



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Priscilla Oliveira da Silva

Processo e relações de trabalho das Enfermeiras na Atenção Primária à Saúde: uma abordagem institucional a partir do modelo de gestão do município do Rio de Janeiro/RJ

Rio de Janeiro

2022

Priscilla Oliveira da Silva

Processo e relações de trabalho das Enfermeiras na Atenção Primária à Saúde: uma abordagem institucional a partir do modelo de gestão do município do Rio de Janeiro/RJ

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Saúde Pública. Área de Concentração: Políticas, Planejamento, Gestão e Cuidado em Saúde.

Orientadora: Prof. Dr. Maria Inês Carsalade Martins.

Rio de Janeiro

2022

Título do trabalho em inglês: Process and working relationship of Nursing in the Primary Health Care: An institutional approach from the management model of the city of Rio de Janeiro/RJ.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

Catálogo na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

S586p Silva, Priscilla Oliveira da.
Processo e relações de trabalho das Enfermeiras na Atenção Primária à Saúde: uma abordagem institucional a partir do modelo de gestão do município do Rio de Janeiro/RJ / Priscilla Oliveira da Silva. — 2022.
155 f.

Orientadora: Maria Inês Carsalade Martins.
Tese (doutorado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2022.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Enfermagem Primária. 3. Emprego. 4. Técnicas de Pesquisa. 5. Precarização do Trabalho. I. Título.

CDD – 23.ed. – 610.73

Priscilla Oliveira da Silva

Processo e relações de trabalho das Enfermeiras na Atenção Primária à Saúde: uma abordagem institucional a partir do modelo de gestão do município do Rio de Janeiro/RJ

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Saúde Pública. Área de Concentração: Políticas, Planejamento, Gestão e Cuidado em Saúde.

Aprovada em: 04 de fevereiro de 2022.

Banca Examinadora:

Prof. Dra. Simone Mendes Carvalho
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – Escola de Enfermagem Alfredo Pinto

Prof. Dra. Fátima Batalha
Instituto Nacional do Câncer – Ministério da Saúde

Prof. Dra. Mônica Vieira
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Prof. Dra. Marcia Teixeira
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof. Dra. Maria Inês Carsalade Martins (Orientadora)
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Rio de Janeiro

2022

AGRADECIMENTOS

Agradeço a minha orientadora, Prof. Dra. Maria Inês Carsalade Martins, por compartilhar seus conhecimentos, pela paciência e, principalmente, pelo incentivo sempre. Você foi essencial não só nas contribuições para esta pesquisa, mas por ter proporcionado um ambiente agradável de estudo e um espaço de acolhimento fundamental para chegar ao fim desta pesquisa.

Agradeço as professoras, Prof. Dra. Fátima Batalha, Prof. Dra. Simone Mendes Carvalho, Prof. Dra. Marcia Teixeira, Prof. Dra. Mônica Vieira, Prof. Dra. Regina Ferro Lago e ao Prof. Antônio Peregrino, que aceitaram prontamente participar da banca de defesa da minha tese. Agradeço pela disponibilidade e gentileza de participarem.

Agradeço as professoras revisoras, Prof. Dra. Marcia Teixeira e Prof. Dra. Mônica Vieira, por compartilharem seus conhecimentos, pela leitura gentil e atenta. Seus apontamentos foram essenciais para o incentivo e conclusão desta pesquisa.

Agradeço as funcionárias e funcionários da ENSP, principalmente do Serviço de Gestão Acadêmica pela gentileza, presteza e paciência em todos os processos.

Agradeço aos colegas de turma e a todos os professores que contribuíram com minha formação durante o Doutorado, que me trouxeram reflexões, me fizeram sonhar e me encantar ainda mais pela descoberta.

Agradeço aos meus pais Dulce e Adelino, pelo apoio constante, pelo tempo dispensado para que eu pudesse me concentrar e finalizar a tese. Ao meu irmão Bruno, por ser a melhor pessoa que eu conheço no mundo. Ao meu esposo Cristiano Bertolossi, por compartilhar sonhos de futuro, por me incentivar, e me tranquilizar.

À minha filha Beatriz, que me ensina todo dia a ser uma pessoa melhor, e que no Doutorado, me trazia tranquilidade no abraço, no conforto infantil, e nas tarefas do cotidiano.

RESUMO

Este estudo buscou analisar os efeitos da expansão da Atenção Primária à Saúde no município do Rio de Janeiro/RJ (2009-2019) sobre o processo de trabalho da enfermagem com foco nas relações de trabalho e no modelo de gestão da atenção primária no município. Foi realizado um estudo de caso exploratório de corte transversal e abordagem qualitativa. A abordagem inicial contemplou um levantamento bibliográfico e pesquisa em bases de dados, como o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) e o Cadastro Nacional de Empregados e Desempregados (CAGED), com recorte temporal de 2009 a 2019, visando caracterizar o universo da pesquisa. Em um segundo momento, optou-se por ouvir representantes das instituições que regulam e fiscalizam o trabalho da enfermagem, constituindo no campo de forças onde o trabalho acontece. Para esta etapa do estudo optou-se por utilizar como referencial teórico-metodológico o neo-institucionalismo. O estudo de campo foi realizado em duas etapas: análise documental e entrevistas semi-estruturadas com diferentes atores sociais que compõe o campo da enfermagem. A saber: Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro (COREN-RJ), Associação Brasileira de Enfermagem/Seção Rio de Janeiro (ABEn Rj), Sindicato dos Enfermeiros do Rio de Janeiro (Sindenfrj). Foram ouvidos também profissionais de enfermagem, trabalhadores da Secretaria Municipal de Saúde, que participaram do processo de expansão da atenção primária no município do Rio de Janeiro, e ainda, enfermeiras que atuam na APS do município contratadas por Organizações Sociais de Saúde (OSS). Para análise das entrevistas semiestruturadas, foi utilizada a técnica de análise de conteúdo. O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP / FIOCRUZ) e aprovado sob o parecer nº25988619.0.3001.5279. Conclui-se, que em um momento que se discute a ampliação das competências das enfermeiras na APS, a partir da prática avançada em enfermagem, observa-se que na realidade brasileira o processo de trabalho das enfermeiras é permeado por uma série de atribuições que geram sobrecarga de trabalho. O “trabalho polivalente”, “multifuncional”, “qualificado”, com base em metas, tem viabilizado melhores resultados de saúde e inserção das enfermeiras no mercado de trabalho no município do Rio de Janeiro/RJ, mas tem fragiliza as relações de trabalho das profissionais.

Palavra-Chave: Atenção Primária à Saúde. Enfermagem Primária. Precarização do Trabalho.

ABSTRACT

This study sought to analyze the effects of the Primary Health Care's expansion in the city of Rio de Janeiro/RJ (2009-2019) on the nursing work process, focusing on work relationships and on the primary care management model in the city. An exploratory cross-sectional case study with a qualitative approach was carried out. The initial approach included a bibliographic survey and research in databases, such as the National Registry of Health Establishments (SCNES) and the National Registry of Employed and Unemployed (CAGED), with a time frame from 2009 to 2019, in order to characterize the universe of search. In a second moment, it was decided to listen to representatives of the institutions that regulate and supervise the work of nursing, constituting the field of forces where the work takes place. For this stage of the study, we chose to use neo-institutionalism as a theoretical-methodological framework. The field study was carried out in two stages: document analysis and semi-structured interviews with different social actors that make up the field of nursing, namely: Regional Nursing Council of Rio de Janeiro (COREN-RJ), Brazilian Nursing Association/ Rio de Janeiro Section (ABEn Rj), Rio de Janeiro Nurses Union (Sindenfrj). Nursing professionals, workers from the Municipal Health Department, who participated in the process of expanding primary care in the city of Rio de Janeiro, and nurses who work in the municipality's PHC hired by Social Health Organizations (OSS) were also heard. To analyze the semi-structured interviews, the content analysis technique was used. The research project was submitted to the Research Ethics Committee (CEP) of the National School of Public Health (ENSP / FIOCRUZ) and approved under protocol number 25988619.0.3001.5279. It is concluded that at a time when the expansion of nurses' competences in PHC is being discussed, based on advanced nursing practice, it is observed that in the Brazilian reality the nurses' work process is permeated by a series of attributions that generate work overload. The "multipurpose", "multifunctional", "qualified" work, based on goals, has enabled better health results and the insertion of nurses in the job market in the city of Rio de Janeiro, but it has weakened the work relationships of professionals.

Keyword: Primary Health Care; Primary Nursing; Precarious Employment.

LISTRAS DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABEFACO	Associação Brasileira de Enfermagem de Família e Comunidade
ABEn	Associação Brasileira de Enfermagem
ACS	Agentes Comunitário de Saúde
ALC	América Latina e Caribe
AND	Assembleia Nacional de Delegado
ANP	Advanced Nurse Practitioner
APS	Atenção Primária à Saúde
CAGED	Cadastro Geral de Empregados e Desempregados
CAP	Coordenações de Áreas de Planejamento
CE	Consulta de Enfermagem
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CIE	Conselho Internacional de Enfermagem
CIPE	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CMS	Centro Municipal de Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CUS	Cobertura Universal de Saúde
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
DEAB	Departamento de Enfermagem na Atenção Básica
EAB	Equipes de Atenção Básica
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
EPA	Práticas Avançadas em Enfermagem
EqSF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia de Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
FEDP	Fundações Estatais de Direito Privado
FNE	Federação Nacional dos Enfermeiros
ICN	Conselho Internacional de Enfermeiros/ International Council of Nurses
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
LRF	Lei de Responsabilidade Fiscal
MRJ	Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro
NASF	Núcleos de Apoio a Saúde da Família
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONGs	Organizações Não Governamentais
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
OS	Organizações Sociais
OSCIPs	Organizações Cíveis de Interesse Público
OSS	Organizações Sociais de Saúde
PACS	Programa Agente Comunitário de Saúde
PCCS	Plano de Cargos Carreiras e Salários
PJ	Pessoa Jurídica
PNAB	Políticas Nacionais de Atenção Básica

PNAD	Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio
PREFC	Programa de Residência em Enfermagem em Saúde da Família e Comunidade
PROESF	Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família
RAIS	Relação Anual de Informações Sociais
RJU	Regime Jurídico Único
RT	Enfermeiro Responsável Técnico
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SCNES	Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
SINDENFRJ	Sindicato dos Enfermeiros do Rio de Janeiro
SISREG	Sistema de Regulação
SLP	Sistema de Linguagem Padronizado
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
STF	Supremo Tribunal Federal
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TEIAS	Territórios Integrados de Atenção à Saúde
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UERJ	Universidade Estadual do Rio de Janeiro
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UNB	Universidade de Brasília
UPAs	Unidades de Pronto Atendimento
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 CONTEXTUALIZAÇÃO DO OBJETO.....	20
3 REFERÊNCIAS TEÓRICO-METODOLÓGICAS.....	35
3.1 O NEO-INSTITUCIONALISMO.....	35
3.2 AGENTES SOCIAIS QUE CONFIGURAM O CAMPO DA ENFERMAGEM.....	42
3.3 ESTRATÉGIA E TÉCNICAS DE PESQUISA.....	46
4 PROCESSO DE TRABALHO DAS ENFERMEIRAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	54
4.1 PROCESSO DE TRABALHO DA ENFERMEIRA NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO/RJ: ENTRE GANHOS E PERDAS.....	61
4.1.1 Regulamentação e Qualificação do Trabalho em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde no município do Rio de Janeiro/RJ.....	61
4.1.2 Gerencialismo e Processo de Trabalho da Enfermagem.....	74
5 A PERCEPÇÃO DOS DIFERENTES ATORES SOCIAIS EM RELAÇÃO AO TRABALHO DA ENFERMAGEM NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO/RJ: CONFLITOS E DESAFIOS..	81
5.1 OS DIFERENTES OLHARES SOBRE O PROCESSO DE EXPANSÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO/RJ.....	82
5.2 RELAÇÕES DE TRABALHO DAS ENFERMEIRAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: AS CONTRADIÇÕES ENTRE A ENTREGA DO PRODUTO E A PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO.....	88
5.3 Descontinuidade do processo de gestão e aumento da precarização.....	100
6 PERSPECTIVA GLOBAL DO TRABALHO DA ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	111
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	124
REFERENCIAS.....	128
APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA – REPRESENTANTES DO COREN, ABEN E SINDICATO.....	146

APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA – GESTORES.....	148
APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTA – ENFERMEIRAS (O).....	149
APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) -ENFERMEIRAS (OS) DO ESTUDO.....	150
APÊNDICE E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) - GESTORES E REPRESENTANTES DAS ENTIDADES DE ENFERMAGEM.....	153

1 INTRODUÇÃO

A garantia constitucional do Sistema Único de Saúde (SUS) trouxe novas demandas e marcou uma nova fase de definição das políticas de saúde no Brasil. A reorganização dos serviços e a compreensão do processo saúde-doença, novos paradigmas para a saúde no processo de democratização do país em busca da consolidação da cidadania, foram impulsionados pelos ideais sanitaristas. O Estado garantiria o acesso do indivíduo à seguridade social enquanto a esfera privada seria regulada, subordinando os interesses privados ao interesse público/social geral (GOMES, 2013).

A nova forma de organização da saúde reconfigurou o mercado de trabalho. Colocou o município como empregador, mudou a lógica de seu financiamento, ampliou a demanda por profissionais de saúde, principalmente para atender a necessidade de expansão das ações da Atenção Primária à Saúde (APS), e agregou profissionais de diferentes áreas em um processo de trabalho interdisciplinar. Tal fato acentuou os postos de trabalho, principalmente na Estratégia de Saúde da Família (ESF), que ao fim de 2005 já estava presente em 90% dos municípios brasileiros, atendendo a 44% da população (ANDRADE; BARRETO, I; BARRETO, C, 2006). Atualmente, são mais de 42 mil unidades básicas de saúde com 44 mil equipes de Saúde da Família e 1.229 equipes de Atenção Primária atuando no território (SAUDE.GOV, 2020).

A atenção primária à saúde dá ênfase às ações de prevenção e promoção à saúde em conjunto às ações curativas e de reabilitação. Nos remete aos ideais originais da Conferência de Alma Ata (1978), de se alcançar em todo o mundo, em um futuro previsível, um nível importante de saúde. A partir dessa Conferência, os países assumiram diferentes interpretações sobre atenção primária em seus sistemas de saúde, inclusive com modelos seletivos e focalizados. No Brasil, existem debates a propósito das definições de atenção primária (VECCHIA, 2012), que o levou a adotar o termo Atenção Básica como forma de diferenciação da aplicação dos cuidados primários de saúde como política de focalização (TESTA, 1981; MENDES, 2002). A atual Política Nacional de Atenção Básica (Portaria nº2.436 de 2017), considera os termos Atenção Básica (AB) e APS como termos equivalentes. Neste estudo, optou-se pelo termo Atenção Primária à Saúde por ser aplicar tanto ao nível internacional, quanto ao nível nacional conforme a portaria no momento.

Em geral, nos países europeus, o termo atenção primária refere-se aos serviços ambulatoriais de primeiro contato. Enquanto nos países periféricos, com frequência, o termo atenção primária à saúde corresponde também a programas seletivos, focalizados, de baixa

resolutividade, dirigidos a grupos populacionais em extrema pobreza (GIOVANELLA *et al.*, 2018). Nos países da União Europeia, encontra-se uma política de atenção primária abrangente, já nos países da América Latina, a APS foi implementada sob diversas perspectivas, com o predomínio de uma atenção primária seletiva (CONILL; FAUSTO, 2007). Com isso a enfermeira também assumiu diferentes papéis na atenção primária.

A APS desenvolve ações de cuidado à família e à pessoa em seu território, em todas as fases do ciclo vital, com base na longitudinalidade e integralidade, agregando diferentes saberes e práticas. Segundo a Política Nacional, tem o propósito de ser o centro de comunicação de toda a rede de saúde e o *locus* prioritário e resolutivo do sistema. A APS executa ações de prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, por meio de gestão qualificada e dirigida às populações definidas, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária.

A APS deve fornecer atenção ao longo do tempo sobre à pessoa e não à enfermidade. É o nível do sistema responsável por coordenar ou integrar a atenção fornecida, oferecendo entrada para novas necessidades e problemas em todas as condições, exceto os casos muito incomuns e raros. É um conjunto de funções que combinadas são exclusivas da atenção primária, porém, compartilha características com outros níveis dos sistemas de saúde, entre elas, a prevenção, o tratamento e a reabilitação. O objetivo é maximizar a saúde e o bem-estar, facilitar o acesso, operacionalizar o trabalho em equipe e ser custo-efetiva (STARFIELD, 2002).

As atividades clínicas, como diagnóstico, prevenção, exames e várias estratégias para o monitoramento clínico, são características de todos os níveis de atenção, inclusive da atenção primária, contudo, possui uma abordagem que forma a base e determina o trabalho de todos os outros níveis dos sistemas de saúde (STARFIELD, 2002). A atenção primária aborda os problemas mais comuns na comunidade e integra a atenção quando há mais de um problema de saúde, lidando com o contexto no qual a doença existe e influenciando a resposta das pessoas a seus problemas de saúde. “É a atenção que organiza e racionaliza o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde.” (STARFIELD, 2002, p. 28).

A incorporação de novas práticas assistenciais a partir da atenção primária, operacionalizando-se por meio da organização do trabalho em equipe, com a substituição de ações convencionais de assistência e da incorporação de novas ações voltadas para a família e comunidade (GIOVANELLA *et al.*, 2007), modificou as atividades profissionais na saúde,

inclusive das enfermeiras. Estudos apontam para intensificação e ampliação das atividades das enfermeiras nesse nível de atenção, tanto na área de assistência (principalmente com as consultas de enfermagem) e da educação em saúde, quanto do gerenciamento dos serviços em saúde (GALAVOTE *et al.*, 2016; ACIOLI *et al.*, 2014). O quantitativo de enfermeiras na atenção primária também ampliou. Dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) indicam um crescimento de 24% no período de 2008 a 2013 (CARVALHO *et al.*, 2016).

Um estudo de Souza (2016) com enfermeiras concluiu que a dimensão assistencial do trabalho da enfermagem parece ganhar maior significado para essas profissionais, quando associada às ações clínicas, objetivadas nas consultas. Essas estão previstas nos vários programas adotados pelo Ministério da Saúde, especialmente no âmbito da atenção primária, na realização de ações programáticas voltadas ao controle de problemas prioritários. Ressalta-se que a ampliação do escopo do trabalho da enfermagem no âmbito da clínica vem ocorrendo em diversas partes do mundo (LIMA; MACHADO; GERASSI, 2011 apud SOUZA, 2016).

A recente publicação da Organização Mundial de Saúde (OMS) e da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), sobre a “Ampliação do Papel dos Enfermeiros na Atenção Primária de Saúde” (2018), propõe que as organizações e associações canalizem seus esforços para promover investimentos na força de trabalho da enfermagem, contando com diferentes participações, a fim de explorar plenamente o potencial da prática de enfermagem avançada (EPA)¹ na atenção primária como uma resposta. Por um lado, resposta às crescentes necessidades de saúde da população e, por outro, ao déficit de acesso pela população a recursos humanos para a saúde, capacitados e bem distribuídos, e, ao mesmo tempo, com redução de custos. O que credita contradições, onde de um lado, se amplia e investe no trabalho das enfermeiras, e por outro lado, visa-se a redução de custos. Emprega-se uma forma de reestruturação do trabalho destas profissionais.

Para OMS/OPAS, em um futuro próximo, a ampliação do papel das enfermeiras mediante formação e regulamentação adequadas poderia ser uma medida que apoie a consecução do acesso universal à saúde e da Cobertura Universal de Saúde (CUS)².

¹ Países como Canadá e EUA, foram os primeiros a introduzir este conceito para a enfermagem, seguindo-se o Reino Unido, Bélgica, Austrália, Espanha, Korea. A EPA, nestes locais, está consolidada como a atenção às pessoas com doenças crônicas não transmissíveis, crianças, gestantes, avaliações clínicas, gestão de casos, definição e acompanhamento do tratamento, prescrição de medicamentos, entre outros (CASSIANI *et al.*, 2018)

² CUS refere-se a cobertura de seguro e não acesso universal aos serviços, uma vez que apenas suporta um pacote de serviços explícito e financiado para os indivíduos, deixando ações de saúde pública separadas. Seu objetivo é introduzir o mercado e a concorrência, tanto em administração de fundos e compra de serviços, como na prestação de serviços médicos, e em ambos os casos, incluindo agentes privados e públicos (LAURELL, 2017).

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), aprovou em 2018 a realização de um estudo sobre práticas de enfermagem na atenção primária com o objetivo de estabelecer um diagnóstico das práticas realizadas nesse nível de atenção, nas diferentes regiões do país, a fim de elencar quais podem ser consideradas como prática avançada em enfermagem. Desta forma, observa-se que a atenção primária, além de reconfigurar as práticas das enfermeiras, também é uma importante forma de inserção dessa profissional no mercado de trabalho no setor público.

Do ponto de vista das relações de trabalho, a adesão à atenção primária por esse profissional tem se estabelecido sob diferentes modalidades de vínculos, entre eles, estatutários, contratos diretos e indiretos na modalidade da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) e contratos por meio de cooperativas. Isso se explica, em parte, pelas pressões econômicas e políticas nacionais e internacionais, que induziram opções por políticas de governo orientadas para diminuição do Estado e para flexibilização das relações de trabalho, priorizando o papel regulador em detrimento do papel executor.

A Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988), que representa uma conquista política e um avanço no sentido da democratização, da equidade e da cidadania, instituiu, entre outras conquistas sociais, um novo arcabouço jurídico-institucional para o serviço público, o Regime Jurídico Único (RJU) que normatizava as contratações no setor público. O RJU determinava a necessidade de submeter o servidor público à um regime próprio, com ingresso nas carreiras através de concurso público, convertendo os vínculos celetistas em vínculos estatutários (MARTINS; MOLINARO, 2013).

Contudo, o uso de vínculos mais flexíveis na saúde, mesmo após a Constituição Federal, vem na esteira de uma nova forma de fazer gestão pública, decorrentes do processo de flexibilização do trabalho, no marco da Reforma do Estado Brasileiro em curso desde a década de 90. E ainda, por se buscar alternativas para dar conta dos limites impostos pela Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), uma vez que a crise fiscal foi associada ao aumento crescente de gastos com recursos humanos. Na década de 1990, ao mesmo tempo em que o SUS era implementado, políticas neoliberais fragilizavam direitos sociais do trabalhador. Em um contexto de reestruturação produtiva e revisão do papel do Estado, o modelo gerencialista ganha espaço na gestão pública, introduzindo novas regras e práticas e novos processos de trabalho no setor público (TEIXEIRA; MARTINS; SILVA, 2012).

Em todo o mundo, o movimento de flexibilização não é exclusivo à gestão do trabalho das empresas privadas e alcançou o espaço público, cujas propostas de reformulação das instituições públicas e mudanças no modelo de incorporação e gestão do trabalho ganharam

lugar de destaque nas agendas de reforma do Estado. Os incentivos à produtividade é uma delas, buscando adotar formas mais flexíveis de gestão e uso do tempo de trabalho e do aumento da produtividade. A remuneração do trabalho leva em conta um salário fixo e a performance individual de cada trabalhador (TEIXEIRA, 1999). A reestruturação produtiva leva a novas formas de organização e flexibilização das relações de trabalho.

O modelo Institucional proposto na reforma do Estado pelo governo federal na década de 90, contemplava quatro setores. O primeiro setor, que são os poderes Legislativo e Judiciário, o Ministério Público, o Poder Executivo, o presidente da república, entre outros; o segundo setor, que são as atividades exclusivas do Estado; o terceiro setor, onde estão presentes os serviços não exclusivos do Estado, como saúde, educação e cultura; e o quarto setor, referentes à Produção de Bens e Serviços para o Mercado. Nesse cenário as Organizações Sociais (OS), foram propostas no quadro de reforma do Estado, no provimento de ações não exclusivas, permitindo a transferência dos serviços do setor estatal para o público não estatal, inclusive na saúde.

O modelo de contratualização com Organizações Sociais de Saúde (OSS) suscita na separação institucional das funções do Estado de financiamento e prestação de serviços. A denominação OSS foi atribuída pelo poder público às organizações do setor privado sem fins lucrativos, que atuam em parceria formal com o Estado, mediante candidatura e cumprimento de exigências legais (COSTA E SILVA; ESCOVAL; HORTALE, 2014). Ao Estado compete o financiamento e a regulação, enquanto às OSS, a prestação dos serviços.

O aperfeiçoamento dessas contratualizações e o desenvolvimento de ferramentas que possam ser adequadas ao bom desempenho das unidades de saúde constituem, nos dias de hoje, um assunto essencial e prioritário nas organizações de saúde de todo o mundo. A contratualização tem suscitado diversas controvérsias e é certo que se tornou uma questão incontornável na organização dos serviços de saúde nos países (ESCOVAL; RIBEIRO; MATOS, 2010). Logo, por ser algo em curso, é pertinente reconhecer que mudanças trazem para o trabalho das enfermeiras, na perspectiva dos atores sociais que fazem parte desse processo e daqueles que vão intermediar as demandas da categoria profissional, dos interesses do Estado e da sociedade.

Sob a gestão das OSS, o trabalho da enfermeira e dos demais profissionais é regulado pelos contratos de gestão. Por meio dele são acordadas metas de desempenho que assegurariam a qualidade e a efetividade dos serviços prestados ao público. O acompanhamento da aplicação dos recursos transferidos a essas instituições se faz por meio do controle dos resultados

estabelecidos nesse contrato, supostamente um instrumento inovador e mais eficaz (VIEIRA, 2016). O contrato de gestão além de normatizar o trabalho, o faz em grande medida, por meio de resultados do que de processo.

Até 2012, no Brasil, as OSS eram responsáveis por cerca de 43% dos estabelecimentos administrados por terceiros, sendo mais expressivo na região sudeste, onde cerca de 67% dos estabelecimentos administrados por terceiros estavam sob a responsabilidade de OSS (DRUCK, 2016). Na saúde, ganhou espaço notório pela necessidade de contratação de profissionais de saúde para viabilizar a expansão do SUS ao mesmo tempo em que se reduzia despesas com funcionário público pela Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF). Com as Organizações Sociais de Saúde, as despesas com a subcontratação de empresas e com a contratação temporária, emergencial e de comissionados não são considerados despesa com pessoal.

Registros de convênios com OSS pelos municípios para implementação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) datam desde os anos de 1990. A partir de 2001, especialmente, o município de São Paulo/SP passou a se valer dos convênios para garantir uma política mais ostensiva de expansão da ESF, sendo seguido por outros municípios do Estado (COELHO *et al.*, 2014).

No município do Rio de Janeiro/RJ, a partir de 2009, se estabeleceu o modelo de contratação de OSS como diretriz político-operacional para ampliação da ESF e passou de uma cobertura potencial de 6,97% da população e 124 equipes, em janeiro de 2009, para uma cobertura de 40% da população e 738 equipes em junho de 2013. As cinco OSS contratadas foram selecionadas em licitação pública e assinaram Contrato de Gestão com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS). A justificativa foi a operacionalização e apoio às atividades e serviços de saúde da família em regiões da cidade pré-definidas em edital. No Contrato de Gestão do município do Rio de Janeiro/RJ, na especificação dos serviços, é possível identificar o forte controle e normatização da SMS em relação às OSS (COSTA E SILVA; ESCOVAL; HORTALE, 2014).

Segundo Harzheim, Lima e Hauser (2013), as Clínicas da Família, título dado as Unidades de APS no município, ofertaram condições para atraírem profissionais de saúde de qualidade, através de Unidades estruturalmente sofisticadas e pela forma e valor de contratação, chegando à incorporação da residência médica. Para a enfermagem, segundo dados do Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município do Rio de Janeiro/RJ, em Jan/ 2008, o quantitativo de enfermeiras era de 696 e foi amentando progressivamente até o momento atual, chegando a 1.949 enfermeiras. O

crescimento no percentual de enfermeiras na UBS de Jan/2009 a Jul/2018 foi de 148,3%, maior que dos hospitais gerais e especializados que atendem ao SUS (85%), que possuem maior tradição de empregabilidade das enfermeiras.

Desta forma, entende-se que a expansão da APS com a incorporação das OSS no município do Rio de Janeiro/RJ, ampliou os postos de trabalho das enfermeiras e trouxe incremento salarial. Porém, gerou maior rotatividade, fragilização dos direitos sociais do trabalho, ainda que por meio do regime CLT, e expôs o trabalho das enfermeiras à uma lógica gerencialista, onde o trabalho humano se configura, em certa medida, como “fator de produção” e “produtor de resultado”. Dado que o movimento de flexibilização na utilização do capital e do trabalho deixou de pertencer somente ao espaço do mercado, alcançando o setor público, observam-se contradições que envolvem processo de trabalho e direitos sociais do trabalho.

Salienta-se que o mercado de trabalho pode ser conceituado sob diferentes perspectivas, entre elas, a vertente Institucional. Esta destaca a importância da atuação dos diferentes atores, como sindicatos, governo, empresas. Destaca ainda, as influências regionais na formação da força de trabalho (o nível de qualificação, valores com relação a força de trabalho e outros elementos culturais). Para essa vertente, além dos aspectos econômicos e das redes sociais centrada na família e amigos, o mercado de trabalho é influenciado por legislações específicas, grandes corporações, e pela regulamentação governamental (OLIVEIRA; PICCININI, 2011). Além de uma lógica mercantil de oferta e demanda, os ofícios e profissões se orientam por regras institucionais.

É neste contexto que se insere este estudo, tendo como questões norteadoras: em que medida o modelo gerencial com base na terceirização por OSS, repercutiu nas relações de trabalho e no processo de trabalho das enfermeiras na atenção primária à saúde? O que pensam os atores sociais que fazem as intermediações das demandas da categoria profissional, dos interesses do Estado, e das profissionais que atuam na APS? Quais as perspectivas para o trabalho da enfermagem na APS?

Estudos que abordam a flexibilização das relações de trabalho, inclusive no espaço público, possibilitam observar as diversas vertentes que se aplicam a esse debate, e são importantes para compreender as mudanças organizacionais e seus impactos sociais. A dinâmica dos mercados de trabalho traz diversas implicações à força de trabalho em saúde, dado a sua composição e especificidade. Um estudo desenvolvido por Carneiro e Martins (2015) sobre o Agentes Comunitário de Saúde (ACS) do município do Rio de Janeiro/RJ demonstrou que representantes da categoria consideram o vínculo com as OSS inseguros e

precários ainda que por meio de CLT, uma vez que, o vínculo é indireto e são usados pelos gestores para assédio moral. Estas questões também podem ser pensadas em relação as enfermeiras.

Entre as relevâncias do estudo, observa-se que as pesquisas sobre OSS têm abordado temas como: mecanismos de controle social dessas instituições, aspectos do sistema de governança, o processo de expansão, relação entre o público e o privado na saúde (CANABRAVA *et al.*, 2007; SILVA, 2012; CARNEIRO JUNIOR; NASCIMENTO; COSTA, 2011; SILVA; BARBOSA; HORTALE, 2016; MELO E SILVA, 2016; MORAES, 2018). Porém não foram encontrados estudos que relacionassem vínculos e processo de trabalho com a categoria profissional aqui estudada.

Um estudo desenvolvido por Souza, Teixeira e Souza (2017) sobre a produção científica nacional do trabalho das enfermeiras, evidenciou que há uma preocupação dos pesquisadores em relatar pequenas mudanças na prática profissional, introdução de novas tecnologias e novos modos de organização do trabalho da enfermeira, e mudanças técnico-científicas da área. Contudo, os estudos não buscaram problematizar, necessariamente, a reorganização do trabalho da enfermeira em função das propostas de reorientação do modelo de atenção à saúde que vêm sendo implementadas no âmbito do SUS.

Segundo as autoras acima mencionadas, os estudos apontam outras mudanças ocorridas no trabalho da enfermeira, a exemplo da deterioração das condições de trabalho, o sofrimento no trabalho, a perda da autonomia, a deterioração das relações interpessoais e a sobrecarga de funções e tarefas. Apesar dos esforços, estas são analisadas isoladamente, vistas de forma desarticulada, em sua maioria, focando nos aspectos parciais do processo de trabalho (conhecimentos, tecnologias, objetos etc.). Conforme as autoras, não consideram os determinantes econômicos, políticos e sociais e as consequências de mudanças sobre as dimensões assistenciais, gerenciais, educativas e de pesquisa do trabalho das enfermeiras. Nesse sentido, recomendam a realização de pesquisas que se aprofundem nesses aspectos (SOUZA; TEIXEIRA; SOUZA., 2017).

Desta forma, este estudo possui os seguintes objetivos:

Objetivo Geral:

Analisar os efeitos da expansão da Atenção Primária à Saúde no município do Rio de Janeiro/RJ (2009-2019), sobre o processo de trabalho das enfermeiras, com foco nas relações de trabalho e no modelo de gestão da atenção primária no município.

Objetivos específicos:

- Compreender como está organizado o processo de trabalho das enfermeiras na atenção primária à saúde no Município do Rio de Janeiro/RJ;
- Descrever as implicações introduzidas pelo modelo de gestão das OSS no processo de trabalho, nele compreendido as relações de trabalho, o modelo de organização dos serviços e as mudanças no escopo das atividades das enfermeiras;
- Analisar a percepção de diferentes atores sociais que compõe o campo da enfermagem no Município do Rio de Janeiro, entre eles, a ABEn-Rj, o COREN-RJ, o SindRJ e Enfermeiras da atenção primária.
- Apontar tendências e perspectivas para o trabalho das enfermeiras nesta conjuntura político-institucional.

Para melhor entendimento do estudo, essa Tese se divide em 5 capítulos. No capítulo I foi realizada uma contextualização do objeto, onde se discutiu a relação público-privado com a introdução das Organizações sociais de Saúde na gestão pública brasileira, com a justificativa de torná-la mais efetiva, e tornar possível a expansão da Atenção Primária à Saúde a partir da Estratégia de Saúde da Família. Discute-se ainda, a precarização do trabalho provocada por modificações nos processos produtivos, como a terceirização e suas consequências para o mercado de trabalho em saúde e da enfermagem.

No capítulo II, são apontadas as referências teórico-metodológicas dialogando com a abordagem utilizada, o Neo-institucionalismo, e as Estratégia e Técnicas de Pesquisa. No capítulo III, é abordado como está organizado o processo de trabalho das enfermeiras na Atenção Primária à Saúde, onde se enfatiza os “ganhos” e as “perdas” para a enfermagem no município do Rio de Janeiro.

O capítulo IV se refere a percepção dos diferentes atores sociais da enfermagem (COREN, ABEN, Sindicato e Enfermeiras) sobre o trabalho da enfermagem na atenção primária do município do Rio de Janeiro, focando na expansão da estratégia de saúde da família no município a partir de 2009, e no modelo de gestão implementado na atenção primária, incluindo nesse processo, a mudança do gestor municipal e a pandemia de COVID-19. O capítulo V traz um panorama global da enfermagem na APS, ressaltando o debate sobre Enfermagem em Prática Avançada, que dialoga com a experiência do município do Rio de Janeiro, onde se teve um aumento das atividades desenvolvidas pelas enfermeiras, e, portanto,

exigência de maior conhecimento, sem que se garantisse valorização do trabalho e da remuneração, enquanto uma política de Estado e não uma estratégia de governo.

2 CONTEXTUALIZAÇÃO DO OBJETO

Desde a década de 1970, em um cenário global de crises econômicas e de questionamento do modelo de intervenção estatal, apontado como moroso, autor referenciado e deslocado das necessidades dos cidadãos, foram propagadas propostas de reformas destinadas a redefinir o papel do Estado e suas margens de atuação, que incidiram sobre a administração pública. Nos governos de Margareth Thatcher na Inglaterra (1979 – 1990), e Ronald Reagan nos EUA (1981 – 1989), encontram-se os marcos iniciais dessa conjuntura internacional de reforma de Estado e do desenvolvimento no campo da gestão pública, do modelo gerencialista, cujos conceitos, discursos e práticas procedentes do setor privado, se deslocam para esfera pública em diferentes áreas do governo (SILVA *et al.*, 2013).

O setor privado foi considerado mais eficiente na gestão de recursos, em oposição ao funcionamento burocrático do Estado. Na cartilha do modelo gerencial encontrava-se o aumento da eficiência e atuação mais flexível do aparato burocrático, conforme proposta dos reformadores do começo da década de 1980, cuja nova gestão pública substituiria o modelo weberiano, introduzindo a lógica da produtividade existente no setor privado (SANO; ABRUCIO, 2008).

Na década de 90 os postulados da terceira via, cuja principal representação se deu através do ex primeiro-ministro Tony Blair no Reino Unido (1997 – 2007), seria uma estrutura de pensamento e de prática política que visaria adaptar a social-democracia a um mundo que se transformou fundamentalmente ao longo das últimas duas ou três décadas, e uma tentativa de transcender tanto a social-democracia do velho estilo quanto ao neoliberalismo (GIDDENS, 2001). Para Brito (2016, p. 80), Tony Blair foi:

A tradução da ‘reforma’ da plataforma política do trabalhismo inglês, outrora identificado como Welfare State erigido na Europa após a grande crise econômica da década de 1930 e consolidado no pós Segunda Guerra Mundial. Blair fora a exímia tradução da metamorfose observada na social-democracia britânica no fim do século passado.

Conforme Peroni, Oliveira e Fernandes (2009), a discussão sobre a terceira via ocorreu quando o novo trabalhismo se apresentava como uma alternativa ao neoliberalismo de Thatcher e à antiga social-democracia, em que o novo trabalhismo associaria a conservação da social-democracia a elementos básicos do neoliberalismo. Por outro lado, para Brito (2016), a terceira via representou uma estratégia política com o objetivo de dar alguma garantia consensual aos

postulados do livre mercado e da Reforma do Estado, formulados e implementados na década de 1980.

Para o idealizador da terceira via, o sociólogo britânico Anthony Giddens, enquanto os “neoliberais querem encolher o Estado, os socialdemocratas, historicamente, buscam expandi-lo, a terceira via seria o modo como os partidos de centro-esquerda responderiam às mudanças.” (GIDDENS, 2001, p. 80). Segundo Peroni, Oliveira e Fernandes (2009), a questão crucial permaneceria a mesma, de ser o centro, assumindo posições em alguns momentos mais à esquerda ou à direita. Para os autores, ao comparar as teorias neoliberais e a terceira via, observa-se em comum o diagnóstico de que o culpado pela crise é o Estado, porém, as estratégias de superação são diferentes: o neoliberalismo defende o Estado mínimo e a privatização, já a terceira via, a reforma do Estado e a parceria com o terceiro setor.

Imputando a crise ao Estado, este não seria mais o responsável pela execução das políticas sociais. Na teoria neoliberal a reponsabilidade é do mercado, enquanto na terceira via, a chamada sociedade civil sem fins lucrativos, seria incentivada a desenvolver políticas sociais, por meio do empreendedorismo³ (PERONI; OLIVEIRA; FERNANDES, 2009).

Segundo Giddens (2001) esta seria uma forma de democratizar a democracia, entendida como a sociedade assumindo tarefas que até então eram do Estado, enquanto a participação significa responsabilização na execução de tarefas. Porém, verifica-se conforme Peroni, Oliveira e Fernandes (2009), o esvaziamento da democracia como luta por direitos e das políticas sociais como a materialização de direitos sociais. Salientam ainda, que Giddens (2001) defende um novo modelo social europeu baseado no empreendedorismo, no investimento em tecnologia, no capital humano e na flexibilidade no mercado de trabalho, em que é possível observar que são princípios e ações para países de bem-estar social consolidado, mas que, ao adaptarem-se aos ditames da reestruturação produtiva, aprofundam os custos sociais e o aumento das desigualdades. O agravamento das questões sociais é ainda maior em países que não tiveram o Estado de bem-estar social, como o Brasil, para onde está agenda foi simplesmente transposta (PERONI *et al.*, 2009).

O Brasil, mesmo sem possuir um aparelho de Estado com uma burocracia estruturada, foi atravessado por críticas ao modelo de administração pública semelhantes aos de países centrais, com burocracias fortes e efetiva participação do Estado na provisão de serviços sociais (SILVA *et al.*, 2013). A Reforma do Estado e o gerencialismo, traduzido no Brasil como

³ “O empreendedorismo civil é qualidade de uma sociedade civil modernizada. Ele é necessário para que os grupos cívicos produzam estratégias criativas e enérgicas para ajudar na lida com problemas sociais. O governo pode oferecer apoio financeiro ou proporcionar outros recursos a tais iniciativas”. (GIDDENS, 2001, p. 26).

Administração Pública Gerencial ou Nova Gestão Pública (BRESSER-PEREIRA, 1998; SANO; ABRUCIO, 2008; PAULA, 2005), romperam com a lógica de afastamento entre público e privado. A Reforma do Estado introduziu no setor público o conceito de flexibilidade. Reflexos desta introdução são as mudanças na Constituição Federal, agregadas pela Emenda Constitucional n° 19/1998, que permitiu a contratação pelas instituições públicas, de pessoas regidas pela CLT; a introdução de mecanismos de redução e regulação do estatuto da estabilidade do servidor público; e a criação do dispositivo do contrato de gestão, com atributos de autonomia gerencial (MATINS; MOLINARO, 2013).

O Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado, publicado durante o governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC) (1995 – 2003) na década de 90, teve como idealizador o economista Luiz Carlos Bresser-Pereira, e estabeleceu diretrizes e desenhos institucionais para o desenvolvimento de atividades ligadas ao Estado, com base no paradigma da Nova Gestão Pública. No plano político e teórico, Bresser-Pereira muito se identificou com os postulados da terceira via, de que era necessário impulsionar uma nova cultura cívica por meio de uma renovação organizativa da sociedade civil, visando consolidar a coesão social, o empreendedorismo social e a ação voluntária dos indivíduos (BRITO, 2016).

Bresser-Pereira também apontava a crise do Estado que, no seu entender, precisava ser reformado. Reforma entendida pela lógica da eficiência administrativa e dos princípios gerenciais extraídos da iniciativa privada. Compreendia ainda a alternativa neoliberal do Estado mínimo, como extremista, por pregar a redução da atuação estatal a patamares mínimos e entrega de toda regulação da atividade econômica ao mercado, assim como, compreendia na outra extremidade a alternativa “populista” e intervencionista (BRITO, 2016).

Com base nessas ideias, o Plano Diretor preconizava o processo de privatização e publicização, caracterizada pela transferência de execução de atividades, anteriormente considerada de caráter estatal, para entes privados sem fins lucrativos (SILVA *et al.*, 2013). Peroni, Oliveira e Fernandes (2009, p. 766), refere sobre Estado e financiamento:

As lutas e conquistas dos anos de 1980 no Brasil, de direitos universais, deram lugar à naturalização do possível, isto é, se um Estado ‘em crise’ não pode executar políticas, repassa para a sociedade civil e esta, por sua vez, focaliza as políticas sociais nos mais pobres para evitar o caos social.

O plano traz a transferência da execução de serviços na área da saúde, educação, cultura e pesquisa científica, denominados como “serviços competitivos ou não exclusivos”, para entidades do setor público não estatal, conformando o terceiro setor. O Estado, então, atuaria

simultaneamente com outras organizações públicas não estatais e privadas, prevendo que estas não possuiriam o poder de Estado, embora o Estado se fizesse presente, porque envolvem serviços humanos fundamentais (TEIXEIRA; MARTINS; SILVA, 2012). Segundo Canabrava *et al.* (2007), ao terceiro setor são atribuídas cinco características que lhe são comuns: estão fora da estrutura formal do Estado, não têm fins lucrativos, são constituídas por grupos de cidadãos na sociedade civil como pessoas de direito privado, são de adesão não-compulsória e produzem bens e serviços de uso (interesse) coletivo.

Nessa conjuntura modelos jurídicos-institucionais foram utilizados como alternativa a administração direta, entre eles, as Fundações Privadas de Apoio, as Organizações Cíveis de Interesse Público (OSCIPs), as cooperativas e as OS (SILVA; BARBOSA; HORTALE, 2016). A legislação das OS (Lei n. 9.637, de 1998), e das OSCIP (Lei n. 9.790 de 1999), como assinala Cury (2007), apesar de terem elementos comuns, seriam diferentes. As Organizações Sociais seriam instituições privadas, criadas pelo poder público e já nasceram sob a forma de contrato de gestão de um patrimônio público ou uma organização previamente existente qualificada como OS. As Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, já eram privadas e se relacionavam com o Estado por meio de parcerias. A existência de ambas indicava “a publicização do Direito privado e da privatização do Direito público.” (CURY, 2007, p. 8)

A Atenção Primária à saúde, principalmente, e a Estratégia de Saúde da Família, implementada em 1994, foram importantes áreas afetadas por esse novo arranjo político-institucional, uma vez que buscavam responder ao ideal de um modelo contra hegemônico as políticas anteriores ao SUS marcadamente com foco biomédico. Desenhado inicialmente como um programa, passou a ser considerado pelo Ministério da Saúde como uma estratégia estruturante dos Sistemas Municipais de Saúde.

A ESF constitui uma estratégia para a organização e o fortalecimento da atenção primária na rede atenção à saúde no SUS. Busca a reorganização do modelo de atenção à saúde pela ampliação do acesso e pela qualificação das ações da atenção primária, construídas com base na reorientação das práticas dos profissionais de saúde. A ESF fundamenta-se na universalização, integralidade, equidade, hierarquização, descentralização e controle social, vindo ao encontro dos princípios constitucionais do SUS. Através da ESF, a equipe passa a ser corresponsável pelo processo saúde e doença de sua comunidade, portanto, é imprescindível que faça parte de um sistema que garanta acesso na atenção especializada e hospitalar, por meio da referência e contra-referência.

As ações da ESF devem ser realizadas de forma coordenada e compatível entre a realização de ações programadas, especialmente aos grupos mais vulneráveis, e ações da atenção à demanda espontânea. Outra característica importante da ESF é a possibilidade de constituir o cuidado longitudinal às famílias, por meio do acompanhamento contínuo às famílias de uma dada comunidade, ao longo do tempo, os profissionais de saúde passam a conhecer profundamente seus problemas, seja no plano do coletivo ou dos indivíduos.

Ao se expandir para os grandes centros urbanos, a ESF enfrentou o desafio de combinar diversas estratégias de emprego, utilizando-se de diferentes vínculos trabalhistas. Esta diversidade de vínculos incluía contratos temporários, cooperativas, prestação de serviços, contratos com instituições filantrópicas, bolsas de pesquisa através de fundações de apoio e OSCIP, concomitante à preservação do regime de servidor público estatutário (MARTINS; MOLINARO, 2013). Ainda que tenha ocorrido uma ampliação da oferta de trabalho, se deu por meio de modalidades de contratação de profissionais que se caracterizavam, pela informalidade ou precariedade do vínculo empregatício, que implicou numa relação jurídica que extinguiu os direitos sociais garantidos pela CLT.

Segundo Baraldi (2005), a contratação de mão de obra por meio de agências empregadoras, cooperativas de trabalhadores, subcontratação de microempresas de profissionais e organizações internacionais, figurou num elenco de soluções gerenciais e habituais, que em tese, possibilitaria a resolução das demandas emergentes do setor saúde.

Para Silva *et al.* (2016), esse quadro foi se revertendo parcialmente, a partir do segundo mandato do presidente Luís Inácio Lula da Silva (Lula) (2005 – 2008), que estabeleceu como metas a regularização das relações de trabalho no setor público, promovendo a realização de concursos públicos. Segundo os autores acima citados, o governo Lula, diferente do plano de governo anterior, que tinha sua base em um Estado regulador e financiador, defendia como proposta um “Estado atuante, promotor de crescimento e da justiça social e fiscalmente sustentável, a partir das reformas que a sociedade apoiar.” (BRASIL, 2003, p. 8).

Contudo, paralelamente, veio se aprofundando o debate sobre novos modelos de gestão pública de forma a responder à demanda crescente pelos serviços de saúde. Nessa perspectiva, voltou a ganhar espaço o processo de terceirização através de contratos de gestão com OSS e Fundações Estatais de Direito Privado (FEDP) (MARTINS; MOLINARO, 2013). Silva *et al.* (2015) referem que, tanto a FEDP quanto as OSS, são modelos jurídico-institucional da administração pública indireta, e enfatizam em suas legislações as dimensões institucionais e

financeiras, perpetuando a falta de investimento nas dimensões sociais e políticas, especialmente na participação e controle social.

As Organizações Sociais estariam orientadas para atender as demandas de interesse público, não seriam propriedade de nenhum indivíduo ou grupo e constituídas por associações civis sem fins lucrativos. Com ela, desvia-se da Lei de Responsabilidade Fiscal, que reflete um conjunto de normas sobre finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal, onde foi fixado limites máximos para as despesas com pessoal aplicadas aos três poderes (MEDEIROS *et al.*, 2017).

Municípios de Grande porte como São Paulo/ SP e Rio de Janeiro/RJ, foram intensamente adotando esses modelos de gestão. Sendo o Rio de Janeiro/RJ mais recentemente o que novamente colocou em questão os vínculos e as contratações num mercado privado, pouco regulado (MARTINS; MOLINARO, 2013).

Diversos estudos (MACHADO *et al.*, 2016; MELO, 2012) vem ressaltando a relação entre o crescimento vigoroso de postos de trabalho no âmbito público, nas últimas décadas, com a criação do SUS. Onde foram se ampliando, na medida em que o processo de descentralização, sob a forma de municipalização da saúde, traduziu-se em aumento de empregos na esfera municipal, sobretudo, como dito anteriormente, na ESF.

Por outro lado, salientam que a desregulamentação contratual do trabalho autoriza o empregador, inclusive no nível estatal, a realizar contratos flexíveis de trabalho, que não concedem os direitos trabalhistas dos mesmos, que em contrapartida podem ou não ser compensados com salários mais avantajados (BARALDI, 2005). De forma geral, este processo tem afetado sobremaneira os países mais pobres, da periferia do sistema capitalista internacional, nos quais as consequências negativas do processo de globalização e reestruturação produtiva se apresentam de forma desigual, ocasionando um aumento do desemprego estrutural, pela existência de amplos contingentes de mão de obra sem qualificação adequada para se inserirem nas novas formas de organização do processo de trabalho, ao mesmo tempo em que tem ocasionado uma deterioração das relações e condições de trabalho, fenômeno que vem sendo caracterizado como “precarização” (SOUZA, 2016).

A precarização é um processo histórico, que expressa a correlação de forças entre o capital e o trabalho, que reflete as condições nas quais o trabalho vivo está submetido à produção capitalista, promovendo constantemente a precariedade social, que por sua vez constitui uma condição intrínseca ao modo de produção e reprodução capitalista, associada à composição da força de trabalho como mercadoria (MAROSINI, 2018).

A acumulação flexível, que muito caracteriza o capitalismo contemporâneo, se originou na urgência por suplantarem uma conjuntura de crise de outro padrão de desenvolvimento capitalista, caracterizado pelo fordismo e por um regime de regulação cuja vivência mais completa se deu nos países que implementaram um estado de bem-estar, experiência que não se generalizou, nem mesmo na Europa (DRUCK, 2011).

A crise do padrão de acumulação taylorista/fordista, que emergiu no fim da década de 1960 e início da década de 1970, levou o capital a desencadear um amplo processo de reestruturação produtiva, com o objetivo de recuperação do seu ciclo reprodutivo e, ao mesmo tempo, repor seu projeto de hegemonia, que fora até então, disputado pelas forças sociais do trabalho, que questionaram pilares da sociedade do capital e de seus mecanismos de controle social (ANTUNES, 2010).

Foram deflagradas modificações no processo produtivo através da organização de possibilidades para acumulação flexível, do downsizing, das formas de gestão organizacional, do avanço tecnológico e de modelos alternativos ao binômio taylorismo/fordismo, em que se evidencia especialmente o “toyotismo” ou o modelo japonês, uma vez que se inspirou na experiência japonesa no pós-guerra. Esse modelo se expandiu em escala global e se ocidentalizou, a partir dos anos 1980, gerando consequências ao mundo do trabalho, pela chamada liofilização organizativa da “empresa enxuta”, que acabam por conformar algo relativamente novo e bastante distinto do padrão taylorista/fordista de acumulação (ANTUNES; DRUCK, 2013)

O Toyotismo tem como base um padrão produtivo organizacional em associação ao avanço tecnológico, consequência da introdução ampliada dos computadores no processo produtivo e de serviços, bem como de técnicas de gestão da força de trabalho próprias da fase informacional. Desenvolve-se em uma conformação produtiva mais flexível, que assume características de desconcentração produtiva, do trabalho em equipe, do salário flexível, das redes de subcontratação (empresas terceirizadas), das “células de produção”, dos “times de trabalho”, dos grupos “semiautônomos”, além de exercitar, ao menos no plano discursivo, o “envolvimento participativo” dos trabalhadores (ANTUNES; DRUCK, 2013).

Na pragmática da empresa flexível integram, a Reengenharia, a lean production, team work, a eliminação de postos de trabalho, o aumento da produtividade, a qualidade total, o envolvimento, a terceirização ampliada:

Se no apogeu do taylorismo/fordismo a pujança de uma empresa mensurava-se pelo número de operários que nela exerciam sua atividade laborativa – a era do operário-

massa –, pode-se dizer que na era da acumulação flexível e da “empresa enxuta” são merecedoras de destaque as empresas que mantêm menor contingente de trabalhadores e, apesar disso, aumentam seus índices de produtividade. (ANTUNES; DRUCK, 2013, p. 216)

De modo sintético, segundo Antunes e Druck (2013), pode-se dizer que o toyotismo e a empresa flexível se diferenciam do fordismo basicamente nos seguintes traços:

- a) produção diretamente vinculada à demanda, diferenciando-se da produção em série e de massa do taylorismo/fordismo;
- b) depende do trabalho em equipe, com variadas funções profissionais, rompendo com o caráter parcelar típico do fordismo;
- c) processo produtivo flexível, que permite operação simultânea das máquinas, diferentemente da relação homem/máquina em que se baseava o taylorismo/fordismo;
- d) a produção deve ser efetivada no menor tempo possível (just in time);
- e) senhas de comando para reposição de peças e de estoque (sistema de kanban), já que no Toyotismo os estoques são os menores possíveis, em comparação ao fordismo;
- f) o complexo produtivo toyotista têm uma estrutura horizontalizada, ao contrário da verticalidade fordista⁴;
- g) círculos de controle de qualidade (CCQs), que buscam a melhoria da produtividade das empresas, permitindo-as apropriar-se do *savoir faire* intelectual e cognitivo do trabalho, que o fordismo desprezava.

O Toyotismo, e mais amplamente a empresa flexível, com suas conformidades, aumentaram significativamente a produtividade do trabalho. O que possibilitou a retomada do ciclo de valorização do capital em detrimento dos direitos do trabalho, que passaram a sofrer um significativo processo de erosão e corrosão. E esse processo foi responsável pela acentuação das formas de precarização do trabalho (ANTUNES; DRUCK, 2013).

Uma análise preliminar dos modos de ser da precarização, manifestam a ampliação acentuada de trabalhos submetidos a consecutivos contratos temporários, sem estabilidade, sem registro em carteira, trabalhando dentro ou fora do espaço produtivo das empresas, quer em atividades mais instáveis ou temporárias, quando não na condição de desempregado.

⁴ Enquanto na fábrica fordista aproximadamente 75% da produção era realizada no seu interior, a fábrica toyotista é responsável por somente 25% e a terceirização/subcontratação passa a ser central na estratégia patronal. Essa horizontalização estende-se às subcontratadas, às firmas “terceirizadas”, acarretando a expansão dos métodos e procedimentos para toda a rede de subcontratação. E essa tendência vem se intensificando ainda mais e nos dias atuais, nos quais a empresa flexível defende e implementa a terceirização não só das atividades-meio, mas também das atividades-fim. (ANTUNES; DRUCK, 2013, p. 45)

Continuamente, a “racionalidade instrumental” do capital impulsiona as empresas à flexibilização das relações de trabalho, da jornada, da remuneração. A substituição do trabalho contratado e regulamentado, dominante no século XX, por outras modalidades, com frequência se configuram em formas de trabalho que permitem aumentar distintas formas de flexibilização salarial, de horário, funcional ou organizativa (ANTUNES, 2013).

No Brasil, o crescimento e a difusão da terceirização nas últimas décadas, a reafirma como uma modalidade de gestão, organização e controle do trabalho num ambiente condicionado pelo raciocínio da acumulação financeira, que, no âmbito do processo, das condições e do mercado de trabalho, exige total flexibilidade em todos os níveis, instituindo um novo tipo de precarização.

Em um cenário cuja economia é guiada pela lógica financeira com base no curtíssimo prazo, as empresas almejam garantir seus altos lucros, exigindo e transferindo aos trabalhadores a pressão pela maximização do tempo, pelas altas taxas de produtividade, pela redução dos custos com o trabalho e pela flexibilidade nas formas de inserção e de contratos. Nenhuma outra modalidade de gestão, como a terceirização, garante e efetiva essa “urgência produtiva” determinada pelo processo de financeirização, em que estão subordinados todos os setores de atividade, já que são também agentes e sócios acionistas do capital financeiro (DRUCK, 2011).

O capital extrema o fim único de produzir mais dinheiro do dinheiro, e não mais a produção em massa de mercadorias, mas sim a especulação financeira, com base na volatilidade, na efemeridade, no curtíssimo prazo, sem estabelecer laços ou vínculos com lugar algum, sem nenhum tipo de compromisso a não ser com o jogo do mercado (financeiro, em primeiro lugar), pautado numa concorrência internacional sem precedentes, que não aceita qualquer tipo de regulação. O Estado, passa a desempenhar um papel cada vez mais de “gestor dos negócios da burguesia”, já que ele age agora em defesa da desregulamentação dos mercados, especialmente o financeiro e o de trabalho (DRUCK, 2011).

A hegemonia do setor financeiro vai além do campo econômico do mercado, impregnando todos os âmbitos da vida social, em que acarreta um novo modo de trabalho e de vida. Configura-se uma rapidez inédita do tempo social, sustentada na volatilidade, efemeridade e descartabilidade sem limites de tudo o que se produz e, principalmente, daqueles que produzem. O curto prazo, como elemento central dos investimentos financeiros, impõe processos ágeis de produção e de trabalho, tornando indispensável contar com trabalhadores que se submetam a quaisquer condições para atender ao novo ritmo e às rápidas mudanças (DRUCK, 2011).

A Institucionalização da Precarização Social do Trabalho, considerada um processo em que se instala econômica, social e politicamente, e decorrente da flexibilização e da precarização moderna do trabalho, renova e reconfigura a precarização histórica e estrutural do trabalho no Brasil, justificada pela necessidade de adaptação aos novos tempos globais. O conteúdo dessa (nova) precarização se caracteriza pela condição de instabilidade, de insegurança, de adaptabilidade e de fragmentação dos coletivos de trabalhadores e da destituição do conteúdo social do trabalho, que se torna central e hegemônica a outras formas de trabalho e de direitos sociais conquistados em nosso país. O trabalho precário em suas várias dimensões (na terceirização, na informalidade, na desregulação e flexibilização da legislação trabalhista, no adoecimento, no desemprego, nos acidentes de trabalho, na perda salarial, na fragilidade dos sindicatos) é um processo que dá unidade à classe-que-vive-do-trabalho e aos distintos lugares em que essa precarização se manifesta (DRUCK, 2011).

No plano do mercado de trabalho, onde se estabelecem as relações de compra e venda da força de trabalho, as questões supracitadas reafirmam a força de trabalho como mercadoria, subordinando os trabalhadores a uma lógica em que a flexibilidade, o descarte e a superfluidade são fatores determinantes para um grau de instabilidade e insegurança no trabalho, como nunca alcançado. Assim, a terceirização assume centralidade, uma vez que, suas diversas modalidades (tais como cooperativas, pejetização, organizações não governamentais, além das redes de subcontratação) concretizam “contratos” ou formas de compra e venda da força de trabalho, cujas relações sociais aí estabelecidas entre capital e trabalho são disfarçadas por relações interempresas/instituições. Além disso, estabelecem contratos flexíveis, de acordo com os ritmos produtivos das empresas contratantes e das oscilações de mercado que desestruturam o trabalho, seu tempo e até mesmo a sua sobrevivência (DRUCK, 2011).

A epidemia de terceirização no Brasil, contaminou além da indústria e agricultura, os serviços, e o serviço público. Para Maciel Filho e Pierantoni (2004, p. 26):

O desemprego e as formas de flexibilização do trabalho que, historicamente, marcaram o mercado de trabalho brasileiro, puseram em foco questões sociais e políticas muito complexas, dada a característica autoritária, precária, excludente e desigual do sistema de relações de trabalho e da estrutura social do país. As mudanças são vivenciadas por todos os setores da economia, sobretudo pelo setor secundário, que necessita incorporar inovações técnicas e organizacionais, normalmente poupadoras de força de trabalho. No entanto, o processo de degradação das condições e dos regimes de trabalho expõe sua face mais dura nos segmentos do setor terciário da economia, que passa a absorver boa parte do volume da população economicamente ativa devido à reestruturação do setor industrial. Espremidos num mercado de trabalho estruturalmente mais heterogêneo - devido ao variado leque dos vínculos, das ocupações, das qualificações e dos rendimentos, de elevada competição e, como corolário, muito mais fracamente organizado, os trabalhadores dos serviços

e do comércio representam um contingente mais vulnerável do mercado de trabalho quando considerado em relação aos trabalhadores do setor industrial.

Vale ressaltar que o mercado de trabalho pode ser conceituado sob diferentes perspectivas. Como é um espaço em que ocorrem relações entre indivíduos, instituições e sociedade, constantemente modifica-se, é dinâmico, dando origem a múltiplas formas de compreender como essas relações podem se efetuar. Oliveira e Piccininni (2011) nos trazem as diferentes vertentes que vão embasar o termo. Uma delas é a vertente econômica, em que são consideradas as teorias clássica, keynesiana e da segmentação. Essa teoria está fundamentada em elementos abstratos e modelos matemáticos e faz uma análise objetiva da estrutura do mercado de trabalho, primando pelos interesses financeiros de indivíduos e organizações.

Na vertente econômica, nas teorias clássica e keynesiana, não são considerados os aspectos regionais, demográficos e profissionais, que podem originar diferentes arranjos na relação capital-trabalho. O espaço de trabalho é visto como um todo, impossibilitando a coexistência de mais de um mercado. Já a teoria da segmentação, por outro lado, vai buscar romper com essa lógica. Para a teoria da segmentação há um mercado interno no qual os trabalhadores estão mais protegidos e com melhores condições de trabalho e de qualificação, e um mercado externo, onde o trabalho seria regido de acordo com a teoria clássica. Segundo essa teoria há múltiplos mercados de trabalho que se organizam a partir da diversidade de profissionais, podendo variar a abundância e a falta de demanda (OLIVEIRA; PICCININNI, 2011).

Na vertente da sociologia econômica, ressalta-se as redes de relacionamento como facilitadoras da mobilidade fixada e disseminada no mercado. Segundo os autores, os profissionais utilizam três formas de buscar oportunidades de trabalho: contato direto com as organizações; meios formais, que seriam propagandas, agências de empregos, concursos, envolvendo 20% das colocações; e os contatos pessoais, que seriam por meios de amigos, familiares ou colegas, em que 56% dos postos de trabalho são encontrados desta forma, ou seja, de maneira informal, onde a divulgação das oportunidades, muitas vezes, é restrita as redes de relacionamentos, não se configurando a vantagem financeira como um motivo de maior concorrência para os postos de trabalho. Assim, a busca pelo trabalho é mais que um processo racional, estando relacionada com outros processos sociais que interferem e ajudam seus resultados (OLIVEIRA; PICCININNI, 2011).

Por último, a vertente da teoria Institucional, que destaca a importância da atuação dos diferentes atores (sindicatos, governo, empresas etc.), bem como a interferência de regionais na

formação da força de trabalho, como por exemplo, o nível de qualificação, valores com relação a força de trabalho e outros elementos culturais. Defende que, para além dos aspectos econômicos e das redes sociais centrada na família e amigos, o mercado de trabalho é influenciado por legislações específicas, grandes corporações, e pela regulamentação governamental, logo, existiriam diversos mercados internos que operam independentemente do mercado externo. Todos os ofícios e profissões, bem como certas empresas, se orientam por regras institucionais, em vez da lógica mercantil de oferta e demanda, de modo que não ocorre competição direta de oferta e demanda (OLIVEIRA; PICCININNI, 2011).

Os Institucionalistas também consideram a segmentação do mercado de trabalho, porém, por eles, são ressaltadas as normas e as instituições sociais que regem e estruturam os diferentes territórios que formam o mercado de trabalho. Dessa forma, tanto a estrutura de postos de trabalho como a mão de obra não constituem elementos unitários e homogêneos, mas sim conglomerados segmentados uns dos outros, visto que são as empresas que definem as normas específicas. Cada profissão configura-se como um grupo social baseado em conjuntos específicos de atividades, competências e orientações ocupacionais que estão certificadas socialmente e que são reguladas por instituições corporativas. A abordagem Institucionalista permite ampliar as possibilidades de análise e compreensão do mercado de trabalho como um espaço de relações sociais, onde existem atores, que interferem na estrutura particular de cada segmento profissional ou setor empresarial (OLIVEIRA; PICCININNI, 2011).

Oliveira e Piccininni (2011, p. 8), referem ainda, que o mercado de trabalho pode ser compreendido como o espaço de lutas entre diferentes agentes (indivíduos, organizações, órgãos de regulação, países) que estão constituídos historicamente pela “incorporação de “regras” sociais que orientam as estratégias que eles utilizam no interior deste mesmo campo. Nesse sentido, para compreender o mercado, muito além da noção de oferta e demanda, é necessário conhecer o histórico inerente ao modo em que se estruturam as relações no campo, bem como as diferentes posições que os agentes ocupam.

Sobre o mercado de trabalho em saúde, Maciel Filho e Pierantoni (2004) referem, que no mundo contemporâneo (no século XX), esse mercado se configurou em definitivo, quando o Estado e o capital passaram a determinar o preço e as relações de compra e venda da força do trabalho em saúde, que faz deste, um mercado sujeito à dinâmica do mercado capitalista geral com configurações específicas dos serviços de saúde. A regulação entre oferta e demanda pode se dar por meio da relação direta de compra e venda da força de trabalho no mercado ou pela mediação estatal, que a depender da política de saúde adotada, poderá estimular a produção e o

consumo dos serviços de saúde segundo a lógica de mercado ou mediante a lógica de bem-estar social (MACIEL FILHO; PIERANTONI, 2004).

Portanto, a força de trabalho em saúde, além de estar submetida a leis gerais do mercado, subordina-se as características específicas do mercado de trabalho em saúde, que tem como característica a prestação de serviço. A dinâmica organizacional do sistema de saúde brasileiro, resultando da expansão do SUS orientado pela APS e do “mix” público-privado, tem contribuído para as coordenadas do mercado de trabalho em saúde no Brasil (PAIM *et al.*, 2011), inclusive das enfermeiras.

O mercado de trabalho das enfermeiras convive com as características do mercado em geral, o da saúde, somada as suas próprias especificidades. A enfermagem é uma profissão institucionalizada com inserção forte nas estruturas formais de emprego, seja pública, privada ou filantrópica, com pouca tradição em atuar como profissional liberal e muito mais como assalariado (MACHADO *et al.*, 2016), sendo o setor público o maior mercado de trabalho das enfermeiras, desde a década de 70 (STIEBLER; OLIVEIRA, 2001) e ainda hoje, do total, 65% das enfermeiras atuam no setor público (MACHADO *et al.*, 2016).

A APS, por sua vez, em função dos seus valores, história/trajetória no Brasil, como também, em experiências externas de sistemas fortemente baseados na APS, como o britânico, tem colocado a enfermeira entre os atores chave para sustentar esse modelo. Estando a enfermeira a frente, junto da equipe interdisciplinar, na execução de ações preventivas, na interiorização para regiões não metropolitanas, e na luta por um modelo de atenção que supere o paradigma médico-assistencial e reconheça práticas alternativas de saúde, tornando a enfermeira aliada dos formuladores de políticas (Ministério da Saúde e Agências Internacionais).

Na APS, os vínculos de trabalho são predominantemente municipais, que se deram pelo processo de descentralização da saúde, um dos princípios do SUS. O tipo de vínculo municipal⁵ das enfermeiras em todo território nacional, é de 43,9% estatutárias; 18,1% celetistas; 10,9% são prestadoras de serviço; 12,5% são contratadas por tempo determinado; 1,6% são cooperativadas; 10% inseridos nas Fundações Públicas de Direito Privado; 0,5% em OSCIP; 2,4% em OSS (MACHADO *et al.*, 2016).

Achados de um estudo qualitativo de Souza (2016), apontam que, dado as condições socioeconômicas vividas pelas profissionais no início de suas carreiras, a escolha profissional das enfermeiras entrevistadas foi determinada majoritariamente pela possibilidade de conseguir

⁵ O mesmo profissional pode estar inserido em dois ou mais vínculos diferentes.

um emprego, e que o fator mais importante a definir a escolha profissional parece ser a possibilidade de inserção no mercado de trabalho. Uma pesquisa sobre o perfil das enfermeiras revela que antes mesmo da graduação, 51% destas profissionais já estavam inseridas no mercado de trabalho (MACHADO *et al.*, 2016). Portanto, a flexibilização dos vínculos poderia parecer atraente para acessar o mercado de trabalho, principalmente as profissionais recém-formadas, porém como seria a adesão a esses vínculos? Sabe-se que a instabilidade do emprego e a perda dos direitos trabalhistas corroboram para a rotatividade dos profissionais nos serviços de saúde.

De modo geral, a reestruturação produtiva afetou 1.990.202 de trabalhadores de enfermagem (SILVA *et al.*, 2016), promovendo a precarização das relações e condições de trabalho, cuja multiplicidade de vínculos, baixos salários, os prejuízos nos direitos trabalhistas, as condições indignas de trabalho, impactam, conseqüentemente, no processo de trabalho e na qualidade dos serviços prestados.

No processo de precarização do trabalho na enfermagem, as profissionais convivem rotineiramente com a insegurança da perda do emprego e ausência de seguridade social, que contribui para exploração e submissão a condições indignas de trabalho. A necessidade de complementação da renda e insegurança quanto a permanência no vínculo de trabalho, leva as trabalhadoras a buscar múltiplos vínculos, diminuindo sua participação em capacitações e contribuindo para o aumento da sua carga de trabalho, desgaste, sofrimento, adoecimento mental e físico, como taquicardia, hipertensão arterial sistêmica, sudorese, cefaleia, tontura, epigastralgia, dores em membros superiores e inferiores e dor lombar (PÉREZ JUNIOR; DAVID, 2018).

A precarização impacta na subjetividade das profissionais provocando sentimento de insegurança, desvalorização, insatisfação, desmotivação, estresse ocupacional, aumento do absenteísmo presenteísmo, afastamento do trabalho por motivo de doença, readaptação funcional e aposentadorias precoces. Em relação às condições de trabalho, ganha destaque a escassez de material, a inadequação do quantitativo de recursos humanos e inadequação da planta física, características de uma organização do trabalho que busca redução de gastos e maior produtividade, se colocando inclusive, acima da qualidade e a segurança do cuidado prestado (PÉREZ JUNIOR; DAVID, 2018).

A precarização abrange inclusive instituições públicas, onde muitas mantêm seu quadro de pessoal com múltiplas formas de vínculos empregatícios e, conseqüentemente, diferentes remunerações entre os trabalhadores que possuem a mesma formação, condição que pode

interferir diretamente no rendimento destes, trazendo o sentimento de desmotivação, que compromete a qualidade dos serviços realizados (RIBEIRO; SOUZA; SILVA, 2014). Assim, observa-se que a precarização do trabalho da enfermagem, que ganhou maior legitimidade a partir da reforma político administrativa, viabilizando a criação de parcerias público privadas, através de modificações na estrutura jurídico-administrativa das instituições de saúde, proporcionaram a contratação de recursos humanos de forma desregulamentada, por vínculos terceirizados, com remuneração diferenciada aos dos trabalhadores estáveis, com maior carga horária, sem garantia dos direitos trabalhistas, e em condições indignas de trabalhos (PÉREZ JUNIOR; DAVID, 2018).

Desta forma, diante do que foi exposto neste capítulo, ratifica-se que a saúde constitui um importante setor no mercado de trabalho do país e como os demais serviços de consumo coletivo, encontra-se vinculada a um conjunto de determinantes políticos e econômicos que permeiam o mercado de trabalho em geral. Ratifica-se ainda que as discussões acerca do modelo de gestão por Organizações Sociais de Saúde são cercadas de controvérsias, sobretudo, a respeito da relação público e privado e da flexibilização das relações de trabalho, assim como, a reestruturação produtiva contribuiu para precarização do trabalho das enfermeiras. É urgente refletir sobre as consequências da introdução das OSS para o mercado de trabalho de uma categoria profissional como a enfermagem que histórico-cultural possui uma série de desafios, relativos ao gênero, à valorização e autonomia do trabalho.

3 REFERÊNCIAS TEÓRICO-METODOLÓGICAS

3.1 O NEO-INSTITUCIONALISMO

Para melhor compreensão do trabalho das enfermeiras a partir da expansão da Atenção Primária e inserção do modo gerencialista por meio das OSS no município do Rio de Janeiro, utilizou-se como abordagem teórica, o Neo-Institucionalismo. Entende-se que em um cenário de flexibilização e mudanças no modelo de gestão do Estado, essa abordagem se apresenta como uma importante opção metodológica na discussão sobre o trabalho no setor público uma vez que toma como categoria central de análise as instituições e os atores estatais na esfera política (TEIXEIRA *et al.*, 2020).

A abordagem Institucional é uma referência fundamental para o estudo das políticas públicas e contempla fatores de grande importância analítica, e de grande poder explicativo, para o entendimento de processos de tomada de decisões públicas. Aspectos como a mudança das instituições e o papel das ideias, por exemplo, contribuem de maneira significativa para o desenvolvimento dos estudos na área (ROCHA, 2005). A abordagem Institucionalista traz a preocupação de efetuar uma observação mais próxima acerca das instituições e de seus desdobramentos no processo de decisão pública.

Sua relevância está em, além de identificar as instituições que afetam comportamentos individuais e coletivos, identificar como estas instituições operam e resistem, ou seja, por meio de que processos e mecanismos estas vão persuadir decisões políticas e se manter ao longo do tempo (LIMA; MACHADO; GERASSI, 2011). O estudo em tela visa as instituições presentes na organização da expansão da APS no município do Rio de Janeiro/RJ com as OSS, desenvolvidas por meio de mudanças políticas, entre elas, de uma gestão pública direta burocrática para uma indireta (pública de direito privado) no modo gerencialista, e como estas podem ter influído no trabalho das enfermeiras.

Salienta-se que os Institucionalistas consideram qualquer sinal de mudança social como uma questão a ser verificada empiricamente e não presumida por meio de princípios gerais ou da arquitetura institucional existente, uma vez que as instituições não são necessariamente integradas e permanentes (ROCHA; SCHNEIDER; GOLDENBERG, 2015).

Às Instituições consideram-se elementos de ordem cultural e normativa que permeiam o ambiente das políticas públicas, de normas e valores, incluindo sistemas simbólicos, esquemas cognitivos, modelos morais etc., que além de definir o funcionamento das organizações, determinam também o comportamento individual por uma série de categorias de

percepção que guiam a prática social dos agentes, determinam suas preferências, interesses e objetivos (ROCHA; SCHNEIDER; GOLDENBERG, 2015).

O conceito de instituições nesses estudos é amplo, incluindo além das regras formais (leis, normas e outros procedimentos regimentais), as regras informais relacionadas a códigos de conduta hábitos e convenções em geral, como também os atores que definem e defendem interesses (LIMA; MACHADO; GERASSI, 2011). As instituições fazem a mediação entre Estado e sociedade, entre estruturas econômicas e comportamentos de indivíduos e grupos, modelando processos políticos e sociais. Desta forma, gestores, representantes da categoria profissional e os próprios profissionais de saúde, que neste estudo são enfermeiros, são atores que vão desenhar a política. Do mesmo modo em que leis e normas moldam o trabalho dos profissionais, os contratos de gestão definem indicadores e metas a serem obtidos pelas OSS que por sua vez “pressionam” as equipes de saúde.

Para os Institucionalistas, o Estado não se submete simplesmente a interesses localizados na sociedade, sejam das classes ou dos grupos de interesse. As ações do Estado, implementadas por seus funcionários, reproduzem a lógica do controle de suas instituições sobre a sociedade, reforçando sua autoridade, seu poder político e sua capacidade de ação e controle sobre o ambiente que o circunda. A burocracia estatal, especialmente a de carreira, estabelece políticas de longo prazo, diversas das demandadas pelos atores sociais, suas ações buscam propor visões abrangentes sobre os problemas com que se defrontam. A capacidade que a burocracia tem de elaborar e implementar políticas é, em parte, resultante do acesso diferenciado a informação, um recurso de poder privilegiado. As decisões públicas trazem, nessa perspectiva, a marca dos interesses e das percepções que a burocracia tem da realidade (ROCHA, 2005).

Interpretações mais tradicionais do Institucionalismo, nomeada por muitos autores como velho Institucionalismo ou Institucionalismo de primeira geração, percebiam as instituições como estruturas estáveis e mantidas por meio de mecanismos constantes de reprodução institucional. Assim, modelos institucionais sustentáveis seriam aqueles que se renovam constantemente para manterem a eficiência e a legitimidade, caso não acontecesse, uma reforma seria necessária ou a instabilidade política poderia ser inevitável. Trabalhos que exemplificam essa fase do Institucionalismo são maioria no grande campo da Ciência Política (TROIANO; RISCADO, 2016).

O antigo Institucionalismo foi caracterizado por análises de instituições com maior importância nas leis formais, regras e estruturas administrativas como explicação do

comportamento político e dos resultados políticos (STEINMO; THELEN; LONG-STRETH, 1997, p. 3). Segundo Troiano e Riscado (2016), se fosse possível adjetivar o Institucionalismo desse período, poder-se-ia nomeá-lo de Institucionalismo formalista e normativo. Nessa primeira versão, também denominada state-centered, o Institucionalismo coloca, portanto, o Estado como foco analítico privilegiado, em que é ele que passa a explicar a natureza das políticas governamentais (ROCHA, 2005).

Rocha (2005) informa que, os “teóricos do Estado”, conforme denominação de Hall, os Institucionalistas da perspectiva state-centered, partem de três princípios, que seriam: a ação estatal tem autonomia com relação às pressões sociais; o principal fator que afeta uma política é a política antecedente, no sentido de que as principais ideias e interesses que os policymakers possuem são motivadas por suas experiências com as políticas anteriores; o papel dos políticos é secundário, uma vez que os especialistas de determinada área do saber, em vinculação com a burocracia, têm papel preponderante no aprendizado sobre as políticas.

Porém, ainda referente ao mesmo autor, cada Estado tem sua capacidade dada por uma série de requisitos próprios. Os instrumentos de políticas estatais não são criações deliberadas de curto prazo, mas sim dependem da história de cada nação, os requisitos são historicamente condicionados. O poder político dos grupos de interesse e das classes depende, em grande parte, das estruturas e capacidades do Estado. E só o exame de cada caso específico pode definir o grau de “insulamento” que cada Estado possui. Esse debate envolve a autonomia do Estado, um aspecto crucial.

O autor traz ainda que a perspectiva state-centered apontada de forma persuasiva por Przeworski (1995), só é coerente se o Estado deriva seu poder exclusiva ou fundamentalmente do monopólio da força física. Cujas não generalização se dá por duas razões: em várias sociedades há o controle civil sobre os militares, derrubando o princípio de que o poder do Estado, sempre e independente do lugar, provém da força física; também sustenta que numa economia capitalista a alocação de recursos é feita por agentes privados, o que traz implicações da força não ser suficiente para governar efetivamente. Segundo o autor, o que deve descrever a relação do Estado com a sociedade é o termo dominação, o Estado é autônomo quando os governantes têm objetivos próprios e são capazes de implementá-los, mesmo contra interesses dos diversos grupos sociais (ROCHA, 2005).

Afirma ainda que mesmo numa democracia, os ocupantes de cargos no Estado, políticos eleitos ou burocratas nomeados, não são agentes perfeitos do público em nome do qual assumem responsabilidades, eles não agem de acordo com o melhor interesse dos cidadãos. Por

outro lado, a generalização da autonomia do Estado é um equívoco. Przeworski, segundo Rocha (2005), vai defender que é o estudo de casos concretos que vai definir o papel do Estado e da sociedade na tomada de decisões. Assim, é no intuito de processar tais análises que o Neo-institucionalismo migrou para uma posição mais matizada.

Nesse momento, não se parte do princípio de que o Estado é dotado de poder para gerar em seu interior suas políticas, conforme seus interesses ou concepções. Essa perspectiva busca equilibrar o papel do Estado e da sociedade nos estudos de caso, concebendo que o Estado é parte da sociedade e pode, portanto, em certos casos, ser influenciado por ela em maior grau do que a influência (ROCHA, 2005).

Quatro princípios que podem ser destacados nessa abordagem:

A efetividade do Estado não depende apenas de seu “insulamento”, mas de como se dá sua inserção na sociedade; a necessidade de focar não apenas governos centrais, mas também os níveis de governo periféricos; a força do Estado e dos agentes sociais são contingentes a situações históricas concretas; e, finalmente, a relação Estado/sociedade não compõe um jogo de soma zero, implicando a possibilidade de que compartilhem os mesmos objetivos. (ROCHA, 2005, p. 38).

Considerando o estudo presente, um dos principais argumentos para a implementação das OSS e a flexibilização das relações de trabalho no setor da saúde pública foi o limite máximo de gastos com pessoal, estabelecido pela Lei de Responsabilidade Fiscal em 54% da Receita Corrente Líquida. Segundo dados analisados por Viera (2016), esse limite estaria próximo de ser alcançado pela Prefeitura do Rio de Janeiro/RJ, tornando uma estratégia plausível pela carência de profissionais da saúde por meio do Regime Jurídico Único dos servidores. Seria uma forma de driblar a legislação, uma vez que a contratação de pessoal celetista não é contabilizada no Grupo de Natureza de Despesa “Pessoal e Encargos Sociais” (limitado pela LRF), mas no Grupo “Outras Despesas Corrente” – comumente chamado “Custeio” – que não possui limitação específica (VIEIRA, 2016).

Vieira (2016) refere, segundo o Plano Estratégico 2009-2012, que devido ao excessivo gasto com pessoal e ao isolamento político de outras esferas de governo e do setor privado, associado a um custo extremamente elevado da dívida municipal e a incapacidade da Prefeitura de tomar novos empréstimos, o Rio de Janeiro sofreria de baixa capacidade de investimento. O novo modelo de gestão de recursos humanos implementado, visaria aperfeiçoar os processos de contratação da Prefeitura, reduzir os custos e aumentar a transparência. As Organizações Sociais seriam, elementos balizadores para a modernização da administração pública, na busca pelo aumento da eficiência do Estado, flexibilizando as relações de trabalho no setor da saúde

pública e substituindo contratos precários, realizados com Organizações Não Governamentais (ONGs), cooperativas e associações, por contratos de gestão que, supostamente, melhorariam a fiscalização (VIEIRA, 2016).

Manifestou-se no poder legislativo o temor que ao flexibilizar o controle burocrático, com vista ao aumento da eficiência do setor, a não superação das práticas patrimonialistas na cultura organizacional do Estado brasileiro também seriam incentivadas, com a dispensa da contratação por concurso público e a falta de regulamentação do processo de contratação de pessoal, que facilitaria o aparelhamento político das unidades de saúde pela gestão das OSS (VIEIRA, 2016).

Assim, a princípio, observa-se que demandas da prefeitura em dar conta da Lei de Responsabilidade Fiscal e busca por maior eficiência no processo de gestão, levou a flexibilização das relações de trabalho para reorganização da atenção primária de saúde possibilitando sua expansão. Por outro lado, a expansão da atenção primária é um direito constitucional da população na garantia do acesso aos serviços de saúde, portanto uma demanda da sociedade conquistada com a Reforma Sanitária Brasileira. A contratação dos profissionais se deu por meio da CLT reduzindo contratos mais flexíveis, como cooperativas, contratos de boca, entre outros, difundidos com a reforma do Estado, porém, colocou profissionais de diferentes vínculos em um mesmo ambiente de trabalho com uma lógica produtiva também diferenciada. Assim, observa-se demandas que vão além do Estado e diversas disputas, que ao considerar uma perspectiva centrada no Estado possa não responder as contradições que se apresentam. Nesse cenário, se desconhece quais seriam as demandas dos profissionais de saúde.

O Neo-Institucionalismo busca compreender o papel desempenhado pelas instituições na determinação de resultados sociais e políticos, as causas da “alteração nas regras e nos procedimentos de implementação destas, levando a que comportamentos alternativos passem a ser estimulados ou reprimidos.” (LEVI, 1991, p. 84). A mudança institucional é consequência do abandono do comportamento de submissão por parte de pessoas ou grupos a arranjos institucionais vigentes e implica em redistribuição de poder (ROCHA, 2005).

Em se tratando da democracia política, por exemplo, esta não depende somente da economia e das condições sociais, mas também do desenho das instituições políticas, que no Neo-institucionalismo possui um papel mais autônomo, sem negar a importância tanto do contexto social da política quanto das motivações dos atores individuais.

A agência burocrática, a comissão legislativa e as cortes de apelação são arenas para as forças sociais contraditórias, mas também são uma coleção de procedimentos e

estruturas de operação-padrão que definem e defendem interesses; elas são atores políticos em si. (MARCH; OLSEN, 2008, p. 45)

Outra questão é que o sistema de governança da atenção primária do município do Rio de Janeiro/RJ foi estruturado em uma nova relação entre a administração pública, o setor privado e as organizações do terceiro setor, ordenando outro arranjo institucional que em tese se daria por meio de formas colaborativas e transparentes. Este movimento estabeleceu uma nova arena de atuação do estado e da sociedade denominado por “espaço público não estatal” (BRASIL, 1995), com suas contradições e disputas.

Assim, a pesquisa teórica com base em uma perspectiva institucional não deve almejar uma quantidade enorme de detalhes contextuais, pois está constrangida pela capacidade da inteligência humana (e artificial) de fazer frente à complexidade e, ainda que possa expandir-se com o tempo, permanece modesta em relação às demandas de uma teoria completamente contextual e institucional. Em consequência, com o olhar da pesquisa teórica, o Neo-institucionalismo “é provavelmente mais bem visto como uma busca de ideias alternativas que simplifiquem as sutilezas da sabedoria empírica de uma forma teoricamente útil” (MARCH; OLSEN, 2008, p. 50), uma teoria de médio alcance, voltada aos estudos empíricos.

Ressalta-se a pretensão de levar em conta neste estudo o processo de trabalho das enfermeiras na atenção primária com as OSS, Rocha (2005) citando Skocpol (1995), refere que a autora relaciona instituições políticas e identidades sociais. Para autora, estruturas e processos políticos vão influenciar identidades, metas e capacidades políticas de grupos politicamente ativos. Propõe explorar como os fatores políticos e sociais se combinam para afetar as identidades sociais e capacidades dos grupos envolvidos no jogo político, questão considerada neste estudo, uma vez que o trabalho do enfermeiro na atenção primária parece ter ampliado seu escopo de atuação, gerado maior autonomia e valorização profissional, entretanto, dentro de uma modelo gerencialista de produtividade, com metas que podem “guiar” o processo de trabalho por um lado, mas por outro, pode desvirtuá-lo daquilo que o caracteriza.

Salienta-se ainda, o salário e a carga horária diferenciada desse profissional que tem relação com seu poder político. A autora aponta que a capacidade de se atingir metas políticas não depende, apenas da autoconsciência e recursos de mobilização dos grupos, mas também das oportunidades que as instituições políticas oferecem a certos grupos e negam a outros. A enfermagem possui questões históricas resguardadas, inclusive, nos aspectos relativos ao gênero, que a colocam em uma posição inferior na estrutura social.

Em penúltimo, ela sustenta que as políticas se reestruturam a partir de experiências anteriores. Esse efeito de retroalimentação se ocupa de duas dimensões, em uma delas, as políticas novas transformam a capacidade do Estado, transformando as possibilidades administrativas para iniciativas futuras; e na outra, afetam a identidade social, metas e capacidades dos grupos para o jogo político subsequente. Considerando estes dois contextos, podemos esperar desdobramentos para o processo de trabalho das enfermeiras e para as relações de trabalho.

São as alianças e grupos que vão determinar a continuação e expansão de uma política a partir do quanto foi satisfatória. Quando a análise da política é positiva, influencia a adoção futura de políticas análogas, quando negativa, tende a barrar a reprodução de políticas similares (ROCHA, 2005), isso de acordo com as experiências dos grupos. No estudo em questão leva-se em consideração como os atores envolvidos pensam e que poder possuem para dar continuidade ou reestruturar essa política. Entende-se, a relevância de conhecer esses processos e, ainda, o contexto da criação de estratégia de expansão da atenção primária e sua história, já que segundo Skocpol (1995), apenas com o levantamento histórico da formação dos Estados, do estudo das maneiras de como enfrentam os desafios internos e externos com que se defrontam, é que se pode dimensionar a capacidade de implementação de políticas dos funcionários estatais e dos políticos (ROCHA, 2005).

Na perspectiva de Sanders (2008), a aproximação a tais temas se dá pela percepção de que os atores políticos detêm metas e objetivos, o que se mostra como uma finalidade da ação social mais ampla do que sujeitá-la exclusivamente a fins racionalmente definidos e associados à otimização de escolhas entre diferentes opções de políticas públicas, que é a hipótese comportamental da escolha racional. Nesse contexto, o Institucionalismo histórico aborda, como objeto de estudo, o conjunto de agentes em interação permanente, no âmbito das instituições. Como consequência dessa definição preliminar, na abordagem histórica, as instituições emergem como procedimentos, protocolos, regras, normas de natureza oficial e formal ou não que se mostram como “inerentes à estrutura organizacional da comunidade política.” (HALL; TAYLOR, 2003, p. 196).

Desta forma, compreende-se que pensar o processo e as relações de trabalho das enfermeiras a partir da expansão da atenção primária e por meio da incorporação das OSS, na perspectiva institucionalista, logo, considerando os diferentes atores envolvidos, as disputas, o momento da história e as regras que regem o funcionamento do mercado, permitirá pensar o mercado de trabalho desse profissional para além do aspecto econômico, onde as relações e a

produção do trabalho serão igualmente investigadas e dessa forma contribuir na discussão do cenário atual e antever possíveis desdobramentos.

3.2 AGENTES SOCIAIS QUE CONFIGURAM O CAMPO DA ENFERMAGEM

Sobre as entidades que representam a categoria, Oliveira, Barreto e Lima (1997), informam que as ações dessas entidades, isoladas ou coletivamente, expressam sua organização de forma global, seja no campo científico cultural (ABEn nacional/Associação Brasileira de Enfermagem), trabalhista (Federação Nacional dos Enfermeiros/FNE) ou disciplinar do exercício profissional (Conselho Federal de Enfermagem/COFEN). Segundo as autoras, as entidades se complementam, abordando o conjunto do exercício e da prática profissional da enfermagem: o desenvolvimento do seu conhecimento teórico, a defesa de seus interesses e a regulamentação de seu exercício profissional. Porém, contribui para a segregação e alienação do trabalhador sobre a importância do seu próprio trabalho e associação apenas ao sindicato, por não compreender a importância da sua organização profissional e pelo entendimento de que o sindicato buscará sua segurança econômica, o que reforça a dicotomia entre luta econômica e capacitação profissional (OLIVEIRA; BARRETO; LIMA, 1997).

É importante salientar o papel de cada instituição representativa da Enfermagem nesse processo, tanto Associação Brasileira de Enfermagem, quanto o sistema COFEN e CORENS (Conselho Regional de Enfermagem) e o Sindicato de Enfermagem.

A ABEn, como organização base da enfermagem brasileira, foi propulsora do estabelecimento da enfermagem no país e teve protagonismo nas grandes lutas por uma saúde de qualidade à população (ALVAREZ, 2016). Desde sua criação vem se dedicando à regulamentação da profissão, à defesa da educação em enfermagem em todos os níveis, e ao exercício da defesa dos usuários dos serviços de saúde em diferentes lugares, como em comissões e comitês formuladores de políticas públicas nas áreas de saúde, de educação e de direitos humanos. Logo, a história da Enfermagem brasileira se confunde com a própria história da ABEn (OGUISSO, 2001).

A denominação Associação Brasileira de Enfermagem teve início em 1954, porém a ABEn foi criada em 1926, pelas primeiras enfermeiras formadas na Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública, atual Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), fundada em 1923 (Decreto 16.300, de 31 de dezembro de 1923). Foi registrada em 1928 com o nome de Associação Nacional de Enfermeiras Diplomadas. Como Associação de âmbito nacional, é reconhecida como de

Utilidade Pública, conforme Decreto Federal nº. 31.417/52, publicado no Diário Oficial da União de 11 de setembro de 1952.

A estrutura da ABEn vive da dinâmica de cada uma de suas partes, sendo elas, as Seccionais e Regionais, que resulta na potencialidade da ABEn nacional para receber o reconhecimento dos órgãos governamentais nacionais e internacionais, dos serviços de saúde e escolas, da organização de usuários e de outras organizações profissionais com destacada liderança por sua história de luta (ALVAREZ, 2016).

Possui normativas próprias, como Estatuto da ABEn (2018), que regulam os atos administrativos da gestão, as decisões, fontes de recursos e patrimônio, que são definidos, fiscalizados e controlados por órgãos e instâncias de deliberação, administração, execução e de fiscalização. O estatuto refere que a ABEn tem por finalidade atuar de forma autônoma e democrática, sem distinção de classe social, gênero, orientação sexual, geração, cor da pele, raça/etnia, política, cultural e religião, como também, de promover o desenvolvimento técnico, científico, cultural e político dos profissionais de Enfermagem, pautado em valores e princípios éticos e dos direitos humanos.

Refere ainda, a finalidade de defender os interesses da Enfermagem, articulando-se com as demais entidades, organizações e instituições sociais, de seguridade, de saúde e de educação, como também de articular-se com a sociedade em geral e organizações sociais, na defesa dos direitos sociais, saúde e educação, e na consolidação de políticas que garantam à população a efetividade do direito à saúde, com universalidade, integralidade, equidade e participação social. Incluindo adotar medidas necessárias à defesa e consolidação do trabalho em Enfermagem como prática social nas áreas de saúde e educação, e de integrar-se aos processos sociais, políticos e técnicos que visem assegurar o acesso universal e equânime aos serviços de saúde.

A ABEn é embrionária do COFEN e do Sindicato de Enfermagem. O processo de criação do COFEN foi longo e é resultado das lutas da enfermagem durante quase 40 anos. Teve início em meados da década de 1930, quando surgiu a obrigatoriedade de se regular as profissões, sobretudo, as de cunho científico. O Conselho Federal de Enfermagem foi aprovado em 12 de julho de 1973, pela Lei nº 5.905, cujo plenário é composto exclusivamente por enfermeiras, enquanto os Conselhos Regionais, por enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.

A concepção da criação de um Conselho específico para controlar, regular e disciplinar a enfermagem foi idealizada pelas profissionais, uma vez que, vários grupos e/ou pessoas, sem

nenhuma qualificação ou preparo técnico, realizavam atividades de enfermagem. Além disso, a regulação da Enfermagem não era realizada pela própria categoria, limitando seu grau de autonomia. Na década de 1930, a fiscalização da enfermagem tinha como instrumento legal o Decreto nº 20.931, de 11 de janeiro de 1932, que regulava e fiscalizava, além do exercício da enfermagem, o exercício da medicina, da odontologia, da medicina veterinária e das profissões de farmacêutico e parteira. Nesse decreto não havia ainda preocupação em definir as atribuições da enfermagem, mas era-lhe proibido instalar consultório para atendimento de cliente (Decreto nº 20.931, de 11 de janeiro de 1932).

Em 1941, através do decreto-lei nº 3.171, com o intuito de implementar diferentes ações, entre elas as ações de fiscalização, ocorre a reorganização do Departamento Nacional de Saúde do Ministério da Educação e Saúde, que cria o Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina. O Serviço tinha como finalidade coordenar e fiscalizar tudo que se relacionasse ao exercício da medicina e das atividades afins, incluído as atividades da enfermagem. O que intensificou, entre as enfermeiras associadas à Associação Brasileira de Enfermagem as discussões sobre a necessidade de que as ações desenvolvidas pela enfermagem fossem regulamentadas por um órgão específico, como outras profissões, guardadas as especificações do exercício da prática profissional da enfermagem (NEIVA, 2013).

Nessa perspectiva, um novo cenário se desenvolvia, onde as discussões sobre a criação do Conselho de Enfermagem foram estimuladas, com a instituição de grupos de trabalho responsáveis por organizar e acompanhar as ações para a implantação do conselho (GARCIA; MOREIRA, 2009). O período compreendido entre 1953 e 1960 foi de intensas atividades na associação, visando à regulamentação do exercício da prática de enfermagem (NEIVA, 2013). A regulamentação do exercício da enfermagem por meio decreto veio com o Decreto no. 50.387 de 28 de março de 1961. Segundo Oguisso (2001, p.200): “pela primeira vez houve uma tentativa de definição do exercício da enfermagem”, contudo se encontrava restrito as atividades de observação e cuidado de doente, gestante e acidentado; administração de medicamentos e tratamentos prescritos pelo médico; educação sanitária; e, aplicação de medidas de prevenção de doenças. O decreto também definiu todas as categorias que poderiam exercer legalmente a profissão.

No momento, atual os dispositivos legais do exercício profissional da Enfermagem envolvem, a Lei n.7498, de 25 de junho de 1986, e o Decreto n. 94.406 de 08 de junho de 1987. Na nova Lei não houve uma redefinição do que seria a enfermagem, mas estabeleceu as competências privativas da enfermeira, inclusive no tocante a consulta e prescrição da

assistência de enfermagem e os cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica, inexistentes na legislação anterior (OGUISSO, 2001). Em 12 de julho de 1973, foi aprovada a Lei nº 5.905, dispondo sobre a criação dos Conselhos Federal e Regionais de Enfermagem e dando outras providências. A Lei nº 5.905 foi sancionada conforme as diretrizes do Governo Federal, concebendo os Conselhos Federal e Regionais de Enfermagem como autarquias de fiscalização profissional, vinculados ao Ministério do Trabalho, com conselho único para todas as categorias que atuavam na enfermagem (enfermeiros, técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem e parteiras).

O COFEN é responsável por normatizar e fiscalizar o exercício da profissão de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, zelando pelo cumprimento da Lei do Exercício Profissional da Enfermagem. Possui como principais atividades: a normatização e expedição de instruções para uniformidade de procedimentos e bom funcionamento dos Conselhos Regionais; a apreciação das decisões dos CORENs; a aprovação das contas e da proposta orçamentária da autarquia; e a promoção de estudos e campanhas para aperfeiçoamento profissional. O COFEN e os seus respectivos Conselhos Regionais formam o Sistema COFEN/Conselhos Regionais e é filiado ao International Council of Nurses (ICN), em Genebra

A ABEn também é responsável pelo estímulo à criação das suas entidades sindicais. O início da organização sindical das enfermeiras remonta à década de 40, quando um grupo de lideranças, através da ABEn, mobilizou-se na luta pelo enquadramento da categoria como profissionais liberais e pelo direito de formar sindicato que defendesse interesses específicos. O pleito encontrava justificativa principal no descontentamento, por fazerem parte de um sindicato que englobava enfermeiros, juntamente com outras categorias auxiliares (enfermeiros práticos, e demais empregados em Hospitais e Casas de Saúde) (GOMES *et al.*, 2017).

Os Sindicato das Enfermeiras, surgiu na década de 70 com o novo sindicalismo, a partir do interior das fábricas, renovaram-se as diretorias dos sindicatos oficiais, o que viabilizou o ingresso de novas lideranças. Essas, até por motivos ideológicos e estratégicos, procuravam fazer com que os sindicatos fossem assumidos pelos trabalhadores, como órgão de luta. Mas, a reaproximação dos trabalhadores aos sindicatos ocorreu, principalmente, com a greve do ABC paulista em 1978 que trouxe ao debate político as questões sociais e a reorganização do Estado, em face do descontentamento com o governo militar. Nesse sentido, merece destaque o Sindicato dos Metalúrgicos de São Bernardo do Campo e Diadema, que passou a ocupar o “papel político de agência de organização e mobilização dos trabalhadores, em defesa de seus

direitos.” Desse modo, foi no bojo desse movimento que as enfermeiras, organizaram seu sindicato (GOMES, 2017).

3.3 ESTRATÉGIA E TÉCNICAS DE PESQUISA

Trata-se de um estudo de caso exploratório de corte transversal e abordagem qualitativa cujo objetivo geral foi analisar os efeitos da expansão da Atenção Primária à Saúde no município do Rio de Janeiro/RJ (2009-2019) para as enfermeiras no setor público, na perspectiva das mudanças nas relações de trabalho, e das consequências para o processo de trabalho na atenção primária.

Salienta-se que cada modelo de contratualização possui suas especificidades e características em acordo com a realidade a que estão inseridos, e que, portanto, é relevante estudar esses modelos me caso a caso, considerando aquilo que se pretende com o estudo. A escolha do estudo de caso para essa pesquisa, deve-se a necessidade de apreender tal situação, compreendendo e interpretando a complexidade do caso concreto, mediante um mergulho no objeto delimitado (MARTINS; THEÓPHILO 2009). Para este estudo foram considerados as especificidades e a parcerias firmadas entre os entes público e privado, os indicadores pactuados por eles, e as repercussões para as relações de trabalho e para o processo de trabalho das enfermeiras.

O olhar que se buscou ao estudo nos remeteu a abordagem qualitativa, que segundo Minayo e Sanches (1993, p. 247), se adequam “a aprofundar a complexidade dos fenômenos, fatos e processos particulares e específicos de grupos mais ou menos delimitados em extensão e capazes de serem abrangidos intensamente.” A escolha dessa abordagem deve-se ao enfoque adotado pelos estudos de análises qualitativas, que dentre eles, permitem descrever a complexidade de determinado problema, na busca por investigar um fenômeno social.

A abordagem inicial contemplou um levantamento bibliográfico onde foram utilizados diferentes recursos de pesquisa em bases de Artigos, Teses, Dissertações e Livros, com o objetivo de localizar estudos que analisam os vínculos e o processo de trabalho das enfermeiras na Atenção Primária à Saúde, em âmbito Nacional e Internacional. Como também, um levantamento nas bases de dados com recorte temporal de 2009 a 2019, uma vez que a expansão da atenção primária se desenvolveu de forma substancial a partir de 2009, início do período de uma gestão, que segundo o estudo de Carneiro Júnior, Nascimento e Costa (2011), estava comprometida com a reformulação do sistema de saúde local sendo promessa de campanha, e que aumentou substancialmente a cobertura pela atenção primária no município.

Nesse sentido, foi valorizada a identificação da dinâmica do mercado de trabalho nos anos do período que será estudado, em termos de oferta de emprego, relações e vínculos de trabalho, rotatividade, remuneração, carga horária, quantitativo e distribuição territorial dos profissionais. Para tanto, foram utilizadas Bases de Dados como: SCNES, os registros administrativos da Relação Anual de Informações Sociais (RAIS), e a Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio (PNAD). Os dados se configuram como elementos panorâmicos para discutir o contexto no qual está inserido o trabalho da enfermeira no município do Rio de Janeiro/RJ.

A abordagem teórico-metodológica escolhida para este estudo, o Neo-Institucionalismo, complementa esse enfoque por situar esses processos em um contexto e por tratar-se de uma ferramenta adequada para os estudos de caso. Pois abre para uma variedade de identidades, podendo em cada caso examinado considerar questões de gênero, raça, religião, classe social ou qualquer outro fator de agregação de interesses. E vai além, retomando a importância da análise do papel das instituições políticas e sua influência sobre os grupos sociais (ROCHA, 2005).

Compreender o papel das instituições no mercado de trabalho da enfermeira e no processo de trabalho, e o quanto estes se orientam a partir de suas proposições, faz da abordagem Institucionalista, uma melhor opção, uma vez que, como informam Lima, Machado e Gerassi (2011), dá ênfase ao papel central que as instituições ocupam, considerando sua influência nas estratégias dos atores, nos rumos, trajetórias e conteúdo das políticas.

Essa vertente privilegia as instituições de nível intermediário, que mediam os efeitos políticos mais amplos e as ações dos indivíduos. A partir dos levantamentos históricos, é possível observar, como resultados anteriores estabelecem referências para eventos subsequentes, relacionando a ideia de que acontecimentos que se encontram no passado podem dar vazão a uma cadeia de determinações que influenciam as decisões políticas no presente (LIMA; MACHADO; GERASSI, 2011). Para os Neo-institucionalista:

Não é possível estabelecer posturas definitivas ou teorias gerais associadas a longos períodos históricos, mas apenas afirmações provisórias relativas a determinadas conjunturas político-econômicas, que são formuladas, testadas e alteradas a partir da análise de casos concretos. (LIMA; MACHADO; GERASSI, 2011, p. 185)

Logo, discutiu-se as perspectivas para o trabalho das enfermeiras considerando a conjuntura que se apresenta. Como nos estudos de caso o pesquisador precisa fazer uso de várias fontes de evidência que devem convergir (MARTINS; THEÓPHILO, 2008), o estudo de campo

foi dividido em duas etapas: levantamento e análise documental; e entrevistas semiestruturadas. Buscou-se na pesquisa documental dados que podem ser coletados quando o fato ou fenômeno ocorreu ou depois, e que, por serem primários, não receberam nenhum tipo de tratamento analítico. Estes podem ser documentos escritos/impressos ou não. Para Cellard (2008, p. 296), “tudo que é vestígio do passado, tudo que serve de testemunho, é considerado como documento ou fonte.” Neste estudo foram utilizados somente documentos escritos/impressos.

O documento escrito é uma fonte importante e insubstituível em qualquer reconstituição de um passado, porque representa os vestígios humanos em um determinado período, e permite acrescentar a dimensão de tempo à compreensão do social (CELLARD, 2008). Neste estudo foram utilizados os seguintes documentos:

- a) Editais de seleção pública para os enfermeiros no período de 2009 a 2019 disponíveis em meio digital, onde serão consideradas pré-requisitos: salário, natureza do vínculo, carga horária, entre outros;
- b) Lei Municipal 5.026/09, que dispõe sobre a qualificação de entidades como Organizações Sociais e dá outras providências;
- c) Decreto 30.780/09, que regulamenta a Lei Municipal n° 5026, de 19 de maio de 2009, que dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais e dá outras providências;
- d) Contrato de Gestão firmados entre as Organizações Sociais e a Secretaria Municipal e Defesa Civil do Rio de Janeiro no período de 2009 a 2019;
- e) Planos Municipais de Saúde do município do Rio de Janeiro/RJ (2010/2013; 2014/2017; 2018/2020).
- f) Políticas Nacionais de Atenção Básica (PNAB)
- g) Publicações de sites oficiais da ABEn, COFEN, COREN-RJ e SindRj.

O conjunto de documentos nos aproximou do desenho político da atenção primária no município, bem como das diretrizes que normatizam o trabalho da enfermeira e organizam o seu mercado de trabalho, aliado a outros fatores.

A análise documental foi desenvolvida em três fases: a pré-análise, onde procedeu a escolha dos documentos, a formulação de hipóteses e a preparação do material para análise; a exploração do material, que envolveu a escolha das unidades, a enumeração e a classificação; e por último o tratamento, inferência e interpretação dos dados (GIL, 1996). Cellard (2008) informa a importância de se avaliar o contexto histórico em que foi produzido o documento, o

autor ou autores, a autenticidade e confiabilidade do texto, os conceitos chave e a lógica interna do texto. Na análise do documento os fatos devem ser mencionados, porém o investigador precisa interpretá-los, sintetizar as informações, determinar tendências e na medida do possível fazer inferência (SÁ SILVA; ALMEIDA; GUINDANE, 2009).

Além da análise documental, foram realizadas entrevistas semiestruturadas, onde buscou-se compreender os significados atribuídos ao objeto da pesquisa pelos entrevistados (MARTINS; THEÓPHILO, 2009), bem como, participaram dos rumos e trajetórias da política e do trabalho da enfermeira na APS, dialogando com análises sobre as agendas e os projetos governamentais. As entrevistas foram realizadas com representantes: do Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro; da Associação Brasileira de Enfermagem/Seção Rio de Janeiro; da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro/RJ (MRJ), e ainda, enfermeiras que atuam na APS do município contratadas por OSS. Ressalta-se que foi realizado contatos constantes com o Sindicato dos Enfermeiros do Rio de Janeiro (Sindenfrj) para agendamento e realização da entrevista, contudo, não houve devolutiva por parte da instituição. Assim, para analisar o posicionamento da mesma frente ao objeto de pesquisa, utilizou-se como referência dados documentais publicados pela instituição.

Para as entrevistas, foram construídos roteiros de entrevistas de acordo com a inserção dos entrevistados (Apêndice I, II e III). Salienta-se que o roteiro das entrevistas semiestruturadas apoiou-se em variáveis para construção de dados empíricos, sendo organizados em questões que abordavam as seguintes temáticas: “Experiência profissional”, “Expansão da APS no MRJ”, “Diálogo entre os atores governamentais e que representam a enfermagem”, “as Organizações Sociais em Saúde”, “Relações de Trabalho” e “Processo de Trabalho”, que serviram de orientação para o andamento da interlocução, e que tiveram flexibilidade para absorção de novos temas e questões trazidas pelo interlocutor como sendo de sua relevância, como por exemplo, a pandemia de COVID-19.

É importante salientar que o período de coleta de dados foi atravessado pela pandemia de COVID-19, que impactou o campo do estudo, uma vez que o ano de 2020 e 2021 foi marcado por essa emergência mundial, que ocasionou o óbito, de em torno, de 5,4 milhões até o ano de 2021 (WHO, 2021). A COVID-19 é uma doença ocasionada pelo vírus SARS-CoV-2, de importante transmissão silenciosa e rápida propagação. A evolução do surto apresentou uma expressiva proporção de casos graves e críticos (WHO, 2020), exigindo desafios e possibilidades dos sistemas de saúde em um cenário sombrio, e afetando a saúde dos

profissionais dos serviços de saúde, frequentemente mais vulneráveis ao risco de infecção e cada vez mais fatigados.

A posição privilegiada da atenção primária à saúde (APS), principalmente com a ESF na prevenção e controle da doença, na garantia do acesso a cuidados de saúde e da imunização para todos, vem salientando a relevância no fortalecimento de seus atributos para conter a propagação dessa ameaça. Contudo, a gravidade da pandemia somado a problemas internos do sistema de saúde, como teto de gasto para saúde, o novo modelo de financiamento para a atenção primária imposto pelo atual Governo Federal, tentativas de desmantelamento da ESF nos municípios desde 2017, a baixa integração entre a APS e outros níveis de atenção na rede regionalizada, e a insuficiente mediação de ações intersetoriais, tornam o processo de trabalho na APS mais exaustivo para os profissionais de saúde.

Tudo isso somado as questões relativas aos próprios recursos humanos. Como por exemplo: a precariedade das relações de trabalho em grande parte das equipes, fragilidades nos vínculos de trabalho, a reestruturação produtiva, a falta de recurso material e instalações físicas precárias, a prática de contratação de organizações sociais e de outras formas de privatização da gestão de unidades de saúde, gerando sofrimento e a precarização da vida dos trabalhadores. Nesse cenário complexo, destaca-se a centralidade do trabalho das enfermeiras que representam mais de 60% dessa força de trabalho no SUS (MACHADO *et al.*, 2020), que hora se intensifica, especialmente na APS.

Assim, a coleta de dados do estudo foi um desafio, uma vez que era essencial compreender a existência de enfermeiras fadigadas nos serviços, desempenhando inúmeras tarefas, inclusive de gestão e de intervenção a outros agravos à saúde, que por vezes, não teriam disponibilidade para participar das entrevistas. Como também, era necessário respeitar as medidas sanitárias implementadas para a prevenção da doença, entre elas, o distanciamento social, e em alguns momentos da pandemia, a priorização em se manter em domicílio.

Desta forma, as entrevistas foram realizadas majoritariamente, por meio da plataforma virtual Zoom, ferramenta utilizada como alternativa para coleta de dados nesse momento, que dependia das profissionais entrevistadas terem o recurso da internet e saberem e manejar o uso dessa ferramenta. As entrevistas realizadas presencialmente, ocorreram em local reservado garantindo a privacidade das entrevistadas, e indicado por elas. Também foram respeitadas as medidas de prevenção da COVID-19 indicadas pelas autoridades sanitárias.

Para a gravação em áudio foi utilizado um aplicativo de gravador de voz, versão 3.15, oferecido por Splend Apps, adquirido via Play Store através do celular Galaxy A51, modelo

SM-A515F/T. O referido aparelho pertence a pesquisadora, a qual possuiu acesso exclusivo ao mesmo. As entrevistas foram autorizadas e, posteriormente, transcritas na íntegra e armazenadas em arquivos de texto. As entrevistas ocorreram no período de janeiro a junho de 2021. Participaram das entrevistas três (3) enfermeiras contratadas por OSS que trabalham exclusivamente na APS do município do Rio de Janeiro/RJ (MRJ). As profissionais possuem uma média de 10 anos de atuação na APS do município. Identificou-se entre elas, experiências diferenciadas que incluíam atividades de gerência, atuação em Unidades Mistas e no Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS).

Além das enfermeiras que atuam na APS, participaram das entrevistas uma (1) enfermeira, que atuou na gerência de expansão de ESF da SMS/RJ, sendo no momento professora universitária, e quatro (4) enfermeiros de instituições que representam a enfermagem, sendo dois (2) do COREN-RJ e dois (2) da ABEn RJ. Os dois (2) entrevistados do COREN-RJ foram os presidentes do conselho nas gestões de 2009-2011, 2012-2014 e 2018-2020. Entre as participantes da ABEn, foi entrevistada a presidente da instituição no período de 2010-2013, que no momento encontra-se na ABEn Nacional, como também foi entrevistada a Diretora do Centro de Desenvolvimento de Práticas Profissionais da ABEn RJ, que além de compor o corpo profissional da ABEn, é estatutária do município, e durante o processo de expansão da ESF fazia parte do conselho distrital de saúde da AP 1.0. Ressalta-se que o corte temporal é de 2009 a 2019, não sendo, portanto, uma exigência que os atores estivessem vinculação institucional a partir de 2020.

Ao total foram realizadas oito (8) entrevistas, lembrando que não foi possível entrevistas com sujeitos que pudessem representar o sindicato dos enfermeiros, uma vez que, não tivemos retorno da instituição para a realização das mesmas. Os entrevistados receberam um código conforme vínculo institucional, atores que atuam na ABEn (AB1 e AB2), atores que atuaram no COREN (CO1 e CO2), Enfermeira que atuou no nível central da SMS/RJ no momento da expansão (NC) e Enfermeiras da APS do MRJ (ENF1, ENF2 e ENF3).

Após as entrevistas, iniciou-se a análise das mesmas. Para tanto, utilizou-se a técnica de análise de conteúdo, uma vez que seu campo de aplicação é vasto, abarcando um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que visa obter por meio de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores quantitativos ou não, que permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (BARDIN, 1977).

A análise de conteúdo se deu a partir de um desmembramento do texto em categorias e reagrupamentos análogos, passando pelas fases de pré-análise; exploração do material; o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação (BARDIN, 1977). Através dessas etapas objetivou-se descrever o conteúdo do material e interpretá-lo (BARDIN, 1977).

A pré-análise possuiu o objetivo de operacionalizar e sistematizar as ideias iniciais de maneira a conduzir para um esquema preciso do desenvolvimento das operações sucessivas em um plano de análise, desta forma, trata-se da fase de organização do material. Iniciou-se com a leitura flutuante que consiste em estabelecer contato com os documentos a serem analisados e em conhecer o texto deixando-se invadir por impressões e orientações. Posteriormente constituiu-se o corpus textual, ou seja, a escolha dos documentos que irão fornecer informações sobre o tema (BARDIN, 1977, p. 121).

Após a fase de preparação iniciou-se a exploração do material, a qual consiste em operações de codificação e decomposição em função dos objetivos formulados. Esta é a fase da transformação dos dados em texto e de esclarecer ao analista as características do texto que será posteriormente interpretado (BARDIN, 1977, p. 127). Nesta fase de exploração do material apareceram as unidades de registro, de contexto e a partir delas determinaram-se os temas que foram analisados. A unidade de registro corresponde ao segmento do conteúdo considerado como unidade base, visando a categorização e a contagem frequencial. A unidade de contexto serve de unidade de compreensão para codificar a unidade de registro, ela ajuda a compreender a significação exata da unidade de registro (BARDIN, 1977).

A partir da aquisição e análise dos dados empíricos e documentais, foram organizadas categorias de análise que levaram em consideração os objetivos do estudo e cujo conteúdo dialogou com a pesquisa bibliográfica, levantamento dos dados estatísticos, e com a abordagem metodológica que se utilizou neste estudo, o Neo-Institucionalismo.

A partir da análise das unidades de contexto, respeitou-se o objetivo da análise de conteúdo de categorizar os dados através da organização destes em categorias temáticas, em acordo com as informações obtidas acerca do objeto e através da fala dos entrevistados. Estas categorias serão apresentadas, analisadas e discutidas nos capítulos a seguir.

Como a pesquisa envolveu seres humanos, foram considerados os aspectos éticos, conforme estabelecido na Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP / FIOCRUZ). Cada entrevistado foi convidado a participar de forma espontânea e foi entregue a cada sujeito da pesquisa um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE),

onde os participantes foram orientados quanto aos objetivos do estudo, ressaltando a garantia da participação voluntária, do sigilo e do anonimato dos participantes. O Estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da ENSP/FIOCRUZ em 2019, sob o parecer de aprovação n°25988619.0.3001.5279.

4 PROCESSO DE TRABALHO DAS ENFERMEIRAS NA APS

Na prática de saúde brasileira, principalmente após a instituição da saúde como um direito universal na Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988), o processo de trabalho dos profissionais de saúde foi sofrendo uma série de mudanças. Inicialmente, inserido em um modelo de saúde médico centrado, hospitalocêntrico e individual, foi ganhando espaço um modelo contra hegemônico, visando a saúde da coletividade e interdisciplinaridade, com o processo de implementação dos princípios e diretrizes do SUS.

No processo de trabalho, segundo Gonçalves (1979, 1992), a atividade do homem adequada para um fim, que é o próprio trabalho, opera uma transformação no objeto. O objeto representa o que vai ser transformado, aquilo sobre o qual incide a ação do trabalhador, sendo no setor saúde, as necessidades humanas de saúde. A atividade do homem atua para a produção de produtos, por meio de instrumentos de trabalho ou meios de trabalho, que são adicionados pelo trabalhador, entre si mesmo e o objeto de trabalho, direcionando sua atividade sobre esse objeto. Os instrumentos de trabalho ou meios de trabalho são historicamente constituídos pelos sujeitos, ampliando suas possibilidades de intervenção sobre o objeto (PEDUZZI; SCHRAIBER, 2008).

O conceito “processo de trabalho em saúde” se refere à dimensão microscópica do cotidiano do trabalho em saúde. Logo, se refere à prática dos trabalhadores/profissionais de saúde presentes no dia a dia da produção e consumo de serviços de saúde. E é na dinâmica entre os aspectos estruturais e os aspectos relacionados aos agentes e sujeitos da ação, que se configuram os processos de trabalho (PEDUZZI; SCHRAIBER, 2008).

O conceito é “utilizado no estudo dos processos de trabalho específicos das diferentes áreas que compõe o campo da saúde, permitindo sua abordagem como práticas sociais para além de áreas profissionais especializadas.” (PEDUZZI; SCHRAIBER, 2008, p. 326). Assim, parte-se da defesa que a enfermagem é mais que uma profissão, e que se constitui em uma prática social, inclusive imprescindível, em uma perspectiva ético-política, para a garantia do acesso universal e o enfrentamento das iniquidades em saúde (DAVID *et al.*, 2018). A entrevistada do COREN-RJ chama atenção para a prática social da enfermagem:

Mas a gente precisa entender qual é a função social do nosso trabalho ... o nosso trabalho tem uma função social, que o nosso dia a dia às vezes a gente é atropelado, mas muitas vezes a interação com o usuário do sistema de saúde pode marcar para sempre de forma negativa ou positiva. (CO2, 2021)

O processo de trabalho da enfermeira na APS com as mudanças proporcionadas pelo SUS nas últimas décadas, principalmente com a implementação da ESF, envolve a ampliação da assistência direta aos sujeitos individual e coletivo, a articulação dos diferentes profissionais da equipe de saúde, e a organização, manutenção e coordenação de processos que garantam o desenvolvimento dos serviços. O desempenho das profissionais tem a intenção de promover qualidade de vida, considerar o meio onde o usuário encontra-se inserido, identificar fatores de risco e vulnerabilidades, desenvolvendo ações de atenção domiciliar, consultas de enfermagem, atividades educativas em grupo, análise do território, gestão em saúde, entre outros.

No desenvolvimento dessas atividades, diversas pesquisas apontam o predomínio de enfermeiras no gerenciamento das Unidades de atenção primária em vários municípios brasileiros, sendo significativa a atuação das profissionais (CARVALHO *et al.*, 2014). Às enfermeiras se deve a responsabilidade com a saúde dos indivíduos e da coletividade, dada sua atuação na promoção, proteção, recuperação e reabilitação das pessoas, e na intermediação nas relações entre o homem e o meio ambiente em seu processo de vida (CARVALHO *et al.*, 2014). É significativo ainda, por sua formação profissional, que perpassa por disciplinas específicas de gestão e de forma transversal a outros conteúdos, como também pela interlocução com os demais membros da equipe multidisciplinar.

No processo de gestão a nível local, cabe as enfermeiras gestoras: desenvolver práticas gerenciais democráticas em cooperação com populações de territórios delimitados, entendendo-os como atores sociais e parceiros no processo gerencial; estimular a participação da equipe na organização e produção de serviços de saúde em benefício das reais necessidades dos usuários, trabalhadores e instituição no compromisso da viabilização do SUS (FERNANDES *et al.*, 2010); atuar de forma crítica nos espaços de disputa de poder, onde seu posicionamento político, que traduz-se no pensar crítico sobre a sua prática nesses espaços de disputa, possa contribuir para efetivar os princípios do SUS (MELO; SANTOS, 2007); implantar novos programas e identificar o perfil epidemiológico da população das áreas de abrangência; e articular o serviço com a rede hierarquizada de serviços de saúde e com os níveis centrais de decisão do município.

Para tanto, entende-se que são necessárias mudanças e investimentos em diversas frentes tais como: o processo de formação de futuros profissionais com o desenvolvimento de competências políticas, técnicas e relacionais; a educação permanente de enfermeiros na perspectiva de atuação ampliada e não apenas tecnicista daqueles profissionais que já estão inseridos no mercado de trabalho; a participação de órgãos de classe com foco na valorização dos profissionais no cenário do sistema de saúde, bem como na participação em espaço

decisórios dos diferentes níveis de gestão; e a construção de parcerias com profissionais da saúde, usuários e instituições para a valorização da saúde, enquanto direito de cidadania (CHAVES; TANAKA, 2012).

Na Atenção Domiciliar, a enfermeira exercita o repensar do cuidado com as famílias, entendendo o ambiente domiciliar como o espaço mais próximo, cujas relações entre os próprios indivíduos e o ambiente se estabelecem produzindo especificidades particulares. Desta forma, são favoráveis novas formas de produção do cuidado e de uma atuação interdisciplinar qualificada, uma vez que exige mobilização de domínios representativos, que perpassam pelas relações interpessoais até a autonomia, responsabilidade e fundamento técnico e científico próprios do campo.

Nesse sentido, a atenção domiciliar é uma inovação tecnológica em expansão no Brasil e no mundo, principalmente no campo das tecnologias leves, uma vez que mobiliza diferentes áreas do saber e elementos de inovação em sua prática (ANDRADE; SILVA, 2018; ANDRADE *et al.*, 2017). Alternativa importante à internação hospitalar, diminui tanto a demanda quanto a duração da mesma, com potencialidade para propiciar assistência centrada nas demandas e necessidades do usuário (ANDRADE *et al.*, 2017).

Na Atenção Domiciliar, elas atendem a um perfil diversificado, sendo indivíduos em cuidados paliativos, passando por idosos, ações no atendimento a crianças e jovens com necessidades complexas, e pessoas com transtorno mental (ANDRADE *et al.*, 2017). A profissional executa papel essencial na coordenação do plano de cuidados no domicílio e no vínculo que desenvolve com usuários e familiares. Portanto, apresenta atuação relevante, já que essas profissionais são coordenadoras e produtoras de diversos cuidados às famílias.

Em relação a Consulta de Enfermagem (CE), trata-se de uma ação privativa da enfermeira regulamentada pela Lei nº 7.498/86 do exercício profissional. Seu desenvolvimento é relevante na criação de vínculos e na oferta de assistência à saúde qualificada. As consultas de enfermagem na estratégia de saúde da família são desenvolvidas em todas as fases do ciclo vital, da criança ao idoso, nos diversos programas de saúde, sendo essencial conhecer as necessidades de saúde nesses diferentes períodos da vida, como também, a execução das repostas a serem ofertadas.

Na realização da consulta de enfermagem, a ferramenta de trabalho é a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), estabelecida pela resolução 358/2009 do Conselho Federal de Enfermagem, que dispõe sobre a SAE e a implementação do Processo de

Enfermagem. O Processo de Enfermagem, quando realizado em instituições de Atenção Básica, ambulatórios, domicílios e escolas corresponde à consulta de enfermagem.

Para que a consulta de enfermagem se desenvolva de maneira sistematizada, precisa seguir as etapas do Processo de Enfermagem. Nesse decurso, é essencial adotar um Sistema de Linguagem Padronizado (SLP) que organiza termos ou expressões que vão se inserir nos componentes do processo de enfermagem. Dentre os SLP, podemos citar a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), uma terminologia padronizada que representa o domínio da prática de enfermagem no âmbito mundial.

Dentre as consultas desempenhadas, podemos citar a que se volta ao cuidado a criança, onde são realizadas ações de proteção, prevenção de agravos e promoção da saúde na estratégia de saúde da família. A consulta de enfermagem a criança, por exemplo, é uma ferramenta em potencial para a integralidade do cuidado, já que se trata de uma atividade dinâmica e de baixa densidade tecnológica, que proporciona a efetivação da vigilância do crescimento e do desenvolvimento infantil (VIEIRA; PIOLA; BENEVIDES, 2018).

No controle das doenças crônicas não transmissíveis, a profissional atua na prevenção e adiamento da progressão, por meio de uma abordagem integral e interdisciplinar. Quando agudizadas, as doenças crônicas representam uma situação de risco, e a assistência de enfermagem pode contribuir para redução dos impactos e complicações relacionadas ao progresso da doença. São necessárias ações que subsidiem o diagnóstico precoce, onde as tomadas de decisões podem fazer diferença no processo de controle desses agravos (LIMA; MACHADO; GERASSI, 2011).

No cuidado de pessoas com transtorno mental é necessária a integração das enfermeiras em sua prática e o envolvimento das famílias no cuidado de enfermagem, estabelecendo relações terapêuticas com as mesmas, minimizando o sofrimento das pessoas envolvidas. A qualificação das profissionais potencializa os cuidados fundamentais (NÓBREGA *et al.*, 2018). Nas palavras abaixo da enfermeira, a representatividade das consultas de enfermagem:

Eu sou apaixonada (pela APS), não quero sair mais, amo fazer pré-natal... amo fazer as consultas de puericultura. Agora a gente está mais envolvido na vacinação da covid, mas continua fazendo as atividades educativas, não parou, e cada enfermeiro lá é responsável por uma linha de cuidado ou por uma sala da unidade, a minha é a sala de curativo, que eu também amo. (ENF3, 2021)

A longitudinalidade do cuidado soma-se à um processo de trabalho reativo para dar conta da demanda espontânea, que advém das necessidades de saúde das famílias, tornando necessário um composto de intervenções a serem realizadas. Além das consultas de

enfermagem, as enfermeiras também desenvolvem atribuições no âmbito coletivo através das atividades educativas em grupo, onde agregam os mesmos valores. Perpassando por todas as atribuições, é essencial que o foco da prática de cuidados tenha por fundamento uma interação entre a profissional, indivíduo, família, grupos e comunidade. Nas palavras da ENF 2 (2021): “[...] trabalho de base, de educação, de prevenção, que é a base da gente, do saúde da família.”

Desta forma, observa-se que a enfermagem na Atenção Primária faz uso, principalmente de tecnologias leves, na perspectiva do trabalho vivo em ato, em detrimento do trabalho morto (FRANCO; MERHY, 2012). Pois o objeto (necessidades de saúde) não é inteiramente estruturado, o que leva as tecnologias de ação mais estratégicas a se conformarem em artifícios de intervenção em atos, que se fundamentam como uma tecnologia das relações, dos encontros e da subjetividade. Estas podem ser exercidas no acolhimento, na conversa, no vínculo, na cooperação e na escuta ativa, abrangendo a integralidade e a humanização do cuidado (PESSOA *et al.*, 2020).

Os princípios do SUS e da Estratégia de Saúde da Família agregaram valores ao seu exercício profissional, produzindo novos contornos à identidade profissional (PEREIRA; OLIVEIRA, 2018). Segundo as enfermeiras entrevistadas, a criação de vínculos é algo essencial na atenção primária, e para construí-los faz-se necessário tempo e investimento pessoal, como ressalta uma das entrevistadas: “[...] é com o tempo, que se consegue construir de fato um vínculo e tentar de alguma maneira modificar aquela trajetória dele, seja na saúde, no social. Na relação de confiança”. (ENF2, 2021).

Contudo, apesar das características e da ampliação do cuidado direto a usuários, famílias e comunidade, estudos apontam que estes ainda são, por vezes, orientados por modelos tradicionais de atenção, em que se sobressai a abordagem biomédica (PEDUZZI *et al.*, 2019; VIEIRA *et al.*, 2018; PESSOA *et al.*, 2020). Observa-se ainda a presença de práticas vagas, sem a existência de um cuidado direcionado ao sujeito, de maneira que não se abrange determinadas demandas especiais próprias de cada fase (PESSOA *et al.*, 2020). A identificação de fatores de risco e, conseqüente, prevenção, é minimizada em relação aos encaminhamentos para tratamento medicamentoso, como também a livre/espontânea demanda, exclusivamente, não considera particularidades de determinados públicos, (PESSOA *et al.*, 2020), que já chegam em uma fase aguda.

A integralidade, um dos princípios do SUS, e a longitudinalidade, devem ser sustentadas na prática cotidiana das enfermeiras como um valor, pressupondo a superação de uma visão biologicista e reducionista do indivíduo. Estes, são elementos fundamentais da APS e colocados

pelas enfermeiras entrevistadas. Os depoimentos chamam a atenção para a necessidade de acompanhar o ciclo de vida dos usuários do sistema de saúde em todas as suas fases e dimensões, de forma a garantir e potencializar o cuidado, bem como promover qualidade de vida. Nas palavras da enfermeira: “[...] o que me apaixona ...na atenção primária é a perspectiva da longitudinalidade. Você poder acompanhar a mulher desde antes de engravidar até querer engravidar, engravidou, faz o pré-natal, depois você segue e acompanha a criança também.” (ENF1, 2021).

Exige-se muito além do conhecimento técnico científico, mas o foco nos problemas de saúde do indivíduo, entendendo um cuidado seguro e de qualidade, a inclusão dos múltiplos fatores que se projetam nos problemas de saúde, e desembocando num trabalho que seja essencialmente interdisciplinar (CONFERÊNCIA DE ENFERMAGEM DO ESTADO DE SANTA CATARINA, 2017). No depoimento das enfermeiras a motivação para o trabalho na APS:

Autonomia que a gente tem enquanto enfermeiro da... a possibilidade que a gente tem de fazer um trabalho ainda na linha da prevenção, a possibilidade que eu tenho de ver a continuidade do meu trabalho, porque o paciente internava na enfermaria, quando eu era da enfermaria, vamos supor que ele tivesse um curativo, eu conseguia iniciar os cuidados com aquele curativo, mas depois não via mais aquele paciente, não consegui ver a continuidade daquele cuidado, as vezes, ele ainda internava pior, então isso desestimulava a gente, hoje a gente consegue ver toda a continuidade daquele trabalho. (ENF3, 2021)

O enfermeiro tem muita liberdade, não sei se seria “liberdade”, mas a gente consegue desenvolver o nosso trabalho, de maneira um pouco mais livre, participando, permeando outros profissionais, outras categorias, e isso eu acho que é muito legal, a saúde da família, que a atenção primária proporciona ... (sobre a enfermagem a longo prazo) eu vejo solidez, eu vejo um alicerce forte. (ENF2, 2021)

Desta forma, uma prática profissional reflexiva, cujo indivíduo reflete na ação e sobre a ação, buscando aprimorar constantemente o seu desempenho através de experiências (ANDRADE: SILVA, 2018), são essenciais para gerar novas maneiras de produção do cuidado. A prática reflexiva vai implicar na práxis, ou seja, na ação humana que é transformada por intervenção da consciência. A práxis é a elaboração de uma nova realidade a partir de uma ação humana em uma determinada matéria, é a reunião da teoria e da prática, que se manifesta mediante apreensão da realidade com base na reflexão teórica, que transcorre de forma dialógica (ANDRADE; SILVA, 2018).

Na prática reflexiva o profissional pondera sobre o que e como está apreendendo, em um decurso de auto-organização do próprio saber, onde também está apto a distanciar-se da ação, observá-la e delimitá-la metodologicamente, confrontando o que sabe com outros saberes

possíveis (ANDRADE: SILVA, 2018). Segundo a ENF 2: “[...] de mudar uma intervenção a partir da história do paciente, é uma construção sempre, eu ainda estou aprendendo, a gente ainda aprende.” (ENF2, 2021).

Sabidamente na enfermagem é preciso se aproximar de diferentes saberes, para lidar com as diversas situações de saúde, colocando na satisfação das necessidades dos sujeitos receptores da ação profissional, a centralidade do cuidado, em que pese a supressão de uma prática reducionista com foco nos aspectos biomédicos, para uma visão mais ampliada.

Esses saberes são compartilhados com outras categorias profissionais de saúde, fortalecendo o trabalho em equipe e a prática interprofissional colaborativa, cuja característica fundamental é estar efetivamente centrada no paciente. Adota-se o olhar do trabalho em equipe e da prática colaborativa enquanto um conjunto de características das práticas, que envolve: a interdependência das ações dos diferentes profissionais, o reconhecimento do trabalho do outro, o compartilhamento da identidade de equipe, os objetivos, valores e responsabilidades na atenção às necessidades de saúde dos usuários, famílias e comunidades (PEDUZZI *et al.*, 2019). Segundo a ENF3: “A unidade em si acaba tendo um movimento que um ajuda o outro, em outras categorias mesmo... eu vejo saúde da família muito equipe... a ajuda mútua, você acaba fazendo o do colega... é tudo uma rede, então se você não colaborar, a engrenagem não anda entendeu.” (ENF3, 2021).

Devido a comunicação com os diversos membros da equipe, a enfermeira promove a sinergia necessária para tomada de decisão e seu impacto nos cuidados. A abordagem holística e o foco no indivíduo como núcleo da interação entre este e a profissional, são dois aspectos que potencializam o desenvolvimento da comunicação. Entretanto, deve-se estar atento para não transferir o foco para sua própria atuação, colocando o indivíduo no papel de espectador e não de protagonista do cuidado (PEDUZZI *et al.*, 2019).

Além disso, ao deslocar o foco, tem-se o risco de uma prática assistencial médico subordinada, onde se busca atingir as expectativas do médico, que se alinham a uma visão biomédica de saúde e não nas necessidades de saúde dos indivíduos. Desta forma, faz-se necessário a centralidade dos cuidados nas necessidades de saúde dos usuários e no compromisso com cuidados seguros e de qualidade, rompendo a lógica médico subordinada da enfermagem e contribuindo para um trabalho mais plural (em termos de necessidades respondidas) e colaborativo.

Em um estudo com profissionais da Equipe de Saúde da Família (EqSF) e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), evidenciou-se um forte engajamento no trabalho

interprofissional, observada nas interações entre profissionais que se pautavam pelo respeito, confiança e reconhecimento mútuo ao atuarem juntos em consultas compartilhadas, sugerindo que está em curso uma nova etapa do processo de divisão do trabalho, em particular entre enfermeiras e médicos da atenção primária. Essas consultas compartilhadas eram desenvolvidas em duas lógicas distintas: das necessidades de saúde e da agilidade do atendimento, contemplando duas abordagens respectivamente: atenção integral/holística e atenção biomédica, esta última em consequência da pactuação de indicadores que geram a necessidade de agilizar os atendimentos (PEDUZZI *et al.*, 2019).

Desta forma, atividades de educação permanente e capacitações em uma perspectiva ampliada e não apenas tecnicista, seriam formas de (re) pensar as práticas desempenhadas pelas enfermeiras na atenção primária, especialmente na estratégia de saúde da família. Outras frentes essenciais seriam o processo de formação de futuros profissionais da enfermagem e se debruçar constantemente sobre os modelos de gestão do trabalho. Observou-se a partir do levantamento bibliográfico e das entrevistas com as enfermeiras da atenção primária, que elas possuem significativo engajamento profissional e reconhecimento da enfermagem enquanto prática social capaz de gerar transformações nas famílias assistidas, mesmo que no aspecto das microrrelações, já que fatores macrossociais são vistos como limitantes ao processo de trabalho.

4.1 PROCESSO DE TRABALHO DA ENFERMEIRA NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO/RJ: ENTRE GANHOS E PERDAS

Ao debruçar sobre o processo de trabalho das enfermeiras na atenção primária à saúde no município do Rio de Janeiro, que a partir de 2009 implementou um modelo de gestão com base em contratualizações com Organizações Sociais de Saúde, é possível encontrar achados entre “ganhos” e “perdas” para a enfermagem, que serão discutidos nesse momento.

4.1.1 Regulamentação e Qualificação do Trabalho em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde no município do Rio de Janeiro/RJ

Após a publicação da segunda edição da PNAB, foi criado em 2012 no município do Rio de Janeiro / RJ, os Protocolos de Enfermagem na Atenção Básica no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro para nortear o processo de trabalho da Enfermeira. Participaram da construção do Protocolo, o COREN/RJ e a Secretaria Municipal

de Saúde. Durante todo o ano de 2011, foram realizadas doze audiências públicas, constituídas por grupos de trabalho com enfermeiras de equipes de Saúde da Família, das Linhas de Cuidado, gestores das unidades de saúde e assessores das Coordenações de Áreas de Planejamento (CAP), sendo publicado em 2012 (Protocolos de Enfermagem na Atenção Básica no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro, 2012).

A construção de um protocolo de enfermagem era uma demanda anterior a 2009 para respaldar o trabalho das enfermeiras na APS. Até então, o trabalho era norteado pelos protocolos publicados pelo Ministério da Saúde, que não são específicos para as enfermeiras, com isso não abrangem a SAE, sendo esta, um ponto necessário a ser contemplado na elaboração de um protocolo de Enfermagem. A SAE abrange o Processo de Enfermagem, que deve ser realizado de forma transversal em todo cuidado profissional, com base em um suporte teórico e organizado nas cinco etapas: Histórico de Enfermagem (coleta de dados); Diagnóstico de Enfermagem; Planejamento de Enfermagem; Implementação e Avaliação de Enfermagem, de forma inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes (COFEN, 2018). Segundo a enfermeira, que nesse período, era da coordenação de saúde da família do nível central:

Na 5.3, já vínhamos discutindo a necessidade de um protocolo de enfermagem desde [...] 2007. Por algumas questões que tinham acontecido com enfermeiras na atenção básica, que a gente já tinha uma atenção básica muito mais presente [...] Quando foi em 2011 [...] o COREN começou a fazer, porque aí [...] a expansão começou muito mais forte, né?" (NC, 2021)

A associação entre o aumento de enfermeiras na rede e as ações previamente desempenhadas pelas profissionais, com base nos protocolos publicados pelo Ministério da Saúde, elevou, durante a expansão, as demandas por fiscalização das atividades profissionais pelo COREN/RJ. Os CORENs são responsáveis, por disciplinar e fiscalizar o exercício profissional, em consonância com as diretrizes gerais do Conselho Federal de Enfermagem; por decidir os assuntos atinentes à Ética Profissional, impondo as penalidades; e ainda por zelar pelo bom conceito da profissão e daqueles que a exercem.

O COFEN é responsável por normatizar e fiscalizar o exercício da profissão de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, zelando pelo cumprimento da Lei do Exercício Profissional da Enfermagem e possui como principais atividades: a normatização e expedição de instruções para uniformidade de procedimentos e bom funcionamento dos Conselhos Regionais; a apreciação das decisões dos CORENs; a aprovação das contas e da proposta orçamentária da autarquia; e a promoção de estudos e campanhas para

aperfeiçoamento profissional. O COFEN e os seus respectivos Conselhos Regionais formam o Sistema COFEN/Conselhos Regionais e é filiado ao ICN em Genebra.

O processo de regulamentação do trabalho da enfermagem foi marcado por uma série de adversidades. Entre idas e vindas, sob a liderança da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) e resultado das lutas das enfermeiras, em 12 de julho de 1973, foi aprovada a Lei nº 5.905, dispondo sobre a criação dos Conselhos Federal e Regionais de Enfermagem e dando outras providências. Neiva (2013) enfatiza que, desde o primeiro anteprojeto de Lei encaminhado para apreciação pelo Ministério da Educação e Saúde, em 1944, visando à regulamentação do exercício da prática de enfermagem, muitos outros foram encaminhados, fruto de intensas atividades na associação, e em sua grande maioria tiveram o mesmo destino, até a criação efetiva do COFEN, em 1973.

A Lei nº 5.905 foi sancionada conforme as diretrizes do Governo Federal, concebendo os Conselhos Federal e Regionais de Enfermagem como autarquias de fiscalização profissional, vinculados ao Ministério do Trabalho, com conselho único para todas as categorias que atuavam na enfermagem (enfermeiros, técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem e parteiras). Com a Lei sancionada, ficou a cargo do Ministério do Trabalho designar os conselheiros e os suplentes que comporiam o plenário do COFEN.

A Associação Brasileira de Enfermagem, como líder desse processo durante vários anos, ficou responsável por encaminhar uma lista tríplice com o nome dos enfermeiros a serem escolhidos para compor o órgão. Em 05 de março de 1975, por meio da Portaria 3059 do Ministério do Trabalho foram oficialmente designados os profissionais de enfermagem, estes iriam compor o primeiro Conselho Federal de Enfermagem. Portanto, a história do CORENs tem um marco importante com a história da ABEn.

Observa-se, que a expansão da saúde da família no município, estimulou a criação dos protocolos de enfermagem na atenção primária, propiciando maior negociação política do Coren/RJ para atender as demandas da enfermagem em termos de respaldo legal para suas ações. Salienta-se que o protocolo também atendeu aos interesses da secretaria municipal de saúde, por dar legalidade as ações desenvolvidas na atenção primária, que possui responsabilidade direta dos municípios, como também, para viabilizar as metas pactuadas pelos contratos de gestão firmados com as OSS. Para o depoente do COREN/RJ: “E para gente foi muito bom. Deu muita legalidade para algumas atividades dos enfermeiros”. (CO1, 2021).

A construção de protocolos específicos da enfermagem, além de direcionar a atividade profissional e dar mais autonomia, considera características específicas do trabalho da

enfermeira, tornando-o mais flexível e permeável ao se considerar os modos de vida dos indivíduos e da coletividade. Quando as enfermeiras atuam com base em protocolos publicados pelo Ministério da Saúde, que em geral seguem um modelo queixa-conduta e se aplicam as várias categorias profissionais, ou seja, que não são específicos da enfermagem, acabam por implicar em uma prática reducionista, biologistas, por não ter como base o processo de enfermagem, cujo objetivo são as necessidades atendidas dos indivíduos.

Segundo a secretaria municipal (RIO DE JANEIRO, 2012, p. 4), o principal objetivo do protocolo foi “prover ao profissional de enfermagem a segurança e o compromisso ético necessários para que atuem com autonomia e proporcionem ao usuário do sistema municipal de saúde uma atenção de qualidade.” A iniciativa buscou:

Nortear as ações sem engessá-las, propiciando o acompanhamento de seu desenvolvimento e a avaliação do desempenho profissional, através da sistematização da assistência de enfermagem, com vistas à realização de pesquisas que informem o bem-estar da pessoa cuidada, o grau da humanização no atendimento e a necessidade de treinamento dos profissionais. (RIO DE JANEIRO, 2012, p. 4).

Ficaram à frente da construção do protocolo, o COREN/RJ e a secretaria municipal de saúde, com representação, principalmente, de três enfermeiras da coordenação de saúde da família, que organizaram esse processo. Conforme a enfermeira da coordenação de saúde da família do nível central:

O COREN começa a fazer essas fiscalizações, intensifica essas fiscalizações [...] até que marca uma audiência pública, e chama o Daniel para essa audiência pública. E nessa audiência pública, que foi no auditório do Coren, ... Tinha cerca de quase 200 enfermeiros no auditório, gerente, chefe de programa, muita gente. E a gente começa a falar de qual era a situação. O problema é que a gente tinha os protocolos do Ministério, que nos respaldavam, mas que isso não era claro, porque se você pega um protocolo do Ministério tem lá todos os medicamentos e se você interpretar que você é profissional de saúde, você pode ser psicólogo, o protocolo do Ministério vai dizer que você pode prescrever Rivotril, Então não tinha uma clareza desses protocolos e aí a gente foi questionando isso e pontuando, foi quando surgiu, na assembleia, nessa audiência pública, a necessidade de se construir protocolo de enfermagem. E aí, nesse processo, eu participei ativamente porque eu estava na Coordenação de Saúde da Família nessa época. E nesse processo de organização do primeiro protocolo, a gente reunia com as áreas, com os enfermeiros de todos os níveis e o COREN, ele foi muito ativo nesse processo. (NC, 2021)

Os Protocolos foram aprovados pela Decisão COREN 1792/2012 em 10 de abril de 2012, considerando a Resolução COFEN 358/2009, que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem. Segundo o

COREN/RJ, foi um momento importante de negociação política, em que a instituição participou ativamente desse processo. Vale salientar que durante o período de gestão da prefeitura de 2009-2014, a Subsecretária de Saúde era uma enfermeira, o que pode ter contribuído para diversos processos que envolvem a enfermagem:

[...] A gente conseguiu implementar e dar a legalidade de várias atividades que o enfermeiro estava praticando nos programas todos aí da estratégia de saúde da família, e com a participação deles todos. Eles queriam fazer um protocolo de cima para baixo. Eu falei “Comigo não rola”. Não dá para se discutir de cima para baixo. Tem que se discutir com a base. E esse protocolo, ele foi muito bem desenhado, com a participação de todos os profissionais que estavam atuando. (CO1, 2021)

Segundo o COFEN (2018), os protocolos clínicos de enfermagem elaborados nos municípios devem ter como base as melhores evidências. Conforme disponibilidade local, é necessário o envolvimento de diversos atores com experiência no âmbito da assistência, gestão, ensino e pesquisa, entre eles, profissionais das secretarias estaduais e municipais de saúde, das equipes de atenção básica e saúde da família, coordenações técnicas, docentes, pesquisadores, principalmente, os membros da equipe de Enfermagem. Quanto maior envolvimento desses atores, maior alinhamento ocorrerá do ponto de vista teórico, político, prático e social (COFEN, 2018). A depoente da ABEn/RJ considera que a ABEn/RJ não teve representatividade na construção do protocolo, nas palavras de AB1 (2021): “então, no período de 2010 a 2016, nós tivemos muitas..., porque foi inclusive quando [...] buscam ampliar, começam discutindo os protocolos. Protocolos da área da Atenção Básica. E não fomos ouvidos de novo.”

A ABEn é a primeira instituição a representar a Enfermagem e ser embrionária das demais. Teve sua origem na década de 1920, e na década de 1970, foi responsável pela formação dos Conselhos de Enfermagem, seguida na mesma década, do Sindicato das Enfermeiras. A denominação, Associação Brasileira de Enfermagem, teve início em 1954, porém a Associação foi criada em 1926, pelas primeiras enfermeiras formadas pela Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública, atual Escola de Enfermagem Anna Nery, da UFRJ, fundada em 1923.

A instituição teve protagonismo nas grandes lutas por uma saúde de qualidade à população. Segundo Alvarez (2016), desde que foi criada, dedica-se à regulamentação da profissão, à defesa da educação em enfermagem em todos os níveis, e ao exercício da defesa dos usuários dos serviços de saúde na condição de representante dos associados de enfermagem, nas instâncias do controle social, em comissões e comitês formuladores de políticas públicas

nas áreas de saúde, de educação e de Direitos Humanos. Portanto, a história da Enfermagem brasileira se confunde com a própria história da ABEn (OGUISSO, 2001).

Faz parte da entidade o Departamento de Enfermagem na Atenção Básica (DEAB ABEn), cujo Regimento Interno reforça e direciona para Atenção Básica os objetivos de defender os interesses da profissão de Enfermagem em geral e especificamente na área da Atenção Básica. Traz ainda a defesa incondicional do SUS, dos seus princípios e pressupostos estruturais, como também de participação em iniciativas e resoluções tomadas pela ABEn Nacional, ou por qualquer dos seus órgãos, que visem ao fortalecimento da Atenção Básica. O estatuto considera que a instituição deve articular-se com as demais organizações da Enfermagem brasileira, para promover o desenvolvimento político, social, cultural e científico das categorias que a compõem. Portanto, deve-se ao histórico da instituição, para a enfermagem e para a saúde no país, a crítica pela pouca representação no protocolo de enfermagem do município.

Sobre os protocolos de enfermagem, diversos estudos abordam sua importância como ferramenta de auxílio e base para os atendimentos à população, como também no incremento da prática clínica da profissional, por ampliar e orientar para sistematização da assistência, gerar maior autonomia e agilidade nos atendimentos, e respaldar legalmente a prescrição de medicamentos. Os estudos destacam a repercussão positiva do uso de protocolos no acompanhamento clínico da mulher-gestante de risco habitual, recém-nascido e criança, nas consultas a pacientes em condições crônicas, melhorando os resultados de saúde. Destacam a importância também para segurança do paciente ao controlar variações de prática de cuidado entre os profissionais; para a redução de custos assistenciais; e para o fortalecimento do processo de trabalho das profissionais guiado por evidências clínicas (NASCIMENTO *et al.*, 2018; KAHLI *et al.*, 2019; KAHLI *et al.*, 2018).

A prática clínica na atenção primária à saúde visa a superação da lógica curativa para operar em direção à promoção à saúde e a prevenção de doenças e/ou agravos, por meio de uma prática multiprofissional, cujas relações entre os sujeitos sejam dialógicas, horizontais, acolhedoras e com corresponsabilização, permitindo o reconhecimento das diferentes demandas da comunidade (NASCIMENTO *et al.*, 2018). A prática clínica das enfermeiras não difere das características gerais da atenção primária e vem se ampliando ao longo do tempo pela própria conjuntura da ESF e pelo avanço no exercício profissional da enfermagem, gerando maior autonomia a prática das profissionais.

Uma prática clínica baseada em evidência, envolve competências e habilidades técnicas e cognitivas, amparadas pelo saber científico (KALH *et al.*, 2018) e viabiliza o raciocínio e julgamento crítico das enfermeiras frente às demandas de saúde da população, permitindo uma tomada de decisão mais segura (NASCIMENTO *et al.*, 2018). A Prática Baseada em Evidências envolve condutas profissionais organizadas e seguras, alicerçada nas melhores evidências científicas. Perpassa pela definição de um problema, a busca e avaliação crítica das evidências, a implementação e avaliação dos resultados obtidos, e a integração da expertise dos profissionais e preferências do paciente (PEDROSA *et al.*, 2015).

O estudo de Kahli *et al.* (2018), revelou que as enfermeiras atribuíram grande valor à prática clínica, intrínseca à sua atuação na APS, principalmente na consulta de enfermagem, momento em que a profissional está em interação direta com o indivíduo aplicando a sistematização da assistência de enfermagem. As enfermeiras consideram que a prática clínica se fortalece no cotidiano do trabalho, em cada experiência que o processo de trabalho na APS proporciona.

Alguns municípios, atrelada a implementação de protocolos clínicos de enfermagem, implementaram a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), que tem o objetivo de aprimorar tanto as formas de registro, quanto a comunicação entre as enfermeiras, melhorando a qualidade do cuidado prestado. Isto se dá a partir da padronização nos registros das consultas de enfermagem e disponibilização de um rol de diagnósticos e intervenções específicos de enfermagem, com intuito de unificar uma linguagem universal entre as enfermeiras. (NASCIMENTO *et al.*, 2018; KAHLI *et al.*, 2019; KAHLI *et al.*, 2018). A implantação dos diagnósticos de enfermagem através da CIPE favorece a construção do plano de cuidados, proporcionando ao profissional o melhor entendimento de sua prática profissional e responsabilidades, levando em conta a diversidade cultural e diferentes perfis (COELHO *et al.*, 2014).

Um estudo desenvolvido no Nordeste do país demonstrou benefícios e dificuldades ao utilizar a CIPE nas consultas de enfermagem. Dentre os benefícios destaca-se maior adequação às necessidades e singularidades dos pacientes, auxílio na tomada de decisão clínica, avaliação do cuidado prestado e dos resultados apresentados. As dificuldades encontradas relacionam-se em especial à ausência de características específicas ou de conceitos previamente definidos, que podem dificultar o raciocínio diagnóstico (MOURA *et al.*, 2014). Ainda que a CIPE apresente vantagens, a sua instrumentalização na prática clínica da APS ainda é pouco operada (KAHLI *et al.*, 2019).

Da mesma forma, a implementação de protocolos clínicos de enfermagem depara-se com dificuldades, como barreiras institucionais, humanas e materiais, repercutindo principalmente, na autonomia profissional. Um exemplo, é a expansão da autonomia prescritiva pelas enfermeiras, descritas nos protocolos da Atenção Básica adotados pelo Ministério da Saúde e amplamente reafirmada pelas entidades de classe da enfermagem, inclusive em protocolos, que vem sendo desestimulada ou inibida por políticas corporativas.

A implementação da PNAB/2011, gerou resistência por parte da medicina em relação as atribuições específicas das enfermeiras no capítulo II, onde cabe ao Enfermeiro:

Realizar consulta de enfermagem, procedimentos, atividades em grupo e conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão, solicitar exames complementares, prescrever medicações e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços. (BRASIL, 2012)

A PNAB deu aos gestores das esferas de gestão autonomia para construção de protocolos que permitam aos enfermeiros prescrever, encaminhar e solicitar exames. Em função desta demanda por prescrição de medicamentos nos Programas de Saúde Pública e rotinas institucionais, desde a década de 90, a legislação de enfermagem estabelece prerrogativas para as enfermeiras (Res. COFEN nº 195/1997), assegurando também a solicitação de exames (MACHADO *et al.*, 2019).

Durante o período de 2016, uma ação movida pelo Conselho Federal de Medicina, gerou uma liminar que proibia as enfermeiras de solicitarem exames na Atenção Básica. A ação trazia o objetivo de suspensão de dispositivos da Portaria Ministério da Saúde nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que trata da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), na parte que permite a requisição de exames por enfermeiro (BRASIL, 2011). Alegando que a Portaria permitia, indevidamente, enfermeiros realizarem consultas e solicitarem exames dentro de programa de saúde pública, usurpando “as atribuições do profissional médico, único habilitado para realizar consultas, exames e prescrever medicamentos” (BRASIL, 2011, *online*). A Justiça Federal, em Brasília, julgou improcedente com base na Portaria do Ministério da Saúde nº 2.488/2011, a qual aprovou a PNAB (COFEN, 2017a).

Salienta-se, conforme dito anteriormente, a consulta de enfermagem é uma atribuição privativa do enfermeiro e um elemento regulatório importante. Além da Resolução COFEN 358/2009, que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem, a consulta de enfermagem está regulamentada pela lei nº 7.498/86, pelo decreto 94.406/87, que dispõe sobre o Exercício Profissional da Enfermagem e pela Resolução COFEN 159/93.

Quanto a solicitação de exames, as instituições representativas da enfermagem, esclareceram que os dispositivos questionados da Portaria n°. 2.488/2011 autorizavam o enfermeiro a solicitar exames de rotina e complementares, no âmbito do programa de Atenção Básica, desde que enquadrados nos protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas e/ou outras normativas técnicas do gestor, federal, estadual, municipal ou distrital. Portanto, protocolos instituídos e construídos de forma coletiva pelos gestores dariam esse respaldo necessário.

No município do Rio de Janeiro/RJ, a implementação do protocolo gerou manifestações da medicina contra o protocolo. A principal tensão com a medicina está na prescrição de medicamentos e solicitação de exames. Segundo os entrevistados:

Tivemos sim tensões dos próprios profissionais médicos. Ele automaticamente entrou para vários processos contra a aplicabilidade, até mesmo, a assinatura do nosso protocolo. Porque eles diziam que era atividade médica. E dizer que nós estávamos exercendo ilegalmente a medicina e eu falei que não. Que existia um protocolo que nós iríamos assinar, justamente, para dar legalidade a uma lei que já existia ... nós só estávamos reforçando ali um protocolo que pudesse ajudar a Atenção Básica, a saúde da população do nosso município. E tentaram algumas ações e perderam. (CO1, 2021)

Depois que o protocolo foi lançado, começou a polêmica do uso do protocolo, então os médicos dizendo que a gente estava fazendo exercício ilegal da profissão [...] o CREMERJ abriu uma queixa crime na delegacia especializada em saúde pública e entrou com uma ação no Ministério Público ... Eu fiquei responsável por ajudar na questão de responder esses processos ... Conversar com a procuradora do COREN, montar as respostas junto com o COREN. Então, o COREN apoiou muito esse processo de formulação do protocolo de enfermagem, até porque surgiu a partir dessa demanda dos enfermeiros nas questões da fiscalização. (NC, 2021)

As práticas da enfermagem estão em constante disputas jurisdicionais com as demais profissões de saúde, uma vez que, as enfermeiras aplicam aquilo que é permitido no campo das negociações políticas entre as categorias, conforme as necessidades e contratualizações de interesses locais pela gestão e macrogestão de poder. Com isso, acaba por ser necessário que o COFEN afirme e delimite, por meio de resoluções e pareceres, questões jurisdicionais relacionadas à prática clínica. Destaca-se que essas resoluções corporificam para além da autorregulação, e são respostas aos ataques jurisdicionais das demais corporações da saúde (MACHADO *et al.*, 2019), muito em função das responsabilidades desenvolvidas no SUS principalmente na APS.

Em outros países a categoria médica também é resistente à prescrição por enfermeiras. No Reino Unido essa resistência foi ultrapassada há mais de uma década. Um dos fatores que contribuiu para essa superação foi a união dos enfermeiros junto ao seu órgão de classe em nível nacional, em prol da introdução da prescrição terapêutica naquele país para melhorar o atendimento ao paciente e legitimar suas habilidades e conhecimentos. Outra medida

importante foi uma investigação financiada pelo governo para fornecer feedback sobre a aceitabilidade, eficácia e segurança desse procedimento (MARTINIANO *et al.*, 2016).

A luta pela legitimidade política e social da autonomia prescritiva não deve ser interpretada como ameaça a outras categorias, uma vez que o objetivo é proporcionar a integralidade do cuidado, um princípio constitucional. Um estudo de Vieira, Piola, Benevides, (2018) obteve achados positivos quanto a suplementações de ferro e vitamina A em crianças por enfermeiras no município de João Pessoa, atribuídos ao fato de que, neste município as enfermeiras têm autonomia para prescrever a suplementação de ferro para crianças, conforme recomendações do Programa Nacional de Suplementação de Ferro.

Por outro lado, as enfermeiras demonstram medo e insegurança nas ações prescritivas e temem reclamações. Pode-se elencar algumas razões possíveis para essa situação, entre elas, a oposição ao recomendado pelo ICN, no Brasil não há exigência de conhecimento especializado, experiência clínica e registro do prescritor, como pré-requisitos à prescrição por enfermeiros. Outra questão é que muitos protocolos foram elaborados pelo Ministério da Saúde de forma centralizada, com pouca participação das equipes de saúde locais. Há denúncia sobre a falta de protocolos municipais e a percepção equivocada de que há restrições por parte do Conselho Federal de Enfermagem (MARTINIANO *et al.*, 2016).

A entrevistada da ABEn vê com cautela a prescrição de medicamentos pela enfermagem, considera que a prescrição pode modificar a essência do trabalho da enfermagem e criar uma categoria a parte na profissão:

Mas quem falou que a consulta de enfermagem é voltada para prescrição de medicamento? Mas quem disse que nós queremos ser prescritores de medicamento? Quem disse que academia nos preparou para isso? Eu dou dois períodos de fármaco um e dois, do mesmo jeito que eu não estou preparada para tabela nutricional, eu também não estou preparada para fazer intervenções e práticas avançadas. (AB2, 2021)

Desta forma, pode-se afirmar que o governo brasileiro induz a prescrição de medicamentos por enfermeiras por meio dos protocolos, por outro, não introduz medidas de governança e apoio para a sua implementação nos sistemas de saúde local. Portanto, não basta normatizar a prescrição, é preciso construir estratégias de maior divulgação, qualificação e acompanhamento das enfermeiras (MARTINIANO *et al.*, 2016).

Na perspectiva dialética e emancipatória, reconhecer a importância das normatizações e a aplicação dos protocolos de organização dos serviços parece ser contraditória, pois a determinação de normas e padrões está intimamente ligada a um modelo de gestão

hierarquizado, composto pela divisão do trabalho e centrado na tarefa em si. Por outro lado, salienta-se que os protocolos assistenciais têm caráter legal essencial e norteador das ações da enfermeira, e embora no Brasil a prática clínica das enfermeiras da APS esteja baseada em protocolos que detalham procedimentos a serem seguidos, incumbências e responsabilidades, nem sempre as enfermeiras estão inteiramente seguras do trabalho que realizam. Parte da insegurança decorre da falta de respaldo institucional (KRAUZER *et al.*, 2018).

Além dos Protocolos de Enfermagem, em 2015, foi criada pela gestão municipal do Rio de Janeiro, o Programa de Residência em Enfermagem em Saúde da Família e Comunidade (PREFC). A criação do programa levou em consideração a ampla expansão da estratégia em saúde da família e demanda por profissionais capacitados, o qual contou inicialmente com 30 preceptores deste núcleo profissional e cerca de 60 residentes (SORANZ; PINTO; PENNA, 2016).

Os programas de residência em saúde são programas de formação de recursos humanos para o SUS, a fim de atender às diversas complexidades dos serviços de saúde, cujo objetivos educacionais, apresentam a finalidade de melhorar a qualidade dos serviços e do cuidado em saúde, promovendo impactos positivos nos cenários de práticas (RODRIGUES *et al.*, 2019). Possui centralidade na formação pelo trabalho como estratégia de ensino-aprendizado, e visa formar profissionais de saúde superando a segmentação e dualidade entre conhecimento e cuidado na atenção à saúde. A integração entre academia e serviço por meio da residência vem demonstrando a importância desta estratégia para formação de profissionais mais comprometidos com o SUS e sensíveis aos desafios de sua implementação.

No município, o Programa é desenvolvido nas unidades de APS, em parceria com a Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ) e a Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), que possuem um papel fundamental para o sucesso do programa. Em 2010, a residência foi responsável pela formação de 44 residentes, 31 residentes em 2011; 29 em 2012; 88 em 2013 e 138 residentes em 2017 (RIO DE JANEIRO, 2013).

Para a depoente da ABEn a residência trouxe um ganho, que foi a visão do aluno residente. A associação congrega, além dos profissionais Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem e Auxiliares de Enfermagem, os estudantes de cursos de Graduação em Enfermagem e de Educação Profissional de Nível Técnico em Enfermagem, como também, Associações ou Sociedades de Especialistas que a ela se associam, individual e livremente, para fins não econômicos. Possui caráter cultural, científico e político, com personalidade jurídica própria, o que viabiliza a integração com alunos da enfermagem. Segundo a entrevistada, a

criação da residência pela SMS em parceria com academia, permitiu que a ABEn ganhasse mais voz para reverter o quadro anterior de residentes substituindo a força de trabalho nos serviços.

A ABEn passou, começou mais a conversar com, com esse grupo (de residentes). E a partir disso a gente passou a ter também a visão do residente. Porque, teve um dado momento em que o residente estava substituindo a força de trabalho. Na gestão do Paes com o Daniel, que conseguiu se reverter. Mas aí teve aquilo que eu falei, a gente trouxe uma discussão com a própria universidade, porque a universidade que estava responsável pela residência, a UERJ, a faculdade de enfermagem, é, conversas com fórum de escola, conversas com presidente, para reverter o quadro. Porque, a enfermagem é sempre mão de obra barata ... E a gente teve que mostrar pra, para o Daniel, que, quem é que ia responder. (AB1, 2021)

Segunda a SMS do Rio de Janeiro/RJ, o programa estimula a formação de residentes com conhecimentos teórico-práticos para o atendimento seguro, baseado em evidência, humanizado, e raciocínio clínico com pensamento crítico adequado para a realização de consultas, procedimentos, visitas domiciliares, e princípios do trabalho da saúde da família, de acordo com as necessidades de saúde da população adscrita aos territórios (SMS/RJ, 2021). O Conselho de Enfermagem, vem somando à formação do aluno residente através da abordagem sobre ética em enfermagem, conforme entrevistada: “Tive oportunidade de acompanhar a turma da residência de enfermagem em atenção primária. A gente sempre ia lá fazer a aula inaugural, há quatros anos eu fazia isso, falando de ética... enfim, fiquei feliz de ver que isso está dando continuidade.” (CO2, 2021).

Portanto, integra a representação dessas entidades da enfermagem. Outra questão relevante, é a presença de preceptores exclusivos ao programa, cursos de preceptoria, avaliações formativas e cumulativas, matriz pedagógica, entre outros recursos que integram o projeto político pedagógico dessa proposta (Plano municipal de saúde períodos 2018-2021). Os preceptores da residência também passaram a ser remunerados, algo que não ocorria na gestão anterior:

Eu fui a vida inteira fui preceptora de residente e nunca recebi nada... Agora, pelo MEC, eu deveria receber, pelo menos um aditivo salarial, um adicional. (AB1, 2021)

Hoje, a gente tem uma conquista que a pessoa que é preceptora recebe pela preceptoria, mas durante... Eu fui preceptora e não recebia nada. (NC, 2021)

Os preceptores são definidos por meio de processo seletivo interno com contratação por tempo determinado, são profissionais da rede previamente contratados pela prefeitura via empresa pública RIO SAÚDE, que passam a receber um adicional pela preceptoria. O pré-requisito envolve especialização em saúde da família, ou saúde pública ou saúde coletiva, ou

título de especialista emitido pela Associação Brasileira de Enfermagem de Família e Comunidade (ABEFACO), as seleções de enfermeiras para APS pela RIO SAÚDE, apresentam o mesmo pré-requisito. A ABEFACO é uma associação fundada em 2015 e registrada em 2016, que congrega Enfermeiros, técnicos e auxiliares de Enfermagem na área de Atenção Primária à Saúde. Segundo Almeida (2021), a emissão de título pela ABEFACO, gerou recentes discussões entre o Sindicato dos Enfermeiros do Rio de Janeiro, o Conselho Regional de Enfermagem, a Associação Brasileira de Enfermagem e a secretaria de saúde do município.

Salienta-se que o Capítulo III. Seção VI. Art. 26 do estatuto da ABEn (2018), refere que a ABEn poderá conceder título de especialista a profissionais de Enfermagem. Segundo o estatuto, o processo de reconhecimento e a expedição do título de especialista de profissionais de Enfermagem serão disciplinados pela Assembleia Nacional de Delegado (AND), mediante regulamentação específica. A AND é o órgão máximo de deliberação da ABEn e responsável pelo estabelecimento de diretrizes para o cumprimento de suas finalidades, no âmbito da ABEn Nacional, das Seções e Núcleos. O Regimento Interno Departamento de Enfermagem na Atenção Básica (DEAB ABEn), determina que compete ao DEAB ABEn participar, junto à ABEn Nacional, da organização do processo de concessão de Título de Especialista em Enfermagem na Atenção Básica; formulando critérios e organizando o processo de concessão de Título; indicando para os membros da banca examinadora para os exames de titulação de especialistas. O que, portanto, contribui para o conflito entre as entidades.

Além da Residência em Enfermagem, analisando o Plano Plurianual 2010/2013, percebe-se investimentos em capacitações para os profissionais de saúde. Entre eles, enfermeiras da Estratégia de Saúde da Família e do modelo tradicional, cuja meta estabelecida em 2013 para capacitação dos profissionais da equipe da saúde da família no Relatório de Desenvolvimento das Iniciativas Estratégicas e das Metas por Área de Resultado, foi superada. A previsão era de 19.080 qualificações e ocorreram 25.216, enquanto o número de profissionais qualificados da atenção básica presente no demonstrativo analítico, refere a capacitação de 21.000 profissionais.

Desta forma, observa-se que entre os ganhos para a Enfermagem na atenção primária do município do Rio de Janeiro, podemos salientar a constituição do Protocolo de Enfermagem, o Programa de Residência em Enfermagem em Saúde da Família, incluindo a remuneração dos preceptores, e as capacitações voltadas para estratégia de saúde da família e atenção primária, desenvolvidas para os profissionais de saúde, incluindo enfermeiras.

Apesar de dar legalidade às ações desempenhadas, observa-se que o protocolo legitimou a ampliação do escopo de atividades desenvolvidas pelas enfermeiras na APS, o que deveria conferir relações mais estáveis de trabalho, ainda que por meio do vínculo de trabalho CLT. A rotatividade profissional, constantemente insere na assistência profissionais inseguras para aplicação do protocolo, demandando mais capacitações, e gerando perda de profissionais previamente envolvidos com o processo de trabalho. Esses fatores dificultam a formação dos vínculos e a longitudinalidade do cuidado, essenciais para APS.

4.1.2 Gerencialismo e Processo de Trabalho da Enfermagem

Os Estados ocidentais vêm realizando profundas mudanças na Administração Pública, confrontada pela necessidade de aumentar sua eficiência, diminuir seus custos, enxugar sua estrutura, aumentar sua agilidade e torná-la mais transparente e democrática. Embora essas mudanças variem sobremaneira, tomam como base instrumentos de gestão originalmente desenvolvidos para a iniciativa privada e são denominadas de Nova Administração Pública (FARIA, 2009).

Uma conjunção de fatores políticos, econômicos, sociais e tecnológicos facilitaram seu surgimento e, embora apresente variações de acordo com as especificidades de cada país, reúne, de maneira geral, ações de descentralização e do uso do mercado para a provisão de bens e serviços de interesse público, preocupações com aspectos financeiros, de performance e resultado e foco no usuário/consumidor (FARIA, 2009). A Nova Gestão Pública tem como base a transição de um paradigma burocrático da administração pública para um novo paradigma gerencial, que considere no aumento de complexidade dos problemas públicos e incorpora instrumentos gerenciais do mercado privado (FLEURY, 2001). Contudo, Sano e Abrucio (2008) chama atenção para o hibridismo no processo de gestão do setor público, onde não se substituiu por completo o paradigma burocrático, e ao não levar em conta este hibridismo na Administração Pública brasileira, pode-se acentuar as tensões dentro do modelo.

Durante o primeiro mandato do prefeito Eduardo Paes (2009-2016), o Rio de Janeiro assumiu um direcionamento no modelo de gestão com base no alto desempenho focado em resultados e na criação de um Plano Estratégico. Foram criados recursos intencionando a organização do cuidado e padronização dos serviços como o (SISREG⁶), a carteira de serviços,

⁶ A sigla SISREG significa “Sistema Nacional de Regulação”. SISREG É um sistema on-line, criado para o gerenciamento de todo Complexo Regulatório indo da rede básica à internação hospitalar, visando à humanização

e protocolos assistenciais. O modelo foi apoiado em seis eixos: cultura de alto desempenho; equipes de apoio à entrega (EGM e EGP); visão de longo prazo, plano estratégico e rotinas de Acompanhamento; plano de ação e acordos de resultados (RIO DE JANEIRO, 2009).

O Plano Municipal de Saúde (2010-2013) trouxe em seu conteúdo que para enfrentar o novo modelo de organização que se pretendia, mudanças nas qualificações também deveriam ocorrer, adequando o perfil profissional às novas funções e “para a possibilidade de transferibilidade entre setores ou, até mesmo, a construção de formas alternativas de sobrevivência fora do mercado formal de trabalho.” (RIO DE JANEIRO, 2009, p, 121).

Durante esse processo, segundo o plano, houve um esforço para criação de uma cultura organizacional, com base nas ações de planejamento, o monitoramento e avaliação, incluindo todo o ciclo do orçamento e gasto público, tornando-os parte do trabalho diário das equipes técnicas. Esse movimento se estruturava por meio do diálogo, reflexão, avaliação e socialização de experiências, promovendo o aprofundamento e o aprimoramento de conceitos, práticas, processos e estratégias (RIO DE JANEIRO, 2009).

Alguns instrumentos de planejamento, gestão e avaliação, como o relatório de gestão, que é construído anualmente, vinham sendo utilizados nos governos anteriores ao ano de 2009. Desde este tempo, os instrumentos geravam reflexões advindos da lógica produtiva que desconsidera especificidades de cada caso e o tempo que elas demandam. A experiência de uma profissional da ABEn que também é do serviço demonstra que para a enfermagem:

Quando começou essa história de produtividade lá trás, se eu não me engano foi com o Cesar Maia, eu tinha que atender 12 pacientes no mínimo no turno. E eu tinha que fazer não sei quantas atividades educativas. Eu disse isso é uma aberração porque, quando eu pego uma paciente vítima de violência, estupro, para atender a minha consulta com ela pode demorar duas horas. Porque eu faço a consulta com outros profissionais envolvidos [...]. Eu posso marcar um grupo educativo maravilhoso com idosos para falar do Covid e não aparecer nenhum. Por quê? Porque eles não estão interessados. Porque eles não tiveram tempo. Não teve ônibus naquele dia. (AB2, 2021)

Nas atividades das enfermeiras, por mais que se tenha prescrição/padrão e mensuração de produtividade, o mesmo padrão de duas ou mais execuções, podem ser totalmente diferenciados a contar as necessidades de saúde do usuário. Os próprios ideais do SUS, como a perspectiva da integralidade, incentivam o profissional a uma abordagem mais abrangente e interdisciplinar. Contudo, os processos de controle de produção passam a padronizar o

dos serviços, maior controle do fluxo e otimização na utilização dos recursos. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/servicos-estaduais/regulacao-de-exames-e-consultas-1>. Acesso em 12/11/21.

comportamento dos sujeitos, naturalizando-o, dificultando os sujeitos de reagirem e reassumirem o controle sobre o processo de trabalho.

Souza (2016) refere que ser relacional não significa que o trabalho seja livre para o trabalhador, pois está submetido à lógica geral das relações capitalistas. Peduzzi (2003) refere que:

Como trabalho reflexivo, o trabalho no setor [Saúde] é dotado de incerteza e descontinuidade, o que acarreta a impossibilidade de normatizar completamente, e a priori, as funções técnicas e, também, de definir rígidos critérios econômicos de produção. Apesar dessas características, o trabalho em saúde, assim como o trabalho industrial, tem sido gerenciado, predominantemente, nos moldes taylorista e fordista, o que implica constantes embates entre as variadas autonomias profissionais e os constrangimentos organizacionais. Apesar da gerência marcadamente taylorista, observamos, no Brasil, desde a década de 19[80], influências do planejamento estratégico e do gerenciamento flexível participativos nos serviços de saúde, assim como de projetos de controle de qualidade em saúde. (PEDUZZI, 2003, p. 83)

O processo de controle de produção se acentuou nos anos seguintes, quando a partir de 2009, houve maior preocupação com a efetiva utilização destes instrumentos e incorporação de indicadores voltados ao processo de trabalho. Entre os instrumentos para acompanhamento da APS com metas de desempenho e metas assistenciais quantitativas e qualitativas, foram implementados: os contratos de gestão das OSS, que se dividem em três conjuntos de variáveis (incentivo institucional à gestão do TEIAS, incentivo à qualificação das unidades de saúde e incentivo à gestão clínica com indicadores de gerenciamento e gestão das unidades de saúde, das OSS e das equipes de saúde); e indicadores de processo para dar conta dos indicadores dos pactos nacionais. Além destes, os indicadores de um acordo de resultados assinado entre o gabinete do prefeito e a SMS, que poderiam ou não gerar um pagamento diferenciado, como também, indicadores pactuados pela Casa Civil (PILAR, 2016). Isso fica claro na fala da profissional: “Os contratos de gestão ... começam na metade de 2010... A gente brincava que as equipes tinham que alcançar as estalecas”. (NC, 2021).

A produção de resultados para atender as metas dos indicadores em associação aos benefícios remuneratórios para os trabalhadores ou para a Unidade, gerava uma “corrida” dos profissionais e ansiedade para atingir essas metas. O objetivo do trabalho passou a ser atender as metas previamente pactuadas, cujos meses nacionais de incentivo a um tema de saúde específico, se adequaram a oportunidade de cumprimento dessas metas, como observado na fala abaixo da enfermeira que se encontrava na Coordenação de Saúde da Família:

Então, por um bom tempo, a história da meta era uma loucura, porque os profissionais

ficavam estressados nos momentos de fechamento e aí quando você não alcançava a meta plena, mas assim, nem a metade da meta, começava os processos de intensificação [...] E aí, o que que acontece? Eles transformaram o outubro rosa em um mês de intensificação de coleta de preventivo. E assim, perdeu o sentido. E aí eles adentraram nesse processo, então “se eu não alcancei minha meta [...] em outubro, eu vou alcançar a meta” [...] A gente não fez captação de paciente, a gente não tem o número, o 1% de pessoas que tem que ter em todo o território com tuberculose” [...] Então, mês de março, 26 de março, dia mundial de combate à tuberculose, vamos fazer o quê? Mês de março a gente tem que captar gente, tem que alcançar 1% da população, então vamos todo mundo que chegar potinho de escarro. (NC, 2021)

Melo e Silva (2016), informa que a não conformidade do que se espera na produção por um trabalhador, afeta o conjunto da equipe, ativando a cobrança recíproca entre trabalhadores, então um profissional cobra o outro para que o “erro” não comprometa a performance do todo. Isto também está associado a manutenção do emprego, portanto, para o profissional é necessário estar atento a própria performance, algo que dificilmente não vai interferir no aspecto micro da relação entre profissional e usuário. Nessa contínua, o foco do trabalho, não é mais o território, sua complexidade e demandas, princípio da Estratégia de Saúde da Família, são as metas dos contratos de gestão, que descoladas da realidade dos territórios, engessam o processo de trabalho:

[...] Começou uma pressão em cima do trabalhador ... que o objetivo da equipe não era mais atender o seu território, enxergar o diagnóstico de saúde da comunidade, não era pensar a partir de lógica daquele território para implementar as ações, era a partir de um contrato de gestão que era demandado pelo nível central para as áreas, padronizado para todo mundo e que todo mundo tinha que alcançar aquela determinada meta ... Copacabana, que é um bairro conhecido pela sua característica de envelhecimento da população, você querer que as pessoas tenham crianças menores de dois anos para ser acompanhadas. E as pessoas não faziam os cálculos populacionais, elas perderam... você pensa no modelo de saúde da família com esse modelo de vigilância à saúde dentro da saúde da família, as pessoas perderam isso. (NC, 2021)

Para a depoente da ABEn deveria haver maior adequação das metas às características do território e da instalação física local.

Veja bem, eu não sou uma pessoa que defende o trabalho livre. Porque aí você joga na ética de cada um, mas eu acho que a meta tem que ser discutida profissionalmente na equipe, entre os profissionais.... Tem que ter um padrão de meta e a equipe vai adaptar ao seu território. Até a meta tem que ser adaptada realidade local, de espaço físico, comportamento cultural da população. E por aí vai. (AB1, 2021)

Observa-se no estudo que não há uma recusa quanto ao desenvolvimento do trabalho utilizando-se como referência indicadores de saúde e estabelecendo metas de alcance. A questão fica a cargo de como essas metas são estabelecidas, cobradas e repassadas para as profissionais, uma vez que fazem parte de um contrato de gestão entre OSS e municípios, que

é um instrumento de controle de resultados, onde Poder Público e OSS estabelecem um acordo de metas a serem alcançadas em determinado prazo. Observa-se na fala da enfermeira, o uso dos indicadores como um instrumento que direciona o processo de trabalho: “Os indicadores são ótimos para analisar o nosso trabalho, o resultado daquilo que a gente tá fazendo e eles acabam direcionando a gente para que consiga melhorar a qualidade do serviço.” (ENF3, 2021).

As enfermeiras também se queixam do quantitativo de atividades administrativas, que acabam por dificultar o cuidado direto às famílias e as atividades que caracterizam a estratégia de saúde da família, inclusive a análise do território, conforme fala das enfermeiras abaixo:

“[...] Tem pouco tempo para muita coisa, a parte burocrática também e cada vez mais coisas descentralizadas voltadas para atenção primária, e é o saúde da família que acompanha [...] Eu vejo que hoje é um pouco mais difícil da gente implementar o saúde da família no dia a dia, eu acho que antes, no início, pela minha experiência que vim de PACS, que na mesma unidade a gente construiu o saúde da família. Eu acho que hoje tem alguns fatores que permeiam uma dificuldade, que é o tempo, a sobrecarga de trabalho, as próprias condições de trabalho [...]. Hoje você assume muita mais coisas com mesmo tempo que se tinha [...]. (ENF2, 2021)

A necessidade de desenvolver o trabalho prescrito, com um escopo ampliado de trabalho, implica em frustração do trabalho real, que para as profissionais não alcança os ideais da saúde da família, ou implica em ir além da capacidade física e mental para manter a qualidade do serviço. É importante observar que para as profissionais há um descompasso entre o que é exigido, o que é realizado, e o que seria ideal. O ideal para as profissionais não é o trabalho prescrito, (instituído no município do Rio de Janeiro).

Por outro lado, tanto para uma entrevistada do COREN, quanto da ABEn, as enfermeiras contratadas pela OSS ao assumirem algum cargo de gestão, passam a reproduzir essa mesma lógica gerencial interferindo em sua identidade profissional. Ao não se apresentar como enfermeira, substitui sua identidade pelo título do cargo que lhe confere status e um poder do qual ela não abre mão para dar visibilidade à sua profissão, gerando invisibilidade.

E os meninos e as meninas importados nessas OSS em cargos de direção não se apresentam como enfermeiros, eles se apresentam como gestores [...]. A gente reclama tanto do tratamento que nos é dispensado por quem faz gestão nesse país, a gente reclama para "dedéu" dos membros da equipe que apontam o nosso trabalho como um trabalho secundário e quando a gente entra na gestão da equipe de enfermagem, a gente reproduz essa relação de poder. Não há um sentimento de pertencimento. (CO2, 2021).

[...] Quando enfermeiro entra na gestão, coordenação ou chefia da estratégia [de saúde da família], ele entra com a cabeça de um profissional que não é da enfermagem. Negando esse conhecimento e ele vira um gestor mais truculento que existe. Ele entra ganhando muito mais, ganhando um salário que geralmente não é um salário médio de um enfermeiro. E ele passa vender a própria honra para manter esse lugar. Ele

nunca se apresenta como enfermeiro, ele faz questão de perder essa identidade. Ele é o Responsável Técnico da estratégia, ele é o chefe, ele é o RT. Ele faz questão de tirar essa veste e ele passa a oprimir o próprio colega e técnico da equipe para atender as metas que são estabelecidas, que para manter o cargo dele, ele tem que dar conta. Raríssimo são os colegas que viram RT e se sentam no atendimento. (AB2, 2021)

Vale ressaltar que recai sobre o Gerente da estratégia de saúde da família, que pode ser uma enfermeira, a responsabilidade técnica da estratégia e a supressão das metas designadas à equipe. Enquanto, o Enfermeiro Responsável Técnico (RT) é o responsável pelo planejamento, organização, direção, coordenação, execução e avaliação, especificamente dos Serviços de Enfermagem da instituição onde estes são executados (Resolução COFEN nº 509/2016).

Na ESF do município, o RT de enfermagem também pode assumir ao mesmo tempo o cargo de Gerente da estratégia, o que deve gerar um conflito profissional quanto aos diferentes papéis que desempenha. Essas responsabilidades se somam a um vínculo de trabalho que permite demissão, cujo apoio institucional para o processo de trabalho na percepção dos gerentes, segundo um estudo de Bloise (2015), provém das OSS e não da secretaria, que é percebida como a responsável pela cobrança dos resultados.

Além disso, estudos demonstram que o trabalho de gestão das enfermeiras é orientado pelos modelos tradicionais de gestão, nos quais sobressai a abordagem taylorista/pós-fordista (PEDUZZI *et al.*, 2019), em que se mantém uma homogeneidade técnica e política. Não se observa uma ruptura das enfermeiras com os arranjos institucionais que convencionalmente vem desenhando o trabalho em saúde, uma vez que se destacam pelo seu posicionamento a favor do cumprimento de ordens e da preservação do status quo (CARVALHO *et al.*, 2014). O reconhecimento em dar respostas as instituições as motiva, com consequente investimento em seu capital humano, demonstrando dedicação, que indicam laços profundos entre a profissional e seu trabalho (OLVEIRA *et al.*, 2009), que por outro lado, não busca transgredir modelos tradicionais.

Este aspecto, reflete no exercício político da enfermeira gestora, que destaca predominantemente nas suas atribuições os aspectos técnicos em detrimentos dos políticos. Para elas, a participação política se expressa no seu compromisso profissional, que se sobressai quando comparado com as de outras categorias profissionais. Esta fragilidade política pode servir para legitimar políticas de saúde que não favoreçam a consolidação do SUS (MELO; SANTOS, 2007).

A reorientação das ações gerenciais seria uma das estratégias para a consolidação dos princípios do SUS e transformação das práticas de saúde, criando condições para a condução do processo de trabalho com base nas necessidades de saúde e satisfação dos usuários. Como

também, a liderança com foco nas relações interpessoais e não nas tarefas, produz melhores resultados de gestão do ambiente e da força de trabalho (CUMMINGS *et al.*, 2010).

Desta forma, observa-se que a lógica gerencialista, com base em metas de produção vem intervindo no processo de trabalho das enfermeiras na atenção primária, gerando reações conflitantes aos fundamentos do trabalho da enfermagem e da própria estratégia de saúde da família. Esses conflitos foram se intensificando com a instauração da parceria entre prefeitura e OSS, uma vez que se estabeleceram instrumentos de controle de produção das OSS, que são repassados aos profissionais de saúde.

Em outro momento, ao assumir a gestão da ESF, as enfermeiras são constrangidas a reproduzir esses modelos, já que passam a se responsabilizar diretamente pela supressão das metas. Agrega-se a isso, a orientação de longa data, aos modelos tradicionais de gestão, nos quais sobressai a abordagem taylorista/pós-fordista, no trabalho das enfermeiras. A construção de um planejamento participativo que leve em conta a realidade local no estabelecimento de metas e de seu acompanhamento, a necessidade de discutir um novo modelo de gestão para o trabalho de enfermagem na APS, a capacitação das enfermeiras gestoras, e relações de trabalho mais estáveis que reduzam o conflito entre a garantia do emprego e o cumprimento das metas pelas enfermeiras, podem ser estratégias que deem conta das questões apresentadas no estudo.

5 A PERCEPÇÃO DOS DIFERENTES ATORES SOCIAIS EM RELAÇÃO AO TRABALHO DA ENFERMAGEM NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO/RJ: CONFLITOS E DESAFIOS

O momento de construção e implementação de uma política de saúde configura-se como “um processo composto de uma sequência de tomada de decisões com relação a como enfrentar um problema identificado como prioritário na agenda pública” (FLEURY; OUVÉRY, 2008, p. 35), ao mesmo tempo em que amplas arenas decisórias e instancias disputam na elaboração, implantação e execução dessas políticas, das quais participam diversos atores, que compõem relações de poder e que moldam o formato geral dessa política.

Compreender a noção de campo, segundo Bourdieu (1983), oferece visibilidade para o entendimento do campo da enfermagem, as disputas e posições dos agentes. Um campo é um espaço social multidimensional de relações sociais entre agentes que comungam interesses, disputam por troféus específicos, porém não dispõem dos mesmos recursos e competências. É um espaço de disputa entre dominantes e dominados, entre aqueles que possuem um acúmulo maior de capital (poder) para intervir e deformar o campo e com isso empregam estratégias para conservarem suas posições, e, os desejosos, de abandonar sua posição de dominados empregando, geralmente, estratégias de subversão. Assim, é possível dizer que a estrutura do campo é um estado da relação de força entre os agentes engajados na luta.

O conceito de campo nos permite pensar o espaço social dentro da lógica sistêmica, como um grupo organizado, onde as posições se definem umas em relação às outras (BARROS, 2003). Nesta perspectiva, entende-se que a estrutura do campo (as posições de dominados e dominantes) antecede os agentes que fazem parte do campo. Bourdieu (1983) destaca algumas leis gerais para definir um espaço social como um campo: em primeiro lugar, a condição necessária (mas não suficiente) para definir um campo é a sua relativa autonomia em relação a outros campos, ou seja, se este espaço social conta com uma dinâmica específica em relação a outros setores do universo social, definida por fronteiras simbólicas que delimitem seus agentes, suas regras, seu território, seus troféus, suas formas de ingresso e de exclusão (BARROS, 2003).

Em segundo lugar, é necessário que tenha o reconhecimento por parte dos agentes de um ou mais objetos de luta comuns. Em terceiro, é essencial, em qualquer campo, a existência de objetos de disputa e pessoas que conheçam e reconheçam as leis imanentes do jogo, os objetos de disputa e estejam dispostas a disputar o jogo, cujas regras constituem-se em objeto de luta permanente (BARROS, 2003). Em cada campo específico há um conjunto de interesses

fundamentais compartilhados que garantem sua existência e funcionamento. Como um jogo qualquer há disputa, mas também há acordos, onde chama a atenção para a cumplicidade entre os agentes interessados nesta disputa.

Assim, uma quarta lei do campo é a tendência orgânica de impedir e dificultar a ação de qualquer agente externo ao campo que objetive subverter suas regras de ingresso, definição de valores e acesso aos troféus. Segundo Bourdieu (1983) o que permite estruturar o universo social é a posse de diferentes tipos de capital, que seriam o capital econômico, o capital cultural, o capital social e o capital simbólico (BARROS, 2003).

Esse capítulo visa compreender a configuração do campo da enfermagem, a partir da interação de seus principais atores, frente ao cenário político - institucional de expansão da APS centrada na ESF no MRJ, a partir de 2009. Para tanto, foram utilizadas normativas e publicações da ABEN, do COREN, e do SINDICATO, além de entrevistas com representantes dessas instituições. A análise também utilizou documentos publicados pela prefeitura do MRJ, que datam deste período e que são de interesse para o estudo, como também, a entrevista de uma enfermeira que atuou na gerência de expansão de ESF na SMS/RJ e de enfermeiras do serviço, procurando assim trazer para a discussão também a voz das trabalhadoras. Ressalta-se que os atores em tela passaram por diferentes cenários que pautam suas falas, expressando os lugares que ocupam ou ocuparam.

5.1 OS DIFERENTES OLHARES SOBRE O PROCESSO DE EXPANSÃO DA APS NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO/RJ

No ano de 2009 a gestão do Rio de Janeiro/RJ lançou o Programa Saúde Presente que, entre outras diretrizes, elegeu a ESF como modelo a ser adotado para expansão e reforma da APS na cidade, observando uma indução em curto prazo para que a APS pudesse ser protagonista do modelo de cuidado, promovendo o acesso e melhorando a qualidade dos serviços.

O município apresentava as mesmas dificuldades dos centros urbanos na implementação de um modelo de saúde centrado na ESF. No ano de 2009, apresentava uma cobertura de apenas 4% de estratégia de saúde da família, adotando o modelo tradicional de atenção básica em suas Unidades. Esse cenário passou por um processo de mudança, quando o governo municipal propôs um modelo de gestão em parceria das Organizações Sociais de Saúde para gestão da Atenção Básica.

Segundo informações do Plano Estratégico da Prefeitura (2009-2012), o Programa Saúde Presente marcou o início de uma nova fase para a organização da saúde no município do Rio de Janeiro/RJ. A reestruturação da APS no município se deu em três dimensões complementares, que seria: maior participação da saúde no orçamento municipal e maior participação da APS no orçamento da saúde, com aumento expressivo do recurso investido; mudança do modelo de atenção por meio da expansão da ESF e instituição dos Territórios Integrados de Atenção à Saúde (TEIAS); e a adoção do modelo de gestão com OSS, que pela utilização das regras do direito privado agilizou a aquisição de insumos e equipamentos, a construção de novas unidades de saúde e a contratação de profissionais (SILVA; BARBOSA; HORTALE, 2016), ampliando, de acordo com as demandas do SUS, os postos de trabalho.

Segundo o plano municipal de saúde 2018/2021, entre os anos de 2008 e 2013, mais de 2,5 milhões de pessoas passaram a ter acesso à saúde, com a ampliação de 3,5% para 41% da cobertura de Saúde da Família, mais de 800 equipes foram implantadas e menos de 7% delas estão incompletas. Também foram inauguradas 71 novas Clínicas da Família, ampliando a rede de saúde de 100 para 194 unidades (RIO DE JANEIRO, 2017).

A mudança no modelo impactou a rede hospitalar, que registrou queda da proporção de internações por doenças onde há atuação das equipes de saúde da família (Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária). Como por exemplo: diminuição da taxa de internação e morte por agravos como o Acidente Vascular Cerebral, além da redução na frequência das emergências em hospitais municipais e unidades de pronto atendimento (RIO DE JANEIRO, 2017)

Com o objetivo de expandir os serviços de saúde a toda população carioca, o programa teve como conceito a territorialização da cidade, atendendo regiões pouco ou descobertas pela saúde da família. Com ele, a população contaria com um sistema integrado de assistência e uma equipe de saúde multidisciplinar que o acompanharia, dando orientações sobre promoção e prevenção e diagnóstico precoce de doenças. Quando necessário, a equipe encaminharia para outras especialidades, unidades ou para realização de exames, contando ainda, com agentes de Vigilância em Saúde e agentes de Defesa Civil, como também, um sistema de telemedicina para apoio diagnóstico e encaminhamento de casos (RIO DE JANEIRO, 2008).

Seguindo as diretrizes da Portaria n° 648 de 2006 (PNAB - 2006), a expansão da estratégia de saúde da família contribui para a mudança do modelo de atenção básica tradicional para o centrado na saúde da família (JESUS; ENGSTROM; BRANDÃO, 2015). Dados demonstram que em dezembro de 2008, existiam 163 equipes de saúde da família registradas no

CNES, ao final de dezembro de 2013, havia 813 equipes, enquanto em maio de 2015, este total atingiu 860 equipes (SORANZ; PINTO; PENNA, 2016). Em meados de 2017, a cobertura de estratégia de saúde da família atingiu a marca de 70%, totalizando um incremento de 1.294 equipes para a cidade (SMS/RJ, 2018).

Como um espaço social de produção e circulação de discursos, práticas e interações, os serviços de saúde constituem-se em um campo de disputas e conflitos. Assim, o processo de implementação de uma nova política é sempre tensionado pelos diferentes que têm uma leitura própria a partir da perspectiva institucional a que pertencem.

A seguir apresentamos a diferentes leituras e disputas que se evidenciam neste processo de expansão da APS no Município do RJ, na percepção de seus dirigentes.

Para a entrevistada da ABEn, a prefeitura ampliou a cobertura de saúde da família, contudo, desconsiderou a atenção básica existente, que apesar de qualificada era insuficiente, uma vez que não expandia em torno de 20 anos, somado ao crescimento e favelização do Rio de Janeiro. De fato, a cidade do Rio de Janeiro teve destaque nos anos de 1990 e 2000 pela baixa capacidade de ampliação dos serviços de atenção primária, com estagnação da oferta e do financiamento público (COSTA *et al.*, 2021). O Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF), criado em 2003, foi inclusive, uma política específica de incentivo às grandes cidades para expansão da saúde da família, uma vez que cidades de grande porte populacional apresentavam cobertura de Saúde da Família insignificante em fins da década de 2000.

Segundo Costa *et al.* (2021), estudos suscitaram duas conclusões para a baixa adesão das grandes cidades ao modelo proposto pela ESF. Uma delas seria o insuficiente incentivo federal anterior a Emenda Constitucional 29 (EC-29) de 2000, que vinculou as despesas públicas as ações e serviços públicos de saúde, condicionou maior contrapartida financeira municipal para o custeio da expansão da ESF, desta forma a expansão não era atrativa. A outra conclusão se referiu ao risco de descumprimento da Lei de Responsabilidade Fiscal (Lei Complementar nº 101/2000) pelo gestor público, que reflete um conjunto de normas sobre finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal, onde foi fixado limites máximos para as despesas com pessoal aplicadas aos três poderes (MEDEIROS *et al.*, 2017). Esta última, entre outras, justificou a contratação das OSS para gestão da ESF no MRJ.

Durante o período de 2007 a 2015, dados sobre a evolução no orçamento da SMS, revelam a contenção de gastos com servidores públicos de saúde, onde observa-se queda de 1,34% nessa sigla, enquanto o orçamento da Secretaria obteve um aumento real de 58,46% no

mesmo período (VIEIRA; PIOLA, 2016). No entendimento da depoente da ABEn, a intenção política conduziu a interesses junto as organizações sociais, expandindo o serviço público de saúde, sem considerar os serviços existentes. Para ela, a implementação da estratégia de saúde da família não deveria “findar” o sistema existente, mas integrá-los, entendendo que as unidades tradicionais, poderiam ter se transformado em Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF), uma vez que possuíam diferentes especialidades como psiquiatra, otorrinolaringologia, entre outros, assim:

[...] A estratégia (de saúde da família no âmbito nacional) não veio para você acabar com o sistema, não. Você tinha que ter um momento híbrido dos dois sistemas e integrar esses dois porque as Unidades Básicas de Saúde poderiam ter se transformado, nos NASF [...]. Em modelos que fossem integrando-se à estratégia. (AB2, 2021)

Os NASFs, são constituídos por profissionais de diferentes áreas de formação da saúde e desenvolvem um trabalho de apoio e integrado as equipes de saúde da família. Sua lógica deve ser complementar a lógica do cuidado da ESF, respondendo às necessidades destas equipes, que por sua vez, devem responder às necessidades das comunidades.

Segundo Plano municipal de saúde 2018-2021, somam na cidade do Rio de Janeiro, 79 equipes formadas por profissionais de diversas categorias, sendo as mais comuns a Educação Física, a Psicologia, a Fisioterapia, a Terapia Ocupacional e a Médica. Atuam apoiando até nove equipes de saúde da família, cobrindo 46,3% destas equipes, de acordo com a legislação do MS:

As ferramentas de trabalho utilizadas pelo NASF são a consulta conjunta, a discussão de casos, a atuação em ações coletivas de cuidado em saúde e o atendimento individual em casos e circunstâncias selecionadas. Prioriza-se a lógica do matriciamento, onde se deseja que o saber deste núcleo seja gradativamente incorporado ao saber da equipe como um todo. (RIO DE JANEIRO, 2017)

As enfermeiras da equipe se sentiram desvalorizados com a chegada das enfermeiras contratadas para a estratégia de saúde da família. Segundo Druck (2011), a mesma ideia que estimula a permanente inovação no campo da tecnologia e dos novos produtos financeiros, reflete na força de trabalho, transformando rapidamente os trabalhadores em obsoletos e descartáveis, que devem ser substituídos por outros “novos” e “modernos”, isto é, flexíveis. Segundo AB2 (2021): “a equipe toda da saúde da família que chegava, ela não chegava para aprender com a gente o modo de cuidar. Elas tinham a gente como vagabundos, ultrapassados e elas iam fazer a nova saúde no Rio de Janeiro.”

No processo de territorialização, a entrevistada da ABEn/RJ considera que fatores como áreas dominadas por diferentes comandos do tráfego, linhas de ônibus, Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), não foram consideradas, e que ocorreu de forma verticalizada sem a participação dos profissionais da “ponta do serviço” e comunidade. Segundo a instituição, o bairro de São Cristóvão, por exemplo, foi segmentado ficando sob responsabilidade das equipes de saúde da família, as áreas residências, enquanto as áreas industriais e comerciais, ficaram sob responsabilidade do Centro Municipal de Saúde (CMS) local, o que gerou redução na produtividade das profissionais desse CMS. Refere ainda, que as enfermeiras do CMS não podiam atender usuários cobertos pelas equipes da estratégia, comprometendo o vínculo previamente construído entre usuários e profissionais, e caso houvesse atendimento não era possível colocar em sua produção de serviço, uma vez que o cartão do SUS desses usuários eram bloqueados para seu atendimento, desta forma, menciona que: “Essa diretora (do CMS) se reuniu com líderes comunitários durante seis meses e fez um desenho do território aonde eles queriam que tivesse posto de saúde... eles (SMS/MRJ) desrespeitaram tudo.” (AB2, 2021).

As CAPs foram as responsáveis por planejar o território integrado com todos os níveis de atenção e pactuar com os conselhos e com a gestão central da SMS, além de desenvolver os programas de Território Integrado de Atenção à Saúde (TEIAS) junto aos conselhos. A partir de 2015, as CAPs começaram a participar, ainda, da avaliação da contratualização dos hospitais universitários e dos hospitais federais, cuja descentralização buscou maior autonomia também para o gerente de unidade de saúde (PILAR, 2016). Segundo Pilar (2016), os Planos Municipais de Saúde, foram ao mínimo discutidos conjuntamente com os conselhos distritais do município, e com os representantes das dez áreas de planejamento em saúde, o que, proporcionou uma gestão mais participativa e aproximação com os princípios do SUS.

Outra questão ressaltada pela depoente, seriam investimentos públicos utilizados em imóveis privados para abrigar equipes de saúde da família, e que o critério para priorização das áreas em expansão, segundo a instituição, foi político conforme redutos eleitorais, como a zona oeste, por exemplo. Além disso, hospitais de pequeno porte foram fechados para dar lugar a estratégia de saúde da família, assim como propostas de divisão entre hospitais e unidades de saúde da família que foram rechaçadas e motivo de disputas.

Só que como eu sou enfermeira de saúde pública, eu podia dialogar. E nós levantamos (o conselho distrital) ... nós levantamos os vereadores, nós levantamos a região administrativa, nós levantamos os próprios assessores do Eduardo Paes na época para se posicionar contrário. E eles foram. Eles foram para o gabinete do prefeito dizer que

não queriam. (AB2, 2021)

Segundo o Plano municipal de saúde (2014-2017), a expansão da ESF no Rio de Janeiro teve início por áreas de vazio assistencial. As primeiras áreas eleitas para o processo de expansão da ESF foram 3.2 e 5.3. A AP 5.3 foi considerada prioritária, por sua baixa cobertura em saúde da família, dificuldade de acesso ao sistema de saúde, ainda muito centrado na ótica hospitalar de alto investimento em detrimento da APS, a dificuldade em organizar a rede assistencial, com fluxos de referências insuficientes e ineficientes (JESUS, 2013).

Nessa área, a ESF se iniciou em 2000, com a Unidade de Saúde da Família (USF), no conjunto Antares, em Santa Cruz, e em 2001, com o PACs implantado no conjunto Manguariba, em Paciência. Nesse período, foram utilizados como sedes as unidades da rede já existentes e recursos humanos contratados em parcerias com ONGs. Em 2001/2002, iniciou-se ampliação da cobertura, com equipes de funcionários da rede e locais de implantação definidos pela CAP, alcançando em 2008, a cobertura de 58% da ESF, totalizando 37 equipes de saúde completas. Ao ser eleita em 2009, como distrito prioritário para a organização de redes assistenciais, estruturação dos TEIAS e expansão da ESF, a CAP 5.3 contou até 2012 com uma cobertura de 97,2%, e um total de 105 equipes (JESUS, 2013). Segundo a enfermeira que contribui com a expansão pela SMS:

As duas áreas de expansão do município no mandato do Eduardo Paes era a 5.3 e a 3.2 [...], porque eram as duas áreas que tinham vazios sanitários muito grandes, a CAP-5.3 tinha nove unidades de atenção básica e o Pedro II. E um CAPES. Não tinha mais, não tinha UPA [...]. E a CAP-3.2 ainda era pior [...] (NC, 2021)

Portanto, em relação as áreas prioritárias para expansão de saúde da família, observa-se um conflito entre o entendimento da depoente da ABEn e ao que se encontra relatado no contrato de gestão/2009. No processo de expansão da estratégia no município, a entrevistada da ABEn refere diálogo junto a secretaria municipal, principalmente em relação a educação permanente e continuada, ainda que não possa gerar necessariamente mudanças. Considera ainda, que não houve uma integração entre o COREN, ABEn e sindicato.

[...] Quando se faz todo um planejamento das, das reformulações, tudo o que querem adotar, independente do que esteja prescrito pelo Ministério da Saúde, enquanto normas e princípios. E aí chamam o conselho. E quando chamam o conselho, o conselho sequer [...] tem o cuidado em usar [...] verdadeiro respeito pelas instituições [...], para que você possa fazer [...] uma unidade, buscando uma unidade de propósito, porque cada um tem algo a contribuir. E assume esse lugar, que é do sindicato e esse lugar que é da Associação Brasileira de Enfermagem, que no seu histórico, desde a sua origem, não mudou [...] para enfermagem no município do Rio, a gente, dentro da medida do possível, que a gente pode dialogar e até intervir em algumas situações, a

gente se senta para conversar com o gestor. Então, desde que houve a expansão, houve as mudanças, desde 2010 para cá, a gente tem também pelo menos, tem sido ouvido. Mudar é outra, é uma outra etapa do processo. Mas de dialogar, de sentar, de ouvir, de decidir alguns momentos, contribuir para o processo de, de educação em saúde, de educação continuada, de educação permanente. (AB1, 2021)

Para os depoentes do COREN foi um momento de importante negociação política, onde foi possível o diálogo junto a secretaria municipal, pela necessidade de regulamentar o trabalho das enfermeiras na atenção primária. Desta forma, a expansão abriu possibilidades para uma maior representatividade do COREN na aquisição de direitos para a enfermagem, como também se percebe o trabalho essencial que as enfermeiras da APS vêm desenvolvendo.

Foi muito interessante, nesse período, porque nós conseguimos sair daquela ostra que o conselho vivia e fazer uma outra negociação política até mesmo em favorecimento ao trabalho do profissional enfermeiro, auxiliares e técnicos, garantindo também aplicabilidade da lei 7.498. E aí, como nós fizemos isso, porque enfermeiro estava muito na linha de frente e foi justamente nesse período [...] onde nós construímos o primeiro protocolo de enfermagem do município do Rio de Janeiro. (CO1, 2022)

Hoje eu vejo a moçada do município dando um banho [...] no município do Rio de Janeiro mesmo. A gente tem algumas experiências iniciando em alguns municípios do estado do Rio de Janeiro, mas o município do Rio é ímpar nessa questão da atenção primária, né? Na estratégia de saúde da família [...] (CO2, 2022)

Nesse sentido, para que a enfermagem apresente capital simbólico, cujas regras são estabelecidas por quem o detém de forma mais representativa (prestígio, saber, reconhecimento), é essencial que estejam organizados e estruturados internamente como classe, compreendendo o seu papel na equipe de saúde. As entidades, enquanto atores no jogo político, contribuem para o capital simbólico da enfermagem, possibilitando direitos e reconhecimento as profissionais.

5.2 RELAÇÕES DE TRABALHO DAS ENFERMEIRAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: AS CONTRADIÇÕES ENTRE A ENTREGA DO PRODUTO E A PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO

Uma característica importante do sistema de saúde no Brasil é a interpenetração entre interesses públicos e privados, tanto na prestação dos serviços quanto no financiamento. As políticas neoliberais de Estado mínimo acentuaram, ao longo do tempo, o crescimento do mercado na saúde apoiado em uma complexa intersecção de interesses público/privado e num subfinanciamento estatal crônico (GOMES, 2013).

Na década de 1990, a associação da crise fiscal ao aumento crescente dos gastos com recursos humanos, endossaram as justificativas do governo para a reforma administrativa. Uma das consequências da reforma foi a conformação de políticas públicas de enxugamento da máquina pública explicitada, entre outros, pela restrição de concurso público, em um cenário que já induzia a contratação de seus recursos humanos de forma não regular. Esses modelos políticos institucionais encontraram no setor saúde um ambiente favorável para rápida proliferação, pela necessidade de implementação e expansão do SUS para atender o direito à saúde.

Entre as ações do modelo de gestão adotado no município do Rio de Janeiro/RJ, através do Programa Saúde Presente, foi a introdução das OSS na administração pública. Estas são entidades sem fins lucrativos, aprovadas inicialmente na Câmara dos Vereadores do município do Rio de Janeiro e sancionadas pelo prefeito sob a Lei Municipal nº 5026, de 19 de maio de 2009, que dispõe sobre a qualificação de entidades como Organizações Sociais e dá outras providências. A lei foi regulamentada pelo Decreto no. 30780 de 3 de junho de 2009.

As OSS estariam orientadas para atender as demandas de interesse público, não seriam propriedade de nenhum indivíduo ou grupo e constituídas por associações civis sem fins lucrativos. Segundo estudo de Pilar (2016), para os gestores das Coordenadorias Gerais de Atenção Primária, com a reforma político-administrativa ampliou-se à autonomia administrativa e financeira das CAPs, inclusive como forma de fortalecer a gestão em saúde. As CAPs passaram a ter autonomia para gerir os contratos de gestão das OSS em conformidade com a SUBPAV, o que possibilitou uma maior flexibilidade na administração, em comparação à administração direta, acelerando processos de contratação de profissionais, de aquisição de materiais e de construções e reformas de novas unidades de saúde.

As entidades da enfermagem comungaram de mesmo posicionamento contrário a inserção das OSS no setor público. Em diferentes momentos o Sindenfrij se opôs a contratação de profissionais por meio das OSS. Em (dezembro) de 2012, seu Departamento Jurídico cobrou para que a Justiça determinasse o imediato cumprimento da decisão do Supremo Tribunal Federal (STF) que considerou ilegal a terceirização de serviços de saúde pela Prefeitura do Rio de Janeiro e solicitou a substituição dos trabalhadores das Organizações Sociais por funcionários contratados por concurso público. Além da convocação do concurso, a ação impetrada pelo Sindenfrij também solicitava, em relação ao Orçamento do Município do Rio de Janeiro, que 50% da previsão dos gastos com OS, que representavam 31,86% de todos os gastos

previstos pela prefeitura para 2013, fossem destinados à realização de concurso e a convocação e nomeação dos aprovados (SINDENFRJ, 2021).

Em setembro de 2013, em uma assembleia convocada por oito sindicatos de trabalhadores da Saúde, entre eles o Sindemfrj, foi aprovada uma pauta de reivindicações unificada. A proposta, que foi levada ao secretário municipal de Saúde, Hans Dohmann, e ao prefeito Eduardo Paes, previu um piso salarial de R\$ 10 mil para nível superior e R\$ 5 mil para nível médio. Além disso, os servidores da Saúde reivindicaram a implementação de um novo Plano de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS), a contratação de 7500 servidores estatutários por meio de concurso público já com o piso salarial reivindicado, fim das privatizações na rede municipal de saúde e melhores condições de trabalho, entre outras reivindicações (SINDENFRJ, 2021).

A entrevistada do COREN entende que deveria ter sido algo provisório, pontual e bem estruturado. No entendimento da entidade, a relação público - privado pode interferir na garantia do direito à saúde, principalmente em momentos de incertezas políticas, abrindo portas para iniciativas que não visam a população. Além disso, entende que experiências com OSS vem mostrando fragilidade institucional e desconfiança na aplicabilidade do modelo. Para a entrevistada caminha-se para o fim de concursos público e indicações cujo critério são às relações de proximidade entre os indivíduos e não a competência.

Quando a gente terceiriza, dentro de um país como um nosso, que nos últimos quatro, cinco anos colocou como bandeira a necropolítica, o não interesse pela vida das pessoas, o não interesse pelo bem-estar [...] na minha percepção [...] as OSS corroboram para isso dentro de uma relação promíscua e essa é a maioria das relações [...] não é que a proposta da parceria seja ruim, não. Ela precisa ser feita com seriedade. Com seriedade e com foco. Ela não pode ser uma possibilidade de enriquecimento. Foi essa lógica que se instalou e com isso maculou essa possibilidade. (CO2, 2021)

Para Vieira (2016), a reforma do Estado com o paradigma gerencialista em oposição ao paradigma burocrático da administração pública, deveria reduzir o tamanho do Estado e torná-lo mais ágil, flexível e eficiente, além de mais responsivo à sociedade. Contudo, o controle reduzido dos meios que se aplicam ao alcance do bom desempenho, característico do modelo gerencial, traz o risco de aumento do patrimonialismo (VIEIRA, 2016).

Em relação a rede de atenção primária, esta foi composta por três tipos de unidades: as unidades do tipo A, que são unidades de saúde onde todo o território é coberto por equipes da ESF, são as Clínicas da Família e estão sob gestão das OSS; as unidades tipo B, que são unidades de saúde tradicionais que incorporaram uma ou mais equipes da ESF cobrindo

parcialmente o território, a gestão da unidade tradicional está a cargo de um Diretor estatutário, enquanto a gestão das equipes de saúde da família estão sob gestão da OSS; e as unidades tipo C, que são unidades básicas de saúde tradicionais, sem a presença de ESF. Os números da expansão demonstram implantação de: 115 unidades de saúde tipo A, sendo 71 Clínicas da Família; 74 unidades de saúde tipo B; 8 unidades de saúde tipo C; 805 equipes de Saúde da Família; 642 equipes de Saúde da Família com Programa Saúde na Escola; 54 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASFs); 299 equipes de Saúde Bucal; e cobertura em todas as APs até o ano de 2013 (RIO DE JANEIRO, 2013).

As Clínicas da Família são serviços de saúde implantados pela SMS-Rio, mediante contratos de gestão com OSS. São unidades de saúde equipadas para ESF, incluindo suporte diagnóstico, com raios-x, ultrassom e posto de coleta para exames laboratoriais. Também dispõem de inovações tecnológicas, consultórios informatizados, prontuário eletrônico, e acesso à banda larga. As unidades são consequência da maior participação da saúde no orçamento municipal e maior participação da APS no orçamento da saúde. O aumento expressivo do recurso investido foi uma importante estratégia visando consolidar a ESF na cidade. O investimento público na Atenção Primária à Saúde no período de 2010 a 2017, foi mais de R\$11 bilhões⁷ (RIO DE JANEIRO, *online*).

Contudo, a discrepância de investimentos na estrutura física da Unidade e recurso material de uso das servidoras e das contratadas pela OSS, foi motivo de tensões entre os profissionais do serviço, inclusive entre as enfermeiras. Os conflitos ocorreram principalmente, segundo as depoentes, nas Unidades Mistas (Unidades tipo B), onde ficava bem perceptível essas diferenças nos recursos:

Quando começou a implantar a estratégia em Centros Municipais de Saúde que tinham servidores [...] foi onde o conflito desse processo se acirrou, porque os servidores não aceitavam aquelas pessoas e não entendiam, não pela via que eram trabalhadores do SUS também, mas era uma questão de direito salarial, por que que fulano tinha um jaleco melhor, porque ele ganhava o jaleco da OS [...] Tipo assim: "por que que o fulano tem um jaleco e eu tenho que comprar o jaleco?", "olha o meu crachá que é de papel e o crachá do cara é aquele crachá de plástico com a fotinho. (NC, 2021)

A gente tem um sonarzinho (profissionais estatutários), eles também têm (profissionais celetistas). É tudo separado, o nosso aparelho e o aparelho deles. O aparelhinho deles é da OSS. O nosso é da secretaria. O nosso é velho, deve ter uns 20 anos, mas vamos tocando a vida. (AB2, 2021)

⁷ Esses dados estão disponíveis em: <http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/exibeconteudo?id=4266533>. Acesso em 10 jun. 2021.

A falta ou qualidade inadequada do recurso material geram arranjos pontuais, que se prestam a variabilidade do trabalho em serviço, cujo objetivo para organização é a conclusão da tarefa e o resultado almejado, criando um hábito de relativização da regra pelo profissional (OFFE, 1989). Assim, os trabalhadores desenvolvem certos comportamentos de adaptação para continuar desempenhando sua atividade, caso contrário, não conseguiriam continuar (SOUZA; TEIXEIRA; SOUZA, 2017).

O comprometimento da estrutura física e a falta de equipamentos necessários para as consultas e grupos educativos, bem como a falta de capacitação são mencionados na literatura como fatores que influenciam diretamente a qualidade da assistência ofertada. Portanto, o investimento no recurso material foi uma importante estratégia para qualidade da assistência e valorização profissional, contudo, o mesmo não aconteceu com as servidoras, que se sentiram desvalorizadas em seu processo de trabalho. Cabe ressaltar que no Plano Municipal de Saúde 2014/2017 entre objetivos, Diretrizes e Metas, consta a manutenção do custeio da ESF e ESB, sem considerar unidades tradicionais (RIO DE JANEIRO, 2013).

Outro motivo de conflito entre enfermeiras, mas que possui relação com a própria lógica da estratégia de saúde da família, foi a carga horária de trabalho e a atuação de enfermeiras e profissionais da medicina generalista, ao invés de especialistas. Ao comentar sobre esta questão, duas entrevistadas falam sobre o conflito entre as novas propostas trazidas pelos trabalhadores recém-contratados e as antigas equipes de trabalho acostumadas ao modelo tradicional de atendimento:

É difícil (trabalhar numa unidade mista), [...], porque eu era recém-formada, cheia de gás, tudo fresquinho na cabeça, doida para fazer e acontecer na saúde da família, chego em uma unidade em que a direção, odiava, deixava bem claro que era totalmente contra a saúde da família [...]. (ENF1, 2021)

Essa é a diferença que a estratégia da saúde da família rompeu [...], maltratei ela, ela não vai esquecer nunca, porque o povo não esquece [...]. E ela não vai mais para aquele médico de jeito nenhum. Você pode fazer o que quiser. Não tem só ele. Então eu espero o outro voltar de férias [...]. A estratégia não te dá opção, só tem aquele médico. Você não quer aquele médico? Então, não tem nenhum. (AB2, 2021)

A ESF contribuiu para melhorar indicadores de saúde no país, como o acesso, a mortalidade infantil, a taxa de mortalidade por acidente vascular cerebral e as internações por condições sensíveis à APS. No MRJ, a partir de 2009, há evidências de melhoria em diferentes indicadores de saúde relacionados a indução da expansão da ESF, como a redução de internações por condições sensíveis à APS (MELO; MENDONÇA; TEIXEIRA, 2019).

Os vínculos contratuais no município do Rio de Janeiro por meio das OSS, se deram através da CLT, substituindo outras formas de contratação, sendo este descrito no plano municipal 2010-2013, como um esforço no sentido de desprecariar os profissionais com a melhora dos ganhos remuneratórios pautados por metas de desempenho, visando efeitos mais eficientes e eficazes e atendendo às novas unidades de Estratégia de Saúde da Família, além do Hospital Raul Gazola. A meta era substituir esses vínculos precários, algo conquistado, como também implementar o PCSS. Segundo o plano, apesar do aumento da rede, era grande o êxodo de servidores, em decorrência de aposentadorias, pedidos de exoneração e falecimentos (RIO DE JANEIRO, 2009).

Contudo, apesar da forma contratual ocorrer por meio de CLT, neste estudo, evidencia-se a fragilidade dos vínculos de trabalho, como apontado pelas enfermeiras entrevistadas que referiram medo de demissão, principalmente quando há mudança de OSS, e redução da remuneração, como problemas enfrentados. Além disto, elas mencionam uma redução de profissionais qualificados, o que tem dificultado o trabalho e aumentando a sobrecarga dos demais. Os conflitos se expressam nas narrativas das enfermeiras:

[...] Em termos de contrato é sempre tênue, a gente nunca sabe o que vai acontecer, então a gente vivencia muita instabilidade com relação ao vínculo, apesar de eu estar a bastante tempo. Sempre fui contratada por OSS, sempre entrou uma OSS saiu outra e eu me mantive, mas são sempre momentos de tensão, momento que a gente não sabe o que vai acontecer e isso interfere muito. (ENF2, 2021)

Agora um ponto importante que não foi pandemia, mas também acaba vindo dessa outra gestão para os enfermeiros em si, que foi que baqueou pra caramba a gente, foi, pelo menos na área onde eu estava, foi a redução do salário, onde eu estava, foi mais de R\$ 2.000,00, cerca de R\$ 2.000,00 de redução e aí tem essa diferença, discrepância, essa heterogeneidade no município ainda, que a área onde eu estava era 1.0, continua com um salário menos 2.000 em comparação a área que era do nosso lado, vizinha, tanto de enfermeiros quanto de gerentes, tanto de outras categorias, mas o enfermeiro foi o que mais me pegou e ai continua assim... essa gestão está tentando rever para deixar homogêneo, mas ainda tem muita diferença de salário dentro do próprio município, dentro da APS. Com isso a gente perdeu muito profissionais qualificados, não só pela questão do salário, mas pela questão de ideologia mesmo: “Pô que desvalorização absurda”. E aí muitos profissionais colegas meus saíram mesmo. (ENF1. 2021)

A reforma administrativa do Estado, refletiu na gestão pública em saúde, incorporando o modelo de gestão do setor privada. No plano discursivo, a incorporação das OSS foi justificada pela agilidade na compra de material e serviços, que dispensa processo licitatório e outras vantagens, ao mesmo que pressiona o preço da força de trabalho, flexibiliza os vínculos de trabalho, os direitos trabalhistas e instaura um regime de trabalho, em que os profissionais são desprovidos de poder.

Observa-se aqui, que as angústias e ansiedades em relação à manutenção do emprego e das condições de trabalho variam em função das experiências anteriores e do tempo de exercício da profissão. Para as enfermeiras recém ingressadas no mercado de trabalho, que já ingressaram nesta nova estrutura contratual na atenção primária, estas questões são relativizadas:

Eu estou tão acostumada desde que eu me formei, a ser CLT, que eu nunca me senti frágil, vamos colocar entre aspas, nunca me senti muito frágil nesse lugar [...] (ENF1, 2021)

Eu não vejo tão negativo assim, mas acho que a gente poderia ser estatutário. A gente passou por um período de muita instabilidade, muito corte de equipes, demissões. Na nossa unidade não, porque é uma área muito vulnerável, e eles disseram que não iriam mexer no número de equipes, pessoas que estavam há muitos anos em outras unidades foram cortadas, ou foram transferidas para outras. Para o paciente é bem ruim mesmo, corta aquele vínculo de anos. (ENF3, 2021)

A flexibilização como estratégia de precarização, inspiradas por razões econômicas e políticas, é produto de “vontade política” e não uma “fatalidade econômica” da mundialização. A precarização, por sua vez, seria um “regime político”, “[...] inscrita num modo de dominação de tipo novo, fundado na instituição de uma situação generalizada e permanente de insegurança, visando a obrigar os trabalhadores à submissão, à aceitação da exploração.” (BOURDIEU, 1989, p. 124-125).

Os governos apontaram que a administração indireta ou terceirizada, extinguiria a estabilidade no vínculo de trabalho, mas em oposição os profissionais receberiam melhores salários, e “supostamente a gestão com princípios privados seria mais eficiente e rápida no processo de contratação dos serviços correlacionados e geraria comprometimento dos trabalhadores e melhor atendimento à população.” (SOUZA, 2016, p. 90).

As diferentes modalidades dos vínculos geraram disputas entre as enfermeiras na organização e divisão do trabalho. As enfermeiras da APS reiteram em seu discurso a tensão gerada e a dificuldade em administrar os conflitos que tem origem na heterogeneidade de vínculos e salários principalmente nas Unidades Mistas onde a gestão é compartilhada, e o trabalho é realizado por servidores públicos, celetistas contratados por OSS e celetistas contratados pela Empresa Pública - Rio Saúde, conforme fala a seguir:

Um gerente ganhava infinitamente muito mais do que um diretor de unidade e tinha as mesmas responsabilidades e às vezes o diretor de uma unidade celetista com muito mais atribuições [...]. Tinha uma dificuldade muito grande dos profissionais em entender esse processo. Eu também tinha essa dificuldade [...]. Inclusive do não reconhecimento desses profissionais [...], como se as pessoas (enfermeiras/celetistas) não fossem trabalhadoras do SUS [...], era uma verdadeira rixa entre servidores e celetistas. (NC, 2021)

As diferenças salariais propiciadas por vínculos diferentes e diferentes contratantes geram conflitos entre as profissionais, dificultando a percepção e o exercício da empatia por experimentar as mesmas fragilidades e potencialidades, enfraquecendo a luta por direitos e melhores condições de trabalho. Apesar da diferença salarial entre enfermeiras OSS e estatutária, segundo dados do Cadastro Geral de Empregados e Desempregados (CAGED), o salário médio das enfermeiras da Estratégia de Saúde da Família no MRJ é de R\$ 5.478,29 para uma carga horária de 40h, enquanto, a do médico de saúde da família é de R\$ 8.051,99 para uma carga horária inferior a 40h⁸.

Portanto, ainda que tenha ocorrido um ganho remuneratório para enfermagem, este se manteve aquém desta outra categoria profissional. A depoente da ABEn questiona a capacidade de mobilização e poder político da categoria para mudar essa realidade:

Não são um bem necessário [as OSS]. São um mal necessário para o gestor. Que é mão de obra barata [...]. É um disparate o que pagam aos médicos e o que pagam à enfermagem e aos outros. Então, é um mal. É mal para o trabalhador, é mal para a sociedade. Agora, isso é fruto da política mesmo neoliberal. A enfermagem não percebe. Porque o que a enfermagem defende, “eu preciso do meu trabalho para sobreviver”. E a gente submete aos baixos salários, que estão precarizados, num ambiente precarizado de trabalho [...]. Qual o movimento que a gente consegue fazer com a enfermagem para mudar essa realidade? Nenhum. Se antes você tinha assembleias vazias, até hoje é assim [...]. (AB1, 2021)

Esse comportamento justifica-se não somente pela construção histórica do enfermeiro, mas também pela manutenção da posição de passividade crítica na formação. Um profissional acrítico não desperta o interesse individual e o da coletividade para mudança de paradigma, enquanto a política neoliberal promove o conformismo generalizado desses trabalhadores. A sensação de impotência coletiva, ou seja, o sentimento de que não há solução para os problemas da profissão, afasta cada vez mais os profissionais dos espaços de atuação política (LESSA; ARAÚJO, 2013).

O entrevistado do COREN/RJ considera que nos contratos por meio de OSS, as profissionais trabalham mais pressionadas por temerem demissão caso não atinjam esse alto desempenho e que a assistência com foco no usuário passa a não ser prioritária em relação as demandas do gestor. Além disso, são constrangidas a exercer atividades que extrapolam sua competência legal gerando processos éticos para a profissional:

⁸ Os dados podem ser vistos em: <https://bi.mte.gov.br/bgcaged/caged_perfil_municipio/index.ph> Acesso em 18/9/2018.

[...] é aquele toma lá dá cá. Isso é muito ruim dentro da saúde, porque o comprometimento da saúde da população tem que ser público, com atenção pública e não aquela visão: “aí, eu estou ali e eu preciso fazer o que o meu gestor manda para eu não perder meu emprego”. Não, eu tenho que fazer o que a população precisa. E seguir a normatização do meu conselho. E não fazer o que o gestor quer. Então, nós tivemos alguns casos, sim, do gestor mandá-lo fazer até coisas que extrapolava o exercício profissional. E ele acabava fazendo, para não perder o emprego, mas ele acabava sendo condenado, sendo julgado no processo ético aqui no conselho. (CO1, 2021)

Desta forma, percebe-se que o trabalho das enfermeiras se expandiu durante a estruturação da ESF no município, contudo, sem que isso gerasse valorização salarial de acordo com as ações produzidas. Salienta-se que:

As exigências do processo de trabalho não são objetivamente decalcáveis (como no taylorismo, que abole conscientemente o conteúdo significativo da tarefa), mas, ao contrário, mobilizam e ativam os compromissos humanitários do executante do trabalho. É a armadilha do “cuidado” que faz o profissional trabalhar mais. (SILVA, 2016, p. 80).

Características da formação em enfermagem convergem e possuem como base os princípios do SUS, conforme fala abaixo:

[...] Com a expansão da atenção primária e a ampliação da gama de ações que a atenção primária hoje oferta no Rio de Janeiro, que antes não ofertava, antes desse processo de expansão, isso também fez com que o enfermeiro tivesse outras responsabilidades e assumisse muito mais [...], atribuições do que ele tinha antes. E sem valorização desses processos, porque, por exemplo, o RT médico ganhava para ser RT médico, RT enfermeiro não ganhava e ele tem que ter uma certidão de responsabilidade técnica lá no COREN por aqueles outros colegas enfermeiros e técnicos daquela unidade, então não recebiam por isso [...] (NC, 2021)

O excessivo número de atividades desenvolvidas pelas enfermeiras como um fator pode desencadear uma série de processos, entre os quais frustração e estresse. Os trabalhadores estressados estão mais suscetíveis aos acidentes de trabalho e às doenças ocupacionais de cunho emocional, como a depressão, a ansiedade e padrão de sono alterado, que caracterizam a diminuição da produtividade e os altos índices de absenteísmo. Na fala da enfermeira, o desabafo:

Eu estou em um momento muito cansada, muito exaustivo, até pelo momento da pandemia, pelo momento da vacinação, que você tem que dar conta de vacinar, você te que dar conta de atender, você tem que dar conta de isso, mais isso, mais isso [...], eu prezo muito a qualidade [...], então em vez de sair 6 horas, eu vou sair 7h, mas isso ao longo do tempo tem um custo físico, mental [...], a gente faz pelo paciente o que é

necessário, o que tem importância, mas o desgaste é muito grande. Em alguns momentos já me deu assim “será que eu aguento mais?” e o que te motiva é você gostar do que você faz, mas em alguns momentos te desanima. (ENF2, 2021)

Uma força de trabalho mais flexível é, do ponto de vista do fluxo tensionado⁹, uma virtude a ser explorada. Ao desempenhar diversas funções, a enfermeira reelabora, sistematicamente, um pensar sobre seu próprio trabalho, mas em vez de ser reconhecida, tal capacidade é intensificada, fazendo da necessidade uma virtude (SILVA; BARBOSA; HORTALE, 2016).

Antunes (2010) refere que uma dimensão da precarização do trabalho revelada pela terceirização é a que ela encobre as relações de trabalho e responsabilidades entre a instituição contratante e os trabalhadores subcontratados, que são intermediadas por uma terceira, seja na forma de empresa, cooperativa, Pessoa Jurídica (PJ), ou ONG, para contratação dos trabalhadores. Contudo, o autor lembra que é a instituição contratante que de fato gere, organiza e controla o processo de trabalho dos terceirizados.

Para os depoentes da ABEn e do COREN/Rj, com o Programa Saúde Presente, as enfermeiras assumiram uma série de atribuições na estratégia de saúde da família, que perpassam por atividades que remetem a outras categorias profissionais, o que aumentou sua sobrecarga de trabalho. A ABEn considera ainda, que a especialidade dos médicos da ESF, que não é médico de família e comunidade, dificulta a resposta às necessidades dos usuários de saúde, aumentando as demandas da enfermagem.

Assim, as entrevistas demonstraram que, além da insegurança no trabalho, as profissionais precisam lidar com a sobrecarga de trabalho, no cotidiano do serviço das enfermeiras. Esta questão é discutida na literatura (BIFF *et al.*, 2020), que pontua sobre o excessivo número de atividades desenvolvidas pelas enfermeiras como um fator que pode desencadear uma série de processos entre os quais frustração e estresse. A literatura aponta também para o fato de que que trabalhadores estressados estão mais suscetíveis aos acidentes de trabalho e às doenças ocupacionais de cunho emocional, como a depressão, a ansiedade e padrão de sono alterado, que caracterizam a diminuição da produtividade e os altos índices de absenteísmo (BIFF *et al.*, 2020).

⁹ “O contexto produtivo faz surgir o fluxo tensionado, que emerge na contradição entre a tensão do fluxo de produção e a redução da mão de obra. O paradigma do fluxo tensionado torna-se evidente diante da cobrança desproporcional para o atendimento da demanda em relação às condições ofertadas, gerando sobrecarga e intensificação do trabalho do profissional enfermeiro.” (DURAND, 2003, p. 143)

As excessivas demandas às profissionais, entre elas, a necessidade de responder aos indicadores do município e das OSS, constituem um fator de estresse que desmotiva, oportunizando possíveis repercussões na qualidade dos cuidados prestados aos usuários, inclusive na segurança dos pacientes (BIFF, 2020). Além disso, é necessário estar sensível a não produção de uma atenção biomédica, em virtude dos indicadores de produção definidos como metas nos contratos de gestão das OSS com a Secretaria Municipal de Saúde, que se expressa na agilidade dos atendimentos.

A sobreposição de ações de cuidado se agrava diante das condições de precariedade, materiais e no dimensionamento de profissionais que ficam na maioria das vezes aquém do número ideal. Observa-se neste estudo, que a sobrecarga se acentua quando se considera fragilidades encontradas no dia a dia do trabalho, entre elas, estrutura física, recursos humanos e materiais, além dos fatores sociais e econômicos das famílias, levando as profissionais a buscarem a rede de serviço. O contexto de escassez de recursos pode gerar intensificação de cobranças por parte dos gestores contribuindo para o aumento da carga de trabalho, o que pode ser percebido no depoimento desta enfermeira: “[...] eu tenho uma condição de trabalho que é limitante, que é o próprio espaço físico, que já interfere muito..., recursos humanos, recursos materiais, físico...” (ENF2, 2021).

Seligmann *et al.* (2010), chamam atenção para o fato de que o adoecimento ocupacional exige continuidade no cuidado, porém, a rotatividade do trabalhador terceirizado impossibilita a identificação do tipo de ambiente de trabalho que gerou o adoecimento e dificulta o nexo causal entre doenças e trabalho. Assim, retrata-se abaixo na entrevista:

Ser enfermeira por si só, já é vencer muitas barreiras, estigmas e muitos desafios, e você ser enfermeira no município do Rio de Janeiro, onde com a expansão da atenção primária, tem um escopo super ampliado, e não só para enfermagem, mas para todos os profissionais que trabalham, tinha até uma gestação anterior que falava que é com a gente, tentou emplacar esse logo, e na verdade, é quase tudo com a gente... é resolutiva em 80% dos problemas de saúde e a gente acaba fazendo muita coisa, coisa que eu acho que a gente nem dá conta, então é muito intenso. Tenso você ter que dar conta de tantas coisas, com uma população cada vez mais complexa de relações de saúde, agora com pandemia, com tanta gente não pagando plano de saúde e dependendo mais do SUS e você acaba não conseguindo dá conta do que você sabe o que é o saúde da família, de ter uma atenção mais integral, você não consegue, então nos meus momentos mais cansados profissionalmente falando, eu digo “gente aqui no Rio a gente não faz saúde da família”, como a gente dá conta de mais de 4.000 pessoas na nossa equipe cadastrados, como a gente dá conta de situações tão complexas, a gente acaba sendo muito superficial em alguns momentos, mas seguindo na esperança, ainda mais com corte de equipes, corte de profissionais, a gente segue na resiliência. (ENF1, 2021)

A enfermagem tem um histórico de múltiplos empregos para compor sua renda. A estratégia de saúde da família oportunizou a possibilidade de um único emprego, pela necessidade de cumprimento de uma carga horária de 40h e pela ampliação do salário, que ainda se encontra discrepante à outras categorias profissionais, e aquém do trabalho que é desenvolvido e ampliado cada vez mais. Diferentes instituições responsáveis pela contratação das enfermeiras na APS, propiciou rotatividade, redução e diferença salarial.

Observa-se, a partir das entrevistas, ideias que associam o aceite de enfermeiras à vínculos mais precários a prejuízos na valorização do trabalho, responsabilizando as profissionais. Contudo, o problema é macroeconômico, a lógica do capital vem paulatinamente flexibilizando os contratos de trabalho, inclusive para outras categorias profissionais e “empurrando” as profissionais para esses vínculos. No momento, em que se observa avanço da pejetização, uberização da enfermagem, e redução ou ausência de concurso público, será mais comum enfermeiras aderindo à essas propostas de trabalho.

Vale ressaltar, segundo estudo de Pilar (2016), que as mudanças ocorridas no município, principalmente os contratos com OSS, apresentaram entendimentos divergente entre profissionais da gestão central da secretaria municipal de saúde e da gestão intermediária envolvidos com a APS. Os contratos com as OSS foram apontados por alguns como essencial, já que o modelo anterior de gestão direta não estava sendo eficaz e a necessidade de renovação dos profissionais de saúde, com uma visão mais abrangente sobre saúde. Enquanto outros, consideram que muitos profissionais de saúde das OSS não possuem uma qualificação adequada ou não passam por processos avaliativos e que há ainda uma grande rotatividade destes profissionais dificultando a continuidade dos serviços. Divergências quanto a aplicação das OSS, também se aplicam a estudos com outras abordagens.

Observa-se que a terceirização de enfermeiras na atenção primária à saúde segue a mesma realidade de outros trabalhadores terceirizados. Onde a terceirização, no que se refere ao coletivo de trabalhadores, fragmenta, divide, aparta, desmembra as identidades coletivas, individualiza e cria concorrência entre aqueles que trabalham muitas vezes no mesmo local, exercendo as mesmas funções, mas estão separados de fato e simbolicamente pelo crachá diferente e pelos diferentes uniformes, que identificam os de primeira e de segunda categoria. Um apartheid que tem implicação direta sobre a potencialidade da ação coletiva (ANTUNES, 2010).

5.3 DESCONTINUIDADE DO PROCESSO DE GESTÃO E AUMENTO DA PRECARIZAÇÃO

A implantação do Programa Saúde Presente, foi atravessada por três PNABs, sendo a primeira edição a PNAB 2006 (Portaria nº 648, de 30 de março de 2006), a segunda edição a PNAB 2011 (Portaria 2.488, de 21 de outubro de 2011) e a que vigora até o momento atual, a PNAB 2017 (Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017). As PNABs delinearão o processo de adesão à atenção primária no município.

A primeira edição da PNAB (2006), detalhou os princípios norteadores e fundamentos da atenção básica, em consonância com o referencial teórico da autora Starfield (2002) e rompeu com a fragmentação normativa que prevalecia até o seu lançamento, propondo uma única lógica com seus princípios e diretrizes. Foi implementada durante a gestão governo Lula. O início desse Governo trouxe expectativas quanto à inflexão no modelo de desenvolvimento e de proteção social. Apesar dos gastos com saúde terem apresentado oscilações em termos de participação no Produto Interno Bruto, a saúde representou o segundo maior orçamento da área social (MACHADO; BAPTISTA; NOGUEIRA, 2011).

Durante esse período, a atenção primária à saúde ocupou lugar importante na agenda de prioridades do Ministério da Saúde, com maiores investimentos na Estratégia de Saúde da Família (CASTRO, 2009).

Na apresentação da PNAB (2006), o Ministro da Saúde da época, José Gomes Temporão, afirmou a perspectiva de revitalização da APS e de maior flexibilidade da ESF para atender diferentes realidades locais. Segundo o ministro, o processo de construção da PNAB contou com a participação dos entes federativos, membros da academia, profissionais de saúde e trabalhadores do SUS, além de usuários e entidades representativas do sistema de saúde. Os debates pautaram-se nos eixos da universalidade, integralidade e equidade, em um contexto de descentralização e controle social da gestão, princípios assistenciais e organizativos do SUS. Adotou-se a concepção de porta de entrada preferencial, sendo o ponto de partida da estruturação dos sistemas locais de saúde (CASTRO, 2009).

Em paralelo, ocorre a mudança na estrutura do financiamento, por meio da regulamentação do Bloco Financeiro da Atenção Básica criado pelo Pacto de Gestão; os protocolos e parâmetros técnicos que qualificaram os processos de referência e contrarreferência entre os níveis de atenção desenvolvidos pelo Ministério da Saúde, por meio dos Cadernos de Atenção Básica, da Série Pactos pela Saúde; e a priorização do acolhimento e da humanização.

Segundo Silva e Andrade (2014, p. 62):

A PNAB de 2006 foi considerada um marco normativo, destacando-se pela qualidade de sua construção do ponto de vista ideológico e político, ao definir responsabilidades para os entes federativos, garantindo a participação da União e incluindo as conquistas da ESF desde 1994, englobando até mesmo o que nem estava publicado em portaria. Atribuiu-se à PNAB a garantia da ESF como principal modelo de APS brasileiro, alcançando um status de modelo de atenção primária para outros países, e ainda com a vantagem de ter equipes multidisciplinares em alguns lugares e um quantitativo de equipes NASF em ascensão.

Contudo, nós críticos persistiram, entre eles, o subfinanciamento, o modelo assistencial, a infraestrutura inadequada, e a dificuldade de atração de profissionais médicos. Inicia-se um movimento de mudança da PNAB, em parte baseado no enfrentamento desses nós críticos (MELO *et al.*, 2019).

A segunda edição da PNAB, implementada em 2011, manteve a essência da anterior, porém com ênfase nos conceitos de rede e de linhas de cuidado a partir do Decreto nº 7.508/2011, que regulamentou a Lei nº 8.080/90 dispendo sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação Inter federativa, entre outras providências. A criação do NASF foi um dos desdobramentos da PNAB, e já vinha se concretizando desde 2008. Constituído por equipes de profissionais de distintas áreas do conhecimento, que atuam em articulação com as Equipes de Saúde da Família e as equipes da Atenção Básica, foi uma importante estratégia para aumentar a resolubilidade da APS e para qualificar os encaminhamentos entre a ESF e os demais níveis de atenção.

A PNAB reconheceu a Saúde da Família como modelo substitutivo e de reorganização da Atenção Primária e ampliou o escopo e sua concepção ao incorporar os atributos da atenção primária à saúde abrangente. Revisou ainda, as funções das UBS e reconheceu a existência de diferentes modalidades segundo o modelo de organização predominante (UBS com ou sem ESF). Observou-se neste período, incremento no orçamento federal da AB, notadamente no PAB Variável (financiamento por adesão a ESF, entre outros) e em recursos de investimentos (MELO; MENDONÇA; TEIXEIRA, 2019).

Além disso, por dificuldade de adesão às equipes de saúde da família, a PNAB 2011, flexibilizou a carga horária dos médicos e manteve a dos outros profissionais, dando margem a conflitos entre eles. Isso porque, os médicos com até 30 horas em uma equipe poderiam se inserir em mais de uma equipe (FONTENELLE, 2012). Por outro lado, foi um esforço para ampliar o quantitativo de médicos na APS.

Para a enfermagem, conforme as Portarias da Atenção Básica, as enfermeiras devem fazer parte da equipe mínima para composição das equipes de saúde da família. Desta forma, as portarias favoreceram a ampliação do mercado de trabalho das enfermeiras, já que, ao mesmo tempo que a estratégia de saúde da família expandia, o quantitativo de enfermeiras na APS as acompanhava.

Os anos 2014 e 2015, foram marcados pelo início de grave crise política e econômica no País, que impactaram sobre o SUS. Em 2016, foi aprovada a Emenda Constitucional nº 9520, congelando os gastos com saúde e educação por 20 anos, prevendo reajustes apenas com base na inflação. Nesse período, o então ministro da saúde adotou o discurso de eficiência econômica, defendeu a desregulação do setor de saúde suplementar, bem como a criação de planos privados populares de saúde (MELO *et al.*, 2019).

Em 2017, foi pactuada na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) do SUS uma nova PNAB, e implementada no mesmo ano. Ao final, publicou-se uma Política fruto da arena de disputas travadas no campo da gestão Inter federativa, onde algumas inovações defendidas tecnicamente foram incorporadas à Política de forma tímida e superficial, prevalecendo os interesses de parte dos atores (ALMEIDA *et al.*, 2018).

Segundo Melo, Mendonça e Teixeira (2019, p. 49):

Se forem efetivamente considerados os dispositivos da PNAB que induzem, impedem ou condicionam mudanças, pode-se dizer que os propósitos centrais dessa política são a diminuição dos ACS e a mudança de seu perfil, bem como a priorização da chamada AB tradicional em detrimento da ESF, com maior autonomia e flexibilidade para a gestão municipal. Se tentarmos configurar uma ‘trama’, relacionando os elementos da PNAB entre si e com a conjuntura (do SUS e do país), veremos que o seu principal efeito tende a ser o desmonte da ESF (ao invés do enfrentamento dos seus problemas, limites e desafios), em uma conjuntura em que seria desejável manter o que fora conquistado até o momento.

Portanto, diferente das PNABs anteriores, a PNAB 2017 foi implementada em um contexto político – econômico de maior retração do sistema público de saúde, austeridade fiscal, e expressivo lobby do setor privado. Muitas mudanças da terceira edição da PNAB não são descritas de forma impositivas, porém, dão margem para que os municípios decidam como configurar a ESF e a atenção primária, como também permite a implementação de uma atenção primária seletiva em detrimento da integral.

Entre as mudanças, observa-se a criação das equipes de Atenção Básica (eAB). Essas equipes também possuem as enfermeiras na equipe mínima, sendo possível ter até três profissionais, porém, recomenda, e não traz a obrigatoriedade, de uma população adscrita de

2.000 a 3.500 pessoas. A política permite outros arranjos de adscrição, facultando aos gestores locais, conjuntamente com as equipes que atuam na Atenção Básica e Conselho Municipal ou Local de Saúde, a possibilidade de definir outro parâmetro populacional de responsabilidade da equipe, podendo ser maior ou menor do que o parâmetro recomendado, de acordo com as especificidades do território (PORTARIA Nº 2.436, BRASIL, 2017).

Essa definição de novos parâmetros populacionais, pode potencializar-se, principalmente em um cenário de crise financeira, como vivemos no momento. Destaca-se que um modelo de gestão baseado em contrato com organização social, é mais suscetível a reajustes e contingenciamento pela flexibilidade dos contratos, do que despesas vinculadas da prefeitura, como por exemplo, a folha de pagamento do servidor público estatutário, podendo agravar questões orçamentárias como um todo, com destaque para a provisão de profissionais de saúde (O'DWYER *et al.*, 2019).

De fato, mesmo com o Plano Municipal de Saúde 2018/2021, no eixo temático sobre da valorização do trabalho e do trabalhador, constar os objetivos de implantar e manter equipes de saúde da família, bucal e do NASF, a ESF sofreu uma importante retração no município do Rio de Janeiro a partir da gestão de 2017.

Em meados de 2018, a Secretaria Municipal de Saúde publicou um documento intitulado “Reorganização dos Serviços de APS – Estudo para Otimização de Recursos”, esse documento previu, dentre outras medidas, a extinção de 184 EqSF e 55 equipes de Saúde Bucal (cerca de 1400 postos de trabalho). Apresentado como estratégia para qualificar e otimizar os serviços, o documento também propôs nova tipologia de equipes, com base na PNAB 2017, com frágil composição profissional e alto número de usuários por equipe. Tal proposta, marcada por forte ingerência da Casa Civil do município, utilizou como justificativa, crise financeira e expansão acelerada (com fins eleitorais) da ESF no último ano da gestão anterior (MELO, 2012).

A proposta da gestão do município utilizou, ainda, a filosofia Lean, também intitulada de Sistema Toyota de Produção, que:

Através da melhoria de fluxos e envolvimento de pessoas qualificadas e motivadas, busca eliminar desperdícios - entre outros os de superprodução, tempo de espera e excesso de processamentos-, com a aposta de que, assim fazendo, a qualidade aumenta e os custos de produção diminuem. (MELO; MENDONÇA; TEIXEIRA, 2019, p. 4595)

O modo toyotista de “captura” da subjetividade consiste em se alcançar a produção de comportamentos ativos, uma proatividade do trabalhador para tomar iniciativas diante dos

‘desafios’ impostos pelo trabalho, acionando a sua inteligência, a sua imaginação e os seus afetos em favor dos objetivos da produção. Opera-se por meio de um controle de outro tipo, revestido de engajamento, que se expressa na premiação pelos resultados alcançados aprofundando a implicação do trabalhador no processo de trabalho, como um retorno que se apresenta como sendo do seu interesse, que produz custos pessoais não dimensionados ao trabalhador (MOROSINI, 2018). Na enfermagem se expressa ainda pelo valor moral do cuidado com outro.

Outra forma de controle do Toyotismo é a instauração do controle sobre o indivíduo que é exercido pela própria equipe. O coletivo assume como objetivo comum os objetivos da produção, e a competitividade é instaurada com um papel de controlar o comportamento do trabalhador e elevar a produtividade do trabalho. Essas formas de controle que atuam no plano da produção estão associadas à disseminação da precarização no mundo do trabalho e na vida em geral (MOROSSINI, 2018).

As entrevistas demonstram que durante esse governo, ocorreu redução de salário de enfermeiras (com a manutenção das mesmas atividades) em determinadas áreas de planejamento, gerando mais diferenças salariais na categoria ou desvinculação de profissionais aos contratos com as OSS, sobrecarregando os que permaneciam. As enfermeiras começaram a buscar contratação em OSS que ofereciam um melhor salário, gerando competição, algo já frequente. A enfermeira do nível central, refere que:

[...] Veio nesse processo a PNAB de 2017, então, o governo Crivela, ele foi quase que o apocalipse da atenção básica no Rio de Janeiro, ele devastou a atenção básica do município do Rio de Janeiro, porque ele trabalhou para a redução do número de equipes, redução do número de profissionais nas equipes, equipes que tinham seis agentes comunitários de saúde passaram a ter três agentes comunitários de saúde com o mesmo território [...]. Teve redução de salários absurda, dentro do governo Crivela, greves homéricas, né, dos profissionais de saúde reivindicando seus direitos e sem poder conseguir. (NC, 2021)

Dados da gestão do município do Rio de Janeiro/RJ, segundo O’Dwyer *et al.* (2019), demonstram uma redução sistemática do número de médicos na APS, como também no contingente de ACS. Entre 2016 e 2017, as reduções foram menos intensas, havendo diminuição de 1,2%, e 2,4% na quantidade de médicos da APS e ACS, respectivamente. Entre 2017 e 2018, no entanto, as reduções foram de 11,1% e 10,4%, respectivamente. Na dimensão “acesso”, embora a cobertura populacional pela APS entre 2016 e 2017 ainda tenha apresentado um incremento de 3,3%, no período entre 2017 e 2018, termina por sofrer uma redução de 8,4% (O’DWYER *et al.*, 2019). Em relação as enfermeiras da APS, a redução mais significativa

ocorreu entre os anos de 2018 e 2019. Segundo dados do CNES, a redução de enfermeiras nesse período foi de 25% (CNES, 2021).

Vale destacar que, durante todo o processo ocorrido em 2017, a revisão da PNAB foi questionada por pesquisadores, trabalhadores do SUS e pelos movimentos sociais. Tais questionamentos envolveram desde a justificativa de revisão em um cenário de instabilidade política, econômica e social, até críticas em torno de algumas de suas propostas (ALMEIDA *et al.*, 2018).

Em nove de agosto de 2017, a ABEn/RJ (2017) publicou uma “Nota em Defesa do SUS e contrária à proposta de reformulação da Política de Atenção Básica (PNAB)”, nesta, afirma a preocupação da entidade na tentativa de desmonte da rede de serviços implantada e implementada voltada a atenção básica, em especial as clínicas de família, no município do RJ, inviabilizando cada vez mais os direitos sociais estabelecidos na Constituição Federal de 1988. Na nota refere que a APS/AB vem sendo a principal opção de ampliação da oferta pública de serviços à população, com a participação de milhares de trabalhadores de enfermagem. Considera também que as repercussões para o modelo de atenção e para a gestão do trabalho previstas na revisão da PNAB são seletivas e segmentadas, e que se faz necessário superar e atualizar os desafios identificados na formulação da PNAB 2011, defender e ampliar as conquistas realizadas pela atenção básica no município do Rio de Janeiro sem aceitar a redução dos direitos conquistados.

Em treze de setembro de 2017, antes ainda da publicação da atual PNAB, a ABEn/RJ (2017) publicou uma Moção de Repúdio de “Não ao desmonte da Atenção Básica”, discutida no 69º Congresso Brasileiro de Enfermagem. Esta moção fez críticas a nova PNAB por entender que promove um grave rompimento com os princípios do Sistema Único de Saúde, de integralidade, universalidade, equidade e participação popular, regulamentados pela Constituição Federal de 1988 e pelas Leis Orgânicas da Saúde, além de representar perda do direito à saúde como um direito social, conquistado ao longo de décadas.

A moção também refere que a PNAB descaracteriza a atuação técnico-científica e profissional de enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, quando transfere para o outro profissional da Estratégia Saúde da Família atribuições que são da competência legal dos profissionais de Enfermagem, previstas na Lei do Exercício Profissional (nº 7498/86) e seu Decreto Regulamentador (nº 94.406/87).

Esse cenário traz a reflexão do modelo de escolha de expansão da gestão anterior por meio de OSS, apesar de tornar possível a expansão da saúde família em um curto prazo de

tempo. As discussões acerca do modelo de gestão por organizações sociais é cercada de controvérsias, sobretudo a respeito da relação entre público e privado, bem como de posicionamentos ideológicos divergentes. É importante pensar consequências de sua introdução para o mercado de trabalho de uma categoria profissional como a enfermagem que histórico-cultural possui uma série de desafios.

O estudo de Baraldi (2005) aponta que a flexibilização da contratação no setor público parece gerar vantagem ao profissional recém-formado de saúde, haja vista, a reduzida capacidade de tomada de decisão no plano político econômico das políticas de saúde, a inserção de múltiplos vínculos, e de certa forma bem remunerado, tornando-se atrativa quando comparada ao mercado de trabalho em geral. Por outro lado, salienta que a desregulamentação contratual do trabalho autoriza o empregador, inclusive no nível estatal, a realizar contratos flexíveis de trabalho, que não concedem os direitos trabalhistas dos mesmos, que em contrapartida podem ou não ser compensados com salários mais avantajados (BARALDI, 2005).

O COREN se posicionou contra a desmonte da atenção primária no município, o não pagamento e demissões dos profissionais. Segundo a entrevistada do conselho, durante o período dessa gestão, mesmo quando a instituição era convidada a dialogar, suas colocações não ganhavam eco, o diálogo do COREN se dava com os trabalhadores e residentes de enfermagem da atenção primária, e o mesmo acontecia com o CREMERJ. A presidente do COREN também ressaltou a importância do COFEN junto a construção de um protocolo nacional para viabilizá-lo em âmbito municipal, principalmente quando não há diálogo com as prefeituras.

Com desmonte (da APS/RJ) [...], que nós vivenciamos, em 2019, nós tivemos situações inusitadas dentro da atenção primária do município frente à desconstrução que o prefeito criou, juntamente com a então Secretária de Saúde. E a conversa era muito difícil. O Coordenador da Atenção Primária no município, a gente falava uma coisa, os caras falavam outra. Nisso desconstruindo, delegando a assistência para a OSS, não honrando pagamento, as pessoas sem salário [...]. Nós não estávamos conversando com pessoas que têm como lema a saúde das pessoas, muito pelo contrário. Quando diziam que iam chamar o COREN e o CREMERJ para discutir, era para inglês. (CO, 2021)

A rotatividade de gerentes, por demissões, também foi algo abordado, aumentando a insegurança e sofrimento do trabalhador. Assim, o modelo de gestão responsável que aumentou no mercado de trabalho não garantiu continuidade:

[...] AP 3.3, teve quatro coordenadores em um ano. Então assim, todo esse processo para o profissional de saúde, ele é muito desgastante. E isso vai fazendo com que ao mesmo tempo que a gente tem uma categoria, que é a enfermagem de família e comunidade crescendo na atenção básica, a gente tem uma luta que é uma luta de como a gente se coloca nesse cenário institucional e político que foi se envolvendo nos últimos 20 anos no município do Rio de Janeiro. (NC, 2021)

No momento, o SINDENFRJ faz parte do movimento social de trabalhadores da saúde “Nenhum Serviço de Saúde a Menos” no município do Rio de Janeiro, que surgiu a partir da redução das Unidades e equipes de saúde da família e vem cobrando pela não redução dos serviços de saúde na atenção primária e pagamento de salários.

O movimento atua em defesa do direito à saúde pública universal, sendo uma frente de ação horizontal envolvendo movimentos sociais em saúde, sindicatos, ativistas em geral, trabalhadores e usuários dos serviços públicos. Utiliza diversas táticas como mobilizações territoriais, manifestações, redes sociais, greves, entre outros. Surge como resposta a ataques ao SUS na cidade em um contexto nacional de crise econômica, política e corte de gastos sociais (SAFFER; MATTOS; REGO, 2020).

De modo geral, além das tentativas de desmantelamento da ESF e questões relativas aos recursos humanos, como a precariedade das relações de trabalho, outros problemas do sistema de saúde vêm desafiando a capacidade de resposta da APS. Entre eles, o teto de gasto para saúde, o novo modelo de financiamento para a atenção básica imposto pelo atual Governo Federal, a baixa integração entre a APS e outros níveis de atenção na rede regionalizada, e a insuficiente mediação de ações intersetoriais.

Durante esse período vivenciamos um dos eventos de maior magnitude nos últimos anos, que foi a pandemia de COVID-19, responsável pela morte de 5.411.759 de pessoas em todo o mundo até o final de 2021 (COVID19, 2021). No Brasil, a transmissão comunitária foi declarada em todo o território nacional em 20 de março de 2020 e o país encontra-se entre os países com o maior número de casos novos (WHO, 2021), apresentando em 29 de julho de 2021 um total de 19.839.369 casos, 554.497 mortes e uma letalidade de 2,8%, (COVID.SAUDE, 2021).

Uma ferramenta importante no enfrentamento da COVID-19 nos territórios foi a associação entre os saberes científicos e técnicos das equipes de saúde da família aos saberes dos sujeitos, famílias e comunidades periféricas, gerando saberes e práticas colaborativas, negociadas e criativas (NUNCIARON *et al.*, 2020). Nesse contexto complexo, se destacou a centralidade do trabalho das enfermeiras que representam mais de 60% da Força de Trabalho

no SUS (MACHADO *et al.*, 2020), e que integradas ao trabalho das demais categorias profissionais, ocuparam um papel estratégico que hora se intensificou, tanto da rede hospitalar, quanto na APS.

No processo pandêmico da COVID-19, as enfermeiras precisaram se readaptar as demandas de saúde que foram produzidas pela doença em conformidade às dificuldades já apresentadas nos serviços de saúde. Os diversos desafios enfrentados no cotidiano do trabalho trouxeram a percepção do constante aprendizado e desenvolvimento de diferentes habilidades. As enfermeiras reforçam e descrevem este cenário quando comentam sobre a nova realidade do trabalho:

[...] Uma mudança muito grande [...], tudo teve que readaptar, espaço, vestimenta, o lidar, as condições de saúde que a população tem apresentado. De saúde mental, por exemplo, aumentou muito [...], a gente teve que se reinventar de tudo, em termos de espaço, em termos de atendimento, em termos de acompanhamento, ser criativo, bem trabalhoso, desafiador, ainda está sendo, mas muito diferente do que a gente já vivenciou no nosso dia a dia. Aprender de novo. (ENF2, 2021)

As profissionais de saúde precisaram dar conta dos atendimentos das pessoas com sintomas da COVID-19, das demandas dos sujeitos em condições crônicas não transmissíveis ou transmissíveis, das condições agudas, além das estratégias de promoção de saúde e de prevenção de doenças e agravos (GIOVANELLA, 2020). No dizer da enfermeira: “o enfermeiro [...] acaba sendo inserido mais ou na realização dos testes em si... e fica mais dentro dos consultórios, então para atender demanda livre e a programada que puder. O mínimo que a gente está fazendo, nos grupos prioritários [...]” (ENF2, 2021):

Segundo as profissionais, o trabalho coletivo tem sido imperativo frente aos desafios da atenção primária e ganhou maior relevância com a COVID-19. Esse dado corrobora com o estudo de Biff *et al.* (2020), onde identificaram que entre os fatores que reduz a carga de trabalho das enfermeiras, o trabalho em equipe é um dos mais significativos, pois o apoio, colaboração e a distribuição de responsabilidades neste modelo traz benefícios relevantes na melhoria do processo de trabalho e fortalece os profissionais em seus desafios cotidianos a partir das especificidades de outras categorias profissionais e do respeito às diversas formas de enfrentar as adversidades. Os modos de organização e relações impactam na força de trabalho, em especial na saúde dos trabalhadores (BIFF *et al.*, 2020).

Observou-se que o trabalho em equipe, favoreceu positivamente os processos de cuidado, incluindo o enfrentamento da COVID-19. Além dele, outras características deste nível de atenção, como o vínculo com usuários do sistema de saúde, o bom relacionamento

interpessoal, o apoio da gerência e a resolutividade das ações, também são importantes no enfrentamento da COVID-19 (NUNCIARON *et al.*, 2020).

A sobreposição de uma epidemia como a de COVID-19 com doenças tratáveis e preveníveis, podem gerar um aumento substancial na mortalidade por essas últimas doenças, pela sobrecarga no sistema de saúde, que também pode impactar na mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis. O surto do Ebola no período de 2014 a 2015, por exemplo, demonstra que as mortes por sarampo, malária, HIV/AIDS e tuberculose relacionadas a falhas no sistema de saúde foram superiores as mortes por Ebola (GIOVANELLA, 2020). Neste contexto de pandemia, é grande o impacto no processo de trabalho na unidade, sobretudo, nas atividades e responsabilidades da enfermagem.

As unidades de atenção primária foram responsáveis por acolher os sintomáticos respiratórios e solicitar vagas de internação. Em função da demanda reprimida na espera de leitos, muitos pacientes regulados para Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), retornavam às Unidades de APS em piores condições, causando enorme apreensão nas equipes de saúde, que percebiam o risco de os pacientes chegarem às unidades em falência respiratória ou irem a óbito no domicílio sem assistência (DAUMAS *et al.*, 2020).

A pandemia escancarou as dificuldades da rede e dos problemas sociais vividos pela população que impactam em sua saúde. Houve um investimento profissional visando os atributos da atenção primária, a qualidade do serviço e o reconhecimento do valor do trabalho em defesa do direito à saúde, contudo, as questões supracitadas produziam nas enfermeiras a sensação de “enxugar gelo” e um cansaço para além do aspecto físico.

Há de se salientar que racionalidades gerenciais que constroem o trabalhador a serem “colaboradores”, como status formal e moral, conferem ao indivíduo a responsabilidade de ser criativo e de fazer mais com menos, tendendo gerar sofrimento e competição (MELO *et al.*, 2019). Analisando as entrevistas, aos profissionais de saúde da ESF foi imputado a responsabilidade de absorver as principais demandas de saúde da população, contudo, não lhes foram dadas as ferramentas necessárias para superar as adversidades, mas incentivando o investimento pessoal.

Esses fatores fragilizam o trabalho das enfermeiras e são acrescidos às fragilidades da própria profissão. Apesar da ampliação da empregabilidade para enfermagem com o SUS, o crescimento da empregabilidade ainda é baixo, seja na esfera pública, privada ou filantrópica, no qual se adota a política de manter percentuais baixos de enfermeiras na composição da equipe de Enfermagem, gerando clara sobrecarga para essas profissionais (MACHADO *et al.*,

2020). O colapso do sistema de saúde em razão da pandemia tem evidenciado o quão frágil se encontra na contratação e manutenção da força de trabalho. Para entrevistada da ABEn:

Eu acho assim, que tudo hoje, para a enfermagem, é, nós vivemos muito influenciados pelo modelo político que a gente tem, modelo político-econômico, que tem dentro do país que temos muita dificuldade para discutir isso, né. Independente se ele é democrático, se é liberal, neoliberal, mas ele afeta de sobremaneira, essas profissões que são principalmente consideradas essenciais, e que não tem definição de valorização da sua força de trabalho. Né, e aí quando você tem os planos de carreira capenga, porque é capenga, né. A referência é a que você imagina que você pode negociar com o gestor naquela ocasião e aquilo se mantém. E aquilo se mantém. Mas não é o ideal, não é o ideal. Não é uma discussão que você trata com uma categoria, para que ela possa te dar esse feedback de como ela vê o seu trabalho. De como ela vê, vê, pensa o valor do seu trabalho. Até para você poder discutir melhor a questão de produtividade. Você discutir produtividade, você não tem um valor de referência. (AB1, 2021)

Observa-se que a conversão dos serviços de saúde em área conveniente a valorização do capital e a retenção orçamentária por parte do estado nacional do que poderia ser para as políticas de saúde, ambos subjugados ao predomínio financeiro, oportunizam sobrecarga e intensificação do trabalho das enfermeiras na APS, distorcendo características essenciais do trabalho delas, seguindo a lógica de mais produção com menos recurso, nos moldes do pós-fordismo.

A lógica neoliberal nas relações de trabalho, potencializada pela pandemia de COVID-19 expressa a sobrecarga e a precarização do trabalho das enfermeiras, presente mesmo antes da pandemia. E aponta, de forma geral, para outros modos de contratação dos profissionais de saúde, como o contrato intermitente, já previsto na legislação brasileira do trabalho (Lei 13.467/2017), e uso de aplicativos com oferta de serviços de saúde. Outra questão são as investidas do setor privado na APS, que percebendo seu potencial, passou a investir esforços na área. Há de se investigar que consequências estas iniciativas podem vir a ter para o processo de trabalho das enfermeiras, o mercado e as relações de trabalho.

6 PERSPECTIVA GLOBAL DO TRABALHO DA ENFERMAGEM NA APS

Segundo o relatório “The State of the World’s Nursing 2020” (WHO, 2020), a enfermagem (incluindo enfermeiras e outras categorias da enfermagem) é o maior grupo ocupacional do setor saúde, representando aproximadamente 59% deste. A força de trabalho da enfermagem global é de 27,9 milhões, dos quais 19,3 milhões (69%) são enfermeiras, indicando um aumento de 4,7 milhões no estoque total ao longo do período de 2013-2018.

Na Região das Américas estão concentradas 30% das enfermeiras e enfermeiros no mundo, em torno de 8,4 milhões de pessoas, das quais 87% são mulheres. A região possui 83,4 enfermeiras e enfermeiros por 10.000 habitantes em média, mais do que o dobro da média global de 36,9 por cada 10.000 habitantes (WHO, 2020).

Observa-se, contudo, disparidades na disponibilidade de enfermeiras na Região das Américas, onde 87% destas estão concentradas em apenas três países: Brasil, Canadá e Estados Unidos, que juntos, representam 57% da população total da Região. A densidade nesses três países, é de 80 enfermeiros por cada 10.000 habitantes, contrastando fortemente com os menos de 10 enfermeiras por 10.000 habitantes no Haiti, Bolívia e República Dominicana (WHO, 2020).

A disparidade também se apresenta inserida nos países da região. Entre os 35 Estados Membros da OPAS que disponibilizaram dados sobre distribuição, apenas 36% das profissionais de enfermagem estão localizadas em áreas rurais, apesar de 50% da população residir nessas mesmas áreas. Outro agravante para disponibilidade refere-se ao fato de vários países, especialmente o Caribe, serem exportadores de enfermeiras (WHO, 2020). Assim, ainda que a força de trabalho da enfermagem encontre-se em expansão no tamanho e escopo, a distribuição não é equitativa e suficiente para atender à crescente demanda. Sem contar que, a alta rotatividade na força de trabalho em saúde é um problema em todo o mundo (AESCHBACHER; ADDOR, 2018).

Outra questão é que em nível global, o relatório prevê que a escassez de cerca de 5,9 milhões da enfermagem aumentará, já que a taxa de reposição atual de 1,2 jovens enfermeiras para cada aposentado, é insuficiente para acompanhar o crescimento da população, principalmente em países de baixa e média renda. Nas Américas, em torno de 30% da força de trabalho em enfermagem tem 55 anos ou mais, e espera-se que quase um quarto se aposente nos próximos 10 anos, países da Europa também enfrentam essa ameaça. Maiores lacunas se apresentam em países da África, Sudeste Asiático e Regiões do Mediterrâneo Oriental e alguns países da América Latina (WHO, 2020).

Para cobrir essa escassez até 2030, o relatório direciona os países a aumentar em 8% ao ano em média, o número de graduados em enfermagem, a garantia de sua empregabilidade e a retenção nos serviços de saúde. Diversos estudos apontam a retenção de enfermeiras como medida eficiente para reduzir essa escassez (GALBANY-ESTRAGUÉS; NELSON, 2016; AESCHBACHER, ADDOR, 2018). O relatório também direciona o desenvolvimento de habilidades de liderança na enfermagem e a criação de novos papéis, com oportunidades para exercitar essas habilidades nos sistemas de saúde. Uma vez que, 9 em cada 10 profissionais de enfermagem em todo o mundo são do sexo feminino, recomenda, políticas sensíveis ao gênero, como por exemplo, oferecer horários de trabalho mais flexíveis para lidar com as necessidades das mulheres enfermeiras (WHO, 2020).

O trabalho e a natureza do ambiente de trabalho, variam entre as configurações institucionais e são fatores fundamentais para retenção profissional. Desta forma, as condições de trabalho dos enfermeiros têm recebido muita atenção de pesquisas (NEI; SNYDER; LITWILLER, 2015). A comparação entre diferentes configurações institucionais facilita a gestão de recursos humanos específicos.

Um dos principais objetivos do relatório é retratar o estado da enfermagem no mundo, destacando a centralidade das enfermeiras como parte da equipe de saúde, na contribuição crítica em direção à cobertura universal de saúde e outros objetivos nacionais e globais de saúde. Contudo, o próprio relatório afirma lacunas existentes nos dados sobre a capacidade de financiamento, salários e empregabilidade. Isso implica na análises sobre o mercado de trabalho em saúde que sustentarão a construção de políticas da força de trabalho em enfermagem e as decisões de investimento.

De forma geral, o mundo do trabalho é marcado por transformações como globalização, modernização tecnológica e novos modelos de gestão, toda essa conjuntura implica em mudanças no conteúdo, na natureza e no significado do trabalho. Muitos processos e organizações do trabalho são configurados, atualmente, por carga horária excessiva, ritmo intenso de trabalho, controle rigoroso das atividades, pressão temporal e necessidade de profissionais polivalentes e multifuncionais, características essas pautadas no neoliberalismo (ANINANYA; OTUPIRI; HOWARD, 2021).

O trabalho de enfermagem está atrelado a um contexto macroeconômico e político que, por sua vez, se relaciona com o modelo produtivo dominante na sociedade. O trabalho de enfermagem tem sofrido grande influência da política neoliberal e globalizada, na qual a precarização das condições e das relações de trabalho são um dos grandes e prejudiciais

resultados para esse cenário e para a qualidade da assistência prestada, repercutindo também negativamente na saúde desses profissionais. Os desdobramentos dos preceitos neoliberais no referido setor estão na ausência de concursos públicos, o que justifica a contratação flexível do trabalho, múltiplos vínculos empregatícios (mesmo para os profissionais titulados, com o objetivo de complementar a renda) e a inserção de profissionais jovens num mundo laboral de grande desregulamentação das relações de trabalho (ANINANYA; OTUPIRI; HOWARD, 2021).

Observa-se interesse crescente nos países em implementar práticas que deem conta de inovar e reformar sistemas de saúde para responder aos problemas decorrentes das necessidades de saúde das populações. Principalmente pelo aumento de condições crônicas, desigualdade no acesso aos serviços de saúde, escassez e má distribuição geográfica de força de trabalho, provimento de cuidados de qualidade e de capacitação profissional. Há uma grande diversidade nos sistemas de saúde no mundo e mesmo os países membros da OCDE, precisam lidar com essas questões

Para o enfrentamento destes problemas, diversas propostas e iniciativas vêm sendo formuladas no âmbito da OMS e da OCDE, e implantadas nos países, de modo associado ou com predomínio de algumas. Dentre elas, destaca-se as EPA, que ampliam o escopo do trabalho das enfermeiras e integram pesquisa, educação, prática assistencial e gestão.

A função de enfermagem avançada foi introduzida no início dos anos 1960, nos EUA, para aliviar alguns dos desafios da força de trabalho. Posteriormente, continuou a se desenvolver globalmente, embora em frequências diferentes, muitas vezes decorrentes da necessidade em aumentar o número de profissionais na área, falta de recursos e atendimento insuficiente por médicos (TORRENS *et al.*, 2020).

O ICN, define seu papel como:

Registered nurse who has acquired the expert knowledge base, complex decision-making skills and clinical competencies for expanded practice, the characteristics of which are shaped by the context and/or country in which s/he is credentialed to practice. A master's degree is recommended for entry level. (NP/APN NETWORK, 2018, *online*)

A enfermeira de prática avançada está habilitada a tomar decisões de maior amplitude, apoiada em competência clínica e expertises adquiridas por meio de Pós-Graduação – Doutorado e Mestrado. O Conselho Internacional de Enfermagem (CIE) elegeu cinco tipos de autonomia no espectro de atividades clínicas esperadas da EPA: realizar diagnósticos

avancados de saúde, solicitar exames médicos, prescrever, indicar tratamentos e referenciar e contra referenciar usuários (PEREIRA; OLIVEIRA, 2018).

O Advanced Nurse Practitioner (ANP) é um termo genérico para uma série de funções estendidas da enfermagem, normalmente realizadas por enfermeiras com experiência e qualificações além de seu diploma de bacharel (TORRENS *et al.*, 2020). No entanto, diferentes títulos são mencionados para se referir a profissional habilitada para atuar em práticas avançadas de enfermagem, tais como: “clinical nurse specialist”, “family nurse practitioner”, “adult nurse practitioner”, “primary care nurse practitioner”, “community health nurse practitioner”, “women’s health nurse practitioner”, “nurse midwife”, “nurse anaesthetist”, entre outros (HASSMILLER; PULCINI, 2009).

As mais frequentes seriam a “nurse practitioner” e “clinical nurse specialist”, a última desenvolve principalmente atividades não clínicas, como educação, gestão dos serviços de saúde e ações que impactam na qualidade da assistência, por exemplo, a construção de diretrizes e protocolos clínicos (MARTIN-MISENER; BRYANT-LUKOSIUS; 2016). A “nurse practitioner”, tem maior envolvimento com os cuidados clínicos e são enfermeiras com formação especial para atuação na APS ou na saúde da família (CONFERÊNCIA DE ENFERMAGEM DO ESTADO DE SANTA CATARINA, 2017).

As prioridades das políticas de reforma da APS têm sido propulsoras da introdução da EPA ao redor do mundo (AGUIRRE – BOZA *et al.*, 2019), e é considerada uma inovação. Países como, Austrália, Bélgica, Canadá, Estados Unidos, Finlândia, França, Irlanda, Japão, Polônia, Reino Unido e República Tcheca já têm sua regulamentação estabelecida para prática avançada. Em países como, Espanha, Holanda, Reino Unido e Suíça o interesse político na ampliação do papel das enfermeiras, teve início em função das mudanças nos sistemas de saúde, da criação de novos modelos de atenção à saúde e do déficit de médicos de família (OPAS, 2018).

Antes da existência de um papel formal da EPA, as enfermeiras vinham cumprido um papel importante em todo o mundo na prestação de cuidados na APS. Em muitos países, como a prática na APS não estava regulada, as profissionais procuraram as habilidades e competências mais pertinentes às necessidades de saúde da população do seu território de atuação (ZUG *et al.*, 2016). Contudo, o trabalho na EPA diferencia-se do trabalho que vinha sendo desenvolvido na atenção primária, pelo grau de autonomia em relação a tomada de decisões, diagnóstico e tratamento dos transtornos do paciente.

Em décadas recentes, aqueles países que procuram formalizar este papel, tiveram o apoio de hospitais, universidades e formuladores de políticas para apoiar e reconhecer formalmente os programas da EPA para a APS (ZUG *et al.*, 2016). Estados Unidos da América e Canadá incorporaram ativamente a EPA em seus sistemas de saúde para APS, com ênfase nas comunidades menos favorecidas. Os EUA possuem uma experiência de mais de 50 anos de incorporação da enfermagem de prática avançada e de regulação em todos os 50 estados americanos, cujo papel foi criado a partir do trabalho das enfermeiras de saúde pública nesse país. No momento, mais de 205.000 “Nursing Practitioners” são licenciadas nos EUA, nas quais dois terços atuam nos cuidados primários à saúde (ZUG *et al.*, 2016).

Os EUA foram o primeiro país a incluir a competência de prescrição de medicamentos para os enfermeiros, seguidos pela Austrália, Canadá e Inglaterra. No Canadá A EPA iniciou-se há mais de 40 anos e teve importante desenvolvimento no Reino Unido. Mais recentemente foi implantada na Irlanda, Alemanha, Nova Zelândia, China, Nigéria, entre outros. Essa prática requer mudanças legislativas nos países, o que pode ser um dificultador para a realização das funções avançadas de enfermagem (CASSIANI *et al.*, 2018).

Diferentes estudos desenvolvidos nesses países que implementaram a EPA, demonstraram altos níveis de satisfação dos usuários quanto aos cuidados prestados por essas profissionais, a entrega de um serviço de alta qualidade e redução dos custos da assistência à saúde. Apontam ainda, qualidade do cuidado e manejo de doenças crônicas (cardíacas, hipertensão e diabetes), menor mortalidade e menores taxas de admissão hospitalar (MIRANDA *et al.*, 2018; CASSIANI *et al.*, 2018; AGUIRRE - BOZA *et al.*, 2019; PEDUZZI *et al.*, 2019; CASSIANI; SILVA, 2020).

Vale destacar, como apresentado até o momento, que os países de economia avançada e que contam com a maior relação médicos por habitantes são os que mais incorporaram e implementaram reformas para expandir o perfil e a prática de enfermeira na EPA, e não somente na APS, como também nos hospitais (CASSIANI; SILVA, 2020). Desta forma, encontra-se mais presente em países desenvolvidos e de maior renda, e está associada ao aumento e à melhoria da cobertura e do acesso dos usuários aos serviços de saúde.

Em se tratando do contexto brasileiro, a identidade profissional da enfermeira no Brasil assumiu novos contornos nas últimas décadas, notadamente desde a implantação do SUS no final da década de 1980 e da ESF, na década seguinte. Foram incorporadas, atividades administrativas ou gerenciais prevalentes, ações clínicas de atenção direta ao usuário,

expandindo o escopo da prática da enfermeira na APS e produzindo impactos em seu exercício profissional (PEREIRA; OLIVEIRA, 2018).

As transformações demográficas brasileiras, com aumento da população idosa e suas demandas, e ainda uma transição epidemiológica incompleta, levando a coexistência de doenças crônicas não transmissíveis, causas externas e doenças transmissíveis e carenciais são fatores que desafiam a atenção primária, e têm estimulado debates sobre a Enfermagem em Prática Avançada. Esse debate pode possibilitar o desenvolvimento da profissão, das práticas baseadas em evidências, como também, bases legais sólidas, o que potencializa o alcance dos princípios vislumbrados para o sistema de saúde brasileiro.

Observa-se, que o Brasil apresenta condições favoráveis para regulamentação da EPA, pois possui, a Lei nº 7498/1986, que regulamenta o exercício da profissão, descrevendo a realização da consulta de enfermagem como atividade privativa de enfermeiras, no qual são incluídos cuidados que exigem tomada de decisão com base em evidências científicas, e a prescrição de medicamentos aprovados em programas de saúde. Outra questão, é que na maioria dos países que implementaram a EPA, ocorreu uma formação educacional para a expansão do escopo da prática da enfermagem, além do grau de bacharel e o nível de mestrado. Entre os países da América Latina e Caribe (ALC), o Brasil, é o país que apresenta o maior número de programas de Pós-Graduação em enfermagem, entre eles, Mestrado e Doutorado.

Na ALC, do total de programas de Pós-Graduação, 72% estão no Brasil (CASSIANI; SILVA, 2020). Além disso, o Mestrado Profissional cresceu 156%, no período de 2011-2020, em 2017, eram 21, enquanto 2019, 24 Mestrados Profissionais, com potencial de crescimento nos anos subsequentes (CASSIANI; SILVA, 2020). Esses fatores colocam o Brasil em posição favorável, cabendo, contudo, a integração de diversos esforços como ações do governo, associações profissionais, universidades, entre outros atores.

Para os países da América Latina, a OPAS propõe os seguintes papéis para as EPA: 1) “Nurse practitioners”, enfermeiras com formação de Mestrado, cuja atuação seria dirigida ao diagnóstico de doenças agudas leves e crônicas; 2) Enfermeira gestora de casos, cujo foco principal seria fazer a integração do atendimento ao paciente entre os diferentes níveis da atenção; e 3) Enfermeira de prática avançada especialista em obstetrícia, cujo cuidado seria voltado às gestantes (PEREIRA; OLIVEIRA, 2018).

Nos países da ALC, assim como no Brasil, as enfermeiras da atenção primária desempenham um trabalho além do seu âmbito de ação, determinado pelas necessidades crescentes da população por saúde e alinhamento às políticas de saúde nesses países, para

atingir a saúde universal e a cobertura universal de saúde. Seu trabalho também é multifacetado, incluindo a prevenção de doenças, promoção à saúde, educação e saúde, gestão, e em alguns casos, visitas domiciliares.

Entretanto, as profissionais também possuem limitada autonomia reconhecida, o que as restringe em diagnosticar, determinar planos de gestão de cuidados e prescrever medicamentos. Cordova *et al.* (2016), referem que apesar de enfermeiras de saúde pública serem o maior grupo de profissionais em saúde pública na região, expressam sua frustração em função da falta de descrição clara do seu trabalho, que parece variar de acordo com a infraestrutura do sistema de saúde da região.

Aguirre - Boza *et al.* (2019), informam crescente interesse na implementação de EPA nos países da ALC no momento atual. Isto é demonstrado pelos progressos alcançados no próprio Brasil, na Colômbia, no México, e no Chile, país que mais avançou e criou medidas concretas. A OPAS/OMS vêm estimulando o desenvolvimento da EPA nos países em desenvolvimento.

Em 2013, apresentou uma resolução intitulada: “Recursos Humanos para a Saúde: Melhorar o acesso a profissionais de saúde capacitados em sistemas de saúde baseados na atenção primária à saúde” (OPAS, 2013). Nessa resolução, indicou a maximização do escopo da prática dos profissionais de acordo com suas competências, o aumento da capacidade das enfermeiras por meio de qualificação para exercer um papel ativo no movimento da CUS e APS. Foi levado em consideração, o papel essencial e crítico da força de trabalho em saúde para contemplar a cobertura universal e o acesso visando ao desenvolvimento dos sistemas de saúde (HONIG; DOYLE-LINDRUD; DOHRN, 2019).

Em 2014, o Comitê Executivo da OPAS apresentou um plano estratégico para atingir a cobertura universal em saúde compreendida como direito ao “acesso equitativo a serviços de saúde integrais e de qualidade de acordo com suas necessidades ao longo da vida.” (OPAS, 2014, p. 1). O plano apresenta quatro linhas estratégicas a serem adotadas para garantir a cobertura universal e o acesso aos serviços de saúde, que para tanto, visa a adequação da força de trabalho em saúde para atuar, especialmente, na APS. As linhas estratégicas seriam: ampliar o acesso a serviços de saúde integrais e de qualidade com foco nas pessoas e nas comunidades, respeitando o princípio de equidade; fortalecer a gestão e governança dos sistemas de saúde; ampliar e melhorar o financiamento da saúde, com equidade e eficiência, buscando eliminar o pagamento direto por parte dos usuários; e fortalecer a coordenação intersetorial, considerando os determinantes sociais da saúde (OPAS, 2014).

Durante a reunião da cúpula das Nações Unidas, em 2015, os líderes mundiais adotaram uma agenda global de desenvolvimento, que incluiu dezessete Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) e reafirmou o compromisso com a Cobertura Universal em Saúde, como um dos principais anseios da meta global de saúde. Os objetivos dos ODS visam garantir uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, incluindo em suas metas a Cobertura Universal em Saúde (MAAITAH; ABUALRUB, 2017).

Em 2016, representantes da enfermagem da América Latina, incluindo o Brasil, reuniram-se com pesquisadores norte-americanos e canadenses para participar do “Advanced practice nursing summit: developing advanced practice nursing competencies in Latin America to contribute to universal health”, realizado na Universidade McMaster, no Canadá, para discutir o papel da EPA na ALC, conforme a Resolução da OPAS/OMS de 2013 (MIRANDA *et al.*, 2018). A partir dessa conferência, foi estabelecido um plano de trabalho para coletar dados e planejar a implementação do papel da EPA na ALC, assim como, novas medidas em relação à colaboração entre países e trocas de informações foram tomadas. Ações atualmente em curso, em países da ALC, como o próprio Brasil, México, Colômbia e Chile (ZUG *et al.*, 2016).

Em 2018, a OPAS/OMS lançou um chamado para a ampliação do papel da enfermeira na APS e apresentou a enfermeira de prática avançada como um profissional com formação de Pós-Graduação que, integrado à equipe interprofissional dos serviços de atenção primária à saúde, contribui para a gestão dos cuidados de pacientes com enfermidades agudas leves e transtornos crônicos diagnosticados segundo as diretrizes de protocolos ou guias clínicos (CASSIANI; SILVA, 2020).

A Campanha “Nursing Now” liderada pelo Parlamento Inglês e o CIE, com a participação da OMS, lançada em fevereiro de 2018, tendo a Duquesa de Cambridge como patrona, destaca a necessidade de permitir que essa categoria desenvolva seu pleno potencial, investindo na força de trabalho da enfermagem, visando transformar o modelo de atenção à saúde, uma das metas da Campanha, que teve seu final em 2020 (CASSIANI; SILVA, 2020).

O recente relatório da OMS (2020), intitulado “The State of the World’s Nursing”, solicita mais investimentos na formação em enfermagem, nas condições de trabalho e criação de empregos, e promovendo liderança dessas profissionais, para contribuir com sistemas de saúde eficazes, equitativos e sustentáveis. O relatório foi elaborado pela OMS em parceria com o CIE e a campanha “Nursing Now” (SEGIB, 2020). O relatório foi lançado no Dia Mundial da Saúde, e destacou as contribuições e os desafios que quase 28 milhões de

enfermeiras e enfermeiros do mundo enfrentam, número que envolve mais da metade de todos os trabalhadores da saúde no mundo (SEGIB, 2020).

Segundo o relatório, um total de 78 países (53% dos que fornecem dados) relataram ter funções de prática avançada para enfermeiras. O relatório reafirma as fortes evidências publicadas de que enfermeiras de práticas avançadas podem aumentar o acesso aos cuidados primários de saúde nas comunidades rurais e lidar com as disparidades no acesso ao cuidar de populações vulneráveis em ambientes urbanos (WHO, 2020).

Segundo Miranda *et al.* (2018), um estudo comparativo desenvolvido em 39 países, por meio de revisão de literatura e consulta a especialistas, concluiu que em onze países enfermeiras de prática avançada assumiram atividades clínicas avançadas, com mudanças em práticas que antes eram realizadas por médicos, em outros dezesseis países continuam a existir limitações nas práticas e em doze não houve mudanças (MIRANDA *et al.*, 2018).

Miranda *et al.* (2018), informam que a enfermeira de prática avançada desempenha funções tradicionalmente executadas por médicos, portanto, caberia o envolvimento dessa última categoria em sua implementação. Para tanto, ressalta a importância de se avaliar os avanços que a EPA pode trazer, ao invés do discurso da substituição do profissional médico. Peduzzi *et al.* (2019), lembram o intenso embate jurídico de âmbito nacional, em 2017, referente ao impedimento de requisição de exames por parte das enfermeiras da atenção primária no SUS, a partir de ação ajuizada pelo Conselho Federal de Medicina e que as disputas corporativas, em detrimento do interesse comum aos profissionais, gestores, usuários e população de assegurar acesso universal a serviços de saúde de qualidade, constitui uma das principais barreiras ao trabalho interprofissional. Esse cenário também ocorre no contexto mundial sobre as experiências de enfermeiras de prática avançada, ainda que em graus diferentes.

As Práticas Avançadas em Enfermagem, segundo entrevistadas da ABEn, estão sendo avaliadas com certa cautela pela ABEn, que entende que precisa se apropriar melhor e estar mais atuante quanto a esta questão. Há uma preocupação que o mercado de trabalho não absorva essa profissional. Também consideram importante adequar a EPA aos princípios e diretrizes do SUS:

Enfim, a ABEn, e eu estou falando de ABEn nacional, porque eu sou delegada na assembleia da ABEn nacional. Ela está vendo com muita cautela. Não é que somos contrários ainda. Mas isso conflita com todos os indicativos que o SUS preconiza. E o que eu fazer com essa enfermeira, a nurse que eles vão criar? Eu vou criar um mercado de trabalho paralelo? Onde ela vai trabalhar? Qual é a rede que está desenhada para essa enfermeira? A rede privada? (AB, 2021)

Existem questões que devem ser consideradas para incorporação dessas práticas, que incluem a ausência de proteção ao título de EPA, confusão na terminologia e falta de clareza sobre suas atribuições, as barreiras financeiras em relação ao salário, as variações na formulação da EPA nos países, a resistência de outras partes interessadas e ênfase na substituição e no suporte de médicos, e falha na análise dos fatos macroestruturais (sociedade, sistema de saúde, força de trabalho em enfermagem, associações, órgãos de regulação e normatização profissional, instituições formadoras, locais de trabalho), e uso limitado de abordagens baseadas em evidências. Sendo fatores freios à implementação de novas funções nos ambientes clínicos (CASSIANI *et al.*, 2018; MIRANDA *et al.*, 2018).

Diversos estudos ressaltam a questão salarial como motivo de frustração no trabalho das enfermeiras. Um estudo canadense revelou altos níveis de satisfação no trabalho de “nurse practitioners”, contudo os índices de insatisfação, estavam relacionados aos aspectos de remuneração pelo trabalho (MIRANDA *et al.*, 2018). No entendimento das depoentes da ABEn, como a enfermagem não possui o mesmo poder político que a medicina, à enfermagem são delegadas ações que economicamente não seriam do interesse da medicina, o que dificultaria apoio para o desenvolvimento da EPA com reconhecimento salarial e social.

Porque o médico só quer dar para enfermagem aquilo que economicamente não interessa para ele fazer e aquilo que dá trabalho e ele não tem mais interesse. Então sondagem enteral. Bota o enfermeiro. PVC, dá para o enfermeiro. Pressão venosa central. Então assim, ele quer dar para gente. Primeiro porque o mercado paga mal. Não interessa ele fazer. Por que ele disputa o parto com o enfermeiro? Porque o parto paga. (AB, 2021)

Uma depoente da ABEn se preocupa se o mercado de trabalho é capaz de absorver as profissionais formadas no Mestrado Profissional em enfermagem, ou mesmo de garantir retorno financeiro compatível as atividades desenvolvidas. Outra questão apontada, foi se a Atenção Primária acabaria desenvolvendo ações do nível secundário de atenção à saúde e com isso ações específicas do nível primário estariam se perdendo, principalmente por não termos um nível secundário bem desenhado. A crítica quanto ao afastamento das ações vinculadas ao território pela demanda de metas de produtividade é algo apontado tanto pelas profissionais entrevistadas, quanto pelas representantes das Instituições da Enfermagem:

Só que a gente não discute. Hoje você tem um enfermeiro mais capacitado, porque, as mudanças no mundo requerem que você hoje, tenha um conhecimento maior e tem que agregar alguns outros complementos. A área de tecnologia da informação é uma das áreas de conhecimento que você tem, porque se você não tiver, você não faz mais nem a especialização. Quiçá, a pós-graduação estrito senso. Mas isso não é a realidade

do serviço. Está não é a realidade do serviço. E quando você cria esse o mestrado profissional, até hoje ninguém entendeu que o mestrado profissional, ele não forma professor. (AB1, 2021)

O COFEN (2017b) vem desenvolvendo ações para o desenvolvimento da EPA no país em parceria com a OPAS, instituindo uma “Comissão de Práticas Avançadas em Enfermagem” através da Portaria nº 379 de 11 de março de 2016. A comissão vem desenvolvendo atividades como pesquisa bibliográfica sobre o estado da arte da Enfermagem de Práticas Avançada na literatura nacional e internacional e estudo sobre Práticas Avançadas em Enfermagem em países previamente selecionados, entre eles, Portugal, Inglaterra, Espanha e Canadá, que são países com um Sistema Universal de Saúde.

Outras atividades desenvolvidas são: o levantamento sobre as competências/práticas na Lei do Exercício de Enfermagem, nas Resoluções do Conselho Federal de Enfermagem e nos documentos e publicações do Ministério da Saúde; o mapeamento dos protocolos de enfermagem na atenção primária à saúde; o levantamento de currículos de enfermagem, no intuito de realizar um diagnóstico da formação de enfermeiros no Brasil; e uma pesquisa para identificação de Práticas Avançadas em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde no país. O COFEN vem realizando um levantamento nacional das atividades desenvolvidas pelos enfermeiros na Atenção Básica, em parceria com a Universidade de Brasília (UNB), para subsidiar a tomada de decisão para regulamentação da EPA no Brasil.

A página da ABEFACO disponibiliza o questionário de pesquisa “Práticas de Enfermagem no contexto da Atenção Primária à Saúde” da UNB e um canal para esclarecimento de dúvidas sobre EPA com base nas melhores evidências científicas para enfermeiras e enfermeiros da APS no Brasil. O que demonstra maior aproximação entre COFEN e ABEFACO no debate sobre a EPA.

Quando eu assumi a gestão em 2018, o COFEN já tinha um grupo de estudos com alguns presidentes, com representações no Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul, discutindo práticas avançadas e focado na construção dos protocolos de enfermagem [...]. O COFEN avançou muito nessa discussão [...] era um termo de parceria do COFEN com a OPAS, no sentido de se estar discutindo a nível de Mercosul as questões da atuação do profissional enfermeiro nas práticas avançadas na atenção primária. Inclusive encomendou um estudo com a UNB para tratar justamente de fazer um perfil nacional da atuação dos enfermeiros nas práticas avançadas. (CO2, 2021)

A ampliação do cuidado direto coloca em curso um movimento de ressignificação do trabalho da enfermeira na APS, em particular dos sentidos da sua prática clínica, que podem se dar com base na sensação de reprodução do modelo hegemônico da consulta médica, ou no

modelo da clínica ampliada na qual as profissionais ampliam o olhar para a família e para o contexto de vida e trabalho da população adstrita (PEDUZZI *et al.*, 2019). Segundo a enfermeira que fez parte da coordenação de expansão da ESF no município do Rio de Janeiro:

[...] Houve o aumento de demanda, mas não houve valorização financeira do trabalho e a gente ainda tem aí uma discussão com relação à implementação de prática avançada. Então, querer que o enfermeiro faça algumas questões que não estamos ainda preparados dentro do nosso escopo. Eu trabalhei com um médico que ele falava que a gente era técnico em medicina [...] Mas algumas questões, se a gente não tiver cuidado, nós vamos ser vistos como os técnicos em medicina, porque assim, você não é médico, você não pode resolver determinadas situações, as pessoas estão perdendo a [...] o que que é a enfermagem, porque isso foi uma outra questão que a ampliação e a forma como as coisas foram feitas e também da formação dos enfermeiros vêm sendo prejudicadas, porque você vê os enfermeiros esquecendo o que é o cuidado de enfermagem e prestando à toda lógica, toda construção de consulta de enfermagem pautada no modelo biomédico de queixa conduta. (NC, 2021)

Assim, o debate quanto a EPA no campo da enfermagem com seus diferentes agentes, é importante para construir um caminho que garante proteção social para o trabalho da enfermagem, qualidade na atenção à saúde da população e a defesa do SUS. Ainda que o estudo em tela não busque pesquisar diretamente a aplicação da EPA no Brasil, entende-se que colabora para a compreensão de perspectivas, facilitadores e barreiras da prática das enfermeiras na APS associada a direitos sociais do trabalho no cenário nacional, assim como, para perspectivas do papel dessas profissionais. O estudo trata de um contexto específico e faz análise de uma conjuntura específica, contudo, é uma experiência travada em um cenário de disputas entre diferentes agentes com seus ganhos e perdas, que tornam a experiência fonte de referência para a construção de políticas de saúde.

Enquanto produção social, as profissões podem sofrer transformações ao longo tempo que se adequam ao contexto político e social. A EPA traz mudanças para o trabalho da enfermagem e tem se apresentado como uma alternativa para lidar com o problema global de escassez de recursos humanos em saúde. Contudo, podemos inferir que a experiência no município do Rio de Janeiro com expansão da Estratégia de Saúde da Família desenvolvida por meio de parceria com Organizações Sociais de Saúde, seguiu o modelo da reestruturação produtiva, em que as enfermeiras passaram a produzir mais, sem que isso tenha garantido valorização salarial em relação ao que é produzido, apesar do vínculo CLT e de um salário acima da média da enfermeira estatutária do município, além de demissões e rotatividade. Portanto, a implementação da EPA deve vir acompanhada de debates, experiências e estudos sobre flexibilização e precarização do trabalhos da enfermeiras na APS.

Deste modo, observa-se preocupação com o processo de trabalho das enfermeiras na atenção primária, presentes em diversos estudos internacionais e nacionais, mas do ponto de vista da retenção e ações da profissional no serviço de saúde, suprimindo as necessidades da cobertura universal, para lidar com desafios do envelhecimento populacional e alta prevalência das doenças crônicas não transmissíveis, pouco se discute as relações de trabalho, a precarização, a garantia dos direitos sociais do trabalho, e a valorização profissional.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo em tela teve como objetivo analisar os efeitos do modelo de expansão da Atenção Primária à Saúde no município do Rio de Janeiro/RJ (2009-2019) e suas consequências para o processo de trabalho das enfermeiras que atuam na atenção primária, incluindo as relações de trabalho.

No cenário complexo do setor público de saúde, destaca-se a centralidade do trabalho das enfermeiras que integrado ao trabalho das demais categorias profissionais, ocupa um papel estratégico que hora se intensifica. Seu processo de trabalho, com as mudanças proporcionadas nas últimas décadas, principalmente com a implementação da ESF, envolve a ampliação da assistência direta aos sujeitos individual e coletivo, a articulação dos diferentes profissionais da equipe de saúde, e a organização, manutenção e coordenação de processos que garantam o desenvolvimento dos serviços, onde o desempenho das profissionais visa favorecer os atributos essenciais e secundários da APS, considerando as especificidades dos territórios.

O modelo implementado no município do Rio de Janeiro para expansão da atenção primária à saúde em parceria com as Organizações Sociais de Saúde, viabilizou uma cobertura importante de estratégia de saúde da família, ampliou a oferta de assistência à saúde e alterou positivamente principais indicadores de saúde. Houve um aumento do quantitativo de enfermeiras na rede, que foram terceirizadas por meio de contrato CLT em substituição a vínculos mais flexíveis. Contudo, o processo de trabalho das enfermeiras passou a ser pautado mais expressivamente, pelos contratos de gestão, umas formas de regulação das OSS pelos município.

Observa-se com estudo que a necessidade de desenvolver o trabalho prescrito, com um escopo ampliado das ações, implica em frustração quanto ao trabalho real, por não estarem compatíveis com os principais fundamentos da estratégia de saúde da família, cujo foco são as necessidades da população no território e não metas de produção que não possuem aderência a realidade local. Para as enfermeiras há um descompasso entre o que é exigido, o que é realizado, e o ideal.

A flexibilização das relações de trabalho no espaço público e as excessivas demandas, entre elas, as metas de produção, constituem um fator de estresse, oportunizando repercussões na qualidade dos cuidados e distanciamento de ações essenciais na estratégia de saúde da família, como análise do território, além de contribuir para reprodução de uma atenção biomédica e disputas entre as profissionais visando metas de produção. Apesar do investimento

profissional individual buscando os atributos da atenção primária e a qualidade do serviço, as dificuldades no cotidiano do serviço produzem nas enfermeiras a sensação de “*enxugar gelo*”, cansaço físico e emocional, o que implica em ir além da capacidade física e mental para manter a qualidade do serviço.

Um estudo de Vieira (2016) demonstra um aumento das consultas de enfermagem e redução das visitas domiciliares realizadas por enfermeiras corroborando com o achados apresentados neste estudo. O controle de resultados acaba por capturar a atenção profissional para esse controle, colocando os usuários do SUS na posição de cliente recebendo o produto entregue pelo município, o que disfarça os meios utilizados para alcançá-lo, como por exemplo, a ampliação das atividades desempenhadas ainda que se mantenha a carga horária de trabalho das enfermeiras.

A enfermagem tem um histórico de múltiplos empregos para compor sua renda, a estratégia de saúde da família oportunizou a possibilidade de um único emprego, pela necessidade de cumprimento de uma carga horária de 40h e pela ampliação do salário que ainda se encontra discrepante ao de outras categorias profissionais, e aquém do trabalho que é desenvolvido. A contratação por meio das OSS proporciona rotatividade e redução salarial. As diferenças salariais e de vínculos entre as enfermeiras geram conflitos, dificultando o exercício da empatia e a percepção de compartilharem as mesmas fragilidades, o que enfraquece a luta por direitos e melhores condições de trabalho.

Assim como no Brasil, nos outros países da América Latina e Caribe (ALC), as enfermeiras na APS vem desempenhando ações além do seu campo de atuação, determinadas pela necessidade crescente da população por saúde e alinhamento às políticas de saúde nesses países para atingir um sistema de saúde universal ou uma cobertura universal de saúde. Seu trabalho também é multifacetado, incluindo a prevenção de doenças, promoção à saúde, educação e saúde, gestão e cuidados domiciliares. Esses fatores têm gerado uma série de medidas para regulação do trabalho das profissionais, reduzindo o risco de responsabilidades éticas. A prescrição de medicamentos e solicitação de exames é um exemplo que pode ser citado nesse sentido, e que vem gerando disputas com a medicina.

Em um momento que se discute a ampliação das competências das enfermeiras na APS, a partir da prática avançada em enfermagem, algo mais consolidado em países desenvolvidos, sendo esta inclusive, uma estratégia para lidar com escassez de recursos humanos na saúde e de se obter uma cobertura universal (CUS), observa-se que na realidade brasileira o processo de

trabalho das enfermeiras é permeado por uma série de atribuições que geram sobrecarga de trabalho. O que torna o trabalho possível é a relativização das “regras” e reconhecimento do valor do seu trabalho na experiência cotidiana com as famílias, ainda que por vezes, encontre resistência de outros profissionais. O “trabalho polivalente”, “multifuncional”, “qualificado”, com base em metas, tem viabilizado melhores resultados de saúde e inserção das enfermeiras no mercado de trabalho no município do Rio de Janeiro/RJ, mas mantém fragilizadas as relações de trabalho das profissionais.

Em relação as instituições que representam a enfermagem, observa-se que possuem objetos de luta em comum como a valorização da enfermagem, a garantia constitucional do direito à saúde e a defesa do SUS, mas vão divergir em algumas pautas, que perpassam por estes objetos, como por exemplo a EPA, muito pelas responsabilidades de cada instituição. O COREN vem investindo esforços para o seu desenvolvimento no Brasil, principalmente na APS, utilizando como referência justificativas da OMS. Enquanto, a ABEn vê com cautela e reconhece que necessita compreender melhor esse cenário, considera que o mestrado profissional pode qualificar sem ocorrer absorção pelo mercado de trabalho.

Há uma relativa divergência também em relação a administração de medicamentos, a ABEn considera que a formação em enfermagem não dá conta de preparar as profissionais e que a prescrição interfere em sua identidade, enquanto o COREN, procura respaldar as ações das enfermeiras garantindo a prescrição, evitando que venham a ser responsabilizadas eticamente. Contudo, as instituições se unem quando uma instituição externa ao campo da enfermagem tenta por meio de ações judiciais, pautar as ações da enfermagem.

As instituições não foram favoráveis a inclusão das OSS intermediando as relações entre profissionais e a prefeitura. Consideram que fragilizou as relações de trabalho, principalmente quando ocorreu a mudança do gestor municipal. Por outro lado, consideram a residência em enfermagem um ganho importante, assim como, os protocolos de enfermagem. A construção dos protocolos, favoreceu maior integração entre COREN e SMS, no entanto, a ABEn não se sentiu representada nesse processo. Apesar dos protocolos terem permitido maior negociação política para o COREN, aparentemente foi efêmero, uma vez que, após a mudança do gestor municipal, o COREN passou a participar menos dos processos decisórios.

As questões apontados no estudo fragilizam o trabalho das enfermeiras e são acrescidos às fragilidades da própria profissão. Apesar da ampliação da empregabilidade para enfermagem com o SUS, esse crescimento ainda é baixo, seja na esfera pública, privada ou filantrópica, no

qual se adota a política de manter percentuais baixos de enfermeiras na composição da equipe de Enfermagem, gerando clara sobrecarga para essas profissionais. A lógica neoliberal nas relações de trabalho, expressa a precarização do trabalho das enfermeiras, e aponta para outras realidades, como o contrato intermitente, já previsto na legislação brasileira do trabalho (Lei 13.467/2017), e uso de aplicativos com oferta de serviços de saúde. Outra questão, são as investidas do setor privado na APS, que percebendo seu potencial, passou a aplicar esforços na área.

Infere-se a importância da atenção primária a saúde para a população, ao mesmo tempo, a fragilidade do sistema de saúde na contratação e manutenção da força de trabalho, principalmente da enfermagem com o aumento de suas atribuições, com o agravante da erosão dos direitos sociais e o cerceamento dos direitos civis e políticos promovidos pelo atual governo federal que impactam nos determinantes sociais de saúde e ameaçam a universalidade, integralidade e equidade no Sistema Único de Saúde (SUS).

REFERÊNCIAS

- ACIOLI, S.; KEBIAN, L.V.A.; FARIA, M.G.A.; FERRACIOLI, P.F.; CORREA, V.A.F. Práticas de cuidado: o papel do enfermeiro na atenção básica [Nurses' work with children with cancer: palliative care]. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 22, n. 5, p. 637-642, 2014.
- AESCHBACHER, R.; ADDOR, V. Institutional effects on nurses' working conditions: a multi-group comparison of public and private non-profit and for-profit healthcare employers in Switzerland. **Human resources for health**, v. 16, n. 1, p. 1-10, 2018.
- AGUIRRE-BOZA, F.; MACKAY, M. C. C.; PULCINI, J.; BRYANT-LUKOSIUS, D. Implementation strategy for advanced practice nursing in primary health care in Chile. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 32, p. 120-128, 2019.
- ALMEIDA, E. R. D.; SOUSA, A. N. A. D.; BRANDÃO, C. C.; CARVALHO, F. F. B. D.; TAVARES, G.; SILVA, K. C. Política Nacional de Atenção Básica no Brasil: uma análise do processo de revisão (2015–2017). **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 42, p. e180, 2018.
- ALMEIDA, W.B.N. **As repercussões da reestruturação Produtiva sobre o enfermeiro da estratégia de saúde da Família**. 2021 [Dissertação]. Mestrado em Educação Profissional em Saúde. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Rio de Janeiro, 2021.
- ALVAREZ, A.M. ABEn 90 anos e a Revista Brasileira de Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 69, nº. 6, pág. 1011-1012, 2016.
- ANDRADE, A. M.; SILVA, K. L.; SEIXAS, C. T.; BRAGA, P. P. Atuação do enfermeiro na atenção domiciliar: uma revisão integrativa da literatura. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 70, p. 210-219, 2017.
- ANDRADE, A.M; SILVA, K.L. Adaptações e invenções na práxis do enfermeiro na atenção domiciliar: implicações da prática reflexiva. **Escola Anna Nery**, v. 22, 2018.
- ANDRADE, L.O.M.; BARRETO, I.C.H.C.; BARRETO, C.D. **A estratégia de Saúde da Família**. In: Fundamentos e práticas da Atenção Primária à Saúde: medicina ambulatorial. Porto Alegre: Artmed, pp.80 – 100, 2006.
- ANINANYA, G. A.; OTUPIRI, E.; HOWARD, N. Effects of combined decision-support and performance-based incentives on reported client satisfaction with maternal health services in primary facilities: A quasi-experimental study in the Upper East Region of Ghana. **PloS one**, v. 16, n. 4, p. e0249778, 2021.
- ANTUNES, Ricardo. Os modos de ser da informalidade: rumo a uma nova era da precarização estrutural do trabalho? **Configurações. Revista Ciências Sociais**, n. 7, p. 155-166, 2010.
- ANTUNES, Ricardo; DRUCK, Graça. A terceirização como regra. **Rev TST**, v. 79, n. 4, p. 214-31, 2013.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM (ABEn). **Estatuto da Associação Brasileira de Enfermagem**. Rio de Janeiro, 2018. Disponível em:

<https://www.abennacional.org.br/site/wp-content/uploads/2019/01/Estatuto-ABEn-FINAL.pdf>. Acesso em 17 jul. 2021

BARALDI, S. **Supervisão, Flexibilização e Desregulamentação no Mercado de Trabalho: antigos modos de controle, novas incertezas nos vínculos de trabalho da enfermagem**. Tese de Doutorado. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2005.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BARROS, Clóvis. **A sociologia de Pierre Bourdieu e o campo da comunicação: Uma proposta de investigação teórica sobre a obra de Pierre Bourdieu e suas ligações conceituais e metodológicas com o campo da comunicação**. 2003. Tese de Doutorado. Tese de doutorado, Escola de Comunicação e Artes da Universidade de São Paulo.

BIFF, D; PIRES, D.E.P; FORTE, E.C.N; TRINDADE, L.L; MACHADO, R.R; AMADIGI, F.R; SCHERER, M.D.A; SORATTO, J. Nurses' workload: lights and shadows in the Family Health Strategy. *Cien Saude Colet. Ciência & saúde coletiva*, v. 25, p. 147-158, 2020.

BLOISE, M.S. Os Gerentes de Unidades Básicas de Saúde do município do Rio de Janeiro: perfil, vivências e desafios. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2015.

BOURDIEU, P. **O poder simbólico**. Rio de Janeiro: ED. Bertrand, 1989.

BOURDIEU, P. **Questões de sociologia**. Rio de Janeiro: ED. Marco Zero, 1983.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019**. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação no 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Diário Oficial da União 2019. Disponível em <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.979-de-12-de-novembro-de-2019-227652180>. Acesso em 15 jul de 2021

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, [2017]. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/gabinete-do-ministro/16247-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017>. Acesso em 30 nov. 2017

BRASIL. Constituição. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. Decreto Federal nº 20.931/32. Regula e fiscaliza o exercício da medicina, da odontologia, da medicina veterinária e das profissões de farmacêutico, parteira e enfermeira, no Brasil, e estabelece penas. Diário Oficial da União de 11 de janeiro de 1932. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1930-1949/d20931.htm. Acesso em: 03/02/18.

BRASIL. Decreto Federal nº 3.171/41. Reorganiza o Departamento Nacional de Saúde, do Ministério Educação e Saúde, e dá outras providências. Diário Oficial da União de 11 de janeiro de 1932. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/1937-1946/De13171.htm. Acesso em: 04/07/2019.

BRASIL. Decreto Federal nº 31.417/52. Declara de utilidade pública a Associação Brasileira de Enfermeiras Diplomadas, com sede no Distrito Federal. Diário Oficial da União de 11 de setembro de 1952. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1950-1959/decreto-31417-9-setembro-1952-338083-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 04/08/19.

BRASIL. Decreto Federal nº 50.387/61. Regulamenta o exercício da enfermagem e suas funções auxiliares no território nacional. Diário Oficial da União de 11 de janeiro de 1932. Disponível em <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1960-1969/decreto-50387-28-marco-1961-389972-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 07/10/19.

BRASIL. Decreto Federal nº 7.508/11. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União de 11 de janeiro de 1932. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm. Acesso em: 29/05/20.

BRASIL. Decreto Federal nº 94.406/87. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências. Diário Oficial da União de 11 de janeiro de 1932. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1980-1989/d94406.htm. Acesso em: 07/10/18.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 29, de 13 de outubro de 2000**. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao ato das disposições constitucionais transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 14 de setembro de 2000. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm#:~:text=EMENDA%20CONSTITUCIONAL%20N%C2%BA%2029%2C%20DE,e%20servi%C3%A7os%20p%C3%ABlicos%20de%20sa%C3%BAde. Acesso em: 13/12/20.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016**. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 14 de setembro de 2000. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm. Acesso em: 17/07/21.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 19 de 04 de junho de 1998**. Modifica o regime e dispõe sobre princípios e normas da Administração Pública, servidores e agentes políticos, controle de despesas e finanças públicas e custeio de atividades a cargo do Distrito Federal, e dá outras providências. Diário Oficial da União. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc19.htm. Acesso em: 15/08/21.

BRASIL. **Lei Complementar nº.101, de 4 de maio de 2000**. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. Disponível em <http://www.senado.gov.br>. Acessado em 17 out 2021.

BRASIL. **Lei nº 9.637 de 15 de maio de 1998**. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e

entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências. Diário Oficial da União. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19637.htm. Acesso em: 22/03/21.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 648/ GM, de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0648_28_03_2006.html. Acesso em: 04/05/20.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs). Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 22 out. 2011. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em: 24/03/21.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 379, de 14 de setembro de 2021**. Aprova o Regulamento Técnico da Qualidade e os Requisitos de Avaliação da Conformidade para Pneus Novos – Consolidado. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 2021. Disponível em: <https://in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-379-de-14-de-setembro-de-2021-345933914>. Acesso em: 22/06/21.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. IBGE. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php. Acesso em: 1 mar 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012

BRASIL. **Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão**. Secretaria de Gestão. Gestão pública para um Brasil de Todos: um plano de gestão para o Governo Lula. Brasília, DF: SEGES, 2003.

BRASIL. Presidência da República. **Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado**. Brasília: Mare, 1995.

BRASIL. **Resolução CNS nº466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União. Brasília, 2012. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 16/07/20.

BRASIL; BRASIL. **Lei nº 13.467 de 13 de julho de 2017**. Altera a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, e as Leis nº 6.019, de 3 de janeiro de 1974, 8.036, de 11 de maio de 1990, e 8.212, de 24 de julho de 1991, a fim de adequar a legislação às novas relações de trabalho. Diário Oficial [da] República Federativa

do Brasil, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/113467.htm. Acesso em 21/09/18.

BRASIL; BRASIL. **Lei nº 4.498 de 25 de junho de 1986**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em 30/04/21.

BRASIL; BRASIL. **Lei nº 5.905 de 12 de julho de 1973**. Dispõe sobre a criação dos Conselhos Federal e Regionais de Enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, 1973. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/15905.htm. Acesso em 17/08/21.

BRASIL; BRASIL. **Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Disponível em: 1990. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em 01/10/19.

BRASIL; BRASIL. **Lei nº 9.790 de 23 de março de 1999**. Dispõe sobre a qualificação de pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, institui e disciplina o Termo de Parceria, e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, 1999. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19790.htm. Acesso em 19/05/21.

BRESSER-PEREIRA. Brasil. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. **A Reforma administrativa do sistema de saúde/ Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. Brasília: MARE**, 1998. 33 p. (Cadernos MARE da reforma do estado; c. 13)

BRITO, L.L. **O intelectual e o Desmonte do Estado no Brasil: Luiz Carlos Bresser Pereira e o MARE (Ministério Extraordinário da Administração e Reforma do Estado)**. Tese de Doutorado, História Social. Universidade Federal Fluminense. Março de 2016.

CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (CNES). **Consulta Profissionais: identificação**. 2021. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/pages/profissionais/extracao.jsp>. Acesso em 20 mar. 2021.

CANABRAVA, C. M.; ANDRADE, E. I. G.; JANONES, F. A.; ALVES, T. A.; CHERCHIGLIA, M. L. Sistema Único de Saúde e o terceiro setor: caracterização de entidades, não hospitalares, que possuem serviços em atenção básica de saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, 23, 115-126, 2007

CARNEIRO JUNIOR, N.; NASCIMENTO, V.B.; COSTA, I.M.C. Relação entre Público e Privado na Atenção Primária à Saúde: considerações preliminares. **Saúde e Sociedade**, v. 20, p. 971-979, 2011.

CARNEIRO, C.C.; MARTINS, M.I.C. Novos modelos de gestão do trabalho no setor público de saúde e o trabalho do agente comunitário de saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 13, p. 45-66, 2015.

CARVALHO, B.G; PEDUZZI, M.; NUNES, E.D.F.P.D.A.; LEITE, F.D.S.; SILVA, J.A.M.D Gerência de unidade básica de saúde em municípios de diferentes portes: perfil e instrumentos gerenciais utilizados. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, p. 907-914, 2014.

CARVALHO, M. N.; COSTA, E. M. O. D.; SAKAI, M. H.; GIL, C. R. R.; LEITE, S. N. Expansão e diversificação da força de trabalho de nível superior nas Unidades Básicas de Saúde no Brasil, 2008-2013. **Saúde em Debate**, v. 40, p. 154-162, 2016.

CASSIANI, S. H. D. B.; FERNANDES, M. N.F.; REVEIZ, L.; FREIRE FILHO, J. R.; SILVA, F. A. M. Combinação de tarefas do enfermeiro e de outros profissionais na atenção primária em saúde: uma revisão sistemática. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 44, 2020.

CASSIANI, S. H. D. B.; HOYOS, M. C.; BARRETO, M. F. C.; SIVES, K.; SILVA, F. A. M. Distribución de la fuerza de trabajo en enfermería en la Región de las Américas. **Revista panamericana de salud publica**, v. 42(72), 2018.

CASTRO, A.L.B. **A condução federal da política de atenção primária à saúde no Brasil: continuidades e mudanças no período de 2003 a 2008**. 2009. [Dissertação] Mestrado em Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2009.

CELLARD, A. A Análise Documental. In: POUPART, JEAN, *et al.*, (EDS.). **A Pesquisa Qualitativa: Enfoques Epistemológicos E Metodológicos**. Petrópolis, RJ: VOZES, 2008.

CHAVES, L.D.P; TANAKA, O.Y. O enfermeiro e a avaliação na gestão de Sistemas de Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, p. 1274-1278, 2012.

COELHO M.M.F.; MIRANDA K.C.L.; GUEDES M.V.C.; MONTEIRO A.R.M.; SILVA L.F.; LEITE A.C.S. Applicability of ICNP® based on the theory of modeling and role-modeling. **Rev Bras Enferm**;67(3):438-42, 2014.

CONFERÊNCIA DE ENFERMAGEM DO ESTADO DE SANTA CATARINA, 1., 2016, Florianópolis, SC: Conselho Federal de Enfermagem, 2017. Disponível em: http://www.corensc.gov.br/wp-content/uploads/2016/08/TEXT0-NORTEADOR_.pdf. Acesso em: 21/04/20.

CONILL, E.; FAUSTO, M. **Análisis de la problemática de la integración de la APS en el contexto actual: causas que inciden en la fragmentación de servicios y sus efectos en la cohesión social**. Rio de Janeiro: Euro Social Salud, 2007.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Diretrizes para elaboração de protocolos de enfermagem na Atenção Primária À Saúde pelos Conselhos Regionais / Conselho Federal de Enfermagem**. – Brasília: COFEN, 2018.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução COFEN n° 159/1993. Revogada pela Resolução Cofen n° 544/2017. Brasília (DF): COFEN; 2017. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-1591993_4241.html. Acesso em: 26/10/21.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução COFEN n° 195/1997**. Dispõe sobre a solicitação de exames de rotina e complementares por Enfermeiro, 1997.

Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-1951997_4252.html. Acesso em: 26/10/21.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução COFEN nº 509/2016**. *Atualiza a norma técnica para Anotação de Responsabilidade Técnica pelo Serviço de Enfermagem e define as atribuições do enfermeiro Responsável Técnico.*, 1997. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05092016-2_39205.html. Acesso em: 26/10/21.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução COFEN nº 358/2009 de 15 de novembro de 2009**. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do processo de enfermagem em ambientes públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem e dá outras providências. 2009. Diário Oficial da União (BR): 203; seção 1; 179. Disponível em: http://www.abennacional.org.br/site/wp-content/uploads/2019/01/resolucao_358-2009.pdf. Acesso em: 26/10/21.

CÓRDOVA, M. I. P.; MIER, N.; QUIRARTE, N. H. G.; GÓMEZ, T. G.; PIÑONES, S.; BORDA, A. Role and working conditions of nurses in public health in Mexico and Peru: a binational qualitative study. **Journal of nursing management**, v. 21, n. 8, p. 1034-1043, 2013.

COSTA E SILVA, V. C.; ESCOVAL, A.; HORTALE, V. A. Contratualização na Atenção Primária à Saúde: a experiência de Portugal e Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 19(8):3593-3604, 2014

COSTA, N. D. R.; SILVA, I. D. M.; LIMA, P. T. D.; SILVA, T. S. D.; COSTA, I. C. M. D.; FIGUEIREDO, I. V. O. A implantação em larga escala da Estratégia de Saúde da Família na cidade do Rio de Janeiro, Brasil: evidências e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 2075-2082, 2021.

CUMMINGS, G.G; MACGREGOR, T; DAVEY, M; LEE, H; WONG, C.A; LO E, et al. Leadership styles and outcome patterns for the nursing workforce and work environment: a systematic review. **Int J Nurs Stud**. 2010;47(3):363-85

CURY, C. R. J. **A gestão democrática na escola e o direito à educação**. RBPAAE – v.23, n.3, p. 483-495, set./dez. 2007.

DAUMAS, R. P.; SILVA, G. A.; TASCA, R.; LEITE, I. D. C.; BRASIL, P.; GRECO, D. B.; CAMPOS, G. W. D. S. (2020). O papel da atenção primária na rede de atenção à saúde no Brasil: limites e possibilidades no enfrentamento da COVID-19. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, p. e00104120, 2020.

DAVID, H. M. S. L.; ACIOLI, S.; SEIDL, H. M.; BRANDÃO, O. S. O enfermeiro na Atenção Básica: processo de trabalho, práticas de saúde e desafios contemporâneos. *In.*: MENDONÇA, et al., (org.) **Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa**, p. 337-68, 2018.

DEFINITION and Characteristics of the role. **NP/APN Network**, 2018. Disponível em: <https://international.aanp.org/practice/apnroles#:~:text=potential%20roles%20worldwide,-,Definition,he%20is%20credentialed%20to%20practice>. Acesso em 16 jul. 2021.

DESEMPENHO da Atenção Primária à Saúde no Brasil é alvo de pesquisa inédita. **Saude.gov**, 22 de outubro de 2020. Disponível em:

<https://aps.saude.gov.br/noticia/10136#:~:text=Atualmente%2C%20o%20Brasil%20tem%20mais,Aten%C3%A7%C3%A3o%20Prim%C3%A1ria%20atuando%20no%20territ%C3%B3rio.&text=Al%C3%A9m%20disso%2C%20para%20amplia%C3%A7%C3%A3o%20da,Mais%20M%C3%A9dicos%20na%20Aten%C3%A7%C3%A3o%20Prim%C3%A1ria.> Acesso em: 22/05/21.

DRUCK, Graça. Trabalho, precarização e resistências: novos e velhos desafios? **Caderno Crh**, v. 24, p. 37-57, 2011.

DRUCK. G. A Terceirização na Saúde Pública: Formas diversas de precarização do trabalho. **Trab.Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v.14, supl.1, p.15-43,2016.

DURAND, J.P. A refundação do trabalho no fluxo tensionado. **Tempo Social**, v. 15, p. 139-158, 2003.

EM BOLETIM informativo, COFEN defende a manutenção da PNAB – 2011. **Cofen**, 21 de agosto de 2017a. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/em-boletim-informativo-cofen-defende-a-manutencao-da-pnab-2011_54381.html. Acesso em 21 jul. 2021.

ENFERMAGEM latina e caribenha debate práticas avançadas e rumos da profissão. **Cofen**, 06 de novembro de 2017. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/enfermagem-latina-e-caribenha-debate-praticas-avancadas-e-rumos-da-profissao_57823.html. Acesso em 21 jul. 2021.

ESCOVAL, A.; RIBEIRO, R. S.; MATOS, T. T. A contratualização em Cuidados de Saúde Primários: o contexto internacional. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. Volume Temático: 9, 2010.

ESTADOS UNIDOS DO BRASIL. Atos do Poder executivo. Decreto no 16.300 de 31 de dezembro de 1923 aprova o regulamento do Departamento Nacional de Saúde Pública. 1924 fev. 01;(Seção 1):3199-314.

FARIA, J.H.D. Teoria crítica em estudos organizacionais no Brasil: o estado da arte. **Cadernos EBAPE. br**, v. 7, p. 509-515, 2009.

FERNANDES, M.C.; BARROS, A.S.; SILVA, L.M.S.; NÓBREGA, M.F.B.; SILVA, M.R.F.; TORRES, R.A.M. Análise da atuação do enfermeiro na gerência de unidades básicas de saúde. **Rev. Bras Enferm.** 2010;63(1):11-5.

FONTENELLE, Leonardo Ferreira. Mudanças recentes na Política Nacional de Atenção Básica: uma análise crítica. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 7, n. 22, pág. 5-9, 2012.

GALAVOTE, H.S.; ZANDONADE, E.; GARCIA, A.C.P.; FREITAS, P.S.S.; SEIDL, P.S.S.; CONTARATO, P.C.; ANDRADE, M.A.C.A.; LIMA, R.C.D. **O trabalho do enfermeiro na atenção primária à saúde**. Esc Anna Nery, 2016; 20(1):90-98.

GALBANY-ESTRAGUÉS, P.; NELSON, S. Migration of Spanish nurses 2009–2014. Underemployment and surplus production of Spanish nurses and mobility among Spanish registered nurses: A case study. **International Journal of Nursing Studies**, v. 63, p. 112-123, 2016.

GARCIA, C.L.L.M.; MOREIRA, A. A ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM E A CRIAÇÃO DO CONSELHO PROFISSIONAL NO BRASIL NO BRASIL. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 1, n. 1, pág. 97-110, 2009.

GIDDENS, A. **A Terceira Via - reflexões sobre o impasse político atual e o futuro da social-democracia**. Rio de Janeiro. Record. 2001.

GIL, A. C. **Como Delinear uma Pesquisa Documental?** In: Como elaborar projetos de pesquisa. São Paulo: Atlas, 1996, p. 82-85.

GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; MENDONÇA, M.H.M.; SENNA, M.C.M. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para atenção básica no Brasil. **Revista Panamericana de Saúde Pública**, v. 21, p. 164-176, 2007.

GIOVANELLA, L.; MARTUFI, V.; MENDOZA, D. C. R.; MENDONÇA, M. H. M. D.; BOUSQUAT, A. E. M.; PEREIRA, R. A. G.; MEDINA, M. G. A contribuição da atenção primária à saúde na rede SUS de enfrentamento à Covid-19. **Saúde em Debate**, v. 44(126), p. 1-21, 2020.

GIOVANELLA, L.; MENDOZA-RUIZ, A.; PILAR, A. D. C. A.; ROSA, M. C. D.; MARTINS, G. B.; SANTOS, I. S.; MACHADO, C. V. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 1763-1776, 2018.

GOMES, A.T.L.; SALVADOR, P.; RODRIGUES, C.C.F.M.; ASSIS, Y.M.S. BEZERRIL, M.S.; SANTOS, V.E. Os caminhos percorridos pela Enfermagem brasileira na pesquisa: estudo documental. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 16, n. 2, p. 226-237, 2017.

GOMES, D. **A Subjetividade Do Profissional Da Saúde Pós reestruturação Produtiva**. Tese de Doutorado. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2013.

GONÇALVES, R.B.M. **Medicina e história: raízes sociais do trabalho médico**. São Paulo [Dissertação de Mestrado – Faculdade de Medicina da USP], 209 p.

GONÇALVES, R.B.M. Prática em saúde: processos de trabalho e necessidades. In: **Prática em Saúde: Processos de Trabalho e Necessidades**. 1992. pág. 53-53.

HALL, P.A.; TAYLOR, R.C.R. As três versões do neo-institucionalismo. **Lua Nova: revista de cultura e política**, p. 193-223, 2003.

HARZHEIM, E.; LIMA, K.M.; HAUSER, L.; **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: OPAS, 2013.

HASSMILLER, Susan B.; PULCINI, Joyce (Ed.). **Advanced Practice Nursing Leadership: A Global Perspective**, 2020.

HONIG, J.; DOYLE-LINDRUD, S.; DOHRN, J. Moving towards universal health coverage: advanced practice nurse competencies. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 27, 2019.

JESUS, R.L.; ENGSTROM, E; BRANDÃO, A.L. A Expansão da Estratégia Saúde da Família no Rio de Janeiro, 2009-2012: estudo de caso numa área da cidade. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 10, n. 37, p. 1-11, 2015.

JESUS, R.V.L. **A expansão da Estratégia Saúde da Família na Cidade do Rio de Janeiro 2009-2012: estudo de caso na Área Programática 5.3**. 2013. 92 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2013.

KAHL, C.; MEIRELLES, B. H. S.; LANZONI, G. M. D. M.; KOERICH, C.; CUNHA, K. S. D. Ações e interações na prática clínica do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde. **Rev Esc Enferm USP** · 2018; 52:e03327.

KAHL, C.; MEIRELLES, B.H.S; CUNHA, K.S.D; BERNARDO, M.D.S; ERDMANN, A.L. Contributions of the nurse's clinical practice to Primary Care. **Revista brasileira de enfermagem**, 72, 354-359, 2019

KRAUZER, I. M.; DALL'AGNOLL, C. M.; GELBCKE, F. L.; LORENZINI, E.; FERRAZ, L. A construção de protocolos assistenciais no trabalho em enfermagem. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 22, p. 1-9, 2018.

LAURELL, A.C. Social policy and health policy in Latin America: a field of political struggle. **Cadernos de saúde publica**, v. 33, 2017.

LESSA, A.B.S.L.; ARAÚJO, C.N.V. A enfermagem brasileira: reflexão sobre sua atuação política. **REME rev. min. enferm**; 17(2): 238-244, abr.-jun. 2013.

LEVI, M. Uma lógica de mudança institucional. **Dados, Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, IUPERJ, v. 34, n. 1, 1991.

LIMA, L.D.; MACHADO, C.V.; GERASSI, C.D.O neo-institucionalismo e a análise de políticas de saúde: contribuições para uma reflexão crítica. In MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. **Caminhos para análise das políticas de saúde**, 2011. p.111-137.

MAAITAH, R.A.I.; ABUALRUB, R.F. Exploration of priority actions for strengthening the role of nurses in achieving universal health coverage. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 25, 2017.

MACHADO M. H; WERMELINGER M.; VIEIRA M; OLIVEIRA E.; LEMOS W.; AGUIAR FILHO W.; LACERDA W.F.; SANTOS M. R.; SOUZA JUNIOR P.B.; JUSTINO E.; BARBOSA C. **Aspectos Gerais da Formação da Enfermagem: O Perfil da Formação dos Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares**. *Enferm. Foco* 2016; 6 (2/4): 15-34.

MACHADO, C.V; BAPTISTA, T.W.S; NOGUEIRA, C.O. Políticas de saúde no Brasil nos anos 2000: a agenda federal de prioridades. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 27(3):521-532, mar, 2011.

MACHADO, M. H.; KOSTER, I.; AGUIAR, W.; WERMELINGER, M. C. D. M. W.; FREIRE, N. P.; PEREIRA, E. J. Mercado de trabalho e processos regulatórios–a Enfermagem no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 101-112, 2019.

MACHADO, M.H; PEREIRA, E.J; NETO, F.R.G.X; MESQUITA, M.C; WERMELINGER, W. Enfermagem em tempos de covid-19 no brasil: um olhar da gestão do trabalho. **Enfermagem em Foco**, v. 11, n. 1. ESP, 2020.

MACHADO, M.H; WERMELINGER, M; VIEIRA, M; OLIVEIRA, E; LEMOS, W; AGUIAR FILHO, W; LACERDA, W.F; SANTOS, M.R; SOUZA JUNIOR, P.B; JUSTINO, E; BARBOSA, C. Aspectos Gerais da Formação da Enfermagem: O Perfil da Formação dos Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares. **Enfermagem em foco**, v. 7, n. ESP, p. 15-34, 2016.

MACIEL FILHO R.; PIERANTONI C.R. **O médico e o mercado de trabalho em saúde no Brasil: revendo conceitos e mudanças.** In: Brasil. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análises. Brasília: MS; 2004. v.2. p.139-62.

MARCH. J.V.; OLSEN, J.P. **Neo-Institucionalismo: Fatores organizacionais na vida política.** Rev. Sociol. Polít., Curitiba, v. 16, n. 31, p. 121-142, nov. 2008.

MARTINIANO, C. S.; COÊLHO, A. A.; SOUZA, M. B.; BRANDÃO, I. C. A.; SILVA, A. K. F.; COSTA Uchôa, S. Caracterização da prescrição de medicamentos por enfermeiros nos protocolos de Atenção Primária à Saúde [Characterization of medication prescription by nurses in Primary Health Care protocols]. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 24, n. 3, p. 13923, 2016.

MARTIN-MISENER, R.; BRYANT-LUKOSIUS, D. Guest Editors' Reflections on Progress in the Development of Advanced Practice Nursing in Canada. **Nursing Leadership (Toronto, Ont.)**, v. 29, n. 3, p. 6-13, 2016.

MARTINS, G.A.; THEÓPHILO, C.R. **Metodologia da investigação científica para ciências sociais aplicadas.** 2.ed. São Paulo: Atlas, 2009.

MARTINS, M.I.C; MOLINARO, A. Reestruturação produtiva e seu impacto nas relações de trabalho nos serviços públicos de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, p. 1667-1676, 2013.

MEDEIROS, K. R. D.; ALBUQUERQUE, P. C. D.; TAVARES, R. A. W.; SOUZA, W. V. D. Lei de Responsabilidade Fiscal e as despesas com pessoal da saúde: uma análise da condição dos municípios brasileiros no período de 2004 a 2009. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 1759-1769, 2017.

MELO E SILVA, L. Trabalho de enfermagem como serviço: comentários esparsos de caráter geral e fatos relevantes de caráter particular. In.: SOUZA, Helton Saragor; MENDES, Áquila. **Trabalho e Saúde no capitalismo contemporâneo: Enfermagem em foco.** Rio de Janeiro: DOC Content 1º ed, 2016.

MELO, C.M.M.D.; SANTOS, T.A.D. A participação política de enfermeiras na gestão do Sistema Único de Saúde em nível municipal. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 16, p. 426-432, 2007.

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. **Ciência & Saúde Coletiva**, 24(12):4593-4598, 2019.

MELO, P.H.P.G. **Organizações sociais em Pernambuco: o desenho institucional do controle externo sobre os contratos de gestão.** Rio de Janeiro: FGV, 2012. Dissertação de Mestrado. Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas. Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, 2012.

MENDES, E.V. A atenção primária à saúde no SUS. In: **A atenção primária à saúde no SUS.** 2002. pág. 89-89.

MINAYO, M.C.S.; SANCHES, O. Quantitativo – Qualitativo: Oposição ou Complementaridade? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 9 (3): 239-262, Jul/Set, 1993.

MIRANDA, M. V. D.; REWA, T.; LEONELLO, V. M.; OLIVEIRA, M. A. D. C. Advanced practice nursing: a possibility for Primary Health Care? **Revista brasileira de enfermagem**, v. 71, p. 716-721, 2018.

MOÇÃO de Repúdio: Não ao desmonte da Atenção Básica. **ABENRIO**, setembro 2017. Disponível em: <https://www.abenrio.com.br/single-post/2017/09/13/mo%C3%A7%C3%A3o-de-rep%C3%BAdio-n%C3%A3o-ao-desmonte-da-aten%C3%A7%C3%A3o-b%C3%AAsica>. Acesso em: 22/05/21.

MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães Cardoso. **Transformações no trabalho dos agentes comunitários de saúde nos anos 1990-2016: a precarização para além dos vínculos.** 2018, 357 f. Tese (Doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Centro de Educação e Humanidades, Rio de Janeiro, 2018.

MOURA, D.D.J.M.; FREITAS, M.C.D.; GUEDES, M.V.C.; LOPES, M.V.D.O.; MENEZES, L.C.G.D.; BARROS, A.A. Sistematização de assistência de enfermagem fundamentada na CIPE® e na teoria da adaptação em hipertensos. **Revista Eletrônica Enfermagem**: 16(4): 710-9, 2014

NASCIMENTO, W.G.D.; UCHÔA, S.A.D.C; COÊLHO, A.A.; CLEMENTINO, F.D.S; COSME, M.V.B.; ROSA, R.B.; MARTINIANO, C.S. Medication and teste prescriptions by nurses: contributions to advnced practice and transformation of care. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 26, 2018.

NEI, D.; SNYDER, L.A.; LITWILLER, B J. Promoting retention of nurses: A meta-analytic examination of causes of nurse turnover. **Health care management review**, v. 40, n. 3, p. 237-253, 2015.

NEIVA, M. J. L. M. Trajetória histórica do Conselho Regional de Enfermagem do Piauí 1975 a 1993 [dissertação de Mestrado em Enfermagem]. **Teresina: Universidade Federal do Piauí**, 2013.

NOTA em Defesa do SUS e contrária à proposta de reformulação da Política de Atenção Básica (PNAB). **ABENRIO**, agosto 2017. Disponível em: <https://www.abenrio.com.br/single-post/2017/08/09/nota-em-defesa-do-sus-e-contr%C3%A1ria-%C3%A0-proposta-de-reformula%C3%A7%C3%A3o-da-pol%C3%ADtica-de-aten%C3%A7%C3%A3o-b%C3%AAsica>. Acesso em: 22/05/21.

O'DWYER, G.; GRAEVER, L.; BRITTO, F. A.; MENEZES, T.; KONDER, M. T. A crise financeira e a saúde: o caso do município do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 4555-4568, 2019.

OFFE, C. Trabalho: a categoria sociológica chave? *In.*: OFF, Claus. **Capitalismo desorganizado: transformações contemporâneas do trabalho e da política** (pp. 167- 198). São Paulo: Brasiliense, 1989.

OGUISSO, Taka. História da legislação do exercício da enfermagem no Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 54, n. 2, p. 197-207, 2001.

OLIVEIRA, A.C.D.; VALENTIM, I.B.; GOULART, M.O.F.; SILVA, C.A.; BECHARA, E.J.H.; TREVISAN, M.T.S. Fontes vegetais naturais de antioxidantes. **Química Nova**, v. 32, p. 689-702, 2009.

OLIVEIRA, I.R.S.; BARRETO, I.S.; LIMA, M.G.; Os Setenta Anos da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn). **R. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 50, n. 3, p. 441 -458, jul./set., 1997.

OLIVEIRA, S.R.; PICCININI, V. C. Mercado de trabalho: múltiplos (des) entendimentos. **Revista de Administração Pública**, v. 45, p. 1517-1538, 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. The State of the World's Nursing, 2020. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240003279>. Acesso em: **data**

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Organização Mundial da Saúde (OMS). **52º Conselho Diretor 65ª Sessão do Comitê Regional Washington**, D.C., EUA, 30 de setembro a 4 de outubro de 2013.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Strategy for universal access to health and universal health coverage**. Washington, D.C.: OPAS; 2014. Disponível em: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=27312&Itemid=270&lang=em. Acesso em: 22 jul. 2021.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OPAS/OMS). **Ampliação do papel dos enfermeiros na atenção primária à saúde** [Internet]. Washington, DC: 2018. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34960/9789275720035_por.pdf?sequence=6&isAllowed=y. Acesso em 21 ago. 2021.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OPAS/OMS). **Advanced practice nursing summit: developing advanced practice nursing competencies in Latin America to contribute to universal health**. Washington, DC: 2016. Disponível em: https://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2017/epa_la_usa_2016_en.pdf. Acesso em 21 ago. 2021.

PAIM, J. S.; TRAVASSOS, C. M. D. R.; ALMEIDA, C. M. D.; BAHIA, L.; MACINKO, J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **Série Saúde no Brasil**, Rio de Janeiro, n. 1, p. 11-31, maio 2011.

PAULA, A. P. P. de. Administração pública brasileira entre o gerencialismo e a gestão social. **Revista de administração de empresas**, v. 45, n. 1, p. 36-49, 2005.

PEDROSA, K. K. A.; OLIVEIRA, I. C. M.; FEIJÃO, A. R.; MACHADO, R. C. Enfermagem baseada em evidência: caracterização dos estudos no Brasil. **Cogitare Enfermagem**, v. 20, n. 4, 2015.

PEDUZZI, M. Mudanças tecnológicas e seu impacto no processo de trabalho em saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 1, p. 75-91, 2003.

PEDUZZI, M.; SCHRAIBER, L.B. Processo de trabalho em saúde. **Dicionário da educação profissional em saúde**, v. 2, p. 320-8, 2008.

PEDUZZI, M; AGUIAR, C; LIMA, A.M.V; MONTANARI, P.M; LEONELLO, V.M; OLIVEIRA, M.R. Expansion of the interprofessional clinical practice of Primary Care nurses. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 72, p. 114-121, 2019.

PEREIRA, J.G; OLIVEIRA, M.A. Autonomia da enfermeira na Atenção Primária: das práticas colaborativas à prática avançada. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 31, p. 627-635, 2018.

PÉREZ JÚNIOR, Eugenio Fuentes; DAVID, Helena Maria Scherlowski Leal. Trabalho de Enfermagem e precarização: uma revisão integrativa. **Enferm. foco (Brasília)**, p. 71-76, 2018.

PERONI, V.M.V.; OLIVEIRA, R.T.C.; FERNANDES, M.D.E. Estado e terceiro setor: as novas regulações entre o público e o privado na gestão da educação básica brasileira. **Educação & Sociedade**, v. 30, p. 761-778, 2009.

PESSOA, D.M.S; FREITAS, R.J.M; MELO, J.A.L; BARRETO, F.A; MELO, K.C.O; DIAS, E.C.S. Assistência de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde de adolescentes com ideações suicidas. **Rev. Min Enferm**, p. e-1290, 2020.

PILAR, Aline de Carvalho Amand. **Análise do papel da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro na implantação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica - PMAQ-AB**. 2016. 166 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2016.

PRZEWORSKI, A. **Democracia y mercado: reformas políticas y económicas en la Europa del Este y América Latina**. Ediciones AKAL, 1995.

RIBEIRO, A.C.; SOUZA, J.F.; SILVA, J.L. A precarização do trabalho no SUS na perspectiva da enfermagem hospitalar. **Cogitare Enfermagem**, v. 19, n. 3, 2014.

RIO DE JANEIRO (Município). Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/exibeconteudo?id=4266533>. Acesso em 10 jun. 2021

RIO DE JANEIRO (Município). Decreto Municipal nº 30.780/09. Regulamenta a Lei Municipal nº 5026, de 19 de maio de 2009, que dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais e dá outras providências. Disponível em: https://smaonline.rio.rj.gov.br/legis_consulta/31547Dec%2030780_2009.pdf. Acesso em: 21/12/20.

RIO DE JANEIRO (Município). **Lei nº 5.026, de 19 de maio de 2009**. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais e dá outras providências. Disponível em: <https://cm-rio-de-janeiro.jusbrasil.com.br/legislacao/874335/lei-5026-09> Acesso em: 07/01/20.

RIO DE JANEIRO (Município). **Projeto de Qualificação da Atenção Primária em Saúde**. Disponível em: <https://www.subpav.org/aps/projetos>. Acesso em 10 jun. 2021.

RIO DE JANEIRO (Município). Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. **Plano Estratégico da Prefeitura, 2009-2012**. Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/6616925/4178940/planejamento_estrategico_site_01.pdf. Acesso em: 21/12/20.

RIO DE JANEIRO (Município). Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. **Plano Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, 2010-2013**. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/3700816/4130215/PLANOMUNICIPALDESAUDE20102013.pdf>. Acesso em: 07/01/20.

RIO DE JANEIRO (Município). Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. **Plano Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, 2018-2021**. Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/documents/73801/b191c47b-2dd9-476d-8812-6e93c6f1482a>. Acesso em: 21/12/20.

RIO DE JANEIRO (Município). Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. **Plano Plurianual, 2010-2013**. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: [http://mail.camara.rj.gov.br/Apl/Legislativos/scpro0711.nsf/0/0079b8231df1c0be032577110073ec5f/\\$FILE/PPA_Metas_Prioridades_2011.pdf](http://mail.camara.rj.gov.br/Apl/Legislativos/scpro0711.nsf/0/0079b8231df1c0be032577110073ec5f/$FILE/PPA_Metas_Prioridades_2011.pdf). Acesso em: 07/01/20.

RIO DE JANEIRO (Município). Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. **Plano Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, 2014-2017**. Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/3700816/4128745/PMS_20142017.pdf. Acesso em: 07/01/20.

RIO DE JANEIRO (Município). Secretaria Municipal de Saúde. **Análise da Situação de Saúde, 2018**. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/exibeconteudo?id=8877660>. Acesso em 10 jun. 2021.

RIO DE JANEIRO (RJ). Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro Prefeitura. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. Coordenação de Saúde da Família. **Protocolos de Enfermagem na atenção primária à saúde / Prefeitura, Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil, Subsecretaria Geral Rio de Janeiro: Prefeitura, 2012**.

ROCHA, C.E.A. SCHNEIDER, F.K. GOLDENBERG, S. **A Centralidade das Instituições no Neo-institucionalismo: Um referencial analítico para o estudo das políticas públicas**. Perspectivas em Políticas Públicas. Belo Horizonte. Vol. VIII. Nº 16. P. 25-43. jul/dez 2015.

ROCHA.C.V. Neo-institucionalismo como Modelo de Análise para as Políticas Públicas: algumas observações. **Civitas – Revista de Ciências Sociais**, v. 5. n. 1, jan.-jun. 2005.

SÁ SILVA, J. R; ALMEIDA, C. D.; GUINDANE, J. F. **Pesquisa Documental: pistas teóricas e metodológicas**. Revista de Brasileira de História e Ciências Sociais. Ano I - Número I - julho de 2009.

SAFFER, D.A.; MATTOS, L.V.; REGO, S.R.D.M. Nenhum Serviço de Saúde a Menos: movimentos sociais, novos sujeitos políticos e direito à saúde em tempos de crise no Rio de Janeiro, Brasil. **Saúde em Debate**, v. 44, p. 147-159, 2020.

SANDERS, E. **Historical institutionalism**. In: RHODES, R. A. W.; BINDER, Sarah A.; ROCKMAN, Bert A. (eds). *The Oxford handbook of political institutions*. Oxford: Oxford University Press, 2008.

SANO, Hironobu; ABRUCIO, Fernando Luiz. Promessas e resultados da Nova Gestão Pública no Brasil: o caso das organizações sociais de saúde em São Paulo. **Rev. adm. empres.**, São Paulo, v.48, n.3, p.64-80, Sept. 2008. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003475902008000300007&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 19 mar. 2019.

SECRETARIA-GERAL IBERO-AMERICANA (SEGIB). **Relatório da Cooperação Sul-Sul e Triangular na Ibero-América 2020**, Madrid.

SELIGMANN-SILVA, E.; BERNARDO, M. H.; MAENO, M.; KATO, M. O mundo contemporâneo do trabalho e a saúde mental do trabalhador. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 35, n. 122, p. 187-191, 2010.

SILVA, K.L.; SENA, R.R.; GRILLO, M.J.C.; GANDRA, E.C.; SILVEIRA, M.R. Expansão dos cursos de formação em enfermagem: dilemas e contradições frente ao mercado de trabalho. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 47, p. 1211-1218, 2013.

SILVA, R.M.D.; ANDRADE, L.O.M.D. Coordenação dos cuidados em saúde no Brasil: o desafio federal de fortalecer a atenção primária à saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 24 [4]: 1207-1228, 2014.

SILVA, V.C.; BARBOSA, P.R.; HORTALE, V.A. **Parcerias na Saúde: as Organizações Sociais como Limites e Possibilidades na Gerência da Estratégia Saúde da Família**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(5):1365-1376, 2016.

SILVA, V.M. **As Organizações Sociais (OS) e as Fundações Estatais de Direito Privado (FEDP) no Sistema Único de Saúde: Aspectos da relação público-privado e os mecanismos de controle**. Dissertação de Mestrado. Escola Nacional de Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, março de 2012.

SKOCPOL, T. **Why I Am na Historical Institutional Polity**. v. 28, n. 1, pág. 103-106, 1995.

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. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 1327-1338, 2016.

SOUZA, H. S. O processo de trabalho em Enfermagem sob fluxo tensionado. In: SOUZA, H. S; MENDES, A. **Trabalho e Saúde no capitalismo contemporâneo: Enfermagem em foco**. Rio de Janeiro: DOC Content, 1ª ed. 111 pág., 2016.

SOUZA, E. A.; TEIXEIRA, C.F.; SOUZA, M.K.B. **Análise da Produção Científica Nacional Sobre o Trabalho da Enfermeira (1988-2014)**. Saúde Debate. Rio de Janeiro, V. 41, N. 113, P. 630-646, ABR-JUN 2017.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p.

STEINMO, Sven; THELEN, Kathleen; LONG-STRETH, Frank. **Structuring politics: historical institutionalism in comparative analysis**. Cambridge, Cambridge University Press. 1997

STIEBLER, A.L.V.; OLIVEIRA, E.S.; Mercado de Trabalho em Saúde no Brasil: Empregos para os Enfermeiros nas três Últimas Décadas. **Ver. Bras. Enfermagem**. outubro/dezembro; 54(4):623-9. 2001.

TEIXEIRA M.; MARTINS, M.I.C.; SILVA, V. Novos Desenhos Institucionais e Relações de Trabalho no Setor Público de Saúde no Brasil: as Organizações Sociais e as Fundações Estatais de Direito Privado. Trabalho em Saúde, Desigualdades e Políticas Públicas, **E-BOOK Portugal-Brasil**, 2014.

TEIXEIRA, M. Análise do Trabalho nos Serviços Públicos de Saúde: uma abordagem multidisciplinar. *In: Desenhos Institucionais e Relações do Trabalho no Serviço Público de Saúde*. Tese de Doutorado. Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz. maio de 2015.

TEIXEIRA, M. **Desenhos Alternativos de Incorporação e Gestão do Trabalho Médico na SMS do Rio de Janeiro: as experiências dos Hospitais Lourenço Jorge e Salgado Filho**. Dissertação de Mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 1999.

TEIXEIRA, M; MARTINS, M.I.C; LAMARCA, I.C.S.A; OLIVEIRA, S. Abordagens do trabalho no setor público de saúde: uma revisão narrativa da literatura. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, 2020.

TESTA, M. **Planificación estratégica en el sector salud**. Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Publica, 1981.

TORRENS, C.; CAMPBELL, P.; HOSKINS, G.; STRACHAN, H.; WELLS, M.; CUNNINGHAM, M.; MAXWELL, M. Barreiras e facilitadores para a implementação do papel de enfermeiro avançado em ambientes de atenção primária: uma revisão de escopo. **Revista Internacional de Estudos de Enfermagem**, v. 104, p. 103443, 2020.

TROIANO, M.; RISCADO, P. Instituições e o Institucionalismo: Notas acerca da construção do debate e seus principais desafios na contemporaneidade. **Revista Política Hoje - Volume 25, n. 1 (2016) - p. 113-132**.

VECCHIA, M.D. Trabalho em equipe na atenção primária à saúde: fundamentos histórico-políticos. **Coleção PROPG Digital (UNESP)**, 2012.

VIEIRA, D. D. S.; SANTOS, N. C. C. D. B.; NASCIMENTO, J. A. D.; COLLET, N.; TOSO, B. R. G. D. O.; REICHERT, A. P. D. S. A PRÁTICA DO ENFERMEIRO NA CONSULTA

DE PUERICULTURA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA1. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 27, 2018.

VIEIRA, F. S.; PIOLA, S. F.; BENEVIDES, R. P. S. **Nota de política social: controvérsias sobre o Novo Regime Fiscal e a apuração do gasto mínimo constitucional com saúde**. Brasília: Ipea, 2018. (Políticas Sociais: Acompanhamento e Análise, n. 25).

VIEIRA, F.S.; PIOLA, S.F. **Restos a públicos de despesas com ações e serviços de saúde da União: impactos para o financiamento federal do Sistema Único de Saúde para a elaboração das contas de saúde**. Brasília: Ipea, 2016. (Texto para Discussão, n. 2225).

VIEIRA, J.P.T.O. **Fragilidades dos mecanismos de controle das organizações sociais de saúde no município do Rio de Janeiro**. Dissertação (Mestrado Profissional em Administração Pública) – FGV – Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, 2016.

WHO. **COVID-19 Weekly Epidemiological Update**. Data as received by WHO from national authorities. Disponível em: <http://www.ndmc.gov.za/CoronaVirus%20Reports/Documents/Weekly%20Epidemiological%20Update%20-%2013%20April%202021.pdf>. Acesso em 21 mar. 2021.

WHO. **Operational considerations for case management of COVID-19 in health facility and community: interim guidance**. Disponível em: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/healthemergencies/coronavirus-covid-19/technical-guidance/2020/operationalconsiderations-for-case-managementof-covid-19-in-health-facility-andcommunity-interimguidance,-19-march-2020>. Acesso em 01 set. 2021.

ZUG, K. E; CASSIANI, S.H. B; PULCINI, J; GARCIA, A. B; AGUIRRE-BOZA, F; PARK, J. Advanced practice nursing in Latin America and the Caribbean: Regulation, education and practice. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 24, 2016

**APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA – REPRESENTANTES DO COREN,
ABEN E SINDICATO**

Questão – Chave 1: Fale sobre a sua formação e experiência profissional anterior.

Data _____/_____/_____.
Local de Realização: _____
Entrevistado: _____
Cargo/Função: _____
Tempo de Trabalho no cargo: _____

Questão – Chave 5: O município do Rio de Janeiro a partir de 2009, viveu uma expansão da Atenção Primária em Saúde (APS) de% para%. Como senhora (o) vê essa expansão da APS no município do Rio de Janeiro?

Questão – Chave 4: Quais meios foram estabelecidos para o diálogo com os atores governamentais em nível municipal? Como a senhora caracteriza/caracterizava a relação da entidade com estes atores? Houve problemas, tensões?

Questão – Chave 6: Essa expansão se deu por meio de Organizações Sociais em Saúde. Como a senhora (o) vê a relação Organizações Sociais e o setor governamental para o sistema de saúde, para a sociedade e para os Enfermeiros?

Questão – Chave 7: Como a senhora (o) vê os contratos de trabalho dos enfermeiros com as Organizações Sociais em Saúde?

Questão – Chave 8: Quais foram/são os posicionamentos da entidade sobre estas iniciativas? O COREN/ABEN teve/tem alguma participação nesse processo? Na ocasião de ausência de participação da entidade nesses espaços, quais são/foram os motivos?

Questão – Chave 9: Os contratos de gestão podem influenciar o trabalho do enfermeiro? Como?

Questão – Chave 10: Houve mudança no trabalho do enfermeiro ao longo dos anos com a APS? E com a inserção das OSS?

Questão – Chave 11: De forma geral, o que o COREN/ ABEN vislumbra para o trabalho do enfermeiro na APS considerando esse cenário?

Questão – Chave 12: Alguma informação adicional que o (a) senhora (o) gostaria de apresentar?

Questão – Chave 13: Por fim, o (a) Sra. (o) tem alguma sugestão de outros atores importantes para este estudo? Indica leituras complementares que possam contribuir com o estudo?

APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA – GESTORES

Data _____/_____/_____.
Local de Realização: _____
Entrevistado: _____
Cargo/Função: _____
Tempo de Trabalho no cargo: _____

Questão Chave 1: Durante o processo de expansão da Atenção Primária no município do Rio de Janeiro houve algum momento de debate sobre como seria o processo de trabalho das enfermeiras e como seria regulado?

Questão Chave 2: Como o Sr. avalia o processo de expansão da Atenção Primária no município do Rio de Janeiro para o processo trabalho das enfermeiras?

Questão Chave 3: Como se deu o processo de definição dos vínculos de trabalho dos profissionais e das enfermeiras junto as OSS? Como o Sr. avalia os contratos com as OSS para as relações de trabalho das enfermeiras?

Questão – Chave 4: Como caracteriza as relações estabelecidas com as entidades da Enfermagem? Foram estabelecidos pelos atores da política expansão da Atenção Primária de Saúde o diálogo com as entidades de enfermagem? Quais? Se sim, como foi esse diálogo?

Questão – Chave 5: Alguma informação adicional que o (a) senhor (a) gostaria de apresentar?

Questão – Chave 6: Por fim, o (a) Sr. (a) tem alguma sugestão de outros atores importantes para este estudo? Indica leituras complementares que possam contribuir com o estudo?

APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTAS - ENFERMEIRAS

Data: _____/_____/_____.
Local de Realização: _____
Entrevistado: _____
Cargo/Função: _____
Tempo de Trabalho no Cargo: _____

Questão – Chave 1: O município do Rio de Janeiro a partir de 2009, viveu uma expansão da Atenção Primária em Saúde (APS) de ...% para ...%. Como vocês veem essa expansão da APS no município do Rio de Janeiro?

Questão – Chave 2: O que os motivou a trabalhar na APS do município do Rio de Janeiro?

Questão – Chave 3: Como tem sido a experiência de trabalhar na APS do município do Rio de Janeiro? Que práticas desenvolvem? Encontram barreiras?

Questão – Chave 4: De forma geral, vocês percebem mudanças no processo de trabalho do enfermeiro na APS ao longo do tempo? Como vocês veem o futuro da enfermagem?

Questão – Chave 5: Como vocês veem os Contratos de Gestão estabelecidos entre o município e OSS? Que demandas são produzidas e como vocês veem essas demandas?

Questão – Chave 6: Qual a visão de vocês sobre seus vínculos de trabalho?

**APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)
PARA AS (OS) ENFERMEIRAS (OS) DO ESTUDO**

Prezado participante,

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa “O Processo e as Relações de trabalho das Enfermeiras na Atenção Primária à Saúde”, desenvolvida por Priscilla Oliveira da Silva, discente de Doutorado em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação da Professora Dr. Maria Inês Carsalade Martins.

Esta pesquisa apresenta como objetivo geral: Analisar o processo de trabalho e as relações de trabalho das (os) enfermeiras (os) na Atenção Primária à Saúde no município do Rio Janeiro/ RJ no período de 2009 a 2019. Os objetivos específicos são: Identificar como está organizado o processo de trabalho das (os) enfermeiras (os) na atenção primária à saúde; descrever as implicações introduzidas pelo modelo de gestão das OSS no processo de trabalho e nas relações de trabalho das (os) enfermeiras (os) e; compreender na perspectiva do trabalho, o processo de expansão da atenção primária à saúde no município do Rio de Janeiro/ RJ (2009-2017), a partir dos profissionais de saúde, gestores e entidades de classe.

O convite a sua participação se deve à busca pela percepção das (os) enfermeiras (os) sobre as relações de trabalho e o seu processo de trabalho. Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa.

Serão tomadas as seguintes medidas e/ou procedimentos após a coleta de dados: apenas os pesquisadores do projeto, que se comprometeram com o dever de sigilo e confidencialidade terão acesso a seus dados e não farão uso destas informações para outras finalidades, qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa e o material coletado será armazenado em local seguro. Porém, não é possível garantir plenamente a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas, já que outras (os) enfermeiras (os) participarão do grupo.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito

através dos meios de contato explicitados neste Termo. Se houver algum dano, comprovadamente decorrente da presente pesquisa, você terá direito à indenização, através das vias judiciais, como dispõem o Código Civil, o Código de Processo Civil, na Resolução nº 466/2012 e na Resolução nº 510/2016), do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

A sua participação consistirá em fazer parte de um grupo focal de aproximadamente 50 min., em que será utilizado um roteiro para o debate. O grupo focal será gravado, portanto, ao autorizar a participação, o participante também autorizará a gravação. As gravações serão transcritas e armazenadas, em arquivos digitais, mas somente terão acesso às mesmas a pesquisadora e sua orientadora. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resoluções 466/12 e 510/16 do CNS e orientações do CEP/ENSP e com o fim deste prazo, será descartado.

O benefício indireto relacionado com a sua colaboração nesta pesquisa se dá por meio do retorno social por permitir vislumbrar perspectivas para o mercado de trabalho do enfermeiro e para o trabalho desse profissional. Os resultados serão apresentados ao participante por meio de relatório individual. Esta pesquisa possui risco de constrangimento. Os pesquisadores deixarão esse risco explícito no início do grupo focal, ressaltando que a qualquer momento você poderá desistir de participar da pesquisa e retirar seu consentimento sem qualquer prejuízo.

O Termo de Consentimento será redigido em duas vias, sendo uma para o participante e outra para o pesquisador. Todas as páginas serão rubricadas pelo participante da pesquisa e pelo pesquisador responsável, com ambas as assinaturas apostas na última página.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê é formado por um grupo de pessoas que têm por objetivo defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e assim, contribuir para que sejam seguidos padrões éticos na realização de pesquisas.

Tel do CEP/ENSP: (21) 2598-2863

E-Mail: cep@ensp.fiocruz.br

<http://www.enasp.fiocruz.br/etica>

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 –Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210

Instituição Coparticipante: Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro - Rua: Evaristo da Veiga nº 16 - 4º andar - Sala 401 – Centro/Rio de Janeiro – Tel.: (21) 2215- 1485 - CEP: 20031-040 - E-mail: cepsmsrj@yahoo.com.br

Contato com a pesquisadora responsável doutoranda em saúde pública:

Tel: 980947425. Disponibilidade para dúvidas: De segunda a sexta, manhã e tarde.

e-mail: priscillaods@yahoo.com.br

Rio de Janeiro, _____ de _____ 2020

Nome do Pesquisador

Assinatura do Pesquisador

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa intitulada, “O Processo e as Relações de trabalho das Enfermeiras na Atenção Primária à Saúde”.

Rio de Janeiro, _____ de _____ 2020

Nome do participante

Assinatura do Participante

APÊNDICE E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) PARA OS GESTORES E REPRESENTANTES DAS ENTIDADES DE ENFERMAGEM

Prezado participante,

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa “O Processo e as Relações de trabalho das Enfermeiras na Atenção Primária à Saúde”, desenvolvida por Priscilla Oliveira da Silva, discente de Doutorado em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação da Professora Dr. Maria Inês Carsalade Martins.

Esta pesquisa apresenta como objetivo geral: Analisar o processo de trabalho e as relações de trabalho das enfermeiras na Atenção Primária à Saúde no município do Rio Janeiro/RJ no período de 2009 a 2019. Os objetivos específicos são: Identificar como está organizado o processo de trabalho das enfermeiras na atenção primária à saúde; descrever as implicações introduzidas pelo modelo de gestão das OSS no processo de trabalho e nas relações de trabalho das enfermeiras e; compreender na perspectiva do trabalho, o processo de expansão da atenção primária à saúde no município do Rio de Janeiro/ RJ (2009-2017), a partir dos profissionais de saúde, gestores e entidades de classe.

O convite a sua participação se deve à busca por compreender o significado que atribui ao objeto da pesquisa e como a instituição que representa foi responsável nos rumos e trajetórias da política e do trabalho do enfermeiro na atenção primária de saúde, dialogando com análises sobre as agendas e os projetos governamentais. Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa. Há risco indireto de identificação do participante, por ser um gestor de um período delimitado, por isso não é possível garantir o anonimato.

A qualquer momento você poderá desistir de participar da pesquisa e retirar seu consentimento sem qualquer prejuízo. As entrevistas serão gravadas, portanto, ao autorizar a participação, o participante também autorizará a gravação. O tempo de duração da entrevista será de aproximadamente 30 min. A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo. Se houver algum dano, comprovadamente decorrente da presente pesquisa, você terá direito à indenização,

através das vias judiciais, como dispõem o Código Civil, o Código de Processo Civil, na Resolução nº 466/2012 e na Resolução nº 510/2016), do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Após a gravação, as entrevistas serão transcritas e armazenadas, em arquivos digitais, mas somente terão acesso as mesmas a pesquisadora e sua orientadora. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resoluções 466/12 e 510/16 do CNS e orientações do CEP/ENSP e com o fim deste prazo, será descartado. O benefício indireto relacionado sua colaboração nesta pesquisa se dá por meio do retorno social de permitir vislumbrar perspectivas para o mercado de trabalho do enfermeiro e para o trabalho desse profissional. Os resultados serão apresentados ao participante por meio de relatório individual.

Esta pesquisa possui risco de desconforto. Portanto, ressalta-se que as questões aos quais o entrevistado não se sinta à vontade para falar, não haverá insistência por parte do entrevistador, assim como, a qualquer momento você poderá desistir de participar da pesquisa e retirar seu consentimento sem qualquer prejuízo.

O Termo de Consentimento será redigido em duas vias, sendo uma para o participante e outra para o pesquisador. Todas as páginas serão rubricadas pelo participante da pesquisa e pelo pesquisador responsável (ou pessoa por ele delegada e sob sua responsabilidade), com ambas as assinaturas apostas na última página.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê é formado por um grupo de pessoas que têm por objetivo defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e assim, contribuir para que sejam seguidos padrões éticos na realização de pesquisas.

Tel do CEP/ENSP: (21) 2598-2863

E-Mail: cep@ensp.fiocruz.br

<http://www.ensp.fiocruz.br/etica>

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 –Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210

Instituição Coparticipante: Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro - Rua: Evaristo da Veiga nº 16 - 4º andar - Sala 401 – Centro/Rio de Janeiro – Tel.: (21) 2215- 1485 - CEP: 20031-040 - E-mail: cepsmsrj@yahoo.com.br

Contato com a pesquisadora responsável doutorando em saúde pública:

***Tel: 980947425. Disponibilidade para dúvidas: De segunda a sexta, manhã e tarde.
e-mail: priscillaods@yahoo.com.br***

Rio de Janeiro, ____ de _____ 2020

Nome do Pesquisador

Assinatura do Pesquisador

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa intitulada, “O Processo e as Relações de trabalho das Enfermeiras na Atenção Primária à Saúde”.

Rio de Janeiro, ____ de _____ 2020

Nome do Participante

Assinatura do Participante