS | Reforma dos Cuidados na Atenção Primária à Saúde |
| RSAPS | Reorganização dos Serviços de Atenção Primária à Saúde |
| RJ | Rio de Janeiro |
| SAS | Secretaria de Atenção à Saúde |
| SAMU | Serviço de Atendimento Móvel de Urgência |
| SESP | Serviço Especial de Saúde Pública |
| SIAB | Sistema de Informação da Atenção Básica |
| SINPAS | Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social |
| SISREG | Sistema Nacional de Regulação |
| SMS | Secretaria Municipal de Saúde |
| SUBPAV | Subsecretaria de Promoção da Saúde Atenção Primária e Vigilância de Saúde |
| SP | São Paulo |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| TICs | Gestão das Tecnologias de Informação e Comunicação em Saúde |
| UPA | Unidades de Pronto-Atendimento |

SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| INTRODUÇÃO | 12 |
| JUSTIFICATIVA | 18 |
| OBJETIVOS | 20 |
| Objetivo Geral | 20 |
| Objetivos Específicos | 20 |
| CAPÍTULO 1 - SAÚDE PÚBLICA, ATENÇÃO PRIMÁRIA E CAPITAL HUMANO NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO | 22 |
| 1.1. HISTORICIDADE DAS POLÍTICAS DE SAÚDE PÚBLICA | 22 |
| 1.1.1. Breve apanhado histórico da Medicina Social | 22 |
| 1.1.2. Um pouco da história das políticas de saúde no Brasil | 23 |
| 1.2. A TEORIA DO CAPITAL HUMANO | 28 |
| 1.3 CONSIDERAÇÕES RELEVANTES NA RELAÇÃO DO BRASIL COM ATORES INTERNACIONAIS | 30 |
| 1.4. A LÓGICA DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA | 32 |
| CAPÍTULO 2 - REESTRUTURAÇÃO PRODUTIVA E TRABALHO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE, NA CIDADE DO RIO DE JANEIRO | 40 |
| 2.1. AS REPERCUSSÕES DAS TRANSFORMAÇÕES EM CURSO NA GESTÃO E NA ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE..... | 40 |
| 2.2. NORMATIVAS DA REFORMA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO | 43 |
| 2.3. NORMATIVAS DA REORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO | 54 |
| CAPÍTULO 3 - A (DES)CONSTRUÇÃO DO DIREITO À SAÚDE NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO, NOS ÚLTIMOS 10 ANOS | 61 |
| 3.1. UM BREVE HISTÓRICO SOBRE LEI, JUSTIÇA E DIREITO | 61 |
| 3.2. A (DES)CONSTRUÇÃO DO DIREITO À SAÚDE DOS CARIOCAS | 65 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS | 68 |
| REFERÊNCIAS | 74 |

INTRODUÇÃO

A declaração da Alma-Ata, formulada na Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde em 1978, recomendou a promoção da saúde como ordem econômica prioritária a todos os governos, por meio da Atenção Primária à Saúde (APS). E, faz menção a necessidade de interferir nas desigualdades sociais por meio das políticas de saúde, qualidade de vida e a paz mundial.

No Brasil, somente em 1986, com a 8ª conferência nacional de saúde conforma-se uma instância prévia para a aprovação do Sistema Único de Saúde (SUS) como direito consolidado na Constituição Federal, publicada dois anos após, em 1988. Baseada em princípios orientadores (universalidade, integralidade, equidade e a participação social), que marcaram o início de uma nova luta por direitos sociais em período de redemocratização. Desta forma, a saúde passa a ser considerada um direito social, assim como o trabalho e a assistência aos desamparados.

Ao final da década de 1980 houve o movimento da Reforma Sanitária, que resultou na Constituição de 1988 e na criação do SUS, com a Lei Orgânica da Saúde – Lei nº 8.080, de 1990/MS.

Está em curso uma reforma democrática não anunciada ou alardeada na área da saúde. A Reforma Sanitária brasileira nasceu na luta contra a ditadura, com o tema Saúde e Democracia, e estruturou-se nas universidades, no movimento sindical, em experiências regionais de organização de serviços. Esse movimento social consolidou-se na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, na qual, pela primeira vez, mais de cinco mil representantes de todos os seguimentos da sociedade civil discutiram um novo modelo de saúde para o Brasil. O resultado foi garantir na Constituição, por meio de emenda popular, que a saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado. (SANITARISTA, 2019, on-line, não paginado)

A Constituição Federal (CF, 1988), traz como direitos e garantias fundamentais que todos são iguais perante a lei e, no artigo 196 da seção II, descreve por meio da seguridade social que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços[...]”.

No entanto, vale lembrar que vivemos num país marcado pelas desigualdades (socioeconômicas, de gênero, raciais etc), o que gera grandes

desafios à implementação das diretrizes constitucionais. Para o melhor funcionamento dos serviços de saúde e ações mais direcionadas às necessidades reais da população, torna-se indispensável abordar a questão da equidade¹. Embora sejam tratados como sinônimos, igualdade² e equidade são termos distintos. Fundamentada pela Teoria da Justiça de John Rawls (1982), a equidade trata o direito de cada um de forma imparcial e qualifica as oportunidades, a fim de deixá-la mais justa e garantir a lei.

Em 1990, as publicação das Leis nº 8080 e 8142, representaram o interesse pelo fortalecimento do SUS. Durante os 30 anos subsequentes, o modelo de atenção e gestão de saúde no Brasil passaram por algumas mudanças significativas, em especial no financiamento do SUS.

Em 1994, iniciou-se a transição de um modelo tradicional de atenção à saúde básica para o Programa Saúde da Família (PSF), houve a ampliação da cobertura de saúde com foco na parcela da população brasileira socialmente mais vulnerável. (Morosini, Fonseca e Lima, 2018). Destaca-se que com a criação do PSF, descentralizou-se para os municípios a cogestão financeira, assim como a responsabilidade sobre a organização/qualidade da cesta básica de serviços ofertados.

Dois anos após, foi publicada a Norma Operacional Básica (NOB/96), recomendando a reordenação do modelo de atenção à saúde e a consolidação do SUS, no que se refere ao: papel das três esferas do governo; mecanismos e fluxos de financiamento; valorização de programas epidemiológicos e de qualidade; vínculos com os usuários, núcleos familiares e comunitários; e, efetivação da participação e controle social. Desta forma, estabelece um acréscimo percentual ao montante do Piso da Atenção Básica (PAB), sempre que

¹ Equidade: este termo foi formulado por Margaret Whitehead em 1992, e não faz parte da CF/88, nem da lei 8.080/90 e nem da lei 8.142/90. *“Equidade significa tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior.”*

<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/equsau.html>

² No Dicionário de Política (1991), Oppenheim distingue três significados de igualdade tomando por base o âmbito de exercício do conceito. No caso das características pessoais, de qualquer ordem (cor do cabelo ou dos olhos, por exemplo), é um conceito descritivo, de comprovação empírica, não depende de escalas de valores. Quando se refere às normas de distribuição significa que duas pessoas quaisquer são tratadas iguais em relação a uma determinada regra e também em virtude desta regra. E, como propriedade das regras de distribuição quer dizer o caráter igualitário da própria regra. Neste último significado, que associa igualdade à justiça, surge a definição de equidade. <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/equsau.html>

a rede municipal adotar equipes de saúde da família, agentes comunitários de saúde, como garantia da integralidade da assistência.

Em 1998, foi instituído o Pacto de Indicadores da Atenção Básica e o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Em seguida (2002), o PSF foi compreendida como viável e reorientou todo o modelo de atenção à saúde. Adotou-se então os modelos de atenção à saúde por meio do PSF e do Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS), consolidados pelo Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (Proesf).

Aprovada pela Portaria MS/GM n. 675, de 30/3/2006, e publicada no DOU, Seção 1, em 31/3/2006, a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde consolida seis princípios básicos de cidadania, que estão em acordo com os pilares da Atenção Primária à Saúde (APS): acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde; tratamento adequado e efetivo; atendimento humanizado, acolhedor e sem discriminação; atendimento que respeite a sua pessoa, seus valores e seus direitos; tratamento adequado; e, o comprometimento dos gestores da saúde.

Entende-se que é por meio das Políticas Públicas³ que ocorre o Estado de Bem Estar Social, pois essa é uma forma do Estado interferir na sociedade, seja social, cultural ou economicamente. Por meio dessas políticas seria possível garantir os direitos dos cidadãos, incluindo os da CF88. No entanto, o governo é quem define as prioridades conforme seus interesses.

As desigualdades existentes no município do Rio de Janeiro (RJ), e no Brasil, são decorrentes de uma herança histórica. As iniquidades, com destaque à pobreza, resulta das desigualdades sociais e conseqüentemente gera/potencializa a exclusão social. Neste contexto, é que são necessárias as políticas públicas, sejam elas: assistência social, saúde, educação, meio ambiente etc. No entanto, há que se refletir sobre as Políticas Sociais, pois são construídos considerando a renda e não a necessidade, às custas de subfinanciamento e contingenciamento de recursos, com baixa cobertura e precarização do acesso. Apesar de todos possuírem direitos de acesso aos serviços de saúde, as pessoas não são iguais e, por isso, têm necessidades distintas. Sendo assim, ao longo dos anos, pensou-se numa política nacional que orientasse todo sistema de saúde pública.

³ Políticas Públicas é a totalidade de ações, metas e planos que os governos (nacionais, estaduais ou municipais) traçam para alcançar o bem-estar da sociedade e o interesse público.

Com a aprovação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) na portaria nº 648 de 28 de março de 2006, houve a reorganização da Atenção Básica para o PSF e PACS e o Ministério da Saúde (MS) organizou o Saúde da Família enquanto Estratégia, que se tornou um dos principais pilares de estruturação do SUS. Após cinco anos (2011), a PNAB foi revisada e, por meio da portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011, preservou o modelo de Estratégia Saúde da Família (ESF) como porta de entrada principal do sistema, coordenadora do cuidado e ordenadora da rede de atenção à saúde. (Morosini, Fonseca e Lima, 2018).

A partir daí, as Clínicas da Família ganham força como uma das principais iniciativas na garantia do acesso à saúde de qualidade, pela lógica da saúde mais perto de você, que no município do RJ expandiu-se por meio do Programa Saúde Presente. Desta forma, segundo os relatórios públicos disponibilizados no site e-Gestor/Atenção Básica pelo Departamento de Saúde da Família do MS, a cidade do RJ que em 2009 apresentava apenas 7,34% de cobertura populacional com ESF e piora sanitária (altos indicadores de mortalidade materna-infantil e doenças transmissíveis), alcança ao final de 2016 uma cobertura populacional de 59,47% com ESF (BRASIL, 2020). A Reforma dos Cuidados na Atenção Primária à Saúde (RCAPS) representou não só a ampliação de acesso, mas também no aumento da capacidade resolutiva. E, é de fato na Atenção Primária à Saúde (APS), por meio da ESF, que se identifica grande potencial para garantir a equidade, pois é nesta que se consegue ter uma visão utilitarista dos usuários e de organização de todo o sistema público de saúde.

Com a divulgação da Emenda Constitucional nº 95 em 2016 (EC 95), os recursos públicos destinados à saúde são congelados por 20 anos, o que produz efeitos regressivos significativos e fragilizam o SUS. Segundo Mariano (2019), esta emenda resulta em aprofundamento das iniquidades e recessão econômica. Portanto, trata-se de uma medida de ajuste fiscal, que atende às necessidades do neoliberalismo e visa lucros para grupos minoritário. As medidas propostas na EC 95 reduzem a participação do Estado em políticas públicas (como é o caso da saúde) e tem como pilares: o superávit primário, a meta inflacionária e o câmbio flutuante. Esta mudança no financiamento do SUS tencionou a PNAB, que foi revisada e publicada na portaria 2.436 em 2017. A

nova PNAB flexibiliza a lógica do território de Saúde⁴, com diretrizes que alteram a estrutura das equipes de saúde da família (eSF), a gestão de recursos e organização da ESF.

Em 2018, na conferência global de APS no Cazaquistão, foi apresentada a Declaração de Astana sobre a Atenção Primária à Saúde, que contempla a cobertura universal de saúde e os objetivos de desenvolvimento sustentável. Referente à cobertura universal de saúde⁵, é citado que a APS deve ser colocada como central, sendo o nível de atenção mais eficaz para ofertar um acesso a serviços de saúde de qualidade e equitativo. Diante dos desafios da atualidade, a Declaração de Astana recomenda para a APS a valorização da(o)s: pessoas/comunidades como autoras e defensoras das políticas públicas; determinantes sociais, econômicos, ambientais e comerciais da saúde; e, prestação integrada de serviços ao longo da vida das pessoas. E, destaca que é fundamental reforçar a equidade, qualidade e eficiência.

Há muitas tensões (política, gestão, desenvolvimento, formação profissional, sistemas de ensino etc) que interferem na efetividade da ESF e no seu potencial de transformação do SUS, em especial na garantia da equidade. Na cidade do RJ, coexistem equipes de saúde da família centradas no médico e outras no usuário. Bárbara Starfield⁶ menciona que ainda há um olhar muito para a pessoa em si, voltado para o tratamento de doenças, e pouco para o território e seus determinantes sociais, econômicos e/ou geográficos.

Equilibrar esta balança dos recursos da saúde e dos direitos dos usuários é um desafio que depende de vontade política e planejamento. O território de saúde e as políticas públicas têm passado por novos arranjos institucionais da APS na

⁴“A definição do território para aqueles que defendem uma abordagem política será comumente confundida com os limites do Estado-Nação. Os que dão ênfase aos aspectos econômicos irão destacar a produção, o consumo e a atuação das grandes empresas. Àqueles que se preocupam com os aspectos culturais darão maior relevância às qualidades simbólicas e ideárias e, por fim, os que enfatizam os aspectos físicos do território terão preocupações relacionadas com a utilização dos recursos e a questão ambiental (HAESBAERT, 2004). Ou seja, a polissemia do termo e o fato de se tratar de uma categoria interdisciplinar (MONKEN; BARCELLOS, 2005), permite entender o território por diferentes nuances, podendo até mesmo ser definido como a área de atuação do crime organizado ou o território virtual presente nas relações feitas pela internet (SOUZA, 1995).” (FARIA, e BORTOLOZZI, p. 36. 2009).

⁵ “Universal health care: a sistemas nacionais de saúde de acesso universal e financiamento público (subsídio à oferta).” (Giovanella e Machado, p. 1765. 2018.)

⁶ Barbara Starfield foi pediatra e Mestre em Saúde Pública. Impulsionadora dos Cuidados de Saúde Primários a nível internacional. Dedicou praticamente toda a sua vida acadêmica e profissional à Universidade Johns Hopkins.

Cidade do RJ. O acesso ao território traz em si complexidades, já que o termo território tem sido apresentado como polissêmico. Quando se faz um recorte do território relacionado à ESF na cidade do RJ, espera-se que haja uma preocupação com o princípio da equidade e com a gestão da saúde pública carioca.

O debate sobre a equidade deve fazer parte da política de regionalização e territorialização da saúde, pois é esta que define a conformação da APS e, conseqüentemente, a área de abrangência e localização das eSF no RJ. As mudanças populacionais produzem espaço e as identidades regionais são utilizadas para conduzir a economia. No RJ, deveria ser essencial à territorialização a definição de critérios para alocação de recursos.

se a configuração municipal fosse menos irracional e o critério de partilha favorecesse a equalização do acesso dos cidadãos aos bens e serviços priorizados pelas políticas públicas, o arranjo federativo poderia acolher muito mais facilmente as políticas setoriais descentralizados e reforçá-las com recursos próprios das localidades. (DAIN, 2000, p. 106).

A operacionalização da rede básica de saúde, enfrenta desafios muitas vezes divergentes, entre os gestores, os profissionais e usuários. Estamos vivendo um momento histórico social na cidade do RJ de desconstrução do modelo de ESF na atenção primária à saúde, com movimento de retorno ao modelo médico centrado. Neste sentido, a Esf torna-se central na discussão da equidade, com ênfase no espaço comunitário.

Vale ressaltar que a integralidade da assistência, baseia-se no conceito de saúde, no trabalho em equipe e na busca pela qualidade e resolutividade da assistência. Demanda, portanto, uma integração efetiva e contínua entre as políticas públicas para que seja assegurado o direito ao atendimento dos usuários em suas necessidades de saúde.

Desde que realizei o Master of Business Administration (MBA) em gestão de saúde, venho questionando as formas de fazer gestão e de se pensar os espaços geográficos, no que se refere à saúde pública. Talvez eu seja recriminada, talvez não. Mas, a intenção é despertar uma reflexão sobre a utilização das políticas públicas e desta forma, dos recursos públicos. Numa perspectiva de uma melhor gestão dos recursos disponíveis e na contramão do desmonte do SUS. Pois, ao que parece, a única lógica que está mantida nos territórios de saúde da cidade do RJ, é a lógica de reestruturação produtiva

(mercado capitalista) com interesses verticais que destoam aos preconizados e sem que seja permitido refletir sobre o trabalho. Desta forma, a pesquisa visa contribuir para uma melhor compreensão, de ordem prática, dos problemas relacionados à gestão da saúde pública no município do RJ, assim como para o conhecimento das dificuldades enfrentadas no dia a dia pelos profissionais de saúde e população carioca.

É importante mencionar que há pouca produção textual sobre o contexto no qual as eSF têm trabalhado, e de não haver menção sobre este tema no planejamento da Saúde Coletiva da “Cidade Maravilhosa”⁷. Da mesma forma, é interessante notar que o RJ, historicamente, sempre foi como um laboratório de experiências, seja no período pré-SUS (Capital do País) ou pós SUS.

Esta pesquisa busca compreender se nos últimos 10 anos, as potenciais mudanças ocorridas na organização da APS, causaram/causam avanços ou entraves na diminuição das iniquidades e na ampliação do acesso na atenção básica à saúde dos cariocas.

JUSTIFICATIVA

Esta pesquisa dedicar-se-á a refletir sobre as mudanças ocorridas nos últimos 10 anos na APS carioca, a partir de uma perspectiva de planejamento e definição dos territórios adscritos, que deveria estar baseada no reconhecimento prévio de vulnerabilidade dos cidadãos.

No que diz respeito ao termo Estratégia de Saúde da Família as contradições são tanto na Estratégia, que na teoria inclui a minimização das iniquidades/exclusão social, com a proposta de garantia do acesso universal e atenção integral. Assim como o termo Saúde da Família que na verdade é voltada para o cuidado centrado na pessoa em sua singularidade e, conseqüentemente, no seu contexto social (família e comunidade), em um território definido. O próprio Ministério da Saúde entra em contradição com a proposta do trabalho das eSF quando sobrepõe à eCR, ressaltando que “...a dinamicidade do território e a

⁷ Cidade Maravilhosa: expressão que surgiu a partir de uma marcha criada para o carnaval de 1935, por André Filho e Sílvia Sobreira. Sendo oficializada como Hino da cidade do Rio de Janeiro pela Câmara Municipal em agosto de 2003. (Disponível em: https://pt.wikipedia.org/wiki/Hino_da_cidade_do_Rio_de_Janeiro)

existência de populações específicas, itinerantes e dispersas, que também são de responsabilidade da equipe enquanto estiverem no território, em consonância com a política de promoção da equidade em saúde.” (PNAB, 2017. Em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html)

O cenário atual da atenção básica na cidade do RJ têm despertado questionamentos, uma vez que se trata de um território de saúde complexo, no qual convivem diferentes modelos de atenção básica à saúde e políticas públicas. No contexto da Reforma da APS no município do RJ, parece que a preocupação com o acesso à saúde estava centrada na expansão da cobertura territorial pela Estratégia de Saúde da Família (ESF). Tal situação fica clara quando, na definição dos territórios de atuação das unidades de APS, a principal característica informada pela gestão era a delimitação da área de cobertura da mesma, com setores censitários que, somados, alcançam o teto de usuários preconizados para o quantitativo de eSF da unidade.

Na Subsecretaria de Promoção da Saúde Atenção Primária e Vigilância de Saúde (SUBPAV) da SMS-RJ, existe um indicador denominado “Avaliação da população assistida pela ESF”, que tem como base de cálculo para a estimativa de cobertura populacional por eSF: o número de equipes completas no CNES multiplicado por 3.450 e dividido pela população estimada do Instituto Municipal de Urbanismo Pereira Passos (IPP) para o município do RJ (x100), cuja tendência é o aumento numérico da cobertura populacional. Este indicador é referido nos documentos oficiais a partir de uma fundamentação orientada de referência da DAB/SAS/MS (e-Gestor, S/D), que respaldou a média de quantitativos de cadastros por eSF. Sendo 3.450 pessoas cadastradas por eSF, o valor de referência.

Já no atual documento de Reorganização dos Serviços de Atenção Primária à Saúde (RSAPS), provocou intenso desconforto e preocupação, tanto por parte da população carioca, quanto pelos profissionais da rede de atenção primária à saúde. Pois, demonstra grande intenção de retrocesso, já que não prioriza a ESF e deixando a população carioca desassistida.

Nos últimos 10 anos, se olharmos acesso pela expansão territorial de ESF na cidade, tivemos uma expansão significativa. Sendo que, a partir de 2019 já observamos mudanças a partir da redução no número de eSF com efeitos tanto

para os profissionais de saúde quanto para a população, pois se potencializa as iniquidades e ameaça-se o direito à saúde de forma integral e universal. E, mesmo que alguns critérios sejam considerados, como exemplo a manutenção da cobertura territorial, ainda sim não identificamos: o respeito aos limites territoriais dos complexos de comunidades; as variações de cadastro populacional por eSF preconizadas na PNAB (2017); e, no que se refere às vulnerabilidades, potencializou-se as iniquidades. Desta forma, é importante compreender as mudanças ocorridas nos últimos 10 anos, na na atenção primária à saúde da cidade do RJ, e a sua relação com a lógica de gestão, precarização e re-significação do acesso à saúde.

Entendendo que estes resultados perpassam por questões relacionadas não apenas a saúde, ainda sim a prática desperta a necessidade de pensar um novo olhar para a garantia do acesso à saúde com qualidade. Ampliando o conceito de acesso, qualidade e processo de trabalho das equipes e evitando retrocessos. Proposta esta que me disponho a pesquisar. Ao final, espero gerar com esta pesquisa a reflexão sobre a relevância da manutenção da ESF, com uma abordagem além das políticas públicas, que possivelmente impactam diretamente na qualidade do cuidado e acesso à saúde.

OBJETIVOS

Objetivo geral:

- Compreender os reflexos das mudanças ocorridas nos últimos 10 anos na organização da atenção primária à saúde no município do RJ.

Objetivos específicos:

- Analisar as repercussões da reestruturação produtiva do trabalho em saúde sobre as dimensões do acesso e qualidade da atenção primária à saúde;
- Discutir sobre a construção do direito à saúde à luz do cenário atual de crise econômica e desmonte da estratégia de saúde da família no município do Rio de Janeiro;
- Analisar os fatores do contexto político-organizacional relacionado à APS carioca, de 2009 a 2019.

Para que estes objetivos fossem alcançados, realizou-se um estudo com abordagem qualitativa e exploratória, com base em dados secundários, de acesso amplo e irrestrito. Do tipo bibliográfica, compreendendo o período da RCAPS e da RSAPS carioca. Conforme Diehl e Tatim (2004, p. 53-54), “a pesquisa exploratória tem como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses”. E, de natureza básica e documental, que teve como potenciais fontes de dados:

- para analisar as repercussões da reestruturação produtiva do trabalho em saúde da atenção primária sobre a qualidade do cuidado e acesso à saúde: foram descritos o quantitativo de Unidades Básicas de Saúde, equipes de Saúde da Família, produção das equipes e cobertura populacional, extraídos dos sites do DATASUS, CNES e e-Gestor; Assim como dados do Índice de desenvolvimento Social (IDS), uma vez que este foi mencionado no documento de RSAPS e são considerados determinantes sociais na saúde;
- para discutir sobre a construção de direito e saúde: foram consideradas a Constituição Federal de 1988, o último Relatório do Banco Mundial Um ajuste justo, a EC 95 e publicações sobre o cenário atual de crise econômica e desmonte do SUS deste período;
- para analisar o contexto político-organizacional relacionado à APS carioca, de 2009 a 2019: foram considerados os documentos sobre a Reforma dos Cuidados na Atenção Primária à Saúde (RCAPS) na cidade do RJ e sobre a Reorganização dos Serviços de Atenção Primária à Saúde (RSAPS).

Todas essas buscas consideraram os anos de 2009 a 2019 (quando possível).

CAPÍTULO 1

SAÚDE PÚBLICA, ATENÇÃO PRIMÁRIA E CAPITAL HUMANO NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

A fundamentação teórica aqui proposta explora, sucintamente, os últimos 10 anos da atenção primária à saúde no Brasil, que passa por um longo período de regressão do capital, o que pode explicar em parte o cenário atual do município do RJ.

Este capítulo aborda pelo menos três perspectivas teóricas iniciais, como: a historicidade das políticas de saúde pública no país (relação da saúde e sociedade); a relação da teoria do capital humano com as mudanças (políticas, sociais, econômicas e ideológicas) que o governo brasileiro vem realizando ao longo dos anos; a lógica da atual PNAB, fruto da sua relação com atores internacionais (Banco Mundial, países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico - OCDE...), que deram brechas para as mudanças nas normativas da APS carioca.

Desta forma, o texto visa contribuir para uma melhor compreensão, de ordem prática, dos problemas relacionados à gestão da saúde pública no município do RJ, assim como para o conhecimento das dificuldades enfrentadas no dia a dia pelos profissionais de saúde e população carioca.

1.1. HISTORICIDADE DAS POLÍTICAS DE SAÚDE PÚBLICA

1.1.1. Breve apanhado histórico da Medicina Social

Apresentada por Foucault em o nascimento da medicina social (2004), este já trazia a tona a discussão dos interesses da sociedade capitalista sobre o corpo do trabalhador, enquanto força de trabalho e estratégia biopolítica. Isto porque, percebeu-se que os pobres eram fundamentais na vida urbana ou melhor dizendo, eram úteis. Segundo Foucault, é este pensamento que dá origem à medicina social dos pobres e trabalhadores.

Na época, as casas não eram numeradas, não havia serviço postal e quem conhecia a cidade, quem detinha o saber urbano em sua

meticulosidade, quem assegurava várias funções fundamentais da cidade, como o transporte de água e a eliminação de dejetos, era o pobre. (FOULCAULT, 2004, p. 87).

No século XIX, esse mesmo pobre trabalhador que era útil, também representava um perigo médico por razões políticas (grande potencial de realizar e participar de revoltas populares) e sanitárias (medo de disseminação de epidemias fatais). E, logo foram substituídos por sistema postal e de coleta de lixo, disfarçados pela idéia de progresso. As cidades então começam a ser divididas em bairros pobres e ricos.

Foucault cita o ano de 1875, quando John Simon organizou os sistemas de health service / health officers, com medidas preventivas para a população em geral. A idéia da medicina a serviço de uma classe mais pobres, tinha como objetivo torná-las mais aptas ao trabalho e assegurar a proteção dos ricos. Foi a *medicina social inglesa* que teve futuro e permitiu a realização da medicina assistencial (para os pobres), da medicina administrativa (para problemas gerais) e da medicina privada (para os ricos).

1.1.2. Um pouco da história das políticas de saúde no Brasil

As políticas de saúde no Brasil são marcadas, historicamente, pelo século do progresso (da ciência, da medicina etc), em 1900. A questão da saúde pública no Brasil trazia a preocupação com as epidemias (febre amarela, tuberculose, cólera, peste...) nas principais cidades, que ameaçavam o comércio internacional trazendo prejuízo financeiro para o Brasil. Neste sentido, iniciou-se o saneamento nos locais necessários para a manutenção do capitalismo (portos, indústrias, fazendas...).

Os operários que até então tinham acesso aos serviços de saúde apenas por meio de caridade (Igrejas) ou de benzedadeiras, começaram a ser vacinados, compulsoriamente, pelo Instituto Oswaldo Cruz. Espelhado na lógica do sistema de saúde Inglês, descrito por Foucault, com a idéia de limpar todo o centro, porto, cortiços etc. Afinal, precisava-se manter a mão de obra viva e ativa para que se mantivesse a produção. Tal situação gerou uma revolta e movimentos populares

contra a vacinação compulsória, que foram combatidos pelo Estado como caso de polícia. Quando, em 1917, acontece uma greve de operários das fábricas situadas no RJ e SP, que somente em 1919 entram em acordos com os empresários e voltam a trabalhar.

Segundo Westin (AGÊNCIA SENADO, 2019), em 1923 o Deputado Eloy Chaves apresenta a Lei que regulamenta as caixas de aposentadorias e pensões, que serão financiadas pelas empresas, pelos seus trabalhadores e pela União. Com o discurso de diminuir as tensões sociais, dar acesso a assistência médica e, após alguns anos de trabalho, conseguirem aposentar-se dignamente. Neste momento, o médico Geraldo Paula Souza volta dos EUA, onde fez curso de Saúde Pública e realiza obras nos centros de saúde de São Paulo (SP), como forma de apoio social e de educação. E, a partir daí, médicos e cuidadores com especialidade de sanitaristas, substituem polícia, inspetores e delegados. E, a família passa a ser o centro das ações, desconstruindo a lógica policial de cuidado à saúde.

Em 1930, Getúlio Vargas torna-se presidente (conhecido como o pai dos pobres), uniformiza e centraliza as estruturas de saúde no país, e substitui as caixas pelos Institutos de Aposentadoria e Pensão dos marítimos (IAPS). Na qual era descontada uma fração dos salários dos trabalhadores, que após 30 anos de trabalho e de contribuição, passaram a ter direito a assistência médica, aposentadoria e pensões. Mas, nunca houve honestidade, uma vez que os recursos dos IAPS (descontado dos trabalhadores), eram aplicados pelo governo no financiamento do processo de industrialização do Brasil. E, quem não conseguia pagar as contribuições, mês a mês, ficavam sem esse direito. (PERES, S/D)

Em 1937 há o Estado novo, a criação do Ministério do Trabalho e do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP). A SESP foi uma iniciativa da saúde pública, financiada intencionalmente pelos EUA, que tinha como objetivo: combater a malária e os soldados da borracha; combate às epidemias; e, promover ações com comportamentos preventivos em locais nunca acessados por médicos. Sendo que, em 1945 Getúlio Vargas é deposto, como ditador. (PERES, S/D)

Os Centros de saúde são substituídos por modelos (americanos) de grandes hospitais, que passam a concentrar especialidades médicas, novos equipamentos, novos remédios, etc.

Quando em 1950, Getúlio Vargas volta como presidente e cria o Ministério da Saúde e fortalece a saúde pública por meio de um modelo de medicina preventiva e segregadora, com médicos especialistas em programas verticais por tipos de doença (leprosários p/ leprosos, sanatórios para tuberculosos e hospícios para loucos). Getúlio Vargas morre e Juscelino Kubitschek assume o governo. Este então, desenvolve as indústrias automobilísticas e a construção de Brasília. A população insatisfeita com os IAPS, criam a medicina de grupo (empresas médicas privadas), cujas vantagens foram uma melhor seleção de mão de obra e menor absenteísmo dos empregados. (PERES, S/D)

No início da década de 60, inicia-se um crise no sistema de saúde do Brasil, devido a necessidade de ampliação e melhoria dos serviços. Em 1964. Jânio Quadros renuncia e João Goulart assume. Mas, devido a ditadura, João Goulart foge do Brasil e a presidência da república é assumida pelo general Castelo Branco.

Braga (1981), apresenta um recorte da situação de saúde entre 1960 a 1970, no qual trata a influência do capitalismo e o trabalhador de saúde no país. O Brasil passa por um período de grande censura, com salários baixos, êxodo rural, miséria etc. Consequentemente, percebe-se o aumento as doenças, da mortalidade infantil e do sucateamento da saúde pública no Brasil, com o incentivo à rede privada e a unificação dos sistemas previdenciários no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que inclui todas as contribuições previdenciárias do país (trabalhadores: rurais, indústrias, comércios e serviços) e gerindo todas as aposentadorias, pensões e assistências médicas no país.

As obras de desenvolvimento começam a acontecer em 1970 (Rodovia Transamazônica, Ponte Rio Niterói, Usina Hidrelétrica De Itaipu). E, com a expansão das obras, faltava Centros de Saúde públicos, creches, ônibus... aumentando a miséria e mortalidade infantil. No entanto, a saúde mantém apenas o financiamento de hospitais privados, sem fiscalização. Neste momento, o governo só vai, aonde dá lucro. Nasce então, o Movimento Popular de Saúde na periferia e avançam para os centros de saúde. Surge o Sistema Nacional de

Previdência e Assistência Social (SINPAS), que passa a reunir todos os órgãos de assistência médica no Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e de todos os órgãos de aposentadorias e pensões no INPS, com o controle financeiro pelo Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social (IAPAS). (PERES, S/D)

Em 1980, o Movimento Popular de Saúde incentiva outros movimentos, elegem conselhos populares para a participação popular nos serviços de saúde e políticas de saúde. Neste período, o IAPAS, o INAMPS e o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS) entram em crise financeira e o governo adota medidas de redução de gastos com serviços e o aumento das contribuições. Este período marca a transição de um modelo centralizado (INAMPS), para descentralizado (SUS). (PEREIRA, LIMA e MACHADO, 2018, p. 2244)

Acontece então, a 8ª conferência nacional de saúde em 1986, para a aprovação do SUS como direito na constituição. Baseado em princípios orientadores (universalidade, integralidade, equidade e a participação social), que marcam o início de uma nova luta. Em 1990, há a aprovação das leis 8.080 e 8.142, mas o SUS ainda apresenta desafios. A inserção do PSF e as cooperativas aparecem.

A ascensão ao governo de Collor (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 (RIZZOTTO, 2014), marcados pela liberação do comércio exterior, a livre circulação de capitais, a redução de barreiras protecionistas, a desvalorização da moeda nacional, a promoção das exportações, a redução drástica do déficit do setor público, a redução dos subsídios ao consumo e a reorientação da política pública social. O pedido de impeachment do Fernando Collor de Melo acontece e o governo do Fernando Henrique Cardoso é marcado, especialmente na saúde, pela inserção das Organizações Sociais de Saúde (OSS). Em 2002, houve a publicação da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS 01/2002), que trata da regionalização e a assistência à saúde.

Agrega-se ainda, o variado perfil populacional dos municípios e estados do país, que impõe limites institucionais e financeiros para que assumam suas atribuições. Além disso, três fatores político institucionais configuram-se como condicionantes estruturais no caso brasileiro: os antecedentes do sistema universal, marcado pela presença importante dos prestadores privados; grandes diferenças em termos de distribuição

dos serviços públicos no território; e baixa cobertura populacional na vigência do seguro social. (PEREIRA, LIMA e MACHADO, 2018, p. 2245)

Ao longo de dois governos (2002-2010), Luiz Inácio Lula da Silva foi eleito Presidente do Brasil, neste período houve variações no contexto econômico e político do país. No entanto, ainda sim este período implementou política econômicas e sociais de redistribuição, como: geração de empregos, formalização do trabalho, aumentos reais do salário mínimo e aumento das transferências diretas de renda. Em 2004, foi criado o Ministério do Desenvolvimento Social, com três eixos de atuação para o combate da fome: segurança alimentar/nutricional, política de assistência social e de transferência de renda. Vale destacar a expansão do BPC e a criação do Programa Bolsa Família (PBF), que foi considerado o maior programa do mundo destinado a transferência de renda com condicionalidades (MACHADO, LIMA e BATISTA, 2017).

Na saúde, foram adotados como marcos de governo três programas: Brasil Sorridente, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), e Farmácia Popular. Os dois primeiros partiram de iniciativas prévias, e o terceiro introduziu no SUS o copagamento por medicamentos adquiridos em farmácias estatais ou privadas. Como elemento de continuidade, destaque-se a expansão da cobertura do PSF, que passou a ser enfatizado como estratégia de reestruturação do modelo de atenção, agregando novos profissionais à atenção básica (MACHADO, LIMA e BATISTA, 2017, não paginado)

Especificamente em 2006 (20 anos após a 8ª conferência de saúde), há o Pacto pela Saúde em Defesa do SUS nas esferas federal, estadual e municipal, com objetivos e metas a serem atingidas por meio de indicadores de saúde. E, em 2011, foi regulamentado o Cartão Nacional de Saúde. No entanto, alguns problemas estruturais do sistema de saúde referente ao financiamento, relações público-privadas e das desigualdades territoriais em saúde não foram resolvidos.

De 2011 a 2016, foi eleita a primeira mulher como Presidente no Brasil, Dilma Rousseff. Em um contexto político-econômico menos favorável que o período anterior, destaca-se como política de saúde no período: a continuidade da atenção básica e da vigilância à saúde; a expansão das Unidades de Pronto-Atendimento (UPA); e, a adoção do Programa Mais Médicos. Em agosto de 2016, houve o *impeachment* da presidente Dilma pelo Senado Federal. (MACHADO, LIMA e BATISTA, 2017).

Em 15 de dezembro de 2016, instituiu-se por meio de novo regime fiscal a Emenda Constitucional nº 95, que altera as aplicações mínimas nas ações e serviços de saúde pública por vinte exercícios financeiros, a partir de 2017. (BRASIL, 2016).

Atualmente, não há discriminação para o atendimento no sistema público de saúde, sendo este para todos e em todos os ciclos da vida, desde a gestação. Trata-se de um sistema descentralizado e participativo, no qual há ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde.

1.2. A TEORIA DO CAPITAL HUMANO

Segundo Frigotto (2009), são as mediações de conceitos, noções, dentre outras, que dão significado, ou mesmo representam, a realidade percebida pelo ser humano. Portanto, explicar os fenômenos da natureza (sociedade das coisas) ou os fenômenos sociais (sociedade dos homens), é algo relativo. Nos fenômenos sociais o indivíduo é, ao mesmo tempo, sujeito e objeto. Pois, são eles mesmos que produzem a realidade. Isso exposto, Frigotto (2009) destaca outro aspecto importante da sociedade, que é a forma de divisão em classes sociais, com desejos antagônicos.

A noção de capital humano explica as especificidades das duas ciências (sociais e humanas). E, a burguesia, sem revelar os fundamentos, apresenta o capital humano como uma forma de explicação para as desigualdades entre indivíduos, grupos ou nações. Cujas principais causas são veladas, mas estão na relação desigual de domínio da propriedade privada dos meios de produção (pela classe capitalista) e na compra de mercadoria (representada pela força de trabalho dos trabalhadores). (FRIGOTTO, 2009)

Shultz (1962 in Frigotto, 2009), explica o capital humano como um investimento em si mesmo, no que se refere à: trabalho, educação e saúde. Pois, percebeu que quando as pessoas investem em si mesmas, este movimento gera grande influência no crescimento econômico. Nesta lógica, Shultz apresenta como componente da produção o nível de instrução (habilidades e conhecimentos) e define capital humano como o total de investimentos que se faz, esperando aumento da renda futura. E, desta forma, Shultz apresenta um novo fator referente

à produção (fator H) como capital humano, que tenta explicar as diferentes desigualdades entre indivíduos, grupos e nações.

O desenvolvimento econômico que antes era medido pelos níveis dos fatores: A (tecnologia), K (capital) e L (mão de obra), passa a receber o fator H (produção - habilidades, conhecimentos, atitudes e valores). Trata-se portanto, de uma visão legítima de classe. No qual, o nível de investimento no fator H, representa a posição econômica futura do país e a capacidade de ascensão social. Na concepção positivista e funcionalista da época, esta fórmula de Shultz foi perfeita, pois se tratava de uma técnica quantitativa e portanto, neutra e científica.

No pensamento liberal, todos nascem em iguais condições de escolhas individuais no mercado e desta forma “o cálculo é feito pela maximização da utilidade” (Hollis & Nell, 1969, p. 8 in Frigotto, 2009, p. 4). Mas, segundo Frigotto, o que não é revelado nesta concepção de natureza humana com igualdade e liberdade individual de escolha é o desalinhamento entre proprietários capitalistas e trabalhadores, além das diferenças históricas na formação das diversas nações. Este tipo de análise ignora a relação de poder, dominação e violência. E, neste sentido, Frigotto critica a teoria do capital humano’, por meio de uma questão ainda não respondida por ela: “Os países subdesenvolvidos e os indivíduos pobres e de baixa renda assim o são porque têm pouca escolaridade ou têm pouca escolaridade porque são subdesenvolvidos e pobres?” (FRIGOTTO, 2009, p. 5)

Desta forma, ao contrário do que é apresentado na teoria do capital humano, nos países subdesenvolvidos, a baixa escolaridade é fruto de um processo histórico de colonização e dependência com países hegemônicos. Portanto, a desigualdade estrutural (classe sócio-econômica) provoca condições de acesso desigual à educação, saúde e trabalho. E, mesmo com o aumento da escolaridade no mundo, houve o crescimento do desemprego estrutural e a precarização do trabalho, com perdas de direitos constitucionais e oferta de salários baixíssimos. O que potencializa as desigualdades. Estes fatores velados na teoria do capital humano têm agravado a tal ponto que a teoria está sendo ressignificada como pedagogia das competências, empregabilidade (Frigotto & Frigotto, 2005; Ramos, 2006, in Frigotto, 2009), dentre outras, que atribui ao

indivíduo a responsabilidade por ser desempregado ou por estar em condição de subemprego, pois o mesmo teria a liberdade de escolha, deixando o indivíduo acreditar que ele não fez boas escolhas durante os anos.

Trata-se portanto de um conceito ideológico, com a finalidade de se manter a classe detentora do capital e velar cada vez mais a exploração do trabalhador e as determinações da desigualdade entre indivíduos, grupos e nações.

1.3. CONSIDERAÇÕES RELEVANTES NA RELAÇÃO DO BRASIL COM ATORES INTERNACIONAIS

Percebe-se, portanto, ao longo da história de construção da saúde pública no Brasil a presença de atores internacionais. Em especial o Banco mundial, que tem como maior acionista os EUA. E, em relação às políticas sociais, o Banco Mundial tem o hábito de recomendar a colaboração entre os Estados, a privatização, Organizações Não Governamentais (ONGs), OSS etc.

Promovendo a liberalização econômica e a privatização da vida social... Nessa concepção, o Estado eficiente e eficaz deve sê-lo, fundamentalmente para o capital global. Não há lugar nessa agenda para direitos sociais como expressão dos direitos humanos. (PEREIRA, 2018. p. 2194)

Não muito distante, em um relatório emitido em novembro de 2017, o Banco Mundial analisou os gastos com saúde no Brasil, e questionou o sistema de saúde público do país. A forma como os gastos com saúde foram analisados pelo Banco Mundial, deixa claro o papel de classe do Estado na medida em que *organiza e unifica* a dominação de um grupo específico e a *desorganização e divisão* da classe trabalhadora. O relatório contextualizou a saúde no país pelos níveis de despesas, eficiência e incidência. As despesas apresentadas demonstram contradições, pois ao mesmo tempo que descreve grandes gastos com investimentos na expansão da cobertura do SUS, descrevem também que mais da metade dos gastos totais do Brasil em saúde são financiados privadamente. A eficiência dos serviços de saúde no Brasil foi descrito por meio das relações de produção (divisão social do trabalho) e dominação entre as classes (exploração), na qual ocorre a articulação e a organização estratégica tática, ou seja, estimula-se as lacunas de eficiência (ineficiências) e concluem que as unidades de saúde no Brasil podem obter produtos melhores com os mesmos

insumos, ou os mesmos resultados com menos insumos, de forma a atingir a fronteira de produção. (BANCO MUNDIAL, 2017)

Percebe-se que o relatório identifica, a todo momento, a necessidade de maximização da eficiência, utilizando-se os mesmos insumos (input). As ineficiências significativas nos serviços de saúde da APS, para o Banco Mundial, incluem (BANCO MUNDIAL, 2017):

- Brasil: poderia ter prestado o mesmo nível de serviços economizando 34% dos recursos;
- Municípios: poderia aproximar a eficiência de todos aos mais eficientes e economizar no SUS; O tamanho do município influencia;
- Alta produtividade e baixo desempenho, com grande potencial para aumentar a prestação de serviços sem aumentar os gastos;
- Carência de profissionais de saúde qualificados, os *médicos* são poucos, com produtividade baixa e salários altos; *equipe de enfermagem* poderia realizar procedimentos mais básicos para liberar os médicos para os tratamentos mais complexos;
- Integração público e privado: deve ser estimulada pois evita a duplicidade de esforços, a competição por recursos humanos, escalada dos custos e o aumento das injustiças;
- Outros fatores: falta de integração do sistema (serviços diagnósticos, especializados, hospitalares, encaminhamento e contra encaminhamento); situação dos medicamentos (elevados gastos com a prescrição de medicamentos, alta carga tributária e ações judiciais).

As reformas dos cuidados no setor saúde recomendadas para a APS visam aumentar a eficiência e a equidade (BANCO MUNDIAL, 2017). Como segue:

1. Aumentar a produtividade dos profissionais de saúde (políticas de pagamento por qualidade e desempenho; processo de produção em profissionais de enfermagem - força de trabalho não médicos; padronização da prática médica (protocolos clínicos);
2. Melhorar a integração de serviços (diagnósticos, especializados e hospitalares, sistemas de referência e contra-referência) e do *sistemas público e privado* (evitar a duplicidade de esforços e a competição pelos

limitados recursos humanos, a escalada dos custos e o aumento das desigualdades).

Todo o conteúdo do relatório traz diversas contradições, que perpassam pelo financiamento, privatização e a culpabilização da gestão e profissionais de saúde. Neste sentido, fica claro que eficiência é sinônimo de maior exploração do trabalhador e destituição de direitos.

A visão crítica sobre o sistema de saúde brasileiro, associada às reformas estaduais colocadas em prática a partir dos contratos de empréstimo e à negação do direito à saúde, pode caracterizar uma nova ofensiva liberal contra o SUS e contra qualquer pretensão de instituir sistemas de saúde públicos universais. O objetivo de reformar a saúde brasileira a partir de sua organização nos estados federados parece ser o horizonte imediato do Banco. Com sua "ajuda", visa contribuir para restituir poder a esse nível de governo que teria mais condições de implementar mecanismos de responsabilização e punição na gestão pública, e de transferência de responsabilidades ao mercado. (CAMPOS e RIZZOTTO, 2016, Online, não paginado).

Vale ressaltar que o Banco Mundial avaliou os gastos com saúde no Brasil de 2013 a 2015. Coincidentemente ou não, houve uma necessidade de mudança da nova classe média do país (LUCÉ, 2013). E, em 2017, consolida-se a posição adotada pelo Brasil, com a emissão do relatório do BM e a nova PNAB. Pois, mesmo fazendo parte dos países da BRICS, o Banco Mundial utiliza como parâmetro no relatório os países da OCDE. Provavelmente, devido ao grande interesse que o Brasil têm em ser parte da OCDE, cuja candidatura oficial foi feita meses antes do relatório ser emitido (maio de 2017). Uma vez que, o Brasil, já vem participando de vários encontros junto a estes organismos internacionais (OCDE, Fundo Monetário Internacional - FMI etc), como forma de consolidar o interesse no modelo econômico neoliberal, por meio de uma cooperação para o desenvolvimento. Isto, conseqüentemente, demonstra o interesse do Brasil com as reformas do modelo de gestão propostas pela organização, expresso claramente no relatório do Banco Mundial e corroboram com a proposta da nova PNAB, aprovada meses após a emissão do relatório (dezembro de 2017).

1.4. A LÓGICA DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA

A PNAB passou por três edições (2006, 2011 e 2017) e ao longo dos anos a APS foi sendo fortalecida enquanto porta de entrada e ordenadora da rede de

atenção à saúde, com ampliação significativa da cobertura populacional e melhorias relacionadas ao acesso e à indicadores de saúde de morbimortalidade.

Na portaria nº 648 de 2006, as proposições da PNAB incorporou os atributos necessários para a RSAPS e recomendou-se a ESF como modelo de atenção à saúde E, desde então tem sido um dos principais pilares de estruturação do SUS.

Na portaria nº 2.488 de 2011, o Ministério da Saúde, apostou no modelo de Estratégia de Saúde da Família (ESF) como uma das principais iniciativas na garantia do acesso à saúde de qualidade, pela lógica da saúde mais perto de você. A PNAB focou em reformas para melhorias em vários aspectos, como: estruturais (ampliação e obras); acesso e qualidade (Programas de Melhoria do Acesso e da Qualidade e Mais Médicos); informatização (e-SUS APS⁸, prontuário eletrônico); e, modalidades de equipes (consultórios na rua, ribeirinhas e fluviais).

Na nova portaria 2.436 de 2017, a PNAB traz diretrizes que alteram a estrutura das eSF, a gestão de recursos e organização da ESF. Esta flexibilidade mudará a lógica de território de Saúde, não havendo mais a definição de usuários cadastrados por eSF, alterando-se também o cálculo do número de agentes comunitários de saúde (ACS). Conseqüentemente, tensiona o modelo anteriormente proposto, não priorizando o modelo de ESF.

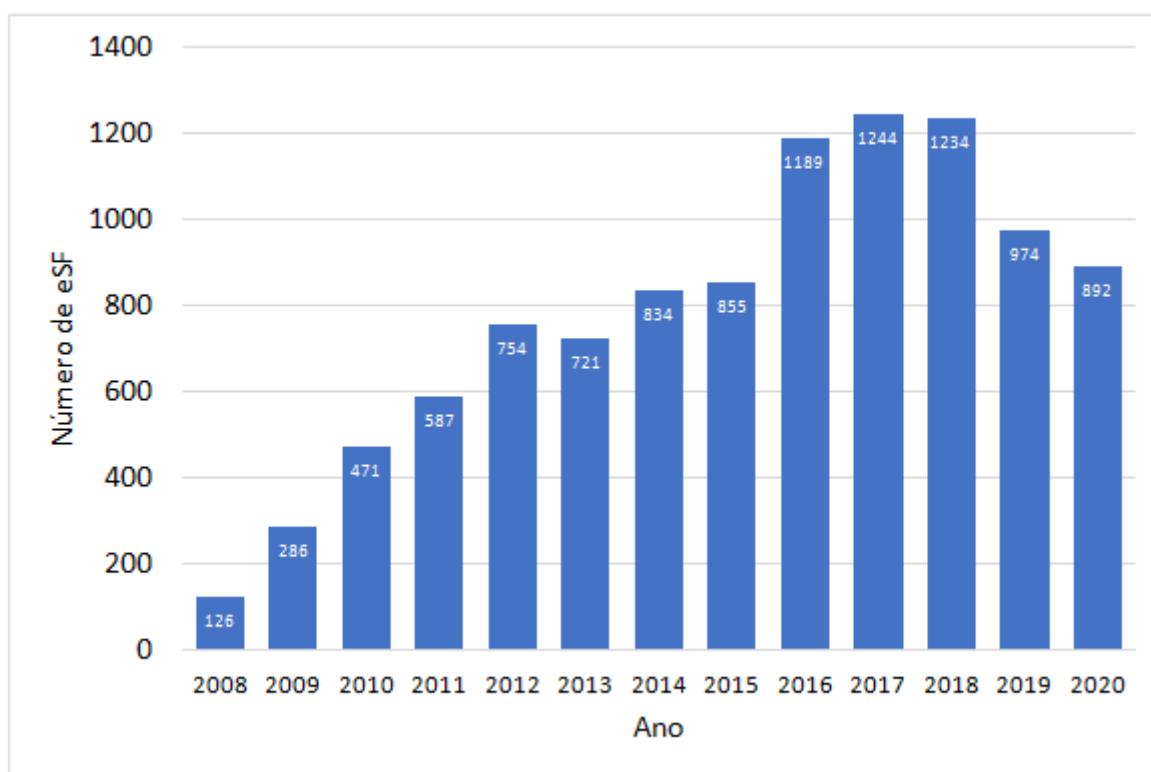
A PNAB estabelece diretrizes e normas para a organização da ESF, definindo o território de atuação com critérios para a composição das equipes (eSF), propondo uma base de cálculo para teto populacional por equipe. Para viabilizar tal modelo, o governo carioca realizou a aquisição de recursos humanos e materiais por meio de contrato com ONGs e OSS, que sustentam praticamente todo o sistema até os dias de hoje.

Conquanto, com a nova PNAB (2017), surgem preocupações quanto ao modelo de saúde recomendado e com isto a possibilidade de descontinuidade da ESF na organização do SUS, justificada pela retração no financiamento e aprovação da EC 95 ocorrida em 2016. Com esta mesma justificativa a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ), apresenta o Plano de

⁸ O e-SUS Atenção Primária (e-SUS APS) é uma estratégia do Departamento de Saúde da Família para reestruturar as informações da Atenção Primária em nível nacional. Esta ação está alinhada com a proposta mais geral de reestruturação dos Sistemas de Informação em Saúde do Ministério da Saúde, entendendo que a qualificação da gestão da informação é fundamental para ampliar a qualidade no atendimento à população. A estratégia e-SUS APS, faz referência ao processo de informatização qualificada do SUS em busca de um SUS eletrônico. (BRASIL, online, não paginado. Disponível em <https://aps.saude.gov.br/ape/esus>).

Reorganização dos serviços de APS carioca (em outubro de 2018) e o executa em março de 2019. Trata-se de Estudo para Otimização de Recursos e propõe novos rearranjos de equipes e usuários cadastrados. A partir desse Plano, que está alinhado com o desafio recomendado pelo último relatório do Banco Mundial (fazer mais com menos), houve uma redução de 379 eSF (aproximadamente 29,6%) em relação ao total de 2017, porém se manteve a mesma cobertura territorial. Conforme o gráfico 1, percebe-se este declínio na série histórica no quantitativo de eSF.

Gráfico 1: Número de equipes de ESF completas, MRJ, 2009 a 2020.



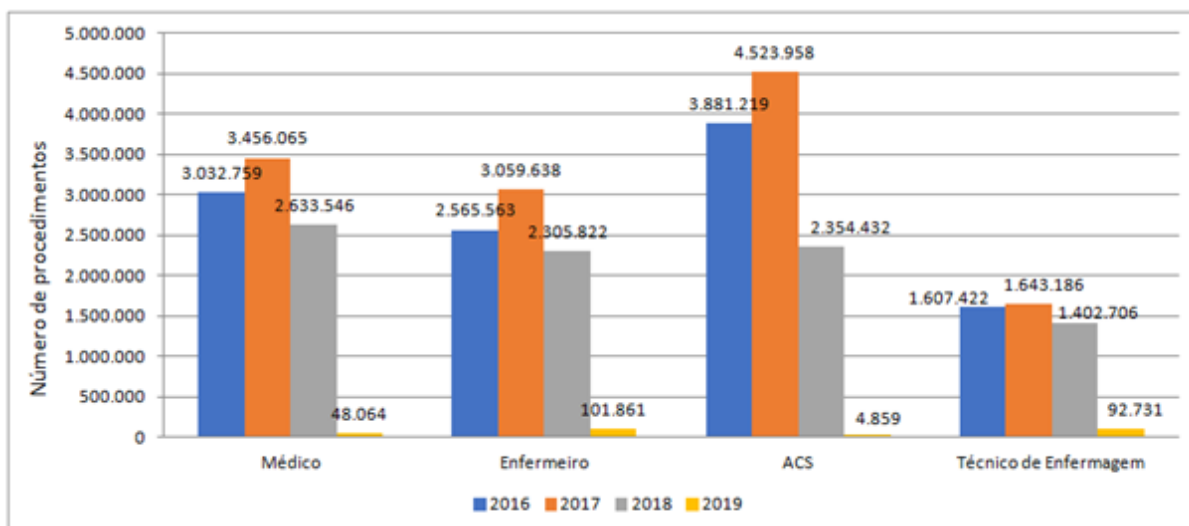
Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil - CNES.

Melo (2019), destaca que esta normativa da gestão municipal usou como estratégia a filosofia Lean, que tem suas raízes no Toyotismo, e visa a melhoria dos fluxos assistenciais, minimizando desperdícios e os custos de produção. Segundo o autor, a crise da APS carioca resulta da conjunção de decisões municipais, crise econômica e a nova PNAB (2017).

As novas normativas municipais apresentam efeitos significativos tanto para os profissionais de saúde quanto para a população carioca, uma vez que potencializa as iniquidades e ameaça o direito à saúde de forma integral e universal. Há evidências de desequilíbrios em fatores importantes, como na assistência prestada aos cariocas e nos profissionais de saúde remanescentes. Pois, com a redução do quantitativo de equipes de saúde da família, sem a substituição ou investimento em nenhum outro modelo de atenção, vem resultando em retrocesso violento no acesso dos cariocas às ações e serviços de saúde, constatados no site E-Gestor e DATASUS, ambos do MS.

A Emenda Constitucional nº 95/2016 (EC 95) trouxe impacto nessa conjuntura porque congela os gastos primários federais com saúde e educação por 20 anos, intensifica-se a crise financeira do SUS, e o que já tendia ao retrocesso, agrava-se. Pois, com esta medida, a APS enfrenta mais dificuldades na garantia do acesso às ações e serviços de saúde ofertados à população. É percebida uma sobrecarga dos profissionais que trabalham na ESF da cidade, que tem levado muitos profissionais ao adoecimento, desgastes e transtornos laborais. A redução de profissionais/equipes a partir de março de 2019, potencializou esta sobrecarga nos profissionais das equipes remanescentes e gerou uma queda abrupta na produção das mesmas (gráfico 2).

Gráfico 2: Quantidade de procedimentos apresentados, por categoria profissional das eSF, MRJ, 2016 a 2019.



Fonte: Ministério da Saúde - TABNET/ DATASUS, 2020.

As ações previstas aos membros da equipe da ESF ficam cada vez mais difíceis de serem desenvolvidas e surge uma grande ameaça à continuidade da assistência à saúde por meio da ESF. Desta forma, dá-se o início ao enfraquecimento da ESF enquanto modelo de atenção adotado até então para a atenção à saúde dos cariocas, com reflexo direto sobre a longitudinalidade e integralidade do cuidado. Torna-se necessário repensar uma atenção à saúde focado na redução das iniquidades e no resgate da universalidade, zelando pela dignidade e direito constitucional.

Para PEREIRA, LIMA e MACHADO (2018, p. 2247), o financiamento público e a regionalização da saúde são desafios atuais, pois mesmo com todos os avanços, não conseguiram se consolidar como princípios organizativos, impactando na equidade e integralidade propostos como base do SUS. E, para os autores, a gestão participativa seria uma sugestão que poderia favorecer.

O território de saúde e as políticas públicas têm passado por novos arranjos institucionais da APS na cidade do RJ. Por sua vez, o acesso ao território traz em si complexidades, já que o termo território tem sido apresentado como polissêmico. A flexibilidade prevista na PNAB 2017 e o baixo investimento na qualificação do ACS, somados a não definição do território, revela um retrocesso, que potencializará entraves no SUS.

As distintas formas de fazer gestão e pensar estes espaços geográficos, poderão interferir nos processos de cuidado e na oferta de serviços pela APS. A

operacionalização desta, enfrenta desafios muitas vezes divergentes, entre os gestores, os profissionais e usuários. Neste sentido, a educação é fundamental para a compreensão de produção e renda. Frigotto (2001), em a produtividade da escola improdutiva analisa a teoria do capital humano pelo caráter circular, no qual a educação hora é fator determinante para o desenvolvimento e economia, hora é determinado por estes.

Enquanto a educação é tida, na ótica do capital humano, como fator básico de mobilidade social e de aumento da renda individual, ou fator de desenvolvimento econômico, nestas análises, o “fator econômico”, traduzido por um conjunto de indicadores sócio-econômicos, é posto como sendo o maior responsável pelo acesso, pela permanência na trajetória escolar e pelo rendimento ao longo dessa trajetória. O que é determinante, vira determinado. (FRIGOTTO, 2001, p.51)

Isso é o que Frigotto apresenta como apologia da concepção burguesa de homem e conseqüentemente da relação com a sociedade e seus comportamentos. No qual, busca-se como base, o lucro e a sobrevivência. Albuquerque (2014), diz que saúde é produzida ao longo do tempo pelas determinações sociais, transformando a si mesmo e a própria natureza.

Segundo a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (2008), tais determinantes estariam vinculados aos comportamentos individuais e às condições de vida e trabalho, bem como à macroestrutura econômica, social e cultural. Seriam os “fatores sociais, econômicos, culturais, étnico-raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população. (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007, p. 78. In ALBUQUERQUE, 2014, p. 957)

No entanto, para Fleury e Teixeira (2009), também são considerados como determinantes importantes sobre a condição de saúde, comportamentos psicossociais (segurança, reconhecimento, decepções...) que muitas vezes são minimizados e postos como culpa dos próprios sujeitos, mas que na verdade são consequência do sistema capitalista, do ambiente e do contexto cultural em que estão inseridos. Algumas intervenções, mesmo que insuficientes, são realizadas sobre estes determinantes a fim de minimizar os danos causados sobre a saúde da população (grupos de educação em saúde - com temas sobre alimentação saudável, água potável, cuidados com esgoto...), assim como por meio de apoios

sociais (projetos de geração de renda, acesso a educação, aposentadoria, habitação...).

Quanto ao enfrentamento dos diferenciais de vulnerabilidade, são mais efetivas as intervenções que buscam fortalecer a resistência a diversas exposições, como por exemplo, a educação das mulheres para diminuir sua própria vulnerabilidade e a de seus filhos. (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007, p. 87. In ALBUQUERQUE, 2014, p. 959).

No entanto, Albuquerque reforça a necessidade e o cuidado que se deve ter nestas intervenções, pois se deve estar atento a totalidade que produz os determinantes, sem localizar nos indivíduos a culpa pelo adoecimento. Portanto, as intervenções são realizadas apenas como suporte a determinantes que são consequência de processos sociais desumanos. O que não se explica com os determinantes sociais na saúde, é a mesma questão velada pela teoria do capital humano, ou seja, este tipo de atitude induz a equívocos na percepção no processo saúde e doença. Uma vez que considerando-se apenas os determinantes, a origem social da doença estaria na própria população, pouco civilizada.

Faz-se necessário enfatizar que a pobreza, o trabalho exaustivo ou o desemprego, dentre outros determinantes, interferem sim no processo de saúde e doença, mas que o acesso às ações e serviços de saúde de qualidade, assim como o acesso à boas condições de renda, moradia, trabalho, alimentação etc, são insuficientes para explicar o cenário de crise e de adoecimento. O grande desafio está em conhecer a origem dessas condições (determinantes), as possibilidades de acesso aos produtos e o grau de desenvolvimento das forças produtivas. É fundamental refletir sobre a relação destas condições de existência humana com as relações sociais, com o modo e relações de produção, que são historicamente impostos e são determinações sociais sobre as quais a vida humana se produz e atua, direta e indiretamente, sobre as diferentes formas de viver, adoecer e morrer.

Albuquerque e Silva (2014), mencionam que é necessário alterar o modo de produção, para que o que for socialmente produzido seja investido em qualidade de vida. Uma vez que não estamos condenados ao modo de produção vigente, e a condição humana possibilita afastar os limites impostos pela necessidade de expansão do capital.

No Brasil, as causas de morte estão mais ligadas à violência e às doenças crônico-degenerativas, como consequência das relações de produção capitalistas

e superexploração do trabalhador. Nesta lógica é que se entende a vida humana como uma determinação social, pelo acesso aos produtos, realização pessoal e as relações sociais. E mais, o aumento do desemprego num sistema que se preocupa apenas com a acumulação de capital, mesmo com plena condição de produzir o suficiente para todos viverem bem, gera reflexão sobre a necessidade de uma nova ordem social.(POCHMANN, 2013; MÉSZÁROS, 2006. In ALBUQUERQUE, 2014, p. 963)

A ideia dominante, de identificação dos determinantes, é, portanto, insuficiente para direcionar ações de saúde que contribuam efetivamente para a máxima realização do humano. Para tal, seria necessário alterar o modo de produção... para a satisfação das necessidades da vida, da saúde, da máxima realização do humano em cada um, não é uma questão de fé. (ALBUQUERQUE, 2014, p. 962)

O movimento de privatização adotado pelo Brasil é preocupante e analisado em diversas pesquisas. E, de forma bastante embrionária, este pode inclusive ser considerado como um dos fatores que dificultam a integração e a melhoria da eficiência (aqui considerada como qualidade e não como lucro apenas) na gestão e na prestação de serviços pela APS. Em especial no atual contexto social, político e econômico do município do RJ, que ganha destaque devido a heterogeneidade nos contratos, nos variados modelos de atenção básica à saúde (equipes de atenção básica/primária: tradicional, saúde da família, saúde bucal, consultório na rua, apoio ao saúde da família, apoio domiciliar...), que na prática geram sobreposição de recursos que não se comunicam entre si, em rede.

Faz-se necessário, portanto, conhecer melhor estes arranjos, aqui apresentados de forma bastante incipiente, a fim de assegurarmos os direitos enquanto trabalhadores e usuários do SUS, lutando contra o desmonte intencional do mesmo.

CAPÍTULO 2

REESTRUTURAÇÃO PRODUTIVA E TRABALHO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE, NA CIDADE DO RIO DE JANEIRO

2.1. AS REPERCUSSÕES DAS TRANSFORMAÇÕES EM CURSO NA GESTÃO E NA ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A reestruturação produtiva no trabalho da atenção primária à saúde ocorre com a implementação da lógica de capital flexível, visando a flexibilização do trabalho na cadeia de produção da APS, por meio da revolução técnico científica (terceira revolução industrial) e de mudanças no modelo econômico. Desta forma, o fortalecimento da gestão neoliberal ocorrida nos últimos dez anos na APS carioca tem causado transformações significativas no trabalho em saúde, com destaque à precarização, induzida pela flexibilização.

Esta flexibilização gera uma busca cada incessante por maior eficiência na produção e faz com que os trabalhadores passem a assumir múltiplas atribuições. Fato este impulsionado pela inserção das inovações tecnológicas na saúde e potencializado pela variação da demanda. Se por um lado as inovações tecnológicas qualificam processos na medida em que tornam informações mais acessíveis ao coordenador do cuidado e contribui na ordenação da rede de atenção à saúde, por outro lado modificam a relação do trabalhador com o processo produtivo, aumentam o desemprego e/ou a contratação temporária (visando prestação de serviços específicos, conforme a demanda de mercado), e salários cada vez mais baixos. Além da incorporação tecnológica, Pires (2000) menciona que a reestruturação produtiva ocorre por meio de mudanças no modelo de gestão (com a terceirização), estrutura organizacional e no modelo assistencial.

Nota-se a partir da implementação da RCAPS carioca (2009), que as mudanças estruturais foram em três pilares: administrativo, modelo organizacional e modelo de atenção. Conseqüentemente, esta reestruturação produtiva do trabalho na saúde da APS possibilitou a expansão na cobertura de 3,5% em 2009 para 70% em 2016 às custas da privatização. A privatização baseou-se em promessas de melhorias que não se comprovaram em estudos sobre a APS

quando comparados à outros municípios que investiram na ESF pelo modelo de gestão com Administração Direta (AD).

Ramos e Seta (2019) estudaram o comportamento de quatro capitais da região sudeste do Brasil (RJ, São Paulo, Vitória e Belo Horizonte) entre 2009 e 2014, primeiros anos da Reforma dos cuidados da APS. Os autores identificaram que as capitais que optaram por gestão com Organizações Sociais (RJ e SP) não apresentaram melhor desempenho nos indicadores, quando comparados aos outros dois municípios (Vitória e Belo Horizonte) que mantiveram a AD.

[...] as duas capitais identificadas como tendo modelo de gestão por meio de OS, São Paulo e Rio de Janeiro, mediante os indicadores selecionados e no período analisado, de modo geral, não obtiveram melhor desempenho no conjunto dos indicadores perante as capitais que mantiveram a provisão e a gestão da APS por meio da AD. Destaca-se a rápida expansão da cobertura em APS no Rio de Janeiro após a implantação do modelo, que já se reflete na melhoria de indicadores correlacionados, como a proporção de internações por condições sensíveis à atenção básica. No entanto, as capitais Belo Horizonte e Vitória alcançaram coberturas em APS superiores, e mantêm melhores resultados em indicadores fortemente relacionados com uma APS acessível e efetiva, como a proporção de consultas de pré-natal ou a clássica taxa de mortalidade infantil. (RAMOS E SETA, 2019, on-line, não paginado)

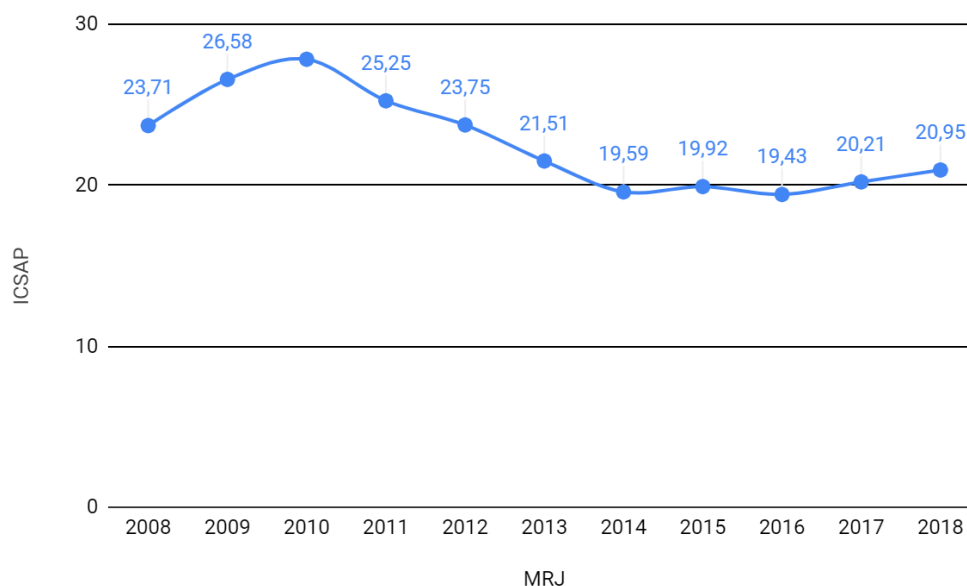
No entanto, é relevante mencionar que a ampliação da cobertura populacional pelo saúde da família, foi um marco importante na cidade do RJ. Mas, devido a terceirização, essa transformação assumiu uma nova conformação e recebe críticas de muitos autores, pois a expansão da cobertura populacional e a expansão das equipes não significou exatamente melhora na atenção à saúde da população carioca. Como exemplo, o indicador de óbito por sífilis congênita em menores de um ano (Tabela 1), que não apresenta melhora em seus resultados, embora tenha sido ampliado o acesso ao exame para detecção em gestante, por meio da ESF. E, mesmo entre os indicadores que apresentaram melhora significativa no período da RCAPS, como o de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP), não foi duradouro porque bastou uma crise/desmonte para que ele voltasse a piorar (Gráfico 3).

Tabela 1 - Óbitos por sífilis congênita em menores de um ano e coeficiente bruto de mortalidade (por 100.000 nascidos vivos) segundo ano do óbito. Brasil, MRJ, 2009-2018.

| Óbitos por sífilis congênita em menores de um ano | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
|---|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Casos | 11 | 20 | 21 | 29 | 23 | 15 | 24 | 11 | 19 | 11 |
| Coeficiente | 13 | 24 | 24,4 | 33,5 | 26,2 | 16,7 | 26,5 | 12,1 | 22,5 | 13 |

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade SIM.

Gráfico 3 - Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária, MRJ, 2009 a 2018.



Fonte: TABNET, DATASUS, SIH.

Destaca-se que num contexto de retração de financiamento para a saúde (aprovação da EC 95 e mudanças no modelo de financiamento a partir de 2017) e as transformações recentes na Política Nacional de Atenção Básica (2017), a APS passa por um momento de retrocessos significativo, principalmente no que se refere à garantia de integralidade da assistência à população. Alguns desafios tornaram-se maiores a partir de 2018, não só pela retração de financiamento e mudanças na PNAB, mas principalmente pelas estratégias adotadas para o plano de RSAPS, que deixa o cuidado à saúde dos cariocas à deriva. Uma vez que, o documento da RSAPS é pouco qualificado, com ajustes que retrocedem os avanços do período da RCAPS e apresentam ações e serviços que não refletem a necessidade dos cariocas. Desde a sua implantação, a RSAPS não apresenta evidências de melhoria em nenhuma dimensão do cuidado à saúde dos cariocas.

Nos últimos dez anos as mudanças ocorridas na organização da APS carioca evidenciam um caráter de desmonte do SUS. Segundo Morosini, Fonseca e Lima (2018), o significado e implicações destas mudanças atingem tanto os profissionais de saúde quanto os usuários do SUS. Pois, não só alteram a composição das equipes e a organização do trabalho na APS, subtraindo cada vez mais os direitos dos trabalhadores, mas também influenciam na cobertura populacional e no acesso da população às ações e serviços de saúde com qualidade, trazendo retrocessos às conquistas alcançadas até então.

2.2. NORMATIVAS DA REFORMA DOS CUIDADOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

O período da RCAPS refere-se à reforma do modelo de gestão ocorridos nos anos de 2009 a 2016, durante a gestão do ex-prefeito Eduardo Paes. Neste período, houve empenhos federais significativos destinados à atenção básica, como forma de estímulo à adoção e ampliação da cobertura populacional pela ESF. Desta forma, iniciou-se um novo plano de gestão na SMS-RJ, chamada de Saúde Presente, que foi conduzida pelo ex-secretário municipal de saúde, Daniel Soranz.

Segundo Soranz, Pinto e Penna (2016), a RCAPS foi planejada a partir de uma adaptação do referencial teórico de Starfield, realizado por Harzheim et al. e Brasil. Estruturada em atributos essenciais e derivados, sendo os atributos essenciais: acesso e oferta de serviços; longitudinalidade do cuidado; integralidade do cuidado; e, coordenação do cuidado. E, os três atributos derivados: orientação familiar; orientação comunitária; e, competência cultural. Implementada em 2009, a RCAPS no MRJ, foi desenvolvida com foco em 3 eixos de ação: reforma administrativa, modelo organizacional e modelo de atenção (Quadro 1)

Destaca-se que as mudanças organizacional e administrativa, apresentadas no quadro 1, não apenas impulsionaram a divisão entre o papel do Estado (gestor), e o papel das OS (executora) dos serviços de saúde na APS carioca. Como também, iniciou um processo de tensão entre os profissionais atuantes na atenção básica (servidores estaduais e contratados por OS), especialmente nas relações e vínculos de trabalho. No qual, todos os profissionais

atuantes na ESF foram contratados por organizações sociais. Entre os motivos, Pires (2014) menciona a intenção na acumulação de capital e facilidade de mascarar a real intenção do processo.

Quadro 1: Linhas estratégicas da RCAPS, MRJ, 2009 a 2015.

| ANO | EIXO | LINHA ESTRATÉGICA | MUDANÇAS |
|------|------|---|--|
| 2009 | 0 | Organizacional e Administrativa | Atenção Primária no assento do condutor |
| | | | Definição participativa da rede, construção dos TEIAS |
| | | | Bases da reforma administrativa e contratualização |
| 2010 | 1 | Ampliação do acesso (1ª fase) | Liderança e autonomia de gestão |
| | | | Melhoria da acessibilidade |
| | | | Avaliação e monitoramento |
| | | | Gestão das Tecnologias de Informação e Comunicação em Saúde (TICS) |
| 2011 | 2 | Governança clínica e gestão do conhecimento | Gestão da clínica |
| | | | Gestão do conhecimento e qualificação dos profissionais |
| | | | Inovação e simplificação na prestação dos cuidados |
| 2012 | 3 | Sustentabilidade e desenvolvimento | Acreditação de Serviços |
| | | | Viabilidade financeira da Atenção Primária |
| | | | Comunicação com os cidadãos e os profissionais |
| 2013 | 4 | Coordenação do cuidado e accountability | Coordenação do Cuidado |
| | | | Vinculação pessoa a pessoa, organização das listas de usuários |
| | | | Responsabilização e transparência nos resultados |
| 2014 | 5 | Resposta a tempo e hora e Todos pelo SUS | Responsabilidades e entregas individuais |
| | | | Resposta a tempo e hora |
| | | | Interação serviço-pesquisa |
| 2015 | 6 | Dirigindo com eficiência | Transparência e disciplina financeira |
| | | | Rede de relação entre pacientes e comunidades |
| | | | Formação da rede e linhas de cuidado |

Fonte: Soranz, Pinto e Penna (2016). Adaptado pela autora, 2020.

Segundo Costa (2019), a parceria público-privada estabelecida por meio das Organizações Sociais ressignificou as unidades básicas de saúde da cidade, que passaram a ser chamadas de Clínica da Família, como um marketing da gestão municipal à época. Essa estratégia política adotou o modelo gerencialista no processo de trabalho das equipes de ESF, no qual havia uma busca incessante pelo alcance de metas assistenciais e de gestão, que deveriam refletir em bons resultados dos indicadores de saúde. O próprio autor, que viveu a experiência de gestor em uma Clínica da Família na cidade entre 2010 e 2016, traz sua experiência e destaca:

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 ... 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. (COSTA, 2019, p.14)

A gestão por resultados assume um papel fundamental na RCAPS, sendo realizado o monitoramento e avaliação mensal de indicadores de saúde, extraídos dos prontuários eletrônicos implementados. Neste período, também foi realizada a padronização de procedimentos e ações de saúde para todas as unidades, por meio da carteira de serviços da APS carioca.

Referente ao acesso, percebe-se que não foram consideradas as categorias: acessibilidade, acomodação, aceitabilidade e poder aquisitivo. Assim como na qualidade, no que se refere às categorias: acessibilidade, aceitabilidade, adequação e equidade. São as repercussões da reestruturação produtiva do trabalho em saúde da atenção primária sobre o acesso à saúde. Segundo Soranz, Pinto e Penna (2016), antes da RCAPS, a cobertura populacional de equipes de saúde da família era a mais baixa entre as capitais do Brasil e equivalia a 3,5%. Após quatro anos da RCAPS, alcançou-se uma cobertura populacional de aproximadamente 40%.

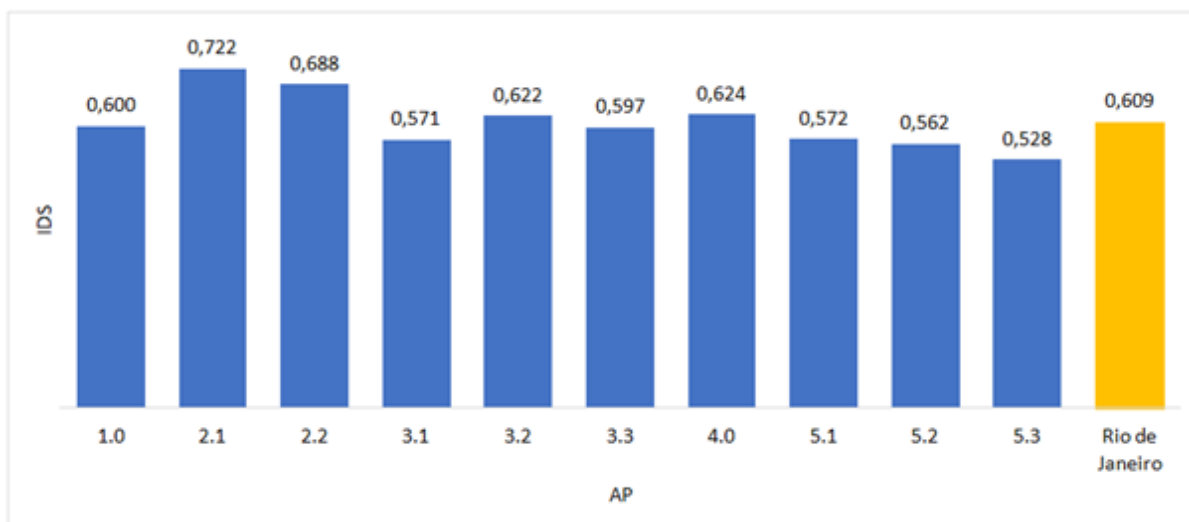
Embora Soranz, Pinto e Penna (2016), apresentem a RCAPS como viável em seu artigo, há controvérsias. O acesso à saúde, durante o período da RCAPS, foi tratado unidimensionalmente, ou seja, apenas como expansão da cobertura populacional. Expansão essa baseada em um indicador denominado Avaliação da população assistida pela ESF, já mencionado anteriormente nesta pesquisa, que tem como base de cálculo: *o número de equipes completas no CNES multiplicado*

por 3.450 e dividido pela população estimada do IPP para o município do Rio de Janeiro (x100), cuja tendência é o aumento numérico da cobertura populacional.

Desta forma, considerava-se sempre o teto da população cadastrada por equipe de saúde da família e desconsiderava-se as determinações sociais ou mesmo os determinantes sociais na saúde de cada território de atuação das equipes. A implementação das novas unidades de APS foram realizadas conforme acordos e interesses políticos e sem o planejamento adequado, o que pode explicar algumas regiões da cidade (como exemplo: a favela da Grota Funda e a Vila Taboinha, localizadas na AP4.0, que têm Índice de Desenvolvimento Social baixo - IDS 0,330 e 0,318, respectivamente) permanecerem sem cobertura de ESF até hoje. Vale ressaltar que, o IDS é tido pelo Ministério da Saúde, como um determinante social importante a ser considerado na saúde da população brasileira. O IDS carioca (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, Censo 2010; Cálculos: IPP/DIG) é calculado para um conjunto de recortes geográficos constituídos por: 10.144 setores censitários; 5 Áreas de Planejamento (AP); 16 Regiões de Planejamento (RP); 33 Regiões Administrativas (RA); 160 bairros; e, 827 favelas. Sendo utilizados 8 indicadores para sua composição: analfabetismo (entre 10 a 14 anos de idade); domicílios com rede de abastecimento de água e esgoto adequados; domicílios com coleta de lixo regular; número médio de banheiros por morador; e, rendimento per capita dos domicílios.

Para esta discussão, e melhor análise das informações, considerou-se a distribuição de frequência do IDS em três recortes, segundo dados do IPP, sendo: baixo (0,118 - 0,500), médio (0,501 - 0,700) e alto (0,701 - 0,919). Conforme o gráfico 4, olhando-se apenas as áreas de planejamento da cidade, não se teria no Rio de Janeiro IDS baixo, o que poderia indicar boa escolaridade e bons níveis de conforto e saneamento básico da população carioca.

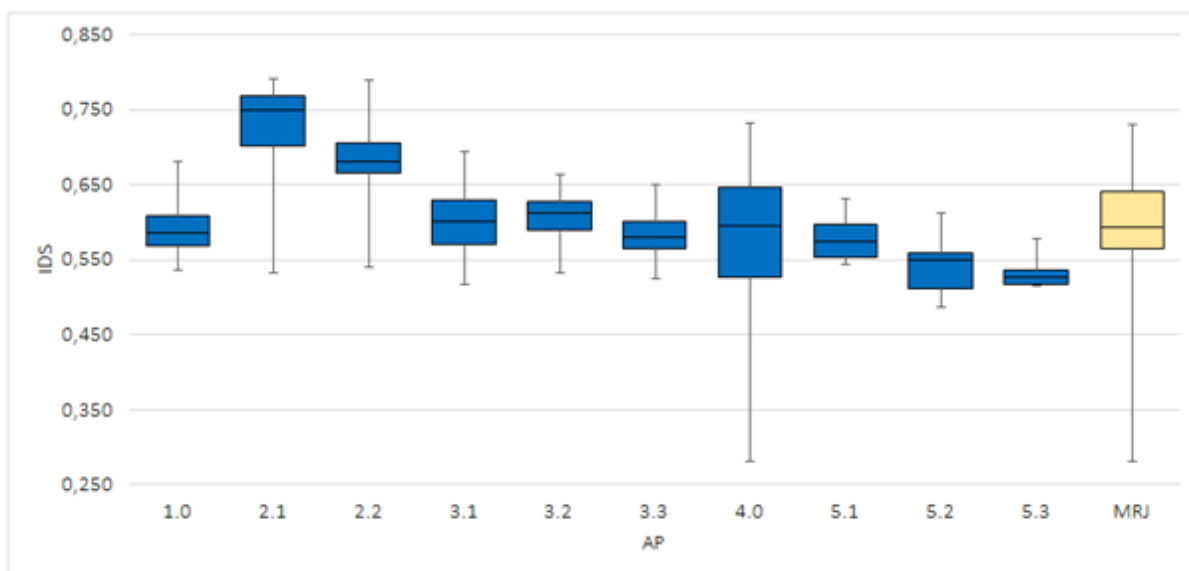
Gráfico 4 - Índice de Desenvolvimento Social (IDS), segundo as Áreas de Planejamento, Município do Rio de Janeiro, 2010.



Fontes: dados - IBGE.Censo 2010; cálculos - IPP/DIG

Ainda sim, se olharmos os IDS apenas por Bairros, dos 160 Bairros cariocas, apenas 1,9% têm IDS baixos (0,118 - 0,500), 85,6% têm IDS médio (0,501 - 0,700) e 12,5% têm IDS alto (0,701 - 0,919). No entanto, percebe-se pelo gráfico 5, que a os Bairros com maior variação de IDS estão localizados na área de planejamento 4.0, que apresenta IDS médio superior ao do município do RJ. Inclusive, na distribuição dos bairros, os dois bairros com os IDS mais baixos da cidade estão localizados na AP4.0, são eles: Grumari (IDS 0,282) e Vargem Grande (IDS 0,453).

Gráfico 5 - Índice de Desenvolvimento Social (IDS), segundo os Bairros, por AP, MRJ, 2010.



Fontes: dados - IBGE.Censo 2010; cálculos - IPP/DIG

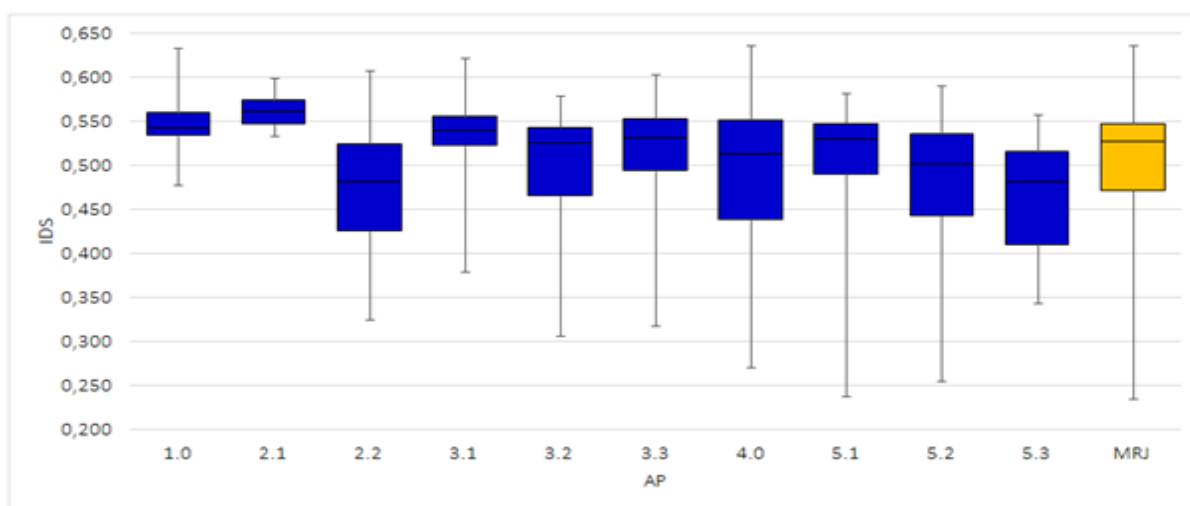
Sabe-se que a cidade do RJ é marcada pelas intensas desigualdades sócio-econômicas. E, nos 160 Bairros cariocas, temos distribuídas 827 favelas (IBGE, 2010). Destas, 33% apresentam IDS abaixo de 0,500 e as outras 67% apresentam IDS médio (0,501 - 0,700). Das favelas com os menores IDS da cidade, a Comunidade do Gouache e Sítio da Amizade não foram localizadas geograficamente e nem histórico. As demais, apresentam cobertura de saúde como segue:

1. Favela da Rua Euclides Roxo (IDS 0,239), localizada geograficamente no Bairro de Realengo/AP5.1, ganhou cobertura de ESF em setembro de 2017 (Fonte: CNES, 2020);
2. Favela da Pousada dos Cavalheiros (IDS 0,256), localizada geograficamente no Bairro de Santíssimo/AP5.2, ganhou cobertura de ESF em junho de 2012;
3. Estrada do Pau da Fome (IDS 0,271), localizada geograficamente na no Bairro de Jacarepaguá/AP4.0, ainda hoje não tem cobertura de ESF;
4. Favela da Rua Zenitildes Alves Meira, nº L33 (IDS 0,274), localizada geograficamente no Bairro de Vargem Pequena, AP4.0, ganhou cobertura de ESF em outubro de 2011 (Fonte: CNES, 2020);

5. Favela da Estrada Guandu do Sena, nº 1.057 (IDS 0,281), localizada geograficamente no Bairro de Campo Grande, AP5.2, ganhou cobertura de ESF em janeiro de 2016.

Entre as 174 favelas com IDS baixo, duas não foram localizadas, as demais estão distribuídas da seguinte forma: na AP1.0 há apenas uma (0,6%), na AP2.2 há cinco favelas (2,9%), na AP3.1 há seis favelas (3,5%); na AP3.2 há sete favelas (4,1%), na AP3.3 há 24 (14%), na AP 4.0 há 55 (32%), na AP5.2 há 51 (29,7%), e na AP5.3 há 23 (13,4%).

Gráfico 6 - Índice de Desenvolvimento Social (IDS), segundo Favelas, por AP, MRJ, 2010.



Fontes: dados - IBGE.Censo 2010; cálculos - IPP/DIG

Portanto, de acordo com os dados do IBGE (2010), tantos os bairros quanto as favelas com os IDS mais baixos da cidade, estão localizados na AP4.0. Estes dados vão de encontro à cobertura populacional de ESF por AP, na qual a AP4.0 ocupa a antepenúltima posição da cidade (49,32% de cobertura), mesmo no ano em que tínhamos a maior expansão da ESF (Quadro 2).

Quadro 2: Distribuição das unidades de Atenção Primária à cidade e cobertura populacional pelas Equipes de Saúde da Família, por AP, MRJ, 2018.

| AP | POPULAÇÃO ¹ | UNIDADES ² APS (CF+CMS) | TOTAL EQUIPES ² | COBERTURA 2018 ^{2*} |
|-----|------------------------|------------------------------------|----------------------------|------------------------------|
| MRJ | 6.320.446 | 227 | 1.292 | 70.52% |
| 10 | 297.976 | 16 | 81 | 93.78% |
| 21 | 638.050 | 13 | 64 | 34.61% |
| 22 | 371.120 | 10 | 45 | 41.83% |
| 31 | 886.551 | 31 | 221 | 86.00% |
| 32 | 569.970 | 23 | 120 | 72.64% |
| 33 | 942.638 | 31 | 181 | 66.24% |
| 40 | 909.368 | 18 | 130 | 49.32% |
| 51 | 671.041 | 26 | 163 | 83.80% |
| 52 | 665.198 | 34 | 162 | 84.02% |
| 53 | 368.534 | 25 | 125 | 117.02% |

Fonte 1: População - censo demográfico, IBGE 2010.

Fonte 2: Plataforma SUBPAV, extraído em 22/03/2018, "Cálculo de cobertura: (Total de Equipes * 3.450) / Total população)

A primeira Clínica Família inaugurada no período da RCAPS foi a Clínica da Família Olímpia Esteves, em 14 de novembro de 2009, localizada no Bairro de Padre Miguel (IDS médio - 0,582), na AP5.1. Por meio de georreferenciamento, com base na plataforma do site Onde ser atendido? da cidade do RJ, nota-se que a AP5.1 tem 74 favelas (9% das favelas do município do RJ). No Bairro de Padre Miguel, especificamente, há 8 favelas. A favela em Padre Miguel com IDS mais baixo é a da Rua Humberto Teixeira (IDS 0,438), que ocupa a posição 142 na cidade (considerando-se o total de 827 favelas), muito atrás da Favela da Rua Euclides Roxo (IDS 0,239), que ganhou cobertura de ESF apenas em setembro de 2017, equivalente ao período de transição das normativas de RCAPS para a RSAPS.

Após os gráficos apresentados, percebe-se que os dados apenas dão robustez à análise documental realizada, na qual identifica-se que a alocação/implementação das equipes de ESF, no período da RCAPS, ocorreu conforme interesses e acordos políticos que não representam a necessidade da população em condições de vulnerabilidade social. E, portanto, não demonstram prioridade e nem preocupação com a redução das iniquidades.

No documento de RCAPS, referente ao eixo 2, relativo à governança clínica e gestão do conhecimento, algumas ações merecem destaque, como a padronização de procedimentos e ações de saúde para todas as unidades. Desde então, a realidade na APS virou uma equação matemática, cuja preocupação não é compreender o comportamento das pessoas e a sua história, mas sim compreender aquilo que é possível medir.

A carteira de serviços foi é um importante instrumento na ideologia gerencialista, pois fundamenta suas competências e determina um conjunto de normas que devem ser seguidas, de forma pragmática. E, com isso, legitima o lucro como finalidade. Esse controle sobre a prestação dos cuidados é chamado de doença da medida, pois resume-se à uma análise matemática (GAULEJAC, 2007). Como exemplo, as unidades básicas precisavam preencher mensalmente uma planilha chamada de carteirômetro, por onde as atividades (variáveis mensuráveis) postas na carteira de serviços eram monitoradas.

Vale lembrar que as variáveis não mensuráveis (ex.: emoções, afetos etc) representam risco à gestão e devem ser neutralizadas a todo momento. Conflitos são considerados como disfunções e, por este motivo, realizou-se a avaliação de desempenho dos profissionais, buscando manter apenas os profissionais com comportamentos desejáveis aos interesses matemáticos. Este revela-se como um dos motivos para a terceirização em massa, pois torna possível submeter o conhecimento dos recursos humanos contratos à critérios de eficiência, rentabilidade e utilidade.

Seguindo esta mesma lógica, as ações de sustentabilidade, cujo certificado de reconhecimento sobre a qualidade prestada e a estimativa de custeio mensal de cada equipe, eram considerados padrões fundamentais de desenvolvimento para a APS. Se por um lado a adesão voluntária ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) e o Certificado de reconhecimento do cuidado com qualidade (CRCQ) representavam um estímulo às unidades/equipes e qualificava o processo de trabalho das mesmas. Por outro lado, os dados apresentados pelas equipes nem sempre refletiam a realidade do território adstrito. No entanto, em um contexto geral, este pode ser considerado um aspecto positivo deste período. o mesmo vale para o accountability (eixo 4).

Outro aspecto positivo deste período, foi a criação da aplicativo Onde ser atendido?. Trata-se de uma importante ferramenta para o trabalho em rede, que contribui para o fluxo e segurança do usuário e profissionais da rede nos três níveis de atenção à saúde, pois informa a unidade de saúde de referência no RJ (localização geográfica, telefones para contato, horário de funcionamento e a equipe responsável pelo cuidado).

No que se refere à viabilidade financeira da APS neste período, a estimativa de custeio/mensal das equipes de ESF não tinham transparência e foi amplamente criticada a partir de 2016, quando houve mudança na gestão municipal, que alegou inviabilidade de manutenção e justificou o período de RSAPS.

No eixo 4, destaca-se a ação de descentralização da regulação, aspecto que contribuiu para a coordenação do cuidado e integralidade da assistência. Embora haja a necessidade de qualificar tanto o Sistema Nacional de Regulação (SISREG⁹) quanto às informações registradas pelos profissionais de saúde.

No tocante ao eixo 5 das linhas estratégicas da RCAPS, a resposta a tempo e hora nos estudos do SISREG, é tratada sem considerar o diagnóstico situacional de cada território e suas determinações sociais sobre a saúde. Enfatiza-se apenas a importância da redução da fila de espera que, em um cenário de desigualdade social relevante, causa grande prejuízo à qualidade da assistência prestada à população carioca e tensiona os profissionais responsáveis pelo cuidado.

Com tal característica, em pesquisas de PCATool-Brasil¹⁰, as unidades em áreas de grande vulnerabilidade social, recebiam avaliações ruins. Pois, as pessoas tinham dificuldades para serem atendidas em suas demandas, devido ao quantitativo de cadastro populacional por equipe de ESF e pela grande vulnerabilidade social da área adscrita.

Importante mencionar que no ano de 2013, em avaliação dos três primeiros anos de Clínicas da Família, o PCATool-Brasil no município do RJ (Harzheim,

⁹ SISREG: "Sistema on-line, criado para o gerenciamento de todo complexo regulatório indo da rede básica à internação hospitalar, visando a humanização dos serviços, maior controle do fluxo e otimização na utilização dos recursos." (disponível em <http://sisregiii.saude.gov.br/>)

¹⁰ PCATool-Brasil: Instrumento de avaliação da Atenção Primária à Saúde, por meio da mensuração de aspectos de estrutura, processo e resultados dos serviços de saúde. (Brasil, DF, 2010)

Lima e Hauser. 2013) apontou para o cuidado com os riscos do espaço físico ser insuficiente no atendimento à população e à falta de recursos humanos qualificados. Houve então o investimento na residência médica como estratégia para formar e fixar bons profissionais.

Mas, em nenhum momento, houve menção ou valorização de indicadores de vulnerabilidade social e/ou excesso de usuários cadastrados nas equipes de ESF. Como se as determinações sociais não exercessem influência direta na condição de saúde da população e no atendimento à esta.

O eixo 6 das linhas estratégicas da RCAPS, refere-se à transparência financeira, rede de atenção à saúde e linhas de cuidado. Num contexto geral, as ações orçamentárias relatadas não foram desenvolvidas, como exemplo as reuniões sobre orçamento com cada unidade. Não obstante, o aumento da oferta de vagas no SISREG foi um aspecto positivo no período da RCAPS.

Por fim, o que Gaulejac (2007), menciona sobre a doença da medida, fica nítido na citação abaixo, escrita pelo próprio gestor municipal à época.

A experiência carioca na APS demonstra que os indicadores de avaliação de desempenho devem ser baseados em prática clínica de qualidade, registrados mediante a utilização de prontuário eletrônico. E que o efeito de comportamentos oportunistas pelos profissionais de saúde pode ser evitado com uma política global para promover o bom trabalho, premiar e apoiar aqueles que já estão fazendo bem, incentivar aqueles que podem melhorar, introduzir as correções necessárias e, principalmente, reavaliando periodicamente a lista de indicadores que pontuam para esse incentivo extra. (SORANZ, PINTO E PENNA, 2016, p. 1335)

Outro aspecto relevante foi a implementação de diferentes prontuários eletrônicos privados, dificultavam a comunicação em rede na APS e causou grandes prejuízos éticos, dentre outros. Isto porque, quando havia quebra de contrato com alguma empresa privado dos prontuários eletrônicos, a mudança de prontuário eletrônico compromete o seguimento do cuidado, porque se perdiam todas as informações registradas dos cidadãos. Estas mudanças de prontuários eletrônicos gerou preocupações, na medida que era preciso recadastrar todos os cidadãos no sistema em pouco tempo, e ainda não se conseguia ter acesso aos dados, histórico clínico dos cidadãos acompanhados pelas ESF. Além disto, a falta de um prontuário eletrônico unificado para todas as unidades de APS, tornava o trabalho em rede mais difícil e fragmentado.

2.3. NORMATIVAS DA REORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

Em outubro de 2018, a SMS/SUBPAV/RJ, apresentou um plano de RSAPS, embasado por um estudo de otimização de recursos. O documento reconhece a expansão da rede de atenção primária à saúde ocorrida na cidade do RJ de 2009 a 2016, especialmente nas dimensões de acesso (cobertura geográfica de ESF) e de qualidade (aceitabilidade e efetividade). Mas, relata ter ocorrido uma imprudência nestas dimensões, no que se refere à: poder aquisitivo, adequação e equidade. O que seria fruto de uma expansão desordenada, sem custeios para a manutenção das novas equipes, demonstrando-se não sustentável, financeira e geograficamente, nos anos subsequentes, e desencadeou a aplicação do plano de RSAPS em 2019.

Por meio do discurso de avaliação das dimensões de serviços e custos operacionais, o documento visou identificar oportunidades de aumento de eficiência da APS, melhor relação custo benefício e melhores resultados em saúde. Este discurso, alinhado ao neoliberalismo e baseado na Teoria do Capital Humano, utilizou a filosofia Lean para definir os blocos de ações (Quadro 3). O documento ainda menciona a intenção em manter a APS e a ESF, em respeito às evidências científicas dos benefícios geradas por estas. No entanto, houve o Redimensionamento do número de equipes, em duas fases de análise, uma quantitativa e outra qualitativa.

A primeira fase, teve como objetivo obter informações sobre todas as eSF, a fim de se determinar critérios de seleção para tornar a redução do quantitativo de eSF justificável. Os critérios para elegibilidade de desativação, seguiram escores para cinco itens: índice de Desenvolvimento Social (IDS médio e alto, > 0,567; IDS baixo seria fator protetor); população cadastrada por equipe (abaixo de 3000 usuários), têm relação custo-benefício desfavorável; produção ambulatorial em consultas médicas e de enfermagem nos últimos dois anos (baixa produção, < 75% do esperado); cobertura assistência (menos de 40% da população já atendida), onde a maior parte da população tem acesso à saúde suplementar; e, programas de ensino estratégicos (eSF sem Residência Médica ou de Enfermagem). A partir deste escore, foram indicadas, pela SUBPAV, 230 eSF

para desativação. Que, posteriormente, tiveram a viabilidade avaliadas pelos Coordenações das Áreas de Planejamento em saúde do município. Ou seja, essa análise qualitativa, visou validar a elegibilidade.

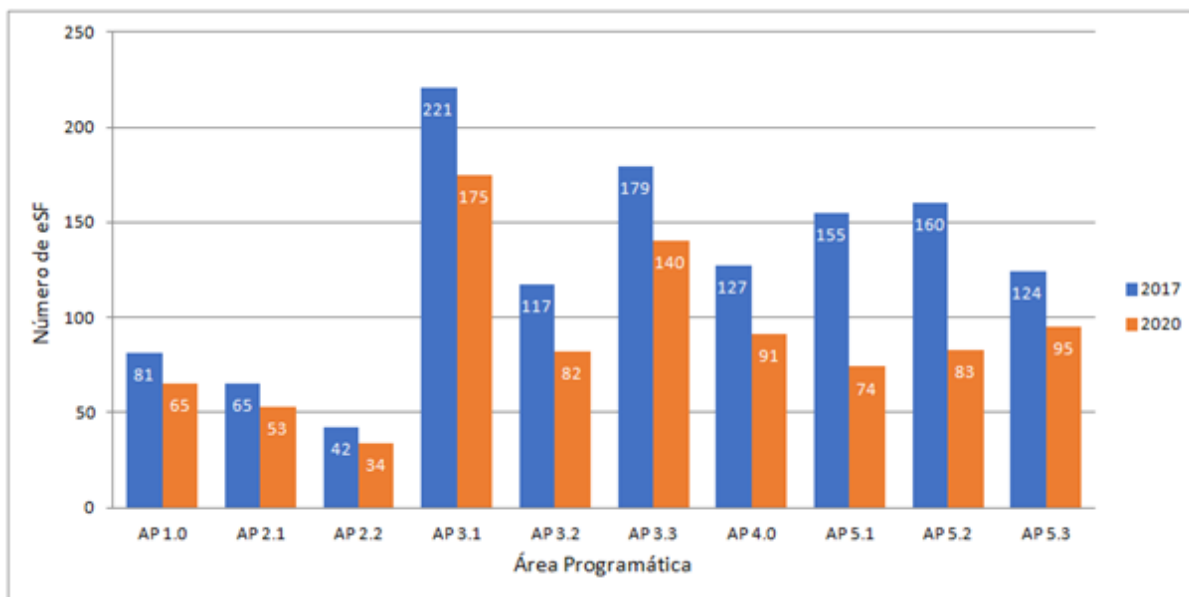
Quadro 3: Blocos de ações a serem monitoradas, MRJ, 2018.

| BLOCOS | TIPO DE SERVIÇOS |
|--------|--|
| 1 | Redimensionamento do número de equipes |
| 2 | Criação de tipologia de equipes com melhor custo-benefício |
| 3 | Recursos Humanos |
| 4 | Categorização e distribuição de serviços |
| 5 | Simplificação e padronização de insumos |

Fonte: SUBPAV, 2018, p. 11.

Concluiu-se que 184 eSF seriam desativadas (gráfico 7), pelo baixo custo-benefício, uma redução de 14,6%. O mesmo escore foi utilizado para o dimensionamento das eSB, e resultou em 55 eSB desativadas, o que piorou o acesso assistencial da população. A fim de minimizar os danos de uma revolta popular, manteve-se a cobertura populacional do ano anterior. O documento não faz menção sobre as determinações sociais sobre a saúde e nem sobre o ônus nas dimensões de acesso e qualidade, tanto para a população, quanto para os profissionais de saúde da APS. Vale destacar que, até momento, a desativação de uma equipe em área nobre da cidade não cobriu áreas com maior vulnerabilidade, assim como não houve o estímulo aos programas de residência em Saúde da Família, como o documento menciona. Além da relação de equipes de saúde bucal (eSB) para equipes de saúde da família, que se manteve em 1 para 3 porém sem Auxiliar de Saúde Bucal, apenas com Cirurgião Dentista e Técnico de Saúde Bucal.

Gráfico 7: Número de equipes de saúde da família completas, por área de planejamento, MRJ, 2017 e 2020.



Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil - CNES.

Considerando-se a PNAB de 2017, que flexibilizou os tipos de equipes para a APS e define novos modelos DE equipe, como a equipe de Atenção Básica. Deixando a critério de cada município a composição de equipe da APS, sem priorizar a ESF. A partir desta flexibilidade e com o discurso de custo benefício, a SUBPAV estruturou a tipologia das equipes remanescentes, que varia conforme características do território e utilização dos serviços (Quadro 4). No que se refere aos Recursos Humanos, há grande influência ideológica neoliberal no documento norteador. Numa perspectiva gerencialista alinhada com o discurso do último relatório do Banco Mundial, de fazer mais com menos recursos e reduzir os desperdícios, aplicou-se o método Lean. Trata-se da teoria do capital humano transvestida na ideologia Lean, com o mesmo fator indispensável na base de cálculo: o fator humano.

A aplicação da ideologia Lean na saúde vela o interesse maior de superexploração do trabalhador. Assim como os conceitos de pedagogia das competências, empregabilidade (Frigotto & Frigotto, 2005; Ramos, 2006, in Frigotto, 2009), dentre outros. Buscou-se configurar o capital humano no redesenho da Atenção Primária à Saúde por meio da filosofia Lean, pois estabelece uma estrutura organizacional do tipo funcional colaborativa, que agrupa tarefas em áreas de conhecimento, como forma de otimizar o tempo e

atividades nucleares das equipes. E, passam a medir o impacto e a eficácia das ferramentas, métodos e técnicas. Perceptível pela precarização do trabalho, com perdas de direitos e oferta de salários mais baixos para os profissionais das equipes remanescentes, desconsiderando as determinações da saúde e agravando as desigualdades entre indivíduos e grupos.

Quadro 4: Blocos de ações a serem monitoradas, Plano de RSAPS, MRJ, 2018.

| TIPO DE EQUIPE | RESIDÊNCIA EM ESF | MÉDICO | ENFERMEIRO | TÉC. DE ENF. | ACS | CADASTROS |
|---|-------------------|--------|------------|--------------|--|---|
| 1 - ESF | Preferencialmente | 1 | 1 | 1 | 1 p/ cada 750 pessoas | cadastro ativo |
| 2 - ESF | Obrigatório | 1 | 1 | 1 | | |
| 3 - ESF | | 1 | 1 | 1 | conforme necessidade de busca ativa e mobilidade da equipe | 3.500 pessoas cadastradas, com cadastro ativo e passivo |
| 4 - Atenção Básica (Modelo tradicional) | | 1 | 1 | 1 | 1 | até 18.000 pessoas cadastradas; com cadastro passivo. |

Fonte: SUBPAV, 2018. Adaptado pela autora.

São definidas três lideranças desejadas: Responsável Técnico Médico e de Enfermagem (para a atenção aos usuários e suas famílias) e Coordenação Administrativa (para atividades de suporte, como: serviço de apoio diagnóstico terapêutico, manutenção, limpeza, vigilância, etc) . Que, terão uma sala compartilhada como forma de estimular o espírito de equipe, facilitando e agilizando a tomada de decisão e a mediação de conflitos, além de reduzir as resistências naturais na implantação de uma nova forma de trabalho. Pautado na responsabilidade social com o financiamento público, entra o discurso de: controle das ações e serviço; produção ambulatorial das equipes; e, a distribuição de Recursos Humanos, para melhor aproveitamento das ofertas de serviços.

É pertinente ressaltar que a atenção primária do RJ conta com 122 Clínicas de Saúde da Família e 110 Centros Municipais de Saúde, e que o estudo cortou 184 de eSF, sem redução na cobertura territorial do ano anterior. Isto, com o respaldo nas normas da Política Nacional de Atenção Básica de 2017. A visão de trabalho em grupo se configura na lógica neoliberal, apenas para não perder o foco e evitar a personalização de culpas, dissolvendo responsabilidades no grupo. Ligado à lógica de utilitarismo, avaliação de desempenho e por competências, que atribui ao indivíduo/grupo a responsabilidade por ser desempregado ou por estar em condição de subemprego, pois o mesmo teria a liberdade de escolha, deixando o indivíduo acreditar que ele não fez boas escolhas durante os anos.

Quadro 5: Grupos de serviços, por tipologia, MRJ, 2018.

| GRUPOS | TIPO DE SERVIÇOS |
|--------|-----------------------------------|
| 1 | ESSENCIAIS DE NATUREZA CONTINUADA |
| 2 | COMPLEMENTARES SOB DEMANDA |
| 3 | COMPARTILHADOS PELAS UNIDADES |
| 4 | CONCESSIONÁRIAS |

Fonte: SUBPAV, 2018, p. 11.

Na reorganização dos serviços ofertados, estes foram categorizados em quatro grupos (Quadro 5), sendo: serviços essenciais de natureza continuada, são os que não podem ser interrompidos, pois comprometem as atividades da APS (ex.: portaria, impressora, ponto biométrico, remoção de lixos, manutenção de equipamentos, dentre outros); serviços complementares sob demanda, relacionada ao modelo de gestão empresarial, que contempla os pacotes de serviços adicionais, em caso de necessidade poderá ser solicitado (ex.: materiais para limpezas específicas, jardinagem, telefonia, manutenção, prontuários eletrônicos, ultrassonografia, raio x, manutenção de elevadores, dentre outros); serviços compartilhados pelas unidades são os complementares, cujo custo e a fiscalização são descentralizados (ex.: motoboy e transporte); e, serviços de concessionárias são os básicos porém fundamentais para o bom andamento da unidade (ex.: luz, água, esgoto, telefone e internet). No que se refere aos insumos, segundo o documento da SUBPAV (2018, p. 15), trabalhará com 8 grades:

material médico cirúrgico; imunobiológicos; medicamentos da atenção básica; saneantes; material para esterilização; curativos de odontologia e papelaria.

Quadro 6: Lista dos Indicadores de processo da ESF, MRJ, 2018.

| INDICADORES | OBJETIVOS APRESENTADOS |
|---|---|
| Cobertura Assistencial | Avaliar o contato da população com o serviço de saúde da APS (acesso) |
| Média de atendimentos de médicos e enfermeiros por habitante | Avaliar a produção ambulatorial de medicina e enfermagem (acesso) |
| Proporção de serviços ofertados pela Equipe de Saúde da Família (incluindo DIU) | Avaliar resolutividade da APS |
| Proporção de encaminhamentos para serviço especializado | Avaliar resolutividade da APS |
| Tempo médio para agendamento SISREG para consultas e exames | Avaliar a eficiência do processo interno de regulação (coordenação) |
| Proporção de ouvidorias por dificuldade para ser atendido na unidade | Avaliar a o acesso à APS pela perspectiva da população (acesso) |
| Índice de ações realizadas pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) | Avaliar a produção de trabalho do NASF em suas diversas modalidades |
| Razão de coleta de material citopatológico do colo do útero | Estimar a cobertura do rastreio |
| Proporção de gestantes com 6 ou mais consultas de pré-natal | Não há objetivo descrito no documento |
| Cobertura Vacinal de Pentavalente em menores de 1 ano | Não há objetivo descrito no documento |
| Proporção de RN com atendimento na primeira semana de vida | Não há objetivo descrito no documento |
| Proporção de casos de Sífilis na Gestação com Tratamento Adequado | Avaliar a qualidade do cuidado da sífilis na gestação |
| Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial | Avaliar a efetividade do tratamento da tuberculose pulmonar |

Fonte: SUBPAV, 2018, p. 17. Adaptado pela autora.

No último bloco reorganizado, trabalhou-se a lógica de monitoramento mensal dos indicadores de processo elencados (Quadro 6), com o objetivo de acompanhar a segurança e a efetividade das mudanças propostas no documento, assim como aumentar sua eficiência e custo-benefício, assegurando a oferta de ações estratégicas e a satisfação do usuário. Estes foram chamados de

marcadores do desempenho das equipes e fica claro que servirão como base para ajustes futuros. Percebe-se que alguns indicadores não apresentam objetivos descritos e as bases de cálculo não foram apresentadas.

CAPÍTULO 3

A (DES)CONSTRUÇÃO DO DIREITO À SAÚDE NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO, NOS ÚLTIMOS 10 ANOS.

3.1. UM BREVE HISTÓRICO SOBRE LEI, JUSTIÇA E DIREITO

Ao longo dos anos, tem-se apresentado dificuldades na compreensão dos termos lei, justiça e Direito, e essas permitem brechas políticas para o domínio da lei. A fim de tentar compreender melhor estes três termos, em especial no contexto do SUS, faz-se necessário, primeiramente, entender que o capitalismo não é consequência da democracia. Vale lembrar que foi através de muitas lutas que se conquistou o estado democrático por direito, e que a democracia inclusive minimizou(a) alguns efeitos destrutivos do capitalismo.

Duarte (2010), em seu artigo sob análise das obras do historiador Thompson relacionadas ao tema lei, traz exatamente esta discussão, e menciona a lei, como reguladora de interesses e conflitos humanos. Numa análise sobre lei e costumes, o autor lembra que Thompson trouxe a lembrança do período da Revolução Industrial iniciada no século XVIII, no qual os pequenos proprietários foram desaparecendo e as propriedades, terras ou posses não poderiam permanecer sendo repassadas exclusivamente de forma hereditária, uma vez que isso se tornaria constante ao longo da história. O que criou os costumes de vir a propriedade como um bem comercializável. E, nesta idéia de costume que se estabeleciam as relações sociais e determinavam a forma e o conteúdo da lei, à época, por meio do direito à herança.

Desta forma, Thompson menciona que havia uma disputa entre a economia de mercado e os costumes e tradições, o que influenciava diretamente nas novas definições de Direito e suas consequências, assim como instabilidade para os pobres, que têm seus costumes de herança rompidos com os cercamentos dos campos no século XVIII. Percebe-se que a relação costume versus lei apresentavam muitas fragilidades. Uma vez que os costumes eram oralmente herdados, na maioria das vezes, cabendo o discurso ser socialmente aceito pela lei, que por sua vez, também não era clara. Tal relação gerava um campo de disputa indefinido, cujo cenário de embate tinha dois lados: o tradicionalismo (a economia moral dos pobres) e a nova economia política (a lógica do mercado).

Assim, o que estava em disputa, portanto, eram os limites do que era lícito ou ilícito fazer e de como poderia ser feito; era a noção de liberdade de organização e manifestação, a liberdade da palavra e da sua expressão pública. (DUARTE, 2010. p. 178)

Para Thompson, no século XVIII, a sociedade inglesa viveu um período de consenso moral através da ilusão que o constitucionalismo aparentava, pois ao mesmo tempo que as autoridades tinham limites por meio de um discurso liberal, também havia preservado os conservadores e reformadores por meio de um código penal com leis meticulosas. Desta forma, as leis protegem os ingleses contra um poder arbitrário, mas ainda haviam poucos direitos difundidos e apareciam como um problema político e teórico à época, que para Thompson era como um campo de batalhas com diversos obstáculos.

O sistema de júri instituído, ficava entre a lei e efetiva punição, e era como uma arena pública para os conflitos, sendo parte fundamental no tenso equilíbrio da sociedade, pois permitia que a opinião pública defendesse a liberdade individual, muitas vezes dando tranquilidade aos oprimidos e gerando insegurança aos opressores. Desta forma, os conflitos no sistema de júri se davam de duas maneiras: teatralização (para a dominação de classe) ou proteção (para o homem comum). Destacam-se algumas formas de protesto social em regiões que as formas de defesa coletiva ainda deixavam brechas para a repressão, dentre elas as cartas anônimas que eram utilizadas pelos oprimidos como código regulador em momentos de crise (escassez ou preços elevados), até mesmo pela baixa proporção de condenações, seja pela dificuldade de comprovação na autoria das cartas ou pela proteção do sistema de júri. Isto tornava difícil pensar num mundo no qual o mercado e os preços não fossem ajustáveis aos pobres.

As cartas anônimas podem ser usadas de muitas maneiras, como desagravo pessoal ou simples meio de extorsão; nesse caso, elas não pertencem a uma fase determinada do desenvolvimento social. Portanto, a carta anônima é a mais primitiva forma de protesto social e industrial, protesto no qual a vitimização era uma constante e diretamente proporcional à proteção que a comunidade podia oferecer “contra a vingança dos influentes. (DUARTE, 2010. p. 179)

Duarte lembra que Thompson manifesta dois tipos de compreensão do universo da lei, dependendo do contexto: ora aparece como mediação dos conflitos de classe e ora como expressão da dominação de uma classe sobre a

outra. Na forma de mediação dos conflitos de classe, a função e objetivo da lei estão mais voltados para o exemplo do que à disciplina ou pena corretiva, como forma de desdobramento das práticas e ações sociais. Seu eixo central estava na legitimidade por meio do reconhecimento público. Sendo para isto, necessárias regras e procedimentos padronizados baseados em critérios lógicos e princípios de igualdade e universalidade. Sendo respeitadas por todos. Já na forma de expressar a dominação de uma classe sobre a outra, a lei é um instrumento de poder de classe. Como na tradição marxista, na qual a lei seria uma super estrutura, esquemática, com regras e sanções que garantem o poder de uma classe e resultam das relações de produção e forças produtivas.

Thompson de maneira alguma nega que haja uma função classista e mistificadora na Lei. Porém, ela não pode ser reduzida a apenas isso ou a uma mera tipologia de estruturas e superestruturas. A Lei pode ser vista como ideologia, ou como regras e sanções específicas que mantêm uma relação ativa e definida com as normas sociais; pode ser compreendida, também, nos termos da sua própria lógica ou como regras e procedimentos específicos... Entretanto, segundo Thompson – e essa é a questão-chave –, os dominantes não necessitavam da lei para oprimir os dominados. E os dominados não necessitavam de lei alguma. (DUARTE, 2010. p. 182)

No entanto, a lei deve ser seguida por todas as classes, e esta crença compartilhada é que educa e disciplina ambos. Pois, mesmo que a ideologia domine a lei, esta não pode ser desacreditada. A fim de garantir a mediação de conflitos mas também a civilização, seja entre dominados e dominantes ou mesmo entre os dominantes entre si, etc. Desse modo, o sistema jurídico estabelece um mínimo de ordem social, pois é uma forma de: o grupo dominante autodisciplinar-se, impondo seu ponto de vista aos demais da sua própria classe; orientar, educar e disciplinar as demais classes; e, mostrar a disposição dos dominantes em negociar com dominados. A discussão principal de Thompson é que a lei não é imparcial e nem abstrata, mas sim uma impostura diante das desigualdades sociais. Duarte relata que negligenciamos sistematicamente a diferença fundamental entre o poder arbitrário e o domínio da lei. As lutas de classes ganharam mais espaço ao longo do tempo, graças aos movimentos de luta coletiva em defesa da liberdade civil, da cidadania e da democracia. E ressalta que, a apatia política é o que mais prejudica a defesa da democracia, pois é alimento para o autoritarismo. Ou seja, a falta de opinião e de escolha enfraquece

a discussão necessária para a construção da política e direitos e tira o foco nas ações populares. Desta forma, não conseguimos alcançar os resultados esperados e ficamos reféns do poder arbitrário. Faz-se necessário rever a crítica aos regimes liberais democráticos. Pois, a democracia não é um instrumento do capitalismo, mas sim uma defesa das regras do jogo (BOBBIO, 2000 in Duarte, 2010).

No caso do Brasil, há uma opção por estratégias organizativas, conservadoras e de mera sobrevivência, que evitam o conflito. Isto porque, as desigualdades sociais são tão profundas que ações coletivas geram riscos elevados de piorar a situação de desigualdades. (SANTOS, 2006, p. 179-180 in Duarte, 2010). Há várias discussões sobre a constituição dos direitos de cidadania no Brasil. Duarte cita três momentos históricos de implantação da cidadania no país, que seguem uma linha evolutiva e lógica:

- Século XVIII - Ocorreu o desenvolvimento dos direitos civis (todos serem iguais perante a lei; o direito de ir e vir; direito à propriedade, a vida etc);
- Século XIX - Ocorreu o desenvolvimento dos direitos políticos, que com exceção dos períodos ditatoriais e as limitações no direito de voto, tratam dos direitos de participação individuais, exercidos coletivamente, no governo da sociedade;
- Século XX - Ocorreu o desenvolvimento dos direitos sociais, que bem ou mal garantem a participação na riqueza do país (aposentadoria, saúde, educação, trabalho etc).

Nesta perspectiva, alguns autores relatam que dentro dos direitos sociais que se teria condição de garantir um mínimo de bem estar social para a população, reduzindo-se as desigualdades sociais por meio da justiça social, no contexto de equidade. “Temos o direito de ser iguais quando a diferença nos inferioriza. Temos o direito de ser diferentes, quando a igualdade nos descaracteriza.” (Boaventura de Souza Santos, on-line, não paginado)

A maior dificuldade no Brasil está, em especial, no acesso à justiça. Em compreender as especificidades e peculiaridades históricas da cidadania no país, que é fruto de um jogo de avanços e retrocessos na construção de direitos, seja por meio da luta popular, seja pela aplicação da lei. O modelo de cidadania no Brasil não seguiu exatamente os passos do clássico modelo inglês, pois os direitos sociais no Brasil surgiram principalmente em virtude de concessões e

favores do Estado, no 1º Governo do presidente Getúlio Vargas, que era conhecido como o pai dos pobres. Neste período, o Brasil ganhou uma cidadania regulada, diferenciada, uma vez que não são igualitárias e exigiam uma contrapartida de inserção no mercado de trabalho. Desta forma, o conceito de seguridade social ampliado só se firmou no pós segunda guerra mundial.

A doação de direitos concedida pelos pai dos pobres, era divulgado e estava presente nos discursos de rádios etc. E, portanto, os direitos sociais no Brasil eram vistos como um favor, em troca da gratidão e lealdade dos brasileiros. No entanto, segundo o historiador Luigi Negro, apesar do brasileiro, operário cidadão, restrito e regulado/diferenciado pelo governo de Getúlio Vargas, os trabalhadores que inicialmente estavam passivos e receptivos, avançam para uma idéia de cidadania atenta, ativa e viviam a experiência de ser uma classe social. Com a experiência da democracia, a política trabalhista ganha novos contornos e amplia-se o conceito de cidadania, de forma mais expressiva, com mais justiça, luta por direitos e participação política. Ou seja, uma forma de universalismo básico, que embora ainda atravessado por relações desiguais, permitiu aos trabalhadores a formação de uma cultura política de direitos.

3.2. A (DES)CONSTRUÇÃO DO DIREITO À SAÚDE DOS CARIOCAS

Paim (2008, p. 80), afirma o princípio de que “a saúde é um direito de cada e de todos os brasileiros.” E, a garantia da saúde enquanto direito de cidadania, é consequência da luta pela democracia, na qual estrategicamente está a luta pela universalização da saúde. Essa estratégia ocorre através da reforma sanitária, na qual se busca resgatar a ideia de saúde com caráter público e a garantia da universalização e equidade. Partindo do caráter dual da saúde, que ora é vista como valor universal e desta forma permite alianças suprapartidárias e policlassistas, e ora é vista como um processo de construção social de uma utopia democrática.

No município do RJ, assim como no Brasil, o direito à saúde enquanto política pública se fortaleceu e a consciência sanitária aumentou. No entanto ainda de forma médico-centrada, curativa e por meio do aumento da judicialização. Desta forma, o momento de crise atual na saúde carioca, pede para analisarmos

com calma as propostas de mudanças, pois tendem a provocar retrocessos significativos. Como exemplo, a atual proposta de RSAPS na cidade do RJ, que além de reduzir o número de equipes de saúde da família (eSF), manteve o mesmo percentual de população da cobertura anterior. Ou seja, aumentou o número de pessoas cadastradas por cada eSF que permaneceu no território da cidade e que tem responsabilidade sanitária sobre este território redefinido, e ainda aumentou drasticamente as metas de produção de consultas em atenção básica, sem que seja possível coordenar o cuidado com qualidade e garantir o acesso (com equidade) da população. O que se observa é o aumento das iniquidades e a dificuldade em conseguir garantir a universalidade e integralidade da assistência, princípios do SUS.

A junção entre capitalismo e democracia envolve a acomodação entre esta última e a desigualdade econômica. A capacidade de mobilização e de influência política, está ligada ao controle de recursos materiais; sua distribuição excessivamente assimétrica viola o princípio de igualdade política que é básico na democracia. (MIGUEL, 2012, p. 110).

E, se olharmos a questão democrática na área da saúde nos últimos 40 anos, faz-se necessário rever os fundamentos metodológicos que nos permitiram a construção da trajetória democrática e política. Pois, os brasileiros vivem uma crise constante na atenção à saúde, principalmente pela insegurança em relação às expectativas sobre o direito à saúde, como Fleury já havia mencionado em 2009. A crise atual é percebida nas condições materiais e humanas de atenção à saúde, mas também nos processos humilhantes a que profissionais de saúde e usuários do SUS estão sendo submetidos. Para os profissionais, com a privatização da saúde e as ordens que devem cumprir, têm gerado desmotivação, aumento de doenças como síndrome de burnout ou mesmo tentativas de suicídio (Lima e Farah, 2018).

[...] analisamos a presença da Síndrome de Burnout em gerentes do município do Rio de Janeiro. Compreendemos que o mesmo está imerso a pressões frequentes, que incluem respostas ágeis e resolutivas a múltiplas questões, e que é possível que sua rotina de trabalho possa facilitar o desenvolvimento de sofrimentos psicossociais que levem ao desenvolvimento da Síndrome. (MARIZ, 2015, p. 59)

Para os usuários do SUS, as mudanças têm transformado as Clínicas das Famílias em verdadeiras UPAs (Jornal Extra, 21/07/2019), dificultando o acesso dos usuários e prejudicando a qualidade do cuidado prestado no SUS. Devemos entender que todas as questões estruturantes dos problemas do SUS devem ser pensadas à luz do critério político da equidade e não como um conjunto progressivo de ações administrativas. (FLEURY, 2009)

Uma vez que, democracia e mercado capitalista são concorrentes, pois ao contrário do capitalismo, na democracia as pessoas têm pesos iguais e não são controladas privadamente. Na prática, o capitalismo acaba sendo superior a democracia, uma vez que a autonomia coletiva está ameaçada por um grupo pequeno que monopoliza a esfera da economia. E, é justamente esta incompatibilidade entre democracia e capitalismo que gera, por vezes, “um ataque agudo de depressão” (PHILLIPS, 1999, p 17 apud MIGUEL, 2012, p 113). É neste contexto que se encontra a proposta de RSAPS, em estudo para otimização de recursos (SUBPAV/SMS/RJ, 2018), que caminha na contramão do que se é recomenda pela PNAB (2012 e 2017).

Torna-se fundamental entender a complexidade do SUS e, dialeticamente, contrapor os princípios e diretrizes que orientaram a reforma sanitária no Brasil e a atual situação do MRJ. A fim de formular novas estratégias que permitam avanços e rupturas, que assegurem a equidade. Fleury (2018), busca provocar uma reflexão sobre estes caminhos percorridos nos últimos anos, desde a conquista do direito universal à saúde por meio da Constituição Federal de 1988, sem que tenha havido a necessária radicalização da democracia, e deixa como tarefa o desafio histórico de reorganização das forças de sustentação do SUS (universal e democrático).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo se propôs a compreender os reflexos das mudanças ocorridas nos últimos 10 anos na organização da APS. Para isto, realizou-se uma pesquisa de caráter qualitativo do tipo documental, analisando-se as repercussões da reestruturação produtiva do trabalho em saúde sobre as dimensões do acesso e da qualidade da APS. E, a partir desta, discutir sobre a construção de direito e saúde, no cenário atual de crise econômica e desmonte do SUS.

Todas essas buscas consideraram os anos de 2009 a 2019, destacando-se os períodos da RCAPS e da RSAPS na cidade do RJ.

Atentando-se para esta análise histórica, foi possível observar que a construção da saúde pública no município do RJ baseou-se nas experiências de atores internacionais (Reino Unido e Portugal) e nas recomendações do Banco mundial (que tem como maior acionista os EUA).

Vale destacar o período de 2013 a 2015, quando o Banco Mundial avaliou os gastos com saúde no Brasil e emitiu um relatório (novembro, 2017), recomendando a colaboração entre os Estados, a privatização, ONGs, OSS etc. O Brasil demonstrou tanto interesse pelas reformas propostas que aprovou a nova PNAB dois meses antes da publicação oficial do relatório do Banco Mundial.

Conclui-se que, há associação entre as recomendações do relatório de Banco Mundial, as brechas presentes na PNAB (2017) e nas normativas dos últimos dez anos no Município RJ somadas à EC95, reforçam o ideário neoliberal de um Estado cada vez mais ausente e retira a credibilidade do SUS e da ESF pela população. Consequentemente, enfraquece a luta da classe trabalhadora, no que se refere aos direitos trabalhistas e aos direitos constitucionais, de acesso público e gratuito à saúde.

No relatório do Banco Mundial, há diversas contradições que perpassam pelo financiamento, privatização e a culpabilização da gestão e profissionais de saúde. Nesse mesmo documento fica claro que eficiência é sinônimo de maior exploração do trabalhador e destituição de direitos. Porém, desconsiderou-se que a intensa desigualdade estrutural no Brasil (classe sócio-econômica) provoca *condições de acesso desigual* à educação, saúde e trabalho.

Essa condição velada pela teoria do capital humano e reestruturação produtiva, atribui ao profissional de saúde a responsabilidade pela desassistência da população. Assim como induz a outros equívocos na percepção no processo saúde e doença, quando a origem social da doença estaria na própria população, pouco civilizada.

Assim sendo, conclui-se que a teoria do capital humano, ressignificada como pedagogia das competências, empregabilidade (Frigotto & Frigotto, 2005; Ramos, 2006, in Frigotto, 2009) exerce, historicamente, influência negativa sobre as políticas de saúde públicas.

Na área da saúde, segundo Pires (2000), a reestruturação produtiva ocorre por meio da: incorporação tecnológica (inovações etc); mudança no modelo de gestão (com a terceirização); mudança na estrutura organizacional; e, mudanças no modelo assistencial.

A reestruturação produtiva é marcada pela flexibilidade do trabalho e faz com que os trabalhadores de saúde tenham muitas atribuições que variam conforme a demanda do mercado.

Em especial nos últimos dez anos da APS carioca as transformações ocorridas foram significativas, com destaque à precarização do trabalho em saúde, por meio da: terceirização; aumento da contratação temporária para prestação de serviços específicos, com vínculos empregatícios precários; salários baixos; aumento do desemprego; etc. Assim sendo, o último concurso público para servidores na área da saúde no município do RJ foi em 2013, para serem alocados na atenção secundária e terciária.

Com vínculos empregatícios frágeis e sobrecarga de trabalho, inicia-se um processo de insatisfação pelos profissionais de saúde atuantes na APS, pois não é gratificante presenciar o desmonte da ESF, uma vez que há um quantitativo de profissionais insuficientes para atender às demandas da população assistida.

Além das condições de trabalho, do outro lado estão os cidadãos, usuários do SUS, que vem sofrendo as consequências do desmonte. Essas mudanças ocorridas nos períodos de RCAPS e de RSAPS, fazem com que os usuários do SUS fiquem com dúvidas quanto a eficácia da ESF.

A precarização do trabalho com perdas de direitos constitucionais e oferta de salários baixíssimos, estão presentes em todos os documentos estudados.

Evidenciando-se forte influência neoliberal sobre as normativas da APS carioca, impulsionada pela teoria do capital humano em suas diversas faces na atualidade (pedagogia das competências, empregabilidade etc).

É inegável que no período da RCAPS houve experiências satisfatórias, aqui destaca-se o fortalecimento da APS no modelo de atenção à saúde dos cariocas. Por outro lado, identifica-se uma fragilidades na gestão dos recursos, especialmente nas dimensões do acesso e de qualidade.

Quanto às repercussões da reestruturação produtiva do trabalho na atenção primária à saúde da população carioca, destaca-se a avaliação em saúde. Há duas dimensões a serem consideradas: acesso, pois se percebe que não foram consideradas as categorias: acessibilidade, acomodação, aceitabilidade e poder aquisitivo; e qualidade, no que se refere às categorias: acessibilidade, aceitabilidade, adequação e equidade.

Segundo Soranz, Pinto e Penna (2016), antes da RCAPS a cobertura populacional de equipes de saúde da família era a mais baixa entre as capitais do Brasil e equivalia a 3,5%. Após quatro anos da RCAPS, alcançou-se uma cobertura populacional de aproximadamente 40% e oito anos após passou-se de 70%. Essa expansão acelerada da ESF na cidade ocorreu às custas da privatização da saúde, ou seja, do fortalecimento da relação público-privada. No qual, todos os profissionais atuantes na ESF foram contratados por organizações sociais.

Ressalto aqui que, mesmo com todos os avanços de fato alcançados neste período de RCAPS, alguns aspectos relevantes precisam ser mencionados, como: a privatização da saúde carioca, diferentes prontuários eletrônicos e a expansão baseada apenas em cobertura populacional. Em nenhum momento, houve menção ou valorização de indicadores de vulnerabilidade social, determinações sociais sobre a saúde e muito menos sobre o excesso de cadastro populacional por equipe de saúde da família. Sem o olhar voltado para as determinações sociais na saúde da população carioca, não se reconhece a influência direta na condição de saúde desta população, o que impacta diretamente na saúde do trabalhador desta APS e na integralidade da assistência.

A preocupação com alguns determinantes sociais sobre a saúde, aparecem apenas no documento de RSAPS. Mas, na prática, não se percebe efeitos

positivos das mudanças propostas e houve piora na oferta de serviços (número de consultas, visitas domiciliares etc). Quanto ao período da RSAPS, justificada conforme citação abaixo, o documento reconhece a expansão da rede de atenção primária à saúde ocorrida na cidade do RJ de 2009 a 2016, especialmente nas dimensões de acesso (cobertura geográfica de ESF) e de qualidade (aceitabilidade e efetividade). Mas, relata ter ocorrido uma imprudência nestas dimensões, no que se refere à: poder aquisitivo, adequação e equidade. O que seria fruto de uma expansão desordenada, sem custeios para a manutenção das novas equipes, demonstrando-se não sustentável, financeira e geograficamente, nos anos subsequentes, e desencadeou o plano de RSAPS a partir de 2018.

A expansão da rede de Atenção Primária à Saúde no município do Rio de Janeiro durante o período 2009 – 2016 ... ampliou o acesso à saúde e melhorou o atendimento à população da cidade. Porém, feita de forma desordenada ... demonstrou-se não sustentável financeiramente, e não necessariamente justa quanto aos critérios de cobertura geográfica. (SUBPAV, 2018, p. 1)

Por meio do discurso de avaliação das dimensões de serviços e custos operacionais, o documento visou identificar oportunidades de aumento de eficiência da APS, melhor relação custo benefício e melhores resultados em saúde.

Com relação ao financiamento da saúde (austeridade fiscal, redução da dívida pública etc), o ideário neoliberal está conectado à órgãos financeiros internacionais. No que se refere aos Recursos Humanos, numa perspectiva gerencialista alinhada com o discurso do último relatório do Banco Mundial, de fazer mais com menos recursos e reduzir os desperdícios, aplicou-se o método Lean. Trata-se da teoria do capital humano transvestida na ideologia Lean, com o mesmo fator indispensável na base de cálculo: o fator humano.

Desta forma, houve o corte inicial de 184 eSF, porém se manteve a mesma cobertura territorial do ano anterior, o que potencializa as condições inadequadas de trabalho das equipes e as iniquidades. Além disso, observa-se um enfraquecimento estrutural do atual modelo de APS, por meio da piora significativa no desequilíbrio entre oferta e procura dos serviços na APS, diminuição da capacidade resolutiva e aumento do tempo de espera para atendimento à população. O que se sabe é que os trabalhadores das eSF estão com sobrecarga

de trabalho, sofrimento físico e psicológico devido à dificuldade em prestar a assistência com qualidade a população do macro território sanitário adscrita.

A reconfiguração do capital humano na RSAPS por meio da filosofia Lean agrupou tarefas em áreas de conhecimento, como forma de otimizar o tempo e atividades nucleares das equipes. Consequentemente, intensifica-se a precarização do trabalho, com perdas de direitos e oferta de salários mais baixos para os profissionais das equipes remanescentes. Desconsiderando as determinações da saúde e agravando as iniquidades.

Tal RSAPS gerou, na verdade, uma desorganização na assistência aos cariocas e sobrecarregou as eSF remanescentes. Que, com uma redução equivalente a 29,6% de eSF, somada a situação de vulnerabilidade social nas favelas e Bairros da cidade, apresentaram uma queda significativa nas suas atividades e não conseguem garantir a qualidade, seja dos registros ou dos serviços prestados. Contrariando o que foi apresentado como otimização dos recursos (no plano de RSAPS), e impactando diretamente na segurança do cidadão.

Em síntese, o documento de RSAPS apresenta muitas ameaças à saúde da população carioca, uma vez que: excluem o controle social de todo processo construtivo e avaliativo; priorizam o modelo biomédico de atenção à saúde, dando pouco espaço para a prevenção e promoção da saúde; e, a carteira de serviços planejada, fere os princípios da integralidade do SUS.

No que se refere ao período histórico estudado, observa-se que tanto os avanços descritos pela RCAPS quanto a proposta de RSAPS, não considera as determinações sociais e as dimensões do estado de saúde dos cariocas (uso da equidade), como critério operacional para alocação de serviços de APS no MRJ. Como exemplo analisado, as favelas com menor IDS na cidade demoraram ou nem receberam cobertura de ESF.

As mudanças têm transformado as Clínicas das Famílias em verdadeiras UPAs (Jornal Extra, 21/07/2019), dificultando o acesso dos usuários e prejudicando a qualidade do cuidado prestado no SUS. Além de ter gerado um ataque agudo de depressão em profissionais de saúde, que muitas vezes sentem-se humilhados com as ordens que devem cumprir, causando desmotivação,

aumento de doenças como síndrome de burnout ou mesmo tentativas de suicídio (Lima e Farah, 2018).

Desta forma, torna-se fundamental entender a complexidade do SUS e, dialeticamente, contrapor os princípios e diretrizes que orientaram a reforma sanitária no Brasil e a atual situação do MRJ. A fim de formular novas estratégias que permitam avanços e rupturas, que assegurem a equidade.

Vale lembrar que se trata de um desafio histórico de reorganização das forças de sustentação do SUS (universal e democrático), na qual a democracia não é um instrumento do capitalismo, mas sim uma defesa das regras do jogo (BOBBIO, 2000 in Duarte, 2010).

Sendo assim, frente às discussões elaboradas anteriormente, conclui-se que diante dos retrocessos na APS carioca, é fundamental refletir sobre alternativas que reduzam as iniquidades ao invés de potencializá-las. Como exemplo, considerar as determinações sociais na saúde para a alocação dos recursos de saúde pública.

Para tal, faz-se necessário um diálogo intercultural com movimento de luta por justiça (sanitária, global, ambiental e cognitiva), rompendo barreiras e repensando conceitos como saúde, trabalho, economia, respeito e solidariedade.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, G.S.C.; SILVA, M.J.S. **Sobre a saúde, os determinantes da saúde e a determinação social da saúde**. Rev Saúde em Debate, v 38, n 103, p. 953-965. 2014.

ANDREAZZI, M.A.R.; BARCELLOS, C.; HACON, S. **Velhos indicadores para novos problemas: a relação entre saneamento e saúde**. Revista Panamericana de Salud Pública, v. 22, p. 211-217, 2007.

ANTUNES, R. **As respostas do capital à sua crise estrutural: reestruturação produtiva e suas repercussões no processo de trabalho**. In Antunes, R. **Os sentidos do trabalho: Ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho**. São Paulo, Boitempo Editorial, 2000.

BANCO MUNDIAL. **Um ajuste justo: análise da eficiência e equidade do gasto público no Brasil**. Publicação do Banco Mundial, 2017.

BARCELLOS, C. **A geografia e o contexto dos problemas de saúde**. 1. ed. Rio de Janeiro: Abrasco, v. 1. 384p, 2008.

BRAGA, J.C.S.; PAULA, S.G. **Saúde e Previdência: estudos de política social**. São Paulo: CEBES-HUCITEC, p. 87-146, 1981.

BRASIL. Constituição Federal (1988). **Sistema Único de Saúde**. Artigos 196 a 200. Seção II. Brasília, 1988.

_____. Westin, R. **Primeira lei da Previdência, de 1923, permitia aposentadoria aos 50 anos**. Brasília: Agência Senado, edição 57, publicado em 03 de junho de 2019. Disponível em <https://www12.senado.leg.br/noticias/especiais/arquivo-s/primeira-lei-da-previdencia-de-1923-permitia-aposentadoria-aos-50-anos>. Acessado em 21/10/2019.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012 e 2017. (Série E. Legislação em Saúde).

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012 e 2017. (Série E. Legislação em Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool pcatool - Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Atenção Básica**. – Brasília : Ministério da Saúde, 80 p., 2010.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. **Estabelece diretrizes para a organização da Rede de**

Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário oficial da união, Brasília, DF, 30 dez. 2010.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. 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. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acessado em 14 jan 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Banco de dados do Sistema Único de Saúde - DATASUS, Informações de Saúde, Rede assistencial.** Disponível em <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>. Acessado em 12 de fevereiro de 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Informação e Gestão da Atenção Básica, E-GESTOR.** Disponível em <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relatoriosPublicos.xhtml>. Acessado em 14 jan 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Sistema Nacional de Regulação, SISREGIII.** Disponível em <http://sisregiii.saude.gov.br/>. Acessado em 12 de fevereiro de 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, SCNES.** Disponível em <http://cnes.datasus.gov.br/pages/consultas.jsp>. Acessado em 12 de fevereiro de 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Tecnologia da Informação a Serviço do SUS, TABNET/DATASUS.** Disponível em <http://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude/tabnet/indicadores-de-saude>

_____. Senado Federal. **Emenda Constitucional nº 95, de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências.** Brasília, 2016.

Biblioteca Virtual Sérgio Arouca, Sanitarista. **Reforma Sanitária.** Biblioteca Virtual Sérgio Arouca, Sanitarista, 2019. Disponível em: <https://bvsarouca.icict.fiocruz.br/sanitarista05.html>. Acessado em: 15/01/2020.

CAMPOS, C.E.A.; COHN, A. and BRANDAO, A.L. **Trajetória histórica da organização sanitária da Cidade do Rio de Janeiro: 1916-2015. Cem anos de inovações e conquistas.** *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2016, vol.21, n.5, pp.1351-1364. ISSN 1413-8123. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015215.00242016>.

CAMPOS, G.W.S.; RIZZOTTO, M.L.F. **O Banco Mundial e o Sistema Único de Saúde brasileiro no início do século XXI.** Artigo - Saúde e Sociedade. Scientific

Electronic Library Online, 25 (2) Apr-Jun, 2016. Disponível em <https://www.scielo.org/article/sausoc/2016.v25n2/263-276/pt/>. Acessado em 30 out 2019.

CASTRO, R. **Considerações sobre a crise atual** (Texto para debate, EPSJV, 2011)

CORDEIRO, H. **As empresas médicas: as transformações capitalistas da prática médica**. Rio de Janeiro: Graal, p.61-104, 1984.

COSTA, G.A.B. **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 (Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde) – Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2019.

COUTINHO, J. **A atual crise capitalista e as políticas públicas: dois passos atrás**. Revista Brasileira de Tecnologias Sociais, v.4, n.2, p. 95-102, 2017.

DAMÁZIO, L; GONÇALVES, C. **Desafios da Gestão Estratégica em Serviços de Saúde: Caminhos e Perspectivas**. Editora Elsevier, 2013.

DONNANGELO, M.C. **Saúde e Sociedade**. São Paulo: Duas Cidades, p. 15-28. 1976.

DUARTE, A.L. **Lei, Justiça e Direitos: algumas sugestões de leitura da obra de E. P. THOMPSON**. Rev. Sociol. Polít., Curitiba, v. 18, n. 36, p. 175-186, jun. 2010.

EXTRA, Jornal. **Mudanças descaracterizam clínicas da família do Rio, que passam a atuar como UPAs**. Rio de Janeiro, publicado em 21/07/2019. Disponível em: <https://extra.globo.com/noticias/rio/mudancas-descaracterizam-clinicas-da-familia-do-rio-que-passam-atuar-como-upas-23822289.html>

FARIA, R.M.; BORTOLOZZI, A. **Espaço, território e saúde: contribuições de Milton Santos para o tema da geografia da saúde no Brasil**. Editora UFPR, R. RA'É GA, Curitiba, n. 17, p. 31-41, 2009.

FARIA, R.M.A. **Territorialização da Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde e a Construção de uma perspectiva de adequação dos serviços aos perfis do território**. Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde, março de 2013.

_____. **Território e saúde na geografia de Milton Santos: Teoria e método para o planejamento territorial do Sistema Único de Saúde no Brasil**. Artigo, in RA'É GA - O Espaço Geográfico em Análise. 2016.

FLEURY, S. **Revisitar a Teoria e a Utopia da Reforma Sanitária**, in: FLEURY, Sonia. (Org.) Reforma Sanitária: diálogos críticos, Rio de Janeiro, Editora da Fiocruz, 2018.

_____. **Revisitando a questão democrática na área da saúde: quase 30 anos depois**. Revista Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 33, n 81, p 156-164. 2009.

FAUSTO, M. C. R.; RIZZOTTO, M. L. F.; GIOVANELLA, L.; SEIDL, H.; BOUSQUAT, A.; ALMEIDA, P. F.; TOMASI, E. **O futuro da Atenção Primária à Saúde no Brasil**. Revista Saúde em Debate. Scielo, Saúde Pública. Set. 2018. Disponível em <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S101>. Acessado em 15 jan 2020.

FOUCAULT, M.; Machado, R. **Microfísica do Poder**. 20 ed. Rio de Janeiro: Ed. Graal, p. 79-98, 2004.

FRIGOTTO, G. **Capital Humano**. Dicionário de Educação Profissional em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Rio de Janeiro. 2009. Disponível em <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/caphum.html>. Acessado em 10/11/2019.

_____. **Sociedade do conhecimento e pedagogia da competência. A ideologia contemporânea da formação dos trabalhadores**. 2011.

GAULEJAC, V. **Os fundamentos da ideologia gerencialista**. In: GAULEJAC, V. *Gestão como doença social: ideologia, poder gerencialista e fragmentação social*. São Paulo: Ideias & Letras, p. 39-79, 2007.

GIOVANELLA, L.; [...]; MACHADO, C. **Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias**. Ciênc. saúde colet. 23 (6) Jun 2018. Disponível em <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05562018>

LIMA, A. S.; FARAH, B.F.; BUSTAMANTE-TEIXEIRA, M.T. **Análise da prevalência da síndrome de burnout em profissionais da atenção primária em saúde**. Trab. educ. saúde [online]. vol.16, n.1, pp.283-304, 2018.

LIMA, D.M.C. **Estratégia Saúde da Família na cidade do RJ: desafios da atenção primária numa grande cidade**. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2014.

LIMA, J. **Política de Saúde e formação profissional dos trabalhadores técnicos de enfermagem**. Tese (doutorado). UERJ, p. 262-276, 2010.

MACHADO, C.V.; LIMA, L.D.; BAPTISTA, T.W.F. **Políticas de saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal**. Cadernos de Saúde Pública [online] n° 33 (Suppl 2), 02 Out, 2017. Disponível em

<https://www.scielo.org/article/csp/2017.v33suppl2/e00129616/>. Acessado em 30 de outubro de 2019.

MARIANO, C. M. **Emenda constitucional 95/2016 e o teto dos gastos públicos: Brasil de volta ao estado de exceção econômico e ao capitalismo do desastre**. Rev. Investig. Const. vol.4 no.1 Curitiba Jan./Apr. 2017 Epub Apr 5, 2019

MARIZ, A. **Síndrome de Burnout em gerentes da atenção primária à saúde**. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2015. Disponível em <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/14060>.

MARX, K. **O Capital: crítica da economia política**. Livro 1. Editorial BoiTempo. Caps. 4 a 6. 1989.

MENDES, A. **A saúde pública brasileira no contexto da crise do Estado ou do capitalismo?**. Rev. Saúde Soc. São Paulo, v. 24, supl. 1, p. 66-81, 2015.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v.15, n.5, p.2297-2305, 2010. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500005&lng=en&nrm=iso>. access on 07 Aug. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000500005>. Acessado em 14 jan 2020.

MELO, E. A.; MENDONÇA, M. H. M; TEIXEIRA, M. **A crise econômica e a atenção primária à saúde no SUS da cidade do Rio de Janeiro, Brasil**. Ciênc. saúde coletiva. Rio de Janeiro, v. 24, n.12, Dec. 2019

MIGUEL, L.F. **Democracia e sociedade de classes**. Revista Brasileira de ciência política, nº 9. Brasília, 2012.

MIRANDA, A.C.; BARCELLOS, C.; MOREIRA, J.C.; MONKEN, M. **Território, ambiente e saúde**. 1. ed. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, v. 1. p. 272. 2008.

MONKEN, M. **Territórios da Atenção básica: múltiplos, singulares ou inexistentes?** Disponível em <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/17935/1/1118.pdf> Acessado em 22/09/2017.

MONKEN, M.; GONDIM, G.M. *Territorialização em Saúde*. Disponível em <<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/tersau.html>> Acesso em 18 setembro de 2017.

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, 2018.

NORONHA, J.C. **Cobertura Universal da Saúde: como misturar conceitos, confundir objetos, abandonar princípios**. Cad. Saúde Pública. v 29, n 5, p. 847-849. 2013

OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. **Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família**. Rev. bras. enfermagem, 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>. Acessado em 07 ago 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000700020>. Acessado em 14 jan 2020.

OPAS, Série Técnica Inovação na Gestão. **Reforma da Atenção Primária à Saúde na cidade do Rio de Janeiro – avaliação dos três anos de Clínicas da Família. Pesquisa avaliativa sobre aspectos de implantação, estrutura, processo e resultados das Clínicas da Família na cidade do Rio de Janeiro**. Porto Alegre, RS, 2013.

PAIM, J. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

PENSO, JM; PÉRICO, E; OLIVEIRA, MMC; STROHSCHOEN, AAG; CARRENO, I; REMPEL, C. **Avaliação da Atenção Primária à Saúde utilizando o Instrumento PCATool-Brasil**. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2017;12(39):1-9. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12\(39\)1212](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12(39)1212)

PEREIRA, A.M.M.; LIMA, L.D.; MACHADO, C.V. **Descentralização e regionalização da política de saúde: abordagem histórico-comparada entre Brasil e a Espanha**. Ciência e Saúde Coletiva, ABRASCO. v. 23, n 7, p. 2239-2251. 2018.

PEREIRA, M.P.B.; BARCELLOS, C. **O território no Programa de Saúde da Família**. Hygeia, Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde, Uberlândia, v. 2, n.2, p. 47-59, 2006.

PERES, L.A. **Breve história das políticas de saúde deste século no Brasil**. Hospital Virtual, Universidade Estadual de Campinas. Disponível em <http://www.hospvirt.org.br/enfermagem/port/polsaude.html>. Acessado em 30 de outubro de 2019.

PIRES, D. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. São Paulo: Annablume, 1998.

PMRJ. Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro. Subsecretaria de Promoção da Saúde Atenção Primária e Vigilância de Saúde. **Reorganização dos serviços de atenção primária à saúde. Estudo de otimização dos recursos**. Out, 2018.

RAMOS, M. **Trabalho, educação e correntes pedagógicas no Brasil: um estudo a partir da formação dos trabalhadores técnicos da saúde**. Rio de Janeiro: Ed. UFRJ e EPSJV, 2010, p. 93-108. Disponível em <http://www.epsjv.fiocruz.br/index.php?Area=Material&Tipo=8&Num=148>

RAMOS, M.; PEREIRA, I. **Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 13-43, 2006.

RAMOS, A.P.; SETA, M.H. **Atenção primária à saúde e Organizações Sociais nas capitais da Região Sudeste do Brasil: 2009 e 2014.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.35, n.4, 2019. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2019000405003&lng=en&nrm=iso>. access on 22 Mar. 2020. Epub Apr 08, 2019.

RIO DE JANEIRO (MUNICÍPIO). **Informações sobre todas as áreas de planejamento.** Coordenação Operacional de Atendimento em Emergências, 2006. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/1529762/DLFE-220205.pdf/1.0>. Acessado em 14 jan 2020.

SAVIANI, D. **Trabalho e Educação: Fundamentos ontológicos e históricos.** Rev. Bras. Educ. vol.12, n.34, Rio de Janeiro, Jan./Abr, p. 152-165, 2007.

SINGER, P. **O Capitalismo.** SP: Editora Moderna, p. 12-65, 1996.

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. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n5/1413-8123-csc-21-05-1327.pdf>. Acessado em 20/09/2017.

STARR, P. **La transformación social de la medicina en los Estados Unidos de América.** México: Fondo de cultura económica. p. 491-524, 1991.