

A crise econômica e a atenção primária à saúde no SUS da cidade do Rio de Janeiro, Brasil

The economic crisis and primary health care in the SUS of Rio de Janeiro, Brazil

Eduardo Alves Melo (<https://orcid.org/0000-0001-5881-4849>)¹

Maria Helena Magalhães de Mendonça (<http://orcid.org/0000-0002-3917-9103>)¹

Márcia Teixeira (<https://orcid.org/0000-0002-9502-0789>)¹

Abstract *This paper addresses the primary health care crisis of Rio de Janeiro public health system as of 2018. This municipality has experienced a robust primary care expansion since 2009, adopting Social Organizations for recruiting professionals and managing services, qualifying the infrastructure of units and prioritizing family and community medicine, as well as adopting management practices such as standardized offers, evaluation and pay-for-performance compensation, marketing, among others. Given the recent economic crisis, the municipal manager decided to reduce family health teams, considering the current National Policy of Primary Care and arguing that it is possible to optimize resources (doing more with less). In this process, he faced resistance that was not enough to stop him. Due to the resonance of this city (second largest in Brazil and prominent in the national press) and based on public documents and formulations on management, the crisis expressed in the primary health care of this city was debated around the implications of the adoption of Social Organizations in the sustainability of health services, conducting management processes and their rationalities, as well as the political action of social agents advocating for the SUS and primary care in particular.*

Key words *Primary health care, crisis, Rio de Janeiro, Brazil*

Resumo *Este artigo aborda a crise na atenção primária à saúde do sistema público de saúde da cidade do Rio de Janeiro, a partir de 2018. Tal município teve forte expansão da atenção primária desde 2009, adotando Organizações Sociais para a contratação de profissionais e gerenciamento dos serviços, qualificando a infraestrutura das unidades e priorizando a medicina de família e comunidade, além de adotar práticas gerenciais como normatizações de ofertas, avaliação e remuneração por desempenho, “marketing”, dentre outras. Diante da recente crise econômica, a decisão do gestor municipal foi de reduzir equipes de saúde da família, considerando a atual Política Nacional de Atenção Básica e argumentando ser possível otimizar recursos (fazendo mais com menos). Neste processo, enfrentou resistências, que não foram suficientes para freá-lo. Pela ressonância desta cidade (segunda maior do Brasil e com destaque na imprensa nacional) e tomando como base documentos públicos e formulações sobre a gestão, a crise expressa na atenção básica deste município foi problematizada em torno das implicações da adoção de Organizações Sociais na sustentabilidade dos serviços, da condução dos processos de gestão e suas racionalidades bem como da atuação política de agentes sociais em defesa do SUS e da atenção primária em particular.*

Palavras-chave *Atenção primária à saúde, Crise, Rio de Janeiro, Brazil*

¹ Departamento de Administração e Planejamento em Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz. R. Leopoldo Bulhões 1480/7º, Manguinhos. 21040-361 Rio de Janeiro RJ Brasil. eduardo.melo@ensp.fiocruz.br

Introdução

O objetivo deste artigo é tematizar a crise envolvendo a gestão da saúde, particularmente na atenção primária à saúde (APS), no Município do Rio de Janeiro (MRJ), a partir de 2018. Inicia com uma apreciação sobre a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), segue contextualizando a situação do MRJ a partir da expansão tardia da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e problematizando aspectos que se agudizam na recente crise política e financeira, afetando a sustentabilidade do sistema municipal.

Este município teve uma inflexão na APS desde 2009, ampliando acesso, atraindo profissionais de outros estados e ganhando projeção nacional. A recente crise, com linhas de influência nacionais e locais, tem mobilizado diferentes atores da sociedade civil e de alguns órgãos de Estado, e a discussão aqui apresentada adquire relevância pela experiência da APS no MRJ em si (segunda maior cidade do país) e pelo que pode revelar e antecipar de possíveis efeitos e manifestações da crise sobre o SUS em outros lugares do Brasil.

O SUS e a APS no cenário nacional

A saúde é um direito fundamental, dever do estado, assegurado constitucionalmente. No entanto, o SUS, em seu processo de implementação, tem convivido com subfinanciamento, baixa legitimidade social, limites no acesso à atenção especializada e dificuldades na conformação de redes regionalizadas e na regulação do setor privado na saúde. Sua operacionalização, paradoxalmente, contém avanços no campo das imunizações, do HIV/AIDS, da atenção básica, da saúde mental, do SAMU, entre outros.

A situação do Brasil é de baixo investimento público em saúde - R\$ 3,48 (três reais e quarenta e oito centavos) ao dia *per capita*, considerando os três níveis de governo. O Estado do Rio de Janeiro, 3º em Produto Interno Bruto, investe menos em saúde que a média brasileira. Em 2017, o município do RJ investiu R\$ 3.31 (três reais e trinta e um centavos) *per capita*/dia. O setor público de saúde brasileiro, que cobre toda a população, representa apenas 48% dos recursos globais da saúde, e contrasta com o custeio público da saúde de países com acesso universal à saúde, como Reino Unido (94,2%) e Suécia (84%), e aproxima-se da situação observada nos Estados Unidos da América (47%), que privilegia o sistema privado¹.

O papel essencial da APS para a organização dos sistemas universais de saúde (melhoria do acesso, resolutividade, ações abrangentes e relação custo-efetividade) justifica os investimentos realizados nos países que a privilegiaram em sua estrutura, impactando positivamente a saúde. Considerando inclusive a dimensão financeira, a APS é condição necessária para otimizar os gastos do sistema e organizar fluxos de pacientes entre distintos serviços de saúde. Nos países que investem em APS de qualidade, as pessoas vivem mais e melhor^{2,3}.

A Estratégia Saúde da Família (ESF), principal modalidade de organização da APS no Brasil, tem sido reconhecida, inclusive internacionalmente, nos seus mais de 20 anos de existência, em que pesem seus limites e desafios. A ESF contribuiu para melhorar indicadores de saúde, como o acesso, a mortalidade infantil, a taxa de mortalidade por acidente vascular cerebral e as internações por condições sensíveis à atenção primária⁴.

A partir de 2013, o Brasil entrou em uma forte instabilidade política, agravada e complementada nos anos seguintes por crise econômica e social, culminando, em 2016, no *impeachment* da presidenta reeleita em 2014, em meio ao destaque dado ao tema da corrupção, a níveis crescentes de desemprego e violência, a marcante polarização social, a medidas de ajuste fiscal incidindo sobre políticas sociais e trabalhistas e a processos societários e institucionais que colocam em risco a democracia e a política enquanto ação pública⁵.

Em seguida, medidas de maior efeito sobre o SUS foram adotadas, como o congelamento de gastos via emenda constitucional, a mudança nos blocos de financiamento do SUS -que altera a lógica de transferências de recursos federais com riscos potenciais para a APS-, além da defesa de planos privados de saúde populares com baixa cobertura e da desregulação da saúde suplementar^{6,7}. Ainda nesta conjuntura, mudanças na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) foram aprovadas pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT), em 2017, apesar de fortes questionamentos de setores da sociedade civil reunidos no Conselho Nacional de Saúde. As mudanças mais substanciais foram a diminuição do número mínimo de agentes comunitários de saúde (ACS) por equipe de saúde da família (EqSF) e a indicação de maiores incentivos financeiros para formatos de APS anteriores à Estratégia Saúde da Família (ESF), com forte protagonismo da representação dos gestores municipais⁷.

A situação da APS nos municípios pode estar sendo influenciada pelos novos dispositivos

da PNAB, pelos projetos e correlações de força locais e por constrangimentos mais gerais que o SUS vem sofrendo, como o subfinanciamento agravado.

Saúde no MRJ a partir de 2009 e a crise atual

O MRJ, onde tradicionalmente predomina um modelo hospitalar, apresentava baixa cobertura de ESF e se organizava em centros de saúde de formato tradicional (com médicos de especialidades básicas atendendo pessoas sem consistentes mecanismos de adscrição, acesso e acompanhamento) até 2009. A gestão empossada à época, e reeleita em 2012, deu prioridade à expansão (tardia) da ESF. Esta foi marcada pela parceria com Organizações Sociais de Saúde (OSS), pela adoção de lógicas e práticas como avaliação e remuneração por desempenho, melhoria da qualidade, normatização e busca por eficiência e transparência⁸, coerentes com os pressupostos da reforma administrativa do estado empreendida nos anos 1990, informada pelo ideário da chamada nova gestão pública.

Tal realidade passou a ser reconhecida local e nacionalmente pelo padrão das Clínicas da Família (CF) e pelo aumento do número de Equipes de Saúde da Família (EqSF) implantadas (de 128, em 2008, para 958, em 2016, segundo fontes do MS). Ainda se destacaram: a ênfase na medicina de família e comunidade (MFC), com aumento de vagas na residência médica e de médicos formados com este perfil; melhoria na remuneração profissional, sem constituição de carreiras públicas; e inovações na regulação do acesso e no uso de tecnologias de informação e comunicação⁸. Ressalte-se que não houve prioridade marcante na conformação de uma rede de serviços, mas em uma parte central desta - a APS. Tais iniciativas foram acompanhadas por ações de *marketing*, conferindo-lhe visibilidade, e as CF foram destaque nas propostas eleitorais de diversos candidatos a prefeito no estado do Rio de Janeiro, em 2016. Há evidências de melhoria em diferentes indicadores de saúde relacionados a tal processo, tais como a redução de internações por condições sensíveis à APS⁹.

Em 2017, o novo governo municipal, com forte base social em setores das igrejas evangélicas e eleito com a promessa de “cuidar das pessoas”, apontava continuidades e prioridades novas na saúde, dentre elas a criação de centros de especialidades, não viabilizados. Ao final de 2017 havia 1251 EqSF implantadas, e o plano municipal de saúde de 2018-2022 previu ampliação

do número de EqSF em territórios com maior vulnerabilidade social¹⁰. Entre 2017 e 2018, os gestores anunciaram déficit no orçamento municipal, passando, em 2018, a acontecer atrasos no pagamento de salários de profissionais de serviços gerenciados por algumas OSS em áreas da cidade, demissões de ACS e reduções do horário de funcionamento de unidades. Além dos esperados impactos no acesso, um dos efeitos prováveis deste processo foi a saída de profissionais (notadamente médicos) da APS municipal (para outros municípios/estados e para o setor privado) e a diminuição da chegada de profissionais.

Neste período, como forma de resistência, destacou-se um movimento de trabalhadores da rede municipal - “Nenhum serviço de saúde a menos”¹¹-, com forte presença de profissionais da APS e da saúde mental, realizando manifestações e atuação junto a órgãos sindicais, legislativos e judiciários. Também aconteceram greves, com interrupção parcial do funcionamento dos serviços, durante vários meses. Como se pôde ver, a gerência da APS por diferentes OSS (com características, estatutos e políticas de incorporação e gestão do trabalho distintas)¹² nas diferentes áreas da cidade, colocou algumas barreiras para a organização política e sindical dos trabalhadores, além de gerar demissões sem sanção às mesmas, havendo também relatos de perseguição a trabalhadores.

Em meados de 2018, documento da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) - “Reorganização dos Serviços de APS - Estudo para Otimização de Recursos”¹³ previa, dentre outras medidas, a extinção de 184 EqSF e 55 equipes de Saúde Bucal (cerca de 1400 postos de trabalho), e propunha nova tipologia de equipes, com base na PNAB 2017, com frágil composição profissional e alto número de usuários por equipe, porém apresentado como estratégia para qualificar e otimizar os serviços. Tal proposta, marcada por forte ingerência da Casa Civil do município, foi feita com a justificativa da crise financeira e da expansão acelerada (com fins eleitorais) da ESF no último ano da gestão anterior. A proposta da gestão municipal utilizou, ainda, a filosofia *Lean* (também chamada 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 diminuem¹⁴.

A noção de produtividade foi central nesta proposta, compondo critérios para definir cortes

de equipes e justificar sua permanência ou mudança, e adotando arranjos previstos na PNAB¹³. O documento considerou haver ociosidade *a priori* nas equipes que cobriam abaixo de 3.000 habitantes, verificada pela produção de consultas, a despeito da ocorrência de greves, de possíveis efeitos do atraso de pagamentos no desempenho dos profissionais, do fato de boa parte das EqSF atuarem em territórios afetados pela violência armada bem como da mudança do sistema de informação em curso na APS da cidade. Outro elemento que se destacou no estabelecimento dos critérios foi a redução de equipes em áreas consideradas privilegiadas (de classe média), a despeito da presença de comunidades pobres em tais bairros, da possível disputa simbólica ao atender pessoas de classe média, da diminuição de pessoas com planos privados de saúde e de outros impactos da crise na saúde das pessoas.

O Conselho Municipal de Saúde (CMS) se destacou, tanto pela elaboração de um documento consistente analisando a proposta do MRJ quanto deliberando pela não diminuição do número de EqSF¹⁵, aproximando-se de trabalhadores de saúde, parlamentares progressistas, promotores de justiça, conselheiros de saúde, dentre outros.

Vale lembrar que, segundo parâmetros do Ministério da Saúde (MS), o município do Rio de Janeiro, que no final de 2018 tinha 1177 EqSF implantadas, possui o teto máximo de aproximadamente 3300 EqSF financiadas com recurso federal, ou seja, quase o triplo do total de equipes até então existentes. Em março de 2019, o número de EqSF caiu para 1090, aprofundando a diminuição de equipes evidenciada no final do ano anterior.

Algumas problematizações: OSS, perspectivas gerenciais e atuação política na crise

A crise atual da APS no MRJ parece resultar de combinação de elementos locais e nacionais (decisões municipais, PNAB, crise econômica, crise do SUS e avanço do gerencialismo), uma crise situada em um cenário singular e contingente conectada com elementos de outros âmbitos e lugares. Parece-nos oportuno problematizar alguns aspectos deste processo.

O primeiro deles diz respeito à parceria com as OSS, que intervém na lógica tradicional de vínculo empregatício e representação dos trabalhadores junto aos empregadores. Diante do desmonte das equipes de APS observa-se um momento inicial de resistência inclusive com apoio

do âmbito judicial garantindo direito de greve, pagamentos atrasados de salário e dispensa, que não se sustenta em seguida quando se aponta para a renovação de contratos das OSS.

Outro aspecto diz respeito à sustentabilidade da APS nas experiências municipais do SUS, considerando, por ora, a implementação dos modelos jurídicos de gestão adotados. Reconhecendo os limites impostos pela legislação fiscal, se tivesse havido na SMS um esforço anterior de contratar os profissionais através de concurso público (ao invés de OSS), como se daria a condução político-gerencial da atual contingência financeira? Como isto implicaria na gestão da força de trabalho e na assistência à saúde? Vale lembrar que o custo de um contrato de trabalho em OSS, com os encargos, costuma ser maior do que o de um funcionário estatutário com função e jornada de trabalho semelhantes. Ademais, não há carreira em contratações por OSS¹².

O terceiro aspecto problematizado refere-se às perspectivas gerenciais e as suas implicações no setor público de saúde. A necessidade de aprimorar a gestão e/ou terceirizá-la tem sido constantemente evocada, por vezes ignorando o subfinanciamento do SUS e as singularidades da saúde. No caso do MRJ, onde racionalidades gerencialistas já tinham um lugar de destaque, pôde-se ver, na atual crise, um vício de origem, no qual um corte questionável de recursos no orçamento da saúde e particularmente na APS gerou a necessidade de ser justificado, ensejando a produção de uma discursividade e de cenários para decisão -embora parecesse partir de uma análise situacional para formular uma proposta de mudança-, “despolitizando” o problema e individualizando-o na performance dos profissionais, com flagrantes injunções paradoxais, ou seja, ordens contraditórias e incompatíveis, a serem “administradas” pelos sujeitos-trabalhadores¹⁶, sob a concretude e o fantasma da demissão, no caso deste município.

Não se questiona a necessidade de fazer bom uso dos recursos públicos, tampouco parte-se do pressuposto de que os profissionais de saúde sempre atuam na sua máxima potência, nem que os gestores também o façam. Trata-se de reconhecer a natureza política da gestão (enquanto exercício de poder nas organizações, tendo na técnica uma das suas dimensões), colocando em análise como a política extra-setorial interfere neste processo, como os gestores se colocam em termos discursivos e práticos para lidar com contingências, como as interpretam e consideram (ou não) a participação de outros atores políticos na busca de soluções.

Além disso, faz-se necessário lembrar que, na saúde, em que pesem o desenvolvimento tecnológico (que impacta nos custos e nos tipos de cuidado) bem como as influências de ordem mais estruturais, o trabalho é fortemente baseado em relações, tendo caráter imaterial, intersubjetivo, no qual a visão do trabalhador como um simples recurso ignora que há um forte componente ético-político (não apenas técnico racional) que afeta as relações de cuidado, como campo de relações de poder e de subjetivação¹⁷. Sem contar nos constrangimentos e contingências que os cenários de trabalho e a conjuntura concretamente impõem ao processo de trabalho em saúde em tempos de crise. Racionalidades gerenciais¹⁸ que infantilizam o trabalhador, que o constrangem a serem “colaboradores” (colaboração como *status* formal e moral e não como construção), que depositam no indivíduo a responsabilidade de ser criativo e de fazer mais com menos tendem a produzir sofrimento, competição e até cinismo, ao passo que no SUS e particularmente na APS precisamos de trabalhadores para defender a vida das pessoas.

Considerações finais

A crise da APS no MRJ, materializada em atrasos de pagamento, restrição no acesso às ações e serviços, demissões e cortes de equipes, abordada neste artigo, apresenta-se a partir da combinação de elementos locais e nacionais. Como uma cidade que apresenta muita ressonância no país (pela presença da grande mídia e pelo simbolismo que carrega), os desmontes realizados podem ecoar ou ter significados para além dos seus limites geográficos.

Destacamos, aqui, as implicações da adoção de OSS na APS em termos da sustentabilidade dos serviços (ainda que esta seja produto de mais elementos não considerados aqui), o efeito das racionalidades gerenciais no trabalho em saúde (especialmente aquelas informadas pelo ideário gerencialista) e a condução dos processos de gestão face à institucionalidade democrática do SUS (respeitando ou ignorando o controle e a participação social).

Colaboradores

EA Melo, MHM Mendonça e M Teixeira participaram da concepção, redação, revisão e aprovação final do artigo.

Referências

1. Conselho Federal de Medicina (CFM). Editorial. *Journal de Medicina* 2018; 284:6-7.
2. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of Primary care to Health Systems and Health. *Milbank Q* 2005; 83(3):457-502.
3. Kringos DS, Boerma W, van der Zee J, Groenewegen P. Europe's strong primary care systems are linked to better population health but also to higher health spending. *Health Aff* 2013; 32(4):686-694.
4. Macinko J. Atenção Primária à Saúde: estratégia chave para a sustentabilidade do SUS. *Seminário Atenção Primária à Saúde*, OPAS, Brasília, abril, 2018. Brasil. [acessado 2019 Abr 5]. Disponível em: <https://apsredes.org/wp-content/uploads/2018/04/Mesa-1-James-Macinko.pdf>
5. Jinkings I, Doria K, Cleto M, organizadores. *Por que gritamos golpe? para entender o impeachment e a crise política no Brasil*. São Paulo: Boitempo Editorial; 2016.
6. Castro ALB, Lima DL, Machado CV. Financiamento da atenção primária à saúde no Brasil. Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa. In: Mendonça MHM, Matta GC, Gondim R, Giovanella L, organizadores. *Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2018. p. 73-93.
7. Melo EA, Mendonça MHM, Oliveira JR, Andrade GCL. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. *CEBES: Saúde em Debate* 2018; 42(n. esp. 1):38-51.
8. Soranz D, Pinto LP, Penna GO. Eixos e a Reforma dos Cuidados em Atenção Primária em Saúde (RCAPS) na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Cien Saude Colet* 2016; 21(5):1327-1338.
9. Pinto LF, Giovanella L. Do Programa à estratégia Saúde da família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis a atenção básica (ICSAB). *Cien Saude Colet* 2018; 23(6):1903-1914.
10. Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro. SMS-RJ. *Plano Municipal de Saúde 2018-2021*. 2018. [acessado 2019 Fev 5]. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/conselho-municipal-de-saude>
11. Stevanim LF. Nenhum serviço a menos. *Radis* 2018; 195.
12. Teixeira MM, Matta G, Silva Júnior AG. Modelos de Gestão na Atenção Primária à Saúde. In: Mendonça MHM, Matta GC, Gondim R, Giovanella L, organizadores. *Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2018. p. 117-141.
13. Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro. SMS-RJ/SUBPAV. *Reorganização dos Serviços de APS – Estudo ara Otimização de Recursos*. Rio de Janeiro: SMS-RJ/SUBPAV; 2018.
14. Eiro NY, Torres-Júnior AS. Estudo Comparativo das Formas de Apropriação dos Modelos da Qualidade Total e *Lean Production* nos Serviços de Saúde. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2015; 23(5):846-854.
15. Rio de Janeiro. Deliberação S/COMS nº 364, de 13 de novembro de 2018. *Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro* 2018; 30 nov.
16. Gaulejac V. *Gestão como doença social: ideologia, poder gerencialista e fragmentação social*. São Paulo: Idéias e Letras; 2007.
17. Merhy E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. 3ª ed. São Paulo: Editora Hucitec; 2002.
18. Campos GWS. *Um método para análise e co-gestão de coletivos*. São Paulo: Editora Hucitec; 2000.

Artigo apresentado em 12/04/2019

Aprovado em 12/07/2019

Versão final apresentada em 30/08/2019