

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

Tatiane Tavares Menezes

TRABALHADORES DA GESTÃO: CONTINUIDADE E/OU DESCONTINUIDADE
DA POLÍTICA DE ATENÇÃO BÁSICA NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

Rio de Janeiro

2022

Tatiane Tavares Menezes

TRABALHADORES DA GESTÃO: CONTINUIDADE E/OU DESCONTINUIDADE
DA POLÍTICA DE ATENÇÃO BÁSICA NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

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

Orientadora: Filippina Chinelli

Co-orientadora: Monica Vieira

Rio de Janeiro

2022

Catálogo na Fonte

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Biblioteca Emília Bustamante

Marluce Antelo CRB-7 5234

Renata Azeredo CRB-7 5207

M543t Menezes, Tatiane Tavares
Trabalhadores da gestão: continuidade e/ou
descontinuidade da política de atenção básica no
município do Rio de Janeiro / Tatiane Tavares
Menezes. - Rio de Janeiro, 2022.
199 f.

Orientadora: Filippina Chinelli
Coorientadora: Monica Vieira

Dissertação (Mestrado) - Fundação Oswaldo
Cruz, Escola Politécnica de Saúde Joaquim
Venâncio, Programa de Pós-graduação em Educação
Profissional em Saúde, 2022.

1. Administração Pública. 2. Atenção Básica.
3. Sistema Único de Saúde. 4. Servidor Público.
I. Chinelli, Filippina. II. Vieira, Monica.
III. Título.

CDD 351

Tatiane Tavares Menezes

TRABALHADORES DA GESTÃO: CONTINUIDADE E/OU DESCONTINUIDADE
DA POLÍTICA DE ATENÇÃO BÁSICA NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

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

Aprovado em 25/03/2022

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dra Filippina Chinelli (Orientadora) – EPSJV/Fiocruz

Prof^ª. Dra Monica Vieira (Co-orientadora) – EPSJV/Fiocruz

Prof^ª. Dra Marcia Valéria Guimarães Cardoso Morosini – EPSJV/Fiocruz

Prof^ª. Dra Sueli Terezinha Ferrero Martin – Faculdade de Medicina de
Botucatu/UNESP

*Dedico este
trabalho ao meu querido
amigo Fábio Leal.*

AGRADECIMENTOS

Aos professores e residentes do curso de especialização em Saúde da Família, por tantas contribuições profissionais e pessoais, em especial a José Wellington Araújo, Arlinda Moreno e Ellen Cristina Francisco.

Aos coordenadores Helena Seidl, Roberta Gondim, Gustavo Matta e residentes do curso de especialização em Gestão da Atenção Básica, que despertaram o meu interesse e paixão por este lugar chamado gestão.

Aos gestores e às gestoras, que me deram oportunidades e tornaram-se minhas referências. Thais Severino, Aline Cunha, Daniel Soranz, Fabiane Minozzo, Alyne Mello, Leonardo Graever, Grégory Carvalho e Marcelo Gutierrez.

Aos professores e mestrandos (as) da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, que me proporcionaram o retorno aos ideais que fui forjada enquanto estudante, trazendo a convicção de qual luta travar. Especialmente aos professores, Marcela Pronko, André Dantas e Anamaria D'Andrea Corbo. Danieli Santos, gratidão por ter ajudado na abertura desse caminho. Ingrid Santos, estaremos juntas em outros desafios, pois este vencemos de mãos dadas.

Às minhas orientadoras Filippina Chinelli e Monica Vieira, pelo carinho, pela compreensão e por me ensinarem a ser uma pesquisadora. Se há algo nesta vida que vale a pena e nos arrepia, posso dizer que é estar com pessoas como elas.

À Sueli Terezinha Ferrero Martin, por mudar e melhorar o meu olhar e por tantos ensinamentos nos preciosos encontros do NEPPEM e da ABRAPSO.

À Marcia Valéria Morosini, pelas contribuições e pelo apoio à minha formação.

Às parcerias de trabalho, que se transformaram em significativas amizades e estiveram presentes em tantos momentos de dor e alegria, em particular Mariana Puppim, Renan Pessanha, Thiago Miranda e Ricardo Sales.

Às pessoas incríveis que a vida me presenteou, Wania da Conceição Pinto, Silveria Ribeiro de Alcântara Araújo e Maria Aparecida Martins de Souza por cuidar de mim e da minha casa com dedicação, dando condições para que eu seguisse nessa trajetória de estudos.

À Lilian Romanini de Oliveira, por acompanhar minhas vivências e lutos, proporcionando superações através de um espelhamento tão solidário.

Ao Fábio Leal e à Mariana Rodrigues, por me guardarem “debaixo de sete chaves dentro do coração” e por estarem comigo “para o que der e vier”.

Ao Paulo Sergio, meu amigo carioca mais carinhoso e simpático que acompanhou meus passos naquela cidade.

Ao Marcelo Lino, pela amizade, carinho e a linda apresentação para a defesa.

Às minhas amigas, Simone Cheroglu, Marília Verdussen, Heliana Figueiredo Crislene Faustino e Eliane Gomes pela paciência a cada encontro desmarcado, pela potência de uma relação que sobrevive com quilômetros de distância e, principalmente, por nos fortalecermos através de conversas, abraços e choros. Com essas mulheres que admiro, aprendo a me tornar mulher.

Ao Rafael Almeida e à Anna Rigato, pela contribuição desde a primeira disciplina do mestrado, pela participação na construção da dissertação e pela demonstração constante e genuína de amor.

À minha família, que representa a sustentação dos meus voos e os acompanha em todos os Estados, trabalhos e experiências.

Aos trabalhadores do SUS, por me inspirarem com sua demonstração de solidariedade, luta pelo direito à saúde e resistência em meio aos desafios.

“Se tem uma coisa que aprendi com o tempo é que a gente vai se somando ao longo da vida. Vai se somando consigo mesmo. Quem já fomos não vai embora de nós, se soma com quem chega em nós”
(Ana Suy)

RESUMO

Analisamos nesta dissertação os processos na gestão pública da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro associados à continuidade e/ou descontinuidade na implementação das políticas de Atenção Básica. Constata-se que as políticas públicas são permeadas por ações fragmentadas, conflitos entre gestores, rotatividade de profissionais, personificação de políticas e planejamento de curtos prazos baseados em ciclos eleitorais. Neste sentido, partimos de uma determinada concepção de Estado e do contexto de reforma do Estado, juntamente com a cultura da Administração Pública brasileira, para compreender os processos multideterminados em torno desta questão. A expansão e a retração dos serviços da Atenção Primária à Saúde no Rio de Janeiro expressam esta lógica e a disputa de interesses em torno da política de saúde, tornando-se por isso mesmo conjunturas ricas para desvelar questões estruturais que afetam a implementação de políticas. Além disso, as políticas de Atenção Básica têm um papel fundamental na concretização do SUS. Acreditamos que o diálogo com os servidores públicos com experiência em cargos de confiança na gestão do município do Rio de Janeiro oportunizaria o reconhecimento e análise de tais processos. São trabalhadores que exercem funções comprometidas com o projeto de governo eleito, ao mesmo tempo, que no papel de estatutários tem garantido o direito de estabilidade, sendo uma possível blindagem para atos de resistências e inflexões dos caminhos das políticas públicas. O desenvolvimento deste trabalho foi baseado em entrevistas semi-estruturadas, na revisão da literatura pertinente ao tema e análise dos documentos públicos que tratam das questões sobre gestão pública, políticas de Atenção Básica e Estado. O estudo teve um caráter qualitativo visto que essa opção metodológica propicia a imersão nas relações com os sujeitos da pesquisa e a apreensão suas concepções a respeito do objeto de estudo. Por fim, buscamos na pesquisa respostas que nos subsidiem na luta pela continuidade das políticas públicas, especificamente da saúde.

Palavras-chave: Gestão pública; Atenção Básica; SUS; Servidor público.

ABSTRACT

In this dissertation, we analyze the processes in the public management of the Municipal Health Department of Rio de Janeiro associated with continuity and/or discontinuity in the implementation of Primary Care policies. It appears that public policies are permeated by fragmented actions, conflicts between managers, professional turnover, personification of policies and short-term planning based on electoral cycles. In this sense, we start from a certain conception of the State and the context of State reform, together with the culture of Brazilian Public Administration, to understand the multidetermined processes around this issue. The expansion and contraction of Primary Health Care services in Rio de Janeiro express this logic and the dispute of interests around health policy, thus becoming rich conjunctures to unveil structural issues that affect the implementation of policies. In addition, Primary Care policies play a key role in the implementation of the SUS. We believe that dialogue with public servants with experience in positions of trust in the management of the municipality of Rio de Janeiro would provide opportunities for the recognition and analysis of such processes. They are workers who perform functions committed to the elected government project, at the same time, in the role of statutory, they have guaranteed the right to stability, being a possible shield for acts of resistance and inflections of the paths of public policies. The development of this work was based on semi-structured interviews, a review of the literature relevant to the topic and an analysis of public documents that deal with issues of public management, primary care policies and the State. The study had a qualitative character since this methodological option provides an immersion in the relationships with the research subjects and the apprehension of their conceptions regarding the object of study. Finally, we seek in the research answers that support us in the struggle for the continuity of public policies, specifically health.

Keywords: Public Management; Basic Attention; SUS; Public Server.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Número de Unidades de Atenção Primária à Saúde, equipes e outros serviços por Área de Planejamento em 2016.....	87
Quadro 2	Comparativo da Estrutura Organizacional da Secretaria Municipal de Saúde nos anos de 2000 e 2008.....	102
Quadro 3	Comparativo da Estrutura Organizacional da Secretaria Municipal de Saúde nos anos de 2009 e 2016.....	104
Quadro 4	Estrutura Organizacional da Secretaria Municipal de Saúde em 2019.....	108
Quadro 5	Símbolos e valores de cargos em comissão do município do Rio de Janeiro em 2016.....	182
Quadro 6	Unidades de saúde e equipes saúde da família com data de ativação e desativação do município do Rio de Janeiro.....	183

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Figura 1 - Mapa das Regiões Administrativas do município do Rio de Janeiro.....	73
Figura 2	Organograma da Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde em 2016.....	106
Figura 3	Organograma da Superintendência de Atenção Primária da Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde em 2016.....	107
Figura 4	Nuvem de palavras do tema “Ser Gestor”	124

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Valores de remunerações de servidores por cargo efetivo, cargo em comissão, vencimentos, gratificações e incorporações.....	60
Tabela 2	Áreas de Planejamento por População residente, Número de Regiões Administrativas e Bairros.....	71
Tabela 3	Regiões Administrativas por Área de Planejamento, Esperança de vida e IDH atualizado em 2019.....	71

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AB	Atenção Básica
AP	Área de Planejamento
APS	Atenção Primária à Saúde
CAP	Coordenadoria Geral de Atenção Primária
CDS	Coleta de Dados Simplificada
CF	Clínica da Família
CGA	Coordenadoria de Gestão Administrativa
CGM	Controladoria Geral do Município
CLCPE	Coordenação de Linhas de Cuidado e Programas Especiais
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CMD	Conjunto Mínimo de Dados
CMS	Centro Municipal de Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CTA	Comissão Técnica de Avaliação
DAI	Direção e Assessoramento Intermediário
DAPS	Divisão de Ações e Programas de Saúde
DAS	Direção e Assessoramento Superior
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DEM	Democratas
DESF	Departamento da Atenção de Saúde da Família
DICA	Divisão de Informação, Controle e Avaliação
DVS	Divisão de Vigilância em Saúde
ENAP	Escola Nacional de Administração Pública
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
EPSJV	Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio
ESF	Estratégia Saúde da Família
eSF	equipe de Saúde da Família
FCPE	Funções Comissionadas do Poder Executivo
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FMI	Fundo Monetário Internacional
GAT	Grupo de Apoio Técnico

GIL	Gerenciador de Informações Local
GT	Grupo de Trabalho
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
IUBAAM	Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
LOA	Lei Orçamentária Anual
LRF	Lei de Responsabilidade Fiscal
MARE	Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado
NESF	Núcleo da Estratégia Saúde da Família
ONG	Organização não governamental
OSS	Organização Social da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAS	Programação Anual da Saúde
PCCS	Plano de Carreiras, Cargos e Salários
PCRJ	Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro
PEC	Prontuário Eletrônico do Cidadão
PFL	Partido da Frente Liberal
PGM	Procuradoria Geral do Município
PMA	Relatório de Produção e Marcadores para Avaliação
PMDB	Partido do Movimento Democrático Brasileiro
PMS	Plano Municipal de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PPA	Plano Plurianual
PRB	Partido Republicano Brasileiro
PRESF	Programa de Residência em Enfermagem em Saúde da Família
PRMFC	Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade
PTB	Partido Trabalhista Brasileiro
RA	Região Administrativa
RAG	Relatório Anual de Gestão
RDQA	Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior
REFIT	Recursos Físicos e Tecnológicos da Saúde

RIO-URBE	Empresa Municipal de Urbanização
RJ	Rio de Janeiro
RJU	Regime Jurídico Único
SAPS	Secretaria de Atenção Primária à Saúde
SCNES	Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
SIA	Sistema de Informações Ambulatoriais de Saúde
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SICI	Sistema Integrado de Codificação Institucional
SIOPS	Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SISAB	Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica
SISREG	Sistema Nacional de Regulação
SMS	Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro
SSA	Relatório de Situação de Saúde e Acompanhamento das Famílias
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
TIC	Tecnologias de Informação e Comunicação
UERJ	Universidade Estadual do Rio de Janeiro
UFF	Universidade Federal Fluminense
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UNIRIO	Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	16
Algumas considerações metodológicas	21
1. CAPÍTULO I: “NÓS TEMOS NECESSIDADES BÁSICAS. É O MINIMINHO. NÃO DÁ PARA VOCÊ DIZER QUE NÃO TEM DINHEIRO. É SÓ TER VERGONHA NA CARA”	27
1.1. “Vontade política é o número um para a continuidade das ações”, será?	27
1.2. “Era bem injusta a comparação. Mostrava um serviço sucateado e outro novo com todo o investimento”	32
1.3. Estatutários: de “peso” à residência à esfoliação do fundo público	39
1.4. “Não era só a questão da estabilidade, mas o reconhecimento do que é ser um servidor público”	45
1.5. “Uma coisa que dificulta muito a política de Atenção Primária aqui no Rio de Janeiro é a precarização”	47
1.6. “Olha, nós já fizemos até aqui. Vamos continuar daqui? Não começar do zero”	49
1.7. “Todos que estão abaixo tem que seguir o que ele [prefeito] determina. Se a decisão é pelo corte, os de baixo vão fazendo”	56
2. CAPÍTULO II: “VAMOS BOTAR TIJOLO”. “VAMOS TIRAR O TIJOLO”. “DESCONSTRUINDO LITERALMENTE O QUE VOCÊ ACABA DE FAZER” NA POLÍTICA DE ATENÇÃO BÁSICA.....	65
2.1. PNAB: “uma proposta interessante” até tornar-se um “dificultador” para a implementação de uma genuína política de saúde.....	65
2.2. “Uma cultura hospitalocêntrica [a qual] achava que a Atenção Primária só dava despesa”	71

2.3.	A expansão da APS como saída da “mesmice” aos “trancos e barrancos” 76
2.4.	“Falar em redesenho é um eufemismo”: “nós vimos o desmonte [da APS]” 90
2.5.	Formação profissional: a dor de ser reconhecida como “hippie pode crer” ao encantamento pela Saúde da Família..... 99
2.6.	“Ficou mais difícil o trabalho quando se perdeu o lugar” da Superintendência da Atenção Primária: o organograma enquanto instrumento de priorização 101
2.7.	Sistemas de Informação: “mostrando a importância do serviço” em meio ao prejuízo de “mudanças de fonte de informação” 115
3.	CAPÍTULO III: “SER GESTOR NÃO É SÓ FICAR SENTADO EM BERÇO ESPLÊNDIDO” 121
3.1.	“Para ser ouvido, você precisa ser uma gestora” 121
3.2.	“A minha gestão é técnica e política, no sentido político de saúde” 123
3.3.	“O que é ser um gestor dentro do serviço público?” Ter “um jeitinho”. “Ninguém se prepara”?..... 130
3.4.	“Cada um tem uma cabeça diferente e toca [o trabalho] de forma diferente” 135
3.5.	“Trabalhar não para as pessoas, mas pelo processo”..... 145
3.6.	“Quando você coloca na roda, cada um vai colocando uma pitadinha de um tempero” e no fim “todo muito fez junto” 151
	CONSIDERAÇÕES FINAIS 159
	REFERÊNCIAS 164
	GLOSSÁRIO..... 175

ANEXO A – ROTEIRO DE ENTREVISTA.....	177
ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	180
ANEXO C – QUADRO 5 – SÍMBOLOS E VALORES DE CARGOS EM COMISSÃO DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO EM 2016.....	183
ANEXO D – QUADRO 6 – UNIDADES DE SAÚDE E EQUIPES SAÚDE DA FAMÍLIA COM DATA DE ATIVAÇÃO E DESATIVAÇÃO DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO	184

INTRODUÇÃO

Esta dissertação tem por objetivo analisar processos multideterminados que perpassam a gestão pública da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS/RJ) associados à continuidade e/ou descontinuidade na implementação da política de Atenção Básica no município.

O estudo refere-se ao tema das políticas públicas, sobretudo desde a década de 1990, à reforma do Estado brasileiro, à chamada Nova Gestão Pública e à cultura da Administração Pública no Brasil.

Parte do pressuposto de que a política de Atenção Básica que delimita objeto do estudo, considera seu papel fundamental na concretização da política de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), pois funciona como porta de entrada prioritária aos usuários, além de se constituir em coordenadora do cuidado na rede de atenção à saúde. Cabe esclarecer que os termos ‘Atenção Básica’ e ‘Atenção Primária’ serão utilizados como sinônimos. No entanto, seguem a lógica de designação conforme circunstância, isto é, quando relatada a situação do município utiliza-se a terminologia Atenção Primária à Saúde (APS), considerando que o termo está registrado nos documentos oficiais da SMS e, quando em análises, o termo ‘Atenção Básica’ em contraponto a concepção de uma APS focalizada. No caso das falas das entrevistadas são utilizados os termos fidedignos a transcrição.

O caminho trilhado para alcançar o proposto partiu do levantamento de documentos e orientações da gestão pública, percorreu a investigação dos processos na implementação da política de Atenção Básica no Rio de Janeiro, à categorização destes como subsídios à continuidade e/ou descontinuidade da política de saúde.

Ao considerar o contexto de expansão e a retração de equipes e serviços da APS, nos moldes da Estratégia Saúde da Família (ESF), no município do Rio de Janeiro no período de 2000 a 2019, o estudo traz à luz questões singulares e, principalmente, generalizáveis quanto aos processos de continuidade e descontinuidade nas políticas de saúde.

No município, a significativa ampliação do acesso à APS deu-se via Organizações Sociais de Saúde (OSS), a partir de 2009. Elas foram encarregadas da contratação dos trabalhadores que desempenhavam assistência direta à população, por meio do vínculo empregatício regido pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). Concomitantemente,

a SMS tinha um corpo de trabalhadores exercendo funções de gestão, como o planejamento, monitoramento e avaliação dos serviços de saúde, com expressivo número de servidores públicos sob Regime Jurídico Único (RJU).

O compromisso com a manutenção da política de saúde é enunciado no conjunto de princípios, direitos e deveres dos agentes públicos. Estes trabalhadores, sob regime de estabilidade, garantiriam o modelo de ‘política de Estado’ e apontariam inflexões em determinados ‘projetos de governo’. Machado et al. (2007) descrevem que a ‘política de Estado’ está para o comprometimento com as normas constitucionais e legislações do SUS, como o ‘projeto de governo’ está para os compromissos assumidos pelo chefe do Executivo. As autoras também salientam que a interação entre ambos pode influir na solidificação da política de saúde.

As preocupações em relação à gestão pública, em especial para os servidores públicos, vistos os impactos do acesso e disponibilidade de serviços da APS na cidade do Rio de Janeiro, estão circunscritos na problemática pesquisada. Além disso, a defesa da estabilidade do vínculo empregatício no serviço público é aqui percebida como incompleta diante das condições e relações de trabalho envolvidos nesse formato de contratação, como salários e cargos.

A motivação da escolha da problemática teve origem na experiência como residente no curso de especialização em gestão da Atenção Básica que trouxe questionamentos a respeito da gestão do trabalho. O trabalho em saúde, especificamente na gestão, é dependente de trabalhadores para se efetivar. Nesse sentido, a precarização, a falta de reconhecimento, a rotatividade de profissionais e a insatisfação no trabalho, entre outros aspectos vividos no cotidiano de trabalho, foram observados como elementos geradores de sofrimento ao trabalhador e descontinuidade da política pública.

A inserção como residente e trabalhadora da gestão na SMS/RJ de 2016 até início de 2021 apontou lacunas e necessidade de aprofundamento das considerações a respeito da gestão do trabalho. Observaram-se descontinuidades no trabalho da gestão e suas consequências para os trabalhadores da assistência à saúde e para os usuários dos serviços da APS. A constante rotatividade dos gestores e as mudanças acarretadas nas escalas de prioridades das ações a serem desenvolvidas num órgão com um número expressivo de servidores públicos, provocou reflexões a respeito das diferentes implicações da gestão do trabalho na concretização da política de Atenção Básica.

A vivência pessoal em uma cultura da Administração Pública permeada por ações fragmentadas, disputas entre gestores, rotatividade de profissionais, personificação de

políticas e planejamento de curto prazo baseados em ciclos eleitorais, influenciou profundamente a necessidade de buscar respostas a inquietações experimentadas durante minha permanência na SMS/RJ.

Constatando que havia continuidades e descontinuidades, nos perguntamos quais processos multideterminados estariam conectados a este movimento da política pública. Entendendo a importância dos atores na arena de disputas dentro do arcabouço, Estado em nível nacional e subnacional, surgiu o questionamento sobre os limites e possibilidades do lugar ocupado pelos estatutários, em especial daqueles nomeados como trabalhadores da gestão que operacionalizam e, quando permitido, colaboram na construção e implementação da política pública de saúde.

Destaca-se que a importância dada às falas das entrevistadas fica evidente na utilização delas ao longo da dissertação, ao ponto de nomearem boa parte dos capítulos e subtítulos.

O trabalho será apresentado em três capítulos intitulados “Nós temos necessidades básicas. É o miniminho. Não dá para você dizer que não tem dinheiro. É só ter vergonha na cara”; “Vamos botar tijolo”; “Vamos tirar o tijolo” “desconstruindo literalmente o que você acaba de fazer” na política de Atenção Básica; e, por último, “Ser gestor não é só ficar sentado em berço esplêndido”.

No primeiro capítulo a compreensão da historicidade, das contradições e da gestão do SUS, mais especificamente da Atenção Básica, remete ao tema das políticas públicas, sobretudo desde a década de 1990, à reforma do Estado brasileiro, à chamada Nova Gestão Pública e à cultura da Administração Pública no Brasil. É retratada a arena de disputas e interesses que refletem as conquistas e perdas da classe trabalhadora por direitos, aquele “miniminho”, em específico à saúde. Destacam-se as perspectivas dos organismos internacionais, da reforma do Estado e do New Public Management relacionadas aos estatutários, sendo expresso em injustas comparações, trabalhadores reconhecidos como “peso” e, em contraponto, como resistência à esfoliação do fundo público. Em seguida, são tratados os aspectos da precarização do trabalho dos servidores estatutários e a questão dos cargos, carreiras e salários. Por fim, as falas das entrevistadas elucidam o recomeço das ações referentes às políticas públicas, “Olha, nós já fizemos até aqui. Vamos continuar daqui? Não começar do zero”, e o movimento perverso que estão submetidas, afinal “Todos que estão abaixo tem que seguir o que ele [prefeito] determina. Se a decisão é pelo corte, os de baixo vão fazendo”.

O segundo capítulo apresenta a rede de atenção à saúde do Rio de Janeiro no período de 2000 a 2019, destacando os serviços da APS. Os acontecimentos no período de expansão e retração das equipes de Saúde da Família (eSF) são explanados a partir de documentos oficiais, como os Planos Plurianuais (PPA), de dados em sistemas de informação e do indicador de cobertura da Atenção Básica, além das narrativas das entrevistadas. Essas falas são facilmente compreendidas pela analogia de uma construção “Vamos botar tijolo”. “Vamos tirar o tijolo”, “descontruindo literalmente o que você acaba de fazer” na política de Atenção Básica. No ponto de vista das entrevistadas, a publicação da primeira Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) em 2006 (BRASIL, 2006) e sua subsequente atualização em 2011 (BRASIL, 2011), representam “uma proposta interessante”. No entanto, ela tornar-se um “dificultador” para implementação de uma genuína política de saúde em sua última modificação no ano de 2017 (BRASIL, 2017b). Posteriormente, trataremos de três temáticas abordadas pelas gestoras, relacionando-as à continuidade das políticas de Atenção Básica, entre elas a formação e qualificação dos profissionais da assistência à saúde (“A dor de ser reconhecida como “hippie pode crer” ao encantamento pela Saúde da Família), a organização do organograma de uma instituição (“Ficou mais difícil o trabalho quando se perdeu o lugar” da Superintendência da Atenção Primária: o organograma enquanto instrumento de priorização) e a implantação/alteração dos sistemas de informação (“mostrando a importância do serviço” em meio ao prejuízo de “mudanças de fonte de informação”).

O último capítulo “Ser gestor não é só ficar sentado em berço esplêndido” apresenta breve histórico da área de conhecimento denominada gestão e suas diferentes concepções. Além disso, identifica aspectos do lugar ocupado por trabalhadores da gestão com cargos comissionados. Parte-se do entendimento da gestão como distanciamento do trabalhador na tomada de decisão sobre suas próprias atividades, chegando a ser invisibilizado: “Para ser ouvido, você precisa ser uma gestora”. Quanto à atuação em cargos de chefia e assessoramento, discute-se sobre a inserção dos trabalhadores de gestão, quem são, os lugares que ocupam e sua formação: “O que é ser um gestor dentro do serviço público?” Ter “um jeitinho”. “Ninguém se prepara?”. A seguir são apontadas as funções gestoras, como planejamento, financiamento, regulação, monitoramento e avaliação resultando na visão que “Cada um tem uma cabeça diferente e toca de uma forma diferente”. Discute-se também a organização do processo de trabalho da gestão, com ênfase no trabalho em equipe e nos processos, ao invés, de atuações baseadas em personificações de representantes do Poder Executivo de alto escalão em “Trabalhar não

para as pessoas, mas pelo processo”. Por último, o entendimento que “Quando você coloca na roda, cada um vai colocando uma pitadinha de um tempero” e no fim “todo mundo fez junto” explora os elementos da dimensão dos arranjos organizacionais e o controle social.

Diante disso, acredita-se que a análise empreendida possibilita a compreensão das práticas na gestão que orientam a atuação dos trabalhadores da gestão no município do Rio de Janeiro e oportunizaram subsídios para refletir sobre a continuidade da política de Atenção Básica.

Algumas considerações metodológicas

O estudo teve um caráter qualitativo, por ser um método que propicia a imersão nas relações com os sujeitos da pesquisa e a apreensão suas concepções a respeito do objeto de estudo. A partir das vivências e proximidade da pesquisadora com a realidade da APS do município do Rio de Janeiro, o que informa sua escolha como campo de pesquisa a SMS/RJ. Além disso, constatou-se a importância da análise conjuntural de expansão e a retração de equipes e serviços da APS no município no período de 2000 a 2019, focando principalmente nos anos de 2009 a 2019, para alcance dos objetivos da pesquisa.

Iniciamos o trabalho com a revisão da literatura pertinente, sendo relacionada aos temas Reforma do Estado, Nova Gestão Pública, Atenção Básica, Administração Pública e gestão. Posteriormente, houve o levantamento e análise de documentos públicos e informações que tratam da gestão pública, da política de Atenção Básica e do processo de expansão e redução de equipes e serviços no município estudado. Entre eles, os resultados do indicador de Cobertura da Atenção Básica, a estrutura organizacional, os instrumentos de planejamento institucionalizados a exemplo o Plano Plurianual e o projeto de redesenho elaborado pela SMS/RJ, isto é, extinção das equipes. Em geral, os documentos e informações foram coletados em diário oficial, nos sítios eletrônicos da prefeitura e do Ministério da Saúde, entre outros.

Em seguida, foram identificados os potenciais participantes da pesquisa. Entendendo que o interesse do estudo foi nos debruçarmos sobre a gestão, optamos por trabalhadores cujas atividades fossem voltadas para esta área, exercidas em órgãos de gestão. Os setores de gestão da SMS/RJ podem ser divididos entre nível central, local e a média gestão. O nível central tem as competências de planejar, coordenar, acompanhar, avaliar e estabelecer diretrizes para cumprimento de ações e serviços da APS no município, segundo o Sistema Integrado de Codificação Institucional (SICI) (RIO DE JANEIRO, 2020). O nível local, representado pelo órgão nomeado como Coordenadoria Geral de Atenção Primária (CAP), responde pelo planejamento, coordenação, acompanhamento, avaliação e supervisão das atividades das Unidades de Saúde, além de ter a competência de implantar as diretrizes estabelecidas pelo nível central, em uma determinada Área de Planejamento (AP). Atualmente, o território do município está dividido em 10 AP, cada uma com sua CAP. Na média gestão está o gerente e/ou diretor

responsável por uma unidade de saúde da APS. Os participantes selecionados pertenciam a gestão do nível central e local.

Também consideramos na escolha a presença desses trabalhadores no contexto de expansão e retração das equipes da APS. Na história da gestão pública de órgãos responsáveis pela APS no município do Rio de Janeiro perpassaram diferentes grupos de trabalhadores da gestão. Esses grupos podem ser classificados conforme sua presença nos momentos de expansão e retração das equipes e serviços da APS. O primeiro grupo presenciou o momento de expansão durante a administração do prefeito Eduardo Costa Paes, no período de 2009 a 2016, e foram exonerados e/ou demitidos após mudança do projeto de governo, sobretudo durante a administração do prefeito Marcelo Crivella, no período de 2017 a 2020. Um segundo grupo foi nomeado apenas no momento da retração dos serviços que aconteceu, principalmente, em 2019. O terceiro grupo vivenciou os momentos de expansão e a retração das equipes e serviços e atualmente não trabalham na SMS. O quarto grupo também esteve presente em ambos os momentos e continua atuando nos setores referentes à APS. Considerando os grupos citados, escolhemos dialogar com o terceiro e quarto grupos.

Outro elemento importante na escolha foi o vínculo empregatício desses trabalhadores. A partir da hipótese que os estatutários têm importância nos processos de continuidade das políticas públicas, escolhemos apenas trabalhadores com o vínculo regido pelo RJU com o município.

Por último, a seleção dos trabalhadores pressupôs a participação deles em cargos de direção e assessoramento, também chamados de cargos em comissão. Tais cargos implicam funções carregadas pelo comprometimento com o projeto de governo, vistas como de confiança. Por ocupar tal posição, também os nomeamos gestores.

O desenvolvimento do trabalho baseou-se em entrevistas semi-estruturadas, conforme o roteiro presente no Anexo A. Destaca-se o Termo de Consentimento Livre Esclarecido inserido no Anexo B. O roteiro foi construído a partir dos seguintes eixos: caracterização do entrevistado, trajetória ocupacional, formação e trajetória na gestão da Atenção Básica e gestão, em um sentido amplo. O último eixo abordou questões acerca das concepções sobre o termo gestor, os elementos que facilitam e/ou dificultam a implementação das políticas de Atenção Básica e os fatores que contribuem para a continuidade do trabalho.

Foram direcionados dezenove convites aos trabalhadores da gestão, sendo em sua grande maioria pertencentes às CAP. O máximo de convites por CAP foi igual dois, na

perspectiva de abordar todas as AP do município. Do total de convites, tivemos o aceite de quatorze gestores em nove AP diferentes, mais aqueles do nível central. As entrevistadas foram realizadas online com dez participantes, utilizando a ferramenta Google Meet versão gratuita, e quatro presencialmente no período de fevereiro a abril de 2021. As entrevistas duraram em média uma hora e vinte minutos, a mais curta delas ocorreu em cinquenta e sete minutos e a mais longa em uma hora e quarenta e seis minutos. O material gerou aproximadamente trezentas páginas de transcrição. Optou-se por identificar com nomes de flores para preservação de suas identidades.

Foram entrevistados treze mulheres e um homem. Desta forma, utilizamos o termo trabalhadoras da gestão e/ou gestoras entendendo as discussões de gênero a respeito das desigualdades e uso da linguagem. A média de idade delas é de 48 anos, abrangendo uma faixa que vai de 1957 a 1988. Quanto ao estado civil, apenas duas se identificam como solteiras, duas como divorciadas, duas em união estável. Oito delas estão casadas. Em relação aos filhos, onze tiveram seu primeiro filho com a média de idade de trinta anos, sendo que apenas quatro possuem mais de um filho. Três trabalhadoras não tiveram filhos.

Ao perguntarmos sobre as condições de moradia, identificamos que doze entrevistadas têm casa ou apartamento próprio, a décima terceira está em processo de financiamento da residência. Apenas uma não deu resposta. Cinco moram em apartamentos na cidade do Rio de Janeiro, com uma exceção. Os bairros de moradia estão localizados na zona norte, zona oeste e zona sul do município, considerando a frequência das respostas nesta respectiva sequência. A média de pessoas residindo na mesma casa é igual a três, sendo que apenas duas participantes moram com quatro pessoas.

Destaca-se que seis das gestoras entrevistadas ingressaram no serviço público municipal entre 1986 e 2000. No universo das entrevistadas, quatro participantes nunca atuaram em uma unidade de saúde da APS como profissionais de saúde e três não são profissionais de saúde. Assim, temos metade das entrevistadas que não vivenciaram a assistência à saúde na APS, apenas a gestão e/ou em atividades administrativas. Outras cinco foram convocadas no período entre 2001 e 2003. Apenas três ingressaram a partir de 2008. Mais da metade delas tiveram sua primeira experiência na gestão antes de 2009, seja na APS ou em serviços da média e alta complexidade, sendo que destas 50% assumiram cargos de chefia. Todas as participantes ocuparam cargos em comissão entre os anos de 2016 e 2019.

Em atenção à questão dos cargos efetivos e funções, quatro entrevistadas ingressaram no serviço público para cargos de nível médio, sendo um relacionado à saúde

e os outros à área administrativa. Mesmo concorrendo ao cargo de nível médio, uma das entrevistadas era formada no nível superior em um curso da área de educação. As outras três entrevistadas alcançaram o nível superior após ingresso como estatutárias no município, sendo apenas uma relacionada a área da saúde. As demais entrevistadas ocuparam cargos de nível superior e encontram-se, em sua maioria, nas categorias profissionais de enfermagem e de medicina. Há também representantes da Odontologia e Sanitarista. Nestes casos, a escolaridade das entrevistadas corresponde ao cargo efetivo do concurso que prestaram. A passagem para um cargo em comissão as deslocou de suas atividades efetivas e, por vezes, da própria assistência à saúde.

No que concerne às remunerações das estatutárias, identificamos que os cargos efetivos de escolaridade equivalente ao Ensino Médio com funções administrativas, geram o vencimento de um pouco mais de R\$ 1.000,00. Já aqueles profissionais de saúde com o mesmo nível de escolaridade, agregado a um curso de técnico e/ou auxiliar, recebem aproximadamente R\$ 2.000,00. As profissionais de medicina, enfermagem e sanitarista tem o vencimento igual à R\$ 3.013,25.

A retribuição ligada ao cargo em comissão depende de seu lugar na estrutura organizacional, ou seja, quanto mais alto na hierarquia maior a retribuição. Os cargos em comissão são classificados como Direção e Assessoramento Superior (DAS) ou Direção e Assessoramento Intermediário (DAI) e possuem uma escala numérica de um a dez, sendo dez o nível hierárquico mais alto. Os símbolos e valores de cargos em comissão encontram-se no Anexo C. A escolha por lugares específicos nos setores da SMS resultou em um universo de entrevistadas que tiveram cargos em comissão com D-DAS-06 e D-DAS-08, sendo o valor do primeiro de R\$ 1.884,10 e do segundo R\$ 3.845,18.

Além da remuneração do cargo efetivo e o acréscimo dos DAS, a maioria das entrevistadas afirma ter incorporado o valor dos cargos em comissão aos seus vencimentos. A previsão da incorporação está descrita na Lei nº 94, de 14 de março de 1979 (RIO DE JANEIRO, 1979), que dispõe sobre o estatuto dos funcionários públicos do poder executivo do município do Rio de Janeiro e dá outras providências, a qual previa que

Art. 129 Ao funcionário efetivo que permanecer em Cargo em Comissão ou Função Gratificada por período contínuo superior a 08 anos ou períodos vários cuja soma seja superior a 12 anos, é assegurada a percepção do valor da função gratificada ou de 70% (setenta por cento) do valor do símbolo mais elevado, dentre os do Cargos e Funções ocupados, desde que exercidos por prazo superior a 1 (um) ano e, quando não satisfeita esta condição, o do símbolo imediatamente inferior que houver ocupado. (Redação dada pela Lei nº 1015/1987)

Isso significa que elas passaram de oito a doze anos atuando em cargos em comissão. Salientamos que a lei foi revogada pela Lei Complementar nº 212, de 8 de outubro de 2019 (RIO DE JANEIRO, 2019c), alterando a Lei nº 94, de 14 de março de 1979, que dispõe sobre o Estatuto dos Funcionários Públicos do Município do Rio de Janeiro, para dispor sobre a extinção do instituto da incorporação, e dá outras providências.

Quanto à formação para as atividades de gestão, apenas quatro entrevistadas dizem ter realizado algum tipo de formação antes de assumirem as atribuições de direção e assessoramento em cargos em comissão. As pós-graduações citadas foram Residência Médica em Saúde Pública, especializações nas áreas de Gestão em Saúde e Gestão em Saúde Pública. Após inserção no trabalho da gestão, quatro gestoras realizaram uma formação sistemática no seu campo de atuação. São vários os cursos indicados: pós-graduação *stricto sensu* em programas de Doutorado em Saúde Pública; especializações em Administração Pública, Gestão Pública e Administração Hospitalar, e Gestão Pública e Recursos Físicos e Tecnológicos da Saúde (REFIT). Duas participantes frequentaram cursos de gestão voltados para a Saúde da Família e outras duas não fizeram formações na área. Cabe salientar que a graduação e pós-graduação das entrevistadas foram realizadas prioritariamente em instituições públicas, sobretudo na Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), Universidade Federal Fluminense (UFF), Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO).

As técnicas de análise das entrevistas foi Análise de Conteúdo de Bardin, conforme a modalidade Análise Temática que pressupõe três momentos de operacionalização, a saber a pré-análise, a exploração do material de forma a categorizá-lo e a etapa dos resultados obtidos e interpretação (MINAYO, 2014).

Na etapa de pré-análise realizamos a leitura flutuante do material das entrevistas e identificamos as validações por exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência no conteúdo. Posteriormente, usamos os conceitos mais gerais como trabalho, Estado e Atenção Básica para direcionamento da análise.

Na segunda etapa o material foi explorado incorporando no texto da dissertação os trechos das falas mais significativas para a análise orientada conforme os conceitos-chaves. Foram planilhadas as respostas específicas quanto aos processos que facilitam e/ou dificultam a implementação das políticas de Atenção Básica, os fatores que

contribuem para a continuidade e/ou descontinuidade do trabalho e, em seguida, categorizadas.

As classificações partiram das categorias empíricas e teóricas e foram constituindo três grupos. O primeiro abarcou temas como: política de Estado e projetos de governo; Gerencialismo; relação entre o Executivo e o Legislativo; servidores públicos: sua entrada no serviço público, cargos efetivos, cargos em comissão e formação. O segundo focou-se na PNAB e suas atualizações; Cuidado Territorializado: Estratégia Saúde da Família; Integralidade do cuidado: Programa x Linhas de Cuidado; Rede de atenção à saúde do Rio de Janeiro; expansão e retração dos serviços da APS; Organograma e Sistemas de Informação. O terceiro diz respeito a gestão pública: seu conceito, atores e as funções gestoras; organização do processo de trabalho e os arranjos organizacionais e controle social.

Finalmente, foram relacionados os conteúdos das entrevistas com a base na teoria presente na revisão da literatura, construindo interpretações, certificando as hipóteses e viabilizando críticas. Buscamos compreender os processos da gestão pública, identificando e elencando o quanto podem subsidiar a continuidade e/ou descontinuidade da política da Atenção Básica no Rio de Janeiro.

1. CAPÍTULO I: “NÓS TEMOS NECESSIDADES BÁSICAS. É O MINIMINHO. NÃO DÁ PARA VOCÊ DIZER QUE NÃO TEM DINHEIRO. É SÓ TER VERGONHA NA CARA”

Procede-se inicialmente à compreensão da historicidade, das contradições e da gestão do SUS, mais especificamente da Atenção Básica, o que remete ao tema das políticas públicas, sobretudo desde a década de 1990, à reforma do Estado brasileiro, à chamada Nova Gestão Pública e à cultura da Administração Pública no Brasil. Em seguida, são tratados os aspectos da precarização do trabalho dos servidores estatutários e a questão dos cargos, carreiras e salários.

Apresentaremos os diálogos com as trabalhadoras da gestão no município do Rio de Janeiro elucidando as concepções de Estado e políticas públicas destas trabalhadoras estatutárias e os processos que descreveram como importantes para continuidade e/ou descontinuidade das políticas voltadas para Atenção Básica. O reconhecimento dos direitos e responsabilidades delas com o serviço público conduzirá uma análise também dos elementos não abordados, mas relevantes, e suas possíveis relações com as discussões travadas até o momento. Também caberá a explicitação da precarização do trabalho a que tais trabalhadoras estão submetidas. Enfim, é significativa a posição ocupada por tais trabalhadoras no campo estratégico – Estado, seja como trabalhadoras do SUS, da gestão e, principalmente, desempenhando práticas da ordem de tomada de decisões, portanto gestoras da política de saúde.

1.1. “Vontade política é o número um para a continuidade das ações”, será?

A compreensão do Estado em “termos de dominação política e de luta política”, conforme Poulantzas (2000, p.125), é fundamental para uma análise histórica de suas transformações dentro da organização social do modo de produção capitalista. Sob a insígnia da exploração do homem pelo homem e da constituição em classes sociais, o Estado exerce seu papel na representação e organização da classe dominante e é considerado como “a condensação material de uma relação de forças entre classes e frações de classe” (POULANTZAS, 2000, p.130).

O Estado é “a forma específica como a burguesia, no capitalismo, organiza a sua dominação” (DANTAS; PRONKO, 2018, p.76), o que não exclui entendê-lo como a expressão das relações de forças das classes sociais (POULANTZAS, 2000). Como descrito por Dantas e Pronko (2018), um dos elementos fundamentais para a compreensão

da dinâmica capitalista é o “reconhecimento de que o Estado joga um importante papel neste conflito” (DANTAS; PRONKO, 2018, p.73).

Deste modo, o Estado dirige-se à “redefinição de seu papel ‘produtor direto do aumento da produtividade da força de trabalho’ para o ‘gestor da reprodução ampliada do capital e do trabalho’” (NEVES; PRONKO, 2010, p.105, apud VIEIRA et al., 2011, p.30). Ao passo que, como reprodutor do trabalho, guarda a possibilidade de batalha contra o capitalismo.

Enquanto representante de interesses e assegurando a reprodução das condições produtivas, o Estado colabora para manter a concentração de riqueza e a centralização dos meios produtivos. Entretanto, o conflito entre as classes sociais se evidencia nesta representação da sociedade e explicita que, apesar de forças hegemônicas atuarem, existe resistência, disputas de interesses e projetos de sociedade. Segundo Mendonça (2007, p. 6), há uma “permanente tensão entre Contra-Hegemonias” dependente da organização dos sujeitos em coletivos.

Com a acumulação do capital concentrada nas mãos de poucos, as desigualdades de renda, oportunidades e da própria sobrevivência - intrínsecas ao capitalismo - atingem limites que colocam em risco a própria continuidade do sistema de produção. Isto é, as desigualdades não poderiam exceder o ponto de inviabilizar a existência da classe social geradora da riqueza. É nesse ínterim que o Estado, controlado pela classe dominante, interfere na função de minimizar as desigualdades para mediar os conflitos entre as classes.

Na sua implicação com a luta de classes, o Estado se propõe a dar condições para a manutenção do funcionamento do sistema capitalista podendo, inclusive, reduzir suas intervenções voltadas para as condições mínimas de vida da população nos momentos em que as taxas de lucros são verificadas como insuficientes. Assim, as ações do Estado no âmbito da moradia, saúde e regulamentação do trabalho podem garantir à classe trabalhadora condições de vida apenas suficientes para produção e reprodução do capital, exceto nos países dependentes que muitas vezes não são dadas condições mínimas nem a força de trabalho interna.

Concomitante à operacionalização de condições materiais de vida para o proletariado, o Estado, sobretudo dominado pelos interesses do capital, também possui um aparato ideológico que colabora com a diminuição dos conflitos entre as classes sociais. Este pode ser traduzido em valores como os direitos individuais, que apropriados pela classe trabalhadora, contraditoriamente, se tornam mote para novas reivindicações

que, a depender da organização do proletariado, geram conquistas. “Porém, essas conquistas não se transformam em direitos inalienáveis e necessitam ser garantidos constantemente pela luta do proletariado, pois senão, são retomados pelo capital” (GRADELLA, 2008, p.66).

Poulantzas (2000) corrobora a discussão ao descrever que “o estabelecimento da política do Estado deve ser considerado como a resultante das contradições de classe inseridas na própria estrutura do Estado (o Estado-relação)” e, acrescenta, “o Estado é constituído-dividido de lado a lado pelas contradições de classe” (POULANTZAS, 2000, p.134).

Ao longo da história da sociedade capitalista, o Estado passou por reformulações que ora atendiam reivindicações amplas de melhoria das condições de vida da população (como o *Welfare State*), ora suprimiam as suas intervenções em prol da regulação do mercado (como no Estado Liberal). Esses momentos demonstram a correlação de forças na luta para garantia de direitos da classe trabalhadora e da retomada da classe dominante.

As políticas públicas traduzem, parcialmente, a luta de classes na perspectiva de compensação das desigualdades produzidas pelo capital e das reivindicações organizadas da classe trabalhadora. Elas asseguram os direitos conquistados, seja à moradia, educação e saúde que, por sua vez, estabelecem princípios para a implementação de ações nestas áreas. Seus limites e possibilidades dependem não apenas das cíclicas crises econômicas desse modo de produção e suas consequentes reformas do Estado, como da permeabilidade dos embates entre os interesses dos componentes do bloco de poder que, inclusive, podem apresentar divergências entre si, conforme análise de Poulantzas (2000).

No caso da saúde pública, o interesse nas ações do Estado é central ao pensarmos que o corpo dos trabalhadores é a fonte de riqueza para o capital. A doença ou a morte impactam a produção e denunciam a contradição da relação entre capital e trabalho, uma vez que são produtos das determinações sociais.

O histórico papel do Estado na saúde pública remonta ao crescimento industrial no período compreendido entre os séculos XVIII e XIX na Europa. Naquele momento, a alta morbidade e mortalidade despertaram preocupações aos proprietários das fábricas.

No entanto, a função de proteger a saúde dos cidadãos é dada ao Estado. (...) A razão econômica transforma-se em instrumento da política. Nesta remota época, as políticas de saúde têm sido em grande medida servas dóceis do senhor capital, o que em parte se preserva até os dias de hoje. Não é que as medidas referentes a fundar um serviço de saúde não fossem necessárias e importantes, mas o que se verifica é toda uma racionalidade ditada pelo capitalismo, guiando as atitudes governamentais (FRANCO; MERHY, 2007, p.60-61).

O alcance universal da política pública de saúde, segundo Campos (2007), depara-se com um contexto sociopolítico que objetiva apaziguar as contradições entre capital e trabalho. As inflexões da saúde enquanto direito “em seu sentido humanitário” (FRANCO; MERHY, 2007) podem conduzir a ações pontuais e focalizadas do Estado, desresponsabilizando-o de exercitar a política de saúde em sua plenitude para a classe trabalhadora.

Franco e Merhy (2007), com base nos relatos da época fazem as seguintes reflexões:

1) A presença do Estado na organização de serviços de saúde é antiga e nos parece inexorável (...) 2) A busca pela preservação da vida e da boa saúde vem desde os primórdios da humanidade. Contudo, nos tempos modernos, à medida que o Estado tomou a si satisfazer tal necessidade da sociedade, cujos interesses ele deveria representar, tem editado políticas de saúde que correspondem aos interesses dos grupos sociais hegemônicos (...) 3) Variações nas conjunturas políticas, alternando os interesses em jogo. 4) Grupos sociais e as disputas que pressionam o Estado; 5) Desse jogo de pressão e disputas cria-se uma dada “correlação de forças” que define a política de saúde. (...) estudar saúde coletiva como política social necessita entender o conjunto de relações sociais do período, as forças sociais que nas lutas delineiam as opções políticas (FRANCO; MERHY, 2007, p.62-63).

No Brasil, Gradella (2008) descreve as ações de saúde até o momento da conquista constitucional da saúde como um direito.

A preocupação com a saúde no Brasil nos remete ao descobrimento, porém ainda voltado exclusivamente para a aristocracia e para o exército, responsáveis pela administração e proteção da colônia (MACHADO, 1978). Mesmo após a Proclamação da República, quando o conhecimento médico passa a ser o organizador das instituições assistenciais e de uma iniciativa de saúde pública (Osvaldo Cruz) e de saúde mental (Franco da Rocha), essa política só se apresentou como iniciativas pontuais. Esse pressuposto do Estado liberal (já aparecia na Constituição Americana de 1776) só vai se concretizar no Brasil com a Constituição Federal de 1988 (GRADELLA, 2008, p.72).

Por meio das reivindicações por saúde, o artigo 196 da Constituição de 1988 traduziu a obtenção desse direito: “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco da doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988). No contexto da luta contra o regime autoritário estabelecido no país em 1964, a importante mobilização social em torno do movimento da Reforma Sanitária – que contou com profissionais de saúde, estudantes, docentes, parlamentares e lideranças do movimento sindical e social - expressou a necessidade de uma política pública de saúde, concretizada no SUS.

O direito à saúde expresso no SUS excedeu a racionalidade do capital ao dar suporte a uma política de saúde com princípios como universalidade, integralidade e equidade e diretrizes como a participação social. Tais princípios e diretrizes são descritos

por Matta (2007). Ela também rompeu com a dimensão focal das ações estatais voltadas ao controle de doenças, indo em direção à promoção da saúde e à qualidade de vida da população.

Entretanto, as políticas públicas no modo de produção capitalista têm claros limites em relação aos interesses da classe hegemônica para com a classe trabalhadora. Como ação do Estado, as políticas públicas recebem novos contornos de acordo com as transformações das relações de forças presentes na sociedade.

No contexto da crise do fordismo, a reestruturação produtiva nos setores da indústria e nos serviços que se seguiu e no neoliberalismo, redesenharam a “organização sociotécnica da produção” em relação às modalidades de trabalho e da gestão. Foram criadas expressões disfarçadas de trabalho com o objetivo de ocultar o processo “de uma monumental tendência à precarização do trabalho em escala global” (ANTUNES, 2008, p.7). Além disso, o Estado adquiria novas funções e uma nova organização dentro de um paradigma chamado “Estado mínimo” (VILAS, 2015).

A respeito do modelo de produção toyotista, Morosini, Chinelli e Carneiro (2020) afirmam que

A produção se reestrutura, inaugurando-se um modelo produtivo organizacional inspirado no toyotismo japonês, marcado pela flexibilização dos processos produtivos, da organização e das formas de contratação do trabalho, com o objetivo de recuperar as taxas de lucro do capital. Esse processo apoia-se no desenvolvimento das tecnologias de comunicação e informação, nas novas técnicas de gestão do trabalho nas empresas e nos serviços, e na redefinição dos marcos regulatórios do trabalho. Os processos produtivos e as relações de trabalho tornam-se simultaneamente mais flexíveis e cada vez mais individualizados e desregulamentados. Ao mesmo tempo, demanda-se dos trabalhadores competências socioemocionais e requisitos de ordem técnica a serem diuturnamente renovados. (MOROSINI; CHINELLI; CARNEIRO, 2020, p.95).

Na perspectiva de Vilas (2015), o Estado “se converte em sócio e facilitador do investimento e da gestão privados, orientando os mercados, promovendo seu maior desenvolvimento”. Afirma ainda que “em certas condições, o Estado podia ser um complemento eficaz do mercado, e inclusive um sustentáculo estratégico do mesmo” (VILAS, 2015, p.77-78).

De acordo com esse enfoque, a questão relevante não era “quanto” Estado – como na tese do Estado mínimo, cruamente neoclássica –, mas que tipo de Estado (incluindo a qualidade na gestão de governo) em função de quais objetivos.

1.2. “Era bem injusta a comparação. Mostrava um serviço sucateado e outro novo com todo o investimento”

A perspectiva de “quanto” Estado atenderia aos interesses hegemônicos no neoliberalismo vem acompanhada no Brasil da proposta de reforma do Estado, que significava um ajuste estrutural, ideologicamente justificado pela “ineficiência e incapacidade dos serviços e servidores públicos” (PEREIRA; LINHARES, 2007).

Vilas (2015) aponta o papel e a constante intervenção dos organismos internacionais, como o Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Mundial, nos países da América Latina em relação às políticas públicas, a função e organização do Estado, ou seja, direcionando uma reforma do Estado, de forma mais contundente a partir da década de 1980. Conforme o autor, as justificativas desses organismos para a necessidade de ajustes das economias eram “os graves desequilíbrios nos seus balanços de pagamento” (VILAS, 2015, p.69), sendo que na realidade eles provinham de um histórico de endividamento público e representavam um sintoma da situação estabelecida. Este aspecto está perfeitamente representado no documento “Um Ajuste Justo”:

Tradicionalmente, ajuste fiscal no Brasil está associado à uma redução de bem-estar para pessoas comuns. No entanto, como esse relatório analisa em detalhes, a necessidade urgente de se abordar os desequilíbrios fiscais do Brasil oferece uma oportunidade de se corrigir vieses estruturais de longo prazo que têm prejudicado o crescimento econômico, gerado “rent seeking” [rentismo] e corrupção, e cimentado desigualdades econômicas (BANCO MUNDIAL, 2017, p.19).

Desta forma, pode-se entender que o pano de fundo do suposto desequilíbrio dos gastos públicos é a dívida pública. E ela, por sua vez, é um mecanismo que colabora para a centralização e a concentração do capital.

Behring (2017) diz que para Marx a dívida pública era considerada uma alavanca para a acumulação primitiva. Ela explica: “No tempo presente, o capital portador de juros com sua hegemonia realiza a punção de grande parte do fundo público por meio da dívida dos Estados nacionais, de entes subnacionais e de empresas estatais” (Ibidem, 2017, p.12). O fundo público diz respeito aos impostos, contribuições, enfim os “(...) recursos que o Estado mobiliza, que extrai da sociedade (...)”. Neste sentido, a autora sintetiza que o ajuste fiscal e o pagamento da dívida adquirem a aparência de fatos dados e inevitáveis, sendo que fazem parte de uma cultura de crise do capital que socializa seus custos.

Segundo Vilas (2015) em 1979, após o segundo choque do petróleo e a profunda crise do capital, o Banco Mundial lançou um “novo produto”: os empréstimos de ajuste estrutural. Neste contexto a eliminação ou redução dos gastos públicos foi uma das condições impostas para os países da América Latina que quisessem novos empréstimos

dos organismos internacionais. Esse direcionamento dado pelos organismos internacionais para a reforma do Estado e os “ajustes” nos gastos públicos, assim como a resistência ou o convencimento para a implantação dessas medidas, compõem a arena da luta de classes.

O movimento *New Public Management* - nascido nos EUA por volta de 1970, também conhecido como Gerencialismo, “ganhou expressão internacional ao propor um sistema de racionalização das ações do Estado” (ALVES, 2014, p.42). No Brasil, a proposta partiu do Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE) sob responsabilidade de Luiz Carlos Bresser Pereira no final da década de 90 (FRANZESE, 2011).

Destaca-se que a Reforma do Estado promoveu a transição do paradigma burocrático para o paradigma gerencialista na Administração Pública (RIBEIRO; MANCIBO, 2013). Entende-se que a Administração Pública é constituída por pessoas jurídicas (União, Estados, Municípios e Distrito Federal), órgãos e agentes públicos (pessoa física que presta serviços ao Estado) (DI PIETRO, 2019).

A Reforma Administrativa do Estado está correlacionada à acumulação do capital, seja pela expropriação do patrimônio social como pela espoliação dos direitos conquistados pelos trabalhadores, segundo Alves (2009). “Por outro lado, a Reforma Administrativa do Estado sob a gestão neoliberal significou a precarização do trabalho do assalariado do setor público” (ALVES, 2009, p.194). Segundo esse autor, um dos princípios deste modelo de gestão é assegurar a disciplina orçamentária, o que se traduz em objetivos como a redução das despesas públicas, o que contribui decisivamente para a intensificação da precarização do trabalho e da vida¹.

Esta precarização está presente na intensificação da atividade laborativa, no aumento do esforço, nas responsabilizações, nas individualizações, na cobrança de um trabalho segundo os preceitos de “metas”, “competências”, onde a lógica humano-societal é substituída por um produtivismo típico da era privatista, por uma lógica movida pela (des)razão instrumental (ANTUNES, 2008, p.7-8).

Gaulejac (2007) explicita aspectos da ideologia gerencialista que exalta a mobilidade e a flexibilidade e constitui-se de maneira utilitária e instrumental. O estímulo à competitividade, a busca pelo mérito individual e a concepção de trabalhador como recurso a serviço da instituição, são características preponderantes desse modelo de

¹ Trataremos das dimensões da precarização do trabalho mais futuramente, baseadas nos autores Ricardo Antunes e Giovanni Alves. Entende-se que por ser estrutural ao capitalismo, ela afeta as relações de trabalho e vida em sentido amplo.

gestão. Além disso, o gerencialismo inculca argumentos que procuram justificar as contradições entre a prática no trabalho e a moral/valores dos empregados. Assim, introduzem-se instabilidade, precariedade e insegurança.

Pressão para aqueles que se deixam embalar pelas sirenas do sucesso, depressão para aqueles que não chegam a responder às exigências do alto desempenho, estresse para todos aqueles que devem suportar a cultura do assédio. Uns se dopam para permanecer na corrida, outros se medicam para cuidar de suas feridas, e todos vivem com ansiedade e medo (GAULEJAC, 2007, p.236).

As concepções de Estado mínimo, pilar do neoliberalismo, e a Nova Gestão Pública são basais para justificar a redução dos gastos públicos com políticas sociais, juntamente com a transformação do caráter de universalidade impresso nelas para torná-las focalizadas. Há uma descaracterização do produto das políticas, como saúde, passando de um atributo de direito para um de mercadoria. A qualificação “mínimo” dada ao Estado refere-se aos interesses do capital em detrimento de uma possível apropriação por parte dos trabalhadores do que lhes foi extraído para construir o fundo público. Por isso, do ponto de vista dos expropriadores, a intervenção do Estado foi considerada como a solução dos problemas gerados pelas crises estruturais do capital. Acompanhando essas concepções, estão as práticas de privatizações e as desregulamentações que geram uma “severa reformulação das relações de poder e dominação” (VILAS, 2015, p.72-73).

Gaulejac (2007) discute sobre o modelo gerencialista na ação pública, sendo oportuno a despolitização dos debates e sua diluição em questões econômicas, afinal a ação do Estado deve ser mínima para determinadas pessoas.

Os homens políticos são tentados a se transformar em homens de negócios, à imagem dos *managers* dinâmicos (...) O debate político arrisca então a se reduzir a um debate de conselho administração em torno de problemas orçamentários e financeiros. As considerações econômicas sobredeterminam todos os aspectos da vida social. A abordagem contábil impõe suas normas aos negócios públicos, a gestão privada se torna a referência central para governar os homens. Os homens políticos pensam fundar a eficácia de sua ação no modelo gerencialista, ao passo que esse modelo desvaloriza a ação pública (GAULEJAC, 2007, p.265-266).

A reafirmação deste processo encontra-se de forma contundente em Morosini, Chinelli e Carneiro (2020, p.93):

Formas de pensar típicas das relações de mercado impregnaram os desenhos das políticas e os processos de gestão, promovendo noções de racionalização de recursos e produtividade, justificadas por um discurso de austeridade e maior eficiência. A política foi sendo despolitizada e seus temas foram se transformando em problemas de gestão, enquanto se fortalecia a disputa pelo Fundo Público, num processo crescente de (re) mercantilização dos direitos sociais.

Observamos a propagação de uma lógica gestonária privada que parte de uma compreensão de homem e de organização do trabalho, visando atender a demandas do privado para a Administração Pública. Ideologia esta que entende

a proteção social é um peso que é preciso diminuir (“é preciso reduzir os encargos”), o salário mínimo é uma causa do desemprego (“é preciso mais flexibilidade”), o direito do trabalho é uma exigência (“é preciso abrandar as regras”). A regulação do trabalho é, definitivamente, considerada como um obstáculo para a liberalização dos mercados. Para o gestonário, os problemas econômicos e sociais são sempre considerados como decorrentes dos entraves à “liberdade”. Nessa perspectiva, a melhoria só pode vir por meio da desregulamentação, da liberalização das trocas, do abaixamento das despesas públicas e do não intervencionismo do Estado (GAULEJAC, 2007, p.65).

A contradição do papel adquirido pelo Estado brasileiro, a partir da constituinte de 1988 como promotor do bem público e representante dos interesses gerais conquistados durante o processo de redemocratização, encontra-se no fato de que no mesmo período a “modernização da administração pública”, isto é, sua transformação em gestão neoliberal, estabeleceu a “privatização de empresas estatais, redução de postos de trabalho, precarização jurídica das relações trabalhistas e intensa terceirização do trabalho e dos serviços” (VIEIRA et al., 2011, p.49). O que se apresentava como ação pública dos interesses gerais, torna-se ação de interesses específicos e o cidadão converte-se de sujeito de direitos para consumidor/cliente das políticas públicas (RIBEIRO; MANCEBO, 2013).

Não por acaso, o Banco Mundial emite o “Relatório sobre o Desenvolvimento Mundial de 1993 – Investindo em Saúde” com normativas, principalmente direcionada aos países em desenvolvimento:

Laurell identifica três objetivos nesta proposta: 1. Situar a saúde principalmente no âmbito privado e apenas em certas condições como tarefa pública; 2. Adequar a política às prioridades do ajuste fiscal, o que significa diminuir ou reestruturar o gasto público, incluindo a saúde; 3. Amortizar os custos sociais e políticos do ajuste, com construção de um discurso social centrado no combate à pobreza. A agenda do Banco Mundial recomenda que países de renda média, como o Brasil devem concentrar-se em pelo menos quatro áreas básicas de reformas: eliminar gradualmente os subsídios públicos aos grupos mais abastados; ampliar a cobertura do seguro de saúde; dar opção de seguros aos consumidores; e estimular métodos de pagamento que permitam controlar os custos. Define como prioridade máxima que os governos financiem pacote restrito de medidas de saúde pública e de intervenções clínicas essenciais (LIMA, 1996 apud FRANCO; MERHY, 2007, p.92-93).

Campos (2007) faz uma sequência de questionamentos a respeito da política pública de saúde e a disputa de interesses que dialoga com as percepções a respeito do Estado e seu papel na sociedade de classes sob o neoliberalismo.

Sendo assim, como haveria sido possível uma reforma de caráter social no país? Haveria o movimento sanitário e de outros segmentos da sociedade civil

desempenhado um papel potente o suficiente para enfraquecer as pressões favoráveis às contrarreformas conservadoras e à dinâmica dos interesses privados e corporativos? (CAMPOS, 2007, p.1866).

Essas perguntas remetem ao fato de que o processo de implementação do SUS está envolto em contradições, marcados pelas disputas existentes em seus trinta anos de existência.

Os grupos hegemônicos, aos quais o Estado “serve”, mudam com o correr dos anos, a partir de variações nas conjunturas políticas, alternando assim os interesses em jogo, na cena decisória do governo. Por outro lado, as necessidades em saúde são determinadas socialmente de acordo com as variações das situações econômicas, sociais e políticas. Este conjunto reunido modifica as necessidades de assistência à saúde. Estes fatores todos pressionam o Estado, para que esse faça movimentos diferenciados na edição de políticas para o setor (FRANCO; MERHY, 2007, p.62).

Mais do que isso, segundo Vieira e Chinelli (2013, p.1594) “De acordo com Bravo e Menezes, permanecem em disputa o modelo público e universalista da saúde e o modelo privatista, oscilando o governo no apoio a um e a outro, conforme diferentes correlações de forças políticas”. Tratando-se das diferentes forças sociais estão “(...) os segmentos sociais, os estabelecimentos tecnoburocráticos do Estado, o Congresso, a presidência, os partidos, os sindicatos, os movimentos sociais, os especialistas e, não raro, suas corporações” (ABRANCHES, 1994, p.11 apud PEREIRA; LINHARES, 2007, p.79).

Nessa direção, o estabelecimento de um teto para as despesas públicas e a redução de efetivos são concretizados no cotidiano do SUS e na aprovação de determinadas legislações que mudam o rumo radicalmente da política de saúde. Entre os destaques temos no ano de 2000, a aprovação da “(...) Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) (BRASIL, 2000), a qual estipula que os gastos com folha de pagamento não podem exceder a 60% do orçamento governamental em todos os setores, incluindo o da saúde (...)” (PINZÓN, 2016, p.67) e em 2016 a Emenda Constitucional nº 95/2016 (BRASIL, 2016) que limita os gastos públicos durante vinte anos, atingindo os orçamentos da educação e saúde.

Profundamente afetado por um processo contínuo de desfinanciamento que precariza seus trabalhadores e a oferta e a qualidade dos serviços, o SUS expressa os desafios, as disputas e a conjuntura político-econômica de desmonte das políticas públicas do país. A regulação das relações sociais de trabalho e a formação profissional são preocupações para a viabilidade do SUS, sendo encarados como elementos cruciais para a implementação e consolidação do SUS (Machado, 2009).

Outros pontos centrais do problema estrutural da Administração Pública no Brasil e que afetam fortemente o SUS são citados por Vasconcelos e Pache (2012):

(...) Descompasso resultante da lógica da gestão pública ainda marcada pela descontinuidade, pela fragmentação e desarticulação, orientada por objetivos de curto prazo, em função dos ciclos eleitorais, burocratizada e com servidores desmotivados, em geral operando com baixa eficiência e eficácia e pouca efetividade, em decorrência da tradição patrimonialista e da permeabilidade do Estado aos interesses partidários ou de grupos privados, ainda prevalentes no país (Campos, 2007). (...) A consequência mais nefasta dessa constatação é que ela tem servido de motivação para fortalecer a terceirização da gestão de ações e serviços desviando as energias no enfrentamento do problema gerencial do setor público e assim favorecendo os grupos que defendem interesses privatizantes no Estado (VASCONCELOS; PASCHE, 2012, p.582-583).

É preciso ter clareza sobre a cultura da Administração Pública no Brasil cercada por descontinuidades dadas às políticas públicas que datam de tempos remotos, sendo recentemente utilizada para o fortalecimento do gerencialismo no Estado. Além disso, não existem modelos puros na Administração Pública brasileira (RIBEIRO; MANCEBO, 2013).

Nessa mesma perspectiva, Merlo, Zanini, Furstenau e Pacini mostram que as inovações na administração pública geraram um modelo de gestão híbrida, que compreende elementos do fordismo, do taylorismo e do toyotismo. Entretanto, “esse 'frankstein' gerencial não oferece contrapartida alguma, de nenhum dos modelos, nem o salário fordista, nem a possibilidade taylorista de crescer na carreira, tampouco a valorização e a autonomia toyotistas” (2004, p.374 apud RIBEIRO; MANCEBO, 2013, p.5).

É possível observar que a descontinuidade da implantação da política pública, devido aos ciclos eleitorais e questões político-partidárias geram repercussões como a constante substituição dos gestores e a mudança nas propostas de governo relacionadas a implementação e continuidade das políticas do SUS, em específico da Atenção Básica. A descontinuidade é um produto das contradições da ossatura do Estado (POULANTZAS, 2000), ao mesmo tempo, que salienta a individualização e uma perversa autonomia das pessoas jurídicas, em especial do Poder Executivo em relação aos princípios e diretrizes do SUS, sem contar com os principais embasamentos científicos para melhor organização da política de saúde.

Essa autonomia é perversa e tem crescido ao amparo de certo discurso “SUSista” da descentralização (Campos, 2006). Não é assim na maioria dos sistemas de saúde do mundo. Nenhum sistema de saúde sério se “reforma” a cada quatro anos. Não há como sustentar um sistema de saúde que tenha legitimidade na população e eficácia em produção de saúde (evitar agravos, mortes, danos) se não houver uma séria tomada de decisão, uma consistente elaboração de um projeto, baseado em critérios técnicos e em amplo debate na sociedade, sobre o SUS que queremos (ONOCKO CAMPOS; CAMPOS, 2012, p.731).

Campos (2017b) diz que “Mudam as palavras, mas a essência continua a mesma: cada governante elege as prioridades de sua gestão mais para se diferenciar dos predecessores do que para atender a carga de doença ou a necessidades de saúde das regiões” (CAMPOS, 2017b, p.4).

De acordo com Poulantzas (2000),

O fenômeno espantoso, e constante, de reviravoltas da política governamental, feita de acelerações e freadas, de recuos, de hesitações, de permanentes mudanças, não é devido a uma incapacidade de qualquer maneira característica dos representantes e do alto pessoal burguês, mas é a expressão necessária da estrutura do Estado (POULANTZAS, 2000, p.138).

Além de sua estrutura, o Estado é “um campo e um processo estratégicos, onde se entrecruzam núcleos e redes de poder que ao mesmo tempo se articulam e apresentam contradições e decalagens uns em relação aos outros” (POULANTZAS, 2000, p.138-139).

Esse campo estratégico é transpassado por táticas muitas vezes bastante explícitas ao nível restrito ao nível restrito onde se inserem no Estado, táticas que se entrecruzam, se combatem, encontram pontos de impacto em determinados aparelhos, provocam curto-circuito em outros e configuram o que se chama “a política” do Estado, linha de força geral que atravessa os confrontos no seio do Estado. Nesse nível, essa política é certamente decifrável como cálculo estratégico, embora mais como resultado de uma coordenação conflitual de micropolíticas e táticas explícitas e divergentes que como formulação racional de um projeto global e coerente (POULANTZAS, 2000, p.139).

Neste campo estratégico, a valorização dos trabalhadores e a regulação das relações são centrais para o fortalecimento da Reforma Sanitária. Já os servidores públicos estatutários ocupam uma posição importante no jogo de forças, inclusive na inflexão da cultura da Administração Pública brasileira.

Segundo Sá e Azevedo (2010), a “(...) construção de outra racionalidade gerencial em saúde dependerá de uma reconstrução crítica em vários planos, o da política, da sociabilidade, da gestão e mesmo da epistemologia (...)”. E, supostamente, os atores da gestão articulariam os interesses de governo, da organização e dos trabalhadores a direção de um papel de mediação favorecendo processos de grupalidade e autonomia dos trabalhadores, assim como a “construção de novos sentidos para o trabalho” (SÁ; AZEVEDO, 2010, p.2350). Para complementação desta questão, é entendido que “a efetividade da ação estatal está claramente a depender de um planejamento cuidadoso e de longo prazo da força de trabalho do setor público, que tenha um lugar destacado entre as políticas públicas” (NOGUEIRA apud LACAZ et al., 2010, p.261). E o trabalhador, nesta perspectiva, é percebido como o sujeito e o agente transformador de seu ambiente (MACHADO, 2009).

Nos debruçaremos nas contradições inerentes aos servidores públicos, em especial os estatutários, a precarização do trabalho que estão expostos, e os limites e potências deste vínculo de trabalho diante da implementação e continuidade das políticas públicas,

considerando sua estabilidade e suas práticas diante da autonomia perversa da cultura da Administração Pública.

1.3. Estatutários: de “peso” à resistência à esfoliação do fundo público

Os servidores públicos, em especial os estatutários devido ao seu direito à permanência no serviço público, estabilidade, estão diretamente conectados à implantação e continuidade das políticas públicas. Ao defendê-los como uma referência na luta política e possíveis inflexões e resistências, é necessário ter clareza dos limites de suas práticas uma vez que manifestam as contradições dos diversos segmentos das classes sociais em que se encontram inseridos. A implicação destes trabalhadores para com as políticas públicas está carregada pelas próprias contradições das classes dominantes-classes dominadas nos aparelhos de Estado, inclusive com o lugar de classe que ocupam, “(não se trata de um grupo social à parte ou acima das classes) e é, então, dividido. Lugar de classe diferente da origem de classe (...) e que está relacionado à situação desse pessoal na divisão social do trabalho (...)” (POULANTZAS, 2000, p.157).

De acordo com Poulantzas (2000), grande parte do pessoal do Estado, termo utilizado pelo autor, é originário da pequena burguesia cuja posição é caracterizada como uma categoria social diferenciada. Afinal, eles representam uma minoria da população que tem acesso à estabilidade no emprego e de certa forma a melhores condições de trabalho. O autor alerta que há uma preocupação destes trabalhadores com a manutenção do Estado em seu status quo. Além disso, podem defender privilégios corporativistas e estarem suscetíveis a uma tendência para a direita. Segundo ele, a ideologia do pessoal do Estado é que:

o Estado é neutro, representante da vontade e do interesse gerais. Eles não colocam em questão a reprodução da divisão social do trabalho no seio do aparelho estatal e geralmente não dão importância à divisão dirigentes-dirigidos enraizada no Estado. Ou seja, não levam até as últimas consequências seu próprio papel e lugar diante das massas populares (POULANTZAS, 2000, p.159).

É importante compreender que existe uma diversidade de posicionamentos do pessoal do Estado e que sua unidade é regulada pelas lutas populares. “Muito mais que com um corpo de funcionários e de pessoal de estado unitário e cimentado em torno de uma vontade política unívoca, lida-se com feudos, clãs, diferentes facções, em suma com uma multidão de micropolíticas diversificadas” (POULANTZAS, 2000, p.138).

Para transposição dos limites de politização do pessoal de Estado, Poulantzas (2000) coloca como essencial a transformação do Estado. Uma solução diversa desta

colocaria o pessoal do Estado em uma posição de reprodução das “práticas decorrentes da estrutura do Estado” (POULANTZAS, 2000, p.160).

Visto que há limites na atuação dos estatutários é preciso considerar seu potencial de resistência e seu papel na transformação do Estado, algo que nos “remete ao problema das formas, dos meios e ritmos de transformação deste aparelho” (POULANTZAS, 2000, p.161). Neste sentido, vale a discussão sobre a precarização do trabalho sofrida por tais trabalhadores. Ademais, essa precarização, sem precedentes com a racionalidade neoliberal e no pensamento gerencialista, vem funcionando, muitas vezes, como amortecedor das forças destes trabalhadores na luta política.

Nota-se que a depreciação dos servidores públicos se aprofunda no século XX e XXI (RIBEIRO; MANCEBO, 2013), sobretudo no contexto neoliberal. Como já retratado, o ataque aos serviços públicos e aos seus trabalhadores foi fundamental para a defesa da reforma do Estado e a implantação da lógica gerencialista na Administração Pública.

Os funcionamentos atuais são desvalorizados, considerados como arcaicos e burocráticos. Os funcionários são estigmatizados por seu corporativismo e por sua improdutividade. Cúmulo do inaceitável, eles se beneficiam da segurança do emprego, como se a segurança fosse um privilégio que conviria combater e como se a insegurança do emprego fosse obrigatoriamente um fato de dinamismo, de motivação e de progresso (GAULEJAC, 2007, p.274).

Mesmo diante de evidências que funcionariam como contra argumentação da depreciação dos servidores e serviços públicos, o que era valorizado passa pela completa desvalorização e difamação.

As pesquisas que tratam do trabalho no setor público mostram que o engajamento, a lealdade, a dedicação são qualidades propaladas, mesmo que não sejam exclusivas. Na verdade, essas pesquisas descrevem servidores com frequência muito engajados em seu trabalho, que se identificam com sua instituição, com suas missões, que são capazes de se dedicar, isto é, capazes de se engajar de forma desinteressada em sua atividade, capazes de se dar com vontade sem buscar um reconhecimento permanente. É preciso enfatizar que esses comportamentos não existem em todo lugar. Existem, e cada um de nós já teve essa experiência infeliz, funcionários que fazem corpo mole no trabalho, esmiuçadores, autoritários ou pouco escrupulosos. Mas a regra dominante não é esta, ela é, quando as condições permitem, uma consciência profissional moldada na especificidade do serviço público, que se afirma (LINHART, 2011, p.156).

O direito a estabilidade torna-se central na investida contra os servidores públicos, juntamente com as comparações entre público e privado nas quais o primeiro é menosprezado em diversos aspectos.

Deve-se lembrar que, no Brasil, os servidores públicos são regidos por estatutos que lhes conferem estabilidade no emprego, enquanto aqueles que são contratados por serviços terceirizados têm seus contratos regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), tal qual os trabalhadores do setor privado, o que os torna mais vulneráveis. E, quanto mais instáveis as relações

de trabalho dos servidores públicos, mais fácil se torna a adoção de medidas de caráter privatizante. Desse modo, com a fragmentação e a instabilidade da força de trabalho, se constituem normas voltadas à descontinuidade de ações, à inserção de interesses privados e ao desenvolvimento da privatização de serviços públicos de saúde (CORDEIRO, 2001; PIERANTONI, 2001; SANTOS, 2006 apud PINZÓN, 2016, p.67-68).

O discurso midiático a respeito do funcionalismo público e da Reforma Administrativa no Brasil nos dá o parâmetro do enfrentamento a que estão submetidos os estatutários. Encontramos com frequência os dizeres “parasitas”, “penduricalhos”, “super salários”, “estabilidade indiscriminada”, “insatisfação com a qualidade do serviço público”, entre outros. A visão de privilégio dada aos servidores públicos distorce a questão dos direitos trabalhistas e da péssima condição de trabalho ofertada para população.

Valle (2019), professora de Direito Administrativo, salienta pontos centrais na garantia do interesse público à regulamentação da estabilidade do servidor por significar uma “blindagem jurídica contra indevidas pressões no exercício da função pública, de natureza política, econômica, hierárquica”. Ao mesmo tempo, critica a generalização do RJU propondo uma fragmentação da força de trabalho entre atividades meio e fim e aqueles que deveriam acessar determinados direitos. O jornalista Rabello (2020) ratifica tal posicionamento ao apoiar a aproximação da gestão pública do modelo privado e cita a dificuldade da demissão de um servidor público. Outros jornalistas apresentam a seguinte argumentação:

Desde 1988, são estáveis todos servidores públicos, não interessa a natureza da sua função. Tem funções mais estratégicas até as mais operacionais. Isso não faz sentido em lugar nenhum do mundo. A estabilidade existe em várias democracias, mas cumpre o propósito de manter o corpo de funcionários que tem atividade de Estado, não atividades de apoio, acessórias”, afirmou durante uma entrevista coletiva o secretário-adjunto de Desburocratização do Ministério da Economia, Gleisson Rubin (MARTELLO; BARBIÉRI, 2020).

Mais que um discurso midiático, as ações do Estado brasileiro seguiram e seguem as diretrizes da reforma do Estado brasileiro (1995) e expressas nas orientações do relatório “Um ajuste justo” do Banco Mundial publicado em 2017, tendo um capítulo em particular para os estatutários, intitulado “Peso da Folha do Funcionalismo Público”. O relatório foi solicitado pelo Governo de Dilma Rousseff e indica a adoção de medidas que reduzam o número de servidores públicos, diretamente conectada à redução da estabilidade deste vínculo e a aproximação dos salários do setor público aos pagos pelo setor privado, entre outras propostas.

O relatório trata das despesas públicas no Brasil, partindo da premissa que o país gasta mais do que poderia e também o faz de maneira equivocada. Critica o crescimento

das despesas primárias, isto é, pagamento de aposentadorias, pensões, salários, custeio da máquina pública e obras. Estas despesas, tidas como obrigatórias, são vistas como gastos que engessam o orçamento público, em detrimento das despesas discricionárias e de investimento nas quais o governo teria maior liberdade na tomada de decisão. Nesta perspectiva, a redução do funcionalismo público facilitaria a desvinculação das receitas do Estado.

A justificativa colocada no documento mencionado é a melhor eficiência dos gastos, indicando uma possível economia que supostamente não afetaria o acesso e a qualidade dos serviços públicos. Ao contrário, traria maior eficácia e igualdade social ao preocupar-se com os estratos mais pobres. Além disso, aponta que as despesas financeiras, ou seja, o pagamento da dívida pública e de seus juros, devem ser estabilizadas para que não haja perda de confiança dos investidores, desvalorização da taxa de câmbio e aumento da inflação. Assim, a estabilização fiscal via redução de gastos das despesas primárias é apontada como estratégia para o crescimento do país.

Segundo o documento, os servidores públicos representam um “peso” nas despesas do Estado. Os dados presentes no texto apontam que os servidores têm salários desiguais dependendo do ente federativo do qual façam parte, o valor do PIB para a folha de pagamentos destes trabalhadores é baixa e a relação do número de funcionários públicos e a população do país é inferior, comparada a outros países, inclusive europeus. Mesmo chegando à conclusão de que o tamanho do governo federal não é excessivo, a recomendação de redução sustenta-se em justificativas, no mais das vezes falaciosas, como a diferença salarial entre funcionários públicos e privados que exercem a mesma profissão e os altos salários dos servidores federais.

Em outros momentos o setor público também foi atacado em nome do ajuste fiscal, como descreve Berhing (2017). Ele explicita que a “LRF protege a dívida em detrimento de todo o gasto público, apesar de suas democráticas lantejoulas que enganam os incautos sobre a intenção de incentivar a boa gestão pública” (BERHING, 2017, p.17). A LRD justificou um processo profundo de terceirização e precarização das condições de trabalho nas políticas públicas, em especial da saúde.

Vilas (2015) destaca que para diversos autores o “Banco Mundial tem sido visto como uma ferramenta de construção hegemônica transnacional” (p.66). Termo que nos remete ao pensamento gramsciano sobre Estado ampliado enquanto a junção entre coerção e consenso, ou melhor, “(...) a própria definição do Estado, compreendido na sua

integralidade, se completa na fórmula “hegemonia couraçada de coerção”” (Gramsci, 2001, p.244 apud DANTAS; PRONKO, 2018, p.80).

Mais do que uma questão econômica, a redução de servidores públicos é a efetivação de uma dimensão política na busca do consenso e convencimento. Não à toa, a desvalorização desses trabalhadores é frequente na mídia e no próprio documento apresentado pelo Banco Mundial.

Dentro deste contexto de investidas contra o servidor público, são evidentes as ações para a precarização do trabalho no serviço público, sendo importante reconhecer suas diferentes dimensões.

Com base em Alves (2007), Morosini (2018) compreende a precarização como um processo histórico “(...) expressão da correlação de forças entre capital e trabalho, que diz respeito às condições nas quais o trabalho vivo se submete à produção capitalista, promovendo sistematicamente a precariedade social (MOROSINI, 2018, p. 141). Acompanhando o mesmo autor, ela distingue precarização de precariedade ou a “condição intrínseca ao modo de produção e reprodução capitalista (...) (MOROSINI, 2018, p.141).

Ao discutir sobre a precariedade social ao longo do século XIX, a autora traz os elementos de longas e intensas jornadas de trabalho, às péssimas condições de trabalho, baixas remunerações e práticas de organização e remuneração do trabalho desiguais em relação ao gênero e à idade. Na apresentação da precarização do trabalho nos moldes neoliberais, ela afirma que

A precarização, associada a insegurança às exigências das novas formas de organização do trabalho, à corrosão das relações de trabalho, ao enfraquecimento das formas coletivas de representação, ao desmonte dos direitos e da proteção social, entre outros aspectos, compromete os vários trabalhadores, empregados ou não, transformando-se em um vetor de sofrimento e adoecimento, que afeta as múltiplas dimensões da vida do homem-que-trabalho (MOROSINI, 2018, p.163).

Nesta direção, a autora destaca

a particularidade do processo de precarização contemporâneo, considerando: as novas formas que este problema assume, o seu alcance, a sua generalização em escala global, a sua capilarização nas diversas dimensões da vida humana e a centralidade que desempenha no funcionamento do sistema mundial do capital (MOROSINI, 2018, p.164).

Corroborando a este debate, os conceitos de “precarização objetiva” e “precarização subjetiva”, elaborados por Linhart (PINZÓN, 2016), ajudam a desvelar os impactos da precarização.

A “precariedade subjetiva”, conforme afirma a autora, atinge aqueles que possuem vínculo formal e aparentemente estável de emprego, mas na realidade estão cercados por insegurança, isolamento, ansiedade e estresse. E,

diferentemente da “precariedade objetiva”, geralmente, encontra-se disfarçada e é difícil de ser identificada e enfrentada. Esse tipo de precariedade faz com que o trabalho se apresente de forma frágil e instável aos trabalhadores, leva a desarticulação coletiva, além de provocar angústias, tensão, preocupação, impotência, frustração e mal-estar nos trabalhadores (PINZÓN, 2016, p.78-79).

Apesar dos estatutários não serem atingidos, pelo menos por ora, pela dimensão que envolve o vínculo de trabalho, posto que ainda possuem estabilidade e outros direitos trabalhistas, não estão protegidos das demais dimensões da precarização do trabalho. E como já visto, há uma intencionalidade para as dimensões da precarização do trabalho se efetivarem no serviço público e garantirem maior espoliação do fundo público, conseqüentemente da redução de direitos sociais. Em concordância com Morosini (2018), acreditamos que as “várias dimensões da precarização social (...) não se [limitam] às relações salariais, conforme leitura de Alves (2013)” (MOROSINI, 2018, p.170).

Identificamos que as situações vivenciadas pelas trabalhadoras da gestão são expressões da precarização do trabalho e são trazidas ao longo da dissertação. Tais situações confirmam as reflexões de Morosini (2018). Entre elas a longa jornada de trabalho ao adquirir um cargo em comissão; baixas remunerações; o não-ajuste salarial dos estatutários; a não-realização de concursos públicos resultando em sobrecarga do trabalho, uma vez que a mesma quantidade de trabalho é executada por menos trabalhadores; a convivência no espaço de trabalho com contratações híbridas gerando conflitos entre os trabalhadores, entre outras. Além disso, o sentimento de frustração e impotência também são retratados.

Neste sentido, Franco et al. (2010) apontam cinco dimensões da precarização do trabalho. A primeira dimensão diz respeito aos tipos de vínculo de trabalho e às relações contratuais. A segunda remete à organização e às condições de trabalho. A terceira dimensão baseia-se na precarização da saúde dos trabalhadores. “A quarta dimensão da precarização, fundamental para a consistência do tecido social, compreende a fragilização do reconhecimento social, da valorização simbólica e do processo de construção das identidades individual e coletiva” (FRANCO et al., 2010, p.232). A quinta dimensão está relacionada à representação e organização coletiva (sindical).

Ao tratar da precarização do trabalho em saúde dos ACS, Morosini (2018) critica a tendência de análises voltadas prioritariamente ou exclusivamente a dimensão salarial. No mesmo sentido, buscaremos transcender a questão das formas de contratação e alcançar a particularidade da discussão a respeito do trabalho na gestão, que envolve a dimensão salarial ao mesmo tempo que atinge a subjetividade dessas trabalhadoras.

A compreensão da precarização do trabalho e de suas dimensões é fundamental para olhar a realidade e interpretá-la segundo as contradições que desvelavam o trabalho na saúde e a implementação das políticas públicas. Assim, entendemos que no SUS os servidores públicos estatutários se deparam com a importância de seu trabalho na implementação da política. Ao passo que também são disciplinados e disciplinam a manutenção da cultura da Administração Pública brasileira.

1.4. “Não era só a questão da estabilidade, mas o reconhecimento do que é ser um servidor público”

Antes de adentrarmos nos diálogos, é importante a compreensão do ingresso no serviço público por estas personagens, afinal:

(...) dependendo da dinâmica própria de cada grupo ocupacional, da geração, tipo de vínculo, instância de governo, gênero e tempo de trabalho, revela expectativas materiais e simbólicas diferenciadas com relação ao trabalho no SUS. Diante dessas questões, tornar-se servidor público do SUS, ao contrário do que diz o senso comum, não configura, para a maioria dos trabalhadores, uma situação social privilegiada (VIEIRA; CHINELLI, 2013, p.1597).

As entrevistadas tiveram suas inserções no aparelho do Estado ao longo dos últimos trinta anos, com datas dispersas desde a Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) até a primeira década dos anos 2000. Embora o período abarque várias gerações, as trabalhadoras, sejam as mais antigas como as mais novas no serviço público, retratam uma prática de prestar concursos. Vejam-se algumas falas: “A maioria das pessoas da minha geração fizeram concurso (...) todo mundo tentava alguma coisa”, diz Rosa; “Eu sou tipo a rainha do concurso público” (Orquídea); “Eu terminei o Colégio atirando para todos os lados. (...) Eu saí fazendo todos os concursos do mundo (Dália); “Eu sempre pensei em vínculos [empregatícios sob RJU] para ter também uma questão um pouco mais segurança e tudo. Eu acho que isso mudou hoje, mas na minha época tinha essa coisa de você fazer concurso e ser profissional estatutário” (Camélia).

A influência de uma trajetória de formação em instituições públicas e atividades em setores públicos, com outros vínculos empregatícios, está presente na motivação para tal escolha. Nesse sentido, Bromélia fala de seu “pé no público” e Dália sobre uma posição que representa a prestação de serviços à sociedade, em especial durante o governo Lula. “Nossa situação enquanto servidor público, como o próprio nome diz, é para atender ao público. Nós estamos no serviço público para atender a população” (Azaleia). Além da defesa do público, a militância pela política de saúde também entra como elemento definidor: “Eu, na verdade, sempre militei na área da Saúde Pública, da Saúde Coletiva.

Era mais do que natural para mim. Sempre quis trabalhar com Saúde Pública” (Tulipa). Associada a tal condição, o reconhecimento também torna-se importante para a decisão de prestar concursos públicos.

servidor público era um cargo almejado, porque era uma coisa de ter um reconhecimento. Você ser uma servidora pública na sociedade tinha um valor diferente de hoje. A função de trabalhar numa instituição pública sempre foi muito valorizada. Não era só a questão da estabilidade, mas o reconhecimento do que é ser um servidor público. O que é estar em um emprego onde você serve e está dentro de uma instituição pública (Margarida).

Outras optaram pelo regime de estatutário para se distanciar das mazelas do mercado privado. Hortênsia fala do receio em sofrer a expulsão da rede de saúde privada devido seu envelhecimento. Já Rosa comenta sobre a precificação de procedimentos de sua profissão pelos planos privados e a importância de ter um vínculo com salário garantido. Camélia e Bromélia relatam a experiência no setor privado, não como justificativa para opção pelo vínculo público, mas como contextualização de que seus desejos não estavam voltados para esta natureza de atuação na saúde. Não por acaso, a estabilidade prevista no RJU é citada por Hortênsia, Lavanda, Dália, Camélia e indiretamente, por Rosa e Azaleia.

Dália também reconhece a segurança profissional e econômica desse vínculo empregatício, ao mesmo tempo, pontua que seus olhos foram abertos com suas realizações dentro do SUS, “queria fazer parte daquela história”. Além disso, contextualiza sua inserção na universidade pública e no serviço público.

eu tive oportunidades na vida por um governo progressista que garantiu mais concursos públicos, investiu nos funcionários públicos e investiu na ampliação de educação pública de qualidade. Inclusive, eu tive acesso à universidade, porque ampliaram vagas universitárias. Eu era a única de 80 alunos da minha turma que trabalhava. (...) Parte do que eu sou hoje ou muito do que eu sou hoje, é produto de um governo que deu oportunidades.

Dama-da-noite também comenta sobre a estabilidade e complementa: “era um sonho de todo mundo ter uma carreira pública”.

Outro ingresso das entrevistadas na gestão alterou sua função e atividades dentro da SMS/RJ. A gestão é vista como lugar e posição a ser ocupada e como uma outra profissão com novas práticas. Das catorze entrevistadas, apenas duas foram lotadas a princípio nos setores correspondentes à gestão. As demais, consideradas profissionais de saúde, começaram na assistência à saúde e, posteriormente, foram realocadas para a gestão. No mesmo ano em que transitam para a gestão, 50% delas assumem os cargos em comissão, o que lhes permitiu a tomada de decisão e a responsabilização sobre o setor, entre outras atividades características do papel de gestoras.

Em grande maioria das experiências das trabalhadoras da gestão, a formação na área não foi considerada para fins de convite para suas inserções na gestão. Os fatores dos convites envolvem a apreciação das chefias ao trabalho desenvolvido pelas entrevistadas e os contatos com trabalhadores de outros setores que comunicavam internamente a necessidade de preenchimento de vagas para determinadas áreas. Ressalta-se que é desconhecido qualquer processo de seleção e abertura de editais públicos e transparentes para que os trabalhadores deixem os serviços de saúde focados na assistência à saúde para os setores próprios da gestão em saúde do município. Também há casos que as próprias entrevistadas buscaram oportunidades ao descobrirem seus interesses pela gestão.

A situação mais emblemática do acesso ao trabalho da gestão é da entrevistada Bromélia, deslocada da assistência para a gestão devido à uma “expulsão” dos estatutários das Clínicas da Família (CF) quando a expansão dos serviços da APS foi mais expressiva, fato que trataremos com mais detalhes no próximo capítulo. Quanto às motivações para o aceite dos cargos que outorgaram suas funções como gestoras abordaremos o tema mais adiante, relacionando-o à precarização do trabalho que estas trabalhadoras estão assujeitadas.

Para finalizarmos a caracterização das trabalhadoras da gestão trazemos as respostas sobre a filiação e/ou simpatia por partidos políticos. Cabe salientar que o posicionamento político partidário nos dá indicativos das práticas dessas trabalhadoras, além de compor as suas motivações para o ingresso no serviço público. Ao indagarmos sobre esta questão obtivemos a confirmação de seis entrevistadas, sendo que cinco indicam partidos políticos considerados de esquerda e uma se identifica com o político Leonel Brizola. As demais negaram filiação e/ou simpatia por partidos.

1.5. “Uma coisa que dificulta muito a política de Atenção Primária aqui no Rio de Janeiro é a precarização”

Nenhuma entrevistada indica claramente que a contratação de profissionais via este regime, seja na assistência ou na gestão, está associada à continuidade e/ou descontinuidade na implementação das políticas voltadas para Atenção Básica. Discorre-se que o direito à estabilidade possibilita a guarda da trajetória institucional por estes trabalhadores, portanto garantem a continuidade do trabalho. No entanto, a defesa do RJU em detrimento ao emprego público e a terceirização, formas de contratação via Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), não está explicitada.

Apesar de Violeta acreditar que em uma unidade de saúde seria ideal todos os trabalhadores terem o mesmo vínculo empregatício, sua fala não aponta para adoção de concursos públicos, mas para a resolução da “miscelânea de vínculos”, mesmo que pela precarização associada à terceirização.

Uma coisa que dificulta muito a política de Atenção Primária aqui no Rio de Janeiro é a precarização, uma falta de padronização do vínculo dos profissionais. Assim, uma parte [dos trabalhadores] é CLT que ganha muito bem, porém é um vínculo precário.

Sem mencionar os estatutários, Orquídea tece críticas a respeito da terceirização, principalmente pelo impacto na rotatividade do trabalho e formação dos profissionais e no próprio cuidado em saúde.

Nas palavras de Azaleia há comparações sobre os procedimentos legais do serviço público e das OSS. Diz ela: “eu ainda acredito no serviço público, apesar das dificuldades. Eu acho melhor o serviço público, porque nós só fazemos aquilo que está na lei, o que a lei nos permite, por mais que seja amarrado”. Contraditoriamente, termina sua fala apoiando a contratualização com as OSS como “um facilitador para que os serviços sejam executados de forma mais rápida”.

Flor de Lótus advoga a favor do servidor público devido à estabilidade do vínculo, consequentemente, ao compromisso do servidor com o histórico institucional produzido com vistas a sua própria manutenção no trabalho. Ela também questiona o discurso que considera “legal” a forma terceirizada de contratação, sendo que em sua experiência a instabilidade do vínculo por CLT mexeu emocionalmente com as pessoas, principalmente durante a mudança de governos. “Era desesperador, choravam. Isso não faz bem para a saúde mental de ninguém. Essas pessoas que defendiam tanto se sentiam tão inseguras”.

(...) Sou a favor do serviço público, porque cria vínculos. A rotatividade é muito grande quando você tem contratados. (...) As pessoas veem uma oportunidade melhor e vão saindo. Não tem vínculo nenhum. Eu acho que isso [vínculo] segura bastante [com] o servidor. Perde a memória, perde a história, perde tudo quando as coisas se vão. Tem pessoas que levam tudo mesmo, não só a memória da cabeça como levam a memória do computador também. Muita coisa é perdida. Isso não acontece quando é [o] servidor, porque ele sai daqui, vai para ali e vai precisar se manter. Ele tem aquela coisa com o serviço público.

O compromisso de preservação do histórico institucional dos estatutários é colocado de forma contundente por Camélia. Ela pensa que os servidores públicos têm o dever de proatividade, “se colocar mais ativamente”, na apresentação de seu setor e atividades para o grupo recém-chegado após eleição para que haja continuidade dos processos na gestão pública.

Eu acho que ainda é importante que alguém mostre o que estava acontecendo antes para a história continuar e não começar tudo de novo. (...) Talvez nós

tenhamos que realmente dizer: “Olha, nós já fizemos até aqui. Vamos continuar daqui? Não começar do zero”. Quem está aqui, como os servidores, tem esse papel (...). As pessoas vão mudando e você fica.

Margarida contextualiza que as discontinuidades na política de Atenção Básica no Rio de Janeiro não foram piores graças aos servidores públicos.

A sorte é que você tem servidores que não foram mandados embora. Esses servidores de alguma forma continuaram dando o tom, mesmo com [uma] gestão e uma prefeitura diferentes. Tinham os servidores ali que conheciam [o serviço] e que de alguma forma foram [o] mantendo.

Dado que as entrevistadas não assumem o vínculo empregatício estatutário como facilitador na implementação das políticas públicas, sua defesa aparece indiretamente pela construção e manutenção do histórico institucional. Distintamente, outros elementos são elencados com clareza como facilitadores, principalmente aspectos das contradições das políticas instituídas no SUS em relação aos projetos dos governos, relacionando-as diretamente aos ciclos eleitorais e às “vontades” dos representantes do Poder Executivo no município.

1.6. “Olha, nós já fizemos até aqui. Vamos continuar daqui? Não começar do zero”

A arena de disputas dentro do Estado e a cultura da Administração Pública brasileira que geram um constante recomeço das ações referente às políticas públicas, produzindo discontinuidades, poderia ser quebrada pelo convencimento dos gestores de alto escalão e do acesso destes às melhores evidências científicas no campo da saúde, segundo as trabalhadoras da gestão. Desta forma, fica distante a perspectiva de uma luta de classes permanente para manutenção dos direitos conquistados, inclusive com momentos de retrocesso para a classe trabalhadora, além do histórico brasileiro da gestão pública.

A perspectiva das entrevistadas é que “As pessoas que têm o poder da tomada de decisão, aquelas que tem o poder de transformar, (...) precisam estar alinhadas aos atributos da APS ou aos princípios do SUS” (Dália). Uma vez que estas pessoas “compreem a ideia”, sendo através de um “técnico que as convença” (Camélia), será preciso “desejo e vontade política de fazer acontecer” (Bromélia). Estes elementos seriam facilitadores para implementação da política. Na visão da maioria das entrevistadas, o poder decisório está concentrado nas mãos do prefeito, por vezes do secretário municipal de saúde e dos subsecretários.

Primeiramente, a concepção de que a política do Estado está sob regência central de governos eleitos e seus representantes nomeados nos parece muito próxima à descrição de Poulantzas (2000) sobre o Estado-Coisa, no qual “a política do Estado em favor da burguesia se estabelece pelo simples controle exercido sobre o Estado-instrumento” (POULANTZAS, 2000, p.133) não possuindo nenhuma autonomia e desconsiderando as frações de classes sociais em sua estrutura. Ressaltamos que o Estado-Coisa não é defendido e nem acredita-se em sua existência nos termos que tratamos a concepção de Estado.

Em segundo lugar, o convencimento do prefeito, como proposto por Camélia, por meio do conhecimento científico acumulado sobre APS traz a solução da problemática por um processo educativo. Na mesma direção, Bromélia reconhece como dificultador da implementação da política pública e elemento de descontinuidade dela o pouco conhecimento e/ou a falta de compreensão sobre a política, inclusive resultando em escolhas de priorização de outros níveis de atenção à saúde e/ou outras pastas sob responsabilidade do Estado em detrimento à APS. “Não existe talvez uma compreensão sistêmica (...) do nosso sistema de saúde, dos processos de saúde-doença-cuidado. Fica um pouquinho: “Ah, eu acredito que tenho que fortalecer a atenção hospitalar”.

Longe de desvalorizar a proposta de um processo educativo para convencimento das pessoas dos níveis superiores de gestão, a ideia é levantar seus limites, inclusive trazidos pela entrevistada Camélia.

Eu acho que nós vimos o desmonte [redução das equipes da APS], muito porque foi um prefeito [Marcelo Crivella] que [não comprou a ideia], apesar de ter alguns técnicos que tentavam [convencê-lo]. Eu acho que muitos não tinham força para chegar até o prefeito. Mesmo quem chegou, não conseguiu. Ele não ouvia. Você fica batendo na porta errada.

Mesmo assim, Camélia insiste e argumenta através da comparação entre o pensamento dos representantes do Poder Executivo e da população:

Eu acho que é [preciso] apresentar os dados e tal (...) para acessar e sensibilizar essa pessoa (...). Talvez precise que ele [prefeito] saia do gabinete e visite mais os locais. Eu acho que nós temos que apresentar melhor o que é a APS para eles [prefeitos], porque ainda é a mesma ideia que o usuário tem, [isto é], o hospital [é o local prioritário de atendimento à saúde]. Ele [prefeito] tem a mesma visão que a população geral. Não entende (...). Acho que quanto mais estímulos e provocações, mais o prefeito vai conseguir entender. Talvez [fazer o mesmo que] nós fazemos com a população. Você tem que falar muitas vezes.

Por fim, o desejo e vontade política pontuados por Bromélia reafirmam a individualização das decisões, afastando um conjunto de atores envolvidos. De certa forma, eles estão interligados às características subjetivas de “quem manda”. Há uma ratificação desta perspectiva nos dizeres das outras entrevistadas sobre os facilitadores da

implementação das políticas de Atenção Básica: Magnólia coloca a questão no “perfil” do secretário de saúde; Rosa e Camélia na crença na APS; Flor de Lótus no “bom gestor” e Dália no “bom senso de quem assina”. Assim como os demais pontos, se abstém a compreensão do Estado como “condensação de relações de forças” (POULANTZAS, 2000). Além disso, trazem os problemas para ordem da gestão e da particularidade sem uma crítica ampla dos elementos que sustentam tais desejos e vontades, desta forma despolitizam a discussão sobre as políticas públicas.

Ainda sobre o “perfil” dos secretários municipais de saúde, Rosa destaca o perfil hospitalocêntrico que vem de “uma cultura hospitalocêntrica [a qual] achava que a Atenção Primária só dava despesa”. O contraponto está na fala de Camélia: “faz diferença ter um secretário que é médico de Família ou outro profissional [de saúde], mas que realmente seja da APS”. Acrescido a tal perfil, Rosa pontua a importância do gestor do SUS ser político, no sentido de “(...) tirar foto, postar. (...) saber o nome dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS)”, algo como “dar as caras” para aqueles que são do “chão de fábrica”. Ao mesmo tempo, ela completa: “Ninguém precisa ter carisma. (...) ninguém precisa ser simpático, mas alguns espaços você tem que ocupar”.

Outra interpretação possível do termo “vontade política” dirige-se mais especificadamente à cultura da Administração Pública brasileira, para além da concepção sobre o Estado em si. Seu amago nos remete à autonomia perversa descrita por Onocko Campos e Campos (2012). Neste sentido, Bromélia explica o processo que ocorreu nas políticas de Atenção Básica no Rio de Janeiro. Fazendo analogia com a construção de uma casa, ela diz: “(...) você fez, montou a casa e daqui a pouco começa a desmontar os pedaços (...). Você foi botando tijolo, tijolo (...). Agora não. Vamos tirar o tijolo, tirar o tijolo dali. É como se estivesse desconstruindo, literalmente, o que você tinha acabado de fazer”.

Se o gestor tem “total” autonomia na condução das políticas e na alocação dos recursos, as entrevistadas voltam-se novamente ao conhecimento e entendimento como elemento fundante das decisões que podem produzir descontinuidades. “(...) coloca-se o dinheiro em outro lugar por várias coisas: por não acreditar que seja importante uma condução forte da APS; por acreditar que o hospital é muito importante (...) e, principalmente, por desconhecer o quê que é a APS” (Bromélia). Além do dinheiro, o “gestor maior que não entende a saúde não consegue entender que aquilo foi construído a duras penas” (Lavanda). Isso aponta para a prevalência de interesses político-partidários de classes e frações da classe dominante sobre as reais necessidades dos serviços públicos

de saúde. A reflexão de Rosa aponta nesse sentido ao destacar a necessidade de o “entendimento”, que consta dos discursos das entrevistadas, exceto pela inflexão suscitada por ela:

Eu acho que não é falta de capacidade de entendimento, não. Eu acho que é a política nua e crua mesmo como é feita no nosso país. Eu acho que não é capacidade cognitiva, nada disso. (...) É só a questão de não querer encarar dessa maneira. É o modus operandi da situação. Como se faz política no Brasil. É assim, infelizmente.

O modus operandi retratado pelo ciclo de recomeços após cada eleição ou a cada alteração de cargos importantes no organograma de uma secretaria municipal de saúde, é criticado com veemência por Camélia, Bromélia e Dália. A explicação da descontinuidade da política pública gerada entre gestões diferentes está na questão de uma “gestão querer derrubar o que a outra gestão fez”, nas palavras de Bromélia, ou de “Todo mundo que chega quer fazer algo diferente” por “ vaidade” e até desrespeito à história institucional, segundo Dália. Nesta perspectiva, a “impressão da cara” do gestor (Dália) ou “marca” (Rosa) está encadeada à ideia de que a implementação das políticas públicas tem o propósito “meramente eleitoreiro” (Rosa). Para Rosa, tal realidade dificulta sua implementação. Assim, conforme Dália revela:

a mudança de governo não é só a mudança da logomarca da Secretaria [SMS]: se vai ser azul, se vai ser floral, se vai ser azul escuro, não. Muda toda a cultura. Muda toda a filosofia da empresa. Muda toda a filosofia da Secretaria [SMS], da prefeitura. Essa mudança é produto das pessoas que ocupam aqueles lugares.

Lavanda também contribui na discussão dizendo que “A pessoa entra e não quer saber se aquele projeto está legal, está dando certo. Ela não quer saber. Ela quer saber que não foi ela que fez. Foi outra pessoa. Então, vai destruir. Vai descaracterizar aquilo ali para dar a característica dela”.

Rosa defende que o resultado da implementação de uma política pública não aparece em dois ou três anos, logo o mandato cumprido em quatro anos não é tempo suficiente. A necessidade de ter uma “marca” produz descontinuidades vistas no Rio de Janeiro e em todo o Brasil. Ela questiona e conclui: “Qual é a minha marca? Não é sua marca! A marca é o SUS, a marca é a Educação, a marca é o povo”.

Aparentemente, para as entrevistadas não há instrumentos e/ou modos de barrar um gestor que queira descartar as conquistas do aumento do acesso à saúde da população, por exemplo, e impor um novo direcionamento, financeiro e de entendimento do SUS e do modelo de atenção mais efetivo. É como se os projetos de governos pudessem se desassociar das políticas nacionais institucionalizadas após uma série de conflitos e

negociações de diversos atores concretizadas nas legislações. Não obstante a utilização dos conceitos de projetos de governo e política de Estado por Tulipa.

Infelizmente, nós temos política de governo e não tem política de Estado nesse país. Você tem que estar trabalhando toda hora essas questões, porque nós não temos uma linha condutora. (...) Só que as pessoas esquecem que essas pessoas [governo] passam e o resto fica. A estrutura está aí. A população está aí. Isso é muito complicado.

A expressão mais nítida do distanciamento dos projetos de governos eleitos com as políticas públicas instauradas² está na aplicação dos recursos financeiros. Nessa lógica, Lavanda e Margarida apontam que a depender da importância e priorização do investimento dado à área da saúde e da APS, pode-se criar um dificultador na implementação das políticas de Atenção Básica. “(...) quando você não compra a ideia e usa o dinheiro para outras coisas. Isso enfraquece demais” (Camélia). Em complementação, Lavanda destaca que “Esse novo [gestor] pode não ter esse entendimento de que a APS é uma prioridade. Ela é básica. Ela é a base. Se você não tem base, constrói um prédio e ele desmorona. É o que eu vejo em trinta anos de prefeitura”.

Ao fim e a cabo, as legislações e compromissos assumidos pelos governos são intencionalmente abertos a interpretações e/ou descumpridos sem penalizações. Um dos exemplos está registrado nos PPA. Enquanto a União publica como diretriz de seu planejamento a ampliação da cobertura e da resolutividade da APS, na Lei nº 13.971, de 27 de dezembro de 2019 que institui o PPA para o período de 2020 a 2023, o município do Rio de Janeiro que também previu no PPA do quadriênio 2018 a 2021 a meta de 72% reduziu à 55% a cobertura da Atenção Básica em 2019.

“Não adianta, nós podemos ter a melhor política desenhada pelo Ministério da Saúde” diz Rosa sobre os limites impostos pela “boa vontade” e o “acreditar” do secretário, subsecretários e a cadeia toda de comando. Em consonância, Camélia acredita que o Ministério da Saúde e o Estado do Rio de Janeiro pressionam os municípios para a manutenção das políticas legisladas, mas o que dita é “o entrosamento do prefeito com o secretário e o primeiro comprando a ideia”.

Voltando a questão da ossatura do Estado, transpassada pela especificidade da cultura da Administração Pública no Brasil, Lavanda desvela que o instituído, políticas

² Apesar da utilização dos termos ‘projetos de governo’ e ‘política de Estado’, entendemos que neste momento da dissertação seria importante avançarmos para uma concepção de políticas públicas instauradas/instituídas. Tal concepção foi inspirada na leitura de Eloisa de Mattos Höfling que defende que as políticas públicas “como o ‘Estado em ação’ (Gobert, Muller, 1987); é o Estado implantando um projeto de governo” (HÖFLING, 2001, p. 31). Neste sentido, retira-se a distinção entre ‘projetos de governo’ e ‘política de Estado’, ao mesmo tempo, ressalta-se a questão das políticas públicas pactuadas e, portanto, publicadas em normativas e legislações.

publicadas em legislações, também não se tornam necessariamente realidade para a população com a justificativa da falta de recursos financeiros. De certa forma, ela atinge a análise sobre o assalto ao fundo público no Brasil.

Eu acho que nós temos necessidades básicas [como] saúde, educação, segurança (...). Isso é o básico para o cidadão. A moradia. O saneamento. A alimentação. Um emprego. Isso é o básico. É o miniminho, o miniminho. Não dá para você dizer que não tem dinheiro. Não tem como você falar isso, porque quando você olha os impostômetros da vida tem dinheiro para caramba. Um dá isenção para o banco. Outro dá isenção sei lá para o quê. Vamos dar isenção, isenção. Não dá isenção para o trabalhador que cuida da casa, do terreno. (...) Você está tirando de alguma coisa que é importante para colocar em outra que talvez não seja tão importante assim. (...) as pessoas precisam ver o básico para o cidadão, como o básico, básico. Ver o básico, como o básico. É só ter vergonha na cara.

Conclui-se que “nós estamos sempre dando um “jeitinho” para fazer a política pública”. Afinal sofremos com dificuldades de falta de “entendimento do que é política pública” e de financiamento, diz Hortênsia.

É importante salientar que mudanças no Poder Executivo não são consideradas apenas negativas ou geradoras de descontinuidades. “O problema, como eu digo, não é a troca. Não é a troca. Muitas vezes, a troca é até benéfica, porque você sai daquela mesmice. Você dá uma sacudida e muda aquele cenário que vem sempre daquela mesma coisa” (Lavanda). As trocas são vistas como problemáticas quando feitas frequentemente ou ao tornar dispensável a assessoria técnica aos representantes políticos, assim como estarem associadas às interferências políticas.

As constantes alterações de secretários, subsecretários, coordenadores desencadeiam confusão e desânimo nas entrevistadas, justamente por virem acompanhadas de mudanças de prioridades e da forma de pensar a Atenção Básica, como diz Dama-da-Noite:

Afeta, porque cada um tem uma forma de pensar. Tem uns que acham que a expansão [da APS] é boa. Tem outros que acham que não. Tem a questão das trocas das OSS. [Tem] As pactuações do que você vai ver pelos indicadores do gabinete do Secretário de Saúde, da Casa Civil ou da OSS.

Na argumentação de Lavanda sobre a importância da assessoria técnica, ela justifica que o prefeito não é um profissional de saúde, cabendo, portanto, ao corpo de trabalhadores “técnicos” orientá-lo para melhorar as heranças dos governos anteriores e não destruí-las. Ela diz: “Você tem que ter assessoramento político, mas técnico. Técnico/político. O técnico não pode faltar”. Ressalta ainda que a escolha desse técnico, técnico/político, é permeada pelas disputas, o que ela chama de interferências políticas.

As interferências políticas são retratadas, principalmente, no campo da relação entre o Poder Executivo e Legislativo. Este fato remete à condensação de forças por

dentro do Estado, ao mesmo tempo que está colada à cultura de formação de currais eleitorais e à política de favores no Brasil. Lavanda acredita serem maléficos e prejudiciais os casos em que “Você não pode estar bem assessorado por pessoas que são indicações políticas e que não entendem nada do que estão fazendo ali”. Sua aposta é na continuidade do trabalho por meio do assessoramento, o que desaba com a “politicagem”. “Eu acabo com o cargo. Eu moldo as coisas para elas se conformarem a interesses individuais e não aos interesses da saúde coletiva, da saúde pública, como um todo” (Bromélia).

Tulipa esclarece a diferença entre elencar prioridades em comparação aos governos anteriores que incluíram trabalhadores na SMS/RJ que se originaram de indicações políticas.

Uma coisa é você não concordar com o trabalho e dizer: “Isso aqui, essa direção, não acho certo. Deve ser assim ou assado”. Outra coisa é você colocar uma pessoa que [não] entende nada, só para ocupar o cargo. Isso foi para mim uma quebra de paradigma, porque sempre a SMS/RJ tinha essa aura do técnico. De repente, [a SMS/RJ] se via envolvida em barganhas. Essa coisa de você “dar” a Secretaria de Saúde, porque a Secretaria de Saúde é moeda de troca para um partido político. Eu acho que isso é um absurdo. Tinha que preservar Saúde, Educação, Segurança. São coisas de Estado, não são coisas para você “dar”. “Ah, vamos dar em troca por apoio sei lá de quem”.

Magnólia faz a mesma crítica e pontua que uma gestão de qualidade pressupõe “conhecimento da técnica, da realidade do serviço, tem a experiência. (...) preza pela saúde do usuário, preza pela população”. Rosa complementa que vivenciou indicações políticas por vereadores, o que antes não tinha visto na SMS. “O que nós escutávamos falar é: “A Saúde é muito técnica e nesse pessoal não [se] mexe”, mas em determinado momento os cargos [em comissão] da SMS vinculados às subsecretarias, coordenações, entre outros, são usados para “fazer coligações e acordos políticos”, com intuito de formar ou manter “uma base forte na assembleia, na câmara de vereadores”. Portanto, as interferências políticas são consideradas dificultadores da continuidade das políticas públicas, segundo Lavanda e Rosa. “Quando chega nesse nível, que a discussão da política pública tem que passar pelo aval do vereador é muito triste” (Rosa).

A pertinência desta crítica esbarra na importância dos atores externos, como os Poderes Legislativo e Judiciário na determinação da política de saúde. Apesar de autônomos, é previsto o diálogo entre os poderes, inclusive a fiscalização destes últimos sobre o Poder Executivo. É claro que a indicação de pessoas para cargos de “alto escalão” de um governo não faz parte das atribuições e relações entre eles. Além disso, os pedidos de atendimento particulares e a “área extremamente territorializada” em “pequenos feudos”, como diz Rosa, prejudicam o funcionamento do sistema de saúde e demonstram

como opera a “coisa mais politiqueira”. De fato, as pressões e negociações, e, específico, a definição do orçamento de um governo, que pressupõe o aval da Câmara de Vereadores, fazem parte do jogo político, mas não as ações de nível “politiqueiro”.

Um dos exemplos positivos da relação entre os Poderes é trazido por Lavanda. Em uma comunidade ocorreu um surto de hepatite A por conta de uma “bica”. As articulações da área da saúde junto a companhia de água foram insuficientes para resolução do problema. A dita interferência política de um político auxiliou a resolveu o problema. “O político assume outros equipamentos. Ele tem esse poder. Ele atua junto. Ele dá as mãos para nós”. A entrevistada completa com a crítica: “a cobrança pela cobrança, por nada, visando voto, sei lá visando o quê, isso é uma coisa muito sem sentido. Hoje, infelizmente, é o que está acontecendo”.

A danosa relação entre o Executivo e Legislativo, as alterações constantes de gestores e os ciclos eleitorais dão a “impressão que vivo num hospício. Agora nós vamos para trás. Vamos para frente. Nós não saímos disso. Parece aquele cabo de guerra: puxa para cá, puxa para lá. É muito chato. É muito desestimulante” (Lavanda). Ela continua:

O político tem uma certa dificuldade de aceitar certas coisas que você coloca. Você fica meio que refém da política. Eu posso até ser refém de uma falta de material, de uma circunstância, mas não de uma vontade. Para mim não dá. É uma coisa que faz eu me sentir agredida, principalmente, como profissional. Quando eu vejo que o cara está ali cobrando por ser político, não por uma questão de exercer uma cidadania. Isso me incomoda muito.

1.7. “Todos que estão abaixo tem que seguir o que ele [prefeito] determina. Se a decisão é pelo corte, os de baixo vão fazendo”

Aproveitando a fala de Lavanda sobre os acontecimentos que a desestimularam com tantas idas e vindas da política de saúde, entraremos na questão da precarização do trabalho das estatutárias atuantes na gestão. Junto com o hospício apontado por essa entrevistada, Hortênsia sente desânimo, Camélia frustração e Rosa se entristece com a realidade das práticas de gestão da SMS/RJ.

Grande parte das trabalhadoras da gestão apresenta um discurso em defesa do SUS e da militância na Reforma Sanitária, mas os acontecimentos no trabalho têm causado desmotivação e frustração. Alguns dos atos dos gestores contrariam a missão institucional de um órgão público de saúde, além da inexistência de uma política de pessoas compatível com a saúde dos trabalhadores. Os valores desses trabalhadores, que por vezes desejaram trabalhar no SUS, têm entrado em confronto com o cotidiano na gestão.

Na maior parte dos casos, os trabalhadores se esforçam para fazer o melhor e esperam que essa contribuição seja reconhecida. A ausência desse retorno resulta em sofrimento devido à desestabilização do referencial em que se apoia

a subjetividade (...) Nesse sentido, o reconhecimento não é uma reivindicação secundária daqueles que trabalham, aparecendo como decisivo na dinâmica da mobilização subjetiva no trabalho e na constituição das formas de identidade, dele dependendo o sentido do sofrimento (VIEIRA; CHINELLI, 2013, p.1597).

A situação vivida pelas entrevistadas na SMS/RJ ao longo dos anos, as faz sentir a frustração de “começar tudo do zero de novo” (Camélia). Além de tudo, seu trabalho é com frequência desvalorizado, do que são exemplos a ausência de um PCCS e os baixos salários.

Nesta discussão, o Plano de Carreiras, Cargos e Salários (PCCS) é considerado uma tecnologia de gestão do trabalho e um instrumento de regramento da vida funcional dos trabalhadores (LACAZ et al., 2010).

É digna de nota a não menção, tanto nas diretrizes nacionais como nos PCCS analisados, a carreiras que abarquem cargos de gerenciamento no sistema de saúde, permanecendo estes estritamente vinculados à indicação do gestor municipal. Dessa forma, permanecem intocados os problemas da descontinuidade administrativa e da necessária profissionalização dos trabalhadores de nível gerencial (LACAZ et al., 2010, p.259).

Ao apresentar as diferenças entre cargos em comissão e funções de confiança na Administração Pública, Graef (2008) defende a transformação dos cargos em comissão em funções gerenciais, isto é, a extinção de cargos de DAS para Funções Comissionadas do Poder Executivo (FCPE). A alteração veda o preenchimento de cargos de chefia por “estranhos ao quadro”³ enquanto os cargos em comissão “sofrem menor restrição” do que as funções de confiança. Ao invés de cargos efetivos ocupados por profissionais de saúde que ao exercer atribuições de chefia, direção e assessoramento recebem a nomeação do cargo em comissão, teríamos cargos efetivos com funções gerenciais. Atualmente, as unidades organizacionais da SMS que possuem competências gerenciais são ocupadas por servidores estatutários em cargos efetivos sem funções gerenciais, justificando a existência do cargo em comissão. Vale destacar que a maioria dos trabalhadores na gestão “central” da SMS do município são servidores estatutários e possuem DAI ou DAS.

O autor também cita a carreira dos gestores governamentais no âmbito federal, com o processo de recrutamento e seleção específicos, além da formação via Escola Nacional de Administração Pública (ENAP) para as atividades de direção e assessoramento, como elementos de qualificação e habilitação do exercício de tais atividades. Para ele, a alteração de DAS para funções seria o caminho da profissionalização da Administração Pública brasileira.

³ Pessoas que não compõem o quadro de estatutários no órgão público.

Ressalvamos que as entrevistadas são estatutárias e aceitaram os chamados cargos em comissão para assumirem uma posição enquanto gestoras de um determinado setor da APS. Suas nomeações nos cargos em comissão foram dadas, em geral, por pessoas que observavam sua atuação no trabalho, suas conexões dentro e fora da SMS e pelo compromisso que estavam dispostas a assumir com a política do governo eleito. Quando às indicações para tais cargos, as entrevistadas comentam que por vezes é conquistada quando as “pessoas geralmente vão para puxar o saco, babar ovo e tal”, critica Orquídea; “Às vezes, nós vemos que são sempre os mesmos que estão no ciclo para as indicações. Eu queria ter oportunidades de aprender coisas novas, mas nem sempre depende só de nós”, diz Magnólia. Enfim, elas não são apenas trabalhadoras da gestão, também ocupam posições de tomada de decisão, portanto gestoras. A busca e aceite de um cargo em comissão está associado ao desafio de um novo processo de trabalho, à gratificação pessoal e, claro, à compensação financeira, segundo as entrevistadas.

Em relação à compensação financeira, o aceite e/ou busca de um cargo em comissão de DAS está associado à ausência do Plano de Cargos, Carreiras e Salários no município e à inviabilidade de uma carreira na assistência direta à população, por falta de “um plano de incorporação por mérito, por trabalho, por mestrado, como tem em inúmeros outros segmentos”, diz Violeta. A entrevistada destaca a injustiça de se assumir responsabilidades sem complementação financeira. Além disso ela fala das vantagens associadas ao cargo, como a flexibilidade de horário e a possibilidade de incorporação do valor do cargo ao vencimento após alguns anos nesta posição.

Atualmente, o nosso salário nominal é R\$ 3.013,00 (...). Não tem uma estrutura. Não tem uma carreira. No município, você progride por tempo de serviço. Você pode ter mestrado, doutorado, pós-doutorado, dois doutorados, vinte doutorados, que vai ganhar, exatamente, o mesmo que o seu colega que nunca fez nada ou só fez a residência para ter o título de especialista. Exatamente igual. (...) Não existe um plano de carreira, cargo e salário. Eu já passei por muitos prefeitos. Todo mundo promete, mas chega lá na hora e muda. Agora, tem esse incentivo às avessas que é aumentar a alíquota de contribuição de 11% para 14%. Não tem jeito. Mesmo que abra concurso, agora, quero ver quem é que vai fazer (Tulipa).

No que se refere aos concursos Dália comenta que quando há chamamento são direcionados para área hospitalar e não para a APS. No caso dela foi possível a realocação por conta do recebimento de um cargo em comissão. Do contrário, não conseguiria um remanejamento.

Eu acho, inclusive, que isso é um nó na rede [de atenção à saúde]. Eu acho, inclusive, que isso é um nó para nós, porque muitos enfermeiros, médicos e outros profissionais que trabalham na APS não tem a oportunidade de ingressar como servidores nesses lugares da rede, porque os concursos não são direcionados para isso.

Historicamente, na SMS do Rio de Janeiro os cargos em comissão com baixos DAS (numerados de 06 a 10 – símbolos e valores vinculados no Anexo C), eram distribuídos para servidores. Orquídea explica que a depender do gestor que assume, os servidores são tratados com menos importância, pois ele traz sua própria equipe para ocupar os cargos. Ela lembra que cargos altos não eram ocupados por servidores e sim contratados. “As gerências [eram ocupadas] por servidores, porque era um cargo baixo, um cargo com DAS-7. Agora cargos altos não eram servidores e o servidor se ressentia muito”. Uma das entrevistadas completa e denuncia o uso dos cargos para questões políticas:

as gerências eram “carguinhos” [cargos em comissão com baixo DAS] com um DAS-7. [Elas] eram consideradas de trabalhos técnicos. Ninguém ficava indicando ninguém para lá. (...) Não tinha essa questão política. Depois foi mudando (...). Até funcionário fantasma tinha (...). Fizeram a indicação, tiraram a pessoa que estava lá, e colocaram outra pessoa que nunca apareceu. Ou seja, utilizando esses cargos que são técnicos para satisfazer questões políticas e indicações de A, B ou C. Isso para mim é uma coisa que não deveria acontecer (Tulipa).

A atuação em cargos em comissão e suas vantagens é tão conhecido que Azaleia diz “Desde que eu entrei no município, eu só ouvia falar de chefia, auxiliar de chefia, incorporação e isso foi ganhando corpo, forma, conforme o tempo foi passando”.

Tulipa explica sobre a estrutura da gestão da SMS, nível central e nível local, relacionando-a com as problemáticas de precarização do trabalho. O servidor ao assumir um cargo no nível central perde total ou parcialmente as gratificações associadas à produtividade e insalubridade, comparado aqueles que estão nas unidades de saúde. A responsabilidade é maior diante das equipes e serviços da APS, mas não há retribuição à altura. Outra entrevistada comenta que ficou chocada quando foi trabalhar no nível central e descobriu o quanto ruim salarialmente foi para ela. No nível local não é diferente, segundo Tulipa. “Na CAP é a mesma coisa. (...) O servidor tem o menor nível de produtividade. Tirando o nível central, as outras são a mesma coisa. Não tem uma estrutura”. A exposição sobre a estrutura organizacional da SMS estará disposta no próximo capítulo.

Tulipa exemplifica a “estrutura perversa” da gestão comparando o salário e responsabilidade do gerente da unidade de saúde, média gestão, com o trabalhador da gestão do nível local:

Por exemplo: um gerente de Clínica de Saúde da Família ganha, sei lá, R\$ 6.000,00. Na CAP ganha R\$ 4.000,00 e trabalhar do mesmo jeito? 40 horas? Não dá. (...) Você vai sair de uma CF que tem uma responsabilidade restrita àquela CF para trabalhar na CAP e ser responsável por todas aquelas CF ganhando menos? É uma estrutura perversa. Você penaliza quem mais tem responsabilidade.

Os chamados “penduricalhos” são criados para dar conta da questão dos baixos salários dos servidores, tanto da assistência como na gestão. Tulipa fala do incentivo promovido pelo Programa de Saúde da Família: “você recebe [um valor], dependendo do seu cargo, para dobrar a carga horária. Se é médico R\$ 2.000,00. O outro é R\$ 1.800,00”. Ela comenta que em diversas circunstâncias como férias, licenças, o incentivo é suspenso. Além disso, não o reajustam há mais de dez anos. Nota-se, porém, que o chamado incentivo prevê que o servidor dobre sua carga horária, mas que não o correspondente ao dobro do salário. Violeta também comenta sobre incentivos vinculados a alguns projetos nos quais desconhece os requisitos para seleção e que acrescentam R\$ 1.000,00 ou R\$ 2.000,00 ao vencimento.

A precarização do trabalho na gestão vivenciada pelas estatutárias fica evidente ao vermos o quadro abaixo que apresenta o valor dos baixíssimos vencimentos, correspondentes a um cargo em comissão, sendo radical as diferenças a depender na numeração do DAS. Quando aos triênios os valores oscilam considerando o tempo de trabalho das entrevistadas. O elemento de produtividade encontra-se entre R\$ 250,00 e R\$ 2.000,00, sendo o valor de R\$ 416,00 a média recebida pelas entrevistadas. A insalubridade é a mesma para todas, R\$ 464,69. A incorporação dos valores associados ao cargo está relacionada à permanência naquela posição durante 10 anos, ou á valores parciais abaixo desse período. O valor líquido recebido pelos trabalhadores desnuda as contradições na atuação na gestão do município. Os valores da tabela que se segue correspondem aos anos de 2019 e 2021.

Tabela 1 – Valores de remunerações de servidores por cargo efetivo, cargo em comissão, vencimentos, gratificações e incorporações

Cargo Efetivo	Símbolo do Cargo em Comissão	Vencimento Básico	Triênios (Tempo de Serviço)	Retribuição + Representação Indenizatória (DAS) (Cargo em Comissão)	Produtividade / Insalubridade / Gratificação por Capacitação	Incorporação do Cargo em Comissão	Gratificação de Encargos Especiais da SMS (Decreto 13959/1995)	Total	Valor Líquido
AGENTE DE ADMINISTRACAO	D-DAS-06	R\$ 1.099,56	R\$ 547,49	R\$ 1.884,10	R\$ 3.412,07	R\$ 1.884,10	-	R\$ 8.827,32	R\$ 6.617,32
AUXILIAR DE ENFERMAGEM	D-DAS-06	R\$ 1.740,26	R\$ 771,74	R\$ 1.884,10	R\$ 593,01	R\$ 1.884,10	-	R\$ 6.873,21	R\$ 5.166,84
ENFERMEIRO	D-DAS-07	R\$ 3.013,25	R\$ 1.043,39	R\$ 2.691,78	R\$ 714,69	R\$ -	-	R\$ 7.463,11	R\$ 5.587,81
ENFERMEIRO	D-DAS-06	R\$ 3.013,25	R\$ 1.391,18	R\$ 1.884,10	R\$ 464,69	R\$ 4.396,23	-	R\$ 11.149,45	R\$ 7.840,52
MÉDICO PEDIATRIA	D-DAS-08	R\$ 2.841,21	R\$ 568,24	R\$ 3.845,18	R\$ 495,28	R\$ -	-	R\$ 7.749,91	R\$ 5.869,99
MÉDICO SAUDE PUBLICA	D-DAS-06	R\$ 3.013,25	R\$ 2.086,77	R\$ 1.884,10	R\$ 1.580,15	R\$ 2.691,78	-	R\$ 11.256,05	R\$ 8.325,23
SANITARISTA	D-DAS-08	R\$ 3.013,25	R\$ 1.054,64	R\$ 3.845,18	R\$ 495,28	R\$ 3.845,18	-	R\$ 12.253,53	R\$ 8.530,88
SECRETÁRIO(A) DE SAÚDE	S/E	-	-	R\$ 16.427,78	-	-	R\$ 10.097,00	R\$ 26.524,78	-
SUBSECRETÁRIO(A)	D-DAS-10A	-	-	R\$ 13.142,08	-	-	R\$ 10.097,00	R\$ 23.239,08	-
SUPERINTENDENTE	DAS-09	-	-	R\$ 4.272,70	-	-	R\$ 7.107,00	R\$ 11.379,70	-

Fonte: Elaboração Própria a partir das informações do sítio eletrônico Remuneração do Servidor da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro (PCRJ). IPLANRIO/PRE/DSI/GDS.

Disponível em: <https://jeap.rio.rj.gov.br/contrachequeapi/transparencia>.

Para as entrevistadas, a manutenção dos cargos em comissão está conectada à dedicação ao trabalho, ao bom relacionamento com os profissionais e à confiança em relação a suas atuações na gestão. “Eu acho que é um trabalho de confiança, de identificação” (Magnólia). Azaleia diz as mudanças de prefeito e demais cargos da SMS não afetaram seu trabalho como gestora porque “o trabalho estava sendo bem feito”. Ao questionamento sobre determinadas gestoras perderem seus cargos, a entrevistada responde que mesmo quando executando adequadamente as funções e gerando resultados, há casos ligados a “questão política” do “próprio governo em si, dos acordos que se fazem”.

Outro elemento que permeia a manutenção dos trabalhadores da gestão em cargos em comissão é a disponibilidade em cumprir com os compromissos do governo eleito e, conseqüentemente, dos mandatos das chefias do “alto escalão”. Margarida pontua a dificuldade de vivenciar este lugar:

É uma posição que eu acho muito difícil. Lidar com uma coisa que você não concorda integralmente, mas você está em um cargo [e precisa lidar]. [Sendo assim, você] precisa fazer até tentando amenizar, fazer o melhor. Acredito piamente nisso por conhecer alguns profissionais que estavam nessa posição de muita responsabilidade.

Bromélia e Violeta utilizam o termo “cascata” para revelar que a atuação como gestora na SMS, sendo hierarquicamente um “nível menor de gestão”, está submetida “àqueles que mandam” e, por vezes, as contradições de suas decisões, possuem portanto uma autonomia limitada.

Se tem contrariedade no que se manda fazer e onde se pretende chegar, tudo isso afeta quem está no nível que eu estava. Vai afetando o que nós vamos fazendo como se fosse uma cadeia, uma cascata de decisão, influência em nós também. Você acaba tendo menos força para fazer as coisas, menos poder de decisão. Vai tudo acontecendo em cascata (Bromélia).

Entretanto, é possível que as ações dos trabalhadores da gestão sejam fortalecidas e atinjam o objetivo de implantação das políticas, desde que consentido e respaldado por “quem está acima” e “nos dá possibilidade de fazer”, diz Bromélia.

Dália fala sobre seu sofrimento perante um cenário “atordoador” vivido como gestora cercada de contradições de valores e práticas no âmbito da APS.

Eu também não conseguia ficar [no setor], porque o que se propunha era muito distante [do que eu queria fazer] (...), do que eu acreditava enquanto processo de trabalho (...). Nós ficávamos militando pelo que era importante, mas chegou uma época que estava cansando demais.

Tulipa também comenta sua experiência: “houve várias divergências políticas entre mim e os coordenadores do nível central. Chegou um ponto que não dava mais para trabalhar junto e preferi sair. Eu já tinha esse DAS-7 incorporado”.

Margarida traz que os trabalhadores da gestão fazem o que é determinado, porque não está sob sua governabilidade alterarem as decisões tomadas pelo “gestor maior”.

Todos que estão abaixo tem que seguir o que ele [prefeito] determina. Se a decisão é pelo corte, os de baixo vão fazendo. Vão seguindo a diretriz maior (...). As pessoas, os trabalhadores da saúde, não tem que seguir à risca a determinação maior, mas tem coisas que não dependem delas, querendo ou não.

Os limites para uma possível inflexão dessas gestoras estatutárias diante de ações de confronto da política instituída, e suas próprias militâncias, e a política do governo na qual se envolveram, estão dados nas pontuações acima. No entanto, as entrevistadas falam tranquilamente sobre sua relação com a manutenção ou não do cargo, uma vez que não há comprometimento de seu vínculo como estatutárias, isto é, sua com permanência na SMS. “Independente de qualquer coisa, nós somos servidores. Eles saem e nós ficamos. Eles podem tirar o cargo, mas o meu emprego não vão tirar”, diz Flor de Lótus.

Toda mudança, vamos dizer assim, no “alto escalão”, vem para baixo também e cria instabilidade sim, tanto pessoal quanto profissional. Eu tenho plena consciência de que o cargo [em comissão] não é meu (...). O cargo [efetivo] é meu, do concurso (Azaleia).

Apesar da consciência, as exonerações dos cargos em comissão podem ser cruéis e representarem falta de “ética” (Flor de Lótus) e “falta de educação” (Rosa) a depender de como são feitas. “As pessoas não têm o mínimo de consideração e é muito triste” (Rosa). “Estavam mexendo com [as] pessoas. Estava sendo desesperador ver as pessoas chorando (...) era um chorando em um canto, outro chorando no outro. Estávamos sendo meio que despejados”, aponta Flor de Lótus contando sobre a sequência de exonerações com a entrada de uma nova chefia. Ocorre uma verdadeira “caça às bruxas, é essa coisa feia” critica Orquídea quanto as exonerações em transições de governo. “(...) às vezes, aparecem as surpresas. Algumas vezes é realmente assustador, porque, às vezes, vem

aquele aviso sem nem mesmo a pessoa conhecer o seu trabalho, sem saber se você tem a bagagem, experiência e dedicação” (Magnólia). Dália comenta das exonerações realizadas sem qualquer aviso ou avaliação do trabalho, sendo comunicadas via publicação no Diário Oficial.

foi uma sequência só de exonerações por Diário Oficial. Foi importante para mim. Me fez entender [sobre o] que [significa] cargo, cargo em comissão, posições que se ocupa, principalmente no município do Rio de Janeiro (...) onde os vencimentos bases são lá no chão (...). Muitas pessoas se mantem na SMS porque tem cargos em comissão e dependem disso. Hoje, é muito tranquilo para mim sair desse rastro, porque eu não quero ficar dependendo [disso]. Ter medo de acordar de manhã exonerada. (...) eu sei o quanto isso é deletério para as pessoas e, não só o cargo, a posição, porque amanhã isso muda. E nem sempre as pessoas te agradecem.

Em relação aos cargos em comissão mais altos, como os coordenadores das AP, a problemática pode ser pior. Segundo Rosa, essas pessoas ficam marcadas como pertencentes à gestão anterior.

Compreendo isso, é um cargo que ficou muito em destaque na saúde, na implantação da Saúde da Família. Os coordenadores foram tomando cada vez mais destaque e acaba que ficam com o nome do outro [prefeito] na testa (Rosa).

As entrevistadas citam situações nas quais a perda do cargo em comissão trouxe problemas aos trabalhadores, como Dália ao retratar a dependência financeira dos cargos ou a explicação de Azaleia que ressalta o fato das “pessoas que acham que são donas dos cargos” e “uma vez nomeados seguem nomeados, continuarão nomeados para o resto da vida. Nós sabemos que não é bem assim”. Ou casos que “profissionais não conseguem levar isso [exoneração] super bem. Alguns entram até em depressão, porque visa muito a questão apenas financeira, não profissional” (Azaleia). Margarida diz sobre sua experiência:

É fato que nem todo mundo consegue se desligar do cargo. (...) Nem todo mundo está preparado para deixar de ser [chefia]. É como se você trouxesse uma mágoa. Se você pensar em retirar o cargo [de uma pessoa], é como se não estivesse mais a valorizando. São as construções antigas de muito tempo naquele cargo. (...) O cargo não é nosso, não é pessoal. Não vou falar que é fácil. Uma coisa é você falar e outra coisa é vivenciar, mas eu procuro construir isso dentro da minha cabeça. Eu sei que a qualquer momento, qualquer troca de gestão ou qualquer vacilo que eu tenha, eu não sou infalível, nós somos seres humanos, alguém pode decidir pela minha retirada.

Os responsáveis pelas exonerações parecem não se “preocupar com o amanhã” (Flor de Lótus), afinal “nós vamos nos encontrar. O SUS é desse tamanho [faz um gesto que significa pequeno]. (...) as pessoas vão se reencontrar” (Rosa). A maneira como as exonerações ocorrem parecem produzir efeitos rebote, pois um dia as pessoas estão em posições mais altas e hierarquicamente e depois mais baixas, as conhecidas subidas e descidas.

Orquídea revela que para muitos a manutenção dos cargos em momentos de transição de governos torna-se fator para “mascarar o que tem de errado. Tem uma coisa de máscara, de babação de ovo sobre quem está entrando. É tipo como se aquilo não fosse meu. Como se eu não tivesse participado daquela gestão”.

Independentemente das questões que envolvem os cargos, Dália, Flor de Lótus e Margarida falam sobre a “responsabilidade social com o usuário”, a importância de uma “transição amigável” após a exoneração, deixando a consciência tranquila daquele que sai e o reconhecimento que as ações devem seguir uma “responsabilidade técnica” e associadas a “prestação de contas”.

Mesmo fundamentais para perenidade e continuidade das políticas públicas, as estatutárias se abstêm de seu papel e sua força diante da estrutura e inflexões devidas muitas vezes à precarização do trabalho a que estão submetidas. Camélia alerta e desabafa que já viu muitas mudanças e que tentou diversas vezes manter a continuidade do trabalho, mas que à época da entrevista estava pensando mais antes de qualquer atitude porque “eu acho que já apanhei (...) por fazer isso. Eu acho que, hoje, eu estou um pouco, talvez, mais triste de ver toda hora esse recomeço”, sensação que compartilhamos.

2. CAPÍTULO II: “VAMOS BOTAR TIJOLO”. “VAMOS TIRAR O TIJOLO”. “DESCONSTRUINDO LITERALMENTE O QUE VOCÊ ACABA DE FAZER” NA POLÍTICA DE ATENÇÃO BÁSICA

Apresentaremos a rede de atenção à saúde do Rio de Janeiro no período de 2000 a 2019, destacando os serviços da APS. Os acontecimentos no período de expansão e retração das eSF foram levantados a partir de documentos oficiais, como os PPA, os dados em sistemas de informação e o indicador de cobertura da Atenção Básica, além das narrativas das entrevistadas. Posteriormente, trataremos de três temáticas abordadas pelas gestoras, relacionando-as à continuidade das políticas de Atenção Básica, entre elas a formação e qualificação dos profissionais da assistência à saúde, a organização do organograma de uma instituição e a implantação/alteração dos sistemas de informação.

Destaca-se que seis das gestoras entrevistadas ingressaram no serviço público municipal entre 1986 e 2000. Outras cinco foram convocadas no período compreendido entre 2001 e 2003 e, apenas três entraram a partir de 2008. Mais da metade delas tiveram sua primeira experiência na gestão antes de 2009, seja na APS ou em serviços da média e alta complexidade, sendo que destas, 50% assumiram cargos de chefia. Esses dados elucidam a importância do olhar delas a respeito de uma história em que estavam diretamente implicadas.

2.1. PNAB: “uma proposta interessante” até tornar-se um “dificultador” para a implementação de uma genuína política de saúde

A organização da atenção à saúde ofertada à população estrutura-se na APS desde a década de 1960 nos principais sistemas universais de saúde do mundo, sendo a Declaração de Alma-Ata que data de 1978, um marco da necessidade dessa lógica assistencial em saúde. A Atenção Básica prevê o cuidado integral ao indivíduo e sua família, acompanhando-os em todos os ciclos de vida de forma territorializada e ofertando ações preventivas e de promoção da saúde. Uma forma de organização divergente do modelo hospitalocêntrico pautado em ações na dimensão curativa e individual.

Segundo a OMS, 1978, apud Starfield (2002), os atributos da APS são o primeiro contato com o usuário, a integralidade, a continuidade e a coordenação do cuidado. Conforme elaborado na Assembleia Mundial de Saúde, a APS foi definida como:

Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios

aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde (OMS, 1978 apud STARFIELD, 2002, p.31-32).

A autora afirma que atualmente está amplamente aceito que a APS se dispõe a ofertar:

(...) o primeiro contato; a suposição de responsabilidade longitudinal pelo paciente sem considerar a presença ou ausência de doença; e a integração de aspectos físicos, psicológicos e sociais de saúde aos limites da capacitação da equipe de saúde (STARFIELD, 2002, p.63).

Ela defende que a APS “é uma abordagem que forma a base e determina o trabalho de todos os outros níveis dos sistemas de saúde” (STARFIELD, 2002, p.28). Em sua definição e diferenciação dos demais níveis de atenção, a autora cita:

Vuori (1985) sugeriu quatro formas de visualizar a atenção primária: como um conjunto de atividades, como um nível da atenção, como uma estratégia para organizar a atenção à saúde e como uma filosofia que permeia a atenção à saúde (STARFIELD, 2002, p.28).

Para Starfield (2002) “o primeiro contato implica acessibilidade e uso do serviço a cada novo problema ou novo episódio de um problema pelo qual as pessoas buscam atenção à saúde” (STARFIELD, 2002, p.61). Os serviços da APS tornam-se pontos prioritários de acesso à saúde aos usuários, reconhecidos como porta de entrada do sistema de serviços de saúde.

A continuidade do cuidado traduzida pelo conceito de longitudinalidade é outro atributo da APS descrito pela Starfield (2002), viabilizada pelo vínculo entre profissionais de saúde e usuários e o conhecimento das histórias, não apenas clínica, como de todas as condições inerentes ao cotidiano de um território.

A integralidade relacionada a variedade e extensão dos serviços ofertados à população pode ser vista como um mecanismo que de fato obriga a correspondência entre necessidade e serviços disponíveis. Starfield (2002) comenta o papel estratégico da APS para identificação de problemas/necessidades pela proximidade do contexto histórico e social da comunidade, além é claro da viabilidade de atuações na dimensão da prevenção.

(...) para que a atenção primária seja integral, todas as atividades orientadas para o desenvolvimento deveriam estar interrelacionadas e equilibradas de forma a focar os problemas de maior prioridade conforme são mutuamente percebidos pela comunidade e pelos sistemas de saúde, e que as intervenções culturalmente aceitáveis, tecnicamente adequadas, manejáveis e adequadamente selecionadas devem ser implementadas em combinações que atendam às necessidades locais (OMS, 1978 apud SARFIELD, 2002, p.335).

Já o atributo da coordenação da atenção, segundo Starfield (2002, p.365), diz respeito à “disponibilização das informações sobre os problemas e serviços anteriores e a importância daquele conhecimento, de maneira que esteja relacionado às precisões para o presente atendimento”.

Lavanda afirma que os outros níveis de atenção são complementares “porque dando enfoque na Atenção Básica 90% das questões de saúde conseguem ser resolvidas”.

No Brasil, a consolidação do SUS em 1988, fruto do longo processo da Reforma Sanitária Brasileira que contou com a participação de inúmeros atores sociais, instituiu a política de saúde pública com os princípios de universalidade, integralidade e equidade. Entre os diversos desafios de sua implementação estavam a descentralização político-administrativa e a organização da atenção à saúde. Neste sentido, foram desenvolvidas políticas e experiências para redesenhar e operacionalizar a atenção à saúde, sendo o fortalecimento da Atenção Básica um eixo fundamental.

A disseminação da Atenção Básica se deu, principalmente, nos moldes da ESF na década de 1990, com maior expansão a partir dos anos 2000. Refletindo raízes e princípios da Reforma Sanitária, a APS recebe o nome de Atenção Básica justamente para se contrapor a tendência mundial de uma política universal em direção a ações focalizadas.

Em relação aos conceitos Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde, cabem alguns esclarecimentos. No Brasil, o termo Atenção Básica foi oficializado pelo Governo Federal no período de construção do SUS. É possível utilizar os termos como sinônimos, desde que esclarecido que suas origens e concepção são distintas. Além disso, “as variadas formas de configurar a APS nos diferentes países e contextos remetem a diferentes concepções sobre o processo saúde-doença e o direito à saúde” (MOROSINI, 2018, p. 17).

Segundo Franco e Merhy (2007), os modelos assistenciais em saúde acompanham as crises do capital, buscando responder por meio dos governos as necessidades do capital em determinadas conjunturas. Nesse sentido, as agências internacionais demonstram as contradições da luta de sistemas universais, em específico da APS, com ações pontuais. Fato que exemplifica a correlação de forças no Estado para formular e implementar as políticas públicas e as tensões com as reestruturações do capital.

Praticamente nos anos 90 a OMS abandonou a proposta de APS integral e acompanhou a proposta seletiva do Banco Mundial, mas com uma outra versão. Propôs o chamado novo universalismo, que traz como argumento a noção de sustentabilidade dos governos nacionais. No lugar de assumir todas as ações para toda a população ou só assumir um conjunto mínimo de ações para os pobres, os Estados deveriam se responsabilizar por um conjunto de

ações essenciais ofertadas com alta qualidade para toda a população (WHO, 2000 apud FAUSTO; MATTA, 2007, p.52).

Em contraposição a esse conjunto mínimo de ações (pejorativamente nomeado de “cesta básica”) que se limitava a conceber a saúde de maneira seletiva e focalizada à população pobre, a Atenção Básica brasileira se instaura contrariando a perspectiva de APS focalizada, fazendo-se a partir de experiências inovadoras baseadas na necessidade de saúde de seu território com a proposta de melhor acesso aos serviços de saúde.

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) no Nordeste, demonstrou-se como experiência exitosa na diminuição da morbimortalidade infantil e materna, e norteou a elaboração do Programa Saúde da Família, em 1994. Esse último representou a transição do modelo tradicional da Atenção Básica, com caráter focalizado e seletivo, para os moldes de ESF, assegurando um cuidado em saúde territorializado e integral. Segundo Morosini et al. (2018), a ESF simbolizou a transformação do modelo de atenção à saúde, além de ter um papel central na implantação dos princípios e diretrizes do SUS.

Dessa forma, a implementação da Atenção Básica no país foi propiciada pela vivência dos profissionais da assistência à saúde. Nas palavras da entrevistada Violeta “uma boa política de Atenção Básica está baseada também no que a ponta⁴ está vivenciando”.

No entanto, a implantação da Atenção Básica como modelo assistencial sofreu fortemente com a concepção do Estado mínimo, sendo sua expansão demarcada por relações de trabalho precarizadas para os trabalhadores da saúde. Alves (2009) afirma que as demandas sociais foram limitadas para que o setor público fosse “enxugado”. Assim, o estatuto salarial do emprego público é precarizado e ampliam-se as contratações flexíveis, como os terceirizados.

Ramos (2016), em estudo sobre a Atenção Primária à Saúde e Terceirização, retrata a realidade de cinco capitais brasileiras (Salvador, São Paulo, Rio de Janeiro, Porto Alegre e Brasília) identificadas com experiência prévia ou atual em terceirização por meio de OSS ou Fundação Estatal de Direito Privado. Evidencia a piora do desempenho relativo aos indicadores e ao gasto público com essas estratégias de terceirização, se comparado ao modelo de administração direta. O que reflete a disputa entre estatização e privatização desde os primórdios do SUS, juntamente com os novos mecanismos do capital via medidas neoliberalistas.

⁴ Trabalho no âmbito assistencial nas unidades de saúde

Por outro lado, a expansão da ESF incorporou novos postos de trabalho e novas tecnologias que possibilitam romper com o modelo assistencial anteriormente instalado, centrado na doença e na atenção de alto custo, e “estender suas ações para e junto às comunidades” (AMARANTE, 2007, p.114).

A implementação da ESF no país ocorreu por forte indução financeira do Ministério da Saúde a partir de 2006. Segundo Morosini (2018), seu surgimento encontra-se na tensão entre o modelo focalizado e seletivo e o modelo universalizante e integral. Em 2007, a cobertura populacional estimada na Atenção Básica era de 41,7% (BRASIL, 2019b), um ano após a publicação da primeira edição da PNAB. O método de cálculo do indicador de cobertura estima que uma eSF é responsável por 3.450 pessoas, segundo Nota Metodológica (BRASIL, 2022) do Ministério da Saúde utilizada até 2020.

Segundo a PNAB 2006 (BRASIL, 2006), a Estratégia da Saúde da Família (ESF) deve:

I - Ter caráter substitutivo em relação à rede de Atenção Básica tradicional nos territórios em que as Equipes Saúde da Família atuam;

II - Atuar no território, realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo, mantendo sempre postura pró-ativa frente aos problemas de saúde-doença da população;

III - Desenvolver atividades de acordo com o planejamento e a programação realizados com base no diagnóstico situacional e tendo como foco a família e a comunidade;

IV - Buscar a integração com instituições e organizações sociais, em especial em sua área de abrangência, para o desenvolvimento de parcerias; e

V - Ser um espaço de construção de cidadania.

Para complementar a PNAB 2011 (BRASIL, 2011) descreve a Atenção Básica como:

(...) um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2012, p.19).

As perspectivas dispostas nas PNAB publicadas em 2006 e 2011 (BRASIL, 2006; BRASIL, 2011) considerando os atributos da Atenção Básica, são fragilizadas na revisão realizada em 2017. Afirmada como um retrocesso e risco para o SUS, a PNAB 2017 (BRASIL, 2017b) relativiza o caráter universal da política ao flexibilizar determinadas regras, como o número mínimo de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) na eSF e com ações focalizadas em populações vulneráveis. Além disso, retoma a Atenção Básica

tradicional quando prevê o financiamento de equipes compostas por profissionais com cargas horárias inferiores à 40 horas semanais, deixando de lado a centralidade da ESF (MOROSINI et al., 2018). Não por acaso, a entrevista Tulipa reconhece a PNAB 2017 (BRASIL, 2017b) como elemento dificultador na implementação das políticas de Atenção Básica.

Eu acho que há necessidade de ter uma capilaridade maior, em termos de estar perto da população. Acho que é muito interessante essa proposta. Agora, eu acho que a nova PNAB não é um facilitador. Ela é um dificultador, porque facultou aos municípios a diminuição do número de agentes de saúde. Isso é um dificultador.

Dama-da-noite complementa apontando o “choque” causado pelas mudanças e o risco de perder a Saúde da Família no município do Rio de Janeiro.

Se tem uma política que fala que eu tenho que ter x atendimentos, x programa funcionando dessa forma ou daquela outra forma, eu tenho um norte. Eu tenho um direcionamento. Você consegue com aplicabilidade fazer com que aquilo funcione muito melhor. (...) Quando a PNAB mudou foi um choque, porque algumas coisas da nova portaria mexiam diretamente [com o processo de trabalho]. Teve aquelas mudanças (...) Não tem como não comparar algumas gestões. Nós não tínhamos norte. Nós sabíamos que existia a portaria x, a política de implementação, a PNAB, mas não tinha direcionamento. Não tinha uma uniformidade em todo o Rio. Às vezes, uma área fazia de um jeito e a outra área fazia de outro. Quando eu tenho implementação desde o nível central, a SMS/RJ colocando mesmo para todas as áreas de forma igual isso facilita muito.

Inevitavelmente, a PNAB de 2017 (BRASIL, 2017b) abriu espaço para redução significativa de trabalhadores das eSF, em especial dos ACS, conforme ocorreu no município do Rio de Janeiro em 2019. O processo é acompanhado por sobrecarga de trabalho e diminuição da qualidade da assistência proporcionada pelas equipes, uma vez que os parâmetros de população por equipe são orientados e não instituídos. Neste sentido, os gestores têm maior autonomia para definição da territorialização das equipes até o momento em que o novo modelo de financiamento, nomeado como Programa Previne Brasil (BRASIL, 2019b), lança o parâmetro de 4.000 pessoas por equipe em municípios urbanos.

No município do Rio de Janeiro reduziu-se o número de ACS por equipe, de seis para quatro trabalhadores, juntamente com a diminuição de 184 eSF, mantendo-se 4 milhões de cadastrados. De fato, a flexibilização e recomendações da PNAB de 2017 (BRASIL, 2017b) se expressaram na reorganização da APS em direção à focalização e seletividade. Logo em seguida, abordaremos o processo de expansão e retração dos serviços da APS.

2.2. “Uma cultura hospitalocêntrica [a qual] achava que a Atenção Primária só dava despesa”

A cidade de São Sebastião do Rio de Janeiro foi fundada em 1565, desempenhando o papel de capital do Brasil no período de 1763 a 1960. Após unificação dos Estados do Rio de Janeiro e da Guanabara, na década de 1970, o município torna-se a capital do Estado (IBGE, 2019a).

O Rio de Janeiro é uma das maiores metrópoles brasileiras com cerca de 6,3 milhões de habitantes. A densidade demográfica da cidade é de 5.265,82 hab/km². Seu PIB per capita foi de R\$ 50.690,82, em 2016. Aproximadamente 31,4% dos habitantes têm um rendimento nominal mensal de até R\$ 499,00, segundo dados de 2010. Em 2010, o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) era de 0,799, sendo o valor em alguns bairros menor que 0,55 (IBGE, 2019b). Segundo Nota Técnica do Departamento da Atenção de Saúde da Família da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (DESF/SAPS), o município tinha 45,61% da população com plano de saúde, em dezembro de 2018 (BRASIL, 2018).

Em 1993, através da Resolução n.º 431, de 14 de abril de 1993, da Secretaria Municipal de Saúde, criaram-se 10 Áreas de Planejamento Sanitário para organização e regionalização das ações e serviços em saúde. As Áreas de Planejamento (AP) são formadas por 33 Regiões Administrativas (RA) e 160 bairros (RIO DE JANEIRO, 2018a). “A cidade é bastante heterogênea, apresentando diferentes graus de desenvolvimento e, conseqüentemente, desigualdade na distribuição e utilização dos recursos disponíveis, inclusive dos serviços de saúde” (RIO DE JANEIRO, 2013, p.20).

As tabelas que se seguem demonstram as discrepâncias entre as realidades sociais dentro do município. Bairros como Costa Barros e Acari da RA XXV Pavuna, localizados na AP mais populosa da cidade, a AP 3.3, apresentam os cinco piores Índices de Desenvolvimento Humano (IDH) do município. Os bairros que apresentam os cinco melhores IDHs, como Lagoa, Ipanema, Leblon e Gávea pertencem à RA VI Lagoa, concentram-se na AP 2.1. O Complexo do Alemão, pertencente à RA na AP 3.1, tem o pior IDH do município, juntamente com a menor Esperança de Vida, com diferença de aproximadamente 13 anos quando se comparam as RA Complexo do Alemão AP 3.1 com Copacabana AP 2.1.

Tabela 2 - Áreas de Planejamento por População residente, Número de Regiões Administrativas e Bairros

Área de Planejamento	População	Regiões Administrativas	Bairros
AP 1.0	297.976	6	15
AP 2.1	638.050	4	18
AP 2.2	371.120	2	7
AP 3.1	886.551	6	28
AP 3.2	569.970	3	23
AP 3.3	942.638	4	29
AP 4.0	909.368	3	19
AP 5.1	671.041	2	10
AP 5.2	665.198	2	8
AP 5.3	368.534	1	3
Total	6.320.446	33	160

Fonte: RIO DE JANEIRO, 2021.

Tabela 3 – Regiões Administrativas por Área de Planejamento, Esperança de vida e IDH atualizado em 2019

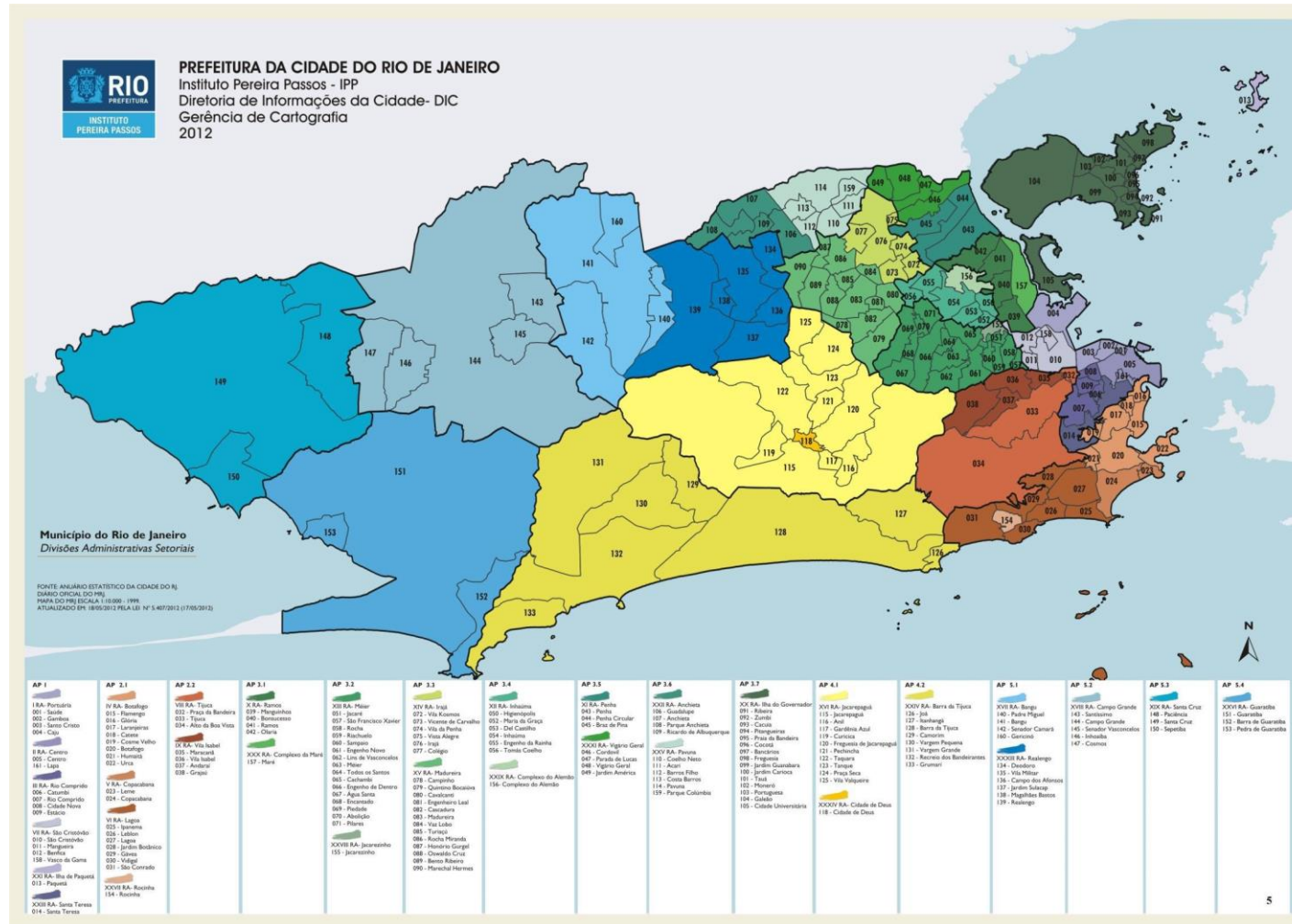
CAP	Número da Região Administrativa	Descrição RA	Esperança de vida ao nascer (em anos)	IDH
AP 1.0	I	Portuária	69,59	0,775
AP 1.0	II	Centro	76,12	0,894
AP 1.0	III	Rio Comprido	71,36	0,836
AP 1.0	VII	São Cristóvão	71,39	0,814
AP 1.0	XXI	Ilha de Paquetá	74,06	0,822
AP 1.0	XXXIII	Santa Teresa	74,06	0,868
AP 2.1	IV	Botafogo	76,52	0,947
AP 2.1	V	Copacabana	77,76	0,956
AP 2.1	VI	Lagoa	76,83	0,951
AP 2.1	XXVII	Rocinha	67,91	0,735
AP 2.2	VIII	Tijuca	74,73	0,923
AP 2.2	IX	Vila Isabel	75,19	0,916
AP 3.1	X	Ramos	71,68	0,828
AP 3.1	XI	Penha	69,74	0,805
AP 3.1	XX	Ilha do Governador	72,66	0,862
AP 3.1	XXIX	Complexo do Alemão	64,38	0,709
AP 3.1	XXX	Maré	66,03	0,719
AP 3.1	XXXI	Vigário Geral	66,66	0,763
AP 3.2	XII	Inhaúma	71,82	0,833
AP 3.2	XIII	Méier	71,58	0,865
AP 3.2	XXVIII	Jacarezinho	66,30	0,731
AP 3.3	XIV	Irajá	73,93	0,851
AP 3.3	XV	Madureira	72,59	0,834
AP 3.3	XXII	Anchieta	70,23	0,805
AP 3.3	XXV	Pavuna	67,41	0,767
AP 4.0	XVI	Jacarepaguá	71,78	0,844
AP 4.0	XXIV	Barra da Tijuca	72,69	0,918
AP 4.0	XXXIV	Cidade de Deus	67,35	0,754
AP 5.1	XVII	Bangu	69,81	0,792
AP 5.1	XXXIII	Realengo	70,39	0,813
AP 5.2	XVIII	Campo Grande	68,71	0,792
AP 5.2	XXVI	Guaratiba	67,12	0,746
AP 5.3	XIX	Santa Cruz	65,99	0,747

Fonte: RIO DE JANEIRO, 2019a; 2019b.

O mapa abaixo elaborado pelo Instituto Pereira Passos (RIO DE JANEIRO, 2012) traz as dimensões de cada RA e, seus respectivos, bairros. Cabe o adendo de que o mapa

tem uma distribuição de AP maior do que seu número real, pois retrata as divisões administrativas setoriais, não restringindo a especificidade da área da saúde.

Figura 1 - Mapa das Regiões Administrativas do município do Rio de Janeiro



Fonte: RIO DE JANEIRO, 2012.

No município do Rio de Janeiro, historicamente a rede de atenção à saúde era reconhecida por seu modelo organizativo hospitalocêntrico, enquanto os poucos serviços da APS voltavam-se para ações específicas, como vacinação, e focalizadas em programas de alguns agravos, como tuberculose, e em grupos prioritários, como gestantes.

Em 2005, a cidade tinha 67 hospitais públicos em seu território (BRASIL, 2020), contabilizando os pertencentes à esfera administrativa federal, estadual e municipal. A rede de Atenção às Urgências e Emergências do Rio de Janeiro era tão significativa que seu número de leitos por mil habitantes ultrapassava o quantitativo alcançado nacionalmente em 2010, segundo Harzheim (2013).

Enquanto o Brasil registrava no ano de 2007 o acompanhamento estimado de aproximadamente 78 milhões de pessoas pelas eSF, o município do Rio de Janeiro, contava no mesmo ano com 132 equipes e atingia apenas 7,4%⁵ de sua população.

A gestão do prefeito Cesar Maia nos anos de 2001 a 2008 elevou a importância da Atenção Básica dentro da estrutura organizacional da prefeitura, dobrando a cobertura de Atenção Básica ao atingir 14% e aumentando o número de serviços. Em 2000, haviam 18 Centros Municipais de Saúde e 30 Postos de Saúde (RIO DE JANEIRO, 2020). No final de sua gestão, já eram 88 unidades de saúde da Atenção Básica registradas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) (BRASIL, 2020).

As nomenclaturas das unidades de saúde são explicadas pelas entrevistadas Azaleia e Lavanda. Nos Postos de Saúde estava localizado o PACS e nos Centros Municipais de Saúde (CMS) funcionavam as especialidades, inclusive o serviço de epidemiologia, com maior aporte de profissionais. Houve a priorização de alocação de especialidades, exceto pediatria, ginecologia e clínica geral, nas Policlínicas e, em 2016, já não existiam mais Postos de Saúde na estrutura da SMS. Os CMS e as CF inauguradas após 2009, passam a ser classificadas como unidades de saúde tipo A, B e C. A de tipo A é a unidade de saúde cujo território é totalmente coberto por eSF, em geral, chamadas de CF; a de tipo B é a unidade de saúde que apresentam eSF cobrindo parte do território e outras equipes e/ou profissionais para a área remanescente; e a de tipo C é a unidade de saúde que não apresentava nenhuma eSF cobrindo seu território.

⁵ Utilizado o seguinte método de cálculo: (Número de equipes de Saúde da Família x 3450) / População Estimada. Número de equipes de Saúde da Família igual à 132, considerando as equipes com vacância de profissionais a mais de sessenta dias. Fonte: SCNES (BRASIL, 2020). População estimada igual à 6.136.652. Fonte: e-Gestor AB (BRASIL, 2019b).

Na época, Margarida trabalhava na assistência à saúde na Atenção Básica do município e explicita os tipos de vínculos empregatícios, juntamente com a transição entre as gestões:

Na minha época, o município trabalhava com as Organizações Não Governamentais (ONG). Você ainda não tinha essa expansão da Saúde da Família em 2008. Com a entrada do governo do Eduardo Paes, você teve um grupo de implantação das equipes. Tem a entrada da OSS. (...) No Rio de Janeiro houve primeiro a implantação dos PACS com as ONG.

A reforma da APS no município do Rio de Janeiro, após 2009, alterou significativamente o acesso aos serviços e a centralidade no itinerário dos usuários na rede de atenção à saúde.

O governo eleito na figura de Eduardo Costa Paes estabeleceu no PPA do quadriênio 2010/2013 a meta de ampliação da cobertura de Atenção Básica para 55% até 2013 (RIO DE JANEIRO, 2009). E, após sua reeleição, o PPA 2014/2017 visou alcançar 70%, uma estimativa de 4 milhões de cariocas sob cuidado das eSF (RIO DE JANEIRO, 2013).

Em 2013, a SMS/RJ tinha aproximadamente 800 eSF distribuídas em 194 unidades de saúde, 68 Clínicas da Família, 123 Centros Municipais de Saúde e 03 Centros Saúde Escola (BRASIL, 2020). Ao finalizar o segundo mandato, os serviços da APS contavam com 1.253 eSF, resultando numa cobertura de 68%⁶, atingido o total de 228 unidades de saúde, sendo 115 Clínicas da Família, 110 Centros Municipais de Saúde e 03 Centros Saúde Escola (BRASIL, 2020). Outras dez equipes foram criadas nos primeiros dias de 2017 e uma equipe pré-existente adequa-se ao formato de eSF no ano de 2018, totalizando 1.265 eSF (Anexo D).

2.3. A expansão da APS como saída da “mesmice” aos “trancos e barrancos”

A evolução da cobertura de Atenção Básica baseada na ESF do Rio de Janeiro reflete o movimento das grandes capitais brasileiras. Em 2008, dez capitais alcançaram mais de 50% de cobertura de seus territórios. No entanto, no mesmo ano, apenas dois municípios contavam com uma população acima de um milhão, Belo Horizonte/MG (71,63%) e Recife/PE (53,09%). A média das capitais mais populosas, entre elas São

⁶ Utilizado o seguinte método de cálculo: (Número de equipes de Saúde da Família x 3450) / População IBGE em 2010. Número de equipes de Saúde da Família igual à 1.253, considerando as equipes com vacância de profissionais a mais de sessenta dias. Fonte: SCNES (BRASIL, 2020). Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2019a), a população era igual à 6.320.446 em 2010.

Paulo/SP, Rio de Janeiro/RJ, Salvador/BA, Brasília/DF, Fortaleza/CE, Curitiba/PR, Manaus/AM, Porto Alegre/RS e Goiânia/GO, atingiu aproximadamente 23% de cobertura naquele ano (BRASIL, 2019c).

No ano de 2016, as grandes capitais com aumento expressivo de cobertura da ESF foram Rio de Janeiro/RJ, Porto Alegre/RS e Brasília/RS. Os últimos dois municípios saíram de 23% e 5,7%, respectivamente, em 2008, para 45% e 29% de cobertura (BRASIL, 2019c). Uma das hipóteses da demora ou rejeição das grandes capitais ao novo modelo da Atenção Básica deve-se à independência financeira do ente federal. O modelo de atenção da ESF teve uma forte indução financeira federal e rapidamente os municípios dependentes de tais recursos realizaram a adesão e reorganização de seus serviços. Azaleia acredita que “são poucos os municípios que conseguem através da arrecadação de impostos se manter na totalidade, porque [a maioria] depende do ente federativo maior que é o governo federal”.

Em 2008, as despesas do Rio de Janeiro tiveram o percentual de aplicação em ações e serviços públicos de saúde de aproximadamente 15%, valor mínimo definido na Emenda Constitucional nº 29/2000 (BRASIL, 2000). Desse montante, apenas 13% foram destinados à APS. Já em 2016, o percentual de aplicação era de 25% e a despesa com a APS elevou-se em dez pontos percentuais, segundo o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) (BRASIL, 2017e).

Camélia lembra da falta de recursos e investimento, e conta sobre a entrada do novo grupo, com forte influência da Medicina de Família e Comunidade, na gestão da saúde.

Eu sou muito fã desse grupo (...) por sua coragem. (...) chegou aqui e dizia que iria inaugurar uma CF por semana. Nós estávamos saindo de um momento que tínhamos que escolher na grade de exames qual seria cortado. Não tinha dinheiro e vem alguém dizendo que irá inaugurar uma CF por semana, é doido. Eu acho que ele [grupo] brigou contra uma mesmice e nos tirou desse momento estagnado.

A expansão da APS no município realizou-se com investimento na disponibilização de exames de diagnóstico, insumos e medicamentos nas unidades de saúde, mudança e ampliação de infraestrutura e na contratação de profissionais. Nos dizeres de Magnólia: “Foi um ganho que tivemos para a APS (...). A questão das unidades de saúde bem equipadas, bem informatizadas, com equipamentos de exames laboratoriais”.

As construções das CF foram baseadas em sistema modular, pré-fabricado em aço, diferenciando-se dos antigos CMS com estrutura de alvenaria. Segundo Dornellas e

Nóbrega (2018), a escolha dessa estrutura proporciona agilidade na construção e é adaptável a vários terrenos. A Empresa Municipal de Urbanização (RIO-URBE) gerenciou as obras públicas das unidades de saúde.

Tulipa relata que os primeiros projetos de expansão de equipes e serviços da APS foram descartados e a proposta de um processo gradual transformou-se abruptamente em uma ampliação no formato de “abrir as porteiras” e ir “aos trancos e barrancos”. Em suas palavras:

Na época, quando nos apresentaram ao programa, a ideia era fazer [a expansão da APS] em duas AP. (...) Assim, com o treinamento, organização, capacitação. Isso foi apresentado. Eles queriam a colaboração de todos (...) para poder trabalhar com esse bando de pessoas novas que iam chegar e tal. Foi essa a primeira proposta. Em um mês tudo mudou. Abriu a porteira. Encheu de pessoas. O espaço físico que foi apresentado era de construções mesmo, não era essa coisa de lata [pré-moldados] que tem aí. Estava tudo meio que projetado arquitetonicamente e tal. Em um mês mudou tudo. Virou essas construções de latão que vemos o que está acontecendo. (...) Cada um usou um tipo de prontuário eletrônico. E aí pronto. Foi isso que aconteceu. Aos trancos e barrancos, a expansão se deu dessa forma.

A alteração do projeto de construção por um sistema modular é criticada veementemente pela entrevistada. As repercussões atuais desse formato nas unidades de saúde, como vazamentos e dificuldades de manutenção, são pontuadas também por outras gestoras.

A proposta de “colaboração de todos”, dita aos gestores estatutários, realmente ocorreu. Em suas falas, as entrevistadas relatam o quanto o trabalho, as demandas aumentaram nesse período. Elas retratam momentos de ajuda na organização e até de limpeza das CF a serem inauguradas. No entanto, o processo regulatório da prestação de serviços, uma vez que a expansão baseou-se em Contratos de Gestão com as OSS, não contou com a “colaboração de todos” de forma unânime. Esta questão é levantada por Orquídea quando diz sobre sua falta de domínio da ferramenta Contrato de Gestão e, que “(...) O servidor ficou alheio dessa história. (...) se tivéssemos comprometido os profissionais estatutários, que na realidade tinham a memória da Secretaria Municipal de Saúde”, o pensamento e o acompanhamento dos serviços e das equipes poderiam ser diferentes.

À época, a prefeitura alegou que seu gasto com pessoal ultrapassaria os 60% determinado pela Lei de Responsabilidade Fiscal, tendo optado por isso pela contratação dos profissionais de saúde via das OSS. No entanto, Oliveira (2015) revela que o gasto da saúde com pessoal esteve em 23% no ano de 2013. A escassez de concursos públicos, apontado por Tulipa, e o direcionamento deles para área hospitalar, conforme informa

Dália, inviabilizam que toda a rede fosse alavancada apenas ou prioritariamente com o vínculo de trabalho com a administração direta.

A terceirização da APS do Rio de Janeiro é reflexo da implementação da política de Atenção Básica no Brasil. O modelo da ESF acabou por gerar uma “(...) multiplicidade de remunerações, vínculos e formas de contratação” (SEIDL et al., 2014, p.96). Além disso, medidas de flexibilização gerencial que resultaram em privatização e terceirização dos serviços de saúde vêm sendo amparados no que se denomina de “nova gestão pública”, inspirada no setor privado no contexto do neoliberalismo.

A discrepância de salários, associada às diferenças de vínculos entre estatutários, marcaram o processo de transformação da APS. Oliveira (2015), relata que os valores salariais quando comparados à remuneração dos médicos contratados via concurso público conforme RJU, eram quase dez vezes superiores daqueles contratados através de OSS.

Segundo Violeta, o abismo entre os salários dos trabalhadores culmina na justificativa de redução de carga horária e a ausência de seu controle por ponto eletrônico. “(...) ter um vínculo onde ganha menos [resulta em] exigir que trabalhe menos, ter uma produtividade menor e ser menos cobrado. Será menos cobrado também pelo ponto (...)”. Flor de Lótus complementa dizendo que a diminuição da carga horária não torna a diferença salarial justa. Os estatutários médicos cumpriam 24 horas e os celetistas 40 horas, mas o salário não refletia tal proporcionalidade. Finaliza “Eles (celetistas) ganhavam muito mais. (...) Eu não acho que eles têm que ganhar menos, não. Eu acho que os outros que tem que ganhar mais”.

Margarida atuava em um CMS quando a grande expansão foi iniciada. Recebeu o convite ofertado aos estatutários para trabalhar nas recém-criadas eSF de sua própria unidade. À época, o profissional estatutário que escolhesse se vincular às equipes, atuando de acordo com o modelo de atenção, aumentaria sua carga horária e ganharia uma gratificação. Se para determinadas categorias profissionais o convite representava uma melhora financeira e talvez um desafio na carreira por representar a mudança de um processo de trabalho, para a categoria de medicina a desvantagem permaneceria a mesma. Bromélia diz que havia uma discussão entre servidores médicos lotados nas CF para requerer “uma equiparação salarial através do aumento da gratificação”. A demanda foi barrada por questões burocráticas e, depois, perdeu parte dos elementos argumentativos quando os profissionais foram deslocados de unidades de saúde.

A entrada dos terceirizados e quarteirizados nas unidades de saúde da APS, isto é, o primeiro são profissionais de saúde contratados pelas OSS e o segundo trabalhadores da limpeza e segurança recrutados por empresas ligadas à OSS, foi envolvida por conflitos, preconceitos e disputas.

Flor de Lótus diz que o discurso da forma de contratação era que não podia haver “discriminação do servidor com as pessoas que estavam chegando contratadas, mas o inverso aconteceu”. Numericamente, os servidores estatutários passaram a ser minoria na APS, especificamente na assistência à saúde. Ao mesmo tempo, os discursos sobre possíveis discriminações apontaram que existiam estatutários que não trabalhavam, como se o vínculo empregatício definisse o compromisso dos profissionais com seu trabalho e com a própria política pública. Flor de Lótus conclui “Tem bons funcionários, tanto no público quanto no privado. Tem bom funcionário tanto em um quanto no outro”.

Dama-da-noite era diretora de um CMS com equipes formadas por estatutários e celetistas das OSS. Ela teve dificuldades para lidar com a direção da unidade, pois existia uma cisão entre os profissionais baseado nos seus vínculos de trabalho, encontrando-se, inclusive, separados nas equipes. Sua estratégia foi mesclar as equipes e afirmar que todos prestavam serviço à prefeitura, independente da forma de contratação. “Eu sempre fazia questão de colocar estatutário junto com o contratado via OSS para ver que estava todo mundo junto”. Quando questionada sobre os pilares do conflito entre os trabalhadores, ela diz:

“(...) o contratado da OSS achava que o estatutário era privilegiado, porque o seu pagamento não atrasava e não tinha aquelas implicações. O estatutário achava que o contratado da OSS ganhava mais e que tudo era parte de indicador. (...) Foi super difícil. No início, eu tive que dar advertência aos profissionais, porque faltavam com respeito um com o outro.

Ela reafirma a questão levantada pelas outras entrevistadas sobre os salários e acrescenta a particularidade dos indicadores, um apontamento direcionado para a nova gestão pública e a quantificação do trabalho. Magnólia tem uma experiência parecida e também fala do preconceito entre os profissionais.

Além da dissimetria dos salários e do fato de que alguns profissionais trabalhariam mais do que outros, Hortênsia comenta do preconceito dos servidores para com os trabalhadores que atuavam nas eSF. Ao ocupar o lugar de chefia, lutou para convencer os profissionais a respeito do modelo de atenção e da mudança do processo de trabalho. Ela escutava dos estatutários: “Não adianta. Na nossa unidade de saúde não vai ter [Estratégia] Saúde da Família. Nós não vamos aceitar. Não vamos tirar os funcionários públicos daqui”. Essa fala não é por acaso. Na verdade, a entrevistada alude a um

movimento que impulsionou o deslocamento dos profissionais de saúde estatutários entre as unidades de saúde tipo A para a tipo B ou da assistência para a gestão.

Bromélia atuava na assistência à saúde quando foi instaurada a regra de que “(...) o servidor não podia estar junto com uma pessoa do vínculo contratado pela OSS” nas recém-inauguradas CF. Ela estava em uma CF e teve que optar por transferir-se para um CMS ou para área da gestão em saúde. A ideia era que as unidades de saúde tipo A, com cobertura total de eSF, fossem compostas apenas por trabalhadores contratados e que as do tipo B, com cobertura parcial de eSF, tivessem estatutários responsáveis pelo território descoberto e contratados vinculados às equipes com área adscrita. Segundo ela, o processo de “escolha” não foi voluntário e sim uma ordem. Além disso, em alguns casos representou uma expulsão sem recolocação “Teve colega que não conseguiu, porque não tinha mais vaga no CMS para ele trabalhar como médico atuando na ESF”. Ao optar pela gestão, essa entrevistada teve como uma de suas primeiras atividades a incumbência de comunicar aos seus colegas estatutários a necessidade de saírem das CF.

Era horrível. Nós íamos em pares e ninguém queria sair, quase. Era como se eu estivesse mandando eles saírem. (...) Falei: “Pessoal, acabaram de fazer isso comigo também. Vamos tentar achar alguma coisa que você queira fazer e tal”. As pessoas choravam (...), principalmente, médicos e enfermeiros. (...) Nós voltávamos para casa tudo doido, porque estávamos fazendo com os colegas o que tinham feito conosco. (...) Isso me lembra uma angústia muito grande.

Os estatutários não poderiam ficar na assistência à saúde e nem na direção como diretores ou gerentes das CF. Hortênsia conta que foi a única diretora em CF no Rio de Janeiro e, à época, a SMS/RJ teve que fazer algumas modificações nas normativas, porque tal situação não era permitida.

Isso evidenciou dualidades em disputa, ou seja, estatutários versus contratados; ESF versus o modelo de atenção anterior; CF versus CMS; tipo A versus tipo B; diretor versus gerente, generalista versus especialista, entre outras que se expressaram nas relações de trabalho, na infraestrutura e foram projetadas midiaticamente.

Flor de Lótus aprofunda a discussão de desvalorização e comparações do trabalho dos profissionais e dos espaços físicos das unidades de saúde que lhe provocaram grande desconforto e sensação de injustiça. Incomoda-se em especial com os retratos que a mídia apresentou desses conflitos em referência aos CMS e às CF.

Eu achei o projeto excelente, mas o que mais mexeu comigo foi a forma como aconteceu. Na época, [houve] a desvalorização [dos servidores], pelo menos aos meus olhos, por mais que o discurso fosse diferente. O que eu via eram os servidores muito insatisfeitos na ponta⁷. (...) Ver a mídia comparar as unidades de saúde me incomodava bastante. Ver as novas unidades todas bonitinhas e

⁷ Trabalho no âmbito assistencial nas unidades de saúde

[as outras eram] mostradas como sucateadas, [porque] não tinham recurso. Não tinha como comparar. Para mim era bem injusta essa comparação. Mostrava um CMS sucateado e uma CF nova com todo o investimento. Se tivesse o investimento que teve naquela unidade de saúde, a outra também funcionaria.

Ao mesmo tempo em que se verificaram vivências voltadas para conciliação, convencimento e quebra das dualidades, como trazidas por Hortênsia, Dama-da-noite, Margarida e Magnólia, há outras compreensões que explicitam relações de conflito. A narrativa de Bromélia evidencia uma radicalidade na decisão de separação dos trabalhadores com consequente geração de sofrimento. Já Violeta acredita que as unidades de saúde deveriam ter a distinção “Unidade A deveria ser só A. Unidade B só B. Não dá para ficar uma miscelânea de vínculos dentro de uma mesma unidade. (...) Isso não é saudável para o profissional”. Idealmente, sua proposta seria que existisse apenas um vínculo empregatício em todas as unidades de saúde que não fosse necessariamente regulado pelo RJU.

O paradigma do modelo assistencial é também colocado em cheque, junto pelas disputas entre os trabalhadores sobre as formas de contratação e infraestruturas. Inevitavelmente, houve o aumento do acesso aos serviços através da inauguração de mais de cem CF. Por exemplo, as práticas de visitas e vacinação domiciliares eram realizadas, mas sua importância e a percepção da cultura institucional eram heterogêneas entre os profissionais.

Brigas e discussão entre servidores estatutários e não estatutário nos CMS tipo B. Foi aquela época de publicização da carteira de serviços. Briga para implantar sala de vacinação abrindo todo dia nas unidades [de saúde]. Briga para implantar nas unidades tipo B. Aquela época, era a época B versus A aqui na minha cabeça. Por exemplo, o diretor da unidade queria deixar aberta a sala de curativo duas vezes na semana, três vezes na semana. Essa época, foi meio de organizar e padronizar as ações e os serviços de saúde dentro das unidades (Bromélia).

Hortênsia conta suas experiências como profissional de saúde na assistência à saúde antes da alta repentina de equipes e serviços da APS. Fala também de sua participação na mudança de um Posto de Saúde para um CMS devido a criação das eSF. De forma detalhada, narra que se sentia incomodada ao fazer relatórios sobre o abandono de vacina em crianças sem que houvesse alguma repercussão ou ação para resolução do problema. Após convencimento de sua chefia, mobilizou os ACS da unidade de saúde para realização de busca ativa das crianças e vacinação em domicílio. “Naquela época, não tinha essa rotina de ir à residência fazer” e nem era reconhecido como parte do trabalho de determinadas categorias profissionais. Completa com os resultados de sua atitude: “Os agentes de saúde adoraram, só que meus colegas, funcionários públicos, me

odiaram. Tive muitos problemas por causa disso, no início”. Sobre experiência como gestora de unidade de saúde, ela diz:

Eu acho que eram 30% de cooperativados e 70% de funcionários públicos. Não foi fácil mudar o paradigma. (...) “Por que fazer trabalho extramuros?” Tinha essas coisas dos por quês. Você não pode chegar metendo o pé na porta. É um trabalho de formiguinha, de muitos anos, para você fazer entender a importância e o porquê que nós estávamos ali. (...) Tive que trazer pessoas de fora para mostrar o trabalho.

A unidade de saúde citada chegou a ser ameaçada de demolição, mas o empenho da gestora em reverter tal decisão e demonstrar que era possível iniciar um trabalho diferenciado no local, gerou resultados e até uma reforma do espaço físico.

A abertura do acesso de forma territorializada mobilizou a reorganização de toda a rede de atenção à saúde: enfim a APS começava a ser a porta de entrada prioritária ao cuidado em saúde. Rosa coloca que a policlínica na qual trabalhava, acreditava-se que se tratava de uma unidade autossuficiente, criando um muro protetor ao redor do território do qual supostamente se “dava conta”. Contudo, as equipes e serviços da APS desconstruíram essa visão. Práticas relativas as filas de usuários que chegavam a partir das quatro da manhã na policlínica para tentar atendimento, como a distribuição de senhas, foi aos poucos derrubada por conta das novas unidades de saúde e seu formato diferenciado de funcionamento. Além disso, Lavanda salienta que a “peregrinação [do usuário] de hospital em hospital” para conseguir o encaminhamento em consultas especializadas, termina com a coordenação do cuidado sob responsabilidade da APS, uma verdadeira “revolução”, segundo ela.

Ofertado o mais próximo possível das residências, o atendimento também é repensando quanto ao paradigma baseado em programas de saúde e agravos, marcado por um perfil profissional de especialidade, reforçando as linhas de cuidado e o cuidado integral ao usuário. Com a mudança de paradigma, as equipes são conduzidas para realizar atendimentos programados e espontâneos, sem marcação; desmontar agendas baseadas em sexo ou agravos; articular e compartilhar os atendimentos com profissionais de outras categorias, dimensão multiprofissional; e produzir um cuidado usuário-centrado, diferenciando-se do binômio queixa e conduta, considerando estratégias de prevenção, cura, promoção e reabilitação.

O debate entre as dualidades e o rompimento de paradigmas assistenciais mobilizou e reorganizou a assistência à saúde, assim como a gestão local e central.

Por um lado, a proposta dos atendimentos desvinculados dos programas e da visão generalista de que era possível atender grande parte dos problemas de saúde na APS, foi

recebida com entusiasmo. Por outro lado, também houve resistências. Camélia, por exemplo, critica o reducionismo do cuidado em saúde antes do modelo de atenção da ESF e acredita que “tudo” pertence ao escopo da APS:

Era muito frustrante aquela coisa do programa, porque nós vivíamos uma coisa da fichinha de papel de cada paciente, tentando dar conta de arquivos. As conversas com os médicos clínicos das unidades de saúde eram muito difíceis. Ninguém queria fazer insulina, “porque não é o meu papel” e manda para o especialista.

Ela sabe que a lógica dos programas era forte nos servidores da assistência à saúde, tanto quanto naqueles que atuavam na gestão. Por exemplo, no começo da década de 1990, Lavanda implantou os programas de hipertensão, diabetes, planejamento familiar na unidade de saúde em que atuava. Até hoje, Orquídea tem orgulho ao dizer que é “garota de programa” ao fazer parte desta história.

Diferente da assistência à saúde, a gestão continuou com um número, majoritário de estatutários, seja na gestão local como no nível central. Este fato não significa que os deslocamentos de trabalhadores e os ressentimentos quanto à questão salarial também não estiveram presentes. Entretanto, a questão central tornou-se o processo de trabalho trazido pela ESF. Neste sentido, Camélia traz o relato salientando os atributos da APS e a transposição de uma experiência individual para todo o município.

Eu já tinha essa vivência. Não tinha operacionalizado. Era o meu dia a dia na assistência à saúde. Tanto que, muitas vezes, nós tínhamos esse papel de ajudar as pessoas a tentarem visualizar a APS dessa forma. Já era a vivência que eu tinha da universidade e dessa experiência no atendimento no hospital. Sempre foi longitudinal, integral. Não era uma coisa nova para mim. Não sabia como botar na prática para rodar, mas já vivenciava no individual.

Bromélia e Camélia falam que os estatutários da gestão local e central desconheciam o que era Saúde da Família e sua implicação no cuidado à saúde. Nesse contexto, os trabalhadores foram convidados a adequarem seu trabalho à nova lógica, ao mesmo tempo em que ocorreu a desvalorização das atividades anteriormente exercidas. Em alguns casos, esses gestores foram apartados dos setores à frente da implantação da ESF, configurando um processo muito semelhante ao que ocorreu com os profissionais da assistência à saúde estatutários.

Bromélia explica que havia resistência para entender esse novo formato de atenção à saúde. Ela conta que em uma determinada ocasião, a titular da CAP de uma AP orientou que os trabalhadores da gestão deveriam circular e executar atividades diferentes daquelas a que estavam familiarizados dentro da CAP. “Por exemplo, eu estava na [setor responsável] transmissíveis e daqui a pouco eu ia fazer saúde da mulher”. A proposta

causou mal-estar a ponto de trabalhadores irem embora. Tiveram estatutários que pediram exoneração e a nomeação em outro setor.

Eu acho que era uma proposta para que as pessoas saíssem um pouco da zona de conforto. Eu acho. Na época, ela inclusive chegou a dizer: “Eu acho que é interessante que vocês aprendam, dominem os conteúdos e [saibam] como é a gestão dentro da CAP”. (...) As pessoas também têm que entender. Elas entendiam errado, como se você fosse transformar e saber tudo de saúde bucal de um dia para o outro. Não era. Era para participar junto com o colega e ir absorvendo aquele conhecimento. Acho que isso foi muito rico. (...) Por exemplo, às vezes nós tentávamos envolvê-los no introdutório para que eles pudessem chegar junto e tinha algumas pessoas, especificamente, que eram muito resistentes e não queriam dispor de um tempo. Alguns tinham, por exemplo, carga horária de 20 horas e era pouco: “Ah, não tenho tempo. Essa hora eu tenho que estar dentro da unidade. Eu tenho que estar vendo a planilha”. Alguns não tinham muito interesse.

Questionada sobre o motivo da resistência dos trabalhadores da gestão, ela diz que “Eu acho que nós temos medo do novo. (...) Eu acho que era uma oportunidade que muitas pessoas nem queriam. (...) Teve algumas que continuaram ali no seu quadrado”.

A valorização do conhecimento generalista e a restrição de atuação das especialidades na APS atingiu também o nível central. Uma das entrevistadas diz que sua equipe na gestão recebia falas muito duras e sua função como chefia era para que as pessoas entendessem o que eram os especialistas na APS. Exemplifica dizendo que não era mais ver apenas a tuberculose, mas também hepatite, tuberculose, HIV. Isso porque o usuário, a família, a comunidade poderiam ter todos os agravos, sendo necessária uma avaliação integral.

Orquídea aborda a diferença entre a ponta e a gestão na mudança do processo de trabalho e como essa diferença repercute no trabalho da gestão. “O [profissional] que está na assistência [à saúde] não tem jeito, ele está no jogo, não tem jeito. Agora, quem está na gestão tem que saber olhar isso. Eu acho que você cobra menos do outro [quando tem esse olhar]. Cada um cobra seu pedaço como se fosse o mais importante”. A crítica vai ao encontro de trabalhadores da gestão focados em agravos que demandavam dos profissionais de saúde da ponta⁸ respostas e alcance de indicadores específicos, desconsiderando a complexidade dos casos dos usuários.

No nível central, outra entrevistada explica a ausência de definição de papéis e do que era esperado no processo de ampliação da rede da Coordenação de Linhas de Cuidado e Programas Especiais (CLCPE), setor responsável pelos chamados programas de doenças crônicas, transmissíveis e ciclos de vida. Paralelamente, existia uma Coordenação de Saúde da Família específica para a ESF. Esta organização data de 2009.

⁸ Profissionais que trabalham no âmbito assistencial nas unidades de saúde.

Além disso, ela reforça a análise de Orquídea a respeito do pensamento restritivo do cuidado em saúde na gestão.

Fica meio que uma competição. A tuberculose tem que ter a cura. A Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) é a sífilis congênita. A criança (...). “O que é esperado da linha da criança?”. Eu acho que carece de uma discussão mais profunda de como trabalhar de forma que nenhuma Linha de Cuidado ou gerência fique competindo uma com a outra. E que em termos harmoniosos isso se reflita na Clínica, na equipe. Do que é esperado. Vamos eleger prioridades? (Tulipa).

Juntamente com as discussões do processo de trabalho na APS, os estatutários lotados na gestão viram a maioria das chefias representativas, cargos altos, serem ocupadas por “estranhos ao quadro”. Uma das entrevistadas diz que “(...) chegaram com o pé na mesa, pé na porta, socando tudo, o servidor (...)”. De qualquer maneira, os trabalhadores da gestão estatutários continuaram em maioria nos setores da gestão.

Na gestão local, Margarida fala das mudanças e setores que coordenavam a implementação da ESF e seu funcionamento. Inicialmente a formação do Grupo de Apoio Técnico (GAT) e mais tarde chamado de Núcleo da Estratégia Saúde da Família (NESF) e, por fim, a compreensão que os setores chamados de Divisões das CAP, existentes previamente à criação do GAT e NESF, deveriam ter um processo de trabalho voltado para a Saúde da Família sob o prisma das linhas de cuidado e, não haver um setor separado.

Bromélia complementa

As pessoas do núcleo de saúde da família eram (...) pessoas que trabalhavam na saúde da família. E o pessoal que ficava na Divisão [nome dado aos setores da CAP] (...), às vezes, não tinham a menor noção de como a coisa funcionava. (...) Essa era uma coisa, às vezes, de nós trocávamos muito. “Oh, saúde da família não é o dia de atendimento da mulher. A mulher entra para fazer o preventivo e, depois entra a criança para fazer puericultura”. Esse tipo de coisa assim que é da organização da gestão das agendas.

Os trabalhadores pertencentes às Divisões da CAP que desenvolviam um trabalho voltado para os programas em saúde e agravos específicos eram reconhecidos como tendo “pouca noção” do que era a Saúde da Família, segundo Bromélia. É essa percepção que explica o fato de os convites para os estatutários da assistência da saúde se transferirem para gestão ter sido seletivo, pressupondo uma certa experiência ou conhecimento a respeito da ESF. O entendimento da organização de agenda sem separação de grupos prioritários ou ações em saúde, como citado acima, era novidade para os profissionais.

Além do processo de trabalho, o ressentimento da diferença salarial também se expressava entre os trabalhadores da gestão das Divisões das CAP. A aceitação das

condições de trabalho parece ser suficiente na visão de Orquídea para que o trabalho seja continuado. Conforme suas palavras:

O servidor se ressentido muito. É muito comum na ponta você ver o servidor [dizendo]: “Eu não vou fazer não, [porque] ele ganha três vezes a mais do que eu”. Isso é muito difícil lidar. Isso dentro da Divisão [nome dado aos setores da CAP] (...) existe o tempo todo, mas espera (...). Eu não quero saber quanto ganho no contracheque. Eu sou técnica. Eu vou fazer como técnica. Sou contratada para ser técnica e aceitei isso. Mas você tem que lembrar disso a cada semana, porque as pessoas são ressentidas com isso.

Além dos conflitos nos espaços da gestão e da assistência, seja pelo vínculo empregatício ou pelo processo de trabalho, outro ator fundamental também apareceu nos discursos das entrevistadas, como oposição às mudanças trazidas com a expansão da ESF. Este ator é o próprio usuário, seja organizado em associações ou conselhos, ou mesmo no cotidiano do acesso aos serviços da APS.

Rosa e Orquídea relatam o trabalho de “formiguinha” e “sedução” junto aos usuários para que houvesse a mudança de uma cultura de cuidado em saúde, baseada em consultas especializadas. Além disso, era necessário explicar aos usuários a reorganização das unidades de saúde, redirecionando-os para uma nova referência em seus territórios. Outro comportamento dos usuários a ser alterado era forma de conseguirem acesso, como as filas que iniciavam de madrugada, algo desnecessário no novo contexto da APS.

Hortênsia aprofunda a reflexão quando narra suas tentativas de mediar brigas, lutas para aprovação do Conselho Distrital de Saúde para que ocorresse a implantação da ESF na área. Quando incumbida a dirigir uma unidade, ela relata o que escutou:

“Os funcionários públicos são muito resistentes, a associação também, a liderança do território. Você vai, em um primeiro momento, tentar mediar com os funcionários e com a liderança local. Tentar empurrar a [Estratégia] Saúde da Família. Vai ser como uma experiência para você. Você vai fazer a supervisão lá”.

Enfim, a reforma da APS no Rio de Janeiro aconteceu, seja aos “trancos e barracos”, como diz Tulipa, ou colocando o “carro na frente dos bois”, nas palavras de Orquídea. Na análise de Flor de Lótus, a adoção do modelo de gestão via OSS trouxe instabilidade para os serviços devido o tipo de vínculo dos contratados. Mesmo com todas as implicações da escolha do modelo de gestão e da forma como foi feita a reforma, as entrevistadas se mostram defensoras dela. “Ponho o bloco na rua e depois vai revendo, vai mudando”. Se pensar muito, não põe”, aponta Orquídea.

O processo de expansão finaliza em 2016, atingindo os valores de unidades, equipes e outros serviços explicitados no quadro abaixo.

Quadro 1 – Número de Unidades de Atenção Primária à Saúde, equipes e outros serviços por Área de Planejamento em 2016

AP	UAPS	eSF	Outras equipes	Outras Unidades
1.0	08 Centro Municipal de Saúde 07 Clínicas da Família 01 Centro Saúde Escola	75	02 NASF 02 equipes de consultório na rua	01 Pronto Socorro 01 Policlínica
2.1	09 Centro Municipal de Saúde 04 Clínicas da Família	64	09 NASF	-
2.2	03 Centro Municipal de Saúde 07 Clínicas da Família	44	03 NASF	01 Policlínica
3.1	17 Centro Municipal de Saúde 17 Clínicas da Família 01 Centro Saúde Escola	210*	09 NASF 01 equipes de consultório na rua	02 Policlínicas
3.2	09 Centro Municipal de Saúde 12 Clínicas da Família	113	08 NASF 01 equipes de consultório na rua	01 Policlínica
3.3	13 Centro Municipal de Saúde 16 Clínicas da Família	180	07 NASF 01 equipes de consultório na rua	-
4.0	07 Centro Municipal de Saúde 12 Clínicas da Família	127	07 NASF	01 Policlínica
5.1	11 Centro Municipal de Saúde 14 Clínicas da Família	162	12 NASF 01 equipes de consultório na rua	01 Policlínica
5.2	16 Centro Municipal de Saúde 16 Clínicas da Família	160	10 NASF	01 Policlínica
5.3	11 Centro Municipal de Saúde 13 Clínicas da Família	124	12 NASF 01 equipes de consultório na rua	01 Policlínica
Total	104 Centro Municipal de Saúde 118 Clínicas da Família 03 Centro Saúde Escola	1.264	79 NASF 07 equipes de consultório na rua	09 Policlínicas

Fonte: Elaboração própria a partir das Apresentações dos Relatórios de Gestão de 2016 (RIO DE JANEIRO, 2016a) e do SCNES na competência dezembro de 2016 (BRASIL, 2020).

Passado o processo de expansão dos serviços e equipes, há algumas avaliações, tanto dos resultados quanto das repercussões até os dias de hoje, trazidas pelas entrevistadas. Orquídea, por exemplo, questiona a melhora dos indicadores de saúde a partir da reforma da APS e diz sobre a revisão do que foi realizado.

(...) indicador vai além daquilo, vai de você olhar, voltar para a sua equipe. “O quê que baixou?”. Na realidade, às vezes, as pessoas têm uma dificuldade enorme de enxergar e, muitas vezes, não quer enxergar. Eu acho que para você crescer tem que enxergar uma vida real até o que faltou, o que deu errado. Rever, rever o tempo todo.

Flor de Lótus corrobora o questionamento:

Eu não acho que a própria ESF seja isso tudo na prática, seja exatamente o que é proposto, porque acaba virando um posto de antigamente. Tanto é que os indicadores mostram isso. Eu não tenho todos os indicadores agora de cabeça, mas eu lembro que não é tão impactante. Por exemplo, teria que ter todas as crianças vacinadas. Para que campanha? Todas as crianças deveriam estar vacinadas. Precisava ter um dia D? (...) O número de amputação, por exemplo, tem que estar baixíssimo, porque todos os pés estariam muito bem tratados. Eu não vejo isso em números (...). Eu acho que é porque a ponta não faz a Estratégia [ESF] como deveria ser. (...) eu acho que tem muita coisa que deveria estar acontecendo e não acontece.

De fato, publicações que tratam desse período demonstram que, em termos de indicadores, a ampliação da APS no Rio de Janeiro, cuja gestão se deu através de OSS não foi significativo, sendo esse desempenho comparado com os resultados àqueles

obtidos por meio da administração direta. Ramos e Seta (2019) analisam o período de 2009 a 2014 e concluem:

Este trabalho revelou que as duas capitais identificadas como tendo modelo de gestão por meio de OS, São Paulo e Rio de Janeiro, mediante os indicadores selecionados e no período analisado, de modo geral, não obtiveram melhor desempenho no conjunto dos indicadores perante as capitais que mantiveram a provisão e a gestão da APS por meio da Administração Direta (RAMOS; SETA, 2019, p.12).

Hortênsia também questiona os resultados e amplia a análise para o Brasil, como um todo, inclusive relacionando-a com a formação e qualificação dos profissionais.

Você não faz política pública só no Rio de Janeiro. Está no Brasil. Nesse momento, Como está o investimento? Como está o investimento em tudo? Equipamento? Profissional? Durante estes anos o que evoluiu? Da época que eu entrei até agora quase nada. Não só pensando em Rio de Janeiro, mas pensando no todo. O que evoluiu? As pessoas estão cada vez mais doentes. Os profissionais pensando naquela caixinha, só vendo o paciente como a dor na cabeça, a dor no pé. Infelizmente, naquele período não tão distante e até hoje, eu não vi muita coisa mudar. Ainda não percebi pelo Brasil essa mudança de verdade. Eu ainda não percebi.

Explicitamente, a crítica das entrevistadas não recai sobre o modelo de atenção proposto pela ESF e sim sua implementação, envolvendo em parte o modelo de gestão. Outro fator apontado foi a inovação de ferramentas do processo de trabalho, como o acesso avançado⁹ que mais prejudicou do que colaborou com a melhoria da assistência à saúde. Orquídea retrata este caso:

Uma coisa que eu acho que chegou do moderno é aquele acesso expandido [acesso avançado]. A agenda do profissional fica livre para receber a demanda. O paciente que tem que ser agendado acabou, às vezes, não tendo vaga na agenda, porque é um número [de vagas] muito pequeno. (...) virei Unidade de Pronto Atendimento (UPA) da família. Aquele paciente que eu tenho que acompanhar tem o acesso bloqueado. Eu diminuo o acesso dele. O [usuário] que grita tem acesso. (...) Eu acho que nós temos que fazer a APS com os ideais da APS, com vínculo, integralidade do cuidado, sendo coordenadora da atenção. Hoje nós estamos fazendo UPA da Família e é muito ruim. É muito ruim para os nossos residentes. É muito ruim para os profissionais que entram na ponta querendo um outro modelo, porque você fica sobrecarregado de demanda que não consegue atender a contento.

Essa mesma entrevistada avalia que os problemas transcendem o período de expansão e perduram até os dias atuais, como o cuidado em saúde territorializado e integral. Violeta sente uma banalização da questão dos territórios, principalmente nas mudanças que são realizadas arbitrariamente. Orquídea traz elementos do paradigma dos programas versus as linhas de cuidado:

⁹ “Acesso Avançado é um formato de organização de agenda em unidades de saúde na Atenção Primária à Saúde que prega a máxima ‘Faça hoje o trabalho de hoje!’” (PIRES, 2019, p.605). Em outras palavras, prioriza as demandas espontâneas, ao invés, das programadas. Segundo os autores, o modelo seria para diminuir a demanda reprimida de atendimentos, o absentéismo e aumentar o acesso.

A impressão que dá é que (...) só trocou o nome e não mudou efetivamente o perfil. Você criou uma APS forte em termos, mas ela continua com a mesma cabeça dos sistemas fragmentado. (...) Nós não temos linha de cuidado e acho que é uma grande fragilidade do sistema. Nós demos um nome que na realidade não existe. Eu não sei como fazer, mas linha de cuidado tem que ser uma coisa que soma tudo. Não é ligar para falar da pessoa que só trata da [saúde da] mulher. Tem a [pessoa] da [saúde da] mulher que só vê o pré-natal. Fica assim, esparteado.

Violeta completa com a argumentação que aciona o paradigma do familiar versus individual:

Hoje em dia, nós não vemos mais atendimentos à família. O foco no indivíduo dificulta as políticas nacionais, dificulta as políticas de Atenção Primária. Isso é uma coisa relacionada ao processo de trabalho, porque os atendimentos todos são individuais. Não existe mais o atendimento familiar.

Hortênsia novamente traz a dimensão da formação:

Apesar da ampliação, apesar do facilitador que era o financiamento, o dinheiro, você já tinha perdas, por conta do processo de trabalho. (...) Exatamente, porque aquele profissional que estava ali não estava entendendo o porquê de estar ali, qual era o papel dele na APS.

O aprofundamento das avaliações críticas citadas seria possibilitado de maneira contundente caso os serviços e equipes da APS não tivessem sofrido uma dramática transformação nos anos que seguiram após 2016. Entretanto, em termos do modelo de gestão adotado, as análises podem apontar que os acontecimentos foram encadeados, em parte pela escolha deste modelo.

2.4. “Falar em redesenho é um eufemismo”: “nós vimos o desmonte [da APS]”

A saúde pública no Rio de Janeiro sofre a partir de 2017, na gestão de Marcelo Crivella, cortes orçamentários justificados pela herança do déficit nas contas públicas e pela queda da arrecadação. Segundo reportagem da Agência Brasil (CAMPOS, 2017a), o prefeito afirmava que haviam sido contraídos empréstimos devido aos compromissos assumidos com a realização de megaeventos como Copa (2014) e Olimpíadas (2016), mencionando também o aumento da folha de pagamento da administração pública, como os fatores que contribuíram para a ampliação do déficit.

Nesse contexto, o repasse financeiro para as OSS e outros prestadores que mantinham os serviços da APS é atrasado e, posteriormente, reduzido. Os profissionais de saúde sofreram nos últimos quadrimestres entre 2017 a 2019, atrasos salariais e dos demais benefícios, levando-os a paralisações, passeatas e greves.

Em 2017, surgem indicativos que haveria o fechamento de determinadas unidades de saúde da APS. Em 2019, a prefeitura concretiza a extinção de aproximadamente 180 eSF, ainda que mantendo o número de unidades, o que resulta na redução da cobertura no

município para 55% da população estimada. Mais de dois mil agentes comunitários de saúde foram demitidos, além de profissionais de enfermagem e das demais categorias integrantes das equipes, embora a previsão no PPA do quadriênio 2018/2021 apresentasse a meta de 72% de cobertura da APS até seu último ano. Destaca-se que em 2018 o município apresentou uma redução na aplicação de recursos próprios para a saúde, indo de 25,7% para 21,1% (O'DWYER et al., 2019).

Conforme o documento da Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde (S/SUBPAV) intitulado “Reorganização dos Serviços da Atenção Primária” (RIO DE JANEIRO, 2018b), a expansão teria sido implementada desordenadamente, não havendo previsão de recursos suficientes para sua manutenção. A proposta de reorganização foi inspirada no modelo *lean* ou enxuto de organização da produção, originada no toyotista, que propõe a redução do desperdício nas organizações. O texto enfatiza que “estamos prezando pela otimização e o uso responsável do recurso público, sem prejudicar o acesso dos usuários aos serviços de saúde” (RIO DE JANEIRO, 2018b, p.31). Nele também se assume a diminuição de 1400 postos de trabalho e o risco de sobrecarga dos serviços com a redução de 184 eSF. Com a pretensão de “otimização dos recursos materiais e humanos disponíveis”, a redução é nomeada também como redesenho.

A alteração do entendimento a respeito do processo de trabalho fica evidente no documento ao contextualizar o risco de sobrecarga de trabalho. Pauta-se pela prática de determinadas categorias profissionais e ações, em geral individuais, consideradas mais essenciais nos serviços da APS do que outras.

Considerando a demanda por consultas como o elemento de maior pressão assistencial imposta à Atenção Primária em geral, sendo as demais atividades (visitas domiciliares, grupos de cuidado e educação em saúde, reuniões de equipe, atividades de educação continuada etc.) de mais simples gerenciamento quanto à agenda, tomou-se como parâmetro o número de consultas oferecidas por médico e enfermeiro da eSF como parâmetro de avaliação de produção de trabalho (RIO DE JANEIRO, 2018b, p.38).

Proposta de manejo do risco: considerando a manutenção do atendimento e prevendo a estabilidade da produção ambulatorial, as 1079 equipes remanescentes deverão produzir, mensalmente, a mesma quantidade de serviços praticada pelo total das equipes antes da desativação. Para atingir esse resultado, cada equipe deverá produzir 630 consultas mensais, sendo esse o novo padrão já contido nos novos contratos de gestão celebrados. Desse modo, considerando a procura dos usuários aos serviços estável, garante-se a assistência (RIO DE JANEIRO, 2018b, p.39).

Ressaltamos que o processo de redução das equipes envolveu uma sequência de descumprimento de direitos trabalhistas, como períodos com a ausência de pagamento

dos salários, perdurando por três anos consecutivos até culminar na demissão de muitos trabalhadores.

As entrevistadas vivenciaram cada momento da retração das equipes da APS e contam seus sentimentos, suas atuações no processo de escolha das equipes e as mudanças na organização do trabalho e na própria lógica da APS. O processo é considerado uma descontinuidade na implantação das políticas de Atenção Básica por Dália e Tulipa.

Primeiramente, Bromélia denuncia o termo redesenho. Em sua percepção, “Falar em redesenho é um eufemismo”. Ela não acreditava que a proposta seria concretizada. Dama-da-noite além de não acreditar “que aquilo não ia para a frente”, apostava na mobilização da população para impedi-la. Dália e Dama-da-noite lembram, exatamente, do momento do primeiro anúncio de redução das equipes e serviços da APS.

Acho que foi uma das fases que eu mais sofri profissionalmente. Me afetou muito emocionalmente. Se tem uma época desses anos que nós sofremos com crise institucional, política, financeira no município do Rio, o meu marco é 2018. Eu lembro até hoje do [dia] (...) 11 de agosto 2017 quando anunciaram que as equipes da CAP 4.0 iam ser destruídas. Daí para frente só piorou (Dália).

Eu lembro a tarde naquele plantão da Rede Globo daquele quadrinho com a redução das equipes. Só que aquilo ali afetou as unidades de saúde como um todo (Dama-da-noite).

Vale destacar que a crise política e financeira é reconhecida por Dália como elemento de descontinuidade das políticas públicas. Ela diz “Dependendo de como você rompe ou se o clima está muito ruim, eu acho que isso também gera descontinuidade”.

O sentimento de frustração de Camélia, a sensação de recomeço, “partindo do zero” de Magnólia, a desmotivação dos profissionais apontada por Flor de Lótus e o “momento duro” para aqueles que estavam à frente das decisões da implementação das mudanças, segundo Margarida, são alguns retratos daquela circunstância. O retrocesso foi desgastante e desestimulante, nas palavras de Lavanda: “Você vê toda desconstrução de uma coisa que levou quase duas décadas para fazer. Num estalar de dedos cai tudo por terra”.

A escolha das equipes e profissionais que seriam retirados da APS afetou as entrevistadas. Parte das gestoras participaram diretamente da escolha de quais equipes seriam extintas e quais profissionais seriam demitidos. Em outros casos, não. A decisão “(...) foi uma questão praticamente verticalizada”, diz Azaleia. Flor de Lótus fala de seu processo de trabalho ao analisar os dados das equipes para subsidiar as escolhas: “(...) sentia por dentro, porque sabia que aqueles números não eram só números”. Para Lavanda, “Você faz aquilo que está sendo imposto, porque não tem dinheiro”. Como disse Tulipa, foi “A escolha de Sofia”.

A relação entre a gestão e a assistência se fragiliza e requer cuidados, segundo as gestoras. Foi necessária muita mediação a até convencimento dos profissionais. Magnólia fala de seu papel em “(...) arrumar um meio de ficar no suporte para as unidades [de saúde]”. Segundo Tulipa,

Primeiro, começavam a atrasar os salários. Não tem como você exigir de uma pessoa que não está recebendo pelo que ela faz. Exigir alguma performance. No meu entender, nós não estamos aqui para um trabalho escravo. Se ela trabalha, tem que receber.

Dália se refere aos cuidados que foram necessários no trato com os trabalhadores.

Nós vivíamos um dia de cada vez e tendo muito cuidado para não mexer com a dignidade das pessoas. Fazer com que as pessoas continuem trabalhando, se dedicando ao trabalho, em um cenário de crise é mais difícil, porque vão ter pessoas que estão muito mal e contaminam negativamente os outros. Vão ter pessoas que estão sofrendo. São várias pessoas diferentes. (...) Você está em uma posição que qualquer atitude sua mais dura pode ser o algoz.

O planejamento do “redesenho” com seus critérios não foi suficiente para barrar a cadeia de consequências provocada pela demissão dos trabalhadores da assistência à saúde, atingindo tanto as unidades de saúde quanto a gestão. Se para alguns setores da gestão a “reorganização da APS” não teve implicações diretas, para outros a mudança foi radical. Azaleia comenta que o estresse maior pesou sobre a coordenação da CAP e as gerências das unidades de saúde. Dália traz a percepção sobre a coordenação e a realização do processo de forma coletivizada: “Nós tentamos fazer um processo em que os profissionais também participassem”.

Naquele momento, Dama-da-noite que se encontrava à frente da direção de uma unidade de saúde, fala das dificuldades, em especial com os usuários que reclamavam e desconheciam todas as mudanças:

não podíamos largar mão da parte da gestão da unidade de saúde, como os indicadores. Você tinha tudo e ainda tinha que tentar trabalhar junto ficando no acolhimento, no acesso, para poder evitar alguns ruídos. A população não entendia que de uma hora para a outra o médico da sua equipe não existia mais e que ela também já não pertencia àquela equipe, tinha trocado. Foi muito, muito complicado.

Orquídea diz que a redução das equipes “(...) chegou para a ponta de uma forma tipo punitiva (...)”. Rosa acredita que seria possível minimizar a situação se a gestão macro tivesse se aproximado das gestões locais e dos gerentes, demonstrando a disponibilidade em escutá-los. Ela comenta sobre a responsabilidade ter ficado a cargo dos gerentes das unidades de saúde.

Eu tenho a opinião que mesmo sem dinheiro [as chefias podiam] ter ido para a ponta dar as caras. “Ah, [o salário] está atrasado?”. “O ar-condicionado não está funcionando”. As pessoas querem ser escutadas. As pessoas precisam de espaço para darem voz ao que estão sentindo, seja pela falta de salário ou porque a infraestrutura não está bacana. Elas querem ser ouvidas, [mas] não

foram nem ouvidas. (...) Não era bem explicada [a situação], porque também ninguém queria explicar. Quem quer ir para a mídia e dizer que estamos diminuindo o número de eSF? Ninguém vai para a mídia falar isso. Ficava no colo do gerente falar isso e era muito desgastante, [além dele estar] com o salário atrasado e com a possibilidade de ser demitido. (...) foi muito ruim.

É reconhecido o sucateamento e a “punição” que é sentida pelos trabalhadores. Ademais, as entrevistadas também se preocupam com o atendimento e acompanhamento dos usuários: “Não ia dar para todo mundo ser atendido da mesma forma” (Flor de Lótus); “Como dar conta dessa população? Dar assistência de qualidade?” (Magnólia); “(...) o usuário que é o mais afetado. Ele precisou ser realocado” (Azaleia).

Azaleia comenta que a supressão das equipes ocasionou a extrapolação do parâmetro de cadastrados por equipe, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde para às eSF. Magnólia denuncia a existência de equipes com onze mil usuários e Dama-da-noite fala das equipes debilitadas por conta da redução de ACS. Já Hortênsia lida com a situação propondo uma forma diferente de acolhimento e gestão do tempo, principalmente aos ACS que faziam questionamentos de como dar conta de tantos usuários. Ela diz: “(...) era uma necessidade para que nós conseguíssemos passar por tudo aquilo. Sobreviver a tudo aquilo”.

Cabe lembrar que no ano de 2017 é publicada uma nova PNAB (BRASIL, 2017b) flexibilizando as regras de implantação e organização da Atenção Básica nos municípios. Entre elas, a retirada do número mínimo de ACS por eSF. Além disso, traz uma dimensão focalizada da Atenção Básica, contrariando princípios do SUS, como a universalidade (MOROSINI et al., 2018).

Rosa confidencia que a decisão de quais equipes seriam reduzidas passou pelo aval de vereadores, por isso as escolhas acabaram pautadas apenas na dimensão política e não técnica. “Aquele população perdeu mesmo (...). Quer dizer, não é nem eu ter que sentar e explicar, dar como se fosse uma satisfação (...). [A fala era] “Não, não quero nem saber. Daqui não vai tirar””.

Outras falas se reconhecem a dimensão técnica e as responsabilidades dos envolvidos diante de uma tomada de decisão tão complexa, como aponta Margarida.

Nós tivemos mudanças e eu ainda acredito piamente que só não foi pior, porque quem ficou ainda com sua experiência, com seu trabalho, com a sua responsabilidade pessoal (...). Você sabe o trabalho e que as pessoas são responsáveis, éticas. São profissionais. Não dá para dizer que foram irresponsáveis. Fizeram o que estava sendo dado naquele momento e buscando ainda brigar. Exigiu muito dessas pessoas.

Na mesma direção, Lavanda conclui: “(...) conseguimos fazer esse enxugamento da maneira menos traumática possível. Eu acho que conseguimos, mas sempre vai perder

a qualidade [da atenção à saúde]”. Por mais que houvesse uma aceitação das gestoras diante de tal crise, os questionamentos vieram e, inclusive, refutam as colocações do documento da SMS. Lavanda traz uma crítica que combate a concepção de otimização e redução de desperdício, relacionando-as aos resultados das equipes.

Você tem um território que está redondinho. Todo atendido. Todo bonitinho. “Olha, não está dando resultado. Vamos tirar. Não está dando resultado. Vamos tirar”. Não! Não está dando resultado, vamos ver o porquê. O que esse gerente ou diretor da unidade de saúde está precisando para aquilo dar o resultado esperado?

A compreensão dos resultados das equipes através de dados quantitativos, não foi pautada ao ponto de poder contornar as decisões. O olhar sobre eles dá uma perspectiva de imutabilidade e responsabilização dos profissionais. Simultaneamente, a justificativa utilizada, como a falta de recursos, sequer vislumbrou uma crítica as políticas públicas prioritárias e o direcionamento dos investimentos da prefeitura como um todo. Nesta direção, Lavanda defende a priorização da política de saúde.

Eu acho que tem coisas que não dá para você economizar. A saúde é uma delas. Você pode até tirar de outras coisas, mas não pode tirar da saúde. Não dá para tirar. Você tem que ver por que aquilo não está funcionando e melhorar. Não destruir tudo. Enxugar tudo (Lavanda).

Na gestão, o desdobramento do processo afeta, não apenas, a relação com a assistência, mas o próprio desempenho das atividades que lhe são próprias. E claro, também veio acompanhada de demissões de trabalhadores da gestão. “(...) eu já tinha uma equipe pequena e ainda perdi mais de 50% da capacidade da minha equipe” (Lavanda).

No auge das greves, os gestores do nível central e local, principalmente os formados em medicina e enfermagem, são lotados nas unidades de saúde para atendimento aos usuários, além da problemática de haver gestores que estavam muito distantes da prática clínica. Afinal, seu objeto de trabalho na gestão era outro, mas se depararam com uma realidade chocante:

O que me chocou mais foi o desmanche não só de pessoas. Nós víamos, por exemplo, o desmanche físico, estrutural da unidade. Eu fiquei muito chocada. Eu entrei em unidade para atender e dentro da unidade tinha a maca. Onde a pessoa se deitada estava com um buraco. O forro e o preenchimento, a espuma, estavam com um buraco. Enfim, era um desmanche geral (Bromélia).

Além disso, Bromélia comenta da dificuldade em realizar um trabalho, assistência à saúde, que estava distante, principalmente tratando-se do uso dos diferentes prontuários eletrônicos. “Eu não tinha a mesma agilidade mais para atender. Nossa, eu não gosto nem de lembrar, porque foi um momento bem ruim”.

Segundo Dália e Camélia, o trabalho da gestão precisou ser freado. Muitas demandas deixaram de ser solicitadas às unidades de saúde. “Não vamos pedir para

qualificar as fichas da tuberculose”. As unidades estavam nas trevas”, diz Dália. Um momento que “diminuiu a expectativa com relação ao próprio trabalho”, na fala de Bromélia. Na opinião de Camélia,

Com a redução as equipes ficaram sobrecarregadas, eu acabava ficando em um lugar de explicar para as pessoas que não adiantava cobrar [resultados do trabalho]. Os técnicos do nível central acabavam querendo que isso [os indicadores] melhorasse na paulada: “Eu quero que melhore”. “Sim, mas não adianta porque o profissional está atendendo 40 a 50 pessoas”. O número de pessoas cadastradas por equipe é, eu acho, a pior coisa para conseguir organizar o atendimento e o gerenciamento da unidade de saúde. E nós não temos governabilidade sobre isso. “Como é que eu diminuo o número de pessoas por cada equipe?”. Nós ficamos tentando justificar o que não podíamos mudar.

Segundo as entrevistadas, a gestão também retrocedeu no uso de ferramentas de monitoramento e avaliação, na formação e qualificação dos profissionais, e no formato dos treinamentos e/ou Grupos de Trabalho (GT).

todo mundo começa a diminuir o seu ritmo de trabalho. Começa a diminuir sua expectativa com relação a seu próprio trabalho. (...) Pensa bem não tem equipe, nós vamos fazer para quem? (...). Isso era uma fala dos meus gerentes também. Uma diminuição no ânimo de todo mundo e na energia (Bromélia).

Magnólia avalia que o trabalho de qualificação precisou ser recomeçado, mesmo tendo os mesmos trabalhadores e gestores. “Parece que tivemos que começar do zero (...) eles desaprenderam tudo”, o que pode estar relacionado ao clima de instabilidade nos serviços da APS. Dama-da-noite diz que após a extinção das equipes e demissões “Quem continuava, ficava com medo de ter maiores reduções [de equipes] e de sair. Com isso, nós fomos também perdendo médico. O trabalho ficou mais complicado”.

Um desmonte que foi acontecendo gradualmente e em todos os sentidos. “(...) coisas que são fundamentais para execução do trabalho no território passam a não existir mais” (Bromélia). Segundo Hortênsia, foi um período estagnado que resultou em sensação de congelamento. Rosa fala de confusão e Tulipa de muito tumulto. Além disso, Bromélia diz que a gestão ficou sem rumo, sem uma diretriz.

Dália finaliza dizendo: “Ainda vai demorar um tempinho para nos recuperarmos. Depois de um tempo, vamos olhar para isso com mais distância. Hoje ainda está difícil”. Margarida complementa: “Eu acho que ela [Estratégia Saúde da Família] existe e está estruturada. Uma coisa solidificada, mas que precisa ser revitalizada”. Hortênsia fala do aprendizado na turbulência daquele período.

Mais do que uma descontinuidade, o período de 2017 a 2019 representou uma ruptura na visão de Tulipa. “Política não tem mais. Salve-se quem puder. Vai fazendo o mínimo, arroz com feijão. Só o arroz, porque nem o feijão tem mais”.

A esperança de retornar a um período que “dava certo”, conforme Dália, e as palavras de não desistência de Lavanda, não foram suficientes para deter os desdobramentos dessa escolha pelo governo Crivella. Tulipa desabafa:

Tudo isso destruiu o pouco que nós tínhamos construído em relação as Linhas de Cuidado. (...) Isso ficou reduzido a nada. Todos os nossos indicadores caíram. Todos, inclusive, de mortalidade infantil. (...) Os abandonos de tuberculose subiram. Os casos de sífilis congênita dispararam. É isso. Nós ainda estamos vivendo a consequência das greves, da má gestão, da falta de pagamento, finalizando com a troca da Empresa Pública de Saúde do Rio de Janeiro - Rio Saúde.

Concomitantemente à redução das equipes e greves, tomou-se a decisão de substituir as OSS, contratualizadas com a SMS para gerenciar a maioria das equipes e serviços da APS. Em algumas AP, elas foram substituídas por outras OSS, mas a maioria das AP migraram para a Empresa Pública de Saúde do Rio de Janeiro - Rio Saúde.

No momento de mudança da OSS para a Empresa Pública, algumas AP ficaram sem profissionais de saúde. As gestoras dizem que muitas não se recuperaram até o início de 2021, período das entrevistas. O processo de recontração, além de desordenado, veio acompanhado de reduções salariais. As categorias mais precarizadas aceitaram o novo contrato de trabalho e continuaram realizando as mesmas atividades por uma menor remuneração. Os médicos(as), como categoria privilegiada quando comparada a maior parte dos trabalhadores da APS, evadiu-se.

A vacância, as mudanças introduzidas, a rotatividade de profissionais de saúde são assumidas como dificultadoras do gerenciamento local e da própria implementação da política pública, segunda as gestoras. A impressão que ficou para Magnólia é que “várias vezes tivemos que recomeçar”.

Para finalizar, apresentaremos as análises de Azaleia, Tulipa e Dália sobre a diferença dos modelos de gestão e o impacto da troca. A primeira se debruça sobre os ritos da burocracia estatal e se refere às amarras a que a empresa pública está submetida perante as legislações, diferente da OSS. E as pontua como dificultadoras da implementação das políticas de Atenção Básica.

[Há] duas formas de gerir: uma pela Empresa Pública de Saúde do Rio de Janeiro - Rio Saúde e uma pelas OSS. São duas [formas] e o mesmo objetivo, mas totalmente diferente. O que é permitido para a OSS [em relação a] a facilitação do que a lei não proíbe, apesar das várias resoluções, vários decretos, seja da Controladoria Geral do Município (CGM), Procuradoria Geral do Município (PGM) e a própria SMS, não é permitida para a Empresa Pública de Saúde do Rio de Janeiro - Rio Saúde pelas amarrações que a lei impõe (Azaleia).

Em outras palavras, a empresa pública faz o que a lei permite e a iniciativa privada só não faz o que a lei proíbe. Dália e Tulipa trazem os elementos de precarização

circunscritos a contratação via CLT das OSS em comparação com a Empresa Pública. Ambas entendem que os contratados das OSS estão à mercê de uma chefia que não precisa de justificativas para demiti-los, por vezes, bastando “(...) não performar bem ou ter algum conflito com alguém que tenha maior poder (...)” (Dália). Sobre a relação de trabalho com as OSS,

A relação inicial que estabelecemos no trabalho, eu vou falar primeiro do trabalhador da OSS, é muito uma relação de chefe onde as pessoas vinham me pedir o que precisava ser feito. Eu entendi que essa era a forma de trabalhar. Mas depois de um tempo você vai percebendo que existia sim, que existe uma hierarquia estabelecida e não era uma hierarquia de respeito, mas também de medo. As pessoas queriam mostrar o trabalho, porque tinham medo de perder o emprego, tinham medo de várias outras coisas (Dália).

Tulipa acrescenta que

As pessoas não podem trabalhar só por dinheiro. Elas têm que trabalhar com o compromisso com a Saúde Pública. “Ah, eu ganho R\$ 15.000,00 aqui, mas se eu der plantão na UPA vou ganhar R\$ 20.000,00. Então, vou dar plantão na UPA”. Não. Esse tipo de coisa é que acaba com a Saúde Pública do Rio de Janeiro. Infelizmente, nós vamos voltar para as OSS.

Em contraposição, os servidores, sejam estatutários ou celetistas da Empresa Pública, gozam de certa estabilidade e autonomia. Lembrando que os estatutários convocados a partir dos concursos públicos estão sob regime do RJU. Enquanto que os contratados pela Empresa Pública via processos seletivos estão sob regime da CLT, que segundo as legislações não lhes garantem estabilidade no trabalho e nem outros direitos dispostos no RJU.

No meu entender, uma empresa municipal bem estruturada dá estabilidade para o profissional. Ele é concursado. Ele só é celetista, mas tem várias “regalias”, vários direitos, que os contratados das OSS não têm (Tulipa).

O servidor tem o salário dele garantido (...) o vínculo garantido dá a ele a autonomia de conseguir se posicionar, coisa que o profissional da OSS, dependendo do profissional, eu via menos. Depois disso foi melhorando (Dália).

Dália tem uma bagagem de atuação com servidores e contratados de OSS e narra a complexidade de ambos os vínculos:

Nos dois, eu tinha que despertar a vontade de fazer a coisa acontecer, mas de uma forma muito individual. Os servidores de 30 anos que estavam na CAP, às vezes, (...) eu ouvia: “Essa pessoa não vai trabalhar”. No final das contas, ela estava lá, fazendo o trabalho, inventando um outro trabalho, mostrando, porque independente da natureza do contrato, as pessoas se sentem importantes naquela cena. “Eu faço parte disso daqui. Se eu não vier, se eu não fizer, a engrenagem deixa de funcionar”. Não é aquela engrenagem dura, mas as relações, o trabalho. (...) Existe uma disputa financeira. Você encontra disso em qualquer lugar. O profissional da OSS trabalhava menos, porque ganhava menos e porque o profissional da OSS “Tirou o meu lugar”. Nós sabemos que isso aconteceu. Nós sabemos disso. “Eu estava trabalhando e mandaram eu sair do meu trabalho. Eu vim parar na CAP”. (...) Conseguir manter um lugar com tanta heterogeneidade andando bem, funcionando, era desafiante.

Por fim, não podemos perder de vista que a redução das equipes e a alteração das OSS foi viabilizada pelo modelo de gestão adotado e os vínculos de trabalhos precários, quando comparados celetistas com estatutários. Mesmo assim, da adoção de um novo modelo baseado na empresa pública mostrou-se ainda mais desastrosa, considerando o formato de sua implantação.

2.5. Formação profissional: a dor de ser reconhecida como “hippie pode crer” ao encantamento pela Saúde da Família

Com todas as críticas, o aumento de equipes e serviços da APS é reconhecido como um “ganho”, um “projeto excelente”. E é com emoção e encantamento que Dália conta sobre sua formação como profissional ter sido proporcionada pela expansão da APS.

Eu costumo dizer que eu sou cria da reforma da APS do município, porque eu entrei na rede em 2011 quando estava nesse processo volumoso de expansão. (...) Eu trabalhava em um postinho de saúde que tinha acabado de virar unidade [de saúde] A com quatro equipes. Eu sou moldada enquanto profissional, enquanto ser humano [na reforma da APS]. (...) Aprendi com a reforma a entender a saúde da família, porque eu nem tinha formação para isso.

A reforma da APS era necessária do ponto de vista de acesso e oferta de serviços, como da melhoria da qualidade da assistência à saúde para população, segundo as entrevistadas. Para atingir seu objetivo, houve uma preocupação especial com a formação dos profissionais de saúde e um esforço para quebra de paradigmas no cuidado em saúde.

Dama-da-noite menciona que a maioria dos profissionais contratados para atuar na APS não conheciam a ESF, inclusive os ACS. É evidente a notabilidade deste último profissional. Afinal, o número de ACS tem um aumento de mais de 400% de 2007 a 2012, saindo de quase mil para quatro mil trabalhadores. Outro dado interessante, é que os ACS representam aproximadamente 50% da composição das eSF em 2016, considerando os profissionais de medicina, enfermagem, técnicos/auxiliares de enfermagem, cirurgião-dentista e técnicos/auxiliares de saúde bucal.

Você vai na história. Você vê a necessidade. Quando sai do [modelo] hospitalocêntrico, vê que isso não é resolutivo e tem um investimento [na Atenção Básica]. Você vê a importância do ACS. A história do ACS. Você vê um retorno (Margarida).

Diversas estratégias são elaboradas para que os profissionais fossem qualificados, entre elas o Introdutório, elaborado inicialmente pelas CAP e disponibilizado para os recém-contratados; formações pontuais na modalidade de educação continuada; Ciclos de Debates, temas específicos debatidos com pessoas selecionadas das unidades de saúde que funcionariam como multiplicadoras; entre outras. Em 2012, é criado o Programa de

Residência em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (PRMFC-SMS-RJ) e o Programa de Residência em Enfermagem em Saúde da Família (PRESF) em 2015.

Uma das entrevistadas chora ao contar que tinha vergonha por ter escolhido no âmbito da saúde pública, o trabalho na APS. Tratava-se de práticas e locais de trabalho menosprezados visto que tinham muita proximidade com o “atender o povo”. Neste sentido, a criação das residências do município proporcionou uma valorização da atuação na APS, antes vista com descrédito perante as demais especialidades ofertadas pela formação em serviço.

A qualificação dos profissionais da assistência à saúde é um eixo fundamental da reforma da APS e reconhecida pelas gestoras como facilitador na implementação das políticas de Atenção Básica. Camélia aponta o imprescindível investimento na formação, em especial nas residências e Tulipa e Hortênsia corroboram a essa concepção. Dama-da-noite se preocupa com a transmissão e aplicação dos protocolos via educação continuada. A qualificação foi considerada fundamental para transformação da realidade da saúde do município, segundo os diálogos com as entrevistadas, seja de forma mais direcionada como fala Violeta da necessidade de capacitação dos estatutários, seja de forma mais general.

Eu lembro que ficávamos fazendo guia-rápido e víamos aquilo produzido. As coisas que se conquistaram e que nós construímos de materiais técnicos, vídeos, melhoravam [o dia a dia] dos profissionais. Foram muito legais [essas coisas] (Camélia).

A qualificação dos profissionais da assistência é tida como subsídio de continuidade na implantação das políticas públicas, seja via educação continuada para Dama-da-noite ou via patrocínio de congressos, encontros e fóruns trazido por Tulipa. Bromélia reconhece essa importância e pontua a dificuldade acarretada pela SMS por não ter um plano de educação permanente até o momento, sendo as ações por vezes pontuais e fragmentadas.

Tulipa comenta da dificuldade em implantar uma política quando a escolha dos profissionais vem desassociada de uma formação e qualificação voltada para a APS. Ela cita o caso dos médicos, “Vou lá e boto qualquer pessoa que faça um monte de bobagem, mas tudo bem porque tem médico. Esse tipo de coisa eu acho muito ruim. Nós ainda temos que mudar”. Orquídea complementa ao falar do brilho nos olhos do profissional para atuar na APS, no sentido de gostar da área e de sua prática, diferenciando-se de outros níveis de atenção à saúde.

Outro aspecto considerado muito positivo da qualificação dos profissionais diz respeito aos seus resultados estarem expressos na melhora da qualidade da assistência à saúde para a população, salientada por Magnólia. Dama-da-noite conta sobre o incentivo a amamentação pelo Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação (IUBAAM) e do conhecimento e divisões do território, das equipes para melhor atendimento aos usuários. Dália pontua o respeito dado ao usuário quando oferecido uma sala de espera e uma orientação de que não há necessidade de chegar às cinco da manhã, pois o atendimento estará disponível em outros horários e o acesso está garantido. Nas palavras de Dama-da-noite: “Aquilo dava um gás em nós, porque víamos funcionando, crescendo e o território expandindo”. Para Camélia: “Foi muito estimulante [o período de ampliação dos serviços]. Eu acho que trabalhei muito mais motivada durante esse período que começou a crescer os [serviços da APS]”.

2.6. “Ficou mais difícil o trabalho quando se perdeu o lugar” da Superintendência da Atenção Primária: o organograma enquanto instrumento de priorização

O organograma institucional funciona como elemento organizativo, seja do órgão público como do privado. Além da organização, ele pressupõe uma hierarquização das prioridades da instituição. Muitas vezes, o setor mais próximo ao cume da estrutura organizacional tem mais recursos, financeiros e humanos, além de contar com a agilidade na tomada de decisões e suas execuções.

No Rio de Janeiro, as políticas de Atenção Básica foram implantadas e a sua representação institucional foi alterada no organograma da SMS nos últimos anos e, claramente, conquistaram destaque. O mesmo ocorreu no governo federal com a criação da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS) no Ministério da Saúde (REIS et al., 2019). A Atenção Básica transformando-se em prioridade número 1 com o Decreto nº 9.795, de 17 de maio de 2019 (BRASIL, 2019a). O feito foi reconhecido como inédito e veio acompanhado dos 25 anos da ESF, ambos em 2019 (REIS, 2019).

Segue-se Quadro 2 que apresenta as mudanças havidas na estrutura organizacional da SMS do Rio de Janeiro de 2000 a 2019, comparando os anos de 2000 com 2008 e 2009 com 2016. Para melhor visualização, também será apresentado o organograma no formato de figuras. Salienta-se que a organização dos setores é composta por unidades intermediárias, no caso as CAP, o nível central e as unidades prestadoras de serviços, ou seja, as CF e CMS. Em negrito, estão os setores diretamente relacionados com a APS.

Outro ponto de atenção ao olhar o organograma é a compreensão de que cada setor corresponde à existência de um cargo em comissão e/ou função de confiança, sendo funções gratificadas. Dessa forma, são lugares ocupados por pessoas, estatutários ou estranhos ao quadro, indicadas pelo governo municipal eleito. Nas palavras de Camélia: “Na verdade, hoje as chefias são lugares para conquista de espaços, ser interlocutor com as pessoas que estão acima [hierarquicamente]”, o que significa que são espaços políticos, espaços de poder.

Quadro 2 – Comparativo da Estrutura Organizacional da Secretaria Municipal de Saúde nos anos de 2000 e 2008

Estrutura Organizacional - Secretaria Municipal de Saúde				
2000 Decreto N° 19282 de 18/12/2000 Prefeito Luiz Paulo Conde - Partido da Frente Liberal (PFL)		2008 Decreto N° 30050 de 01/11/2008 Prefeito Cesar Maia - Partido Trabalhista Brasileiro (PTB) e Partido da Frente Liberal (PFL), renomeado como Democratas (DEM) em 2007		
Hierarquização - Nome do setor - Sigla	Composição	Hierarquização - Nome do setor - Sigla	Composição	
Nível Central da Gestão da SMS	1° Secretaria Municipal de Saúde (SMS)	1° Secretaria Municipal de Saúde (SMS)	Assessoria de Comunicação Social (S/ACS) Comitê de Gestão do Fundo Municipal de Saúde (S/COFS) Conselho Municipal de Saúde (S/COMS) Coordenação de Indicadores Gerenciais (S/CIG) Coordenadoria de Infraestrutura (S/CIN) Coordenadoria de Recursos Humanos (S/CRH) Instituto de Nutrição Annes Dias (S/IAD) Subchefia Especial de Assuntos Técnicos (S/STE) Superintendência de Saúde Coletiva (S/SSC) Superintendência de Serviços de Saúde (S/SSS) Superintendência de Controle de Zoonoses, Vigilância e Fiscalização Sanitária (S/SCZ) Subsecretaria (S/SUB)	Assessoria de Comunicação Social (S/ACS) Comitê de Gestão do Fundo Municipal de Saúde (S/COFS) Conselho Municipal de Saúde (S/COMS) Coordenação de Gestão do SUS (S/CGSUS) Secretaria Executiva do Conselho Municipal de Saúde (S/SECOMS) Subsecretaria (S/SUB) Subsecretaria de Gestão (S/SUBG) Subsecretaria de Ações e Serviços de Saúde (S/SUBASS) Superintendência de Controle de Zoonoses, Vigilância e Fiscalização Sanitária (S/SCZ)
	2° Superintendência de Serviços de Saúde (S/SSS)	Assessoria Técnica (S/SSS/ATE) Coordenação de Saúde da AP1 (S/SSS/CAP-1) Coordenação de Saúde da AP2.I (S/SSS/CAP-2.I) Coordenação de Saúde da AP2.II (S/SSS/CAP-2.II) Coordenação de Saúde da AP3.I (S/SSS/CAP-3.I) Coordenação de Saúde da AP3.II (S/SSS/CAP-3.II) Coordenação de Saúde da AP3.III (S/SSS/CAP-3.III) Coordenação de Saúde da AP4 (S/SSS/CAP-4) Coordenação de Saúde da AP5.I (S/SSS/CAP-5.I) Coordenação de Saúde da AP5.II (S/SSS/CAP-5.II) Coordenação de Saúde da AP5.III (S/SSS/CAP-5.III) Hospitais Municipais (S/SSS/H) Institutos Municipais de Assistência à Saúde (S/SSS/I)	2° Subsecretaria de Ações e Serviços de Saúde (S/SUBASS)	Coordenadoria de Saúde da AP1 (S/SUBASS/CAP-1) Coordenadoria de Saúde da AP2.1 (S/SUBASS/CAP-2.1) Coordenadoria de Saúde da AP2.2 (S/SUBASS/CAP-2.2) Coordenadoria de Saúde da AP3.1 (S/SUBASS/CAP-3.1) Coordenadoria de Saúde da AP3.2 (S/SUBASS/CAP-3.2) Coordenadoria de Saúde da AP3.3 (S/SUBASS/CAP-3.3) Coordenadoria de Saúde da AP4 (S/SUBASS/CAP-4) Coordenadoria de Saúde da AP5.1 (S/SUBASS/CAP-5.1) Coordenadoria de Saúde da AP5.2 (S/SUBASS/CAP-5.2) Coordenadoria de Saúde da AP5.3 (S/SUBASS/CAP-5.3) Hospitais Municipais e Maternidades (S/SUBASS/H) Instituto Municipal de Assistência à Saúde Juliano Moreira (S/SUBASS/IMJM) Instituto Municipal de Assistência à Saúde Nise da Silveira (S/SUBASS/IMNS) Superintendência de Atenção Básica (S/SUBASS/SAB) Superintendência de Atenção Especializada (S/SUBASS/SAE) Superintendência de Vigilância em Saúde (S/SUBASS/SVS)
	2° Superintendência de Saúde Coletiva (S/SSC)	Assessoria de Apoio Técnico, Métodos, Diagnósticos e Terapêuticas (S/SSC/ATM) Coordenação de Programas de Atendimento Específico (S/SSC/CAE) Coordenação de Programas de Atendimento Integral à Saúde (S/SSC/GPS) Coordenação de Programas de Doenças Crônicas (S/SSC/CDC) Coordenação de Programas de Doenças Transmissíveis (S/SSC/CDT) Coordenação de Programas de Epidemiologia (S/SSC/COE) Coordenação de Programas de Saúde Bucal (S/SSC/CSB) Coordenação de Saúde da Comunidade (S/SSC/CSC) Coordenação de Programas Especiais (S/SSC/CPE)	3° Superintendência de Atenção Básica (S/SUBASS/SAB)	Coordenação de Programas de Saúde Bucal (S/SUBASS/SAB/CSB) Coordenação de Programas Especiais (S/SUBASS/SAB/CPE) Coordenação de Saúde da Comunidade (S/SUBASS/SAB/CSC)
	3°	Gerência de Programas de Fisioterapia (S/SSC/CAE/GPF) Gerência de Programas de Fonoaudiologia (S/SSC/CAE/GPF)	3° Superintendência de Vigilância em Saúde (S/SUBASS/SVS)	Assessoria Técnica (S/SUBASS/SVS/ATE) Coordenação de Programas de Doenças Transmissíveis (S/SUBASS/SVS/CDT) Coordenação de Programas de Epidemiologia (S/SUBASS/SVS/COE)
		3°	Assessoria de Avaliação Programática (S/SUBASS/SAE/AVP) Assessoria de Promoção e Comunicação em Saúde (S/SUBASS/SAE/APCS)	

	Coordenação de Programas de Atendimento Específico (S/SSC/CAE)	Gerência de Programas de Saúde Mental (S/SSC/CAE/GSM) Subgerência de Programas de Atendimento Emergencial (S/SSC/CAE/GSM-1) Subgerência de Programas de Cuidados à Atenção Primária (S/SSC/CAE/GSM-2) Gerência de Programas de Terapia Ocupacional (S/SSC/CAE/GTO)	Superintendência de Atenção Especializada (S/SUBASS/SAE)	Coordenação de Programas de Atendimento Integral à Saúde (S/SUBASS/SAE/CPS) Coordenação de Programas de Doenças Crônicas (S/SUBASS/SAE/CDC) Coordenação de Programas de Reabilitação (S/SUBASS/SAE/CPR) Coordenação de Programas de Saúde Mental (S/SUBASS/SAE/CSM)
	3º Coordenação de Programas de Atendimento Integral à Saúde (S/SSC/GPS)	Gerência de Programas de Saúde do Adolescente (S/SSC/GPS/CPA) Gerência de Programas de Saúde da Criança (S/SSC/CPS/GPC) Gerência de Programas de Saúde do Idoso (S/SSC/GPS/GPI) Gerência de Programas de Saúde da Mulher (S/SSC/GPS/GPM)	4º Coordenação de Programas de Atendimento Integral à Saúde (S/SUBASS/SAE/CPS)	Gerência de Programas de Saúde do Adolescente (S/SUBASS/SAE/CPS/GPA) Gerência de Programas de Saúde da Criança (S/SUBASS/SAE/CPS/GPC) Gerência de Programas de Saúde do Idoso (S/SUBASS/SAE/CPS/GPI) Gerência de Programas de Saúde da Mulher (S/SUBASS/SAE/CPS/GPM)
Nível Local da Gestão da SMS	3º Coordenação de Saúde da Área de Planejamento (S/SSS/CAP)	Centros Municipais de Saúde (S/SSS/CAP/CMS) Centros Municipais de Reabilitação Hospitais Municipais e Maternidades (S/SSS/CAP/H) Institutos Municipais (S/SSS/CAP/I) Policlínicas (S/SSS/CAP/P) Postos de Saúde (S/SSS/CAP/PS) Postos de Assistência Médica (S/SSS/CAP/P) Setor de Enfermagem Setor de Análises Clínicas Setor de Administração Seção Médica Unidade Auxiliar de Cuidados Primários de Saúde (referente à algumas unidades) Unidades Integradas de Saúde (S/SSS/CAP/U)	3º Coordenadoria de Saúde da Área de Planejamento (S/SUBASS/CAP)	Casa de Parto (S/SUBASS/CAP/CP) Centros de Atenção Psicossocial (S/SUBASS/CAP/CAPS) Centros de Estudos (S/SUBASS/CAP/CE) Centros Municipais de Saúde (S/SUBASS/CAP/CMS) Centros Municipais de Reabilitação (S/SUBASS/CAP/CMR) Coordenação de Gestão Administrativa (S/SUBASS/CAP/CGA) Divisão de Recursos Humanos (S/SUBASS/CAP/CGA/DRH) Divisão de Informação, Controle e Avaliação (S/SUBASS/CAP/CGA/DICA) Divisão de Infraestrutura e Logística (S/SUBASS/CAP/CGA/DIL) Divisão de Ações e Programas de Saúde (S/SUBASS/CAP/DAPS) Divisão de Supervisão de Serviços de Saúde (S/SUBASS/CAP/DSS) Divisão de Vigilância em Saúde (S/SUBASS/CAP/DVS) Hospitais Municipais (S/SUBASS/CAP/H) Institutos Municipais (S/SUBASS/CAP/I) Ouvidoria Adjunta (S/SUBASS/CAP/OUV) Policlínicas (S/SUBASS/CAP/P) Postos de Saúde (S/SUBASS/CAP/PS) Unidades Integradas de Saúde (S/SUBASS/CAP/UIS)
	4º Centros Municipais de Saúde (S/SSS/CAP/CMS)	Centro de Estudos Seção de Administração Setor de Documentação Médica Serviço de Epidemiologia Serviço de Programas de Saúde Setor de Apoio, Diagnóstico e Farmácia Seção de Enfermagem Seção de Programa de Atenção Integral ao Adulto Seção de Programas de Saúde Bucal Seção de Programas de Saúde da Mulher, Criança e Adolescente	4º Centros Municipais de Saúde (S/SUBASS/CAP/CMS)	Serviço de Atenção Integral à Saúde (S/SUBASS/CAP/CMS/SAIS) Seção de Atenção à Saúde da Mulher, Criança e Adolescentes (S/SUBASS/CAP/CMS/SAIS/SAS) Seção de Atenção Integral ao Adulto (S/SUBASS/CAP/CMS/SAIS/SAIA) Seção de Enfermagem (S/SUBASS/CAP/CMS/SAIS/SE) Setor de Farmácia (S/SUBASS/CAP/CMS/SAIS-2) Seção de Gestão Administrativa (S/SUBASS/CAP/CMS/SGA) Setor de Recursos Humanos (S/SUBASS/CAP/CMS/SGA/SRH) Setor de Informação, Controle e Avaliação (S/SUBASS/CAP/CMS/SGA/SICA) Setor de Infraestrutura e Logística (S/SUBASS/CAP/CMS/SGA/SIL) Serviço de Vigilância em Saúde (S/SUBASS/CAP/CMS/SVS) Setor de Odontologia (S/SUBASS/CAP/CMS/SAIS-1)

Fonte: Elaboração Própria a partir das informações do Sistema Integrado de Codificação Institucional (SICI) (RIO DE JANEIRO, 2020).

Quadro 3 – Comparativo da Estrutura Organizacional da Secretaria Municipal de Saúde nos anos de 2009 e 2016

Estrutura Organizacional - Secretaria Municipal de Saúde			
2009 Decreto N° 30433 de 29/01/2009 Prefeito Eduardo Paes - Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB)		2016 Decreto N° 42596 de 23/11/2016 Prefeito Eduardo Paes - Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB)	
Hierarquização - Nome do setor - Sigla	Composição	Hierarquização - Nome do setor - Sigla	Composição
Nível Central da Gestão da SMS	1° Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil SMSDC	1° Secretaria Municipal de Saúde (SMS)	Assessoria de Comunicação Social (S/ACS) Comitê de Ética em Pesquisa (S/CEP) Comitê de Gestão do Fundo Municipal de Saúde (S/CGFS) Conselho Municipal de Saúde (S/COMS) Ouvidoria (S/OUV) Secretaria Executiva do Conselho Municipal de Saúde (S/SECOMS) Secretaria de Atenção Hospitalar, Urgência e Emergência (S/SUBHUE) Subsecretaria de Defesa Civil (S/SUBDEC) Subsecretaria de Gestão (S/SUBG) Subsecretaria de Vigilância, Fiscalização Sanitária e Controle de Zoonoses (S/SUBVISA) Subsecretaria Geral (S/SUBGE) Superintendência de Gestão do SUS (S/SGSUS) Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde (S/SUBPAV)
	2° Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde (S/SUBPAV)	2° Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde (S/SUBPAV)	Comitê de Gestão em Atenção Primária em Saúde (S/SUBPAV/CGAPS) Coordenadoria Geral de Atenção Primária da AP1 (S/SUBPAV/CAP-1) Coordenadoria Geral de Atenção Primária da AP2.1 (S/SUBPAV/CAP-2.1) Coordenadoria Geral de Atenção Primária da AP2.2 (S/SUBPAV/CAP-2.2) Coordenadoria Geral de Atenção Primária da AP3.1 (S/SUBPAV/CAP-3.1) Coordenadoria Geral de Atenção Primária da AP3.2 (S/SUBPAV/CAP-3.2) Coordenadoria Geral de Atenção Primária da AP3.3 (S/SUBPAV/CAP-3.3) Coordenadoria Geral de Atenção Primária da AP4 (S/SUBPAV/CAP-4) Coordenadoria Geral de Atenção Primária da AP5.1 (S/SUBPAV/CAP-5.1) Coordenadoria Geral de Atenção Primária da AP5.2 (S/SUBPAV/CAP-5.2) Coordenadoria Geral de Atenção Primária da AP5.3 (S/SUBPAV/CAP-5.3) Superintendência de Atenção Primária (S/SUBPAV/SAP) Superintendência de Integração de Áreas de Planejamento (S/SUBPAV/SIAP) Superintendência de Promoção da Saúde (S/SUBPAV/SPS) Superintendência de Vigilância em Saúde (S/SUBPAV/SVS)
	3° Superintendência de Atenção Primária (S/SUBPAV/SAP)	3° Superintendência de Atenção Primária (S/SUBPAV/SAP)	Coordenação das Linhas de Cuidado dos Ciclos de Vida (S/SUBPAV/SAP/CCV) Gerência da Área Técnica de Apoio aos Programas Estratégicos (S/SUBPAV/SAP/CCV/GAPE) Gerência da Área Técnica de Saúde da Criança e do Adolescente (S/SUBPAV/SAP/CCV/GSCA) Gerência da Área Técnica de Saúde do Homem e da Pessoa Idosa (S/SUBPAV/SAP/CCV/GSHI) Gerência da Área Técnica de Saúde da Mulher (S/SUBPAV/SAP/CCV/GSM)
	4° Coordenação de Linha de Cuidado e Programas Especiais	Coordenação de Linha de Cuidado e Programas Especiais (S/SUBPAV/SAP/CLCPE) Coordenação de Policlínicas e Núcleos de Apoio a Saúde da Família (S/SUBPAV/SAP/CPNASF) Coordenação de Saúde Bucal (S/SUBPAV/SAP/CSB) Coordenação de Saúde da Família (S/SUBPAV/SAP/CSF) Coordenação de Saúde Mental (S/SUBPAV/SAP/CSM)	Coordenação das Linhas de Cuidado das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (S/SUBPAV/SAP/CDNT) Gerência de Controle de Síndrome de Imunodeficiência Adquirida e de Doenças Sexualmente Transmissíveis (S/SUBPAV/SAP/CLCPE/GSAI) Gerência de Dermatologia Sanitária (S/SUBPAV/SAP/CLCPE/GDS)

	(S/SUBPAV/SAP/CLCPE)	<p>Gerência de Pneumologia Sanitária (S/SUBPAV/SAP/CLCPE/GPS)</p> <p>Gerência de Programas de Câncer (S/SUBPAV/SAP/CLCPE/GPC)</p> <p>Gerência de Programas de Diabetes (S/SUBPAV/SAP/CLCPE/GPD)</p> <p>Gerência de Programas de Hepatite Viral (S/SUBPAV/SAP/CLCPE/GPHV)</p> <p>Gerência de Programas de Hipertensão (S/SUBPAV/SAP/CLCPE/GPH)</p> <p>Gerência de Programas de Práticas Integrativas e Complementares (S/SUBPAV/SAP/CLCPE/GPIC)</p> <p>Gerência de Programas de Saúde do Adolescente (S/SUBPAV/SAP/CLCPE/GPA)</p> <p>Gerência de Programas de Saúde da Criança (S/SUBPAV/SAP/CLCPE/GPC)</p> <p>Gerência de Programas de Saúde do Idoso (S/SUBPAV/SAP/CLCPE/GPI)</p> <p>Gerência de Programas de Saúde da Mulher (S/SUBPAV/SAP/CLCPE/GPM)</p>		<p>Coordenação das Linhas de Cuidado das Doenças Crônicas Transmissíveis (S/SUBPAV/SAP/CDT)</p> <p>Coordenação de Policlínicas e Núcleos de Apoio a Saúde da Família (S/SUBPAV/SAP/CPNASF)</p> <p>Coordenação de Reabilitação da Pessoa com Deficiência (S/SUBPAV/SAP/CR)</p> <p>Coordenação de Saúde Bucal (S/SUBPAV/SAP/CSB)</p>
Nível Local da Gestão da SMS	3° Coordenadoria de Saúde da Área de Planejamento (S/SUBPAV/CAP)	<p>Casa de Parto (S/SUBPAV/CAP/CP)</p> <p>Centros de Atenção Psicossocial (S/SUBPAV/CAP/CAPS)</p> <p>Centros de Estudos (S/SUBPAV/CAP/CE)</p> <p>Centros Municipais de Saúde (S/SUBPAV/CAP/CMS)</p> <p>Coordenação de Gestão Administrativa (S/SUBPAV/CAP/CGA)</p> <p>Divisão de Informação, Controle e Avaliação (S/SUBPAV/CAP/CGA/DICA)</p> <p>Divisão de Infraestrutura e Logística (S/SUBPAV/CAP/CGA/DIL)</p> <p>Divisão de Recursos Humanos (S/SUBPAV/CAP/CGA/DRH)</p> <p>Divisão de Ações e Programas de Saúde (S/SUBPAV/CAP/DAPS)</p> <p>Divisão de Supervisão de Serviços de Saúde (S/SUBPAV/CAP/DSS)</p> <p>Divisão de Vigilância em Saúde (S/SUBPAV/CAP/DVS)</p> <p>Ouvidoria Adjunta (S/SUBPAV/CAP/OUV)</p> <p>Policlínicas (S/SUBPAV/CAP/P)</p> <p>Postos de Saúde (S/SUBPAV/CAP/OS)</p> <p>Unidades Integradas de Saúde (S/SUBPAV/CAP/UIS)</p>	3° Coordenadoria Geral de Atenção Primária da Área de Planejamento (S/SUBPAV/CAP)	<p>Casa de Parto (S/SUBPAV/CAP/CP)</p> <p>Centros de Atenção Psicossocial (S/SUBPAV/CAP/CAPS)</p> <p>Centros de Estudos (S/SUBPAV/CAP/CE)</p> <p>Centros Municipais de Saúde (S/SUBPAV/CAP/CMS)</p> <p>Clínicas da Família (S/SUBPAV/CAP/CF)</p> <p>Conselho Distrital de Saúde (S/SUBPAV/CAP/CDS)</p> <p>Coordenadoria de Gestão Administrativa (S/SUBPAV/CAP/CGA)</p> <p>Divisão de Informação, Controle e Avaliação (S/SUBPAV/CAP/CGA/DICA)</p> <p>Divisão de Infraestrutura e Logística (S/SUBPAV/CAP/CGA/DIL)</p> <p>Divisão de Recursos Humanos (S/SUBPAV/CAP/CGA/DRH)</p> <p>Divisão de Ações e Programas de Saúde (S/SUBPAV/CAP/DAPS)</p> <p>Divisão de Vigilância em Saúde (S/SUBPAV/CAP/DVS)</p> <p>Ouvidoria Adjunta (S/SUBPAV/CAP/OUV)</p> <p>Policlínicas (S/SUBPAV/CAP/P)</p>
	4° Centros Municipais de Saúde (S/SUBPAV/CAP/CMS)	<p>Serviço de Atenção Integral à Saúde (S/SUBPAV/CAP/CMS/SAIS)</p> <p>Seção de Atenção à Saúde da Mulher, Criança e Adolescentes (S/SUBPAV/CAP/CMS/SAIS/SAS)</p> <p>Seção de Atenção Integral ao Adulto (S/SUBPAV/CAP/CMS/SAIS/SAIA)</p> <p>Seção de Enfermagem (S/SUBPAV/CAP/CMS/SAIS/SE)</p> <p>Setor de Farmácia (S/SUBPAV/CAP/CMS/SAIS-2)</p> <p>Seção de Gestão Administrativa (S/SUBPAV/CAP/CMS/SGA)</p> <p>Setor de Informação, Controle e Avaliação (S/SUBPAV/CAP/CMS/SGA/SICA)</p> <p>Setor de Infraestrutura e Logística (S/SUBPAV/CAP/CMS/SGA/SIL)</p> <p>Setor de Recursos Humanos (S/SUBPAV/CAP/CMS/SGA/SRH)</p> <p>Serviço de Vigilância em Saúde (S/SUBPAV/CAP/CMS/SVS)</p> <p>Setor de Odontologia (S/SUBPAV/CAP/CMS/SAIS-1)</p>	4° Centros Municipais de Saúde (S/SUBPAV/CAP/CMS)	<p>Serviço de Atenção Integral à Saúde (S/SUBPAV/CAP/CMS/SAIS)</p> <p>Seção de Atenção à Saúde da Mulher, Criança e Adolescentes (S/SUBPAV/CAP/CMS/SAIS/SAS)</p> <p>Seção de Atenção Integral ao Adulto (S/SUBPAV/CAP/CMS/SAIS/SAIA)</p> <p>Seção de Enfermagem (S/SUBPAV/CAP/CMS/SAIS/SE)</p> <p>Setor de Farmácia (S/SUBPAV/CAP/CMS/SAIS-2)</p> <p>Seção de Gestão Administrativa (S/SUBPAV/CAP/CMS/SGA)</p> <p>Setor de Informação, Controle e Avaliação (S/SUBPAV/CAP/CMS/SGA/SICA)</p> <p>Setor de Infraestrutura e Logística (S/SUBPAV/CAP/CMS/SGA/SIL)</p> <p>Setor de Recursos Humanos (S/SUBPAV/CAP/CMS/SGA/SRH)</p> <p>Serviço de Vigilância em Saúde (S/SUBPAV/CAP/CMS/SVS)</p> <p>Setor de Odontologia (S/SUBPAV/CAP/CMS/SAIS-1)</p>

Fonte: Elaboração Própria a partir das informações do Sistema Integrado de Codificação Institucional (SICI) (RIO DE JANEIRO, 2020).

Figura 2 – Organograma da Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde em 2016

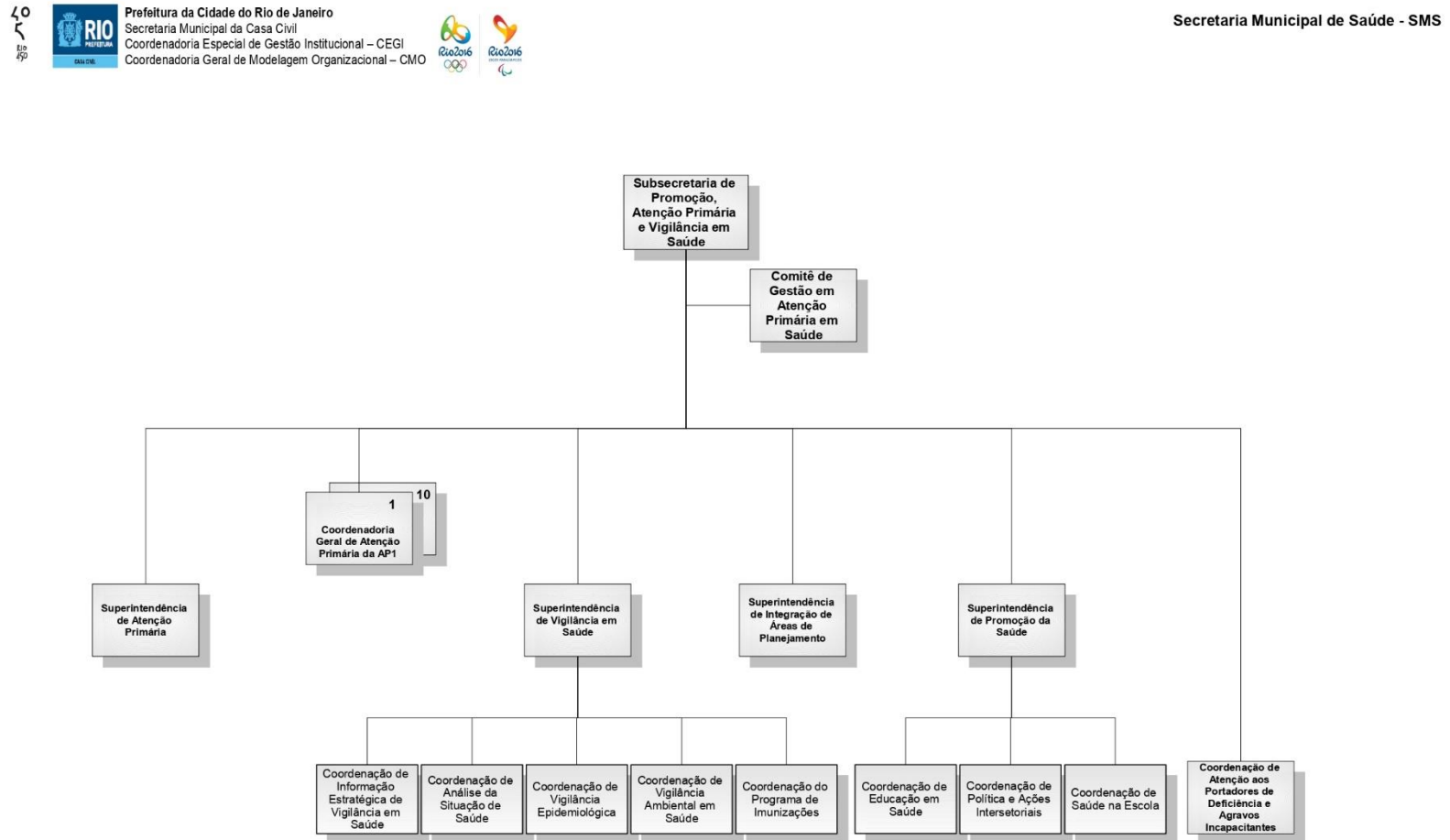
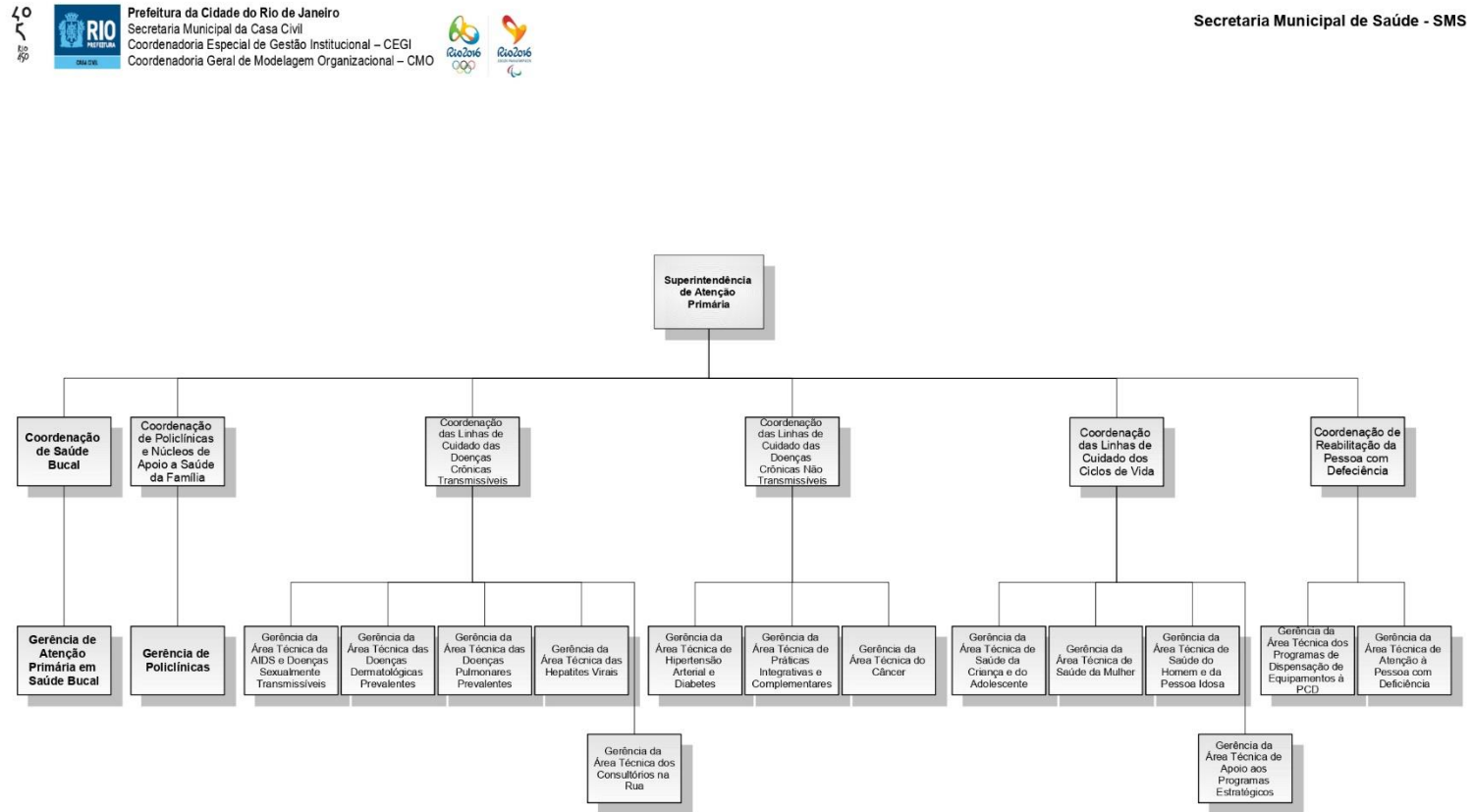


Figura 3 – Organograma da Superintendência de Atenção Primária da Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde em 2016



Quadro 4 – Estrutura Organizacional da Secretaria Municipal de Saúde em 2019

Estrutura Organizacional - Secretaria Municipal de Saúde		
2019		
Decreto N° 46784 de 07/11/2019		
Prefeito Marcelo Crivella - Partido Republicano Brasileiro (PRB), renomeado como Republicanos em 2019		
	Hierarquização - Nome do setor - Sigla	Composição
Nível Central da Gestão da SMS	1° Secretaria Municipal de Saúde (SMS)	Assessoria de Educação em Saúde (S/ASES) Assessoria Técnica da Informação (S/ATI) Comitê de Gestão do Fundo Municipal de Saúde (S/CGFS) Comitê de Ética em Pesquisa (S/CEP) Conselho Municipal de Saúde (S/COMS) Ouvidoria Central (S/OUVC) Secretaria Executiva do Conselho Municipal de Saúde (S/SECOMS) Subsecretaria de Atenção Hospitalar, Urgência e Emergência (S/SUBHUE) Subsecretaria de Gestão (S/SUBG) Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde (S/SUBPAV) Subsecretaria de Proteção e Defesa Civil (S/SUBPDEC) Subsecretaria de Regulação, Controle e Avaliação, Contratualização e Auditoria (S/SUBREG) Subsecretaria de Vigilância, Fiscalização Sanitária e Controle de Zoonoses (S/SUBVISA) Subsecretaria Geral Executiva (S/SUBGEX)
	2° Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde (S/SUBPAV)	Comitê de Gestão em Atenção Primária em Saúde (S/SUBPAV/CGAPS) Coordenação das Linhas de Cuidado dos Ciclos de Vida (S/SUBPAV/CCV) Coordenação das Linhas de Cuidado das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (S/SUBPAV/CDNT) Coordenação das Linhas de Cuidado das Doenças Crônicas Transmissíveis (S/SUBPAV/CDT) Coordenação de Policlínicas e Núcleos de Apoio a Saúde da Família (S/SUBPAV/CPNASF) Coordenação de Promoção em Saúde do Trabalhador (S/SUBPAV/CST) Coordenação de Reabilitação da Pessoa com Deficiência (S/SUBPAV/CR) Coordenadoria Geral de Atenção Primária da AP1 (S/SUBPAV/CAP-1) Coordenadoria Geral de Atenção Primária da AP2.1 (S/SUBPAV/CAP-2.1) Coordenadoria Geral de Atenção Primária da AP2.2 (S/SUBPAV/CAP-2.2) Coordenadoria Geral de Atenção Primária da AP3.1 (S/SUBPAV/CAP-3.1) Coordenadoria Geral de Atenção Primária da AP3.2 (S/SUBPAV/CAP-3.2) Coordenadoria Geral de Atenção Primária da AP3.3 (S/SUBPAV/CAP-3.3) Coordenadoria Geral de Atenção Primária da AP4 (S/SUBPAV/CAP-4) Coordenadoria Geral de Atenção Primária da AP5.1 (S/SUBPAV/CAP-5.1) Coordenadoria Geral de Atenção Primária da AP5.2 (S/SUBPAV/CAP-5.2) Coordenadoria Geral de Atenção Primária da AP5.3 (S/SUBPAV/CAP-5.3) Coordenadoria Técnica de Excelência Operacional (S/SUBPAV/CTEO) Coordenadoria Técnica de Promoção da Saúde (S/SUBPAV/CTPS) Coordenadoria Técnica de Saúde Bucal (S/SUBPAV/CTSB) Superintendência de Vigilância em Saúde (S/SUBPAV/SVS)
	3° Coordenação das Linhas de Cuidado dos Ciclos de Vida (S/SUBPAV/CCV)	Gerência da Área Técnica de Saúde da Criança e do Adolescente (S/SUBPAV/CCV/GSCA) Gerência da Área Técnica de Saúde do Homem e da Pessoa Idosa (S/SUBPAV/CCV/GSHI) Gerência da Área Técnica de Saúde da Mulher (S/SUBPAV/CCV/GSM) Gerência da Área Técnica de Apoio aos Programas Estratégicos (S/SUBPAV/CCV/GAPE)
Nível Local	3° Coordenadoria de Saúde da Área de Planejamento (S/SUBPAV/CAP)	Casa de Parto (S/SUBPAV/CAP/CP) Centros de Atenção Psicossocial (S/SUBPAV/CAP/CAPS) Centros de Estudos (S/SUBPAV/CAP/CE)

	<p>Centros Municipais de Saúde (S/SUBPAV/CAP/CMS) Clínicas da Família (S/SUBPAV/CAP/CF) Conselho Distrital de Saúde (S/SUBPAV/CAP/CDS) Coordenação de Gestão Administrativa (S/SUBPAV/CAP/CGA) Divisão de Informação, Controle e Avaliação (S/SUBPAV/CAP/CGA/DICA) Divisão de Infraestrutura e Logística (S/SUBPAV/CAP/CGA/DIL) Divisão de Recursos Humanos (S/SUBPAV/CAP/CGA/DRH) Divisão de Ações e Programas de Saúde (S/SUBPAV/CAP/DAPS) Divisão de Vigilância em Saúde (S/SUBPAV/CAP/DVS) Policlínicas (S/SUBPAV/CAP/P) Unidades Integradas de Saúde (S/SUBPAV/CAP/UIS)</p>
4º	<p>Centros Municipais de Saúde (S/SUBPAV/CAP/CMS)</p> <p>Serviço de Atenção Integral à Saúde (S/SUBPAV/CAP/CMS/SAIS) Seção de Atenção à Saúde da Mulher, Criança e Adolescentes (S/SUBPAV/CAP/CMS/SAIS/SAS) Seção de Atenção Integral ao Adulto (S/SUBPAV/CAP/CMS/SAIS/SAIA) Seção de Enfermagem (S/SUBPAV/CAP/CMS/SAIS/SE) Setor de Farmácia (S/SUBPAV/CAP/CMS/SAIS-2) Seção de Gestão Administrativa (S/SUBPAV/CAP/CMS/SGA) Setor de Informação, Controle e Avaliação (S/SUBPAV/CAP/CMS/SGA/SICA) Setor de Infraestrutura e Logística (S/SUBPAV/CAP/CMS/SGA/SIL) Setor de Recursos Humanos (S/SUBPAV/CAP/CMS/SGA/SRH) Serviço de Vigilância em Saúde (S/SUBPAV/CAP/CMS/SVS) Setor de Odontologia (S/SUBPAV/CAP/CMS/SAIS-1)</p>

Fonte: Elaboração Própria a partir das informações do Sistema Integrado de Codificação Institucional (SICI) (RIO DE JANEIRO, 2020).

Em 2000, final do governo do prefeito Luiz Paulo Conde (1997–2001), a estrutura da Atenção Básica no nível central da gestão da SMS estava organizada em duas superintendências: Serviços de Saúde (S/SSS) e Saúde Coletiva (S/SSC). Enquanto a Superintendência de Serviços de Saúde (S/SSS) era responsável pelas Coordenação de Saúde da Área de Planejamento (S/SSS/CAP), a Superintendência de Saúde Coletiva (S/SSC) concentrava as coordenações dos programas de Atenção Integral à Saúde (Saúde do Adolescente, Criança, Idoso e Mulher); Doenças Crônicas e Doenças Transmissíveis. Naquele ano, as nomenclaturas claramente voltadas à APS são a Coordenação de Saúde da Comunidade (S/SSC/CSC) e Subgerência de Programas de Cuidados à Atenção Primária (S/SSC/CAE/GSM-2).

No nível local, as Coordenações de Saúde das Áreas de Planejamento (S/SSS/CAP) administravam os serviços em saúde, seja da Atenção Básica, como os CMS e Postos de Saúde, e da Média e Alta Complexidade, como Policlínicas e Hospitais.

Rosa descreve as diferenças entre o nível intermediário e o central. O primeiro faria uma “gestão direta com o público na unidade de saúde”. Para ela, são tipos de gestão diferentes. “A finalidade até pode ser a mesma, mas o modus operandi é totalmente diferente”.

As mudanças no organograma foram também significativas ao longo do governo do prefeito Cesar Maia (2001-2008). No nível central, diminui-se o número de órgãos ligados à SMS, inclusive das duas superintendências que abarcavam as temáticas da Atenção Básica. É criada a Subsecretaria de Ações e Serviços de Saúde (S/SUBASS), muito mais robusta, sendo composta pelas Coordenadorias de Saúde das Áreas de Planejamento e três superintendências: Superintendência de Atenção Básica (S/SUBASS/SAB); Superintendência de Atenção Especializada (S/SUBASS/SAE); Superintendência de Vigilância em Saúde (S/SUBASS/SVS).

A presença da Superintendência de Atenção Básica (S/SUBASS/SAB) marca a importância dada à Atenção Básica e a força hierárquica desse setor na estrutura organizacional, visto se constituir em terceiro lugar na ordem de tomada de decisões. No entanto, a já existente Coordenação de Saúde da Comunidade (S/SUBASS/SAB/CSC) fica subordinada a SAP, distribuindo-se os programas sob sua alçada pelas outras duas superintendências. Os setores da Atenção Integral à Saúde (Saúde do Adolescente, Criança, Idoso e Mulher) e Doenças Crônicas são colocados na Superintendência de Atenção Especializada (S/SUBASS/SAE) e aquele relacionado as Doenças Transmissíveis fica na Superintendência de Vigilância em Saúde (S/SUBASS/SVS).

Camélia diz que as atividades exercidas pelas áreas técnicas, responsáveis pelos programas, eram as mesmas desempenhadas atualmente, mas com uma separação bem demarcada. “Não era com Saúde da Família. Eram aqueles 2 ou 3% [de cobertura de Atenção Básica], [um número] pequeno. Tinha um grupo daqui que ficava com isso [Atenção Básica] e a nós ficávamos mesmo com os programas de hipertensão, diabetes, tudo separadinho”.

Ao contrário do nível central, no qual a APS não cresce significativamente, apesar da fundamental criação da SAP, o nível local expande-se com uma estrutura muito além de serviços em saúde. Em 2008, a CAP apresenta uma organização de gestão solidificada com diversas repartições nomeadas de Divisões, responsáveis pela parte administrativa e financeira e pelos programas em saúde. No mesmo sentido, os CMS ganham novos setores e seções.

Vale destacar que a árvore construída no organograma define hierarquizações, inclusive de ascensões salariais para os estatutários que ocupam tais posições. Historicamente, segundo uma das entrevistas, a carreira do estatutário era uma escalada de cargos, começando na unidade de saúde, depois na gestão local das CAP e, finalizava no nível central. O nível central era visto com destaque e um lugar a ser alcançado após anos de trabalho na gestão.

No primeiro ano do mandato do prefeito Eduardo Paes (2009-2012) originam-se duas subsecretarias, uma voltada aos hospitais e maternidades e outra para os serviços da APS e média complexidade. É a primeira vez na história do município que a APS surge na composição do primeiro escalão da estrutura organizacional. Desta vez, a Superintendência de Atenção Primária (S/SUBPAV/SAP) concentra todos os programas em 04 Coordenações e mantém a Coordenação de Saúde da Família (S/SUBPAV/SAP/CSF). Destaca-se a alteração da denominação Superintendência de Atenção Básica para Superintendência de Atenção Primária, mostrando o alinhamento com o conceito utilizado internacionalmente e talvez com a própria perspectiva de uma política pública focalizada.

Outro elemento é que a Coordenação de Saúde da Comunidade (S/SUBASS/SAB/CSC) parece ter sido substituída pela Coordenação de Saúde da Família (S/SUBPAV/SAP/CSF).

Assim como no nível central, no nível local separam-se os serviços prestados no âmbito da APS daqueles de alta complexidade. Portanto, os hospitais e institutos são

retirados das CAP, permanecendo as policlínicas como representantes da atenção à saúde de média complexidade.

Em 2011, Flor de Lótus inicia sua atuação em uma das divisões da CAP e comenta “(...) os funcionários ficavam aqui soltos (...). Não tinha uma Divisão estruturada. Foi um processo difícil, ao mesmo tempo foi construído”. Este fato esclarece o processo gradual de definição das funções e atividades das divisões da CAP no período.

Ao final do governo Paes em 2016, a Superintendência de Atenção Primária (S/SUBPAV/SAP) foi reestruturada. É extinta a Coordenação de Linha de Cuidado e Programas Especiais (S/SUBPAV/SAP/CLCPE), dando lugar às coordenações de linhas de cuidado, entre elas: Ciclos de Vida, Doenças Crônicas Não Transmissíveis e Doenças Crônicas Transmissíveis. Além do alcance de um patamar mais alto na hierarquização, os setores têm suas denominações mudadas. Ao invés de programas passam a figurar como linhas de cuidados. É significativa tal alteração, pois remete a lógica de funcionamento e compreensão do cuidado em saúde.

A Coordenação de Saúde da Família (S/SUBPAV/SAP/CSF) desaparece e surge um Comitê de Gestão em Atenção Primária em Saúde (S/SUBPAV/CGAPS) ligado diretamente à SUBPAV.

No nível local, as Coordenadorias de Saúde das Áreas de Planejamento (S/SUBPAV/CAP) recebem a designação de Coordenadorias Gerais de Atenção Primária das Áreas de Planejamento (S/SUBPAV/CAP). Enfatiza-se a função da CAP diante dos serviços da APS. Evidenciamos dois novos segmentos substanciais das CAP, considerando a expansão das eSF: as CF e os Conselhos Distritais de Saúde.

Tulipa questiona a estrutura das CAP ao longo da sua criação. Segundo ela, as demandas aumentaram para este nível de gestão, mas não vieram acompanhadas de uma mudança de estrutura. Consequentemente, diz que o trabalho acaba sendo improvisado e com diversos arranjos. Também critica o número de cargos associados a este órgão:

É um coordenador. Um vice coordenador. Quatro diretores: Divisão de Informação, Controle e Avaliação (DICA), Divisão de Ações e Programas de Saúde (DAPS) e Divisão de Vigilância em Saúde (DVS). A Coordenadoria de Gestão Administrativa (CGA). Sei lá, três ou quatro DAS-5 e acabou.

A estrutura do CMS permanece igual e as CF apresentam-se sem setores e seções, provavelmente devido ao fato de serem administradas pelas OSS.

Para finalizar, no ano de 2019 ocorre uma mudança substancial nas instâncias ligadas à APS da SMS. A Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde (S/SUBPAV) perde as superintendências, em especial a Superintendência de Atenção Primária (S/SUBPAV/SAP). As coordenações das linhas de cuidado assumem o

terceiro lugar na estrutura organizacional da SMS, mas sem que houvesse um setor coordenando-as.

A Superintendência de Atenção Primária (S/SUBPAV/SAP) tinha as seguintes competências:

Estabelecer diretrizes para a consolidação e o desenvolvimento da Estratégia de Saúde da Família na Rede Municipal de Saúde;
 Desenvolver ações integradas que possibilitem o fortalecimento da Estratégia de Saúde da Família;
 Definir as estratégias de gerenciamento para as linhas de cuidado da atenção primária, de acordo com as diretrizes e princípios do Sistema Único de Saúde - SUS;
 Coordenar as linhas de cuidado de modo integrado, promovendo e acompanhando os planos de trabalho específicos;
 Definir proposições visando a organização do fluxo de usuários na rede de saúde, considerando a coordenação do cuidado na Atenção Primária;
 Apoiar o processamento de dados relacionados à Atenção Primária, com informações produzidas pelo Sistema Municipal de Saúde nas bases de dados nacionais;
 Propor metodologias e instrumentos de monitoramento e avaliação da atenção primária na esfera municipal;
 Desenvolver, em conjunto com a Coordenadoria de Gestão de Pessoas, estratégias de educação permanente e de aperfeiçoamento profissional no âmbito da Atenção Primária;
 Promover avaliação integrada da Atenção Primária nos serviços de saúde e diferentes níveis de gestão;
 Estabelecer parcerias com organizações governamentais, não governamentais e setor privado, visando o fortalecimento da Atenção Primária;
 Otimizar a execução das linhas de financiamentos disponíveis dentro do Sistema Único de Saúde - SUS;
 Apoiar o desenvolvimento de pesquisas e outros mecanismos gerenciais que favoreçam políticas e estratégias de ações na Atenção Primária (RIO DE JANEIRO, 2020).

Ao ser extinta, as competências da SAP não foram redirecionadas aos outros setores. Portanto, as especificidades das linhas de cuidado ficaram sem uma condução única e ampla. Além disso, a SUBPAV aumenta o número de setores, mas a ESF já não mantém sua centralidade como antes.

Por fim, identificamos uma progressão na importância da APS no organograma ao longo dos anos. Tal como, a ausência de um comando central, como a SAP, sentida como um elemento de descontinuidade das políticas de Atenção Básica, segundo Camélia que:

Esse lugar da Superintendência da Atenção Primária era de mostrar coisas que, às vezes, a área técnica sozinha não conseguia. Isso se perdeu bastante com afastamento e saída do grupo que estava aqui. Essa foi uma das grandes perdas. Ficou mais difícil o trabalho quando se perdeu o lugar do superintendente.

Outro ponto trazido por Camélia diz respeito a extinção e/ou uso do cargo em comissão da área técnica de uma das gerências da SAP. Por vezes, o setor pode continuar

presente no organograma, mas o cargo em comissão ligado a ele é atribuído para outras pessoas de setores que terão outras finalidades.

Eu acho que foi uma descontinuidade. Você não ter aquele técnico [pessoa com o cargo em comissão], engajado, era uma coisa que eu senti também como uma questão de descontinuidade. [mexer] em alguns lugares estratégicos também é uma questão para descontinuar. Eu tenho a gerência e dou o cargo de chefia para uma pessoa que não está aqui. Isso é muito ruim. Tudo bem, ela precisa do cargo, enfim. Dizer e dar esse cargo, que é um nome de uma gerência, para alguém que não está atuando aqui. [É ruim] Não ter essa pessoa na gerência que vai brigar. (...) Quando eu perdi o gerente, eu fragilizei demais.

Destarte, a história da APS na capital fica evidente também pela formulação e reformulações do organograma da SMS.

2.7. Sistemas de Informação: “mostrando a importância do serviço” em meio ao prejuízo de “mudanças de fonte de informação”

Ao longo dos últimos 20 anos, juntamente com os avanços das Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC), foram desenvolvidos e aprimorados diversos sistemas de informação voltados para a Atenção Básica.

Os sistemas de informação utilizados nos serviços da Atenção Básica são, declaradamente, elementos essenciais analisados pelas entrevistadas como ferramentas que garantem ora a continuidade da política pública, ora gerando dificuldades para sua implementação.

As mudanças de sistemas de informação e conseqüentemente da fonte de dados que baseiam o monitoramento e avaliação dos serviços e das ações da APS, foram radicais e impactaram o trabalho da assistência à saúde e da gestão da SMS do Rio de Janeiro. Parte delas foi mobilizada pelo município, já outras pelo governo federal.

Os principais sistemas citados pelas entrevistadas são o Sistema Nacional de Regulação (SISREG); o Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES); o Sistema de Informações Ambulatoriais de Saúde (SIA); o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB); e o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB); o Gerenciador de Informações Local (GIL); os prontuários contratados via OSS e a Estratégia e-SUS AB, em específico do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC).

Em relação ao SISREG, Flor de Lótus e Lavanda contam sobre sua implantação no município e os benefícios trazidos pelo sistema. Entre os benefícios, estão a facilitação em classificar os casos mais graves e a transparência das filas de espera. Lavanda conta que os usuários peregrinavam com uma guia de referência em papel na busca das

especialidades e exames indicados pelos profissionais da APS. Com o funcionamento do sistema, as CAP e o nível central desenvolveram atividades de regulação e auditoria junto aos casos e filas de espera registrados. Mesmo acreditando que poderia existir mais controle dos dados do sistema, ela reconhece sua importância no cuidado em saúde ofertado aos usuários.

O SCNES guarda todos os dados da unidade de saúde, entre eles os equipamentos, ambientes, horário de funcionamento, equipes e profissionais. O acesso público aos dados do sistema é tão completo que possibilita muita transparência nas informações, pouco vista em outros sistemas nacionais. É um sistema central para o financiamento da Atenção Básica, seja oriundo do governo federal ou estadual. Algumas das suspensões do repasse de incentivo federal sofridas pelos municípios, com previsão na PNAB, são decorrentes de registros equivocados, vacância e duplicidade de profissionais de saúde nesse sistema de informação. Em uma capital, como o Rio de Janeiro, as transições e rotatividade de equipes e profissionais exige a agilidade na manutenção dos dados e constante monitoramento desse sistema. Azaleia descreve o trabalho e sua conexão com a PNAB 2017 (BRASIL, 2017b), a importância do SCNES no cotidiano da Atenção Básica.

No início tinha que ter no mínimo quatro ACS. Hoje em dia é meio fácil, basta um ACS (...). Teve uma pequena mudança. Hoje se mantém uma equipe até sem o ACS. O sistema já está permitindo, por conta da própria mudança da lei da APS [PNAB].

Em 2019, o Ministério da Saúde anuncia a mudança do modelo de financiamento da APS e, em seguida, altera consideravelmente as regras do SCNES. As mudanças do sistema, em maio/2020, e a falta de orientações aos municípios provocou diversas suspensões de repasse de forma inconsequente, sendo até hoje revistas e ajustadas.

A cultura de registro dos dados de atendimentos e visitas e a constatação de sua importância pelos profissionais de saúde ainda mostram-se incipientes. Mesmo levando em conta que esses registros são utilizados para discussão e criação de políticas públicas, é gradual o convencimento dos profissionais, principalmente pelo fato de que tais dados não devolvidos a eles como informação e/ou como orientadores do processo de trabalho. Margarida elucida esta questão “Nós temos muita preocupação em fazer o que é possível para poder provar onde e como foi feito, se houve algum investimento, se houve algum gasto. Tudo registrado. Acho que tem que ter essa sensibilidade”.

Flor de Lótus fala a respeito dos registros enquanto meio de comunicação com outros níveis de gestão:

Não é só ver o número. É a importância desses números. Nós precisamos deles para poder justificar nosso trabalho. O registro de cada procedimento. No Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), o registro de

profissionais, das equipes. Acho que tudo ali é super importante pelo fato de ter dinheiro por trás disso. (...) o nível central, o Ministério da Saúde e todas as esferas, não conseguem ver o que cada unidade está fazendo ali. Eles [profissionais de saúde] acham: “Ah, o importante é a assistência [à saúde]”. O importante é eles estarem ali e os usuários serem atendidos, sim. Isso é o mais importante de tudo, mas precisamos mostrar que isso tudo está acontecendo.

O encerramento da exportação dos dados da Atenção Básica para o SIA e a instituição do uso do SISAB podem enquadrar-se na crítica acima. O SIA era um sistema nacional utilizado por todos os níveis de atenção à saúde até a publicação da Portaria nº 2.148, de 28 de agosto de 2017 (BRASIL, 2017a), que estabelece um novo fluxo para os dados da Atenção Básica. Este sistema alimenta os tabuladores de informações de saúde, Tabwin e Tabnet, disponibilizados pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), assim como o tabulador elaborado pelo próprio município, Tabnet Municipal: Saúde Rio. Os tabuladores são construídos para dar acesso público aos dados, que por sua quantidade e variedade necessitam estarem disponíveis segundo variáveis de período, unidade geográfica, entre outras.

Distantes da pretensão de discutir os avanços tecnológicos representado pelo Conjunto Mínimo de Dados (CMD), principal motivo do encerramento da importação de dados da Atenção Básica para o SIA, nos preocupam as transições radicais e quebra de fontes e histórico de dados. Após a mudança, os tabuladores não se adaptaram e as informações em saúde ficaram fragmentadas. No caso do Rio de Janeiro, o histórico de produção das equipes e profissionais foi descontinuado e a nova fonte de dados, isto é, o SISAB inviabilizou o uso dos mesmos critérios no levantamento dos dados. Na gestão, o impacto foi significativo e para a assistência à saúde confirmou-se novamente a ausência de devolutivas e da compatibilidade da realidade da unidade de saúde com o retrato dos dados apresentados publicamente.

Quanto ao SIAB e SISAB, a transição ocorre entre 2013 e 2014. Ambos voltados para a Atenção Básica. Identificam-se ganhos com tal mudança, tanto na entrada de dados, os registros, como da saída em formato de relatórios. No entanto, a falta de esclarecimentos causou tumultos e incompreensões dos municípios. Anteriormente, fazer no SIAB uma pirâmide etária dos usuários de uma determinada unidade de saúde parecia simples. Com a implantação do SISAB, tornou-se inicialmente impossível e, em seguida no nível municipal, verificaram-se dificuldades no seu manuseio. Segue um trecho do histórico do SIAB:

Sistema de Informação Atenção Básica é um sistema [software], desenvolvido pelo DATASUS em 1998, cujo objetivo centra-se em agregar, armazenar e processar as informações relacionadas à Atenção Básica (AB) usando como

estratégia central a Estratégia de Saúde da Família (ESF). É por meio das informações coletadas pelo software do SIAB que o Ministério da Saúde toma decisões de gestão da Atenção Básica em nível nacional. Entretanto, o SIAB não deve ser compreendido e utilizado somente para esse fim. Este sistema é parte necessária da estratégia de SF, pois contém os dados mínimos para o diagnóstico de saúde da comunidade, das intervenções realizadas pela equipe e os resultados socio-sanitários alcançados. Dessa forma, todos os profissionais das Equipes de Atenção Básica (EAB) devem conhecer e utilizar o conjunto de dados estruturados pelo SIAB a fim de traçar estratégias, definir metas e identificar intervenções que se fizerem necessárias na atenção da população das suas respectivas áreas de cobertura, bem como avaliar o resultado do trabalho desenvolvido pela equipe. As fichas que estruturam o trabalho das Equipes de Atenção Básica (EAB) e que produzem os dados que compõem o SIAB são utilizadas para realizar o Cadastramento, Acompanhamento Domiciliar e para o Registro de Atividades, Procedimentos e Notificações das pessoas adscritas nos territórios das Equipes de Atenção Básica (EAB). Estas fichas são organizadas conforme lista abaixo: Ficha para cadastramento das famílias (Ficha A); Ficha para acompanhamento (Fichas B); Ficha de gestantes (Ficha B-GES); Ficha de hipertensos (Ficha B-HA); Ficha de diabéticos (Ficha B-DIA); Ficha de pessoas com tuberculose (Ficha B-TB); Ficha de pessoas com hanseníase (Ficha B-HAN); Ficha para acompanhamento da criança – Ficha C (Cartão da Criança); Ficha para registro de atividades, procedimentos e notificações (Ficha D). Antes de registrar/digitar as informações no SIAB, as fichas preenchidas pelos profissionais são consolidadas em três blocos centrais: Cadastramento das famílias (Fichas A); Relatório de Situação de Saúde e Acompanhamento das Famílias (SSA); Relatório de Produção e Marcadores para Avaliação (PMA). Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/siab>.

Enfim, os sistemas de informações são fundamentais para o trabalho da gestão e da assistência à saúde desde que facilitem o processo de trabalho e não sejam obstáculos. Os registros relacionados aos cuidados em saúde precisam adquirir sentido para os profissionais. Nesta direção, as constantes alterações dos sistemas, falta de devolutivas, como relatórios e a carência de orientações, parecem estar na direção da descontinuidade de uma política pública. Se por um lado há indução de políticas públicas que consideram dados dos sistemas de informações, também há sistemas de informação que induzem a implementação ou não dessas políticas. Rosa traz um exemplo do monitoramento dos resultados da APS e sua sensação de dever cumprido:

quando nós começamos a ver a diminuição da mortalidade infantil. Nós nunca tínhamos conseguido, nunca. Eu fechei [o trabalho] (...) com a sensação de dever cumprido [por] conseguir [dar] um retorno, [dar] um feedback (...). Não adianta falar para mim que a saúde não pode ser medida em números (...). Para mim os números são tudo.

Os números citados por Rosa são aqueles registrados nos sistemas de informação, possibilitando o monitoramento e avaliação, parcial, das ações em saúde executadas nos serviços da APS.

Por último, a questão dos prontuários eletrônicos no Rio de Janeiro apresenta uma certa complexidade, além de idas e vindas. Segundo Azaleia, a primeira experiência de informatização dos prontuários dos usuários da APS foi com o GIL. Ele era

disponibilizado pelo Ministério da Saúde e utilizado gratuitamente pelos municípios. A entrevista explica a saída dessa ferramenta: “O próprio Ministério da Saúde abriu mão do GIL, principalmente porque acho que o Rio, na época, parou de ser um dos apoiadores com a entrada do prontuário eletrônico pago”, aponta ela.

Em meados de 2011 e 2012, o município contratualiza via OSS o serviço de prontuário eletrônico. Foram cinco prontuários eletrônicos diferentes em todo o território do Rio de Janeiro. Em geral, um prontuário eletrônico por AP, com exceção de uma AP, que chegou a funcionar concomitantemente, com dois prontuários diferentes. A fragmentação dos dados, a mudança de prontuários contratados, a perda de dados e dificuldade de utilização, considerando a rotatividade dos profissionais, são algumas problemáticas perante o universo de discussões envolvidas neste assunto. De qualquer forma, foi um salto para as unidades de saúde saírem do registro nos papéis para o prontuário eletrônico.

A transição entre SIAB e SISAB foi acompanhada da alteração da forma de entrada de dados. Explicamos, o SIAB era alimentado por informações consolidadas oriundas do Cadastramento das famílias (Fichas A); Relatório de Situação de Saúde e Acompanhamento das Famílias (SSA); Relatório de Produção e Marcadores para Avaliação (PMA). Já o SISAB pressupõe a entrada de dados individualizados via a estratégia e SUS-APS, utilizada na modalidade de PEC ou Coleta de Dados Simplificada (CDS). Juntamente com o SISAB, o Ministério da Saúde disponibilizou gratuitamente o PEC, desenvolvido em parceria com a Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

O governo de Marcelo Crivella optou pela substituição total dos prontuários eletrônicos contratados da APS, pelo PEC do Ministério da Saúde. A trajetória de substituição foi dramática para a gestão e assistência à saúde. Dama-da-noite conta sobre a perda temporária dos dados do prontuário eletrônico contratado e o trabalho iniciado do zero ao implantar o PEC na unidade de saúde.

Nós perdemos o prontuário eletrônico. Nós ficamos sem registro. Nem com o backup nos contemplaram. Nós conseguimos salvar [os dados] fazendo de drive. Conseguimos as planilhas de gestante, diabético, hipertenso, idoso e criança, mas o prontuário mesmo [não]. Não tinha como salvar. Tinha paciente que tinha mais que 100 folhas de prontuário. (...) São coisas que dificultam, principalmente para os pacientes de saúde mental por conta da renovação de receita.

Azaleia destaca a questão das especificidades dos municípios:

Ele é moldado para o Brasil todo. (...) Rio, São Paulo, Belo Horizonte são grandes municípios e tem particularidades que municípios pequeninhos não tem. Não tem como um sistema ser voltado apenas para os interesses de um ou outro município.

Nesse sentido, à diferença dos prontuários contratados que eram customizados conforme necessidade e recursos financeiros do município, o PEC abarca todo o Brasil e não tem pretensões de atender especificidades. Orquídea lembra das brigas para customização dos sistemas e as fragmentações existentes:

Você começa a brigar com pessoas da informática para fazer um programa adequado, porque quem faz o programa de informática não é médico, não é profissional de saúde. Assim, eu comecei a discutir naquela época. Discutir o programa de hipertensão. Assim, catando doente um a um. (...) A informação fica só em pedacinhos. A vacina e as notificações ficam com a Divisão de Vigilância em Saúde (DVS). Muitas vezes, nós não sabemos [sobre vacina notificações, entre outras informações] porque está no outro andar e parece que está anos-luz à frente.

Violeta afirma as dificuldades impostas pelas mudanças de fonte de informação, incluindo o prontuário eletrônico. Orquídea desabafa a respeito do lugar da gestão: “troca o prontuário. Não tem informação e ninguém cobrava. Nós não tínhamos acesso ao prontuário eletrônico era só na unidade”.

Em conclusão, as vantagens das alterações dos sistemas de informação parecem ligadas aos avanços tecnológicos, desde que acompanhado por transições graduais e bem orientadas. Além disso, esses sistemas colaboram com a continuidade da política pública quando mantem o histórico de dados e informações. Não esquecendo que eles deveriam facilitar o processo de trabalho da assistência à saúde e da gestão, refletindo o cotidiano das unidades de saúde, e possibilitando devolutivas àqueles que registram os dados.

3. CAPÍTULO III: “SER GESTOR NÃO É SÓ FICAR SENTADO EM BERÇO ESPLÊNDIDO”

Descreveremos um breve histórico da área de conhecimento denominada gestão e suas diferentes concepções. Posteriormente, são expostos os achados do campo da pesquisa a respeito do que é “ser gestor”, quem são, os lugares que ocupam e sua formação. A partir do olhar das entrevistadas são debatidos os princípios da Administração que propositalmente instauraram as dicotomias entre: técnica e política; gestão e assistência.

Também são tratadas as categorias destas respostas consideradas como subsídios para continuidade e/ou descontinuidade do trabalho da gestão na implementação da política de Atenção Básica, entre elas as funções gestoras e a organização do processo de trabalho. Por último, apresentam-se os elementos da dimensão dos arranjos organizacionais, focando na relação entre os diferentes níveis de gestão e na gestão com a assistência à saúde.

3.1. “Para ser ouvido, você precisa ser uma gestora”

A gestão se encontra em um plano interdisciplinar de conhecimentos e práticas (PESSÔA et al., 2011) que se conformou por meio de diversas áreas como a Sociologia, a Psicologia e a Economia. Compreendida “(...) em sentido lato, como incumbências de coordenação, de tomadas de decisão organizacionais – estratégicas ou operacionais – e uso da atividade de trabalho de coletivos de homens e mulheres, tendo em vista determinado fim (...)”. (ALVES, 2014, p.38). Caberia à gestão a identificação de problemas, desafios e necessidades, considerando os objetivos e a missão da organização, priorizá-los e direcioná-los a possíveis resoluções. (BARBOSA, 2011).

É interessante trazermos a origem da palavra e as contradições na “racionalidade gerencial hegemônica” (CAMPOS, 2010) configurada na sociedade capitalista.

Em vários dicionários gestão e administração aparecem como sinônimos. O Houaiss – Dicionário da Língua Portuguesa – assim define esses termos: “*Ato ou efeito de administrar; ação de governar ou gerir empresa, órgão público (...). Exercer mando, ter poder de decisão (sobre), dirigir, gerir*” (Houaiss, 2001, grifos nossos). Os termos gestão e administração referem-se ao ato de governar pessoas, organizações e instituições. Política, portanto. Gestão diz respeito à capacidade de dirigir, isto é, confunde-se com o exercício do poder. Em sua origem, na Grécia clássica, o termo 'política' tinha exatamente esse significado. 'Polis' era a cidade, e a política era a capacidade de fazer a gestão democrática das cidades estado (CAMPOS; ONOCKO CAMPOS, 2009, p.231).

Segundo os autores, a gestão, como “um campo estruturado e sistemático de conhecimento”, foi intencionalmente constituída para romper a relação entre a política e a gestão. A publicação do livro ‘Princípios da Administração Científica’ em 1911 de Taylor marcaria o início dessa área de conhecimento. “Taylor pretendeu apresentar uma metodologia que permitisse a existência de uma gestão técnica, com base em evidências, e não orientada por disputas políticas entre interesses e valores distintos” (CAMPOS; ONOCKO CAMPOS, 2009, p.231). Neste sentido, os autores apontam a disciplina e o controle como “eixo central do método de gestão” e ao longo do século XX sua “obsessão em retirar poder do trabalhador” (CAMPOS; ONOCKO CAMPOS, 2009).

Segundo Trindade (2004), a Teoria Geral da Administração Científica funda-se em quatro princípios: planejamento, seleção, controle e cooperação. O primeiro apresenta-se como a criação de um método científico para o trabalho ser mais eficiente e eficaz, considerando que o planejamento substituiria as regras empíricas e individuais dos trabalhadores. O segundo princípio volta-se para a seleção de trabalhadores para atividades específicas, levando em conta aspectos das aptidões e dos treinamentos.

Nesse sentido Taylor divide as duas dimensões do trabalho humano (concepção e execução) em duas pessoas diferentes, concluindo que a concepção não deve ser realizada pelos operários porque esses não têm tempo nem dinheiro para estudar o ofício. Dessa forma, a coleta de informações sobre o trabalho deve ser feita por engenheiros, administradores e supervisores (TRINDADE, 2004, p.38).

Na racionalidade gerencial hegemônica, o segundo princípio é a clara divisão do trabalho, entre intelectual e execução. O controle, como terceiro princípio, é o monitoramento do desempenho do trabalhador que disciplinadamente deve seguir o plano previsto “(...) sendo executado da maneira e no ritmo em que foi fixado” (TRINDADE, 2004, p.38). O último princípio, cooperação, diz de “um projeto que estabelecia uma relação formal e de reciprocidade entre dois sujeitos que histórica e politicamente eram desiguais: capital e trabalho” (TRINDADE, 2004, p.40). Em outras palavras, é a centralização do poder enrustida em uma suposta dissolução da contradição entre capital e trabalho.

Comando e controle são as palavras de ordens. Sobre os métodos de gestão e criticando a redução da autonomia dos trabalhadores, Campos (2010) explicita três principais tendências do “discurso gerencial dominante”. Elas são:

[1] Subordinar o trabalho a modos de funcionamento padronizados” que inviabilizam a reflexão e decisão autônoma (...). [2] Pensar-se enquanto instrumento disciplinar (...) Centralização normativa e descentralização executiva. (...) ora recorre à truculência, ao poder de excluir os rebeldes, os inaptos; ora, busca socorro na psicologia, seleção de trabalhadores com personalidade adequada à função, estratégias de sedução (...). [3] Visão

“essencialista” sobre a natureza humana, o ser humano tenderia a comportar-se segundo seu interesse imediato independente do contexto ou de sua história social (...)” (CAMPOS, 2010, p.2338-2339).

A partir da história de construção do campo de conhecimento e dos objetivos de sua existência, iluminam-se os elementos constitutivos da ação da gestão que desempenham um papel de organização dos recursos financeiros, materiais e humanos (GAULEJAC, 2007). Alves (2014) chama atenção para o fato de que esses elementos sempre envolvem “um conjunto de escolhas, isso no sentido de tomada de decisões e eleição de prioridades (...)”, com base na “imagem de organização do trabalho, de homem, de desempenho, de produtividade, etc.” (ALVES, 2014, p.49-50).

Historicamente, a gestão em saúde é uma herança da administração sanitária e da epidemiologia como campos que acompanharam a construção da própria Saúde Pública. Inicialmente, focava-se nas práticas em saúde, principalmente voltadas ao enfrentamento de epidemias, e nos conhecimentos da Administração Pública. O termo gestão em saúde instaura-se, em meados do século XX, com a alteração de sua lógica que passa a incorporar os conceitos da Teoria Geral da Administração e, em alguns casos, acaba se distanciando da própria Saúde Pública (CAMPOS; ONOCKO CAMPOS, 2009).

A ampliação da concepção de gestão e de novos arranjos organizacionais vêm de uma visão crítica a respeito da constituição social do homem a partir do trabalho e das produções do campo da Saúde Coletiva na construção e consolidação do SUS. Neste sentido, Merhy (2007) fala dos gestores do governo e cita os atores que governam, entre eles os usuários dos serviços de saúde e os trabalhadores. As propostas de gestão participativa e cogestão demonstram o rompimento do paradigma desta área de conhecimento “com a inclusão de novos sujeitos nos processos de análise e decisão quanto a ampliação das tarefas da gestão” (BRASIL, 2013). Conforme Campos (2013), “a democratização do Poder nas Instituições seria, portanto, uma diretriz operacional anti-Taylor” (CAMPOS, 2013, p.13). Possivelmente, as entrevistadas elucidarão tal questão, indagando os limites e possibilidades dos arranjos organizacionais.

3.2. “A minha gestão é técnica e política, no sentido político de saúde”

O termo gestão pode ser utilizado em diferentes cenários como na clínica, na relação entre profissional de saúde e usuário; o cuidado, tendo o olhar sob a trajetória do usuário, e a rede de serviços. Na clínica, a gestão tem como objeto de trabalho a relação direta com o usuário, estando sob responsabilidade dos profissionais de saúde e suas equipes. Já a gestão do cuidado estaria a cargo dos diretores, gerentes e coordenadores

das unidades de saúde. Isto significa, o trabalho da chamada média gerência. Quanto à rede de serviços, a gestão local ou central de uma Secretaria de Saúde assumiria atribuições mais macro na implementação da política de saúde. Neste último caso, estão localizados os denominados “gestores do SUS”, aqueles que ocupam o aparato jurídico-político do Estado, intitulados como autoridade sanitária.

Os diversos âmbitos de atuação na gestão se correlacionam, a depender dos arranjos organizacionais, com os objetos de trabalho, as atribuições e governabilidade de cada ator nesses cenários.

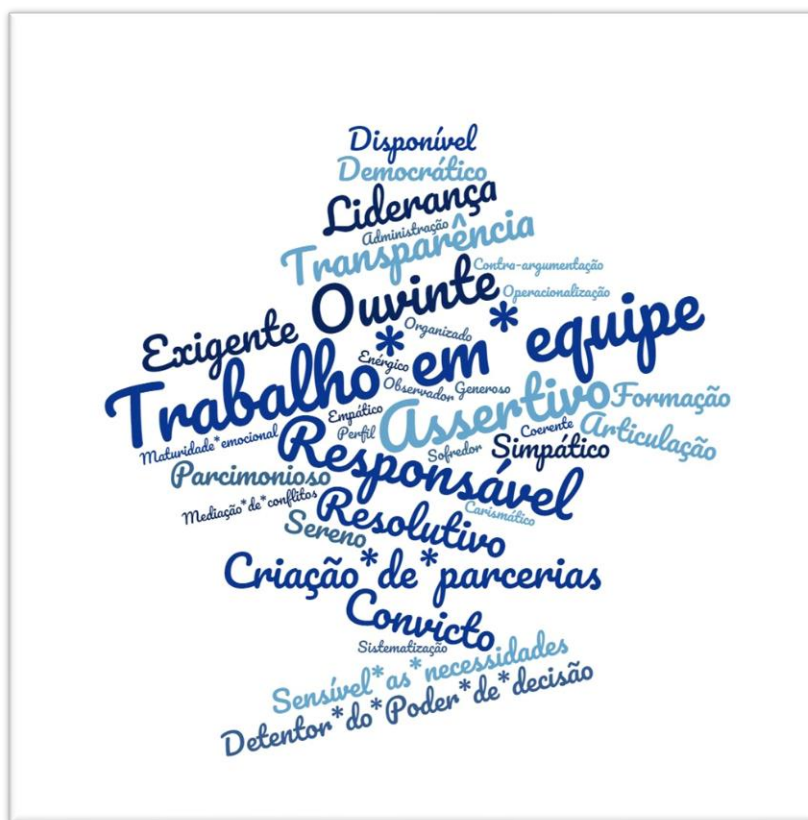
Ressalvamos que o foco da discussão parte dos gestores da rede de serviços da APS, sejam os envolvidos com o trabalho das AP, gestão local, e com o nível central da SMS, encarregado pelas 10 AP, do Rio de Janeiro. Mesmo assim, não há como dissociar que parte das gestoras entrevistadas tiveram experiências na gestão da clínica e do cuidado. Portanto, elas percorrem desde o micro até as amplas conjunturas do funcionamento de uma SMS.

Alves (2014) aponta que o trabalho em diferentes graus exige uma dimensão de gestão e que microescolhas são produzidas cotidianamente, ressaltando que “podemos dizer que trabalhar é gerir, na verdade, uma confrontação de gestões”. (ALVES, 2014, p.38).

Ao perguntar às entrevistadas “O que é ser gestor?” obtivemos um grupo de respostas que foram categorizadas como características subjetivas que dizem respeito à personalidade; as funções atribuídas aos gestores; características da organização do processo de trabalho; e arranjos organizacionais. Ademais, uma parte significativa delas pode ser correlacionada aos princípios da teoria de Taylor sobre a Administração. Por esta teoria perpassar as outras categorias, partiremos daí a discussão.

Segue a nuvem de palavras presentes no discurso sobre o “ser gestor”, intimamente afeitas ao ideário da Nova Gestão Pública:

Figura 4 – Nuvem de palavras do tema “Ser Gestor”



Fonte: Produção Própria. Ferramenta: <https://www.wordclouds.com/>

A figura apresenta uma preponderância nas palavras que indicam que o gestor é o responsável, aquele que deve ser assertivo, e por sua vez estas expressões estão correlacionadas à tomada de decisão. Esta dimensão também se encontra na expressão “Detentor de poder de decisão” que literalmente é dita como: “ter a caneta na mão”. Este sentido aparece no discurso das entrevistadas, apesar de reconhecerem que trabalham na gestão ou atuaram em cargos de chefias, que ser gestor de fato é aquele que “tem poder de decidir alguma coisa” (Flor de Lótus). Ela complementa: “Fazemos parte da equipe de gestão”, mas não temos “nenhuma governabilidade”. Outra entrevistada complementa:

Pesquisadora: Quem é o definidor, o tomador de decisões? Dália: Para mim, é quem assina. Essa pessoa que assina pode ter bom senso, ouvir sua equipe técnica e assinar aquilo que a equipe técnica produz. (...) Você faz a nota técnica de alguma coisa e se ela for coerente, não é a equipe que assina, geralmente, é um coordenador, superintendente, subsecretário ou um secretário de saúde. São essas pessoas que podem tomar a decisão sozinhas com bom senso e conhecimento técnico (Dália).

Dália acredita que o fato de pessoas com poder da tomada de decisão terem um bom direcionamento técnico, facilitam a implementação das políticas públicas. Já Tulipa diz “A minha gestão é técnica e política, no sentido político de saúde”.

Essa distinção entre gestores participantes da equipe técnica e aqueles que de fato dominam a arena institucional na tomada de decisão, é uma das dicotomias criadas na área da Administração. Mais à frente discutiremos essa questão ao tratarmos da dimensão dos arranjos organizações e das possibilidades de decisões construídas e realizadas de forma compartilhada.

Destaca-se que parte das entrevistadas reconheceu seu papel na tomada de decisão em determinados aspectos. Um dos exemplos é a escolha de quais equipes seriam extintas do chamado “redesenho”. É claro que a definição de que haveria a redução de equipes e/ou serviços não passou por elas, questão abordada no primeiro capítulo. No entanto, no contexto de suas atribuições foram detentoras do poder de decisão.

Planilhas e planilhas, porque estávamos mexendo com a vida das pessoas. Diminuir 10 equipes era demitir 40 ACS, 10 enfermeiros, 10 médicos. Foi muito duro para mim. Foi um processo bem difícil, mas também foi gratificante. (...) Fomos de unidade a unidade [de saúde] para falar o que estava acontecendo e fizemos as pessoas participarem. Foi mega doloroso. As pessoas decidindo: “É melhor perder tal equipe e dividir o território para tal lugar”. (...) eu não assumi [cargo em comissão] para reduzir equipe e foi o que acabei precisando fazer (Dália).

Para benefício da classe dominante no sistema capitalista, a teoria taylorista que ainda não foi inteiramente superada, pressupunha princípios para manter a centralização do poder. Campos e Onocko Campos (2009) descrevem o quarto princípio como a centralização do poder de planejar e decidir. É visto no caso acima, ao mesmo tempo, a separação brutal daquele que tem o poder de decidir, assim como a possibilidade de abertura de brechas que possibilitam a tomada de algumas decisões por aqueles considerados como equipe técnica. Vale destacar que essas brechas tanto podem abrir caminhos para a implementação das políticas públicas, como podem subsidiar, de forma contundente, sua descontinuidade. O poder circula entre as pessoas dentro das esferas da gestão e sua negação entre os trabalhadores despolitiza uma discussão aprofundada a respeito das janelas de oportunidades, das “brechas” que possam existir nos espaços em que atuam, incluindo seus limites.

Outra trabalhadora nos dá mais pistas sobre o poder de tomar decisões e os limites existentes, sem negar seu papel técnico-político como gestora. “Você acaba tendo menos força para fazer as coisas, menos poder de decisão. Vai tudo acontecendo em cascata (...)” (Bromélia).

Outro aspecto importante em relação à unidade entre técnica e política na gestão pública, é o que é entendido sobre o conceito de técnica. Considera-se que a técnica é um conhecimento aplicado (CAMPOS, 2013) e que este por sua vez prescinde de

neutralidade. Quer dizer, a utilização de técnicas e suas ferramentas são baseadas em uma concepção do que é um sistema de saúde e os atributos e importância da Atenção Básica.

Eu cheguei a acompanhar o início do desenho [de extinção das equipes], um pouquinho. Foram feitos vários desenhos de redução. Eu cheguei a participar, tendo uma preocupação com o número de população e vendo onde era mais vulnerável, buscando a lógica de um trabalho e de uma organização (Margarida).

Margarida explicita conceitos fundamentais da perspectiva de uma Atenção Básica atenta à territorialização e à equidade da atenção à saúde no momento de construir a proposta de um desenho para diminuição das equipes. Já Hortênsia fala sobre a relação entre os níveis de gestão da SMS e a importância de ter “pessoas técnicas nos lugares”, como elemento que facilita a implementação da política pública:

Quando você lida com uma pessoa mais técnica, que tem um domínio, que tem um controle sobre aquilo que está fazendo, você pode estar vivendo o caos enquanto gestora, mas se sente seguro. Eu acho que quando essa equipe vem muito segura, muito técnica, isso para o gestor que está aqui embaixo dá mais segurança. (...) Você está no meio do caos, da tempestade, mas tem uma equipe atrás de você dando um norte. Eu acho que faz sim a diferença.

Como gestora no nível local, ela reconhece seu papel técnico-político e descreve os reflexos da técnica no trabalho daqueles que estão “embaixo” hierarquicamente.

Desse modo, a depender da organização do trabalho, da concepção de homem e de políticas públicas, a gestão pode reproduzir ou quebrar o paradigma em que foi solidificada. A escolha dos problemas ou a identificação do que seria necessário intervir na estrutura da organização, encontram-se associadas a determinados interesses. Assim, cabe enfatizar que os processos não acontecem por acaso ou partem de uma questão, exclusivamente, técnica. Há uma indissociabilidade entre as dimensões política e técnica da gestão.

Outra questão importante ao pensar no trabalho em saúde são seus trabalhadores, seja os trabalhadores da assistência à saúde, que se voltam à gestão do cuidado tendo como seu público-alvo os usuários dos serviços em saúde, como os chamados gestores, que tem por objeto a organização e implementação das políticas em um sentido intermediário sendo seu público-alvo os gestores e/ou diretores das unidades de saúde ou de outros níveis de gestão. Consideradas ações correlatas, elas atuam, no entanto, de formas diferentes. O alcance do objetivo da política de saúde e seus serviços depende da integração dessas atuações na construção de quais prioridades e necessidades de saúde devem ser enfrentadas.

No entanto, o campo da Administração é estruturado, segundo Taylor, pelo princípio da separação do trabalho intelectual e sua execução (CAMPOS E ONOCKO

CAMPOS, 2009). Portanto, a integração entre gestão e assistência está carregada de contradições ao expressar a distinção entre aqueles que planejam daqueles que realizam o planejado. Ao mesmo tempo que identifica-se os princípios tayloristas não superados estão presentes elementos da Nova Gestão Pública, sendo o gerencialismo hegemônico.

Buscando resolver a problemática deste princípio para o cotidiano do trabalho, as entrevistadas indicam caminhos relacionados a trajetória dos gestores e aos arranjos organizacionais. Além disso, elas refletem sobre a potência do encontro entre os trabalhadores da assistência com os da gestão na continuidade das políticas públicas.

Nós temos muitas perspectivas, porque vieram [para a gestão] médicos e enfermeiros de [Saúde da] Família. Eu acho que isso ajuda bastante a entender o que acontece na unidade de saúde e a fazer a diferença, porque já viveu isso antes (Camélia).

(...) era um grupo que eu tenho muito apreço, porque é um grupo que veio da ponta e começa a fazer gestão a partir da ponta. Eu respeito muito esse modelo de gestão. Eu acho que nós olhamos muito e conseguimos servir as pessoas que estão na ponta. Eu acho que esse é o papel da gestão, servir quem está na ponta e não fazer o contrário (Dália).

Camélia e Dália fazem a aposta do âmbito da experiência de trabalho. É como se tal vivência subsidiasse um olhar da gestão mais integral. Ficamos com a sensação de que a superação da dicotomia entre “a ponta”, termo utilizado pelas entrevistadas e a gestão estaria na trajetória dos sujeitos que ocupam tais lugares.

Hortênsia fala sobre sua experiência “na ponta” e o quanto abriu sua visão ao desempenhar o trabalho como gestora.

Quem passa na ponta, consegue entender. (...) Eu acho que todo mundo deveria passar por todas as etapas. Eu sou muito agradecida a deus, porque minha primeira etapa foi como técnica de enfermagem. Eu estava ali na assistência [à saúde]. Eu estava, exatamente, como técnica. (...) Isso exige uma observação muito abaixo. “O que está impactando o trabalho?”. Quando você chega na gestão, você diz: “Eu lembro disso. É isso aqui que não estava dando certo”. (...) Talvez se lá atrás, se eu tivesse ido direto para a CAP não entenderia as dificuldades em alcançar os indicadores, as metas.

A trajetória por etapas, como se para atuar na gestão fosse necessário ter trabalhado na assistência, indiretamente demonstra uma percepção sobre a formação do gestor. Dentro do universo de entrevistas realizadas, quatro participantes nunca atuaram em uma unidade de saúde e mais três não são profissionais de saúde. Assim, temos metade das entrevistadas que não se enquadrariam neste perfil de trajetória descrito por Hortênsia e Camélia. De forma alguma está invalidada as experiências dos profissionais até o momento que passaram a atuar na gestão, mas cabe indicar sua limitação na produção de encontros e desencontros entre assistência à saúde e gestão.

Ainda Hortênsia diz que talvez “não entenderia as dificuldades em alcançar os indicadores, as metas” se não tivesse trabalhado na assistência anteriormente. Entender as dificuldades de implementação da política de saúde e construir estratégias para sua resolução, parece ser uma das funções dos gestores. Se é necessário trabalhar na assistência para chegar a um diagnóstico, monitoramento e uma avaliação que retroalimente o planejamento da gestão, podemos inferir que o trabalho está comprometido.

Outros apontamentos vão na direção de um arranjo organizacional que diminua as distâncias entre esses trabalhadores, seja pelo conhecimento do território ou pela construção das relações interpessoais com a média gerência. “Nós achamos que seria muito bom também se [os gestores] conhecessem mais os territórios. (...) É muito mais fácil se eu conheço o território”, fala Dama-da-noite. Violeta traz a dimensão das relações: “As relações com os gestores de unidade. À medida que vamos ficando, permanecendo no setor, vamos consolidando relações”.

Ao mesmo tempo que denuncia o formato organizacional dos níveis de gestão com as unidades de saúde e a invisibilidade dos trabalhadores da assistência, a entrevistada Hortênsia indica a escuta dos trabalhadores e a noção de fazer parte do processo, como fundamental na continuidade do trabalho.

Eu acho até hoje que o elemento fundamental é a aproximação da CAP com as unidades de saúde. Existe um distanciamento do nível central e do nível da CAP. Isso vem do nível central e depois da CAP. Há um distanciamento (...). Uma coisa que me incomoda muito até hoje, muito, [é que] para ser ouvido você precisa ser uma gestora. Isso me incomoda bastante, porque, às vezes, tem membros da sua equipe que têm uma observação muito boa das coisas. Eles têm condições de sentar, planejar e trazer ideias ricas, mas se não é o gestor ninguém ouve. No serviço público, você precisa ter títulos, ter rótulos para que o trabalho venha a ser desenvolvido a partir de uma ideia. Eu observei isso. As mesmas ideias que eu tenho, hoje, como gestora, eu já tinha como técnica de enfermagem. Eu só não conseguia colocar em prática, porque ninguém parava para me ouvir. (...) Quando fazemos uma roda de conversa com o agente de saúde, ele traz coisas do seu dia a dia, com os seus dados, seus indicadores, tudo de dentro dessa unidade de saúde, coisas preciosas e ninguém para para ouvi-lo, porque é o agente de saúde que está trazendo.

A integração do trabalho e da gestão tem raízes que Alves (2014) pontua como “duplo movimento de uma tensão ineliminável, que não pode ser suprimida, mas trabalhada” (ALVES, 2014, p.50).

Enfim, quando tomamos o trabalho a partir de baixo, confrontamo-nos com esferas essenciais em sua realização, mas seria preciso indagar se a gestão possui disposição para transitar por tais esferas e interesse de fazê-lo. Ignorá-las pode conduzir a contradições graves (...) por isso, a tarefa dos interessados em outro modo de conceber e de realizar o trabalho não é somente uma tarefa técnica – no sentido de que o trabalho concreto não é diretamente visível, demandando ele mesmo um trabalho para tal –, mas também uma tarefa política (ALVES, 2014, p.51).

Essa tensão entre trabalho e gestão, junto com a divisão entre as dimensões técnica e política, são apontadas como dificultadores e, por vezes, fatores de descontinuidade do trabalho, conseqüentemente da própria política de Atenção Básica. Nos debruçaremos mais sobre a trajetória e formação dos gestores. Posteriormente, discutiremos os limites e possibilidades dos arranjos organizacionais na dissolução dessas contradições.

3.3. “O que é ser um gestor dentro do serviço público?” Ter “um jeitinho”. “Ninguém se prepara”?

A gestão como um lugar a ser ocupado ou uma atividade desempenhada por aqueles com formações voltadas para a área aparecerem ao perguntarmos sobre “ser gestor” ou “estar como gestor”. No caso das entrevistadas, essas duas concepções que envolvem “quem é o gestor” apresentam-se ora contraditórias, ora complementares.

Ao perguntar às entrevistadas sobre considerarem-se gestoras, seis responderam que não. A negativa vem no sentido de que ser gestor é uma posição ocupada no organograma da SMS. “(...) posso estar na gestão hoje e amanhã não estar mais”, disse Dama-da-noite; “Nós não sabemos quanto tempo ficamos no cargo”, apontou Magnólia. Apenas uma das participantes disse não ser gestora, por não ter governabilidade nas decisões.

Na minha visão, quem é gestor, por exemplo, são os coordenadores, porque eles podem decidir. (...) Nós acabamos ficando voltados para a saúde, mas o gestor de uma área tem essa parte mais ampla que a saúde. Ele tem os Recursos Humanos, (...) as questões do contrato de gestão, os contratos internos das empresas, a parte das linhas [de cuidados]. Ele vai gerenciar isso tudo. Ele vai ter o poder de fazer alguma coisa. Nós não temos o poder de nada (Flor de Lótus).

Para além da governabilidade, Flor de Lótus coloca na amplitude das atribuições a definição do “ser gestor”. Vale destacar que a SMS estabelece para cada setor da estrutura organizacional determinadas competências relacionadas às atribuições gerenciais com diferentes níveis de responsabilidades.

De fato, a associação entre as atribuições relacionadas às atividades de direção, chefia e assessoramento, e os cargos têm fundamentos. As entrevistadas foram nomeadas com cargos de DAS, chamados cargos em comissão, podendo a qualquer momento serem exoneradas desta posição. Diferente dos cargos efetivos para os quais foram concursadas, as entrevistadas assumiram um cargo em comissão baseado na confiança política do governo eleito.

Dentro do serviço público, nós não “somos gestores”, nós “estamos gestores”, a não ser aquelas funções e cargos que são específicos da gestão e que a pessoa

vai ser gestora para o resto da vida. No nosso caso não, nós estamos na gestão (Azaleia).

Em atenção à questão dos cargos e funções, ressaltamos que quatro entrevistadas ingressaram no serviço público para cargos de nível escolar Ensino Médio, sendo apenas um relacionado à saúde. As outras dez estão dentre as categorias de profissionais de saúde, em sua maioria, da enfermagem e medicina. O recebimento de um cargo em comissão as deslocou de suas atividades efetivas e, nos casos que se aplicam, da própria assistência à saúde. Há apenas uma exceção quanto ao cargo efetivo de sanitarista.

Camélia diz que prestou o concurso para o cargo de sanitarista, porque “sempre gostei de epidemiologia, de estudar os dados” e por estar cansada da assistência à saúde, área em que atua em outros trabalhos. Conforme apontou “era uma oportunidade de ficar um pouco na assistência e ainda ter uma parte que eu trabalhasse com dados em outra área”.

Tulipa e Camélia indicam que na gestão em saúde no nível macro do município, chamado nível central, a figura do sanitarista seria pertinente, justamente por sua formação estar voltada ao planejamento, análise de dados, entre outras atividades imbricadas na atuação de um gestor.

Por exemplo: concurso para sanitarista. Não existe mais. É o perfil de profissional que vai para o nível central. Você não vai pegar e colocar um [médico] cirurgião no nível central, a não ser que ele não esteja mais operando. (...) Você tem que ver o profissional que vai lançar no nível central, que é o profissional da Saúde Coletiva, sanitarista. Esse tipo de perfil. Você pega um especialista e joga lá, tudo bem. Em geral, essas pessoas têm outros trabalhos. Elas trabalham em outros lugares para exercer, exatamente, sua especialidade. Teria que ter uma visão melhor para montar essas estruturas, não só no nível central, mas nas CAP também (Tulipa).

A discussão sobre a designação da formação do sanitarista para atuação na gestão está presente, de alguma maneira, nas grades curriculares das pós-graduações em Saúde Pública ou Saúde Coletiva, assim como na graduação em Saúde Coletiva. Segundo Campos (2005), o campo da Saúde Coletiva foi fragmentado e subdividido nas áreas de: epidemiologia, ciências sociais aplicadas à saúde, gestão e planejamento, vigilância sanitária e epidemiológica. O autor, ao contar sua trajetória e dos demais colegas, fala sobre o trabalho da gestão e dos profissionais da Saúde Coletiva como autoridades sanitárias.

A proposta de Tulipa sobre a revisão das estruturas da SMS vai ao encontro da discussão sobre quais formações são necessárias para ocupar lugares estratégicos na gestão em saúde. Violeta afirma que “Não tem como você colocar pessoas que não tem mérito para estar ali [gestão], que não tem currículo”.

Apenas quatro entrevistadas dizem ter realizado uma formação voltada para gestão, antes de assumirem as atribuições de direção e assessoramento em cargos em comissão. As pós-graduações citadas foram Residência Médica em Saúde Pública, especializações nas áreas de Gestão em Saúde e Gestão em Saúde Pública. Após inserção no trabalho da gestão, quatro gestoras realizaram uma formação sistemática no seu campo de atuação. São vários os cursos indicados: pós-graduação estrito senso em programas de Doutorado em Saúde Pública; especializações em Administração Pública, Gestão Pública e Administração Hospitalar, e Gestão Pública e Recursos Físicos e Tecnológicos da Saúde (REFIT). Duas participantes têm títulos de cursos de gestão voltados para a Saúde da Família e outras duas não fizeram formações na área.

No artigo de Graef (2008), a carreira dos gestores governamentais no âmbito federal deveria pressupor um processo de recrutamento e seleção específicos, além da formação via Escola Nacional de Administração Pública (ENAP) para as atividades de direção e assessoramento, como elementos de qualificação e habilitação para o exercício de tais atividades.

Se a formação na área de administração ou como sanitarista, não influencia diretamente a concepção de ser gestor e nem é requisito para atribuição de um cargo em comissão, retornamos às características subjetivas e suas implicações sobre o “ser gestor”.

Eu acho que no serviço público, eu não sei se pela necessidade do serviço, meio que te jogam. (...) “O que é ser um gestor dentro do serviço público?”. Alguém, simplesmente, olhou e viu seu trabalho e disse: “Não. Você tem um jeitinho para isso”. Você pode ver que, a maioria dos gestores no serviço público que estão por aí ninguém se prepara antes para ser gestor no serviço público. Você vai aprendendo (Hortênsia).

Esse “jeitinho”, apontado por Hortênsia, é apresentado em outros diálogos como um “gosto por organização”, “gosto de mandar”, “minha dedicação”, ou mesmo em uma observação diferenciada do processo de trabalho instituído e a disposição para ter iniciativas. O reconhecimento desses “jeitinhos” se concretiza em convites para os cargos em comissão.

Após colaborar na organização e distribuição de trabalhadores e horários de um serviço de saúde, Rosa escuta: “Minha filha, você daria uma boa gestora. Não, uma boa chefe!”. Gestora não é bem a palavra”.

É interessante que as oito entrevistadas que afirmam ser gestoras e não estarem na gestão, trazem mais elementos explicativos relativos ao seu perfil pessoal e características subjetivas, sua experiência de trabalho, do que a formação voltada para a gestão. Palavras

como “perfil como pessoa”, “essência”, “capacidade”, “experiência muito grande em relação ao trabalho” e “está na alma” aparecem nos discursos.

Tem essa coisa da liderança nata. Essa coisa que já sabe assim. Por mais que você frequente um local, uma graduação, mas eu acho que isso já vem também com você. Você já traz isso. Eu vejo algumas pessoas mais preparadas para algumas situações. Algumas situações, eu percebo que você tem que viver enquanto gestora (Hortênsia).

Considerando os discursos das entrevistadas de que a atuação na gestão está em parte diretamente relacionada a subjetividade, ela passa a transcender o preenchimento de um cargo em comissão. Durante os diálogos, as características pessoais para a gestão estão presentes nos diversos locais de trabalho. O foco dado a gestão da rede de serviços da APS, no sentido macro, acaba se mesclando com a gestão da clínica e a gestão do cuidado.

Se for olhar assim como um todo, eu sou uma gestora. Dentro do serviço público, eu acho que a todo tempo você está [como gestora]. Hoje você está e amanhã pode não estar. (...) onde eu estiver, fazendo o que for, eu vou administrar aquele meu serviço. Eu vou estar gerindo aquele momento. Alguma tomada de decisão eu vou ter (...) (Margarida).

Mesmo quando eu estou na assistência à saúde, eu estou o tempo todo fazendo gestão. (...) O tempo todo eu estou tentando fazer essa articulação da gestão. (...) Mesmo quando eu estou no [atendimento] individual, eu estou fazendo gestão. Eu não consigo desvincular mais isso de mim. (...) Para mim é sempre gestão (Camélia).

Entretanto, Lavanda diz que a gestão de uma unidade de saúde, média gerência, é parcial comparada à gestão local das AP ou central da SMS. “Eu me considere mais gestora, porque eu não tinha assistência [à saúde] para fazer. Eu trabalhava, exclusivamente, com gestão. Eu só fazia [isso]. 99% do que você faz ali é gestão”. Dentro de sua história, o papel de gestora da Unidade de Saúde não foi exclusivo para atividades deste escopo. Ocupar este lugar não significa se ausentar da assistência à saúde, “quem cobre o setor é o chefe. Eu atendia direto. (...) O chefe que cobria a ausência do funcionário (...)”.

Diante dessa dinâmica, as entrevistadas assumem o papel na gestão como um desafio para novas áreas e conhecimentos. Algumas falam que o trabalho na assistência à saúde havia se esgotado e buscavam na gestão a possibilidade de evolução e novos aprendizados. É nítido nos discursos que parte delas sequer sabia da existência ou funcionamento dos setores que se tornaram responsáveis. Inevitavelmente, as trabalhadoras da gestão improvisam e empiricamente constroem o cotidiano do trabalho.

As experiências de trabalho são retratadas de modos diferentes. Para algumas a circulação entre diferentes níveis de gestão e entes federativos, representou um marco na

atuação como gestora. Outras falam de um dia a dia solitário, sem apoio de outras pessoas ou outros setores, na busca do entendimento sobre seu próprio trabalho. E muitas dizem sobre a experiência construída a partir das trocas entre os pares (gestores com os mesmos cargos ou próximos em relação ao organograma da SMS), as suas equipes multiprofissionais ou com suas chefias.

Eu tenho alguns marcos. Ter ido para a Secretaria Estadual de Saúde foi um marco, o divisor de águas. Ter ido para a coordenação de áreas depois de ter vivido tanto tempo no nível central também foi um grande divisor de águas, de como enxergar a assistência [à saúde] (Orquídea).

Flor de Lótus descreve sua experiência de desamparo diante de um trabalho novo na SMS.

Eles querem sempre alguém que tem experiência. (...) eu sei que facilita bastante quando tem experiência e [se] dá uma oportunidade. Para quem está chegando do zero é desesperador (...) “Se vira, você não assumiu o cargo? Agora corre atrás”. Eu ia para reuniões e ficava perdida. Eu ficava anotando as palavras chaves para poder ficar buscando o quê que era aquilo (...). Eu fui pegando o início das coisas, mas quando eu cheguei era horrível, desesperador, porque eu não tinha com quem trocar. O nível central não me ajudou. Quando eu perguntava, [o nível central] meio que me devolvia tudo. Em outras palavras era: “Se vira, o cargo é teu”. (...) Não teve [uma fala] assim: “Ah, fulano vai te passar, vai te explicar”. Não teve isso. Eu não podia contar com ninguém, porque todo mundo tinha mudado de posição. Era novidade para todo mundo. Ninguém tinha tempo de explicar para o outro.

A própria experiência de trabalho é vista como complementar à formação: “(...) aprendi mais saúde pública (...) reconheci coisas que eu fazia, mas que eu não sabia que tinham nome. Eu tive realmente a bagagem teórica (...)” (Bromélia). A entrevista diz que o aprendizado sistematizado sobre Saúde Pública lhe deu mais confiança no exercício de seu trabalho.

Não por acaso, a falta de formação dos gestores é ressaltada nas entrevistas como elemento dificultador da implementação das políticas voltadas para a Atenção Básica.

Uma falha, como existiu comigo, que era assumir uma gestão, de verdade, sem nem um tipo de preparo. Um preparo técnico, eu digo. (...) No serviço público, o que eu posso dizer é que não somos preparados. Você age, muitas vezes, com o coração. Age, muitas vezes, com sua intuição, sua observação (Hortênsia).

A contribuição da SMS no acesso a uma formação sistematizada tem expressão na liberação de carga horária, financiamento de cursos ou convênios com instituições de ensino, assim como gratificações financeiras aos trabalhadores, segundo as entrevistadas. Bromélia é extremamente grata por tais contribuições em sua formação:

Os cursos que me foram permitidos fazer (...) funcionaram até como um acréscimo ao meu salário, porque nós ficamos nos sentindo mais capacitadas para fazer aquilo que fazemos. Nós retornamos aquilo para o trabalho. Nós temos como uma gratificação pessoal também, retorna também para seu currículo, retorna também para a experiência.

De qualquer forma, a crítica quanto a ocupação dos cargos em comissão e a formação para a gestão continuam:

Nós temos ouvido algumas falas, às vezes: “Olha, eu era do setor privado. Eu estou vindo para cá e não entendo nada”. Poxa, é difícil. Você vem trabalhar numa SMS e diz que vem do privado e não sabe nada de Saúde Pública? Tem um monte de pessoas que você está dispensando, pessoas que você formou. Você não aproveita? Isso é ruim de ver. Você investe muito na formação e, talvez, em alguns momentos você não aproveita todo mundo que deveria. [É preciso] Dar chance para quem você formou a vida toda para contribuir mais (Camélia).

Nesta frase, Camélia traz as questões referente às formações proporcionadas pela SMS, a experiência de trabalho no setor privado versus público, e em outras passagens acrescenta a importância de um grupo que atue na perspectiva da APS.

Na vida dessas gestoras houve uma imbricação da prática profissional com a formação para a gestão. Por meio desta experiência, elas apontam que os processos de formação dos gestores subsidiam a continuidade e a descontinuidade na implementação das políticas de Atenção Básica. Esta formação é vista de forma ampla, considerando as formações disponibilizadas pelas instituições de ensino ou pela SMS, também o compartilhamento de experiências ou mesmo as atualizações relativas ao acompanhamento das legislações.

A despeito das características subjetivas terem sido fortemente utilizadas na justificativa do “ser gestor”, elas aparecem como elemento de continuidade para apenas uma entrevistada.

A gestão como um lugar, cargo em comissão, não é associado as facilidades e/ou dificuldades da implementação das políticas. Embora, indiretamente, este fato tenha sido abordado na crítica a estrutura e a formação das pessoas que ocupam os lugares estratégicos na gestão em saúde.

3.4. “Cada um tem uma cabeça diferente e toca [o trabalho] de forma diferente”

No livro “Qualificação de gestores do SUS” (GONDIM, et al., 2011) são apresentadas as seguintes funções gestoras: formulação de políticas e planejamento, vistas como inseparáveis; gestão orçamentaria e financeira; regulação; monitoramento e avaliação. É compreendido que essas funções subsidiam e viabilizam o trabalho dos gestores.

Em termos gerais, o planejamento parte de uma problemática identificada e aprofundada em um diagnóstico situacional. Seu propósito é a resolução das questões identificadas como prioritárias. Barbosa (2011) traz as contribuições de Carlos Matus

(1993) ao tratar dos aspectos que envolvem o planejamento na Administração Pública, visto no chamado triângulo de governo que compreende o projeto do governo eleito, a governabilidade dos atores envolvidos e a capacidade do governo para conduzir e/ou induzir os processos.

As diretrizes para o planejamento do SUS e a definição de seus instrumentos foram instituídas na Portaria nº 2.135, de 25 setembro de 2013, incorporada à Portaria de Consolidação nº 1, de 28 de setembro de 2017 (BRASIL, 2017c), o que vai ao encontro da Constituição Federal de 1988 no que se refere ao estabelecimento do PPA, da Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e da Lei Orçamentária Anual (LOA).

Os instrumentos do planejamento em saúde como: Plano Municipal de Saúde (PMS), a Programação Anual da Saúde (PAS), o Relatório Anual de Gestão (RAG) e o Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA) estão na ordem da obrigatoriedade para os gestores, considerados autoridades sanitárias.

Conforme material utilizado no curso de aperfeiçoamento em Gestão Municipal do SUS:

Não há gestão de qualidade sem que o gestor utilize do planejamento como forma de trabalho permanente. (...) Há que se ter uma análise da importância das ações de cada área técnica serem direcionadas pelos objetivos e metas relacionadas às necessidades de saúde da população de seu município. Some-se a isso a questão orçamentária, que sempre insuficiente, vai determinar que o planejado foque as ações de maior importância local. O plano é um documento vivo que se altera com as mudanças na realidade sanitária do município. O Planejamento permanente é uma técnica para qualificar a gestão (CONASEMS, 2021a, p.73).

O planejamento é uma das funções gestoras mais mencionada pelas entrevistadas. A existência de “diretrizes”, “programação”, “direcionamento”, “norte”, e o estabelecimento de prazos e metas são pontuados como facilitadores na implementação e na continuidade das políticas de Atenção Básica. No entanto, os instrumentos consagrados nas legislações sequer são citados. Aparentemente, o trabalho desenvolvido por elas nas áreas específicas, chamadas de técnicas, do nível central e local da SMS, se expressa de forma dissociada do Plano de Saúde. Caberia uma análise sobre o quanto o Plano de Saúde esteve coerente com a realidade, principalmente orçamentária e financeira, e as necessidades de saúde do Rio de Janeiro, assim como sua execução levando em conta as tensões no triângulo de governo. Independente desta última questão, as gestoras trazem elementos importantes sobre o planejamento de sua rotina de trabalho, em especial os impactos que ele sofre com a rotatividade de suas chefias mais próximas. Estas representadas pelas figuras dos coordenadores das AP e/ou do Subsecretário.

Nossa foram muitas gestões. Ficou bem confuso isso daí, porque vai interrompendo todo o processo. Cada um tem uma cabeça diferente e toca [o trabalho] de forma diferente. Você está seguindo o planejamento de uma [chefia] quando é interrompido, [depois] começa outro [planejamento]. Isso eu acho que atrapalha bastante o trabalho (Flor de Lótus).

Nas palavras de Hortênsia,

O nosso trabalho era interrompido o tempo todo. (...) [O período] Nos meses de outubro até dezembro, era o momento de sentar e montar o planejamento para o ano seguinte. Você monta seu planejamento e chega uma outra pessoa. Você senta e discute. Inicia o trabalho. Daqui a seis meses, [sai] aquela pessoa que você iniciou o trabalho. (...) Você volta de novo. Entra uma outra pessoa, com outras ideias e que recebeu as informações diferentes para aquele momento.

O problema em si não é a substituição das chefias, uma vez que também são ocupadas por cargos em comissão e fadadas à exoneração. A centralidade do problema apontado está na alta rotatividade, havendo mudanças de seis em seis meses ou no mínimo uma vez ao ano. A alta rotatividade acarreta a elaboração de planejamentos diferentes ou alteração na condução das prioridades.

Concomitantemente, a definição das prioridades faz determinadas atividades serem marginalizadas. Azaleia diz que as reuniões sistemáticas entre o seu setor com os outros níveis de gestão se perderam. “Teve um momento que isso se perdeu, porque nós acabamos sendo atropelados”. A noção de ser atropelado tem vinculação com a escolha de quais atividades deveriam ou não serem garantidas. Para complementar, o “atropelamento” também pode estar conectado a sobrecarga de trabalho tornando a situação muito complexa e inviável de ser resolvida apenas com um planejamento.

Dessa forma, a priorização dos problemas e a condução das possíveis resoluções na gestão geram descontinuidades a depender de como são realizadas. O contrário também é verdadeiro. Dama-da-noite conta a trajetória da diminuição da mortalidade materna na sua região. Ela fala do planejamento, das metas, dos instrumentos e dos resultados positivos com todo o processo. Margarida também resgata períodos em que identifica uma SMS organizada que definia os planejamentos, os papéis e que era pautada por diretrizes e objetivos.

O último aspecto tido como facilitador e que colabora com a manutenção das políticas, é o acompanhamento e cumprimento das legislações. Neste sentido, estamos envolvidos da função gestora de planejamento e formulação de políticas. Duas entrevistadas falam sobre as regras descritas nas portarias e a responsabilidade dos gestores do município em conhecê-las e aplicá-las. Parte dessas regras é trazida no contexto dos ritos licitatórios. A outra parte está correlacionada a um indicativo da subordinação do município ao ente federal. Explicamos: as alterações na PNAB, principalmente no

financiamento, induziram os municípios a fazerem modificações estruturais ou nos registros em sistemas de informação. Implementar as normativas parece para Violeta um significativo elemento de continuidade do trabalho na APS, além de estar associado ao planejamento e formulação de políticas:

Principalmente, os gestores estarem antenados com as portarias. O que nós percebemos é que têm muitas pessoas que querem que as coisas aconteçam, porém não se apropriam do conteúdo das regras. O gestor precisa, antes de implementar, fazer minimamente um projeto para que aquilo dê certo. Eu acho que falta isso, muito.

Enfim, é reconhecido o papel fundamental do planejamento, assim como se destacam as descontinuidades provocadas quando ele tem alterações de forma precipitada; prioridades que não vislumbram as consequências para o trabalho, como a ausência das reuniões; desatenção as normativas para sua elaboração. Lamentavelmente, a sua importância não se expressa na relação com os documentos do planejamento, isto é, seus instrumentos.

A segunda função gestora é a gestão orçamentária, previsão dos recursos, e financeira, execução em si dos recursos. Dentre todas as funções gestoras, ela aparece com maior frequência no prisma de facilidades e dificuldades para execução das políticas. A maioria das entrevistadas não demonstra ter governabilidade sobre essa função, mas traz pontos interessantes como o conhecimento e direcionamento do financiamento, a disputa interna entre os Níveis de Atenção à Saúde e a equidade na distribuição dos recursos entre as regiões do município. Além disso, tocam na grave situação vivenciada nos últimos anos com os atrasos salariais dos profissionais da assistência à saúde, tendo como efeito as greves e paralisações dos serviços da APS. Apenas Dália fala das suas atividades que envolvem esta função gestora, inclusive a correlacionando com a definição de ser gestora: “Se ser gestora for pensar em recursos financeiros para garantir insumo, para garantia de qualificação profissional, eu me considero gestora, porque esse é o meu cotidiano”.

Na conjuntura de subfinanciamento do SUS e da responsabilidade dos entes federativos em um formato de rateio de recursos para a saúde que tem sobrecarregado os municípios, os embates internos da SMS sobre financiamento parece apenas a ponta do iceberg. Mesmo assim, adentraremos nesses tópicos trazidos pelas entrevistadas, tendo em mente a questão estrutural do financiamento do SUS.

Orquídea defende que as unidades de saúde da APS deveriam conhecer seus gastos e haver um controle sobre eles. Ela resgata um histórico da SMS no qual era publicado em Diário Oficial “quanto cada unidade gastava de tudo: oxigênio, gaze,

esparadrapo (...) e quanto ela faturava por procedimento”. A responsabilidade recaia sobre a média gerência, diretores e gerentes dos serviços. Este fato não foi alterado significativamente, pois os gerentes continuam assinando e comprovando os gastos com insumos e com a infraestrutura das unidades. No entanto, a entrevistada acredita que o controle é muito “frouxo”, atualmente. Lembrando que grande parte dos serviços da APS no município são gerenciados pelas OSS, via contratualização. São realizadas periodicamente avaliações para análise do cumprimento das metas contratuais e, possíveis penalidades, nas Comissões Técnicas de Avaliação (CTA), com membros da gestão local e central da SMS.

Dava um trabalho horrível. Na época, tinha muito menos unidade do que tem hoje. Mas o gestor local tem que ter isso na mão. (...) Eu não posso gastar em anti-hipertensivos para além do meu número de hipertensos. Alguém tem que olhar isso (Orquídea).

A crítica de Orquídea incide no controle, ou sua falta, dos gastos da APS, do que propriamente no modelo de gestão implantado. E salienta a responsabilidade da gerência intermediária. Outro ponto tocado pela entrevistada e atestado por outras, é o direcionamento dos recursos para a manutenção do funcionamento das unidades de saúde. Elas mostram uma preocupação com a garantia dos recursos voltados para os insumos, medicamentos e infraestrutura das unidades da APS.

No aspecto de direcionamento do financiamento, identificamos também o comentário de uma das entrevistadas a respeito dos “recursos carimbados” pelo governo federal. Considerando que grande parte dos municípios necessita de aporte financeiro do ente federal, a indução de implantação de políticas públicas via financiamento é histórica. Neste contexto, determinados programas como AIDS, tuberculose, recebiam recursos “carimbados” e, obrigatoriamente, os municípios deveriam utilizar os incentivos financeiros para tais objetos com prazo pré-estabelecido, sob pena de devolução em caso de descumprimento. Ela enfatiza que quando o recurso vinha de tal maneira, o seu setor tinha independência da própria SMS, no sentido de “ter ou não dinheiro”. Assim, é visto como um fator facilitador. A publicação da Portaria nº 3.992, de 28 de dezembro de 2017 (BRASIL, 2017d), transforma os 07 blocos de financiamento, existentes desde 2007, em 02, conseqüentemente afeta a criação e controle de “recursos carimbados”, sendo então reduzidos. Apesar da discussão sobre a diminuição dos blocos de financiamento e seu impacto nas políticas de Atenção Básica, a entrevistada enfatiza a independência financeira de pautas específicas, expõe uma possível divergência ou dificuldade de priorização da SMS em relação ao Ministério da Saúde. Enquanto um ente reforça a necessidade de ações voltadas para um determinado agravo, o outro se vê subordinado ou

impulsionado a partir dos recursos financeiros. De alguma maneira, é uma disputa, seja entre SMS ou MS, ou dentro da própria SMS entre aqueles que eram privilegiados com “recursos carimbados” dos que não eram.

Bromélia, atenta à disputa interna entre os níveis de Atenção à Saúde, afirma que a ausência do investimento na APS gera descontinuidade nos processos já instalados. Uma das saídas, é o gestor entrar na disputa com os seus pares. No caso, dá a entender que trata-se dos secretários, subsecretários e superintendentes da SMS.

O gestor, quem manda, ter a vontade de brigar por isso, de forma a politicamente se indispor com quem é do hospital. Se indispor pelo recurso. Brigar pelo recurso, porque o recurso é importante. Não dá para fazer sem recurso.

A “briga” pelo orçamento e financeiro traz luz aos modelos de atenção à saúde, inclusive a transição do Rio de Janeiro hospitalocêntrico para uma rede com a priorização da APS. Entretanto, ela também indica uma lógica perversa quando há falta de recursos. Ao invés da união entre gestores da Atenção Primária, Vigilância em Saúde, Hospitais e outras áreas, para a discussão sobre prioridades e necessidades em saúde, é introduzida a concorrência, como se fosse possível pensar uma rede de Atenção à Saúde com níveis de complexidades independentes.

Aproveitando a questão da priorização do rateio dos recursos da SMS para a APS, temos nos comentários de Dama-da-noite a problemática dessa divisão entre as próprias CAP. Como exemplo, ela fala da contratação dos profissionais de medicina para as equipes e a desigualdade entre as regiões da cidade no quesito de atração e fixação de tais profissionais. Sua defesa volta-se para um investimento na força de trabalho que pressuponha equidade entre as AP. Assim, a falta de equidade entre as AP na distribuição dos recursos dificulta a manutenção da APS.

Com o aumento dos salários dos médicos pelo menos nas AP 5.1, 5.2 e 5.3, teremos um maior chamativo. (...) Vou dar o exemplo da última [chamada de processo seletivo] que estávamos comparando. Foram sessenta inscritos para as AP 2.1, 1.0 e 4.0. e oito para as AP 5.1, 5.2 e 5.3. O que dificulta é o salário (...). O salário é o mesmo para quem trabalha em Santa Cruz, Campo Grande de quem trabalha na Barra, na Zona Sul ou no Centro, sendo que a facilidade de malha viária é muito melhor [nesses últimos bairros] (...).

Os apontamentos sobre como utilizamos, como prestamos contas e como priorizamos o financiamento são abordados por algumas participantes. Contudo, é unânime a constatação que é necessário ter os “recursos financeiros”, o “investimento”, o “orçamento”, o “financiamento”. São diversas palavras para dizer “dinheiro”.

É inegável que os recursos financeiros viabilizam a implementação das políticas públicas. Nessa direção, os instrumentos orçamentários, como a LDO e LOA precisariam estar casados aos instrumentos de planejamento, como a PPA, PMS e PAS.

A situação vivenciada pelas gestoras quanto à falta de financiamento da APS, culminando no dramático período de ausência de pagamento dos profissionais da assistência à saúde, pode ser analisada a partir de perguntas: Por que um PPA que pressupõe 72% de cobertura da Atenção Básica não se correlaciona com a LDA ou a LOA, considerando os valores necessários para manutenção dos serviços da APS? Por que após a redução do número de equipes da APS, efetivado com a justificativa de falta de orçamento, os pagamentos de profissionais continuaram em atraso?

A proposta é suscitar perguntas e finalizar a discussão sobre a função gestora financiamento com a amplitude das questões e atores envolvidos, e que sua prerrogativa é basal.

O metafórico termo “buraco na maca” usado por Bromélia, que também é literal, para designar o desmonte da APS traduz os embates do financiamento no município Rio de Janeiro.

A respeito da terceira função gestora, regulação, poucas são as citações. Destaca-se que pela Política Nacional de Regulação do SUS há três dimensões que envolvem a atuação dos gestores: regulação de sistemas de saúde, regulação da atenção à saúde, regulação do acesso à assistência (FARIAS et al., 2011).

Na regulação da atenção à saúde encontra-se a relação do gestor com os prestadores de serviço, por vezes apresentada via contratos de gestão. Lembrando que grande parte dos serviços da APS no município é gerenciada pelas OSS contratualizadas. São realizadas periodicamente avaliações para análise do cumprimento das metas contratuais e possíveis penalidades, nas CTA, com membros da gestão local e central da SMS. Uma das entrevistadas acredita que o controle destes contratos é muito “frouxo”, atualmente, entendido como uma dificuldade na implantação das políticas de Atenção Básica. Ela acrescenta que a expansão das equipes e serviços da APS deveria ter vindo acompanhada por critérios, dados, indicadores e, diz que os trabalhadores ficaram alheios a construção e monitoramento da ferramenta Contrato de Gestão. Parece que, intencionalmente ou não, a participação dos estatutários em CTA, com nomeações em Diário Oficial, foi insuficiente para envolver todos os gestores neste processo de contratualização e, principalmente, em sua regulação.

A regulação também fica evidente como função gestora quando as entrevistadas falam da elaboração de protocolos que colaborem para “colocar as coisas mais claras para quem está (...)” (Camélia) no trabalho da assistência à saúde. Além de elaborar, apontam para a cobrança da execução desses protocolos. No entanto, não há menção da função de regulação e suas atividades como facilitadoras ou dificultadoras na implantação da Atenção Básica.

Por último, as funções gestoras de monitoramento e avaliação, descritas conjuntamente, suscitam questões relacionadas ao acompanhamento e análise dos dados produzidos na execução das ações e serviços de saúde. Em geral, o monitoramento se volta para as metas e indicadores (CONASEMS, 2021a). Já a avaliação parte das hipóteses identificadas no monitoramento sobre a distância entre o planejado e o alcançado (CRUZ et al., 2011).

Os instrumentos de planejamento como o RAG e RDQA, ao exibirem os resultados e representar uma forma de prestação de contas, também podem ser tomados como componentes do monitoramento e da avaliação. Assim, como os outros instrumentos instituídos, o RAG e RDQA não são mencionados pelas entrevistadas. Porém, a importância do registro de dados, conseqüentemente da geração de informações, e a prestação de contas são abordadas.

Ser gestor é além de dominar, independentemente de ser uma unidade de saúde ou uma CAP, o seu serviço. Também [é] ter que prestar contas em relação alguns deveres que são inerentes, sejam os indicadores, seja a questão do Ministério Público, seja questão de ouvidoria e responder até para os colaboradores (...) (Dama-da-noite).

Flor de Lótus e Margarida enfatizam que os registros de dados realizados pelos profissionais da assistência à saúde subsidiam as políticas públicas, funcionando como um comprovante de sua existência e continuidade.

(...) a importância dos registros mesmo que sejam procedimentos de Atenção Básica e que não tenham valor nenhum. Nós precisamos registrar, porque já existe um valor fixo que o município recebe e precisa [ser] justificado. É a nossa nota fiscal. Eles estão pagando e nós temos que devolver com serviço. Esses números têm importância. De fato, essa importância faz com que o trabalho não acabe nunca. Isso vai para equipe, porque tudo é através do número. (...) eu sempre falo [que caso] você tenha que aumentar ou diminuir uma equipe de uma unidade de saúde [será algo decidido] através dos números. Você tem várias equipes e o parâmetro é quatro mil [cadastrados por equipe], [mas uma delas] só tem dois mil [cadastrados], [conclui-se que] não precisa de uma equipe (...). Para que você vai ter esse custo? (Flor de Lótus).

Eu acredito que são essas informações que vão dar o subsídio para termos a política pública. [Elas vão] mostrando a necessidade daquele serviço continuar. Nós mostramos tanto na diminuição da mortalidade materna [quanto nos atendimentos] de pré-natal, as vacinações (Margarida).

Flor de Lótus elucida vários pontos: os procedimentos de Atenção Básica versus procedimentos de Média e Alta complexidade e a questão do financiamento via faturamento de procedimentos; o registro como “nota fiscal” do funcionamento das equipes e serviços da APS; o monitoramento e avaliação conectados as formas quantitativas de medição; o julgamento, típico da avaliação, na definição de parâmetros aceitáveis ou não para a existência de uma equipe. Dentre todos os pontos, ela fala sobre o seu próprio trabalho e sua importância diante de uma demanda contínua. Esta demanda continua vai ao encontro da retroalimentação prevista para o processo de planejamento, execução, monitoramento e avaliação.

O faturamento via procedimentos e a necessidade de controle da produção das unidades de saúde também está no discurso de Orquídea. Essa noção remonta ao antigo formato de financiamento e, mais do que isso, demonstra novamente a dependência dos municípios diante dos recursos federais. A “nota fiscal” tem como destinatário o Ministério da Saúde.

Como facilitador da política de Atenção Básica, Margarida reforça a ideia do registro como comprovante do trabalho da assistência à saúde e do valor dado aos serviços para que sejam mantidos ou não.

O monitoramento e avaliação realizados prioritariamente a partir de medições quantitativas, estão relacionados à referência constante aos indicadores. Orquídea e Rosa salientam a importância dos indicadores como facilitadores da política pública, desde que “claros” e não “frágeis”. Rosa afirma que o retorno do trabalho da assistência à saúde está expresso nos indicadores, fato que corrobora a fala da Margarida.

Na realidade, eu acho que essa expansão [da APS], mega expansão, talvez tivesse que ter sido mais acompanhada, mais controlada com indicadores e não foi. Tudo era [justificado] porque começou agora. (...) Nós batemos palma [para a expansão da APS], porém ela tinha que ter sido acompanhada de um critério, de dados (Orquídea).

Os termos “controle”, “nota fiscal”, “supervisão” dão pistas do entendimento sobre a concepção e a forma de realizar o monitoramento e avaliação para as gestoras. Inegavelmente, a análise de dados é fundamental para a implementação de políticas públicas. Mas, cabe saber quais as ferramentas ofertadas para que os dados sejam registrados, os aspectos que serão considerados nas análises e mesmo o juízo aplicado às hipóteses. Por exemplo, a definição arbitrária de que uma equipe deve atender 4.000 mil pessoas desconsidera as diversas vulnerabilidades dos territórios, a fixação ou rotatividade de profissionais da equipe ou mesmo o sentido da atividade de registro de cadastrados para o ACS.

Não por acaso, os Sistemas de Informações são ressaltados como importantes elementos de continuidade e/ou descontinuidade das políticas públicas. Magnólia pontua que a alteração do prontuário eletrônico gerou perdas tanto na continuidade do atendimento ao usuário, como na falta de dados e informações para a gestão. Azaleia complementa sobre tal mudança afetar o cálculo dos indicadores, “ficou um pouco perdido o trabalho”, como tratado no capítulo anterior.

Já Dama-da-noite traz a dimensão de uma avaliação das unidades de saúde com o propósito de alimentação do trabalho da própria gestão no que diz respeito à escolha de quais treinamentos voltados as Linhas de Cuidado, são necessários. Margarida traz como facilitador a dimensão da retroalimentação, o retorno as informações, da própria unidade de saúde em seu monitoramento e avaliação.

Para além do monitoramento e da avaliação da assistência à saúde, Camélia acredita que ao apresentar os dados monitorados e avaliados para os novos gestores, hierarquicamente superiores, é uma forma de facilitar a implementação da política. Ela comenta sobre os limites dessa prática: “Eu lembro o esforço da (...) subsecretária e de pessoas falando que tentaram [dialogar com o prefeito]. Provavelmente, elas tentaram mostrando os dados, mas não tinha escuta”. Esta questão foi discutida e aprofundada no primeiro capítulo.

Por fim, Gaulejac (2007) nos alerta

A gestão deveria oferecer-nos instrumentos tão adequados, para avaliar esses custos sociais e psíquicos, quanto aqueles que ela criou para avaliar os benefícios e as perdas financeiras. Essa preocupação seria o sinal de que ela não é mais uma ideologia a serviço do poder dominante, mas uma ciência a serviço do interesse geral. (GAULEJAC, 2007, p.233).

Mais do que funções para orientar a tomada de decisão e acompanhar a melhoria da qualidade da assistência à saúde ou do próprio trabalho na gestão, o monitoramento e avaliação são tratados como importantes para continuidade da implementação da política pública na dimensão voltada à exibição de dados e resultados, como prova da necessidade das equipes e serviços da APS. As entrevistadas fazem críticas às alterações dos Sistemas de Informação e seus impactos, o julgamento arbitrário de alguns números, principalmente dos indicadores, mas não as associam diretamente à implantação de um modelo de gestão gerencialista, seja no aspecto da terceirização como transposição da lógica privada aplicada ao funcionamento como no acompanhamento do trabalho das unidades de saúde e da gestão pública.

3.5. “Trabalhar não para as pessoas, mas pelo processo”

A organização do processo de trabalho da gestão é o principal e recorrente elemento presente no discurso das entrevistadas, como assegurador da continuidade do trabalho e facilitador da implementação das políticas de Atenção Básica. O trabalho em equipe, a sistematização e transparência das atividades desenvolvidas, a relação com outros setores e os níveis de gestão, a comunicação institucional, são tratados nesta categoria que aparenta ter proximidade com o cotidiano da gestão e maior possibilidade de governabilidade dos atores envolvidos.

O trabalho em equipe é tido como uma função do gestor, ao mesmo tempo em que é um facilitador do trabalho da gestão no que diz respeito à implementação das políticas. Azaleia diz ser preciso “(...) entender, orientar e manter a equipe coesa” e que “ter uma equipe agregada” gera a continuidade dos processos. Na mesma direção, Dama-da-noite fala da coesão de sua equipe e as trocas de saberes entre seus membros. Bromélia compartilha sua experiência de aprendizado em uma equipe multiprofissional na gestão, assim como Dália.

Eu aprendi muito com as equipes que eu trabalhei, porque sempre foram pessoas muito diferentes. Eu tive a oportunidade de trabalhar com servidores que eram, às vezes, 30 anos mais velhos que eu e eram servidores há 30 anos. Tinha ali uma menina que eles diziam como líder do grupo. Me ensinaram muito, inclusive. E, também, tive oportunidade de trabalhar com pessoas jovens, que tinham acabado de chegar (Dália).

A importância do trabalho em equipe é tão reforçada que dificulta uma crítica contundente a uma lógica que se alinha à precarização do trabalho.

Eu acho que a equipe que eu tenho. (...) Eles são muito dedicados, parceiros. Muitas vezes, eles vêm trabalhar sem pagamento, sem vale alimentação. Eu tenho uma equipe, graças à deus, que trabalha porque gosta. Eles se dedicam. Às vezes, nós não sabemos como fazer, mas estudamos e conseguimos tirar do limão uma limonada. Nós conseguimos fazer muito com poucos. Eu acho que nós somos poucos agora e conseguimos fazer muito, isso ajuda bastante (Magnólia).

De certa forma, Magnólia denuncia a gravidade das condições de trabalho a que estão submetidos os trabalhadores de sua equipe, os terceirizados, mas ressalta um aspecto positivo da equipe devido à dedicação e permanência no trabalho. O fato de haver poucos trabalhadores na equipe, devido à demissão ou descontinuidade, é abertamente destacado por Dália e Lavanda, entre outras entrevistadas. Mesmo diante de dificuldades na própria gestão, Camélia vê a equipe como aquela que “briga junto para que as coisas não se percam”.

A demissão dos trabalhadores terceirizados da gestão é trazida no contexto de crise política e econômica, conforme Dália. O movimento de redução das equipes da

assistência à saúde também atinge as equipes da gestão. Como consequência, Magnólia comenta que a diminuição de sua equipe veio acompanhada da queda da qualidade do trabalho.

Outro ponto é a descontinuidade de uma equipe. Neste caso, os trabalhadores, estatutários, perdem sua função e/ou seu setor e são realocados. Tal descontinuidade está associada à mudança das chefias, dos demais gestores. Neste sentido, Dália aborda a importância da transição entre gestões ou chefias: “(...) uma boa transição do trabalho para quem chegou, uma transição tranquila, generosa, o trabalho continua fluindo. Se o rompimento é muito brusco as coisas não andam”.

Se a demissão redundava em uma possível redução da qualidade do trabalho da equipe e fato de que a descontinuidade deveria pressupor uma transição, a permanência da mesma equipe na gestão parece garantir a manutenção de uma história e de um lugar.

A equipe ajuda bastante. Por exemplo, quando você vê alguns setores que mudam a equipe inteira é muito difícil manter essa continuidade. Eu estou num grupo que está aqui há muitos anos e que teve poucas mudanças. Essa equipe sabe essa história e ajuda a conquistar esse lugar. Muitas vezes, fica junto contigo enxugando gelo, mas pelo menos ela tem um lugar marcado (Camélia).

O trabalho em equipe torna-se fundamental, embora funcione transformando um “limão em limonada” ou “enxugando o gelo”. Aliás, esses termos são bem complicados quando os transpomos para a implementação das políticas de Atenção Básica. O que significa fazer uma política pública com poucos recursos, poucos trabalhadores?

Para sanar as angústias de sua equipe, Bromélia explica que os limites estão dados e que cabe o entendimento do valor do trabalho.

(...) tentando mediar com eles [equipe que coordenava] para que não se frustrassem achando que iam resolver todos aqueles problemas sozinhos. Nós somos uma pecinha nesse grande quebra-cabeça. Nós somos só uma pecinha. Nós [temos] também [que] nos vemos como uma pecinha, se não dá um valor maior ao nosso trabalho do que ele também tem.

Ao mesmo tempo, recai sobre essas gestoras a atribuição de “(...) manter aquelas pessoas felizes, seja feliz profissionalmente, financeiramente (...)”, como afirma Dália.

Você pode ser muito bom tecnicamente, pode ter dinheiro, mas você pode ferrar a sua equipe e ferrar o trabalho se não tiver (...) se não conseguir manter um bom clima organizacional, se não fizer as pessoas terem vontade de trabalhar. Ou você só trabalha ou você tem vontade de acordar de manhã e fazer o que é melhor. Eu acho que isso é muito motivado por bons líderes.

O cuidado com a equipe e a manutenção de sua motivação compõe a compreensão das entrevistadas a respeito do trabalho em equipe. Inclusive, isso se estende aos profissionais da assistência à saúde. A valorização e a motivação dos profissionais “da linha de frente” são vistas como facilitadores na implementação das políticas e estariam

a cargo dos gestores. Essa mesma dimensão é acompanhada de um “gostar do trabalho” e da “vontade de trabalhar”. É necessário manter a motivação e ter volição para que a equipe funcione. Lavanda lança mão de termos como “boa vontade” das pessoas, “união” e ajuda das pessoas.

Ao invés de uma função do gestor no cuidado com a equipe ou no caráter individualizado do “gostar do trabalho”, seria possível pensar sobre a construção de sentido do trabalho no SUS, na APS e na gestão para seus trabalhadores.

Além dos aspectos acima, o trabalho em equipe deveria ser desenvolvido com o compartilhamento de responsabilidades, uma uniformidade, uma sistematização e transparência dos processos, segundo as entrevistadas.

O trabalho precisa ser compartilhado. Acho que é uma outra necessidade. Não dá para você vencer o objetivo sozinho. Você precisa compartilhar a responsabilidade. Você tem que ter uma equipe de confiança (Margarida).

Ter uma equipe coesa, que eu falo. É uma equipe que está sempre tendo troca [de conhecimentos]. Uma equipe que está ali participando e dando a devolutiva [do trabalho]. Uma equipe que trabalha da mesma forma (Dama-da-noite).

Todo mundo sabendo fazer tudo e não ficando na dependência de uma única pessoa. Eu acho que isso é o mais importante em um setor. A figura do responsável, do “chefe”, vamos dizer assim, entre aspas, é importante, mas você tem que ter uma equipe. Acho que essa figura do chefe nem aparece tanto quando todo mundo acaba falando a mesma língua, [tendo o] mesmo discurso e o mesmo processo de trabalho. Isso ajuda muito. Isso ajuda a fazer as coisas acontecerem (Azaleia).

Violeta amplia a noção de sistematização e transparência dos processos de trabalho ao colocar que essas atividades independem de qual equipe as exercerá.

(...) a sistematização de processos (...), independente de quem entra e quem saia. Se eles [processos] ficam bem consolidados, a próxima [pessoa] que chega, se tiver alguma mudança de profissional, consegue-se dar continuidade ao serviço.

A mesma entrevistada denuncia...

Eu me vejo como sendo uma pessoa que saía daquele lugar e as pessoas irão continuar trabalhando, diferentemente de muitas pessoas que vejo na gestão. [Há] pessoas que tomam o serviço para si [e] ninguém mais sabe como fazer o serviço. A pessoa sai e ninguém mais sabe como faz. Eu não. Eu sou super transparente nos meus processos.

As dificuldades de acesso às informações de maneira sistematizada, seja via protocolos operacionais ou pelo histórico institucional, é ponto chave para a descontinuidade do trabalho na gestão. É sabido que determinadas equipes ao serem desfeitas, seus membros carregam o histórico consigo, chegando a apagar dados e informações de computadores e outras ferramentas. Orquídea diz que vivenciou momentos em que as pessoas se fecharam quanto ao repasse das informações do setor, mencionando que se tratava de trabalhadores estatutários.

As contradições de uma continuidade vistas na sistematização e transparência do processo de trabalho estão evidentes na fala da Dália:

Eu volto de novo para a dimensão das relações humanas. Eu saí [do setor] deixando uma pessoa no lugar que era da equipe, mas de certa forma todo o trabalho foi descontinuado. E não foi por falta de informação (...) as coisas (...) estavam lá todas organizadas, não 100% é claro, mas estavam lá de um jeito que dava para as pessoas entenderem. Eu acho que (...) quando nós falamos das dimensões das relações humanas é sobre isso. Todo mundo que chega quer fazer algo diferente (...). É muita vaidade, se nós formos pensar numa análise mais profunda, acaba sendo uma certa vaidade você chegar em um lugar sem conhecer muito a história daquilo ali e imprimir a sua cara e dizer: “Agora é assim”. Você tem que respeitar o que aconteceu atrás.

De fato, é crucial que o trabalho da equipe ou mesmo individualmente seja “construindo produtos institucionais” com ferramentas como: e-mail institucional, registros de fácil compreensão, seja em planilhas, arquivos ou pastas. “Nós não fazemos um trabalho só para esse grupo que está nessa posição hoje” diz Dália. De qualquer forma, é fundamental não perdermos de vista os limites dessa prática diante de uma conjuntura de “vaidades” e de questões estruturais da Administração Pública que podem desconsiderar os chamados produtos institucionais, mesmo que sua construção seja clara e bem sistematizada. A entrevistada acrescenta que:

Quem vier depois de nós, se tiver vontade e, eu acho que precisa ter, inclusive esse respeito não por nós, mas pela história, independentemente do que seja essa história (...) aproveitar. Para garantia da continuidade, tem que ter bons recursos de informação. Trabalhar não para as pessoas, mas pelo processo.

Quando Dália diferencia o “trabalho para pessoas” do “trabalho para o processo”, clarifica as possíveis transições das pessoas, das gestões, das equipes, e o caminho viável para a continuidade. Poderíamos inferir uma proximidade com as contradições entre as políticas de governo e Estado. Com certeza, existe uma história por trás de cada setor e o trabalho já estava sendo feito há muito tempo, mesmo que alterando as lógicas, a direção, mas existe um material histórico.

Em relação ao histórico institucional, Camélia coloca no individual da gestão a função de proatividade, nas palavras dela, e uma postura para criar caminhos de continuidade. Ela aposta no diálogo entre antigos e novos gestores.

A continuidade, eu acho, também depende muito de sermos proativos em mostrar para o outro que tem uma liga para dar sequência. Apresentar o que faz. Mostrar que isso não pode ser interrompido. Mudou, mas tem que dar um jeito de dar sequência a isso. Eu acho que tem um papel individual importante e tem do outro de ouvir ou não isso. Eu acho que tem que partir muito de quem está aqui a mais tempo também se colocar. Nem sempre é fácil, mas você vai achando algumas brechas.

Na vivência de Violeta o conflito entre gestões, anterior e atual, geraram descontinuidade no trabalho.

A transição “generosa”, como diz Dália, acompanhada de recursos de informação garantiria, minimamente, a manutenção do trabalho em situações de mudanças de trabalhadores, seja os gestores ou não. Neste caminho, “a transparência na gestão pública e o acesso à informação, como disposto na Lei nº 12.527/2011, são mudanças de paradigma” (CONASEMS, 2021b, p.28), que prevê uma democratização das informações à população e atinge o trabalho na gestão. Por exemplo, a construção de relatórios públicos para disponibilizar os dados e as informações da saúde é feita pela gestão com o intuito de sanar as demandas de ouvidorias. Por outro lado, articula uma organização interna da própria gestão.

Rosa tinha a matriz de responsabilidade pronta para entregar para as chefias e construiu modelos de relatórios que orientavam a continuidade do seu trabalho. Assim como Camélia fala da possibilidade de não ser ouvida, Rosa traz o processo de descontinuidade quando as suas chefias não olhavam o material produzido.

Além do trabalho em equipe, a relação com outros setores e/ou níveis de gestão é determinante para continuidade do trabalho, conforme Orquídea. Ela chama de “parcerizar” e afirma que a criação de parcerias está a cargo do gestor. Rosa reafirma esta questão quando conta sobre a sua chegada no setor. Segundo ela, a sequência no trabalho teve relação com a troca de conhecimento entre os pares, isto é, os demais trabalhadores com os mesmos cargos em comissão. E explica o sucesso em apostar nos resultados das parcerias:

Quando nós começamos [a trabalhar], ficamos [falando] assim: “Não, se fosse eu batia no peito e estava ótimo”. Depois que você vai ficando cascudo, quer que o outro tenha resultado. Você quer ajudar o outro para que tenha o resultado, mesmo que aquele resultado não seja tão bom quanto o que você desejava. Você tem que vibrar com cada vitória, cada entendimento do outro. Eu acho que é a parceria mesmo, construir parcerias.

Dama-da-noite põe a relação entre as CAP e delas com o nível central da SMS como elemento facilitador da implementação da Atenção Básica. “(...) Quando uma área tem dúvida, pergunta para a outra e não fica aquela coisa só de uma casinha, não. Isso faz a diferença”.

A relação entre os níveis de gestão, local e central, torna-se um facilitador quando há proximidade. Como diz Hortênsia, “uma equipe única na gestão”. Para que não houvesse dificultadores na implementação das políticas de Atenção Básica, as entrevistadas dizem que deveria haver uma uniformidade em todo o Rio, um diálogo contínuo entre os setores do nível central, evitando divergências e/ou repetições de demandas para as gestões locais e uma coerência entre os tempos de tomada de decisão e

execução. Uma relação “boa” com os gestores dos diferentes níveis, conforme Tulipa, e a retaguarda do nível central, para Dama-da-noite, colaboraram para continuidade do trabalho. Também trataremos dessas relações ao levantar os pontos sobre os arranjos organizacionais.

A uniformidade no interior da equipe ou entre níveis de gestão, é um elemento associado à comunicação institucional. Destaca-se que a rede de serviços da APS no Rio de Janeiro tem mais de 200 unidades de saúde e em média 10.000 profissionais de saúde nas equipes, considerando o período de 2016 a 2020. Neste sentido, Dama-da-noite acredita que a propagação uniforme de determinadas orientações ou o acesso às informações ao mesmo tempo facilitam a implementação da política. A capilaridade exigida para uma rede tão grande faz com que Violeta pontue a necessidade de canais de comunicação diretos com os gestores intermediários e os profissionais das equipes.

Outra ferramenta de trabalho apontada como central para continuidade do trabalho e, em consequência, viabilizando a execução da política pública, são as reuniões. Reuniões entre níveis de gestão, reuniões entre gestão e assistência, enfim são diversas composições citadas pelas gestoras.

As reuniões de equipe na gestão são vistas como espaços de educação permanente para Bromélia. Contando como um espaço de discussões e decisões, Azaleia comenta sobre as descontinuidades provocadas pela falta de reuniões e o uso de outras formas de contato entre os atores na gestão.

nós conseguíamos ter algumas reuniões pontuais com espaçamento maior, mas depois se quebrou. Ficou só os grupos frenéticos de mensagens e e-mails de uma forma meio fria, porque nós não discutíamos as coisas em conjunto. Ficava meio solto.

A ferramenta não escapa da crítica da Lavanda ao dizer que reuniões intermediáveis dificultam o trabalho porque nada resolvem. Ela também comenta da falta de objetividade dessas reuniões. Existe uma brincadeira, que às vezes escutamos nos corredores na gestão: “qual o encaminhamento da reunião que acabou agora?”. Resposta: “O encaminhamento foi marcar outra reunião”. A brincadeira pode refletir uma falta de governabilidade sob as decisões ou mesmo a complexidade das situações tratadas.

Enfim, a contribuição das entrevistadas sobre a organização do processo de trabalho da gestão e sua centralidade na continuidade do trabalho vinculada a facilitadores na implementação da política de Atenção Básica são importantes para a Administração Pública. É inegável a potência do trabalho em equipe, a sistematização e transparência dos processos de trabalho e das informações e até a comunicação institucional,

considerando as proporções das equipes e serviços da APS. Assim como, são evidentes os limites dessas práticas e a alienação da lógica que as sustentam.

3.6. “Quando você coloca na roda, cada um vai colocando uma pitadinha de um tempero” e no fim “todo muito fez junto”

Campos (2013) ao discutir sobre os arranjos organizacionais democráticos a eles se refere como uma “invenção de outra maneira para se operar com a polaridade controle institucional e autonomia do Sujeito”. Para o autor a reorganização dos arranjos é potente para reformular a racionalidade gerencial hegemônica das instituições. Onocko Campos e Campos (2012) trazem os elementos para coconstrução de autonomia do sujeito e de sua capacidade para operar sob “o sistema de poder”, com vistas ao estabelecimento de processos mais democráticos. Entre os elementos, estão o acesso as informações que inclusive se aproximam das citações das entrevistadas quanto à sistematização e transparência dos processos de trabalho. Outro elemento estaria conectado à capacidade crítica dos sujeitos: “o sujeito autônomo é o sujeito do conhecimento e da reflexão” (ONOCKO CAMPOS; CAMPOS, 2012, p.721).

A autonomia é um conceito fundamental para os autores citados acima, pois em uma sociedade democrática colabora com o rompimento do paradigma da heteronomia e até da naturalização existente em relação às leis e regras de uma sociedade. Nesta direção, apontam que a política funciona como criação e regulação da autonomia. “(...) precisamos da política como resistência, isto é, como ferramenta para impedir o exercício desenfreado e arbitrário do poder” (ONOCKO CAMPOS; CAMPOS, 2012, p.724).

Construir nova correlação de força que diminua as diferenças de poder entre os estamentos sociais e sugerir estruturas (arranjos, dispositivos, normas, etc) que consolidem situações mais equilibradas de poder (democracia também nas Organizações). Condição sem a qual se tenderia para a cristalização de contratos e compromissos opressores. Tudo isto se opõe ao sentido idealizado pelo taylorismo, que não somente sacramenta estas diferenças ao sugerir organogramas com poder concentrado, mas também cria condições ampliadas para que estas diferenças se reproduzam em crescendo (CAMPOS, 2013, p.126).

Merhy (2007) comenta que nas arenas institucionais de disputas de uma política pública, os blocos formados por usuários, trabalhadores de saúde e gestores não são homogêneos. Eles estão em constante disputa e negociação. Pontua ainda sobre um “governar arenas institucionais, atravessadas pelas multiplicidades dos atores em cena, com arranjos que se abram para as suas expressões e decisões (...)” (MERHY, 2007, p.34).

Cabe destacar que o SUS nasce de uma “concepção avançada de cidadania nacional” (MACHADO et al.; 2007) e de uma proposta de “mudança radical na cultura

da gestão pública no país” quando aposta na gestão participativa na tomada de decisões. Conforme apontam Costa e Lionço (2006, apud CUNHA; MAGAJEWISKI, 2012, p.78)

No contexto da gestão participativa, é importante lembrar que os serviços de saúde têm três objetivos básicos: a produção de saúde, a realização profissional e pessoal de seus trabalhadores e a sua própria reprodução enquanto política democrática e solidária. Esses três objetivos - a produção, a realização e a legitimação – exigem a participação dos trabalhadores da saúde, gestores e usuários em um pacto de co-responsabilidade para serem plenamente atingidos.

Ressaltamos que a gestão participativa também pode estar presente no gerencialismo. No entanto ela será reproduzida no discurso e não da tomada de decisões.

Os arranjos organizacionais apresentados pelas gestoras são diversos, contraditórios, e claramente exibem limites e tensionamentos. Não por acaso, Orquídea diz sobre a continuidade do trabalho estar associada à polêmica e as discussões que possibilitam crescimento na gestão.

Violeta e Magnólia apostam na gestão democrática e na autonomia dos diferentes níveis de gestão, entendendo a peculiaridade de cada região e unidade de saúde, como facilitadores na implementação das políticas de Atenção Básica. Violeta também salienta a importância da informação ser mais democratizada. Nesta direção, ela apontada como dificultadores: a centralização de ações, que “poderiam ser disseminadas e (...) ter um impacto maior e mais rápido se tivessem mais segmentadas, se tivessem mais pessoas envolvidas” e a morosidade, gerada quando “(...) ficavam aguardando a decisão do gestor, ou do assessor, ou do diretor. Para ela é um problema quando se tem “a informação (...), mas precisa pedir o aval para poder agir.

A relação entre os diferentes níveis de gestão, em especial na gestão local das CAP e do nível central, é abordada de forma contraditória. Ora o nível central da SMS é visto como o centro da tomada de decisão, inclusive com o poder de “cobrança”; ora é tido como elemento de impedimento para a continuidade do trabalho das gestões locais. Orquídea cita a relação desses níveis de gestão e afirma a falta de compromissos gerenciais e a existência de cobranças, como o seguimento de protocolos, dificultando o trabalho. A “cobrança” é a palavra mais utilizada em seu discurso, demonstrando o grau de arbitrariedade deste arranjo organizacional entre nível central e local.

Aparentemente, Dama-da-noite não reforça o controle das decisões do nível central quando fala da importância da uniformidade no trabalho. “Às vezes, uma área fazia de um jeito e a outra área fazia de outro. Quando eu tenho implementação desde o nível central, (...) colocando [o] mesmo [trabalho] para todas as áreas de forma igual, isso facilita muito”. Esta uniformidade e “norte” são dados pelo nível central, isto é, retorna-

se à visão de que este nível de gestão detém o poder de forma positiva. Sua aposta é no “gestor no nível central com uma equipe que consiga fazer e cobrar”, diz (Dama-da-noite), para que as gestões locais sigam em uma única direção.

Colocando o nível central como polarizador das deliberações da gestão, Dama-da-noite aponta que o processo seria facilitado se os gestores que ocupam este nível tivessem mais conhecimento sobre os territórios e suas particularidades. Além disso, ela coloca que as informações sob domínio ou produzidas pelo nível central, poderiam ser simultaneamente enviadas as AP para facilitar a implementação da política: “(...) se o nível central estivesse mais próximo da realidade facilitaria muito a aplicação”.

Já Violeta crítica a posição adotada e atribuída ao nível central, considerando que nele se tomaram decisões que impediram a continuidade do trabalho da gestão local. Segundo ela, a justificativa da proibição estaria na direção de propor uma padronização entre as AP.

Corroborando a crítica sobre o papel do nível central ao mesmo tempo reafirmando a centralidade de seu poder, Flor de Lótus questiona os gestores que “sentam em cima das coisas”, não tomam decisões e/ou não as monitoram, conseqüentemente “as pessoas acomodam e acabam não fazendo acontecer”.

Você ocupa um cargo e senta em cima das coisas. As coisas ficam rolando e o negócio vai parar na ponta dessa forma. (...) As pessoas acomodam e acabam não fazendo acontecer. Precisa de alguém tensionando, cobrando, para não acomodar. [Precisa de alguém] acreditando, fazendo uma estratégia legal e um planejamento legal. Alguém do nível central precisa estar tocando. Eu já passei por vários coordenadores e eu via que eles dançam conforme a música.

Em sua percepção, o estabelecimento dessa forma de relação entre as gestões é um facilitador. Ter um responsável pelas cobranças parece ser importante para que as coisas não fiquem “descansadas”. A última frase escancara a subordinação entre o local diante dos que ocupam o nível central, eles “dançam conforme a música”. Concomitantemente a este fato, Violeta energicamente diz que: “Existe um rompimento entre o que é decidido, tanto a nível central, quanto a nível médio, como a nível local. Uma ruptura entre o que é decidido na parte administrativa e o que de fato chega à população”. Complementa dizendo que o território passa por diversas mudanças, afinal ele é vivo, mas que o processo de alterações sofridas pelas equipes não funciona na mesma velocidade de tomadas de decisões.

A forte hierarquização, representada no organograma da SMS, e os arranjos engessados produzem os entendimentos sobre a submissão, a necessidade de responsáveis

específicos para fazer as exigências, os embates sobre autonomia e proibições, acarretando inclusive, rompimento com as decisões.

Margarida lembra de um período que sentiu ausência do “comando” do nível central, quando o trabalho foi mantido pelos profissionais antigos, em específico os servidores.

nós ficamos na gestão anterior soltos, digamos assim. Vou usar a palavra soltos, mas não das coordenações das CAP. Você tem profissionais antigos. Quem aprendeu, não deixou o trabalho se perder totalmente. Houve uma perda nesse trabalho, nessa organização, no plano macro. Cada um ficou fazendo o seu trabalho local junto com a suas coordenações das CAP, tentando manter o trabalho. (...) Os servidores conseguiram dentro das suas possibilidades, das suas realidades manter o trabalho.

Sem uma direção imposta, arrisco dizer, os trabalhadores seguem suas atividades e garantem a manutenção do trabalho.

Para dar conta de uma realidade com tantos poderes segmentados, Orquídea e Camélia afirmam que a continuidade do trabalho depende da escuta das pessoas com os cargos mais altos. Rosa complementa que a falta de entendimento e interesse das chefias produz descontinuidade nos setores da gestão. Hortênsia fala da descontinuidade gerada por “algumas questões que vem de cima”. Bromélia, na mesma linha, diz sobre o “respaldo e possibilidades [dados pelos] cargos altos para atuação das áreas técnicas”. Traduzindo, a correlação de forças não está apenas entre os níveis de gestão. Em cada nível de gestão há distintas formas de lidar com o poder, tendo sido apontado que a escuta seria suficiente para melhoria dos processos na gestão.

No universo das relações entre as CAP o discurso é de compartilhamento e trocas, mas de alguma maneira mediado pelo nível central.

A gestão democrática e a definição de qual o melhor arranjo organizacional aparecem difusos. Por sua vez, as entrevistadas em suas equipes parecem ter mais clareza destes aspectos.

Se você está em uma posição que você lidera uma equipe, você tem que ser generoso. Tem que ser generoso. Tem que ser humilde. Tem que saber ouvir sua equipe. Tem que saber reconhecer quando está errado. Ser democrático ao máximo. Mas também é a pessoa que vai puxar um pouco quando as coisas estiverem soltas. Manter uma organização (Dália).

Eu sempre tentei fazer uma gestão horizontal, linear e de conversar. Eu nunca gostei de ficar só nos quadradinhos, pelo contrário, eu gosto de fazer reuniões mensais e que cada um entenda o que está passando com o outro (Dama-da-noite).

Para exemplificar o caráter democrático e horizontal, Dália faz uma metáfora interessante:

Por muitas vezes, mesmo que eu soubesse o que queria fazer, eu deixava a equipe construir. Devagarinho eu ia botando na conversa, na construção, o plano que eu já tinha pensado. Por vezes, sai todo mundo acreditando que era aquilo, todo mundo junto. Por vezes, sai algo totalmente diferente do que eu tinha pensado e tudo bem [porque] saiu muito melhor. Eu acho que, no final, não existe um produto feito por uma pessoa. Quando você coloca na roda, cada um vai colocando uma pitadinha de um tempero: um bota um manjericão, um bota um orégano, um bota (...) e quando você vê sai super gostosa [alusão a comida]. Todo muito fez junto.

Essa noção de “fazer junto”, tomar decisões coletivamente, aparece também nas considerações sobre o papel de um gestor. Isto é, envolve a discussão do arranjo organizacional como a compreensão do que de fato é exercer o papel de um gestor. É isso que Dama-da-noite quer explicitar quando fala “Eu não gosto de fazer aquela gestão só da mesa, de ficar ali, não”. Lavanda diz:

Eu acho que quem é [gestor], de fato, é porque faz. É o feitor das coisas, que põe a mão ali, que faz. (...) Não consegui de fato estar inserida com a mão na massa, fazendo. Eu tinha uma equipe (...), eles [membros da equipe] sim, eram gestores. Eles botavam a mão na massa. (...) Eu era responsável pela tomada de decisões, mas um gestor para mim não pode ser só isso. Você tem que estar junto. Tem que ir junto com a equipe. Ralar junto. (...) Eu tinha que delegar muito. Delegar é uma coisa que me incomoda. Eu acho que você pode delegar, mas você não pode delegar tudo.

Orquídea acrescenta:

Ser gestor não é só ficar sentado em berço esplêndido, só ficar cobrando resultado do outro. Não é. Se o outro der certo, “Puxa” está tudo bem para você. Mas se o outro der errado, você que está errado e que não soube mudar as coisas para aquilo melhorar. Eu acho que isso falta um pouco. As pessoas só se solidarizam [com] o sucesso. O insucesso, a culpa, é do outro e não nossa.

Se fazer, decidir, são processos coletivos, as responsabilidades, encontram-se igualmente nesta dimensão. Juntamente com esta forma de entender o papel do gestor, vem a ideia de que construindo na própria equipe relações horizontais, elas seriam “transbordadas” para outras relações, como naquela estabelecida entre a gestão e a assistência à saúde.

Se você está em um lugar, em uma posição de liderança, a sua equipe acaba imprimindo quem é o líder, de alguma forma. Você pode (...) contaminar e, não é nem contaminar, é transbordar. Se você transborda generosidade (...). Vamos respeitar o paciente. Vamos respeitar o outro. Não permite (...) se tem pessoas gritando um com o outro. Nós vamos intervir para que aquilo não aconteça mais. É no cotidiano construindo relações de respeito (Dália).

Vemos que os arranjos organizacionais são diferentes a depender dos atores envolvidos, como nível central, local e/ou a média gerência. No último caso, a abordagem das gestoras apresenta-se com um tom de colaboração e ajuda.

Hortênsia crítica os gestores locais que exigem um determinado conhecimento da gerência intermediária e dos profissionais da assistência à saúde, sendo que os próprios não têm apropriação desses processos. Ela utiliza o termo “jogando pedra no telhado dos

gestores”, sendo que o “próprio telhado é vidro”. A figura de linguagem demonstra que não é possível exigir do outro algo que não está dado e que nem o autor da cobrança sabe ao certo do que se trata. Ademais, é preciso construir junto com a “ponta”, assistência à saúde, e não à parte dela.

Nós sentamos aqui, discutimos e decidimos pela unidade de saúde. Apresentamos para a unidade de saúde a coisa pronta e dizemos: Cumpra-se. As pessoas vão ter que cumprir, mas nós não entendemos como elas vão cumprir. Qual o tipo de ferramenta que elas têm para auxiliar, para ser um facilitador, do processo de trabalho no dia a dia? Nós não paramos para pensar. Só diz: Cumpra-se. Eu preciso dos números. Eu quero isso. Eu quero aquilo e não ouve.

Segundo a gestora, a escuta e a aproximação com esses níveis de gestão possibilitam que as ações e discussões sejam conjuntas, provocando um resultado, graças à produção de sentido, isto é, “fazer parte do processo”. Mesmo com o adendo sobre o “telhado de vidro”, Hortênsia afirma que os trabalhadores da assistência precisarão cumprir o que lhes é solicitado e que a gestão local deveria auxiliá-los e dar condições para tal desempenho.

A questão de dar condições aos trabalhadores e, posteriormente, exigir seu desempenho também aparece na fala de Orquídea:

Eu acho que os indicadores, Recursos Humanos, medicamentos, o cuidado com as unidades [de saúde]. Hoje nós temos unidades [de saúde] que estão cheias de vazamento. Algumas são ótimas, mas outras não. Tem mofo dentro da sala que não dá para o profissional trabalhar. Não adianta eu cobrar do profissional e eu não dar o recurso para ele. Tem que cobrar e dar o recurso.

Arriscamos dizer de que se trata de uma percepção limitada de um arranjo organizacional democratizado. Afinal, as decisões continuam nas mãos de poucos e específicos gestores. De qualquer forma, as entrevistadas mostram muita preocupação com as unidades de saúde. Bromélia comenta a função das CAP na ajuda às unidades de saúde, inclusive com dados e informações. Rosa traz a aprendizagem com “a ponta” e a construção de uma rede com os profissionais. Ela também pontua que o trabalho da gerência intermediária difere muito da gestão local de uma CAP, em termos da dificuldade de sua condução.

[O] gerente [trabalha] em uma unidade grande com salário atrasado, com ar-condicionado pifado, com a câmara fria sem refrigerar, com pessoas reclamando na sua porta, com a ambulância demorando 6 horas para pegar um vaga zero. Se eu [CAP] não puder melhorar o trabalho deles [gerentes], se não puder apontar as ferramentas para eles trabalharem da melhor forma, eu peço para ir embora.

Orquídea utiliza a expressão “enfiar a faca na cabeça do profissional” quanto as cobranças que desconsideram “O quê que ele está fazendo na ponta?”. “Como é que estão as coisas?”. “Quem foi lá ver?”. No mesmo sentido, Camélia diz da necessidade dos

trabalhadores da gestão pensarem sobre o trabalho que estão exigindo dos profissionais da assistência à saúde, inclusive sem ao menos retribuir o que lhes solicita com devolutivas. “Eu acho que, às vezes, ficamos muito isolados quando não devolvemos isso”.

Dália e Bromélia também defendem que deve haver solidariedade para com os profissionais da assistência à saúde. Elas dizem que algumas vezes tiveram que conversar com suas equipes para que não fossem arrogantes, não cobrassem as tarefas de uma determinada forma ou em determinado momento, justamente por identificar uma complicada conjuntura e se solidarizar com os serviços da APS.

Na ponta está péssimo e, nós estamos sentados aqui, enquanto as pessoas têm 20 pessoas (...) elas estão sentadas também no consultório, mas fora tem 20 esperando, gritando, querendo atendimento. Nós não temos essa pressão”. Era esse o cuidado (Dália).

A atribuição do gestor, seja ao nível local ou central, em dar suporte ao funcionamento e melhoria do processo de trabalho das equipes da APS, aproxima a tomada de decisão compatível com a realidade vivenciada no cotidiano de uma Unidade de Saúde.

Às vezes, a relação entre nível local e central com a assistência à saúde é tensionada ao extremo e, ao invés, de um processo democrático, torna-se uma tirania para um dos níveis da gestão.

Se eu [estou na] CAP sou o meio [entre as gestões], tenho que trabalhar [para a unidade de saúde]. “Ah, mas você quer que dê a carne moída e mastigada?”. A carne moída, mastigada, na boca do passarinho. Se eu não precisar fazer isso, dar na boca do passarinho que é o meu gerente, eu não preciso estar aqui. (...) “Ah, mas eu não sou babá de gerente”. “Então ciao! Não é babá de gerente, então ciao, amor. Você não tem o que fazer aqui” (Rosa).

Os atores envolvidos nos arranjos organizacionais não se restringem aos trabalhadores da gestão e da assistência, a população tem um papel fundamental. Violeta é entrevistada que mais defende a participação comunitária, a existência dos Conselhos de Saúde e das Conferências de Saúde, como facilitadores na implementação da política de Atenção Básica.

A continuidade desse movimento popular que é a união da população, da participação comunitária. Toda a tríade [usuários, profissionais e gestores] que vimos sempre na constituição do SUS para ele acontecer. Isso nós vemos descontinuado hoje.

Ela salienta a importância da visão desses atores nas decisões e a descontinuada provocada nos processos que segregam eles. Ela também levanta a questão do acesso de qualidade da assistência à saúde a partir da população. “A participação comunitária serve para ser um medidor de temperatura, se a saúde está realmente chegando à porta ou não”

(Violeta). Lavanda e Tulipa também citam a população e sua proximidade com a gestão para as discussões sobre os caminhos da APS.

Vista como elemento democratizador, a participação da população não passa sem críticas. Tulipa as faz nos seguintes aspectos: a falta de organização da população; a visão de que a política de Atenção Básica é um favor e, não um direito; e a politicagem dos Conselhos Distritais de Saúde, inclusive com a submissão destes ao secretário “de plantão” (nomeado em cada gestão).

As contradições dos discursos das entrevistas são marcantes na percepção sobre os arranjos organizacionais. É esperado determinados comportamentos do nível central, ao mesmo tempo que são criticados. A solidariedade com as equipes da APS nem sempre aplicam-se as equipes da gestão. Aliás, quando há uma preocupação com a colaboração e escuta, ela não necessariamente se traduz em uma gestão democrática. As decisões estão muito mais na dimensão de uma cascata, com uma dura hierarquização, do que horizontalizada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo da escrita da dissertação utilizamos de forma contundente o conteúdo do diálogo com as trabalhadoras da gestão. A escolha do formato de apresentação dos capítulos e o cuidadoso uso integral das falas demonstram a importância atribuída à pesquisa qualitativa, principalmente porque retrata a realidade das trabalhadoras a partir de sua visão sobre seu trabalho.

Debruçarmo-nos sobre os elementos que facilitaram e dificultaram nosso processo de trabalho na gestão exige tempo, disponibilidade e condições. As vivências das trabalhadoras denunciam a impossibilidade ou restrição para tal movimento, seja pela sobrecarga de trabalho, as confusões no processo de trabalho intencionalmente causadas em meio às disputas e interesses, os recomeços e, principalmente, a desmobilização entre os trabalhadores provocada propositalmente a favor de certos interesses. Cotidianamente fazemos “mais do mesmo”, reproduzimos o que criticamos e, por vezes, colaboramos com ações que amortecem nossa militância pelo SUS e até afetam nossa vida pessoal. Nesse sentido, acreditamos que o mestrado profissional e o próprio espaço das entrevistas guardam a potência de uma ampliação da consciência e quiçá de uma alteração nas práticas, pois deram condições para pensarmos juntos sobre um incômodo em comum.

O olhar para o trabalho da gestão, isto é, da administração pública das políticas de Atenção Básica a partir das trabalhadoras que não são nomeadas como ‘gestores do SUS’, mas que atuam diretamente com eles e com os representantes do Poder Executivo e Legislativo, nos trouxe as particularidades deste lugar. Além disso, demonstrou como a atuação dessas trabalhadoras ocupa uma dimensão macro no município do Rio de Janeiro, atingindo todos os serviços e profissionais da APS.

Essa dimensão nos permitiu vislumbrar os limites circunscritos à própria governabilidade dessas trabalhadoras sobre a implementação das políticas públicas, mesmo quando em cargos de direção e assessoramento. Ao mesmo tempo, vimos nos diálogos que existem brechas para intervenções que provoquem inflexões em direção a manutenção das conquistas de direitos. Portanto, o trabalho da gestão e seus trabalhadores, principalmente aqueles que em uma organização hierarquizada são detentores da tomada de decisão, mesmo entendendo que a posse da “caneta” não é sinônimo de gerência sobre a decisão, nos pareceu fundamental a ser explorado por pesquisas voltadas à construção e execução das políticas públicas.

Ainda sobre as trabalhadoras da gestão, destacamos que o interesse a respeito do vínculo empregatício estatutário se originou da hipótese e ao mesmo tempo defesa de que esta forma de contratação predispõe a continuidade do trabalho da gestão, uma vez que a permanência dos trabalhadores propicia a construção e manutenção da história institucional da organização. Ademais, protegidos do desemprego teriam mais condições de adentrar a luta política em prol das políticas públicas. A partir deste ponto entendemos, à luz referencial teórico-metodológico, que a hipótese é verdadeira apesar de estar imersa em contradições, como expresso a análise das entrevistas.

Outro aspecto fundamental foi a compreensão de que quando buscamos estudar um determinado objeto, significa que aquilo nos mobiliza. De fato, formular e buscar responder questões sobre o cotidiano de um trabalho em que estamos diretamente implicados, vivenciando-o, não é uma tarefa fácil. Justamente pelo envolvimento com ele, as dores e as delícias se expressam fortemente, inclusive impedindo em alguns momentos a continuidade do próprio estudo. Afinal, algo que tanto nos toca produz reflexões, mudanças e até desencadeia lutos antes irreconhecíveis. Não por acaso, a dissertação nos mostrou a possibilidade, as dificuldades e a riqueza de pesquisar e escrever sobre si próprio em relação ao considerado objeto de pesquisa. Que possamos ter mais estudos nos quais os pesquisadores se arrisquem, se exponham e se envolvam com as questões e os sujeitos que constituem o objeto do estudo. E mais, que haja devolutiva para aqueles que contribuem com a produção do conhecimento.

Quanto aos resultados da pesquisa, identificamos a prevalência das práticas dos trabalhadores e representantes do Poder Executivo, a questão da formação e qualificação para o trabalho na gestão e os aspectos de organização do processo de trabalho como subsídios para continuidade e/ou descontinuidade da implementação das políticas de Atenção Básica.

Foram abordados fatores na dimensão do entendimento e compreensão dos ‘gestores do SUS’ e prefeitos no que diz respeito a APS, até a formação de profissionais de saúde baseada nos atributos da APS e no modelo de atenção à saúde da ESF.

Em relação à organização dos processos de trabalho, as entrevistadas defenderam o trabalho em equipe, a melhora da comunicação entre níveis de gestão e da gestão com a assistência à saúde, a transparência e sistematização do cotidiano do trabalho e, por fim, apresentaram os arranjos organizacionais e a gestão democrática. Embora com frequência menor, também foram tratadas as funções gestoras, entre elas o planejamento. Apesar dos instrumentos de gestão como PMS, PAS e RAG não serem citados, acreditamos que sua

ausência seja indicativa de uma perda de sentido e utilidade de importantes ferramentas que foram idealizadas na construção do SUS justamente para dar continuidade aos processos.

Os elementos de formação e do processo de trabalho nos termos que são trazidos pelas entrevistadas, podem ser reconhecidos como de grande valia para a análise empreendida na dissertação. Em geral, a ausência deles propiciam descontinuidades. Entretanto, a perspectiva de que esses elementos solucionariam a problemática de idas e vindas da implementação das políticas, desconsidera a existência de uma arena de disputas no interior do Estado e da sociedade que ultrapassa resoluções individuais e/ou focadas no trabalho da gestão. Cabe o adendo de que a supervalorização do espaço da gestão despolitiza a discussão sobre as políticas públicas.

Também vimos os reflexos da Nova Gestão Pública, inspirada no neoliberalismo, com seus elementos advindos no toyotismo e impressos na estrutura do Estado. Constatamos que temos atualmente na gestão um modelo híbrido com a permanência da burocracia e de resquícios de princípios da administração taylorista.

Mas as entrevistadas foram além, levantaram os pontos de uma disputa entre projetos de governo e política de Estado permitindo, assim, o aprofundamento da questão da tomada de decisão, governabilidade e relações entre Poder Executivo e Legislativo. O material coletado nos permitiu a análise das condições de trabalho e do seu papel na luta política. Chegamos aos dados que exibiam a precarização do trabalho a que os estatutários do município do Rio de Janeiro estão submetidos, sobretudo no que se refere aos baixíssimos salários. Além disso, foi possível constatar outras dimensões da precarização que afetam as trabalhadoras. Ao assumirem uma posição de poder, tendo a disposição um aumento salarial, incorporações, entre outros direitos, ficam à mercê de projetos de governo e da cascata de efeitos de suas decisões. Escutamos e vimos o choro das entrevistadas diante da constatação da precarização do trabalho e da vida a que se encontram submetidas.

A precarização do trabalho e da vida teve um papel fundamental nas preocupações que motivaram a pesquisa, assim como nas análises de seus resultados. É imprescindível que ao defendermos o SUS, sua viabilidade e sustentabilidade, estejamos atentos aos trabalhadores e às condições de trabalho a que estão expostos. A defesa do direito à saúde torna-se incompleta quando nos eximimos de olhar o trabalho e as condições de vida daqueles que desempenham a função de cuidado com a população.

Os achados da pesquisa também nos fizeram percorrer a trajetória de expansão e redução de equipes e serviços da APS no município do Rio de Janeiro. Uma valiosa história narrada pelos próprios personagens. Compreendemos que essa história nos serve para uma análise conjuntural, assim como nos leva ao reconhecimento da estrutura de classes da sociedade em que estamos inseridos. A opção pela ampliação das equipes no município está datada, o mesmo acontece com a redução. O que não está datado é que a formulação e implementação de políticas públicas são atravessadas e constituídas pelas contradições da ossatura do Estado no capitalismo e da cultura da Administração Pública brasileira, enraizada em personificações, em ações de curto prazo em função dos ciclos eleitorais, circunscrita em verdadeiros feudos, conflitos e vaidades.

Valorizamos todos os apontamentos e propostas no sentido de continuidade às políticas de Atenção Básica manifestadas pelas entrevistadas, considerando-as determinantes. Isto é, são elementos potentes dentro de uma determinada conjuntura apesar de seu limite diante dos elementos que sustentam esta e outras tantas conjunturas. Por isso, ao valorizá-las também as posicionamos de forma crítica diante da determinação que as subalternizam, como a precarização do trabalho dentro do sistema capitalista.

Em meio ao enfrentamento da pandemia mundial de COVID-19, nos deparamos novamente com uma conjuntura que expressa as dimensões estruturais do modo de produção capitalista. A crise sanitária causada pela Covid-19 expressa de forma contundente mais do que problemas nos sistemas de saúde: ela fez emergir questões da própria humanidade e sua existência. Infelizmente, as afirmações colocadas como uma dicotomia entre vida e economia concretizaram-se em decisões que associadas a uma descoordenação política proposital, nos faz presenciar o luto de mais de 600 mil mortos. Estamos nos formando como humanos e como profissionais de saúde em meio a mortes reprimidas e aos ataques ao SUS potente. Observamos mais uma vez a cultura da Administração Pública nos mandos e desmandos do governo federal, nas diversas trocas de ministros de saúde e nas inconsistências de um plano de enfrentamento que por vezes negou os achados da ciência. Também sofremos com as contradições do Estado e as investidas do fascismo no poder como tentativa de reprodução do capital, em uma clara luta pela hegemonia. Destarte, esperamos que o conhecimento produzido neste estudo ajude na compreensão desta conjuntura.

Por fim, buscamos na pesquisa respostas que nos subsidiem na luta pela continuidade das políticas públicas. Que ela sirva ao propósito de fortalecer tanto os espaços de militância nas organizações dos trabalhadores, quanto no cotidiano do trabalho

da gestão. Acreditamos que estamos nessa arena de disputas e que quanto mais construirmos ferramentas e aprofundarmos a consciência dos elementos que as sustentam, mais poderemos encontrar brechas e conquistar espaços, sem perder de vista o dever de uma outra sociedade.

REFERÊNCIAS

ALVES, Giovanni. **Trabalho e reestruturação produtiva no Brasil neoliberal: Precarização do trabalho e redundância salarial**. Rev. Katálysis. Florianópolis, v. 12, n. 2, p.188-197, dez. 2009. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1414-49802009000200008>>. Acesso em: 03 de março de 2019.

ALVES, Wanderson. F. **Crítica à razão gestonária na educação: o ponto de vista do trabalho**. Revista Brasileira de Educação [online], v. 19, n. 56, p.37-59, mar. 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-24782014000100003>>. Acesso em: 01 de maio de 2019.

AMARANTE, Paulo. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2007.

ANTUNES, Ricardo. **As formas de padecimento no trabalho**. Saúde e Sociedade [online], v. 17, n. 4, p.7-8, dez. 2008. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902008000400002>>. Acesso em: 02 de julho de 2019.

BANCO MUNDIAL. **Um Ajuste Justo: Análise da eficiência e equidade do gasto público no Brasil**. Volume I: Síntese. nov. 2017. Disponível em: <<https://www.worldbank.org/pt/country/brazil/publication/brazil-expenditure-review-report>>. Acesso em: 09 de outubro de 2019.

BARBOSA, Pedro. R. **Gestão em saúde: uma abordagem introdutória**. In: GONDIM, Roberta.; GRADOIS, Victor.; MENDES, Walter. (Org.) Qualificação de gestores do SUS. 2 ed. Rev.ampl. Rio de Janeiro/RJ: ENSP, 2011. p.347-356.

BEHRING, Elaine. R. **A Dívida e o calvário do Fundo Público**. Revista Advir: Asduerj. Rio de Janeiro, 2017, n. 36, p.9-21.

BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 01 de julho de 2019.

_____. Presidência da República. **Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro 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. 2000. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm>. Acesso em: 16 de julho de 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 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). 2006. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_saude_v4_4ed.pdf>. Acesso em: 10 de maio de 2019.

_____. 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). 2011. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 10 de maio de 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p.: il. – (Série E. Legislação em Saúde). Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 10 de maio de 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Folheto: Política Nacional de Humanização**. Brasília/DF: 1 ed, 2013. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheito.pdf>. Acesso em: 25 de junho de 2020.

_____. Presidência da República. **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. 2016. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm>. Acesso em: 16 de julho de 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.148, de 28 de agosto de 2017**. Estabelece o início do envio de dados de serviços da Atenção Básica para o Conjunto Mínimo de Dados (CMD) e encerra o envio de dados para o Sistema de Informação Ambulatorial (SIA). 2017a. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2148_14_09_2017.html>. Acesso em: 20 de setembro de 2017.

_____. 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). Anexo 1 do Anexo XXII da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017 que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. 2017b. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acesso em: 10 de maio de 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 1, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde. Incorporada a Portaria nº 2.135, de 25 setembro de 2013, que estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2017c. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0001_03_10_2017.html>. Acesso em: 06 de janeiro de 2021.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.992, de 28 de dezembro de 2017**. Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o

financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde. 2017d. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3992_28_12_2017.html>. Acesso em: 01 de março de 2019.

_____. Ministério da Saúde. DATASUS. **Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS)**. 2017e. Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/financeiros/siops>>. Acesso em: 03 de maio de 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção Primária à Saúde. **Sistema de Nota Técnica do DESF**. 2018. Disponível em: <<http://sisaps.saude.gov.br/notatecnica/frmListaMunic.php>>. Acesso em: 01 de julho de 2019.

_____. Presidência da República. **Decreto nº 9.795, de 17 de maio de 2019**. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Saúde, remaneja cargos em comissão e funções de confiança, transforma funções de confiança e substitui cargos em comissão do Grupo-Direção e Assessoramento Superiores - DAS por Funções Comissionadas do Poder Executivo - FCPE. 2019a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9795.htm>. Acesso em: 10 de maio de 2021.

_____. 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. 2019b. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt2979_13_11_2019.html>. Acesso em: 10 de maio de 2021.

_____. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção Primária à Saúde. e-Gestor AB. Informação e Gestão da Atenção Básica. **Cobertura da Atenção Básica. Competência dezembro de 2016. Competência dezembro de 2008**. 2019c. Disponível em: <<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>>. Acesso em: 20 de julho de 2019.

_____. Ministério da Saúde. DATASUS. **Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES)**. Consultas. Equipes. 2020. Disponível em: <<http://cnes2.datasus.gov.br/>> e <<http://cnes.datasus.gov.br/>>. Acesso em: 01 de maio de 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção Primária à Saúde. e-Gestor AB. Informação e Gestão da Atenção Básica. **Nota Metodológica da Cobertura da Atenção Básica**. 2022. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/nota_tecnica/nota_metodologica_AB.pdf>. Acesso em: 20 de fevereiro de 2022.

CAMPOS, Ana. C. – Repórter da Agência Brasil. **Crivella diz que déficit nas contas da prefeitura chega a R\$ 3 milhões em 2017**. Publicado em 03 de fevereiro de 2017.

Agência Brasil. Rio de Janeiro, 2017. 2017a. Disponível em: <<https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2017-02/crivella-diz-que-deficit-nas-contas-da-prefeitura-chega-r-3-bilhoes-em-2017>>. Acesso em: 19 de novembro de 2020.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Romance de formação de um sanitarista: um estudo de caso.** In: LIMA, Nísia T. (Org.). Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. p.121-150.

_____. **O SUS entre a tradição dos Sistemas Nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde.** Ciênc. saúde coletiva [online], vol.12, p.1865-1874, 2007. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000700009>>. Acesso em: 20 de dezembro de 2019.

_____. **Cogestão e neoartesanato: elementos conceituais para repensar o trabalho em saúde combinando responsabilidade e autonomia.** Ciênc. saúde coletiva. Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p.2337-2344, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 de dezembro de 2019.

_____. **Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda.** 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2013. 240 p.

_____. **Uma política de pessoal para o SUS-Brasil** - Contribuição para o Debate do Abrascão 2018. Ensaios & Diálogos em Saúde Coletiva, n. 5, p.4-9, 2017b. Disponível em: <<https://redeaps.org.br/2017/11/23/ensaio-dialogos-em-saude-coletiva-numero-5/>>. Acesso em: 10 de dezembro de 2021.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa.; ONOCKO CAMPOS, Rosana. T. **Gestão em Saúde.** In: PEREIRA, Isabel. B.; LIMA, Júlio. C. F. (Org.) Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Verbetes. 2 ed. ver. Ampl, Rio de Janeiro: EPSJV, 2009. p.231-235.

CONASEMS. **Manual do (a) gestor (a) Municipal do SUS - diálogos no cotidiano.** 2 ed digital. Ver. Am. Brasília, 2021a. 440 p. Disponível em: <www.saude.gov.br/bvs> e <www.bvsintegralidade.icict.fiocruz.br>. Acesso em: 12 de outubro de 2021.

CONASEMS. Fascículo. Mais CONASEMS. Curso de Aperfeiçoamento em Gestão Municipal do SUS. Módulo I: **Introdução à Gestão Municipal do SUS** - Aula 3 – Ser Gestor(a) Municipal do SUS. Brasília, 2021b. 68 p. Disponível em: <www.saude.gov.br/bvs> e <www.bvsintegralidade.icict.fiocruz.br>. Acesso em: 12 de outubro de 2021.

CRUZ, Marly Marques.; REIS, Ana Cristina. **Monitoramento & Avaliação como uma das funções gestoras do Sistema Único de Saúde.** In: GONDIM, Roberta.; GRADOIS, Victor.; MENDES, Walter. (Org.) Qualificação de gestores do SUS. 2 ed. Rev.ampl. Rio de Janeiro/RJ: ENSP, 2011. p.415-428.

CUNHA, Penha. F.; MAGAJEWSKI, Flávio. **Gestão participativa e valorização dos trabalhadores: avanços no âmbito do SUS.** Saúde soc. São Paulo, v. 21, supl. 1, p.71-79, maio. 2012. Disponível em:

<<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406263672006>>. Acesso em: 30 de outubro de 2021.

DANTAS, André.; PRONKO, Marcela. Estado e dominação burguesa: revisitando alguns conceitos. In: STAUFFER, Anakeila. B. et al. (Org.). **Hegemonia burguesa na educação pública**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2018. p.73-96.

DI PIETRO, Maria Sylvia. Z. **Direito administrativo**. 32 ed. 2 Reimpr. Rio de Janeiro: Forense, 2019.

DORNELLAS, Daiane, C. F.; NÓBREGA, Justino. S. W. **Análise da manutenção predial em clínicas da família do Rio de Janeiro**. 6º Conferência sobre Patologia e Reabilitação de Edifícios – PATORREB. 04 – 06 abril. 2018. Disponível em: <<http://www.nppg.org.br/patorreb/files/artigos/79331.pdf>>. Acesso em: 06 de novembro de 2019.

FARIAS, Sidney Feitoza.; GURGEL JR, Garibaldi D.; COSTA, André M. **A regulação no setor público de saúde: um processo em construção**. In: GONDIM, Roberta.; GRADOIS, Victor.; MENDES, Walter. (Org.) **Qualificação de gestores do SUS**. 2 ed. Rev.ampl. Rio de Janeiro/RJ: ENSP, 2011. p.399-414.

FAUSTO, Márcia. C. R.; MATTA, Gustavo. C. **Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas**. In: MOROSINI, Márcia Vália. G. C.; CORBO, Anamaria. D'A. (Org.) **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2007. p.43-68.

FRANCO, Túlio Batista.; MERHY, Emerson Elias. **Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial**. In: _____. et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. O debate no campo de saúde coletiva**. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2007. p.55-124.

FRANCO, Tânia.; DRUCK, Graça.; SELIGMANN-SILVA, Edith. **As novas relações de trabalho, o desgaste mental do trabalhador e os transtornos mentais no trabalho precarizado**. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional* [Online], v. 35, n. 122, p.229-248, dez. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572010000200006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 de fevereiro de 2019.

FRANZESE, Cibele. **Administração Pública em contexto de mudanças: desafios para o gestor de políticas públicas**. In: IBAÑEZ, Nelson; ELIAS, Paulo Eduardo Mangeon; SEIXAS, Paulo Henrique D'Angelo. **Política e gestão pública em saúde**. São Paulo: Hucitec Editora: Cealag, 2011. p.19-53.

GAULEJAC, Vicent de. **Gestão como doença social: ideologia, poder gerencialista e fragmentação social**. [Tradução Ivo Storniolo]. Aparecida/SP: Ideias & Letras, 2007. p. 334.

GONDIM, Roberta.; GRADOIS, Victor.; MENDES, Walter. (Org.) **Qualificação de gestores do SUS**. 2 ed. Rev.ampl. Rio de Janeiro/RJ: ENSP, 2011. 478 p.

GRADELLA JÚNIOR, Osvaldo. Políticas públicas, instituições e saúde. In: MARTINS, Lígia Márcia (Org.) **Sociedade, educação e subjetividade: reflexões temáticas à luz da psicologia sócio-histórica**. São Paulo: Cultura Acadêmica, Universidade Estadual Paulista, Pró-Reitoria de Graduação, 2008. p.61-89.

GRAEF, Aldino. **Cargos em comissão e funções de confiança: diferenças conceituais e práticas**. Revista de Políticas Públicas e Gestão Governamental. Brasília, v. 7, n. 2, p.61-70, jul/dez. 2008. Disponível em: <https://www.gov.br/servidor/pt-br/aceso-a-informacao/servidor/carreiras/gestao-estrategica/estudos/graef_2008_respvblica_cargos_comissao.pdf>. Acesso em: 21 de novembro de 2021.

HARZHEIM, Erno. (Org.) **Reforma da Atenção Primária à Saúde na cidade do Rio de Janeiro – Avaliação dos primeiros três anos de Clínicas da Família**. Pesquisa avaliativa sobre aspectos de implantação, estrutura, processo e resultados das Clínicas de Família na cidade do Rio de Janeiro. Porto Alegre/RS: OPAS, 2013. 84 p.

HÖFLING, Eloisa de Mattos. **Estado e políticas (públicas) sociais**. Cadernos CEDES [online], v. 21, n. 55, p.30-41, 2001. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0101-32622001000300003>>. Acesso em: 20 de janeiro de 2022.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Histórico**, 2019a. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rj/rio-de-janeiro/historico>>. Acesso em: 01 de julho de 2019.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Panorama**, 2019b. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rj/rio-de-janeiro/panorama>>. Acesso em: 01 de julho de 2019.

KUSS, Ana Suy S. A de dezoito e a de noventa e dois. **As cabanas que o amor faz em nós**. São Paulo: Patuá, 2019. p.152-154.

LACAZ, Francisco Antônio de Castro et al. **Qualidade de vida, gestão do trabalho e plano de carreira como tecnologista em saúde na atenção básica do Sistema Único de Saúde em São Paulo**. Brasil. Cadernos de Saúde Pública [Online]. Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p.253-263, fev. 2010. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2010000200005>>. Acesso em: 19 de janeiro de 2020.

LINHART, Danièle. **Entrevista**. Trab. educ. saúde [Online], v. 9, n. 1, p.149-160, jun 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462011000100011>. Acesso em: 23 de abril de 2017.

MACHADO, Cristiani. V. M.; LIMA, Luciana. D.; BAPTISTA, Tatiana. W. F. **Configuração Institucional e o papel dos gestores no Sistema Único de Saúde**. In: MATTA, Gustavo. C.; PONTES, Ana Lúcia. (Org.) Políticas de Saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV, 2007. p.139-162.

MACHADO, Maria Helena. **Gestão do Trabalho em Saúde**. In: PEREIRA, Isabel. B.; LIMA, Júlio. C. F. (Org.) Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Verbetes. 2 ed. ver. Ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009. p.227-230.

MARTELLO, Alexandro; BARBIÉRI, Luiz Felipe. **Reforma administrativa: governo propõe fim da estabilidade para parte de novos servidores.** G1. Brasília, 2020. Publicado em: 03 de setembro de 2020. Disponível em: <<https://g1.globo.com/economia/noticia/2020/09/03/reforma-administrativa-governo-propoe-fim-da-estabilidade-para-parte-de-novos-servidores.ghtml>>. Acesso em: 20 de setembro de 2020.

MATTA, Gustavo. C. **Princípios e Diretrizes do Sistema Único de Saúde.** In: MATTA, Gustavo. C.; PONTES, Ana Lúcia. (Org.) Políticas de Saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV, 2007. p.61-80.

MENDONÇA, Sônia Regina de. **ESTADO E POLÍTICAS PÚBLICAS: considerações político-conceituais.** Outros Tempos: Pesquisa em Foco – História [Online], v. 1, esp, p.1-12, 2007. Disponível em: <https://www.outrostempos.uema.br/index.php/outros_tempos_uema/article/view/357>. Acesso em: 06 março 2020.

MERHY, Emerson Elias. **Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção.** In: _____ et al. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. O debate no campo de saúde coletiva. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2007. p.15-36.

MINAYO, Maria Cecília. S. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 14 ed. SP: Hucitec, 2014. 407p.

MOROSINI, Márcia Valéria. G. C.; FONSECA, Angélica F.; LIMA, Luciana D. de. **Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde.** Saúde debate [Online], v. 42, n. 116, p.11-24, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042018000100011&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 18 de julho de 2020.

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

MOROSINI, Márcia Valéria. G. C.; CHINELLI, Filippina.; CARNEIRO, Carla Cabral G. **Coronavírus e crise socio sanitária: a radicalização da precarização do trabalho no SUS.** In: SILVA, Letícia Batista.; DANTAS, André Vianna. (Org.) Crise e pandemia: quando a exceção é regra geral. Rio de Janeiro: EPSJV, 2020. p.93-112.

O'DWYER, Gisele et al. **A crise financeira e a saúde: o caso do município do Rio de Janeiro.** Ciênc. saúde coletiva. Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p.4555-4568, dez. 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019001204555&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 de março de 2020.

OLIVEIRA, Carolina. A. de. **Saúde, cidade e a lógica do capital: o município do Rio de Janeiro em questão.** In: BRAVO, Maria Inês et al. (Org.) A mercantilização da saúde em debate: as Organizações Sociais no Rio de Janeiro. 1 ed. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2015. p.42-52.

ONOCKO CAMPOS, Rosana. T.; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Co-construção de autonomia: o sujeito em questão.** In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa et al. (Org.) Tratado de saúde coletiva. 2.ed. Rev. aum. São Paulo: Hucitec, 2012. p.669-88.

PEREIRA, Eliane. M.; LINHARES, Fernando. **O Estado e as Políticas Sociais no Capitalismo.** In: MOROSINI, Márcia. Valéria. G. C. (Org.) Sociedade, estado e direito à saúde. Rio de Janeiro: EPSJV, 2007. p.63-80.

PESSÔA, Luísa. R.; SANTOS, Eduardo. H. A.; TORRES, Kellem. R. B. O. (Orgs.) **Manual do Gerente: desafios da média gerência na saúde.** Rio de Janeiro: ENSP, 2011. 208p.

PINZÓN, Heidy. J. G. **Vivências de trabalhadores da saúde frente à lógica capitalista: um estudo da atenção básica na Colômbia e no Brasil.** Tese (Doutorado em Psicologia). Centro de Ciências da Vida. Campinas/SP: PUC-Campinas, 2016. 195 f.

PIRES, Luís Antônio Soares et al. **Acesso Avançado em uma Unidade de Saúde da Família do interior do estado de São Paulo: um relato de experiência.** Saúde em Debate [Online], v. 43, n. 121, p.605-613, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-1104201912124>>. Acesso em: 25 de fevereiro de 2022.

POULANTZAS, Nicos. As lutas políticas: O Estado, condensação de uma relação de forças. In:_____. **O Estado, o poder, o socialismo.** 4. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2000. p.125-165. (Biblioteca de Ciências Sociais; v. n. 19).

RAMOS, André. L. P. **Atenção Primária à Saúde e Terceirização: um estudo sobre as capitais brasileiras com base em indicadores.** Dissertação (Mestrado em Ciências e Saúde Pública em Política). Rio de Janeiro: ENSP, 2016. 138 f.

RAMOS, André L. P.; SETA, Marismary Horsth De. **Atenção primária à saúde e Organizações Sociais nas capitais da Região Sudeste do Brasil: 2009 e 2014.** Cadernos de Saúde Pública [Online], v. 35, n. 4, 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/Gj5gLTGMCMpFvbckxT9J3rG/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 28 de novembro de 2021.

RABELLO, João Bosco. **Mudar para fazer política.** Veja, 2020. Publicado em: 30 de julho de 2020. Disponível em: <<https://veja.abril.com.br/blog/noblat/mudar-para-fazer-politica/>>. Acesso em: 10 de novembro de 2020.

REIS, João Gabbardo dos; et al. **Criação da Secretaria de Atenção Primária à Saúde.** Ciênc Saúde Coletiva [Online], p.3457-3462, 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/WzjzWZQgNVNBZRvpX55LZbn/?lang=pt>>. Acesso em: 11 de dezembro de 2021.

RIO DE JANEIRO. Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. **Lei nº 94, de 14 de março de 1979.** Dispõe sobre o estatuto dos funcionários públicos do poder executivo do município do rio de janeiro e dá outras providências. 1979. Disponível em: <<https://leismunicipais.com.br/a/rj/r/rio-de-janeiro/lei-ordinaria/1979/9/94/lei-ordinaria-n-94-1979-dispoe-sobre-o-estatuto-dos-funcionarios-publicos-do-poder-executivo-do-municipio-do-rio-de-janeiro-e-da-outras-providencias>>. Acesso em: 10 de setembro de 2021.

_____. Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. PMS: 2010 – 2013**. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <<http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/3700816/4130215/PLANOMUNICIPALDES AUDE20102013.pdf>>. Acesso em: 10 de setembro de 2019.

_____. Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. Instituto Pereira Passos. Lista de Bairros e Áreas de Planejamento (AP). **Mapa das Regiões Administrativas**. 2012. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/5148142/4145881/ListadeBairroseAPs_Mapa>. Acesso em: 20 de setembro de 2021.

_____. Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. PMS: 2014 – 2017**. Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/3700816/4128745/PMS_20142017.pdf>. Acesso em: 10 de setembro de 2019.

_____. Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde. **Apresentação da Atenção Primária – Relatório de Gestão das Coordenadorias Gerais de Atenção Primária das Áreas de Planejamento**. 2016a. Disponível em: <<http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/saude-presente>>. Acesso em: 20 de setembro de 2021.

_____. Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. **Administração Direta. Cargos em comissão e funções gratificadas. Data-base: set. 2016**. 2016b. Disponível em: http://www.rio.rj.gov.br/documents/5462046/5462590/ADMINISTRA%C3%87%C3%83O_DIRETA_CONSOLIDADO_2016_2.pdf. Acesso em: 02 de março de 2019.

_____. Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório Anual de Gestão (RAG)**. 2018a. Disponível em: <<http://www.rio.rj.gov.br/documents/73801/31e944ee-990c-4de5-a5bf-ba54160abd6a>>. Acesso em: 27 de setembro de 2021.

_____. Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde. Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde (S/SUBPAV). **Reorganização dos Serviços de Atenção Primária à Saúde. Novembro/2018**. 2018b. Disponível em: <<https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2018/12/9-projeto-de-reorganiza%C3%A7%C3%A3o-1.pdf>>. Acesso em: 04 de dezembro de 2021.

_____. Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. Instituto Pereira Passos. **Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH), por ordem de IDH, segundo as Regiões Administrativas (RA), em 1991/2000**. Tabela 1171. Última atualização: 29 de maio de 2019. 2019a. Disponível em: <<https://www.data.rio/documents/%C3%ADndice-de-desenvolvimento-humano-municipal-idh-por-ordem-de-idh-segundo-as-regi%C3%B5es-administrativas-ra-em-1991-2000-/about>>. Acesso em: 10 de setembro de 2021.

_____. Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. Instituto Pereira Passos. **Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) Municipal, por ordem de IDH, segundo os Bairros**

ou grupo de Bairros, no Município do Rio de Janeiro em 1991/2000. Tabela 1172. Última atualização: 29 de maio de 2019. 2019b. Disponível em: <<https://www.data.rio/documents/%C3%ADndice-de-desenvolvimento-humano-idh-municipal-por-ordem-de-idh-segundo-os-bairros-ou-grupo-de-bairros-no-munic%C3%ADpio-do-rio-de-janeiro-em-1991-2000-/about>>. Acesso em: 10 de setembro de 2021.

_____. Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. **Lei Complementar nº 212, de 8 de outubro de 2019.** Altera a Lei nº 94, de 14 de março de 1979, que dispõe sobre o Estatuto dos Funcionários Públicos do Município do Rio de Janeiro, para dispor sobre a extinção do instituto da incorporação, e dá outras providências. 2019c. Disponível em: <<https://leismunicipais.com.br/a1/rj/r/rio-de-janeiro/lei-complementar/2019/21/212/lei-complementar-n-212-2019-altera-a-lei-n-94-de-14-de-marco-de-1979-que-dispoe-sobre-o-estatuto-dos-funcionarios-publicos-do-municipio-do-rio-de-janeiro-para-dispor-sobre-a-extincao-do-instituto-da-incorporacao-e-da-outras-providencias>>. Acessado em: 10 de fevereiro de 2021.

_____. Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. Secretaria Municipal da Casa Civil. Subsecretaria de Serviços Compartilhados. Coordenadoria Geral de Gestão Institucional. **Sistema Integrado de Codificação Institucional (SICI).** 2020. Disponível em: <<http://sici.rio.rj.gov.br/PAG/principal.aspx>>. Acessado em: 10 de fevereiro de 2020.

_____. Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. Instituto Pereira Passos. **População residente, por idade e por grupos de idade, segundo as Áreas de Planejamento (AP), Regiões Administrativas (RA) e Bairros em 2000/2010.** Tabela 2973. Última atualização: 14 de junho de 2021. 2021. Disponível em: <<https://www.data.rio/search?collection=Dataset&q=%C3%81REA%20DE%20PLAN EJAMENTO>>. Acesso em: 10 de setembro de 2021.

RIBEIRO, Carla Vaz dos Santos; MANCEBO, Deise. **O servidor público no mundo do trabalho do século XXI.** Psicologia: Ciência e Profissão [Online], v. 33, n. 1, p.192-207, 2013. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1414-98932013000100015>>. Acesso em: 20 de maio de 2019.

SÁ, Marilene. C.; AZEVEDO, Creuza. S. **Subjetividade e gestão: explorando as articulações psicossociais no trabalho gerencial e no trabalho em saúde.** Ciência & Saúde Coletiva [Online], v. 15, n. 5, p.2345-2354, 2010. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000500010>>. Acesso em: 05 de fevereiro de 2019.

SEIDL, Helena et al. **Gestão do trabalho na Atenção Básica em Saúde: uma análise a partir da perspectiva das equipes participantes do PMAQ-AB.** Saúde em Debate [online], v. 38 n. spe, p.94-108, out. 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.5935/0103-1104.2014S008>>. Acesso em: 02 de fevereiro de 2019.

STARFIELD, Barbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: UNESCO, 2002. 726p.

TRINDADE, Fernanda Esmério. **Administração científica de Taylor e as “novas formas” de organização do trabalho: possibilidades de coexistência? um estudo de caso na indústria têxtil catarinense.** Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-

Graduação em Administração. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2004. 216 f.

VALLE, Vivian Lima López. **Quem ganha e quem perde com o fim da estabilidade no serviço público?** Conjur. Consultor Jurídico, 2019. Publicado em: 06 de outubro de 2019. Disponível em: <<https://www.conjur.com.br/2019-out-06/opiniao-quem-ganha-fim-estabilidade-servico-publico>>. Acesso em: 08 de agosto de 2021.

VASCONCELOS, Cipriano. M.; PASCHE, Dário. F. **O SUS em perspectiva.** In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa et al. (Org.) Tratado de saúde coletiva. 2.ed. Rev. aum. São Paulo: Hucitec, 2012. p.559-591.

VIEIRA, Monica; DURÃO, Anna Violeta; LOPES, Marcia R. (Org.) **Para além da comunidade: trabalho e qualificação dos agentes comunitários de saúde.** Rio de Janeiro: EPSJV, 2011. 210p.

VIEIRA, Monica.; CHINELLI, Filippina. **Relação contemporânea entre trabalho, qualificação e reconhecimento: repercussões sobre os trabalhadores técnicos do SUS.** Ciência & Saúde Coletiva [Online], v. 18, n. 6, p.1591-1600, 2013. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000600011>>. Acesso em: 04 de janeiro de 2020.

VILAS, Carlos. M. **O Banco Mundial e a reforma do Estado na América Latina: fundamentos teóricos e prescrições políticas.** In: PEREIRA, João. M. M. e PRONKO, Marcela. A demolição de direitos – um exame das políticas do Banco Mundial para a educação e a saúde (1980-2013). Rio de Janeiro: EPSJV, 2015, p.65-85.

GLOSSÁRIO

Acesso Avançado - formato de organização de agenda em unidades de saúde na Atenção Primária à Saúde que prioriza as demandas espontâneas ao invés das programadas.

Agente de saúde - usado como sinônimo de Agente Comunitário de Saúde.

Direção e Assessoramento Superiores - compreende os cargos de provimento em comissão.

Direção e Assessoramento Intermediário - compreende os cargos de provimento em comissão.

Estranho ao quadro - Pessoas que não compõem o quadro de estatutários no órgão público.

e-SUS - e-SUS Atenção Primária (e-SUS APS) é uma estratégia para reestruturar as informações da Atenção Primária em nível nacional. Esta ação está alinhada com a proposta mais geral de reestruturação dos Sistemas de Informação em Saúde do Ministério da Saúde. Disponível em: <https://sisaps.saude.gov.br/esus/>

Profissionais da ponta - Profissionais que trabalham no âmbito assistencial nas Unidades de Saúde.

Ponta - Trabalho no âmbito assistencial nas Unidades de Saúde.

Unidade de Saúde tipo A - Unidade de Saúde cujo território é totalmente coberto por equipe de Saúde da Família (eSF). Em geral, nomeadas como Clínica da Família.

Unidade de Saúde tipo B - Unidade de Saúde que apresenta equipes de Saúde da Família (eSF) cobrindo parte do território e outras equipes e/ou profissionais para a área remanescente. Em geral, nomeadas como Centro Municipal de Saúde.

Unidade de Saúde tipo C - Unidade de Saúde que não apresenta equipes de Saúde da Família (eSF) cobrindo e sim outras equipes e/ou profissionais para a área remanescente. Em geral, nomeadas como Centro Municipal de Saúde.

ANEXO A – ROTEIRO DE ENTREVISTA

1. Eixo – Caracterização

Caracterização do entrevistado: nome, idade, escolaridade. Tem filhos (número). Local de moradia (bairro), condições de moradia (casa alugada ou própria).

Formação. Ensino médio. Graduação. Pós Graduação lato sensu e strictu sensu. Instituições de ensino que frequentou. Ano de inserção e conclusão dos cursos.

Formação complementar: educação permanece e/ou continuada.

Perguntas

- Poderia se apresentar? Considerando nome, idade, aspectos da família, local de moradia?
- Poderia falar sobre sua formação?

2. Eixo – Trajetória Ocupacional

Trajetória ocupacional anterior à inserção na área da saúde.

Trajetória anterior na área da saúde. Postos de trabalho ocupados. Forma de inserção. Setor público ou privado. Motivo de ingresso. Ano de inserção. (Exemplo: concurso, convite etc.)

Trajetória de inserção na Atenção Primária. Motivo de ingresso. Ano de inserção. (Exemplo: concurso, convite etc.)

Vínculo de trabalho durante a trajetória ocupacional.

Perguntas

- Fale sobre sua trajetória no trabalho antes e após inserção na área da saúde.
- Como e porque se deu seu ingresso na saúde. E na Atenção Primária?

- Poderia descrever sua trajetória na Prefeitura do Rio de Janeiro a partir de sua inserção como servidor público?
- Poderia descrever sua trajetória na atuação nos setores ligados a Atenção Primária à Saúde na Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro?
- Sua prática profissional atual volta-se para assistência a população nos serviços da Atenção Primária à Saúde, a setores da gestão na Secretaria Municipal de Saúde ou outro local?
- Fale sobre suas atuais atividades Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

3. Eixo – Gestão da Atenção Básica

Formação na área da gestão: pós-graduações e cursos.

Especificidade da formação na gestão pública.

Motivações para qualificação na área. Subsídios da Secretária Municipal de Saúde para participação em formações na área: financeiros, liberação de carga horária ou oferecidos pelo próprio setor de atuação.

Trajetória na Gestão da Atenção Básica.

Vínculo de trabalho na gestão.

Perguntas

- Você tem alguma formação voltada para o trabalho na gestão? Alguma específica na gestão pública? E alguma voltada para a política de Atenção Primária à Saúde?
- Quando, como e porque você começou a atuar na gestão no (s) órgão (s) responsável (is) pela Atenção Primária à Saúde?
- (No momento da descrição sobre o cargo de confiança perguntar sobre filiação e proximidade partidária)

4. Eixo – Gestor

O que entende por gestão na Atenção Básica.

O que dificulta/facilita a implementação das políticas voltadas para a Atenção Básica.

Quando, como e por quê ocorreu a inserção na gestão da Atenção Primária à Saúde na Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

Perguntas

- Você se considera e/ou se considera gestor nos setores que atuou na Secretaria Municipal de Saúde?
- O que é para você um gestor? Estaria mais para ser gestor ou estar gestor? Fale mais sobre isso?
- Em sua opinião, o que facilita a implementação das políticas voltadas para a Atenção Básica? (políticas como PNAB, Promoção, Imunização, etc)
- Em sua opinião, o que dificulta a implementação das políticas voltadas para a Atenção Básica? (políticas como PNAB, Promoção, Imunização etc.)
- Em relação ao seu trabalho na gestão, quais fatores contribuem/contribuíram para a continuidade do seu trabalho?
- [Se houve descontinuidade] quais fatores contribuem/contribuíram para a descontinuidade do seu trabalho na gestão?
- Poderia descrever sua atuação em funções de confiança, direção e chefia na Secretaria Municipal de Saúde, em específico nos setores vinculados à Atenção Primária?
- Poderia descrever sua atuação em funções de confiança, direção e chefia, no momento que os serviços da Atenção Primária à Saúde são ampliados no município do Rio de Janeiro?
- Houve alteração das suas ações desempenhadas no setor durante esse período?
- Poderia descrever sua atuação em funções de confiança, direção e chefia, no momento de diminuição do número de equipes da Atenção Primária no município?
- Houve alteração das suas ações desempenhadas no setor durante esse período?
- Fale sobre as mudanças que se dão quando há alteração no poder executivo municipal. Elas impactam no seu trabalho e na gestão da Atenção Primária?

ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado participante,

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa “Trabalhadores da Gestão: continuidade e/ou descontinuidade da Política de Atenção Básica no município do Rio de Janeiro”, desenvolvida por Tatiane Tavares Menezes, mestranda no Programa de Pós Graduação em Educação profissional em Saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio - Fundação Oswaldo Cruz, sob orientação das professoras Filippina Chinelli e Monica Vieira.

O objetivo central do estudo é descrever e analisar os processos presentes na gestão pública da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro que acarretam a continuidade e/ou descontinuidade na implementação da política de Atenção Básica.

Você está sendo convidado a participar devido ao fato de ter desenvolvido funções na gestão pública de saúde na Secretaria Municipal de Saúde em setores voltados para a implementação da política de Atenção Básica.

Sua participação é voluntária, isto é, não é obrigatória, nem remunerada, 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 o desenvolvimento da pesquisa.

A sua participação consistirá em responder perguntas de um roteiro de entrevista à pesquisadora do projeto. O tempo de duração da entrevista é de aproximadamente uma hora e, caso queira ela poderá ser interrompida a qualquer momento. A entrevista será gravada se houver sua autorização, sendo a mesma para fins de transcrição somente. As entrevistas serão transcritas e armazenadas, em arquivos digitais, mas apenas a pesquisadora e suas orientadoras terão acesso à mesma. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução 466/12.

Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas. Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa e o material será armazenado em local seguro. Você tem o direito de retirar a sua participação do estudo agora ou a qualquer tempo, sem qualquer penalidade ou prejuízo para a sua relação com a instituição proponente desse estudo.

A equipe de pesquisa se comprometa a manter a confidencialidade, mas pode haver a possibilidade de você ser identificado de forma indireta. Os riscos existentes podem envolver algum tipo de constrangimento e/ou represálias no ambiente de trabalho. Para minimizar este risco, a aplicação da entrevista acontecerá individualmente, em

espaço reservado e distante do ambiente de trabalho. Sua identidade será mantida em sigilo e você poderá limitar a informação fornecida ou omitir detalhes que ache que poderão identificá-lo. Você também pode se recusar a responder alguma pergunta, se quiser. Em caso de problemas haverá possibilidade de remarcação da entrevista, caso você aceite.

A princípio, sua participação poderá não lhe trazer qualquer benefício direto, mas poderá trazer benefícios indiretos, contribuindo para uma reflexão relacionado à implementação da política de Atenção Básica.

Os resultados serão divulgados em dissertação de mestrado do Programa de Pós Graduação em Educação profissional em Saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio - Fundação Oswaldo Cruz, posteriormente publicados em meios de divulgação científica. Ainda serão disponibilizados à Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar. E estou recebendo uma via assinada deste Termo.

() Autorizo a gravação da entrevista pela pesquisadora.

() Não autorizo a gravação da entrevista pela pesquisadora.

_____, ____ de _____ de _____.

LOCAL E DATA

Nome do participante

Assinatura do participante da pesquisa

Nome da pesquisadora entrevistadora

Assinatura da pesquisadora entrevistadora

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da EPSJV. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade.

Pesquisadora orientadora: Prof^ª. Dra. Filippina Chinelli

Pesquisadora co-orientadora: Prof^a. Dra. Monica Vieira
Fundação Oswaldo Cruz
Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio
Laboratório de Trabalho e Educação Profissional em Saúde
Avenida Brasil, 4365 – Manguinhos – EPSJV, sala 322.
Telefones: (21) 3865-9753; (21) 3865-9750.

Contatos institucionais do pesquisador(a) responsável:
Tel.: (21)965734359 / e-mail: tatytmenezes@gmail.com

Comitê de Ética em Pesquisa da EPSJV/Fiocruz
Avenida Brasil, 4365 – Manguinhos – RJ / Cep 21040-360
Tel.: 3865-9809 / e-mail: cep.epsjv@fiocruz.br

Secretaria Municipal de Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa
Rua: Evaristo da Veiga, 16 - 4º andar - Sala 401 Centro – RJ / CEP: 20031-040
Telefone: 2215-1485
E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br ou cepsmsrj@yahoo.com.br
Site: <http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/comite-de-etica-em-pesquisa>

Rubrica do Pesquisador: _____ Rubrica do Participante: _____

ANEXO C – QUADRO 5 – SÍMBOLOS E VALORES DE CARGOS EM COMISSÃO DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO EM 2016

ADMINISTRAÇÃO DIRETA

Data-Base: Setembro/2016

CARGOS EM COMISSÃO E FUNÇÕES GRATIFICADAS

SÍMBOLO	VALOR DE REFERÊNCIA	PARCELA INDENIZATÓRIA	VALOR TOTAL
A-DAI1	231,38	231,38	462,76
D-DAI1	257,04	257,04	514,08
A-DAI2	257,04	257,04	514,08
D-DAI2	285,68	285,68	571,36
A-DAI3	285,68	285,68	571,36
D-DAI3	317,31	317,31	634,62
A-DAI4	317,31	317,31	634,62
D-DAI4	352,58	352,58	705,16
A-DAI5	352,58	352,58	705,16
D-DAI5	391,87	391,87	783,74
A-DAI6	391,87	391,87	783,74
D-DAI6	435,45	435,45	870,90
A-DAS6	783,73	783,73	1.567,46
D-DAS6	870,90	870,90	1.741,80
A-DAS7	1.119,73	1.119,73	2.239,46
D-DAS7	1.244,24	1.244,24	2.488,48
A-DAS8	1.599,67	1.599,67	3.199,34
D-DAS8	1.777,38	1.777,38	3.554,76
A-DAS9	1.777,38	1.777,38	3.554,76
D-DAS9	1.974,99	1.974,99	3.949,98
A-DAS10	3.887,84	3.887,84	7.775,68
D-DAS10	3.887,84	3.887,84	7.775,68
A-DAS10B	4.859,84	4.859,84	9.719,68
D-DAS10B	4.859,84	4.859,84	9.719,68
A-DAS10A	6.074,73	6.074,73	12.149,46
D-DAS10A	6.074,73	6.074,73	12.149,46
A-SE	7.593,50	7.593,50	15.187,00
D-SE	7.593,50	7.593,50	15.187,00
D-VP	7.593,50	7.593,50	15.187,00
D-PR	9.491,98	9.491,98	18.983,96

Fonte: RIO DE JANEIRO, 2016b.

ANEXO D – QUADRO 6 – UNIDADES DE SAÚDE E EQUIPES SAÚDE DA FAMÍLIA COM DATA DE ATIVAÇÃO E DESATIVAÇÃO DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

AP	CNES	UNIDADE	Identificador Nacional de Equipes	Nome da equipe	Data de Ativação	Data de Desativação	Observação
10	6023975	SMS CF DONA ZICA - AP 10	306282	ENTORNO	17/08/2010	-	
10	6023975	SMS CF DONA ZICA - AP 10	306290	BURACO QUENTE	29/09/2008	-	
10	6023975	SMS CF DONA ZICA - AP 10	306304	TELEGRAFO	05/12/2011	-	
10	6023975	SMS CF DONA ZICA - AP 10	306312	CANDELARIA	29/09/2008	-	
10	6023975	SMS CF DONA ZICA - AP 10	306274	CHALE	05/12/2011	-	
10	6028233	SMS CF ESTACIO DE SA - AP 10	1614126	CTISO	01/12/2016	05/03/2019	
10	6028233	SMS CF ESTACIO DE SA - AP 10	306436	BISPO	08/08/2011	-	
10	6028233	SMS CF ESTACIO DE SA - AP 10	306428	VISTA ALEGRE	01/10/2011	-	
10	6028233	SMS CF ESTACIO DE SA - AP 10	1604899	AURELIANO PORTUGAL	13/06/2016	-	
10	6028233	SMS CF ESTACIO DE SA - AP 10	1597752	JOAQUIM PIZARRO	29/01/2016	-	
10	6028233	SMS CF ESTACIO DE SA - AP 10	1597744	MATINHA	29/01/2016	-	
10	9057706	SMS CF ESTIVADORES AP 10	1611038	QUINTA DA BOA VISTA	15/09/2016	-	
10	9057706	SMS CF ESTIVADORES AP 10	1611046	SAO LUIS GONZAGA	16/09/2016	-	
10	9079939	SMS CF MEDALHISTA OLIMPICO MAURICIO SILVA AP 10	1613588	FERREIRA DE ARAUJO	29/09/2016	01/04/2019	
10	9079939	SMS CF MEDALHISTA OLIMPICO MAURICIO SILVA AP 10	1613642	SAO JANUARIO	29/09/2016	26/03/2019	
10	9079939	SMS CF MEDALHISTA OLIMPICO MAURICIO SILVA AP 10	1615637	ALEXANDRE PLEMONT	01/12/2016	-	
10	9079939	SMS CF MEDALHISTA OLIMPICO MAURICIO SILVA AP 10	1613618	BARREIRA	29/09/2016	-	
10	9079939	SMS CF MEDALHISTA OLIMPICO MAURICIO SILVA AP 10	1613596	PARQUE EREDIA DE SA	29/09/2016	-	
10	9079939	SMS CF MEDALHISTA OLIMPICO MAURICIO SILVA AP 10	1613626	VILA ARARA	29/09/2016	-	
10	9079939	SMS CF MEDALHISTA OLIMPICO MAURICIO SILVA AP 10	1615629	ATAULFO ALVES	01/12/2016	-	
10	9079939	SMS CF MEDALHISTA OLIMPICO MAURICIO SILVA AP 10	1615645	PARQUE HORACIO	01/12/2016	-	
10	9079939	SMS CF MEDALHISTA OLIMPICO MAURICIO SILVA AP 10	1613634	GENERAL BRUCE	29/09/2016	-	Deslocada de USF para CNES 2270250
10	9080163	SMS CF MEDALHISTA OLIMPICO RICARDO LUCARELLI SOUZA AP 10	1614517	MAJOR FREITAS	08/11/2016	26/03/2019	
10	9080163	SMS CF MEDALHISTA OLIMPICO RICARDO LUCARELLI SOUZA AP 10	303151	AZEVEDO LIMA	25/06/2011	-	
10	9080163	SMS CF MEDALHISTA OLIMPICO RICARDO LUCARELLI SOUZA AP 10	303178	ESTACIO DE SA	30/05/2012	-	
10	9080163	SMS CF MEDALHISTA OLIMPICO RICARDO LUCARELLI SOUZA AP 10	306347	SAO FRANCISCO DE ASSIS	04/04/2011	-	
10	9080163	SMS CF MEDALHISTA OLIMPICO RICARDO LUCARELLI SOUZA AP 10	1614509	CAMBO DE SANTANA	01/12/2016	-	Deslocada de USF para CNES 6023983
10	9080163	SMS CF MEDALHISTA OLIMPICO RICARDO LUCARELLI SOUZA AP 10	1614525	FREI CANECA	01/12/2016	-	
10	9080163	SMS CF MEDALHISTA OLIMPICO RICARDO LUCARELLI SOUZA AP 10	1614495	SAO CARLOS	09/11/2016	-	
10	9080163	SMS CF MEDALHISTA OLIMPICO RICARDO LUCARELLI SOUZA AP 10	1615653	SAO SALVADOR	17/10/2011	-	Deslocada de USF para CNES 6873960
10	7523246	SMS CF NELIO DE OLIVEIRA - AP 10	1536915	JOSE BONIFACIO	01/07/2014	-	
10	7523246	SMS CF NELIO DE OLIVEIRA - AP 10	1536923	AMERICO BRUM	16/10/2013	-	
10	7523246	SMS CF NELIO DE OLIVEIRA - AP 10	1536907	HARMONIA	01/07/2014	-	
10	6873960	SMS CF SERGIO VIEIRA DE MELLO - AP 10	309303	NAVARRO	18/10/2011	-	
10	6873960	SMS CF SERGIO VIEIRA DE MELLO - AP 10	309311	APOTHOSE	13/12/2016	-	
10	6873960	SMS CF SERGIO VIEIRA DE MELLO - AP 10	309273	COROA	17/10/2011	-	
10	6873960	SMS CF SERGIO VIEIRA DE MELLO - AP 10	309338	MINEIRA	17/10/2011	-	
10	6873960	SMS CF SERGIO VIEIRA DE MELLO - AP 10	309281	PAULA MATOS	17/10/2011	01/04/2019	
10	6873960	SMS CF SERGIO VIEIRA DE MELLO - AP 10	309265	CATUMBI	18/10/2011	-	
10	2708426	SMS CMS ERNANI AGRICOLA - AP 10	303763	ALTO SANTA	30/05/2012	-	
10	2708426	SMS CMS ERNANI AGRICOLA - AP 10	303755	FALLET	30/05/2012	-	
10	2708426	SMS CMS ERNANI AGRICOLA - AP 10	1615106	FRAZERES	01/12/2016	-	
10	2270250	SMS CMS ERNESTO ZEFERINO TIBAU JR - AP 10	301426	PARAISO	30/05/2012	-	
10	2270250	SMS CMS ERNESTO ZEFERINO TIBAU JR - AP 10	301418	MARECHAL	30/05/2012	-	
10	2270250	SMS CMS ERNESTO ZEFERINO TIBAU JR - AP 10	301434	IMPERIAL	30/05/2012	-	Deslocada de USF para CNES 9057706
10	2270250	SMS CMS ERNESTO ZEFERINO TIBAU JR - AP 10	1492292	PAVILHAO DE SAO CRISTOVAO	01/12/2016	01/03/2019	
10	2277298	SMS CMS FERN A BRAGA LOPES CAJU - AP 10	302643	ESMERALDA	17/08/2010	-	
10	2277298	SMS CMS FERN A BRAGA LOPES CAJU - AP 10	302678	RUBI	02/06/2010	-	
10	2277298	SMS CMS FERN A BRAGA LOPES CAJU - AP 10	302651	TOPAZIO	03/03/2011	-	
10	2277298	SMS CMS FERN A BRAGA LOPES CAJU - AP 10	302686	SAFIRA	18/08/2010	-	
10	2277298	SMS CMS FERN A BRAGA LOPES CAJU - AP 10	302635	DIAMANTE	13/04/2011	-	
10	2277298	SMS CMS FERN A BRAGA LOPES CAJU - AP 10	302694	PEROLA	17/08/2010	-	
10	2277298	SMS CMS FERN A BRAGA LOPES CAJU - AP 10	1563416	AMETISTA	15/01/2015	-	
10	2291274	SMS CMS JOSE MESSIAS DO CARMO - AP 10	303224	VILA OLIMPICA	30/05/2012	-	
10	2291274	SMS CMS JOSE MESSIAS DO CARMO - AP 10	303216	MONT SERRAT	30/05/2012	-	
10	2291274	SMS CMS JOSE MESSIAS DO CARMO - AP 10	303232	CENTRAL DO BRASIL	30/05/2012	-	
10	2291274	SMS CMS JOSE MESSIAS DO CARMO - AP 10	303240	BENJAMIM CONSTANT	30/05/2012	-	
10	2277301	SMS CMS MANOEL ARTHUR VILLABOIM - AP 10	302708	CAMPO	02/03/2011	-	
10	2277301	SMS CMS MANOEL ARTHUR VILLABOIM - AP 10	302716	PONTE	02/03/2011	19/12/2019	
10	2288346	SMS CMS MARCOLINO CANDAU - AP 10	1614150	RIACHUELO	01/12/2016	-	Deslocada de USF para CNES 2277328
10	2288346	SMS CMS MARCOLINO CANDAU - AP 10	303186	CIDADE NOVA	30/05/2012	19/03/2019	
10	2288346	SMS CMS MARCOLINO CANDAU - AP 10	1614169	BERCO DO SAMBA	01/12/2016	19/03/2019	
10	2277328	SMS CMS OSWALDO CRUZ - AP 10	302759	VALADARES	30/05/2012	-	
10	2277328	SMS CMS OSWALDO CRUZ - AP 10	1614134	SELARON	05/12/2016	04/03/2019	
10	2269953	SMS CMS SALLES NETTO - AP 10	1524208	ESCONDIDINHO	16/05/2014	-	
10	2269953	SMS CMS SALLES NETTO - AP 10	1524240	ALEXANDRINA	16/05/2014	-	
10	2269953	SMS CMS SALLES NETTO - AP 10	1524259	CAMPOS DA PAZ	16/05/2014	-	
10	2269953	SMS CMS SALLES NETTO - AP 10	1524216	REBOUCAS	16/05/2014	-	
10	2269953	SMS CMS SALLES NETTO - AP 10	1524232	CATURAMA	16/05/2014	-	

10	2269953	SMS CMS SALLES NETTO - AP 10	1524224	BARAO DE PETROPOLIS	16/05/2014	-	-
10	5621801	SMS CSE LAPA - AP 10	305960	DEMOCRATICOS	05/12/2012	-	-
10	5621801	SMS CSE LAPA - AP 10	305979	CATEDRAL	20/03/2001	-	-
10	6023983	SMS CSE SAO FRANCISCO DE ASSIS - AP 10	306320	SAO JOSE OPERARIO	09/11/2016	-	-
10	6023983	SMS CSE SAO FRANCISCO DE ASSIS - AP 10	306339	PRESIDENTE VARGAS	04/04/2011	-	-
10	6023983	SMS CSE SAO FRANCISCO DE ASSIS - AP 10	1614142	MEME DE SA	05/12/2016	-	-
21	6496989	SMS CF CANTAGALO PAVAO - PAVAOZINHO - AP 21	306843	PAVAO	04/05/2010	-	-
21	6496989	SMS CF CANTAGALO PAVAO - PAVAOZINHO - AP 21	306835	PAVAOZINHO	04/05/2010	-	-
21	6496989	SMS CF CANTAGALO PAVAO - PAVAOZINHO - AP 21	306827	CANTAGALO	01/02/2011	-	-
21	6496989	SMS CF CANTAGALO PAVAO - PAVAOZINHO - AP 21	1594672	SAINT ROMAN	04/12/2015	-	-
21	6503772	SMS CF MARIA DO SOCORRO / ROCINHA - AP 21	306886	FUNDACO	30/06/2010	04/04/2019	-
21	6503772	SMS CF MARIA DO SOCORRO / ROCINHA - AP 21	306932	DIONEIA	11/06/2010	-	-
21	6503772	SMS CF MARIA DO SOCORRO / ROCINHA - AP 21	306878	PAZ	09/09/2010	-	-
21	6503772	SMS CF MARIA DO SOCORRO / ROCINHA - AP 21	306940	CACHOPINHA	18/05/2010	-	-
21	6503772	SMS CF MARIA DO SOCORRO / ROCINHA - AP 21	306959	GAVEA	20/05/2010	-	-
21	6503772	SMS CF MARIA DO SOCORRO / ROCINHA - AP 21	306894	RUA 4	20/05/2010	-	-
21	6503772	SMS CF MARIA DO SOCORRO / ROCINHA - AP 21	306924	TERREIRAO DE BAIXO	25/05/2010	-	-
21	6503772	SMS CF MARIA DO SOCORRO / ROCINHA - AP 21	306908	VILA UNIAO	14/07/2010	-	-
21	6503772	SMS CF MARIA DO SOCORRO / ROCINHA - AP 21	306967	SKATE	15/04/2010	-	-
21	6503772	SMS CF MARIA DO SOCORRO / ROCINHA - AP 21	306851	CIDADE NOVA	20/05/2010	-	-
21	6503772	SMS CF MARIA DO SOCORRO / ROCINHA - AP 21	306916	ANBAL	20/05/2010	-	-
21	6506232	SMS CF RINALDO DE LAMARE - AP 21	307009	TRAMPOLIM	17/05/2010	-	-
21	6506232	SMS CF RINALDO DE LAMARE - AP 21	307017	BARCELLOS	04/05/2010	-	-
21	6506232	SMS CF RINALDO DE LAMARE - AP 21	306975	MORRO DA ALEGRIA	04/05/2010	-	-
21	6506232	SMS CF RINALDO DE LAMARE - AP 21	307025	CANAL	11/05/2010	-	-
21	6506232	SMS CF RINALDO DE LAMARE - AP 21	306991	VILA VERDE	11/05/2010	-	-
21	6506232	SMS CF RINALDO DE LAMARE - AP 21	306983	BOFES	04/05/2010	-	-
21	6506232	SMS CF RINALDO DE LAMARE - AP 21	307041	CAMPO ESPERANCA	11/05/2010	-	-
21	6506232	SMS CF RINALDO DE LAMARE - AP 21	307033	RAIZ	11/05/2010	26/02/2019	-
21	6272053	SMS CF SANTA MARTA - AP 21	306711	ZUMBI DOS PALMARES	08/06/2009	-	-
21	6272053	SMS CF SANTA MARTA - AP 21	306703	DEDE	07/08/2009	-	-
21	6272053	SMS CF SANTA MARTA - AP 21	306681	PIONEIROS	08/06/2009	26/02/2019	-
21	6632831	SMS CMS CHAPEL MANG BABILONIA - AP 21	307661	CHAPU MANGUEIRA	20/09/2010	-	-
21	6632831	SMS CMS CHAPEL MANG BABILONIA - AP 21	307663	BABILONIA	10/10/2010	-	-
21	2269651	SMS CMS DOM HELDER CAMARA - AP 21	300918	MANEQUINHO	02/07/2012	13/02/2019	-
21	2269651	SMS CMS DOM HELDER CAMARA - AP 21	300926	PRAIA	02/07/2012	-	-
21	2269651	SMS CMS DOM HELDER CAMARA - AP 21	300934	ENSEADA	01/01/2012	-	-
21	2270072	SMS CMS DR ALBERT SABIN - AP 21	301256		13/12/2010	-	-
21	2270072	SMS CMS DR ALBERT SABIN - AP 21	301302	ATALHO	14/12/2010	-	-
21	2270072	SMS CMS DR ALBERT SABIN - AP 21	301280	MACEGA	13/12/2010	-	-
21	2270072	SMS CMS DR ALBERT SABIN - AP 21	301264	LABORAUUX	01/01/2011	-	-
21	2270072	SMS CMS DR ALBERT SABIN - AP 21	301272	CESARIO	13/12/2010	-	-
21	2270072	SMS CMS DR ALBERT SABIN - AP 21	301299	VILAS	13/12/2010	-	-
21	2280795	SMS CMS JOAO BARROS BARRETO - AP 21	303127	GUARANI	01/11/2011	-	-
21	2280795	SMS CMS JOAO BARROS BARRETO - AP 21	303100	POTI	01/10/2011	-	-
21	2280795	SMS CMS JOAO BARROS BARRETO - AP 21	303143	CECI	01/10/2011	-	-
21	2280795	SMS CMS JOAO BARROS BARRETO - AP 21	303097	CURUMIM	09/12/2010	-	-
21	2280795	SMS CMS JOAO BARROS BARRETO - AP 21	303119	TUPA	04/01/2011	-	-
21	2280795	SMS CMS JOAO BARROS BARRETO - AP 21	1594699	AMORE	04/12/2015	-	-
21	2280795	SMS CMS JOAO BARROS BARRETO - AP 21	1594680	XINGU	04/12/2015	-	-
21	2280795	SMS CMS JOAO BARROS BARRETO - AP 21	303135	AOPENA	01/11/2011	13/02/2019	-
21	2708434	SMS CMS MANOEL JOSE FERREIRA - AP 21	303828	GUANABARA	01/12/2011	-	-
21	2708434	SMS CMS MANOEL JOSE FERREIRA - AP 21	303771	AGUIA	01/01/2011	-	-
21	2708434	SMS CMS MANOEL JOSE FERREIRA - AP 21	303798	REDENTOR	01/01/2011	-	-
21	2708434	SMS CMS MANOEL JOSE FERREIRA - AP 21	303801	REPUBLICA	01/12/2011	-	-
21	2708434	SMS CMS MANOEL JOSE FERREIRA - AP 21	303836	PARQUE GUNLE	02/02/2012	-	-
21	2708434	SMS CMS MANOEL JOSE FERREIRA - AP 21	1610945	CORCOVADO	29/09/2016	-	-
21	2708434	SMS CMS MANOEL JOSE FERREIRA - AP 21	1594702	GETULIO VARGAS	04/12/2015	-	-
21	2708434	SMS CMS MANOEL JOSE FERREIRA - AP 21	1566717	PARIS	15/04/2015	-	-
21	2708434	SMS CMS MANOEL JOSE FERREIRA - AP 21	1594710	MACHADO DE ASSIS	04/12/2015	06/02/2019	-
21	2288370	SMS CMS PINDARO DE CARVALHO RODRIGUES - AP 21	303194	TROMBETA	30/11/2010	-	-
21	2288370	SMS CMS PINDARO DE CARVALHO RODRIGUES - AP 21	1514288	DOIS IRMAOS	06/03/2010	-	-
21	2288370	SMS CMS PINDARO DE CARVALHO RODRIGUES - AP 21	1594729	PARQUE	04/12/2015	-	-
21	2288370	SMS CMS PINDARO DE CARVALHO RODRIGUES - AP 21	1610937	PLANETARIO	28/09/2016	26/02/2019	-
21	7990286	SMS CMS ROCHA MAIA - AP 21	1604023	PAO DE ACUCAR	13/07/2016	-	-
21	7990286	SMS CMS ROCHA MAIA - AP 21	1604031	CARIOCA	19/07/2016	26/02/2019	-
21	2280205	SMS CMS RODOLPHO PERISSE / VIDIGAL - AP 21	302813	VIDIGAL	01/07/2010	-	-
21	2280205	SMS CMS RODOLPHO PERISSE / VIDIGAL - AP 21	302821	LITORAL	22/06/2010	-	-
21	2280205	SMS CMS RODOLPHO PERISSE / VIDIGAL - AP 21	302805	ESPERANCA	14/07/2010	-	-
21	3796310	SMS CMS VILA CANOAS - AP 21	304727	VILA CANOAS	01/05/2002	-	-
22	9067078	SMS CF ANDARAÍ - AP 22	1612352	UBERABA	29/09/2016	21/02/2019	-
22	9067078	SMS CF ANDARAÍ - AP 22	1612344	ARAXA	29/09/2016	21/02/2019	-
22	9067078	SMS CF ANDARAÍ - AP 22	1612360	GASTAO PENALVA	29/09/2016	-	-
22	9067078	SMS CF ANDARAÍ - AP 22	1612379	ITORORO	29/09/2016	-	-
22	9067078	SMS CF ANDARAÍ - AP 22	1612387	SANTO ESTEVAO	29/09/2016	-	-
22	9067078	SMS CF ANDARAÍ - AP 22	1612395	ADOLFO CAMINHA	29/09/2016	-	-
22	9067078	SMS CF ANDARAÍ - AP 22	1612409	ESPERANCA	29/09/2016	-	-
22	9067078	SMS CF ANDARAÍ - AP 22	1612417	FURNAS	29/09/2016	-	-
22	7638086	SMS CF PEDRO ERNESTO - AP 22	1611410	AMBROSINA	20/09/2016	21/02/2019	-
22	7638086	SMS CF PEDRO ERNESTO - AP 22	1611402	MANUEL DE ABREU	20/09/2016	21/02/2019	-
22	7638086	SMS CF PEDRO ERNESTO - AP 22	1562819	MIGUEL PEDRO	24/11/2014	-	-
22	3785025	SMS CF RECANTO DO TROVADOR - AP 22	304719	MARTINHO DA VILA	01/11/2004	-	-
22	3785025	SMS CF RECANTO DO TROVADOR - AP 22	304697	NOEL ROSA	24/02/2004	-	-

22	3785025	SMS CF RECANTO DO TROVADOR - AP 22	304700	POPULAR	24/02/2004	-	
22	3785025	SMS CF RECANTO DO TROVADOR - AP 22	1563246	CARUARU	13/01/2015	21/02/2019	
22	2778696	SMS CMS CARLOS FIGUEIREDO FILHO / BOREL - AP 22	303860	SEMENTE	13/09/2003	-	
22	2778696	SMS CMS CARLOS FIGUEIREDO FILHO / BOREL - AP 22	303844	LADEIRA DO MOREIRA	01/11/2010	-	
22	2778696	SMS CMS CARLOS FIGUEIREDO FILHO / BOREL - AP 22	303852	TERREIRO	02/08/2010	-	
22	5358612	SMS CMS CASA BRANCA - AP 22	305200	CASA BRANCA	01/11/2004	-	
22	2269376	SMS CMS HEITOR BELTRAO - AP 22	300543	SAO FRANCISCO	01/11/2012	-	
22	2269376	SMS CMS HEITOR BELTRAO - AP 22	300519	SALGUEIRO	01/11/2012	-	
22	2269376	SMS CMS HEITOR BELTRAO - AP 22	300535	ITACURUCA	01/11/2012	21/02/2019	
22	2269376	SMS CMS HEITOR BELTRAO - AP 22	1527045	CATRAMI	03/07/2014	-	
22	2269376	SMS CMS HEITOR BELTRAO - AP 22	1549189	XAVIER DE BRITO	08/09/2014	-	
22	2269376	SMS CMS HEITOR BELTRAO - AP 22	1549197	SANTA SOFIA	08/09/2014	-	
22	2269376	SMS CMS HEITOR BELTRAO - AP 22	1549200	DONA DELFINA	08/09/2014	-	
22	2269376	SMS CMS HEITOR BELTRAO - AP 22	1549219	ALZIRA BRANDAO	08/09/2014	-	
22	7414226	SMS CMS HELIO PELLEGRINO - AP 22	1520253	VILLA LOBOS	07/04/2014	-	
22	7414226	SMS CMS HELIO PELLEGRINO - AP 22	1520229	BANDEIRA	07/04/2014	-	
22	7414226	SMS CMS HELIO PELLEGRINO - AP 22	1520261	CANABARRO	07/04/2014	-	
22	7414226	SMS CMS HELIO PELLEGRINO - AP 22	1611658	CAPUCHINHOS	23/09/2016	-	
22	7414226	SMS CMS HELIO PELLEGRINO - AP 22	1520237	AFONSO PENA	07/04/2014	26/02/2019	
22	7414226	SMS CMS HELIO PELLEGRINO - AP 22	1611666	MATOSO	23/09/2016	-	
22	2280787	SMS CMS JULIO BARBOSA - AP 22	303089	RAIA	15/06/2011	-	
22	2280787	SMS CMS JULIO BARBOSA - AP 22	303070	CASCATA	01/04/2011	-	
22	2280272	SMS CMS MARIA AUGUSTA ESTRELLA - AP 22	302848	CONSELHEIRO	01/07/2011	-	
22	2280272	SMS CMS MARIA AUGUSTA ESTRELLA - AP 22	302856	SENADOR	02/05/2011	-	
22	2280272	SMS CMS MARIA AUGUSTA ESTRELLA - AP 22	1611445	VIA LACTEA	20/09/2016	-	
22	2280272	SMS CMS MARIA AUGUSTA ESTRELLA - AP 22	1599917	BARAO DE COTEGIPE	10/03/2016	-	
22	2280272	SMS CMS MARIA AUGUSTA ESTRELLA - AP 22	1548212	PARACOCHEIRO	08/09/2014	-	
22	2280272	SMS CMS MARIA AUGUSTA ESTRELLA - AP 22	1548220	SOLZA FRANCO	08/09/2014	21/02/2019	
22	2280280	SMS CMS NICOLA ALBANO - AP 22	302864	FLORESTA DA TIJUCA	01/11/2010	-	
22	2280280	SMS CMS NICOLA ALBANO - AP 22	302872	BOA VISTA	01/11/2010	-	
22	2280280	SMS CMS NICOLA ALBANO - AP 22	1603035	CACHOEIRA	10/05/2016	21/02/2019	
31	5456932	FIOCRUZ/ENSP/CENTRO DE SAUDE ESCOLA GERMANO SINVAL FARIA	1532464	AMIZADE	01/03/2005	-	
31	5456932	FIOCRUZ/ENSP/CENTRO DE SAUDE ESCOLA GERMANO SINVAL FARIA	1532472	VIDA	01/03/2005	-	
31	5456932	FIOCRUZ/ENSP/CENTRO DE SAUDE ESCOLA GERMANO SINVAL FARIA	1532421	SERVIDADE	01/03/2005	-	
31	5456932	FIOCRUZ/ENSP/CENTRO DE SAUDE ESCOLA GERMANO SINVAL FARIA	1532448	HARMONIA	01/03/2005	-	
31	5456932	FIOCRUZ/ENSP/CENTRO DE SAUDE ESCOLA GERMANO SINVAL FARIA	1532499	ACONCHEGO	01/03/2005	-	
31	5456932	FIOCRUZ/ENSP/CENTRO DE SAUDE ESCOLA GERMANO SINVAL FARIA	1532510	FORTALEZA	01/09/2010	-	
31	5456932	FIOCRUZ/ENSP/CENTRO DE SAUDE ESCOLA GERMANO SINVAL FARIA	1532502	FRATERNIDADE	20/12/2016	-	
31	5476607	SMS CF ADIB JATENE - AP 31	305677	CONJUNTO PINHEIRO	28/11/2016	27/03/2019	
31	5476607	SMS CF ADIB JATENE - AP 31	305499	PRACA DO SALSA	12/11/2013	-	
31	5476607	SMS CF ADIB JATENE - AP 31	305537	SELETTA	12/12/2008	-	
31	5476607	SMS CF ADIB JATENE - AP 31	305480	PROF PAULO FREIRE	01/10/2007	-	
31	5476607	SMS CF ADIB JATENE - AP 31	305510	MERENGUE	30/09/2016	-	
31	5476607	SMS CF ADIB JATENE - AP 31	305502	GUSTAVO CAPANEMA	01/10/2007	-	
31	5476607	SMS CF ADIB JATENE - AP 31	305529	VILA DO PINHEIRO	30/09/2016	-	
31	5476607	SMS CF ADIB JATENE - AP 31	1597531	SAO JOSE OPERARIO	26/01/2016	-	
31	5476607	SMS CF ADIB JATENE - AP 31	1597515	VILA RESIDENCIAL	21/10/2016	-	
31	5179726	SMS CF ALOYSIO AUGUSTO NOVIS - AP 31	305022	SERENO	01/03/2005	-	
31	5179726	SMS CF ALOYSIO AUGUSTO NOVIS - AP 31	304980	ACTOLI	05/10/2011	-	
31	5179726	SMS CF ALOYSIO AUGUSTO NOVIS - AP 31	305014	ARY BARROSO	27/10/2011	-	
31	5179726	SMS CF ALOYSIO AUGUSTO NOVIS - AP 31	304972	FE	01/10/2005	-	
31	5179726	SMS CF ALOYSIO AUGUSTO NOVIS - AP 31	305006	MANGUEIRINHA	31/07/2012	-	
31	5179726	SMS CF ALOYSIO AUGUSTO NOVIS - AP 31	304999	CRATO	31/05/2016	-	
31	5179726	SMS CF ALOYSIO AUGUSTO NOVIS - AP 31	1593528	MILTON SANTOS	12/11/2015	-	
31	5179726	SMS CF ALOYSIO AUGUSTO NOVIS - AP 31	1615661	BENTO CARDOSO	12/12/2016	-	
31	6804209	SMS CF ASSIS VALENTE - AP 31	308773	BELIA FLOR/TUBIACANGA	23/09/2014	-	Deslocada de USF para CNES 5467136
31	6804209	SMS CF ASSIS VALENTE - AP 31	308838	EMA	06/07/2011	-	
31	6804209	SMS CF ASSIS VALENTE - AP 31	308846	FLAMINGO	06/07/2011	-	
31	6804209	SMS CF ASSIS VALENTE - AP 31	308811	SANTOS DUMONT	19/05/2016	-	
31	6804209	SMS CF ASSIS VALENTE - AP 31	308803	AGUIA DOURADA	06/07/2011	-	
31	6804209	SMS CF ASSIS VALENTE - AP 31	308781	AVIAO	07/07/2011	-	
31	6023320	SMS CF AUGUSTO BOAL - AP 31	306169	OLIVEIRA	01/01/2011	-	
31	6023320	SMS CF AUGUSTO BOAL - AP 31	306134	PROCLAMACAO	26/08/2014	-	
31	6023320	SMS CF AUGUSTO BOAL - AP 31	306185	CASINHAS	01/03/2011	-	
31	6023320	SMS CF AUGUSTO BOAL - AP 31	306142	TIMBAU	30/09/2008	-	
31	6023320	SMS CF AUGUSTO BOAL - AP 31	306126	BENTO RIBEIRO DANTAS	21/11/2016	-	
31	6023320	SMS CF AUGUSTO BOAL - AP 31	306177	OROSINA	01/03/2011	-	
31	7985657	SMS CF EIDIMIR THIAGO DE SOUZA - AP 31	1604708	ROSAS	15/06/2016	-	
31	7985657	SMS CF EIDIMIR THIAGO DE SOUZA - AP 31	1604686	MELGACCO	10/06/2016	-	
31	7985657	SMS CF EIDIMIR THIAGO DE SOUZA - AP 31	1604651	CORDOVIL	10/06/2016	-	
31	7985657	SMS CF EIDIMIR THIAGO DE SOUZA - AP 31	1604678	LAGUNA	10/06/2016	-	
31	7985657	SMS CF EIDIMIR THIAGO DE SOUZA - AP 31	1604694	SAO SEBASTIAO	15/06/2016	-	
31	7985657	SMS CF EIDIMIR THIAGO DE SOUZA - AP 31	1604635	JUPITER	10/06/2016	-	
31	6664075	SMS CF FELIPPE CARDOSO - AP 31	307912	IRMA PAULA	01/12/2012	27/03/2019	
31	6664075	SMS CF FELIPPE CARDOSO - AP 31	307955	PENHA	01/11/2010	27/03/2019	
31	6664075	SMS CF FELIPPE CARDOSO - AP 31	307904	GRUETA	05/06/2013	-	
31	6664075	SMS CF FELIPPE CARDOSO - AP 31	307920	COQUEIRO	11/02/2015	-	
31	6664075	SMS CF FELIPPE CARDOSO - AP 31	308021	CARACOL	01/10/2004	-	
31	6664075	SMS CF FELIPPE CARDOSO - AP 31	472840	SAO JOSE	01/01/2011	-	
31	6664075	SMS CF FELIPPE CARDOSO - AP 31	308056	GIRASSOL	01/10/2010	-	
31	6664075	SMS CF FELIPPE CARDOSO - AP 31	307947	PARQUE SHANGAI	01/11/2010	-	
31	6664075	SMS CF FELIPPE CARDOSO - AP 31	308013	TRES REIS	01/01/2011	-	
31	6664075	SMS CF FELIPPE CARDOSO - AP 31	307998	SAO LUCAS	01/01/2011	-	

31	6664075	SMS CF FELIPPE CARDOSO - AP 31	308048	VILA CRUZEIRO	01/11/2000	-	
31	6664075	SMS CF FELIPPE CARDOSO - AP 31	1597019	QUATRO BICAS	19/01/2016	-	
31	6664075	SMS CF FELIPPE CARDOSO - AP 31	1597000	IPUJUCA	19/01/2016	-	
31	6664075	SMS CF FELIPPE CARDOSO - AP 31	1615610	ANGRA DOS REIS	12/12/2016	-	
31	6664075	SMS CF FELIPPE CARDOSO - AP 31	1615688	SOUZA NETO	13/12/2016	-	
31	6664040	SMS CF HEITOR DOS PRAZERES - AP 31	307890	GRATUNA	01/02/2011	-	
31	6664040	SMS CF HEITOR DOS PRAZERES - AP 31	307831	BOA VIAGEM	01/02/2011	-	
31	6664040	SMS CF HEITOR DOS PRAZERES - AP 31	307874	ESTRELA	09/04/2014	-	
31	6664040	SMS CF HEITOR DOS PRAZERES - AP 31	307882	NOVO HORIZONTE	01/02/2011	-	
31	6664040	SMS CF HEITOR DOS PRAZERES - AP 31	307823	SANTA EDWIGES	01/02/2011	-	
31	6664040	SMS CF HEITOR DOS PRAZERES - AP 31	307866	ARCO IRIS	01/02/2011	-	
31	5476836	SMS CMS SAMORA MACHEL - AP 31	1492497	SAFIRA	17/01/2017	-	Deslocada de USF para CNES 9442251
31	6932916	SMS CF JOAOSINHO TRINTA - AP 31	309885	DEMOCRACIA	05/03/2012	-	
31	6932916	SMS CF JOAOSINHO TRINTA - AP 31	309834	OSLO	05/03/2012	-	
31	6932916	SMS CF JOAOSINHO TRINTA - AP 31	309869	CARTOLA	05/03/2012	-	
31	6932916	SMS CF JOAOSINHO TRINTA - AP 31	309877	PORTO PRINCEPE	05/03/2012	-	
31	6932916	SMS CF JOAOSINHO TRINTA - AP 31	309842	LUCAS	27/05/2016	-	
31	6932916	SMS CF JOAOSINHO TRINTA - AP 31	309850	TAGIPURU	25/06/2015	-	
31	9075143	SMS CF KLEBEL DE OLIVEIRA ROCHA - AP 31	304441	ESPERANCA	05/08/2015	-	
31	9075143	SMS CF KLEBEL DE OLIVEIRA ROCHA - AP 31	307939	CASCATINHA	01/11/2010	-	Deslocada de USF para CNES 6664075
31	9075143	SMS CF KLEBEL DE OLIVEIRA ROCHA - AP 31	307971	MERENDIBA	01/10/2010	-	Deslocada de USF para CNES 6664075
31	9075143	SMS CF KLEBEL DE OLIVEIRA ROCHA - AP 31	1613545	JACUPEMA	21/10/2016	-	
31	9075143	SMS CF KLEBEL DE OLIVEIRA ROCHA - AP 31	1613537	MOREIRA DE ABREU	21/10/2016	-	
31	9075143	SMS CF KLEBEL DE OLIVEIRA ROCHA - AP 31	1613561	OLARIA	21/10/2016	-	
31	9075143	SMS CF KLEBEL DE OLIVEIRA ROCHA - AP 31	1613553	JORGE GONCALVES	21/10/2016	-	
31	6568491	SMS CF MARIA SEBASTIANA DE OLIVEIRA - AP 31	307297	ERICO COELHO	02/05/2011	12/04/2019	
31	6568491	SMS CF MARIA SEBASTIANA DE OLIVEIRA - AP 31	307300	MONES	02/05/2011	-	
31	6568491	SMS CF MARIA SEBASTIANA DE OLIVEIRA - AP 31	307327	ADOLFO PORTO	02/05/2011	-	
31	6568491	SMS CF MARIA SEBASTIANA DE OLIVEIRA - AP 31	307319	FERNANDO PESSOA	02/05/2011	-	
31	6568491	SMS CF MARIA SEBASTIANA DE OLIVEIRA - AP 31	307335	PRAIA DA ROSA	15/08/2016	-	
31	6568491	SMS CF MARIA SEBASTIANA DE OLIVEIRA - AP 31	1495348	QUEROSENE	13/11/2013	-	
31	9016805	SMS CF NILDA CAMPOS DE LIMA - AP 31	1607685	BRAS DE PINA	21/07/2016	26/03/2019	
31	9016805	SMS CF NILDA CAMPOS DE LIMA - AP 31	1607251	PACHECO JUNIOR	15/07/2016	26/03/2019	
31	9016805	SMS CF NILDA CAMPOS DE LIMA - AP 31	301892	CRUCIADOS	15/07/2016	-	
31	9016805	SMS CF NILDA CAMPOS DE LIMA - AP 31	1607243	OLIVEIRA MELO	15/07/2016	-	
31	9016805	SMS CF NILDA CAMPOS DE LIMA - AP 31	1607278	QUITUNGO	15/07/2016	-	
31	9016805	SMS CF NILDA CAMPOS DE LIMA - AP 31	1607235	PEDRO RUFINO	15/07/2016	-	
31	9016805	SMS CF NILDA CAMPOS DE LIMA - AP 31	1607669	PEQUIRI	21/07/2016	-	
31	9016805	SMS CF NILDA CAMPOS DE LIMA - AP 31	1607677	GUAPORE	21/07/2016	-	
31	9016805	SMS CF NILDA CAMPOS DE LIMA - AP 31	1607286	ORICA	15/07/2016	-	
31	9016805	SMS CF NILDA CAMPOS DE LIMA - AP 31	1607294	PIRETO	15/07/2016	-	
31	7594712	SMS CF PALMEIRAS - AP 31	1554786	IBIRAPITANGA	18/01/2017	-	Deslocada de USF para CNES 3784975
31	7594712	SMS CF PALMEIRAS - AP 31	1554778	PORANGA	18/01/2017	-	Deslocada de USF para CNES 3784975
31	7594712	SMS CF PALMEIRAS - AP 31	1554751	TELEFERICO	18/01/2017	-	Deslocada de USF para CNES 3784975
31	6524486	SMS CF RODRIGO Y AGUILAR ROIG - AP 31	307173	ITARARE	08/04/2010	-	
31	6524486	SMS CF RODRIGO Y AGUILAR ROIG - AP 31	307149	FENIX	01/09/2011	-	
31	6524486	SMS CF RODRIGO Y AGUILAR ROIG - AP 31	307157	ALVORADA	08/04/2010	-	
31	6524486	SMS CF RODRIGO Y AGUILAR ROIG - AP 31	307165	ALVORADA-CRUZEIRO	06/04/2010	-	
31	9107835	SMS CF VALTER FELISBINO DE SOUZA - AP 31	1614908	RAMOS	07/12/2016	27/03/2019	
31	3784967	SMS CMS ALEMAO - AP 31	304484	BAIANA	01/09/2011	-	Deslocada de USF para CNES 9107835
31	3784967	SMS CMS ALEMAO - AP 31	304506	ABRAAO	02/05/2011	-	Deslocada de USF para CNES 9107835
31	3784967	SMS CMS ALEMAO - AP 31	304492	ARTEMIS	02/01/2004	-	Deslocada de USF para CNES 9107835
31	3784967	SMS CMS ALEMAO - AP 31	304476	TIO PAULINHO	30/10/2013	-	Deslocada de USF para CNES 9107835
31	3784967	SMS CMS ALEMAO - AP 31	304468	TONINHO	13/11/2013	-	Deslocada de USF para CNES 9107835
31	9107835	SMS CF VALTER FELISBINO DE SOUZA - AP 31	1614886	PARANAPANEMA	28/11/2016	-	
31	9107835	SMS CF VALTER FELISBINO DE SOUZA - AP 31	1614894	ALEMAO	28/11/2016	-	
31	6514022	SMS CF VICTOR VALLA - AP 31	307092	SABEDORIA	13/04/2010	-	
31	6514022	SMS CF VICTOR VALLA - AP 31	307084	CORAGEM	13/04/2010	-	
31	6514022	SMS CF VICTOR VALLA - AP 31	307106	LIBERDADE	13/04/2010	-	
31	6514022	SMS CF VICTOR VALLA - AP 31	307076	CONFIANCA	13/04/2010	-	
31	6514022	SMS CF VICTOR VALLA - AP 31	307068	RENOVACAO	01/09/2010	-	
31	6514022	SMS CF VICTOR VALLA - AP 31	307114	FELICIDADE	13/04/2010	-	
31	9072659	SMS CF WILMA COSTA - AP 31	1614649	PRAIA DA BANDEIRA	17/11/2016	26/03/2019	
31	9072659	SMS CF WILMA COSTA - AP 31	1614657	TIOLINHO	17/11/2016	26/03/2019	
31	9072659	SMS CF WILMA COSTA - AP 31	1611844	COCOTA	26/09/2016	-	
31	9072659	SMS CF WILMA COSTA - AP 31	1611852	BOA VISTA	26/09/2016	-	
31	9072659	SMS CF WILMA COSTA - AP 31	1611860	BAVIERA	26/09/2016	-	
31	9072659	SMS CF WILMA COSTA - AP 31	1614622	MAGLIOLI	17/11/2016	-	
31	9072659	SMS CF WILMA COSTA - AP 31	1614630	MESSEIA	17/11/2016	-	
31	9072659	SMS CF WILMA COSTA - AP 31	1614614	DUAS PRAIAS	17/11/2016	-	
31	3784975	SMS CF ZILDA ARNS - AP 31	304557	NOVA BRASILIA	01/01/2010	-	
31	3784975	SMS CF ZILDA ARNS - AP 31	304530	ADEUS	01/07/2010	-	
31	3784975	SMS CF ZILDA ARNS - AP 31	304638	ALVORADA II	11/04/2011	-	
31	3784975	SMS CF ZILDA ARNS - AP 31	304611	RESERVATORIO	01/07/2010	-	
31	3784975	SMS CF ZILDA ARNS - AP 31	304549	AREA CINCO	21/09/2011	-	
31	3784975	SMS CF ZILDA ARNS - AP 31	304565	PALMEIRA	01/04/2011	-	
31	3784975	SMS CF ZILDA ARNS - AP 31	304581	LOTAMENTO	01/10/2005	-	
31	3784975	SMS CF ZILDA ARNS - AP 31	304573	FAZENDINHA	01/07/2010	-	
31	3784975	SMS CF ZILDA ARNS - AP 31	304646	CAPAO	15/05/2014	-	
31	3784975	SMS CF ZILDA ARNS - AP 31	304522	NOVO ADEUS	22/12/2014	-	
31	3784975	SMS CF ZILDA ARNS - AP 31	304603	VIUVA	06/01/2005	-	
31	3784975	SMS CF ZILDA ARNS - AP 31	304514	DR. NOGUCHI	06/01/2005	27/03/2019	
31	2296551	SMS CMS AMERICO VELOSO - AP 31	303593	ALEGRIA	01/07/2010	-	

31	2296551	SMS CMS AMERICO VELOSO - AP 31	303577	PRAIA DE RAMOS	01/10/2007	-	
31	2296551	SMS CMS AMERICO VELOSO - AP 31	303569	ROQUETE PINTO	30/08/2016	-	
31	2296551	SMS CMS AMERICO VELOSO - AP 31	1598007	RITA RIBAS	30/08/2016	-	
31	2296551	SMS CMS AMERICO VELOSO - AP 31	1598511	BRIGADEIRO TROMPOWSKI	26/09/2016	-	
31	2296551	SMS CMS AMERICO VELOSO - AP 31	1598503	ENGENHO DA PEDRA	06/09/2016	-	19/03/2019
31	5476798	SMS CMS HELIO SMIDT - AP 31	305588	CONDUTISTA	01/03/2011	-	
31	5476798	SMS CMS HELIO SMIDT - AP 31	305545	PORTINARI	24/05/2011	-	
31	5476798	SMS CMS HELIO SMIDT - AP 31	305553	NOVA	24/05/2011	-	
31	5476798	SMS CMS HELIO SMIDT - AP 31	305561	ARAUJO	24/05/2011	-	
31	5457009	SMS CMS IRACI LOPES - AP 31	305391	PAZ	01/05/2004	-	
31	5457009	SMS CMS IRACI LOPES - AP 31	305405	AMOR	01/05/2004	-	
31	3784959	SMS CMS JOAO CANDIDO - AP 31	304425	MARCILIO DIAS	01/06/2005	-	
31	3784959	SMS CMS JOAO CANDIDO - AP 31	304433	KELESONS	01/06/2005	-	
31	2269902	SMS CMS JOSE BREVES DOS SANTOS - AP 31	301140	PICA PAU	10/10/2014	-	
31	2269902	SMS CMS JOSE BREVES DOS SANTOS - AP 31	301159	COMUNIDADE BOM JARDIM	01/12/2010	-	
31	2269902	SMS CMS JOSE BREVES DOS SANTOS - AP 31	1544764	AVILA	09/03/2016	-	
31	2269902	SMS CMS JOSE BREVES DOS SANTOS - AP 31	1544748	MAR GRANDE	21/08/2014	-	
31	2269902	SMS CMS JOSE BREVES DOS SANTOS - AP 31	1613251	SETEMBRINO	11/10/2016	-	28/03/2019
31	2269902	SMS CMS JOSE BREVES DOS SANTOS - AP 31	1613278	AGUA DOCE	11/10/2016	-	
31	2269902	SMS CMS JOSE BREVES DOS SANTOS - AP 31	1613286	SERRA DO NAVIO	11/10/2016	-	
31	2269902	SMS CMS JOSE BREVES DOS SANTOS - AP 31	1613294	DIVINEIA	11/10/2016	-	28/03/2019
31	2273640	SMS CMS MADRE TERESA DE CALCUTA - AP 31	302597	PIXUNAS	27/08/2012	-	
31	2273640	SMS CMS MADRE TERESA DE CALCUTA - AP 31	302619	JOAO TELLES	01/02/2011	-	
31	2273640	SMS CMS MADRE TERESA DE CALCUTA - AP 31	302600	INPS	01/12/2010	-	
31	2273640	SMS CMS MADRE TERESA DE CALCUTA - AP 31	302627	MATA	16/12/2016	-	
31	2273640	SMS CMS MADRE TERESA DE CALCUTA - AP 31	1543350	MARACAJAS	05/12/2014	-	01/06/2018
31	2295032	SMS CMS MARIA CRISTINA ROMA PAUGARTTEN - AP 31	303283	PEDREIRA	01/12/2010	-	Mudança de tipologia, eSF para eAP, em 2018
31	2295032	SMS CMS MARIA CRISTINA ROMA PAUGARTTEN - AP 31	303259	SIREMA	01/12/2010	-	
31	2295032	SMS CMS MARIA CRISTINA ROMA PAUGARTTEN - AP 31	303275	BORGAUTO	14/06/2011	-	
31	2295032	SMS CMS MARIA CRISTINA ROMA PAUGARTTEN - AP 31	1544772	CECI	21/08/2014	-	
31	2295032	SMS CMS MARIA CRISTINA ROMA PAUGARTTEN - AP 31	1544780	SANTA LUZIA	15/03/2016	-	
31	2295032	SMS CMS MARIA CRISTINA ROMA PAUGARTTEN - AP 31	1601113	BATURITE	04/04/2016	-	
31	2295032	SMS CMS MARIA CRISTINA ROMA PAUGARTTEN - AP 31	1601148	NACOES	04/04/2016	-	
31	2295032	SMS CMS MARIA CRISTINA ROMA PAUGARTTEN - AP 31	1603111	IAPC	18/03/2016	-	
31	2295032	SMS CMS MARIA CRISTINA ROMA PAUGARTTEN - AP 31	1601121	SANTA RITA	04/04/2016	-	
31	2295032	SMS CMS MARIA CRISTINA ROMA PAUGARTTEN - AP 31	1603033	COHAB	18/03/2016	-	04/05/2018
31	2296535	SMS CMS NAGIB JORGE FARAH - AP 31	303445	RENASCER	01/07/2010	-	
31	2296535	SMS CMS NAGIB JORGE FARAH - AP 31	303518	VILA ESPERANCA	03/05/2010	-	
31	2296535	SMS CMS NAGIB JORGE FARAH - AP 31	303496	ARINOS	02/08/2010	-	
31	2296535	SMS CMS NAGIB JORGE FARAH - AP 31	303453	SABINO	03/05/2010	-	
31	2296535	SMS CMS NAGIB JORGE FARAH - AP 31	303437	BARAO ETUDART	02/08/2010	-	
31	2296535	SMS CMS NAGIB JORGE FARAH - AP 31	303461	DEBUSSY	30/10/2013	-	
31	2296535	SMS CMS NAGIB JORGE FARAH - AP 31	1495313	FICAP	18/02/2014	-	
31	2296535	SMS CMS NAGIB JORGE FARAH - AP 31	1612441	FIGUEIREDO ROCHA	16/12/2016	-	
31	2296535	SMS CMS NAGIB JORGE FARAH - AP 31	1612468	ALVARENGA PEIXOTO	16/12/2016	-	
31	2296535	SMS CMS NAGIB JORGE FARAH - AP 31	1612638	VALENTIM DE MAGALHAES	30/09/2016	-	
31	2296535	SMS CMS NAGIB JORGE FARAH - AP 31	1612646	FERNANDES DA CUNHA	30/09/2016	-	
31	2296535	SMS CMS NAGIB JORGE FARAH - AP 31	303488	ATHILIO PARIM	02/08/2010	-	26/03/2019
31	2280779	SMS CMS NECKER PINTO - AP 31	154829	Z-10	19/01/2016	-	
31	2280779	SMS CMS NECKER PINTO - AP 31	1598821	IBATUBA	23/02/2016	-	
31	2280779	SMS CMS NECKER PINTO - AP 31	1597167	CANDIDO PORTINARI	22/01/2016	-	
31	7856954	SMS CMS NEWTON ALVES CARDOZO - AP 31	1598368	COMBU	16/02/2016	-	
31	7856954	SMS CMS NEWTON ALVES CARDOZO - AP 31	1598767	GUARABU	23/02/2016	-	
31	5476801	SMS CMS NOVA HOLANDA - AP 31	305596	TEIXEIRA RIBEIRO	01/03/2011	-	
31	5476801	SMS CMS NOVA HOLANDA - AP 31	305618	ROBSON CAETANO	24/05/2011	-	
31	5476801	SMS CMS NOVA HOLANDA - AP 31	305626	CAMPO DA PATY	24/05/2011	-	
31	5467136	SMS CMS PARQUE ROYAL - AP 31	305472	EMANUEL	02/01/2003	-	
31	5467136	SMS CMS PARQUE ROYAL - AP 31	305464	BOA ESPERANCA	02/01/2003	-	
31	7015208	SMS CMS PARQUE UNIAO - AP 31	309966	ARI LEO	29/05/2012	-	
31	7015208	SMS CMS PARQUE UNIAO - AP 31	309958	SAO PEDRO	29/05/2012	-	
31	7856962	SMS CMS PAULLINO WERNECK - AP 31	1598740	CORADO	23/02/2016	-	Deslocada de USF para CNES 7856954
31	7856962	SMS CMS PAULLINO WERNECK - AP 31	1598759	CANINARE	23/02/2016	-	Deslocada de USF para CNES 7856954
31	5476836	SMS CMS SAMORA MACHEL - AP 31	305642	BELA	18/03/2015	-	Deslocada de USF para CNES 9442251
31	5476836	SMS CMS SAMORA MACHEL - AP 31	305650	PRAIA	19/05/2014	-	Deslocada de USF para CNES 9442251
31	5476836	SMS CMS SAMORA MACHEL - AP 31	305634	PRINCIPAL	05/08/2013	-	Deslocada de USF para CNES 9442251
31	6664164	SMS CMS SAO GODOFREDO - AP 31	308072	IAPI	01/11/2010	-	
31	6664164	SMS CMS SAO GODOFREDO - AP 31	308099	BARIRI	01/11/2010	-	
31	6664164	SMS CMS SAO GODOFREDO - AP 31	308064	IBIAPINA	01/11/2010	-	
31	6664164	SMS CMS SAO GODOFREDO - AP 31	308080	ILHOMENA	01/11/2010	-	
31	5476844	SMS CMS VILA DO JOAO - AP 31	305723	CONJUNTO ESPERANCA	13/07/2010	-	
31	5476844	SMS CMS VILA DO JOAO - AP 31	305693	PATA CHOCA	20/09/2007	-	
31	5476844	SMS CMS VILA DO JOAO - AP 31	305669	TIO MARIO	01/01/2010	-	
31	5476844	SMS CMS VILA DO JOAO - AP 31	305685	JOSUE DE CASTRO	20/09/2007	-	
31	5476844	SMS CMS VILA DO JOAO - AP 31	305707	SOLIDARIA	02/08/2010	-	
31	5476844	SMS CMS VILA DO JOAO - AP 31	1597523	NOVA ERA	26/01/2016	-	
31	5476844	SMS CMS VILA DO JOAO - AP 31	305715	RENASCER MARE	20/05/2007	-	27/03/2019
32	9101764	SMS CF AMELIA DOS SANTOS FERREIRA - AP 32	1615262	CAMILA BRAVO	16/12/2016	-	
32	9101764	SMS CF AMELIA DOS SANTOS FERREIRA - AP 32	1615297	PAU FERRO	16/12/2016	-	
32	9101764	SMS CF AMELIA DOS SANTOS FERREIRA - AP 32	1615300	POCONE	16/12/2016	-	
32	9101764	SMS CF AMELIA DOS SANTOS FERREIRA - AP 32	1615319	SILVA BRAGA	16/12/2016	-	
32	9101764	SMS CF AMELIA DOS SANTOS FERREIRA - AP 32	1615270	FRANCISCO FRAGOSO	16/12/2016	-	
32	9101764	SMS CF AMELIA DOS SANTOS FERREIRA - AP 32	1615254	FAZENDINHA	16/12/2016	-	
32	9101764	SMS CF AMELIA DOS SANTOS FERREIRA - AP 32	1615289	MONTEIRO DA LUZ	16/12/2016	-	

32	9101764	SMS CF AMELIA DOS SANTOS FERREIRA - AP 32	1615246	FAGUNDES VARELA	16/12/2016	-	
32	6713564	SMS CF ANNA NERY - AP 32	308501	DR GARNIER	02/03/2011	-	
32	6713564	SMS CF ANNA NERY - AP 32	308471	JOSE FELIX	14/04/2011	-	
32	6713564	SMS CF ANNA NERY - AP 32	308455	ALMIRANTE ARY PARREIRAS	02/03/2011	-	
32	6713564	SMS CF ANNA NERY - AP 32	308528	CONSELHEIRO JOBIM	02/03/2011	-	
32	6713564	SMS CF ANNA NERY - AP 32	308498	CAMBORIU	02/03/2011	-	Deslocada de USF para CNES 6762042
32	6713564	SMS CF ANNA NERY - AP 32	308463	MAGALHAES CASTRO	02/03/2011	-	
32	6808077	SMS CF ANTHIDIO DIAS DA SILVEIRA - AP 32	308862	MIGUEL ANGELO	29/06/2011	-	
32	6808077	SMS CF ANTHIDIO DIAS DA SILVEIRA - AP 32	308854	CONCORDIA	29/06/2011	-	
32	6808077	SMS CF ANTHIDIO DIAS DA SILVEIRA - AP 32	308897	DARCI VARGAS	29/06/2011	-	
32	6808077	SMS CF ANTHIDIO DIAS DA SILVEIRA - AP 32	308900	PONTILHAO	02/12/2011	-	
32	6808077	SMS CF ANTHIDIO DIAS DA SILVEIRA - AP 32	308927	XV DE AGOSTO	29/06/2011	-	
32	6808077	SMS CF ANTHIDIO DIAS DA SILVEIRA - AP 32	308889	FAZENDINHA	29/06/2011	-	
32	6808077	SMS CF ANTHIDIO DIAS DA SILVEIRA - AP 32	308870	YIUYA CLAUDIO	29/06/2011	-	
32	6820018	SMS CF BARBARA STARFIELD - AP 32	308978	RODOLFO GALVAO	28/07/2011	02/04/2019	
32	6820018	SMS CF BARBARA STARFIELD - AP 32	308935	FELIX FERREIRA	28/07/2011	-	
32	6820018	SMS CF BARBARA STARFIELD - AP 32	308986	DOMINGOS DE MAGALHAES	28/07/2011	-	
32	6820018	SMS CF BARBARA STARFIELD - AP 32	308994	VOLTA GRANDE	28/07/2011	-	
32	6820018	SMS CF BARBARA STARFIELD - AP 32	308943	DARKE DE MATOS	28/07/2011	-	
32	6820018	SMS CF BARBARA STARFIELD - AP 32	308951	PIRES DE CARVALHO	28/07/2011	-	
32	6914152	SMS CF BIBI VOGEL - AP 32	309419	MOREIA	29/11/2011	-	
32	6914152	SMS CF BIBI VOGEL - AP 32	309400	CANITAR	29/11/2011	-	
32	6914152	SMS CF BIBI VOGEL - AP 32	309451	MARECHAL CASTELO BRANCO	29/11/2011	-	
32	6914152	SMS CF BIBI VOGEL - AP 32	309427	MALACACHETA	29/11/2011	-	
32	6914152	SMS CF BIBI VOGEL - AP 32	309443	HORTOLANDIA	29/11/2011	-	
32	6914152	SMS CF BIBI VOGEL - AP 32	309435	ADHEMAR BEBIANO	29/11/2011	-	
32	6914152	SMS CF BIBI VOGEL - AP 32	159859	SAO PAULINO	12/02/2016	-	
32	7052049	SMS CF CARIOCA - AP 32	1528092	MOGI MIRIM	29/05/2014	-	
32	7052049	SMS CF CARIOCA - AP 32	1528106	ITAPOA	29/05/2014	-	
32	7052049	SMS CF CARIOCA - AP 32	310174	BERGAMO	18/12/2012	-	
32	6762042	SMS CF EDNEY CANAZARO DE OLIVEIRA - AP 32	308706	MANOEL MIRANDA	05/05/2011	-	
32	6762042	SMS CF EDNEY CANAZARO DE OLIVEIRA - AP 32	308714	CERQUEIRA LIMA	05/05/2011	-	
32	6762042	SMS CF EDNEY CANAZARO DE OLIVEIRA - AP 32	308684	BELA VISTA	05/05/2011	-	
32	6762042	SMS CF EDNEY CANAZARO DE OLIVEIRA - AP 32	308692	SAO PAULO	05/05/2011	-	
32	6762042	SMS CF EDNEY CANAZARO DE OLIVEIRA - AP 32	308676	ALZIRA VALDETARO	05/05/2011	-	
32	6742130	SMS CF EMYGDIO ALVES COSTA FILHO - AP 32	308609	CRISTOVAO COLOMBO	07/04/2011	20/03/2019	
32	6742130	SMS CF EMYGDIO ALVES COSTA FILHO - AP 32	308579	MARIO BAHIA	07/04/2011	-	
32	6742130	SMS CF EMYGDIO ALVES COSTA FILHO - AP 32	308595	ENGENHO	07/04/2011	-	
32	6742130	SMS CF EMYGDIO ALVES COSTA FILHO - AP 32	308560	MAJOR ADERBAL COSTA	07/04/2011	-	
32	6742130	SMS CF EMYGDIO ALVES COSTA FILHO - AP 32	308587	AGUIA DE OURO	07/04/2011	-	
32	6742130	SMS CF EMYGDIO ALVES COSTA FILHO - AP 32	1601776	ALVARO DE MIRANDA	01/04/2016	-	
32	9131795	SMS CF ERIVALDO FERNANDES NOBREGA - AP 32	1617141	CAROLINA MEIER	30/12/2016	27/03/2019	
32	9131795	SMS CF ERIVALDO FERNANDES NOBREGA - AP 32	1617168	CORACOAO DE MARIA	30/12/2016	27/03/2019	
32	9131795	SMS CF ERIVALDO FERNANDES NOBREGA - AP 32	1617184	ODILON ARAUJO	30/12/2016	-	
32	9131795	SMS CF ERIVALDO FERNANDES NOBREGA - AP 32	1617192	SALVADOR PIRES	30/12/2016	-	
32	9131795	SMS CF ERIVALDO FERNANDES NOBREGA - AP 32	1617176	ENEAS GALVAO	30/12/2016	-	
32	6681379	SMS CF HERBERT JOSE DE SOUZA - AP 32	308242	MARTIN LUTHER KING JUNIOR	04/01/2011	27/03/2019	
32	6681379	SMS CF HERBERT JOSE DE SOUZA - AP 32	308259	ENGENHO DO MATO	09/11/2011	-	
32	6681379	SMS CF HERBERT JOSE DE SOUZA - AP 32	308234	PEREIRA PINTO	04/01/2011	-	
32	6681379	SMS CF HERBERT JOSE DE SOUZA - AP 32	308277	SILVA VALE	04/01/2011	-	
32	6681379	SMS CF HERBERT JOSE DE SOUZA - AP 32	308250	MARACA	04/01/2011	-	
32	6681379	SMS CF HERBERT JOSE DE SOUZA - AP 32	1596985	MACHADO SOBRINHO	15/01/2016	-	
32	6688152	SMS CF IZABEL DOS SANTOS - AP 32	308358	CEU AZUL	13/04/2012	-	
32	6688152	SMS CF IZABEL DOS SANTOS - AP 32	308351	ENGENHO NOVO	14/01/2011	-	
32	6688152	SMS CF IZABEL DOS SANTOS - AP 32	308315	POLONIA	14/01/2011	-	
32	6688152	SMS CF IZABEL DOS SANTOS - AP 32	308323	DOIS DE MAIO	14/01/2011	-	
32	6688152	SMS CF IZABEL DOS SANTOS - AP 32	1597175	VEIGA BASTOS	19/01/2016	-	
32	7986505	SMS CF LUIZ CELIO PEREIRA - AP 32	1615211	MOREIRA	06/12/2016	27/03/2019	
32	7986505	SMS CF LUIZ CELIO PEREIRA - AP 32	1615238	DIALMA DUTRA	06/12/2016	27/03/2019	
32	7986505	SMS CF LUIZ CELIO PEREIRA - AP 32	1604716	ABOLICAO	01/06/2016	-	
32	7986505	SMS CF LUIZ CELIO PEREIRA - AP 32	1604732	COIMBRA DA LUZ	01/06/2016	-	
32	7986505	SMS CF LUIZ CELIO PEREIRA - AP 32	1604740	FERNANDO SIMONI	01/06/2016	-	
32	7986505	SMS CF LUIZ CELIO PEREIRA - AP 32	1604724	CASEMIRO DE ABREU	01/06/2016	-	
32	7986505	SMS CF LUIZ CELIO PEREIRA - AP 32	1604767	MACEDO BRAGA	01/06/2016	-	
32	9045023	SMS CF OLGA PEREIRA PACHECO - AP 32	1492284	HONORIO	15/12/2016	27/03/2019	Deslocada de USF para CNES 2269503
32	9045023	SMS CF OLGA PEREIRA PACHECO - AP 32	1609718	MEDEIROS	31/08/2016	02/04/2019	
32	9045023	SMS CF OLGA PEREIRA PACHECO - AP 32	1609734	PAULO PIRES	31/08/2016	-	
32	9045023	SMS CF OLGA PEREIRA PACHECO - AP 32	1609696	ANA QUINTAO	31/08/2016	-	
32	9045023	SMS CF OLGA PEREIRA PACHECO - AP 32	1609742	SOLIMES	31/08/2016	-	
32	9045023	SMS CF OLGA PEREIRA PACHECO - AP 32	1609688	CARDOSO QUINTAO	12/08/2016	-	
32	9045023	SMS CF OLGA PEREIRA PACHECO - AP 32	1609726	PARANAFIACABA	31/08/2016	-	
32	9045023	SMS CF OLGA PEREIRA PACHECO - AP 32	1615777	ARTUR VARGAS	15/12/2016	-	
32	6919626	SMS CF SERGIO NICOLAU AMIN - AP 32	309494	BAMBORE	20/12/2011	-	
32	6919626	SMS CF SERGIO NICOLAU AMIN - AP 32	309478	VASCO DA GAMA	20/12/2011	-	
32	6919626	SMS CF SERGIO NICOLAU AMIN - AP 32	309486	CONFEDERACAO SUICA	20/12/2011	-	
32	6919626	SMS CF SERGIO NICOLAU AMIN - AP 32	309516	CELAVES PINHEIRO	20/12/2011	-	
32	6919626	SMS CF SERGIO NICOLAU AMIN - AP 32	309508	MANET	20/12/2011	-	
32	6033121	SMS CMS ANTENOR NASCENTES - AP 32	306673	PROF ANTENOR NASCENTE	15/10/2008	-	
32	2273225	SMS CMS ARIADNE LOPES DE MENEZES - AP 32	302325	JOAO RIBEIRO	10/07/2012	-	
32	2273225	SMS CMS ARIADNE LOPES DE MENEZES - AP 32	302309	TEOPHILO DIAS	21/12/2011	-	
32	2273225	SMS CMS ARIADNE LOPES DE MENEZES - AP 32	302333	LORENA	11/07/2012	-	
32	2273225	SMS CMS ARIADNE LOPES DE MENEZES - AP 32	302317	EMBOABA	21/12/2011	-	
32	2280744	SMS CMS CARLOS GENTILE DE MELLO - AP 32	303011	DONA ROMANA	03/07/2012	-	

32	2280744	SMS CMS CARLOS GENTILE DE MELLO - AP 32	30308	MIGUEL GALVAO	03/07/2012	-	
32	2280744	SMS CMS CARLOS GENTILE DE MELLO - AP 32	30304	BICUBA	16/11/2011	-	
32	2280744	SMS CMS CARLOS GENTILE DE MELLO - AP 32	303046	ARAUJO LEITAO	16/11/2011	-	
32	2280744	SMS CMS CARLOS GENTILE DE MELLO - AP 32	1602055	BARAO	26/04/2016	27/03/2019	
32	2708167	SMS CMS CESAR PERNETTA - AP 32	303666	HERMENGARDA	17/11/2011	-	
32	2708167	SMS CMS CESAR PERNETTA - AP 32	303682	LOPES DA CRUZ	03/12/2012	-	
32	2708167	SMS CMS CESAR PERNETTA - AP 32	303674	ANA BARBOSA	17/11/2011	27/03/2019	
32	2708167	SMS CMS CESAR PERNETTA - AP 32	1579673	GALDINO PIMENTEL	23/06/2015	27/03/2019	
32	2269503	SMS CMS EDUARDO A VILHENA - AP 32	300586	HENRIQUE SCHEID	21/12/2011	-	
32	2269503	SMS CMS EDUARDO A VILHENA - AP 32	300578	PIAUI	21/12/2011	-	
32	2269503	SMS CMS EDUARDO A VILHENA - AP 32	1597736	FERNAO CARDIM	06/01/2016	-	
32	2269805	SMS CMS MILTON FONTES MAGARAO - AP 32	301043	HONORIO	17/11/2011	02/04/2019	
32	2269805	SMS CMS MILTON FONTES MAGARAO - AP 32	301035	ADOLFO BERGAMINI	02/07/2012	-	
32	2269805	SMS CMS MILTON FONTES MAGARAO - AP 32	301027	SANTOS TITARA	02/07/2012	-	
32	2269805	SMS CMS MILTON FONTES MAGARAO - AP 32	301051	ADRIANO	17/11/2011	27/03/2019	
32	2280736	SMS CMS RENATO ROCCO - AP 32	302961	AIRES CASAL	21/12/2011	-	
32	2280736	SMS CMS RENATO ROCCO - AP 32	302996	JACARE	21/12/2011	-	
32	2280736	SMS CMS RENATO ROCCO - AP 32	303003	ALVARES DE AZEVEDO	21/12/2011	-	
32	2280736	SMS CMS RENATO ROCCO - AP 32	302988	ESPERANCA	21/12/2011	-	
32	6926797	SMS CMS RODOLPHO ROCCO - AP 32	309575	PERIANTA	21/12/2011	-	
32	6926797	SMS CMS RODOLPHO ROCCO - AP 32	309583	TIMBO	24/04/2012	-	
32	6926797	SMS CMS RODOLPHO ROCCO - AP 32	309605	SANTA LUZIA	03/12/2012	-	
32	6926797	SMS CMS RODOLPHO ROCCO - AP 32	309559	LAGO VERDE	21/12/2011	-	
32	6926797	SMS CMS RODOLPHO ROCCO - AP 32	309591	AMARO HAMATI	24/04/2012	-	
32	6926797	SMS CMS RODOLPHO ROCCO - AP 32	1598341	TURIMA	04/02/2016	-	
32	6926797	SMS CMS RODOLPHO ROCCO - AP 32	309567	TIAOCA	21/12/2011	27/03/2019	
32	5598435	SMS CMS TIA ALICE - AP 32	305871	15/04/2011	15/04/2011	-	
32	5598435	SMS CMS TIA ALICE - AP 32	305898	SAO FRANCISCO XAVIER	15/04/2011	-	
32	5598435	SMS CMS TIA ALICE - AP 32	305863	JOAO RODRIGUES	15/04/2011	20/03/2019	
33	9057722	SMS CF ADERSON FERNANDES - AP 33	1610228	TEOFILO MESQUITA	05/09/2016	-	
33	9057722	SMS CF ADERSON FERNANDES - AP 33	1610236	SAFIRAS	05/09/2016	-	
33	9057722	SMS CF ADERSON FERNANDES - AP 33	1610244	AGENOR PORTO	05/09/2016	-	
33	9057722	SMS CF ADERSON FERNANDES - AP 33	1610252	CAJATUBA	05/09/2016	-	
33	7892802	SMS CF ADOLFO FERREIRA DE CARVALHO - AP 33	1597310	BELIA FLOR	25/01/2016	14/03/2019	
33	7892802	SMS CF ADOLFO FERREIRA DE CARVALHO - AP 33	1544799	PEIXOTO	14/03/2016	-	
33	7892802	SMS CF ADOLFO FERREIRA DE CARVALHO - AP 33	1597553	BOA ESPERANCA	25/01/2016	-	
33	7892802	SMS CF ADOLFO FERREIRA DE CARVALHO - AP 33	1600435	BELA VISTA	22/03/2016	-	
33	7892802	SMS CF ADOLFO FERREIRA DE CARVALHO - AP 33	1597329	TAPIRAI	25/01/2016	-	
33	7892802	SMS CF ADOLFO FERREIRA DE CARVALHO - AP 33	1597345	JOANA DARCI	25/01/2016	-	
33	7892802	SMS CF ADOLFO FERREIRA DE CARVALHO - AP 33	1597337	PROENCA ROSA	25/01/2016	-	
33	6869009	SMS CF ANA MARIA CONCEICAO DOS SANTOS CORREIA - AP 33	309222	PAULA BARRIOS	03/10/2011	21/03/2019	
33	6869009	SMS CF ANA MARIA CONCEICAO DOS SANTOS CORREIA - AP 33	309214	CARIOCA	03/10/2011	-	
33	6869009	SMS CF ANA MARIA CONCEICAO DOS SANTOS CORREIA - AP 33	309257	ALECRIM	03/10/2011	-	
33	6869009	SMS CF ANA MARIA CONCEICAO DOS SANTOS CORREIA - AP 33	309230	GETULIO MACHADO	03/10/2011	-	
33	6869009	SMS CF ANA MARIA CONCEICAO DOS SANTOS CORREIA - AP 33	309249	SERVINO MENGARDA	03/10/2011	-	
33	6869009	SMS CF ANA MARIA CONCEICAO DOS SANTOS CORREIA - AP 33	1601806	BERNARDO TAVEIRA	14/04/2016	-	
33	6869009	SMS CF ANA MARIA CONCEICAO DOS SANTOS CORREIA - AP 33	1597183	VALE DO LUAR	21/01/2016	-	
33	9111344	SMS CF CANDIDO RIBEIRO DA SILVA FILHO - AP 33	1615572	EMILIO MIRANDA	09/12/2016	-	
33	9111344	SMS CF CANDIDO RIBEIRO DA SILVA FILHO - AP 33	1615599	CAPITAO CRUZ	09/12/2016	-	
33	9111344	SMS CF CANDIDO RIBEIRO DA SILVA FILHO - AP 33	1615580	MAUES	09/12/2016	-	
33	9111344	SMS CF CANDIDO RIBEIRO DA SILVA FILHO - AP 33	1615602	INSPIRACAO	09/12/2016	-	
33	7119798	SMS CF CARLOS NERY DA COSTA FILHO - AP 33	310441	BALBINA	10/10/2012	-	
33	7119798	SMS CF CARLOS NERY DA COSTA FILHO - AP 33	310468	OLINA	10/10/2012	-	
33	7119798	SMS CF CARLOS NERY DA COSTA FILHO - AP 33	310476	SACU	10/10/2012	-	
33	7119798	SMS CF CARLOS NERY DA COSTA FILHO - AP 33	310484	BELIMENAU	10/10/2012	-	
33	7119798	SMS CF CARLOS NERY DA COSTA FILHO - AP 33	310433	GARCIA PRES	10/10/2012	-	
33	7119798	SMS CF CARLOS NERY DA COSTA FILHO - AP 33	1597795	FRANCO VAZ	16/02/2016	-	
33	9078983	SMS CF CYPRIANO DAS CHAGAS MEDEIROS - AP 33	305782	ZUNARA	08/02/2010	-	
33	9078983	SMS CF CYPRIANO DAS CHAGAS MEDEIROS - AP 33	305030	MAMBUCABA	18/04/2005	-	
33	9078983	SMS CF CYPRIANO DAS CHAGAS MEDEIROS - AP 33	305790	ARATANGI	13/04/2010	-	
33	9078983	SMS CF CYPRIANO DAS CHAGAS MEDEIROS - AP 33	305774	ARAPE	10/12/2010	-	
33	9078983	SMS CF CYPRIANO DAS CHAGAS MEDEIROS - AP 33	306622	COELHO NETO	10/04/2011	-	
33	9078983	SMS CF CYPRIANO DAS CHAGAS MEDEIROS - AP 33	305766	JAQUEIRA	08/02/2011	-	
33	9078983	SMS CF CYPRIANO DAS CHAGAS MEDEIROS - AP 33	1611968	DIAMANTES	26/09/2016	-	
33	7108265	SMS CF DANTE ROMANO JUNIOR - AP 33	310328	MARIO HERMES	01/10/2012	26/03/2019	
33	7108265	SMS CF DANTE ROMANO JUNIOR - AP 33	310360	BELIZE	01/10/2012	26/03/2019	
33	7108265	SMS CF DANTE ROMANO JUNIOR - AP 33	310301	MONTE CARMELO	01/10/2012	-	
33	7108265	SMS CF DANTE ROMANO JUNIOR - AP 33	310298	MARIO DA MOTA	01/10/2012	-	
33	7108265	SMS CF DANTE ROMANO JUNIOR - AP 33	310344	CURUIPE	01/10/2012	-	
33	7108265	SMS CF DANTE ROMANO JUNIOR - AP 33	310352	CANAA	01/10/2012	-	
33	7108265	SMS CF DANTE ROMANO JUNIOR - AP 33	310271	BAGDA	01/10/2012	-	
33	7108265	SMS CF DANTE ROMANO JUNIOR - AP 33	310336	MARAPENDI	01/10/2012	-	
33	5044685	SMS CF ENFERMEIRA EDMA VALADAO - AP 33	304824	PROJETADA	10/11/2010	-	
33	5044685	SMS CF ENFERMEIRA EDMA VALADAO - AP 33	304859	UNIAO	02/07/2007	-	
33	5044685	SMS CF ENFERMEIRA EDMA VALADAO - AP 33	304840	VILA RICA	02/07/2007	-	
33	5044685	SMS CF ENFERMEIRA EDMA VALADAO - AP 33	304832	VILA ESPERANCA	02/07/2007	-	
33	5044685	SMS CF ENFERMEIRA EDMA VALADAO - AP 33	304816	AMARELINHO	02/07/2007	-	
33	5044685	SMS CF ENFERMEIRA EDMA VALADAO - AP 33	304875	PRINCIPAL	02/07/2007	-	
33	5044685	SMS CF ENFERMEIRA EDMA VALADAO - AP 33	304867	FIM DO MUNDO	12/10/2010	-	
33	6793231	SMS CF EPTACIO SOARES REIS - AP 33	1601520	VILA NOVA	08/04/2016	27/03/2019	
33	6793231	SMS CF EPTACIO SOARES REIS - AP 33	308749	COMENDADOR GUERRA	05/07/2011	-	
33	6793231	SMS CF EPTACIO SOARES REIS - AP 33	308765	CHRISOSTOMO PIMENTEL	05/07/2011	-	
33	6793231	SMS CF EPTACIO SOARES REIS - AP 33	308730	PAULA FONSECA	05/07/2011	-	

33	6793231	SMS CF EPTACIO SOARES REIS - AP 33	308757	VILLAGE	05/07/2011	-	-
33	6793231	SMS CF EPTACIO SOARES REIS - AP 33	1601865	CHAPADINHO	20/04/2016	-	-
33	7998678	SMS CF IVANIR DE MELLO - AP 33	1615564	PARATI	09/12/2016	21/03/2019	-
33	7998678	SMS CF IVANIR DE MELLO - AP 33	1615556	FLORES	09/12/2016	21/03/2019	-
33	7998678	SMS CF IVANIR DE MELLO - AP 33	1612433	JAPOARA	29/09/2016	-	-
33	7998678	SMS CF IVANIR DE MELLO - AP 33	1607065	ACARAPE	07/07/2016	-	-
33	7998678	SMS CF IVANIR DE MELLO - AP 33	1607073	JOSE MOTA	07/07/2011	-	-
33	7998678	SMS CF IVANIR DE MELLO - AP 33	1607693	TOSCANA	21/07/2016	-	-
33	7998678	SMS CF IVANIR DE MELLO - AP 33	1612425	TENENTE SERAFIM	29/09/2016	-	-
33	7998678	SMS CF IVANIR DE MELLO - AP 33	1607057	NAZARE	07/07/2016	-	-
33	6571956	SMS CF JOSUETE SANTANNA DE OLIVEIRA - AP 33	307378	APARTAMENTOS	06/06/2011	-	-
33	6571956	SMS CF JOSUETE SANTANNA DE OLIVEIRA - AP 33	307386	OPERARIA	06/06/2011	-	-
33	6571956	SMS CF JOSUETE SANTANNA DE OLIVEIRA - AP 33	307343	DJALMA CAVALCANTI	06/06/2011	-	-
33	6571956	SMS CF JOSUETE SANTANNA DE OLIVEIRA - AP 33	307351	LUIZ COUTINHO	06/06/2011	-	-
33	6571956	SMS CF JOSUETE SANTANNA DE OLIVEIRA - AP 33	1597671	IMPERIAL	28/01/2016	-	-
33	6974708	SMS CF MAESTRO CELESTINO - AP 33	309893	LEOCADIO FIGUEIREDO	02/04/2012	-	-
33	6974708	SMS CF MAESTRO CELESTINO - AP 33	309907	LOURENCO MARQUES	02/04/2012	-	-
33	6974708	SMS CF MAESTRO CELESTINO - AP 33	1597698	MELHORAL	28/01/2016	-	-
33	7088574	SMS CF MANOEL FERNANDES DE ARAUJO - AP 33	310212	KORONEL MOREIRA CESAR	03/09/2012	-	-
33	7088574	SMS CF MANOEL FERNANDES DE ARAUJO - AP 33	310239	CONQUISTA	03/09/2012	-	-
33	7088574	SMS CF MANOEL FERNANDES DE ARAUJO - AP 33	310263	GENESIS	17/09/2012	-	-
33	7088574	SMS CF MANOEL FERNANDES DE ARAUJO - AP 33	1498428	JAVATA	09/12/2013	-	-
33	7088574	SMS CF MANOEL FERNANDES DE ARAUJO - AP 33	1496840	COVA DA ONCA	29/11/2013	-	-
33	7088574	SMS CF MANOEL FERNANDES DE ARAUJO - AP 33	310247	ARAGUATINS	05/07/2011	-	-
33	7088574	SMS CF MANOEL FERNANDES DE ARAUJO - AP 33	310255	ACATAIA	17/09/2012	-	-
33	7088574	SMS CF MANOEL FERNANDES DE ARAUJO - AP 33	1498118	LENIR LIBERATO	29/11/2003	-	-
33	7088574	SMS CF MANOEL FERNANDES DE ARAUJO - AP 33	310220	VILA XAVIER	03/09/2012	-	-
33	6029965	SMS CF MARCOS VALADAO - AP 33	306657	COLINA	10/11/2010	26/03/2019	-
33	6029965	SMS CF MARCOS VALADAO - AP 33	306665	PARQUE ACARI	10/11/2010	-	-
33	6029965	SMS CF MARCOS VALADAO - AP 33	306606	PARMALAT	10/11/2010	-	-
33	6029965	SMS CF MARCOS VALADAO - AP 33	306614	COLUMBIA	10/11/2010	-	-
33	6029965	SMS CF MARCOS VALADAO - AP 33	306649	UNIDOS	22/02/2011	-	-
33	6029965	SMS CF MARCOS VALADAO - AP 33	306630	FAVO	10/04/2011	-	-
33	6029965	SMS CF MARCOS VALADAO - AP 33	1586254	LENIA VERDE	09/09/2015	-	-
33	6761704	SMS CF MARIA DE AZEVEDO RODRIGUES PEREIRA - AP 33	308641	CIPRIANO BARATA	01/07/2011	27/03/2019	-
33	6761704	SMS CF MARIA DE AZEVEDO RODRIGUES PEREIRA - AP 33	472867	MARIOPOLIS	01/07/2011	-	-
33	6761704	SMS CF MARIA DE AZEVEDO RODRIGUES PEREIRA - AP 33	308633	BEIRA RIO	20/11/2011	-	-
33	6761704	SMS CF MARIA DE AZEVEDO RODRIGUES PEREIRA - AP 33	308617	FROES DE ABREU	01/07/2011	-	-
33	6761704	SMS CF MARIA DE AZEVEDO RODRIGUES PEREIRA - AP 33	308668	CARDOSO DE CASTRO	01/07/2011	-	-
33	6761704	SMS CF MARIA DE AZEVEDO RODRIGUES PEREIRA - AP 33	1597809	ARNALDO MURINELLI	01/02/2016	-	-
33	9072640	SMS CF MESTRE MOLEQUINHO DO IMPERIO - AP 33	1611895	MONTEIRO MANSO	26/09/2016	-	-
33	9072640	SMS CF MESTRE MOLEQUINHO DO IMPERIO - AP 33	1611909	CANDIRU	26/09/2016	-	-
33	9072640	SMS CF MESTRE MOLEQUINHO DO IMPERIO - AP 33	1615394	LICURGO	06/12/2016	-	-
33	9072640	SMS CF MESTRE MOLEQUINHO DO IMPERIO - AP 33	1615386	DELFINA ALVES	06/12/2016	-	-
33	9072640	SMS CF MESTRE MOLEQUINHO DO IMPERIO - AP 33	1615378	MELO MORAIS	06/12/2016	-	-
33	9072640	SMS CF MESTRE MOLEQUINHO DO IMPERIO - AP 33	1615408	ARAMARE	06/12/2016	-	-
33	7021771	SMS CF RAIMUNDO ALVES NASCIMENTO - AP 33	309982	JOAO PARANAGUA	21/05/2012	27/03/2019	-
33	7021771	SMS CF RAIMUNDO ALVES NASCIMENTO - AP 33	1596888	ARROJADO	11/01/2016	27/03/2019	-
33	7021771	SMS CF RAIMUNDO ALVES NASCIMENTO - AP 33	310018	GILBERTO FERNANDES	21/05/2012	-	-
33	7021771	SMS CF RAIMUNDO ALVES NASCIMENTO - AP 33	309990	DAMASQUEIRA	21/05/2012	-	-
33	7021771	SMS CF RAIMUNDO ALVES NASCIMENTO - AP 33	309974	MANOEL BARATA	21/05/2012	-	-
33	5417708	SMS CF SOUZA MARQUES - AP 33	305286	PADRE DEHON	01/09/2011	-	-
33	5417708	SMS CF SOUZA MARQUES - AP 33	305278	TENENTE LIRA	01/09/2011	-	-
33	5417708	SMS CF SOUZA MARQUES - AP 33	305219	COMENDADOR PINTO	25/03/2012	-	-
33	5417708	SMS CF SOUZA MARQUES - AP 33	305294	BARAO DO AMPARO	25/03/2012	-	-
33	5417708	SMS CF SOUZA MARQUES - AP 33	305316	FUBA	01/08/2006	-	-
33	5417708	SMS CF SOUZA MARQUES - AP 33	305235	CAMPINHO	30/01/2008	-	-
33	5417708	SMS CF SOUZA MARQUES - AP 33	305308	PADRE MANSO	01/09/2011	-	-
33	5417708	SMS CF SOUZA MARQUES - AP 33	1498452	INACIO DO CANTO	09/12/2013	-	-
33	5417708	SMS CF SOUZA MARQUES - AP 33	1498444	DIVINO	09/12/2013	-	-
33	5417708	SMS CF SOUZA MARQUES - AP 33	305227	DONA CLARA	01/09/2011	27/03/2019	-
33	5879655	SMS CMS ALICE TOLEDO TIBIRICA - AP 33	306061	HANNIBAL PORTO	09/11/2010	-	-
33	5879655	SMS CMS ALICE TOLEDO TIBIRICA - AP 33	306118	JOSE BORGES	09/10/2010	-	-
33	5879655	SMS CMS ALICE TOLEDO TIBIRICA - AP 33	306045	AGUA GRANDE	09/11/2010	-	-
33	5879655	SMS CMS ALICE TOLEDO TIBIRICA - AP 33	306096	AV. BRASIL	09/11/2010	-	-
33	5879655	SMS CMS ALICE TOLEDO TIBIRICA - AP 33	306088	JOSE SOMBRRA	09/11/2010	-	-
33	5879655	SMS CMS ALICE TOLEDO TIBIRICA - AP 33	1611682	SAMIN	22/09/2016	-	-
33	5879655	SMS CMS ALICE TOLEDO TIBIRICA - AP 33	1597647	ROCHA FREIRE	17/02/2016	-	-
33	5879655	SMS CMS ALICE TOLEDO TIBIRICA - AP 33	1611712	ANTONIO DE ALMEIDA	23/09/2016	-	-
33	5879655	SMS CMS ALICE TOLEDO TIBIRICA - AP 33	1597655	OTELLO ROSA	17/02/2016	-	-
33	5879655	SMS CMS ALICE TOLEDO TIBIRICA - AP 33	1611674	MANOEL DE ARAUJO	22/09/2016	-	-
33	5879655	SMS CMS ALICE TOLEDO TIBIRICA - AP 33	1611690	AVEIRO	22/09/2016	-	-
33	5879655	SMS CMS ALICE TOLEDO TIBIRICA - AP 33	1597663	DULIO COSTA	17/02/2010	-	-
33	5879655	SMS CMS ALICE TOLEDO TIBIRICA - AP 33	306053	AGUIA	09/11/2010	28/03/2019	-
33	2273179	SMS CMS AUGUSTO DO AMARAL PEIXOTO - AP 33	302287	GETULIO VARGAS	05/01/2011	-	-
33	2273179	SMS CMS AUGUSTO DO AMARAL PEIXOTO - AP 33	302260	ARCILIO FERROVIARIO	14/12/2010	-	-
33	2273179	SMS CMS AUGUSTO DO AMARAL PEIXOTO - AP 33	302279	GUADALUPE	14/12/2010	28/03/2019	-
33	2269309	SMS CMS CARLOS CRUZ LIMA - AP 33	300489	RAPIDINHO	01/08/2007	-	-
33	2269309	SMS CMS CARLOS CRUZ LIMA - AP 33	300500	ASSOCIACAO	01/08/2007	-	-
33	2269309	SMS CMS CARLOS CRUZ LIMA - AP 33	300497	CAMPO	01/08/2007	-	-
33	2269309	SMS CMS CARLOS CRUZ LIMA - AP 33	300470	TORRE	01/08/2010	-	-
33	2269732	SMS CMS CARMELA DUTRA - AP 33	300950	FAIA	14/12/2010	-	-
33	2269732	SMS CMS CARMELA DUTRA - AP 33	300977	BARRO VERMELHO	14/12/2010	-	-

33	2269732	SMS CMS CARMELA DUTRA - AP 33	300969	ITALIANOS	14/10/2010	-	-
33	2269732	SMS CMS CARMELA DUTRA - AP 33	1597221	PAO DE ACUCAR	25/01/2016	-	-
33	2269732	SMS CMS CARMELA DUTRA - AP 33	1597248	ESMERALDAS	25/01/2016	-	-
33	2269295	SMS CMS CLEMENTINO FRAGA - AP 33	300446	JOAO MACHADO	29/12/2010	28/03/2019	-
33	2269295	SMS CMS CLEMENTINO FRAGA - AP 33	300454	SIRACUSA	12/11/2010	-	-
33	2269295	SMS CMS CLEMENTINO FRAGA - AP 33	300462	BOM MENINO	29/12/2010	-	-
33	2269295	SMS CMS CLEMENTINO FRAGA - AP 33	300438	MARAMBAIA	30/03/2011	-	-
33	2269295	SMS CMS CLEMENTINO FRAGA - AP 33	300411	LUIZA DE CARVALHO	19/12/2010	28/03/2019	-
33	2269295	SMS CMS CLEMENTINO FRAGA - AP 33	1611984	ENCANTAMENTO	27/09/2016	-	-
33	2269295	SMS CMS CLEMENTINO FRAGA - AP 33	1600249	SODRE DA GAMA	17/03/2016	-	-
33	2269295	SMS CMS CLEMENTINO FRAGA - AP 33	1611720	PEREIRA DE ARAUJO	23/09/2016	-	-
33	2269295	SMS CMS CLEMENTINO FRAGA - AP 33	1600214	CAXAMBU	17/03/2006	-	-
33	2269295	SMS CMS CLEMENTINO FRAGA - AP 33	1611739	CISPLATINA	23/09/2016	-	-
33	5315026	SMS CMS FAZENDA BOTAFOGO - AP 33	305049	LACY FERREIRA	18/04/2005	-	-
33	5315026	SMS CMS FAZENDA BOTAFOGO - AP 33	305065	GENESIO BRASIL	10/11/2010	-	-
33	5315026	SMS CMS FAZENDA BOTAFOGO - AP 33	305057	ENDER	18/04/2005	26/03/2019	-
33	2269759	SMS CMS FLAVIO DO COUTO VIEIRA - AP 33	301019	ENGENHO NOVO	11/11/2010	27/03/2019	-
33	2269759	SMS CMS FLAVIO DO COUTO VIEIRA - AP 33	300985	ITANHOMI	11/11/2010	-	-
33	2269759	SMS CMS FLAVIO DO COUTO VIEIRA - AP 33	300993	LUCIO JOSE FILHO	11/11/2010	-	-
33	2269759	SMS CMS FLAVIO DO COUTO VIEIRA - AP 33	301000	SILVESTRE FILIPI	11/11/2010	27/03/2019	-
33	2269759	SMS CMS FLAVIO DO COUTO VIEIRA - AP 33	1596861	CLARA BORGES	08/01/2016	-	-
33	2708205	SMS CMS MARIO OLINTO DE OLIVEIRA - AP 33	1482122	ORLANDO LEITE	15/08/2013	-	-
33	2708205	SMS CMS MARIO OLINTO DE OLIVEIRA - AP 33	1596934	CAMETA	13/01/2016	-	-
33	2708205	SMS CMS MARIO OLINTO DE OLIVEIRA - AP 33	1596942	PEDREIRA	13/01/2016	-	-
33	2296586	SMS CMS NASCIMENTO GURGEL - AP 33	303631	ALAMEDAS	02/06/2011	-	-
33	2296586	SMS CMS NASCIMENTO GURGEL - AP 33	303607	PALAS	21/05/2012	-	-
33	2296586	SMS CMS NASCIMENTO GURGEL - AP 33	303615	SACRAMENTO ANTONIO ERNESTO	03/02/2011	-	-
33	2296586	SMS CMS NASCIMENTO GURGEL - AP 33	303623	MERCURIO	03/04/2011	-	-
33	2296586	SMS CMS NASCIMENTO GURGEL - AP 33	1598430	JUNO	16/02/2016	-	-
33	2296586	SMS CMS NASCIMENTO GURGEL - AP 33	1598422	CAPITAO GOUVEIA	16/02/2016	-	-
33	5315050	SMS CMS PORTUS E QUITANDA - AP 33	305081	TOM JOBIM	16/09/2010	-	-
33	5315050	SMS CMS PORTUS E QUITANDA - AP 33	305073	QUITANDA	06/07/2010	-	-
33	5315050	SMS CMS PORTUS E QUITANDA - AP 33	305103	PORTUS	06/07/2010	-	-
33	2269627	SMS CMS SYLVIO FREDERICO BRAUNER - AP 33	300829	UNIBRA	16/11/2010	-	-
33	2269627	SMS CMS SYLVIO FREDERICO BRAUNER - AP 33	300888	PEDRA	05/12/2005	-	-
33	2269627	SMS CMS SYLVIO FREDERICO BRAUNER - AP 33	300861	LARGO DO SENHOR	08/02/2011	-	-
33	2269627	SMS CMS SYLVIO FREDERICO BRAUNER - AP 33	300853	LUTHER KING	11/01/2011	-	-
33	2269627	SMS CMS SYLVIO FREDERICO BRAUNER - AP 33	300845	MONTE SINAI	09/09/2010	-	-
33	2269627	SMS CMS SYLVIO FREDERICO BRAUNER - AP 33	300802	LAGARTO	09/09/2010	-	-
33	2269627	SMS CMS SYLVIO FREDERICO BRAUNER - AP 33	300810	PARQUE NOVA CIDADE	01/06/2010	-	-
33	2269627	SMS CMS SYLVIO FREDERICO BRAUNER - AP 33	300837	10/11/2011	10/11/2011	-	-
33	2269627	SMS CMS SYLVIO FREDERICO BRAUNER - AP 33	1591320	TERRA NOSTRA	20/10/2015	02/07/2019	-
40	7892810	SMS CF BARBARA MOSLEY DE SOUZA - AP 40	304239	QUITITE	02/08/2010	23/03/2019	-
40	7892810	SMS CF BARBARA MOSLEY DE SOUZA - AP 40	304220	ISABEL DOMINGUES	02/08/2010	-	-
40	7892810	SMS CF BARBARA MOSLEY DE SOUZA - AP 40	304247	CHICO CITY	22/02/2007	-	-
40	7892810	SMS CF BARBARA MOSLEY DE SOUZA - AP 40	1600699	ARATICUM	29/03/2016	-	-
40	7892810	SMS CF BARBARA MOSLEY DE SOUZA - AP 40	1600656	BOSQUE DA FREGUESIA	29/03/2016	-	-
40	7892810	SMS CF BARBARA MOSLEY DE SOUZA - AP 40	1600664	ESTRADA DE JACAREPAGUA	29/03/2016	-	-
40	7892810	SMS CF BARBARA MOSLEY DE SOUZA - AP 40	1600672	CANAL DO ANIL	29/03/2016	-	-
40	7892810	SMS CF BARBARA MOSLEY DE SOUZA - AP 40	1612565	VILA CARIOCA	29/09/2016	-	-
40	7996675	SMS CF GERSON BERGHER - AP 40	1613162	GUARAPES	06/10/2016	30/03/2019	-
40	7996675	SMS CF GERSON BERGHER - AP 40	1612522	CAPITAO	29/09/2016	30/03/2019	-
40	7996675	SMS CF GERSON BERGHER - AP 40	1612727	INTENDENTE MAGALHAES	30/09/2016	30/03/2019	-
40	7996675	SMS CF GERSON BERGHER - AP 40	1612743	OURIRIM	30/09/2016	30/03/2019	-
40	7996675	SMS CF GERSON BERGHER - AP 40	1612484	CANDIDO	29/09/2016	30/03/2019	-
40	7996675	SMS CF GERSON BERGHER - AP 40	1612514	PEDRO TELES	29/09/2016	30/03/2019	-
40	7996675	SMS CF GERSON BERGHER - AP 40	1612506	SANTA ROSA	29/09/2016	30/03/2019	-
40	7996675	SMS CF GERSON BERGHER - AP 40	1612735	PINTO TELES	30/09/2016	-	-
40	7996675	SMS CF GERSON BERGHER - AP 40	1612476	PARINTIS	29/09/2016	-	-
40	7996675	SMS CF GERSON BERGHER - AP 40	1612492	ANTONINA	29/09/2016	-	-
40	7996675	SMS CF GERSON BERGHER - AP 40	1612530	PRACA SECA	29/09/2016	-	-
40	7996675	SMS CF GERSON BERGHER - AP 40	1612549	MARICA	29/09/2016	-	-
40	7892829	SMS CF HELENA BESSERMAN VIANNA - AP 40	1610457	PONTA NEGRA	06/09/2016	21/03/2019	-
40	7892829	SMS CF HELENA BESSERMAN VIANNA - AP 40	1613154	VILA DA PAZ	06/10/2016	21/03/2019	-
40	7892829	SMS CF HELENA BESSERMAN VIANNA - AP 40	1610473	TAMBAU	06/09/2016	-	-
40	7892829	SMS CF HELENA BESSERMAN VIANNA - AP 40	1599224	MARAGOGI	29/02/2016	-	-
40	7892829	SMS CF HELENA BESSERMAN VIANNA - AP 40	1599178	PIPA	29/02/2016	-	-
40	7892829	SMS CF HELENA BESSERMAN VIANNA - AP 40	1599232	PRAIA DO FORTE	29/02/2016	-	-
40	7892829	SMS CF HELENA BESSERMAN VIANNA - AP 40	1599151	PAUCARA	29/02/2016	-	-
40	7892829	SMS CF HELENA BESSERMAN VIANNA - AP 40	1599186	IRACEMA	29/02/2016	-	-
40	7892829	SMS CF HELENA BESSERMAN VIANNA - AP 40	1599194	PRAIA DO FRANCES	29/02/2016	-	-
40	7892829	SMS CF HELENA BESSERMAN VIANNA - AP 40	1610449	BOA VIAGEM	06/09/2016	-	-
40	7892829	SMS CF HELENA BESSERMAN VIANNA - AP 40	1610465	GENIPABU	06/09/2016	-	-
40	7892829	SMS CF HELENA BESSERMAN VIANNA - AP 40	1599208	ATALAIA	29/02/2016	-	-
40	7892829	SMS CF HELENA BESSERMAN VIANNA - AP 40	1599216	CARNEIROS	29/02/2016	-	-
40	7892829	SMS CF HELENA BESSERMAN VIANNA - AP 40	1612689	REGATA	30/09/2016	-	-
40	7892829	SMS CF HELENA BESSERMAN VIANNA - AP 40	1612700	MUZEMA	30/09/2016	-	-
40	7892829	SMS CF HELENA BESSERMAN VIANNA - AP 40	1612697	ESTRADA DO ITANHANGA	30/09/2016	-	-
40	7873565	SMS CF JOSE DE SOUZA HERDY - AP 40	1595733	LAGOA DE MARAPENDI	17/12/2015	30/03/2019	-
40	7873565	SMS CF JOSE DE SOUZA HERDY - AP 40	1595725	BOSQUE DA BARRA	17/12/2015	-	-
40	7873565	SMS CF JOSE DE SOUZA HERDY - AP 40	1595741	BOSQUE MARAPENDI	17/12/2015	-	-
40	7995520	SMS CF MAICON SIQUEIRA - AP 40	308005	PARQUE CARIOCA	23/08/2016	22/03/2019	-
40	7995520	SMS CF MAICON SIQUEIRA - AP 40	1544756	BANDEIRANTES	23/08/2016	22/03/2019	-

40	7995520	SMS CF MAICON SIQUEIRA - AP 40	1607820	PITIMBU	26/07/2016	22/03/2019
40	7995520	SMS CF MAICON SIQUEIRA - AP 40	1607839	SALVADOR ALLENDE	26/07/2016	22/03/2019
40	7995520	SMS CF MAICON SIQUEIRA - AP 40	1606645	MORADA DOS PASSARINHOS	23/08/2016	22/03/2019
40	7995520	SMS CF MAICON SIQUEIRA - AP 40	1612719	VILA CAMORIM	30/09/2016	22/03/2019
40	7995520	SMS CF MAICON SIQUEIRA - AP 40	1607995	CAMORIM	28/07/2016	-
40	7995520	SMS CF MAICON SIQUEIRA - AP 40	1607847	ASA BRANCA	26/07/2016	-
40	7995520	SMS CF MAICON SIQUEIRA - AP 40	1609505	MAICON SIQUEIRA	23/08/2016	-
40	7995520	SMS CF MAICON SIQUEIRA - AP 40	1613146	NOVA BANDEIRANTES	06/10/2016	-
40	6716598	SMS CF MAURY ALVES DE PINHO - AP 40	308552	BANDEIRANTES	22/02/2011	-
40	6716598	SMS CF MAURY ALVES DE PINHO - AP 40	308544	COROADO	20/02/2011	-
40	6716598	SMS CF MAURY ALVES DE PINHO - AP 40	308536	HORIZONTE	20/02/2011	-
40	6927289	SMS CF OTTO ALVES DE CARVALHO - AP 40	1491482	CALANGO	25/10/2013	-
40	6927289	SMS CF OTTO ALVES DE CARVALHO - AP 40	309753	JUAZEIRO	15/06/2011	-
40	6927289	SMS CF OTTO ALVES DE CARVALHO - AP 40	309729	ACUCENA	02/02/2012	-
40	6927289	SMS CF OTTO ALVES DE CARVALHO - AP 40	309672	MANDACARU	08/02/2012	-
40	6927289	SMS CF OTTO ALVES DE CARVALHO - AP 40	1491474	IMIGRANTES	25/10/2013	-
40	6927289	SMS CF OTTO ALVES DE CARVALHO - AP 40	309702	LAMPIAO	10/02/2012	-
40	6927289	SMS CF OTTO ALVES DE CARVALHO - AP 40	309710	MARIA BONITA	15/06/2011	-
40	6927289	SMS CF OTTO ALVES DE CARVALHO - AP 40	309699	CORDEL	10/02/2012	-
40	6927289	SMS CF OTTO ALVES DE CARVALHO - AP 40	309737	CAATINGA	10/02/2012	-
40	6927289	SMS CF OTTO ALVES DE CARVALHO - AP 40	309745	JANGADA	30/01/2012	-
40	6927319	SMS CF PADRE JOSE DE AZEVEDO TIUBA - AP 40	309796	VITORIA REGIA	09/01/2012	-
40	6927319	SMS CF PADRE JOSE DE AZEVEDO TIUBA - AP 40	309788	LAGOAS	09/01/2012	-
40	6927319	SMS CF PADRE JOSE DE AZEVEDO TIUBA - AP 40	309818	IXORA	25/01/2012	-
40	6927319	SMS CF PADRE JOSE DE AZEVEDO TIUBA - AP 40	309826	RUBIA	25/01/2012	-
40	6927319	SMS CF PADRE JOSE DE AZEVEDO TIUBA - AP 40	309761	NOVA ESPERANCA	30/01/2012	-
40	6927319	SMS CF PADRE JOSE DE AZEVEDO TIUBA - AP 40	1610481	MEMENTA	06/09/2016	-
40	9071385	SMS CMS ALVARO RAMOS - AP 40	1612611	SAMPAIO CORREA	26/09/2016	27/02/2019
40	9071385	SMS CMS ALVARO RAMOS - AP 40	1613189	VALE DO IPE	06/10/2016	27/02/2019
40	9071385	SMS CMS ALVARO RAMOS - AP 40	1576747	MATA ATLANTICA	22/05/2015	-
40	9071385	SMS CMS ALVARO RAMOS - AP 40	1612573	ARARAS CLARAS	26/09/2016	-
40	9071385	SMS CMS ALVARO RAMOS - AP 40	1612581	ADAUTO BOTELHO	26/09/2016	-
40	9071385	SMS CMS ALVARO RAMOS - AP 40	1612603	ENTRE RIOS	26/09/2016	-
40	9071385	SMS CMS ALVARO RAMOS - AP 40	1613170	SAETA AGUEDA	06/10/2016	-
40	2270013	SMS CMS CECILIA DONNANGELO - AP 40	301213	BEIRA RIO	07/10/2011	-
40	2270013	SMS CMS CECILIA DONNANGELO - AP 40	301221	SANTA LUZIA	25/10/2011	-
40	2270013	SMS CMS CECILIA DONNANGELO - AP 40	1610414	QUILOMBO	06/09/2016	-
40	2270013	SMS CMS CECILIA DONNANGELO - AP 40	1610406	CASCATINHA	06/09/2016	08/03/2019
40	4046307	SMS CMS HAMILTON LAND - AP 40	304794	ABRAAO	10/08/2012	-
40	4046307	SMS CMS HAMILTON LAND - AP 40	1610511	MOISES	06/09/2016	-
40	4046307	SMS CMS HAMILTON LAND - AP 40	1613103	GIBASOL	06/10/2016	-
40	4046307	SMS CMS HAMILTON LAND - AP 40	1613111	ORQUIDEA	06/10/2016	-
40	4046307	SMS CMS HAMILTON LAND - AP 40	1613138	HORTENCIA	06/10/2016	-
40	2708213	SMS CMS HARVEY RIBEIRO DE SOUZA FILHO - AP 40	303747	TERREIRO	10/08/2012	-
40	2708213	SMS CMS HARVEY RIBEIRO DE SOUZA FILHO - AP 40	1610503	BEIRA RIO	06/09/2016	-
40	2708213	SMS CMS HARVEY RIBEIRO DE SOUZA FILHO - AP 40	1616005	HARVEY	02/01/2017	-
40	2708213	SMS CMS HARVEY RIBEIRO DE SOUZA FILHO - AP 40	1615955	NOVO LAR	02/01/2017	-
40	2708213	SMS CMS HARVEY RIBEIRO DE SOUZA FILHO - AP 40	1615998	GILKA	02/01/2017	-
40	2708213	SMS CMS HARVEY RIBEIRO DE SOUZA FILHO - AP 40	1615971	CHICO MENDES	02/01/2017	07/03/2019
40	2708213	SMS CMS HARVEY RIBEIRO DE SOUZA FILHO - AP 40	1615947	CANAL DAS TAXAS	02/01/2017	07/03/2019
40	2708213	SMS CMS HARVEY RIBEIRO DE SOUZA FILHO - AP 40	1615963	ALCEU DE CARVALHO	02/01/2017	07/03/2019
40	6784720	SMS CMS ITANHANGA - AP 40	308722	ROCHA	08/05/2011	-
40	2296543	SMS CMS JORGE SALDANHA BANDEIRA DE MELLO - AP40	303534	RUBI	07/10/2011	-
40	2296543	SMS CMS JORGE SALDANHA BANDEIRA DE MELLO - AP40	303526	ESMERALDA	07/10/2011	-
40	2296543	SMS CMS JORGE SALDANHA BANDEIRA DE MELLO - AP40	303542	OLHO DE TIGRE	25/10/2011	-
40	2296543	SMS CMS JORGE SALDANHA BANDEIRA DE MELLO - AP40	1610422	RENASCER	06/09/2016	-
40	2296543	SMS CMS JORGE SALDANHA BANDEIRA DE MELLO - AP40	1610430	PONTE NOVA	06/09/2016	05/03/2019
40	6927254	SMS CMS NEWTON BETHLEM - AP 40	309613	SAFIRA	13/06/2011	-
40	6927254	SMS CMS NEWTON BETHLEM - AP 40	309656	CITRINO	13/06/2011	-
40	6927254	SMS CMS NEWTON BETHLEM - AP 40	309664	ONIX	13/06/2011	-
40	6927254	SMS CMS NEWTON BETHLEM - AP 40	309648	TURMALINA	15/06/2011	15/03/2019
40	6927254	SMS CMS NEWTON BETHLEM - AP 40	1610384	LAGOA DA PRATA	06/09/2016	15/03/2019
40	6927254	SMS CMS NEWTON BETHLEM - AP 40	1610392	ORLANDO BONFIM	06/09/2016	15/03/2019
40	5465877	SMS CMS NOVO PALMARES - AP 40	305413	MONT SERRAT	08/06/2011	-
40	5465877	SMS CMS NOVO PALMARES - AP 40	305421	PALMARES	01/07/2007	-
40	5465877	SMS CMS NOVO PALMARES - AP 40	1612557	PORTELO	29/09/2016	28/02/2019
40	3567508	SMS CMS RAPHAEL DE PAULA SOUZA - AP 40	304190	DOIS IRMAOS	01/04/2000	-
40	3567508	SMS CMS RAPHAEL DE PAULA SOUZA - AP 40	304204	VILAGE	01/04/2000	-
40	3567508	SMS CMS RAPHAEL DE PAULA SOUZA - AP 40	304182	EMILIAO	05/08/2003	-
40	3567508	SMS CMS RAPHAEL DE PAULA SOUZA - AP 40	1612255	PARAISO DO NORTE	28/09/2016	-
40	3567508	SMS CMS RAPHAEL DE PAULA SOUZA - AP 40	1612158	VILA SANTA CLARA	28/09/2016	-
40	3567508	SMS CMS RAPHAEL DE PAULA SOUZA - AP 40	1612174	ARROIO PAVUNA	28/09/2016	-
40	3567508	SMS CMS RAPHAEL DE PAULA SOUZA - AP 40	1612220	ESPERANCA	28/09/2016	-
40	3567508	SMS CMS RAPHAEL DE PAULA SOUZA - AP 40	1612182	BANDOLIM	28/09/2016	-
40	3567508	SMS CMS RAPHAEL DE PAULA SOUZA - AP 40	1612212	VILA SAFE	28/09/2016	-
40	3567508	SMS CMS RAPHAEL DE PAULA SOUZA - AP 40	1612271	VALE DAS ORQUIDEAS	28/09/2016	-
40	3567508	SMS CMS RAPHAEL DE PAULA SOUZA - AP 40	1543245	VILA AURORA	28/09/2016	07/03/2019
40	3567508	SMS CMS RAPHAEL DE PAULA SOUZA - AP 40	1612263	VALE DAS ACACIAS	28/09/2016	07/03/2019
40	3567508	SMS CMS RAPHAEL DE PAULA SOUZA - AP 40	1610538	ZUMBI DOS PALMARES	06/09/2016	07/03/2019
40	3567508	SMS CMS RAPHAEL DE PAULA SOUZA - AP 40	1612190	MANDINA	28/09/2016	07/03/2019
40	3567508	SMS CMS RAPHAEL DE PAULA SOUZA - AP 40	1612247	IV CENTENARIO	28/09/2016	07/03/2019
40	3567508	SMS CMS RAPHAEL DE PAULA SOUZA - AP 40	1612239	IPERO	28/09/2016	07/03/2019
40	3567508	SMS CMS RAPHAEL DE PAULA SOUZA - AP 40	1612166	ANDRE ROCHA	28/09/2016	07/03/2019

40	3567508	SMS CMS RAPHAEL DE PAULA SOUZA - AP 40	1612204	REVERENCIA	28/09/2016	07/03/2019	
40	5465885	SMS CMS SANTA MARIA - AP 40	305448	LADEIRA SANTA MARIA	01/07/2007	-	
40	5465885	SMS CMS SANTA MARIA - AP 40	305456	RIO PEQUENO	26/04/2011	-	
51	3416321	SMS CF ANTONIO GONCALVES DA SILVA - AP 51	304034	SOL	16/11/2010	-	
51	3416321	SMS CF ANTONIO GONCALVES DA SILVA - AP 51	303976	GENESIS	16/11/2010	-	
51	3416321	SMS CF ANTONIO GONCALVES DA SILVA - AP 51	304026	SUPERACAO	25/06/2004	-	
51	3416321	SMS CF ANTONIO GONCALVES DA SILVA - AP 51	304018	LEOPOLDINA	13/01/2012	-	
51	3416321	SMS CF ANTONIO GONCALVES DA SILVA - AP 51	303992	VILA BEJA FLOR	16/11/2010	-	
51	3416321	SMS CF ANTONIO GONCALVES DA SILVA - AP 51	303984	CONJUNTO AGUA BRANCA	10/07/2013	-	
51	3820599	SMS CF ARMANDO PALHARES AGUINAGA - AP 51	1602993	PARQUE REAL	10/05/2016	18/02/2019	
51	3820599	SMS CF ARMANDO PALHARES AGUINAGA - AP 51	1603000	IDEAL	10/05/2016	18/02/2019	Deslocada de USF para CNES 9311661
51	3820599	SMS CF ARMANDO PALHARES AGUINAGA - AP 51	1603019	SANTO ANGELO	10/05/2016	08/03/2019	
51	3820599	SMS CF ARMANDO PALHARES AGUINAGA - AP 51	1613855	CAPITIVA	31/10/2016	18/02/2019	Deslocada de USF para CNES 9311661
51	3820599	SMS CF ARMANDO PALHARES AGUINAGA - AP 51	304778	GENERAL AZEREDO	11/11/2009	-	Deslocada de USF para CNES 9311661
51	3820599	SMS CF ARMANDO PALHARES AGUINAGA - AP 51	304786	JAMBO	05/05/2011	-	
51	3820599	SMS CF ARMANDO PALHARES AGUINAGA - AP 51	304751	DR. LESSA	02/06/2011	-	
51	3820599	SMS CF ARMANDO PALHARES AGUINAGA - AP 51	304743	DONA OLIMPIA	19/04/2016	-	
51	3820599	SMS CF ARMANDO PALHARES AGUINAGA - AP 51	304735	CAPITAO TEIXEIRA	30/10/2013	-	
51	3820599	SMS CF ARMANDO PALHARES AGUINAGA - AP 51	1613871	GOVERNO	31/10/2016	-	Deslocada de USF para CNES 9311661
51	7722494	SMS CF FAIM PEDRO - AP 51	1613863	CLAUDIO BARATA	31/10/2016	-	Deslocada de USF para CNES 9311661
51	7722494	SMS CF FAIM PEDRO - AP 51	1576208	OPERARIO	06/05/2015	18/02/2019	
51	7722494	SMS CF FAIM PEDRO - AP 51	301809	MALOCA	05/07/2011	-	
51	7722494	SMS CF FAIM PEDRO - AP 51	301817	BARAO	04/07/2011	-	
51	7722494	SMS CF FAIM PEDRO - AP 51	1576151	MARECHAL	06/05/2015	-	
51	7722494	SMS CF FAIM PEDRO - AP 51	1576178	PEDRO ALCANTARA	06/05/2015	-	
51	7722494	SMS CF FAIM PEDRO - AP 51	1576186	CADETES	06/05/2015	-	
51	7722494	SMS CF FAIM PEDRO - AP 51	1576194	CLAUDIO BARATA	06/05/2015	-	
51	6023916	SMS CF FIORELLO RAYMUNDO - AP 51	306193	SALMOS	16/11/2010	-	
51	6023916	SMS CF FIORELLO RAYMUNDO - AP 51	306266	ALFAZEMA	03/03/2011	-	
51	6023916	SMS CF FIORELLO RAYMUNDO - AP 51	306258	AGUA BRANCA	03/03/2011	-	
51	6023916	SMS CF FIORELLO RAYMUNDO - AP 51	306231	PORTO NACIONAL	03/03/2011	-	
51	6023916	SMS CF FIORELLO RAYMUNDO - AP 51	306223	CERES	31/08/2015	-	
51	6023916	SMS CF FIORELLO RAYMUNDO - AP 51	306207	ACAFRAO	01/05/2011	-	
51	6023916	SMS CF FIORELLO RAYMUNDO - AP 51	1613380	SACRIFICIO JOAO LIMA	20/09/2016	-	
51	6852203	SMS CF KELLY CRISTINA DE SA LACERDA SILVA - AP 51	309028	CARLOS SAMPAIO CORREIA	12/09/2011	18/02/2019	
51	6852203	SMS CF KELLY CRISTINA DE SA LACERDA SILVA - AP 51	309087	URUCUM	03/08/2012	18/02/2019	
51	6852203	SMS CF KELLY CRISTINA DE SA LACERDA SILVA - AP 51	1613936	DOZE DE FEVEREIRO	29/12/2016	18/02/2019	
51	6852203	SMS CF KELLY CRISTINA DE SA LACERDA SILVA - AP 51	309036	SAIBREIRA	12/09/2011	-	
51	6852203	SMS CF KELLY CRISTINA DE SA LACERDA SILVA - AP 51	309052	INFANTARIA	12/09/2011	-	
51	6852203	SMS CF KELLY CRISTINA DE SA LACERDA SILVA - AP 51	309079	PIERRE CURIE	03/08/2012	-	
51	6852203	SMS CF KELLY CRISTINA DE SA LACERDA SILVA - AP 51	309080	TOBAGI	12/09/2011	-	
51	6852203	SMS CF KELLY CRISTINA DE SA LACERDA SILVA - AP 51	309044	PAULO PEREIRA	12/09/2011	-	
51	6852203	SMS CF KELLY CRISTINA DE SA LACERDA SILVA - AP 51	1613952	USINA	29/12/2016	-	
51	6852203	SMS CF KELLY CRISTINA DE SA LACERDA SILVA - AP 51	1613944	PAULA LOPES	31/10/2016	-	
51	6852203	SMS CF KELLY CRISTINA DE SA LACERDA SILVA - AP 51	1613898	RIO DA PRATA	27/10/2016	-	
51	6852203	SMS CF KELLY CRISTINA DE SA LACERDA SILVA - AP 51	1613928	BARAO DE CAPANEMA	31/10/2016	-	
51	5546591	SMS CF MARIA JOSE DE SOUSA BARBOSA - AP 51	302082	MESTRE	16/11/2010	-	
51	5546591	SMS CF MARIA JOSE DE SOUSA BARBOSA - AP 51	302066	MAGISTRADO	01/08/2009	-	
51	5546591	SMS CF MARIA JOSE DE SOUSA BARBOSA - AP 51	302074	ALIANCA	19/04/2016	-	
51	5546591	SMS CF MARIA JOSE DE SOUSA BARBOSA - AP 51	305847	MOCA BONITA	08/09/2011	-	
51	5546591	SMS CF MARIA JOSE DE SOUSA BARBOSA - AP 51	305839	CAMINHO DO LUCIO	01/04/2004	-	
51	5546591	SMS CF MARIA JOSE DE SOUSA BARBOSA - AP 51	305855	MORETTI	06/02/2014	-	
51	5546591	SMS CF MARIA JOSE DE SOUSA BARBOSA - AP 51	1574833	MANGUEIRAL	04/05/2015	-	
51	5546591	SMS CF MARIA JOSE DE SOUSA BARBOSA - AP 51	1574841	COLINAS	04/05/2015	-	
51	6864708	SMS CF MARIO DIAS ALENCAR - AP 51	309168	MUCURIBE	26/12/2011	18/02/2019	
51	6864708	SMS CF MARIO DIAS ALENCAR - AP 51	309168	TELEGRAFOS	26/12/2011	-	
51	6864708	SMS CF MARIO DIAS ALENCAR - AP 51	309176	NELSON DA FONSECA	13/07/2012	-	
51	6864708	SMS CF MARIO DIAS ALENCAR - AP 51	309184	MARIO DA FONSECA	06/11/2013	-	
51	6864708	SMS CF MARIO DIAS ALENCAR - AP 51	1611755	JARDIM VIOLETA	23/09/2016	-	
51	6901042	SMS CF NILDO EYMAR DE ALMEIDA AGUIAR - AP 51	309389	AUGUSTO PETIT	06/03/2007	18/02/2019	
51	6901042	SMS CF NILDO EYMAR DE ALMEIDA AGUIAR - AP 51	1598562	EUZEBIO DE QUEIROZ	19/02/2016	18/02/2019	
51	6901042	SMS CF NILDO EYMAR DE ALMEIDA AGUIAR - AP 51	309397	UNIÃO	01/07/2004	-	
51	6901042	SMS CF NILDO EYMAR DE ALMEIDA AGUIAR - AP 51	309346	CURITIBA	06/12/2011	-	
51	6901042	SMS CF NILDO EYMAR DE ALMEIDA AGUIAR - AP 51	309354	PARAISO	12/11/2010	-	
51	6901042	SMS CF NILDO EYMAR DE ALMEIDA AGUIAR - AP 51	309362	VILA LOBOS	03/03/2011	-	
51	6901042	SMS CF NILDO EYMAR DE ALMEIDA AGUIAR - AP 51	309370	AMERICANO FREIRE	06/12/2011	-	
51	6901042	SMS CF NILDO EYMAR DE ALMEIDA AGUIAR - AP 51	1598570	VIVENDAS	19/02/2016	-	
51	6387152	SMS CF OLIMPIA ESTEVES - AP 51	306754	SILVA NETO	05/11/2013	-	Deslocada de USF para CNES 9311661
51	6387152	SMS CF OLIMPIA ESTEVES - AP 51	306746	MACRIVILHA	14/11/2009	-	
51	6387152	SMS CF OLIMPIA ESTEVES - AP 51	306800	MURUNDA	10/08/2011	-	
51	6387152	SMS CF OLIMPIA ESTEVES - AP 51	306770	LIMITES	24/08/2011	-	
51	6387152	SMS CF OLIMPIA ESTEVES - AP 51	306738	LUISA BARATA	18/03/2014	-	
51	6387152	SMS CF OLIMPIA ESTEVES - AP 51	306762	CACHOEIRA DO BARATA	14/06/2009	-	Deslocada de USF para CNES 9311661
51	6387152	SMS CF OLIMPIA ESTEVES - AP 51	306789	CATARINO	14/11/2009	-	
51	6387152	SMS CF OLIMPIA ESTEVES - AP 51	1613782	CERIBA	31/10/2016	-	
51	6387152	SMS CF OLIMPIA ESTEVES - AP 51	1613790	LUSTINO DE ARAUJO	31/10/2016	-	
51	6387152	SMS CF OLIMPIA ESTEVES - AP 51	306797	ALTO DOURO	25/10/2013	18/02/2019	
51	6855709	SMS CF PADRE JOHN CRIBBIN (PADRE JOAO) - AP 51	309095	MONSANTO	04/11/2011	08/03/2019	
51	6855709	SMS CF PADRE JOHN CRIBBIN (PADRE JOAO) - AP 51	1611518	LELIO BOAVENTURA	20/01/2016	18/02/2019	
51	6855709	SMS CF PADRE JOHN CRIBBIN (PADRE JOAO) - AP 51	309133	FREDERICO FAULHABER	01/11/2011	-	
51	6855709	SMS CF PADRE JOHN CRIBBIN (PADRE JOAO) - AP 51	309141	LEONOR CHRISMAN MULLE	04/11/2011	-	
51	6855709	SMS CF PADRE JOHN CRIBBIN (PADRE JOAO) - AP 51	309125	SALVADOR SABATE	04/11/2011	-	
51	6855709	SMS CF PADRE JOHN CRIBBIN (PADRE JOAO) - AP 51	309117	LIGHT	04/11/2011	-	

51	6855709	SMS CF PADRE JOHN CRIBBIN (PADRE JOAO) - AP 51	1613847	ARITIBA	31/10/2016	-	Deslocada de USF para CNES 9311661
51	9023089	SMS CF ROGERIO PINTO DA MOTA - AP 51	1610112	PIRAQUARA	12/09/2016	18/02/2019	
51	9023089	SMS CF ROGERIO PINTO DA MOTA - AP 51	1610074	FREI MIGUEL	12/09/2016	18/02/2019	
51	9023089	SMS CF ROGERIO PINTO DA MOTA - AP 51	1610066	FONTENELLE	12/09/2016	18/02/2019	
51	9023089	SMS CF ROGERIO PINTO DA MOTA - AP 51	309109	CARUMBE	04/11/2011	-	
51	9023089	SMS CF ROGERIO PINTO DA MOTA - AP 51	1610090	MANDACARU	12/09/2016	-	
51	9023089	SMS CF ROGERIO PINTO DA MOTA - AP 51	1610104	PIRAJARA	12/09/2016	-	
51	9023089	SMS CF ROGERIO PINTO DA MOTA - AP 51	1610082	JEQUITINHONHA	12/09/2016	-	
51	3416372	SMS CF ROSINO BACCARINI - AP 51	304131	06 DE NOVEMBRO	28/05/2004	-	
51	3416372	SMS CF ROSINO BACCARINI - AP 51	304158	JARDIM PROGRESSO	01/07/2004	-	
51	3416372	SMS CF ROSINO BACCARINI - AP 51	304166	PEDRINHAS	01/07/2004	-	
51	3416372	SMS CF ROSINO BACCARINI - AP 51	304174	ESTRELA	09/07/2012	08/03/2019	
51	3416372	SMS CF ROSINO BACCARINI - AP 51	304123	CANCELINHA	28/05/2004	08/03/2019	
51	3416372	SMS CF ROSINO BACCARINI - AP 51	1607367	CALIFORNIA	19/08/2016	08/03/2019	
51	7810172	SMS CF SANDRA REGINA SAMPAIO DE SOUZA - AP 5.1	301124	DESTRI JABOUR	27/08/2012	18/02/2019	
51	7810172	SMS CF SANDRA REGINA SAMPAIO DE SOUZA - AP 5.1	301132	MARACANA	27/08/2012	18/02/2019	
51	7810172	SMS CF SANDRA REGINA SAMPAIO DE SOUZA - AP 5.1	301094	VITA CRUZ	27/08/2012	-	
51	7810172	SMS CF SANDRA REGINA SAMPAIO DE SOUZA - AP 5.1	301078	PEDRA BRANCA	27/08/2012	-	
51	7810172	SMS CF SANDRA REGINA SAMPAIO DE SOUZA - AP 5.1	301108	FAZENDA VIEGAS	27/08/2012	-	
51	7810172	SMS CF SANDRA REGINA SAMPAIO DE SOUZA - AP 5.1	301116	ESPERANZA VIDALGO	27/08/2012	-	
51	7810172	SMS CF SANDRA REGINA SAMPAIO DE SOUZA - AP 5.1	301086	MANGUEIRA	27/08/2012	-	
51	7810172	SMS CF SANDRA REGINA SAMPAIO DE SOUZA - AP 5.1	301965	COREIA	19/11/2015	-	
51	7874162	SMS CF WILSON MELLO SANTOS (ZICO) - AP51	301787	MIAMI	09/12/2015	18/02/2019	
51	7874162	SMS CF WILSON MELLO SANTOS (ZICO) - AP51	301795	VILA PROGRESSO	09/12/2015	-	
51	7874162	SMS CF WILSON MELLO SANTOS (ZICO) - AP51	301779	LAGOS	09/12/2015	-	
51	7874162	SMS CF WILSON MELLO SANTOS (ZICO) - AP51	1595636	ALTO KENNEDY	09/12/2015	-	
51	7874162	SMS CF WILSON MELLO SANTOS (ZICO) - AP51	1595644	OURIÇAS	09/12/2015	-	
51	7874162	SMS CF WILSON MELLO SANTOS (ZICO) - AP51	1595652	JAIME REDONDO	09/12/2015	-	
51	7874162	SMS CF WILSON MELLO SANTOS (ZICO) - AP51	1595679	EDEN	09/02/2015	-	
51	7874162	SMS CF WILSON MELLO SANTOS (ZICO) - AP51	1595660	MALVINAS	09/12/2015	-	
51	2269848	SMS CMS ALEXANDER FLEMING - AP 51	309192	MARMARI	29/07/2011	18/02/2019	
51	2269848	SMS CMS ALEXANDER FLEMING - AP 51	1597981	SOSSEGO	03/02/2016	-	
51	2269848	SMS CMS ALEXANDER FLEMING - AP 51	1611526	ZOROASTRO DA CUNHA	27/01/2016	-	
51	2269848	SMS CMS ALEXANDER FLEMING - AP 51	1613804	VALDEMAR FIDALGO	27/01/2016	-	
51	2269848	SMS CMS ALEXANDER FLEMING - AP 51	1613960	PARKUE LEOPOLDINA	29/12/2016	01/04/2018	Exinta do CNES abril/2018 - Sem data
51	2269848	SMS CMS ALEXANDER FLEMING - AP 51	1613901	ABAETE	29/12/2016	18/02/2019	
51	2270463	SMS CMS ATHAYDE JOSE DA FONSECA - AP 51	301884	SANDRO MOREIRA	01/04/2011	-	
51	2270463	SMS CMS ATHAYDE JOSE DA FONSECA - AP 51	301922	ROQUE BARBOSA	03/03/2015	-	
51	2270463	SMS CMS ATHAYDE JOSE DA FONSECA - AP 51	1612077	RECANTO DAS GARCAS	20/09/2016	-	
51	2270463	SMS CMS ATHAYDE JOSE DA FONSECA - AP 51	301906	JOAO SALDANHA	02/08/2004	18/02/2019	
51	2270463	SMS CMS ATHAYDE JOSE DA FONSECA - AP 51	301876	EDSON FERNANDES	01/04/2011	08/03/2019	
51	2270463	SMS CMS ATHAYDE JOSE DA FONSECA - AP 51	301930	JARDIM BANGU	02/06/2011	08/03/2019	
51	3416356	SMS CMS BUA BOANERGES BORGES DA FONSECA - AP 51	304069	CORREIA SEARA	04/01/2012	-	
51	3416356	SMS CMS BUA BOANERGES BORGES DA FONSECA - AP 51	304115	MALLET	04/01/2012	-	
51	3416356	SMS CMS BUA BOANERGES BORGES DA FONSECA - AP 51	304085	ALTO ARAGUAIA	04/01/2012	-	
51	3416356	SMS CMS BUA BOANERGES BORGES DA FONSECA - AP 51	304077	CANROBERT	04/01/2012	-	
51	3416356	SMS CMS BUA BOANERGES BORGES DA FONSECA - AP 51	304107	ARQUIMEDES	04/01/2012	-	
51	3416356	SMS CMS BUA BOANERGES BORGES DA FONSECA - AP 51	304050	NEWTON	04/01/2012	-	
51	3416356	SMS CMS BUA BOANERGES BORGES DA FONSECA - AP 51	304093	BONINA	04/01/2012	18/02/2019	
51	5546583	SMS CMS CATIRI - AP 51	305812	GERICINO	01/08/2007	-	
51	5546583	SMS CMS CATIRI - AP 51	305804	CAPA BONITO	18/07/2013	-	
51	5546583	SMS CMS CATIRI - AP 51	305820	TRES MARIAS	01/08/2007	-	
51	2270579	SMS CMS DR EITHEL PINHEIRO DE OLIVEIRA LIMA - AP 51	1498398	VACARIA	04/05/2015	-	
51	2270579	SMS CMS DR EITHEL PINHEIRO DE OLIVEIRA LIMA - AP 51	308625	MORADAS	04/05/2015	-	
51	2270579	SMS CMS DR EITHEL PINHEIRO DE OLIVEIRA LIMA - AP 51	1574817	ARAUJO	04/05/2015	-	
51	2270579	SMS CMS DR EITHEL PINHEIRO DE OLIVEIRA LIMA - AP 51	1574825	CARNAUBA	04/05/2015	-	
51	2270439	SMS CMS HENRIQUE MONAT - AP 51	1596896	METRAL	12/01/2016	-	
51	2270439	SMS CMS HENRIQUE MONAT - AP 51	1596918	LOME	12/01/2016	-	
51	2270439	SMS CMS HENRIQUE MONAT - AP 51	1597973	BARRAO	03/02/2016	-	
51	2270439	SMS CMS HENRIQUE MONAT - AP 51	1598384	SOCIOLOGO BETINHO	16/02/2016	-	
51	6922031	SMS CMS MANOEL GUILHERME DA SILVA FILHO - AP 51	309540	BELA FLOR	07/12/2011	-	
51	6922031	SMS CMS MANOEL GUILHERME DA SILVA FILHO - AP 51	309552	TOLLON	07/12/2011	18/02/2019	
51	6922031	SMS CMS MANOEL GUILHERME DA SILVA FILHO - AP 51	309524	MONACO	07/12/2011	18/02/2019	
51	2270560	SMS CMS MASAO GOTO - AP 51	302058	CARLOS PONTES	06/02/2012	-	
51	2270560	SMS CMS MASAO GOTO - AP 51	302031	NOGUEIRA DE SA	09/12/2011	-	
51	2270560	SMS CMS MASAO GOTO - AP 51	302023	JAPORE	09/12/2011	18/02/2019	
51	2270455	SMS CMS PADRE MIGUEL - AP 51	301833	GENERAL	05/07/2011	-	
51	2270455	SMS CMS PADRE MIGUEL - AP 51	301841	JUVENTUDE	23/11/2015	-	
51	2270455	SMS CMS PADRE MIGUEL - AP 51	301825	05/07/2011	05/07/2011	-	
51	2270455	SMS CMS PADRE MIGUEL - AP 51	1612018	MESTRE ANDRE	28/09/2016	-	
51	2270455	SMS CMS PADRE MIGUEL - AP 51	1612026	JACQUES POURQUES	27/09/2016	18/02/2019	
51	2270552	SMS CMS SILVIO BARBOSA - AP 51	301949	SELVA DE ODIRA	24/10/2013	-	
51	2270552	SMS CMS SILVIO BARBOSA - AP 51	301973	CARINHOSO	14/08/2007	-	
51	2270552	SMS CMS SILVIO BARBOSA - AP 51	301957	REBU	07/12/2010	-	
51	2270552	SMS CMS SILVIO BARBOSA - AP 51	305138	CAVALO DE ACO	31/08/2012	-	
51	2270552	SMS CMS SILVIO BARBOSA - AP 51	305111	JACARE	20/08/2005	-	
51	2270552	SMS CMS SILVIO BARBOSA - AP 51	302007	STUART	01/01/2012	18/02/2019	
51	2270420	SMS CMS WALDYR FRANCO - AP 51	301752	AUGUSTO FIGUEIREDO	01/04/2004	-	
51	2270420	SMS CMS WALDYR FRANCO - AP 51	301728	SULAMERICA	05/01/2012	-	
51	2270420	SMS CMS WALDYR FRANCO - AP 51	301744	SAINA	25/07/2013	-	
51	2270420	SMS CMS WALDYR FRANCO - AP 51	301736	MINUANO	17/02/2014	-	
51	2270420	SMS CMS WALDYR FRANCO - AP 51	1492519	MINISTRO ARY FRANCO	22/09/2016	-	
52	5620287	SMS CF AGENOR DE MIRANDA ARAUJO NETO - AP 52	305944	LAMEGO	01/10/2011	07/03/2019	

52	5620287	SMS CF AGENOR DE MIRANDA ARAUJO NETO - AP 52	305928	MARIO LARRUBIA	01/10/2007	-	
52	5620287	SMS CF AGENOR DE MIRANDA ARAUJO NETO - AP 52	305936	JURARI	05/09/2011	-	
52	5620287	SMS CF AGENOR DE MIRANDA ARAUJO NETO - AP 52	305952	PESSOA CAVALCANTE	01/10/2007	-	
52	5620287	SMS CF AGENOR DE MIRANDA ARAUJO NETO - AP 52	305901	OLAVO GAMA	01/10/2007	-	
52	3567567	SMS CF ALKINDAR SOARES PEREIRA FILHO - AP 52	304352	MARIA TEREZA	10/03/2011	-	
52	3567567	SMS CF ALKINDAR SOARES PEREIRA FILHO - AP 52	304344	ALCIDES FRANCO	04/03/2011	-	
52	3567567	SMS CF ALKINDAR SOARES PEREIRA FILHO - AP 52	304395	MARIA DA CONCEICAO	02/09/2010	-	
52	3567567	SMS CF ALKINDAR SOARES PEREIRA FILHO - AP 52	304379	MARIA DA PENHA	15/06/2005	-	
52	3567567	SMS CF ALKINDAR SOARES PEREIRA FILHO - AP 52	304360	MARIA REGINA	15/06/2005	-	
52	3567567	SMS CF ALKINDAR SOARES PEREIRA FILHO - AP 52	304387	CAMBUI	02/03/2011	-	
52	3567567	SMS CF ALKINDAR SOARES PEREIRA FILHO - AP 52	304336	MARIA DA GLORIA	03/09/2010	-	
52	3567540	SMS CF ANA GONZAGA - AP 52	304263	VILAR GUANABARA	10/03/2011	07/03/2019	
52	3567540	SMS CF ANA GONZAGA - AP 52	304417	UNIAG	14/02/2011	07/03/2019	
52	3567540	SMS CF ANA GONZAGA - AP 52	301612	REALEZA	02/01/2001	-	
52	3567540	SMS CF ANA GONZAGA - AP 52	304255	VILA ESPERANCA	21/03/2011	-	
52	3567540	SMS CF ANA GONZAGA - AP 52	301655	CANAA	02/01/2000	-	
52	3567540	SMS CF ANA GONZAGA - AP 52	304271	JOAO WESLEY	02/01/2000	-	
52	7036914	SMS CF ANTONIO GONCALVES VILLA SOBRINHO - AP 52	310166	BARROCAS	02/07/2012	07/03/2019	
52	7036914	SMS CF ANTONIO GONCALVES VILLA SOBRINHO - AP 52	310158	VILA PALMARES	06/06/2011	-	
52	7036914	SMS CF ANTONIO GONCALVES VILLA SOBRINHO - AP 52	310131	OSVALDO SERPA	04/06/2012	-	
52	7036914	SMS CF ANTONIO GONCALVES VILLA SOBRINHO - AP 52	310123	ROBERTO LYRA	04/06/2012	-	
52	7036914	SMS CF ANTONIO GONCALVES VILLA SOBRINHO - AP 52	310107	JAPOATA	30/06/2012	-	
52	7036914	SMS CF ANTONIO GONCALVES VILLA SOBRINHO - AP 52	310115	JARICI	02/07/2012	-	
52	6677711	SMS CF DALMIR DE ABREU SALGADO - AP 52	308218	CANTAGALO	22/03/2012	-	
52	6677711	SMS CF DALMIR DE ABREU SALGADO - AP 52	308161	CABUCU DE BAIXO	09/12/2010	-	
52	6677711	SMS CF DALMIR DE ABREU SALGADO - AP 52	308188	CATA-VENTO	13/12/2010	-	
52	6677711	SMS CF DALMIR DE ABREU SALGADO - AP 52	308226	SANTA PAULA	13/12/2010	-	
52	6677711	SMS CF DALMIR DE ABREU SALGADO - AP 52	308196	BRILHO DO SOL	13/12/2010	-	
52	5154197	SMS CF DAVID CAPISTRANO FILHO - AP 52	304964	DANCARNOS	13/12/2010	07/03/2019	
52	5154197	SMS CF DAVID CAPISTRANO FILHO - AP 52	304891	NARCISO LUZES	10/03/2011	07/03/2019	
52	5154197	SMS CF DAVID CAPISTRANO FILHO - AP 52	304921	CESARIO DE MELO	02/12/2010	-	
52	5154197	SMS CF DAVID CAPISTRANO FILHO - AP 52	304905	ALVORADA	13/12/2010	-	
52	5154197	SMS CF DAVID CAPISTRANO FILHO - AP 52	304913	PARQUE ESPERANCA	02/12/2010	-	
52	5154197	SMS CF DAVID CAPISTRANO FILHO - AP 52	304966	MORANGA	13/12/2010	-	
52	7723296	SMS CF EVERTON DE SOUZA SANTOS - AP 52	1576550	MORCABA	23/05/2015	-	
52	7723296	SMS CF EVERTON DE SOUZA SANTOS - AP 52	1576577	MARCONDES DA LUZ	16/05/2015	-	
52	7723296	SMS CF EVERTON DE SOUZA SANTOS - AP 52	1576593	CAMPO PEQUENO	25/05/2015	-	
52	7723296	SMS CF EVERTON DE SOUZA SANTOS - AP 52	1576569	SATELITE	23/05/2015	-	
52	7723296	SMS CF EVERTON DE SOUZA SANTOS - AP 52	1576607	IBIRITE	16/05/2015	-	
52	7723296	SMS CF EVERTON DE SOUZA SANTOS - AP 52	1576585	DOIS RIACHOS	23/05/2015	-	
52	6648371	SMS CF HANS JURGEN FERNANDO DOHMANN - AP 52	307750	IYO GOMES	01/11/2010	07/03/2019	
52	6648371	SMS CF HANS JURGEN FERNANDO DOHMANN - AP 52	307785	OLIMPIA PORTUGAL	01/11/2010	-	
52	6648371	SMS CF HANS JURGEN FERNANDO DOHMANN - AP 52	307769	MOACIR VINHAS	01/11/2010	-	
52	6648371	SMS CF HANS JURGEN FERNANDO DOHMANN - AP 52	307777	PATRICIA PINTO	01/11/2010	-	
52	6648371	SMS CF HANS JURGEN FERNANDO DOHMANN - AP 52	1612964	LAMEIRAO	26/09/2016	-	Deslocada de USF para CNES 9715444
52	7894554	SMS CF ISABELA SEVERO DA SILVA - AP 52	1597582	RESTINGA	21/01/2016	-	
52	7894554	SMS CF ISABELA SEVERO DA SILVA - AP 52	1597558	AGUIA BRANCA	21/01/2016	-	
52	7894554	SMS CF ISABELA SEVERO DA SILVA - AP 52	1597574	LIBERDADE	21/01/2016	-	
52	7894554	SMS CF ISABELA SEVERO DA SILVA - AP 52	1597590	NOSSA SENHORA APARECIDA	21/01/2016	-	
52	7894554	SMS CF ISABELA SEVERO DA SILVA - AP 52	1597604	SULISTA	21/01/2016	-	
52	7894554	SMS CF ISABELA SEVERO DA SILVA - AP 52	1597566	VOTORANTIM	21/01/2016	-	
52	6635709	SMS CF JOSE DE PAULA LOPES PONTES - AP 52	307696	PORTO DE MOZ	15/10/2010	-	
52	6635709	SMS CF JOSE DE PAULA LOPES PONTES - AP 52	307734	OLIVEIRAS	15/10/2010	-	
52	6635709	SMS CF JOSE DE PAULA LOPES PONTES - AP 52	307718	LASSANCE	15/10/2010	-	
52	6635709	SMS CF JOSE DE PAULA LOPES PONTES - AP 52	307742	ITUMBIRA	15/10/2010	-	
52	6635709	SMS CF JOSE DE PAULA LOPES PONTES - AP 52	307688	CANOANA	15/10/2010	-	
52	7908237	SMS CF LECY RANQUINE - AP 52	1603787	ASA BRANCA	31/05/2016	07/03/2019	
52	7908237	SMS CF LECY RANQUINE - AP 52	306509	AUSTIN	14/12/2010	-	
52	7908237	SMS CF LECY RANQUINE - AP 52	1603795	COQUEIRAL	31/05/2016	-	
52	7908237	SMS CF LECY RANQUINE - AP 52	1595997	GARDEN	31/05/2016	-	
52	7908237	SMS CF LECY RANQUINE - AP 52	1603779	FREI TIMOTEO	31/05/2016	-	
52	9061401	SMS CF MEDALHISTA OLIMPICO ARTHUR ZANETTI - AP 52	1610740	MARMORE	06/09/2016	07/03/2019	
52	9061401	SMS CF MEDALHISTA OLIMPICO ARTHUR ZANETTI - AP 52	1610759	ADRIANA	06/09/2016	07/03/2019	
52	9061401	SMS CF MEDALHISTA OLIMPICO ARTHUR ZANETTI - AP 52	1611585	MIRIM DOCE	23/09/2016	07/03/2019	Deslocada de USF para CNES 9307265
52	9061401	SMS CF MEDALHISTA OLIMPICO ARTHUR ZANETTI - AP 52	1611593	CAROLINA	23/09/2016	07/03/2019	Deslocada de USF para CNES 9307265
52	9061401	SMS CF MEDALHISTA OLIMPICO ARTHUR ZANETTI - AP 52	1611577	DALTRO SANTOS	23/09/2016	-	
52	9061401	SMS CF MEDALHISTA OLIMPICO ARTHUR ZANETTI - AP 52	1611607	GUAMIRANGA	23/09/2016	-	
52	9061401	SMS CF MEDALHISTA OLIMPICO ARTHUR ZANETTI - AP 52	1610724	OITICA	06/09/2016	-	
52	9061401	SMS CF MEDALHISTA OLIMPICO ARTHUR ZANETTI - AP 52	1611313	FIGUEIRA	17/09/2016	-	
52	9061401	SMS CF MEDALHISTA OLIMPICO ARTHUR ZANETTI - AP 52	1610732	CORRUPIAO	06/09/2016	-	
52	9061398	SMS CF MEDALHISTA OLIMPICO BRUNO SCHMIDT - AP 52	1611321	AMAZONAS	17/09/2016	-	
52	9061398	SMS CF MEDALHISTA OLIMPICO BRUNO SCHMIDT - AP 52	1610775	JARDIM LETICIA	06/09/2016	-	
52	9061398	SMS CF MEDALHISTA OLIMPICO BRUNO SCHMIDT - AP 52	1610791	ALESSANDRA	06/09/2016	-	
52	9061398	SMS CF MEDALHISTA OLIMPICO BRUNO SCHMIDT - AP 52	1610783	SANTA MARIA	06/09/2016	-	
52	9061398	SMS CF MEDALHISTA OLIMPICO BRUNO SCHMIDT - AP 52	1610767	TINGUI	06/09/2016	-	
52	6029841	SMS CF ROGERIO ROCCO - AP 52	306517	ACAUETIBA	10/03/2011	-	
52	6029841	SMS CF ROGERIO ROCCO - AP 52	306533	ORLANDO DE AZEVEDO	14/12/2010	-	
52	6029841	SMS CF ROGERIO ROCCO - AP 52	306541	UPATINGA	14/12/2010	-	
52	6029841	SMS CF ROGERIO ROCCO - AP 52	306568	CHICO MENDES	14/12/2010	-	
52	6029841	SMS CF ROGERIO ROCCO - AP 52	306525	ARAGUAINHA	10/03/2011	07/03/2019	
52	7036884	SMS CF SONIA MARIA FERREIRA MACHADO - AP 52	310042	ABIEROS	02/07/2012	07/03/2019	
52	7036884	SMS CF SONIA MARIA FERREIRA MACHADO - AP 52	310080	ARI CORDOVIL	11/06/2012	-	
52	7036884	SMS CF SONIA MARIA FERREIRA MACHADO - AP 52	310077	MOZARTE MONTEIRO	11/06/2012	-	

52	7036884	SMS CF SONIA MARIA FERREIRA MACHADO - AP 52	310069	DEMOCRACIA	02/07/2012	-	
52	7036884	SMS CF SONIA MARIA FERREIRA MACHADO - AP 52	310093	ANES DIAS	01/06/2012	-	
52	7036884	SMS CF SONIA MARIA FERREIRA MACHADO - AP 52	310085	IVAN PESSOA	04/06/2012	-	
52	7036884	SMS CF SONIA MARIA FERREIRA MACHADO - AP 52	310034	ARCADAS	25/06/2012	-	Deslocada de USF para CNES 2270366
52	7036884	SMS CF SONIA MARIA FERREIRA MACHADO - AP 52	1609572	QUAFA	24/08/2016	-	
52	3567559	SMS CF VALDECIR SALUSTIANO CARDOZO - AP 52	304328	PACUARE	04/04/2008	-	
52	3567559	SMS CF VALDECIR SALUSTIANO CARDOZO - AP 52	304301	AMOREIRAS	02/02/2004	-	
52	3567559	SMS CF VALDECIR SALUSTIANO CARDOZO - AP 52	304409	SANTA CECILIA	19/10/2010	-	
52	3567559	SMS CF VALDECIR SALUSTIANO CARDOZO - AP 52	1596748	SAO JORGE	11/01/2016	-	
52	3567559	SMS CF VALDECIR SALUSTIANO CARDOZO - AP 52	1606212	RECANTO	18/07/2016	-	
52	3567559	SMS CF VALDECIR SALUSTIANO CARDOZO - AP 52	304298	AMENDEIRAS	02/02/2004	07/03/2019	
52	2270323	SMS CMS ADAO PEREIRA NUNES - AP 52	301620	SANTA RITA	01/02/2000	-	
52	2270323	SMS CMS ADAO PEREIRA NUNES - AP 52	301647	VITORIA DA PAZ	14/02/2011	-	
52	2270323	SMS CMS ADAO PEREIRA NUNES - AP 52	301639	VILAGE DAS PALMEIRAS	06/08/2010	-	
52	2270323	SMS CMS ADAO PEREIRA NUNES - AP 52	1596756	AMIZADE	11/01/2016	-	
52	6029922	SMS CMS AGUIAR TORRES - AP 52	306576	CAMPINHO	06/06/2011	-	
52	6029922	SMS CMS AGUIAR TORRES - AP 52	306584	CELINA	15/10/2008	-	
52	6029922	SMS CMS AGUIAR TORRES - AP 52	306592	AGUIAR TORRES	15/10/2008	-	
52	2270277	SMS CMS ALVIMAR DE CARVALHO - AP 52	301442	COLONIA DOS PESCADORES	17/09/2012	-	
52	2270277	SMS CMS ALVIMAR DE CARVALHO - AP 52	301450	CAPOEIRA GRANDE	17/09/2012	-	
52	2270277	SMS CMS ALVIMAR DE CARVALHO - AP 52	1611550	VILA RICA	23/09/2016	-	
52	2270277	SMS CMS ALVIMAR DE CARVALHO - AP 52	1611569	PIRAQUE	23/09/2016	-	
52	2270277	SMS CMS ALVIMAR DE CARVALHO - AP 52	1611534	VILA MAR	23/09/2016	-	
52	2270277	SMS CMS ALVIMAR DE CARVALHO - AP 52	1611542	CAPELINHA	23/09/2016	-	
52	2269554	SMS CMS BELIZARIO PENNA - AP 52	300748	SAO BASILIO	20/10/2011	-	
52	2269554	SMS CMS BELIZARIO PENNA - AP 52	300721	VILA NOVA	20/10/2011	-	
52	6029825	SMS CMS CARLOS ALBERTO NASCIMENTO - AP 52	306479	CAJUEIRO	02/04/2012	-	
52	6029825	SMS CMS CARLOS ALBERTO NASCIMENTO - AP 52	306452	AGULHAS NEGRAS	04/10/2012	-	
52	6029825	SMS CMS CARLOS ALBERTO NASCIMENTO - AP 52	306444	SALVADOR	02/04/2012	-	
52	6029825	SMS CMS CARLOS ALBERTO NASCIMENTO - AP 52	306487	MANGUEIRAL	14/10/2008	-	
52	6029825	SMS CMS CARLOS ALBERTO NASCIMENTO - AP 52	306460	CABOCLÓS	02/04/2012	-	
52	6029825	SMS CMS CARLOS ALBERTO NASCIMENTO - AP 52	1612948	BOA ESPERANCA	26/09/2016	07/03/2019	
52	2269546	SMS CMS DR OSWALDO VILELLA - AP 52	300713	ARAÚJO	10/10/2011	07/03/2019	
52	2269546	SMS CMS DR OSWALDO VILELLA - AP 52	300705	GUAMBU DO SAPE	03/10/2011	-	
52	2269546	SMS CMS DR OSWALDO VILELLA - AP 52	300683	CARNEIRO PORTO FILHO	03/10/2011	-	
52	2269546	SMS CMS DR OSWALDO VILELLA - AP 52	300691	CRISTIANOPOLIS	10/10/2011	-	
52	2269546	SMS CMS DR OSWALDO VILELLA - AP 52	1612921	SERINHA	26/09/2016	-	
52	2269538	SMS CMS EDGARD MAGALHAES GOMES - AP 52	300640	CASINHAS	22/02/2011	-	
52	2269538	SMS CMS EDGARD MAGALHAES GOMES - AP 52	300667	ALPHA	01/04/2011	-	
52	2269538	SMS CMS EDGARD MAGALHAES GOMES - AP 52	300675	AMANHECER	22/02/2011	-	
52	2269538	SMS CMS EDGARD MAGALHAES GOMES - AP 52	300659	RENOVAR	22/02/2011	-	
52	2269538	SMS CMS EDGARD MAGALHAES GOMES - AP 52	300624	MONTE AZUL	22/02/2011	-	
52	2269538	SMS CMS EDGARD MAGALHAES GOMES - AP 52	300632	AGAPE	22/02/2011	-	
52	2269538	SMS CMS EDGARD MAGALHAES GOMES - AP 52	300616	BOA FE	22/02/2011	-	
52	2269511	SMS CMS GARFIELD DE ALMEIDA - AP 52	300594	CABOCLÓS	15/10/2012	-	
52	2269511	SMS CMS GARFIELD DE ALMEIDA - AP 52	1612891	ARNALDO EUGENIO	26/09/2016	-	
52	2269511	SMS CMS GARFIELD DE ALMEIDA - AP 52	1612905	MONTE SANTO	26/09/2016	-	
52	2270315	SMS CMS MAIA BITTENCOURT - AP 52	301604	CAJUEIRO	17/01/2006	-	
52	2270315	SMS CMS MAIA BITTENCOURT - AP 52	301574	MATRIZ	02/09/2010	-	
52	2270315	SMS CMS MAIA BITTENCOURT - AP 52	301590	AGOSTINHO DE CASTRO	19/10/2010	-	
52	2270315	SMS CMS MAIA BITTENCOURT - AP 52	301582	CARAPIA	01/11/2010	-	
52	2270366	SMS CMS MANOEL DE ABREU - AP 52	301671	VILA VERDE	05/01/2011	-	
52	2270366	SMS CMS MANOEL DE ABREU - AP 52	301698	RETIRO DO LAMEIRAO	15/01/2011	-	
52	2270366	SMS CMS MANOEL DE ABREU - AP 52	301701	JUVENAL MURTINHO	15/01/2011	-	
52	2270366	SMS CMS MANOEL DE ABREU - AP 52	1533916	VILA MARIA	30/06/2014	-	
52	2270366	SMS CMS MANOEL DE ABREU - AP 52	1612913	ITAQUE	26/09/2016	07/03/2019	
52	2269562	SMS CMS MARIO RODRIGUES CID - AP 52	300764	PARAPEUNA	03/11/2010	-	
52	2269562	SMS CMS MARIO RODRIGUES CID - AP 52	300772	JUNQUEIRO	03/11/2010	07/03/2019	
52	2269562	SMS CMS MARIO RODRIGUES CID - AP 52	300756	PACAJUS	01/03/2011	-	
52	2270307	SMS CMS MOURAO FILHO - AP 52	301558	MAR	24/01/2006	-	
52	2270307	SMS CMS MOURAO FILHO - AP 52	301566	SOL	24/01/2006	-	
52	2270641	SMS CMS PEDRO NAVA - AP 52	302120	BRASIL	01/08/2010	-	
52	2270641	SMS CMS PEDRO NAVA - AP 52	302104	NORDESTE	08/08/2010	-	
52	2270641	SMS CMS PEDRO NAVA - AP 52	302112	SERRA	03/01/2011	07/03/2019	
52	2270293	SMS CMS RAUL BARROSO - AP 52	301515	GUMARAES	05/11/2007	-	
52	2270293	SMS CMS RAUL BARROSO - AP 52	301531	GASPAR DE LEMOS	08/01/2008	-	
52	2270293	SMS CMS RAUL BARROSO - AP 52	301507	TACHAS	03/04/2008	-	
52	2270293	SMS CMS RAUL BARROSO - AP 52	301523	GROTA FUNDA	01/11/2007	07/03/2019	
52	5670357	SMS CMS VILA DO CEU - AP 52	306039	VILA TOLE DAS MANGUEIRAS	11/03/2011	-	
52	5670357	SMS CMS VILA DO CEU - AP 52	306002	VALE VERDE	01/12/2011	-	
52	5670357	SMS CMS VILA DO CEU - AP 52	306037	ROSITA	10/05/2010	-	
52	5670357	SMS CMS VILA DO CEU - AP 52	305987	NOVA CONQUISTA	11/03/2011	-	
52	5670357	SMS CMS VILA DO CEU - AP 52	305995	SOFIA MOREIRA	02/09/2010	-	
52	5670357	SMS CMS VILA DO CEU - AP 52	306010	ARARANGUA	10/03/2011	-	
52	2270285	SMS CMS WOODROW PIMENTEL PANTOJA - AP 52	301485	AMERICAS	14/10/2008	-	
52	2270285	SMS CMS WOODROW PIMENTEL PANTOJA - AP 52	301477	SANTA CLARA	01/08/2011	-	
53	7896204	SMS CF ALICE DE JESUS REGO - AP53	1509927	CONDOMINIO ATERRO DO LEME	26/01/2016	-	28/03/2019
53	7896204	SMS CF ALICE DE JESUS REGO - AP53	302376	JESUITAS	26/01/2016	-	
53	7896204	SMS CF ALICE DE JESUS REGO - AP53	302406	NOVO CONDOMINIO	26/01/2016	-	
53	7896204	SMS CF ALICE DE JESUS REGO - AP53	1597620	BAIXADINHA	18/01/2016	-	
53	7896204	SMS CF ALICE DE JESUS REGO - AP53	1597639	MERCADANTE	26/01/2016	-	
53	6660185	SMS CF DEOLINDO COUTO - AP 53	303380	BONS AMIGOS	07/04/2015	-	
53	6660185	SMS CF DEOLINDO COUTO - AP 53	303399	DR. CONTINENTINO	29/07/2013	-	

53	6660185	SMS CF DEOLINDO COUTO - AP 53	307793	JAQUEIRA	19/11/2010	-	
53	6660185	SMS CF DEOLINDO COUTO - AP 53	307807	PEDRINHAS	19/11/2010	-	
53	6660185	SMS CF DEOLINDO COUTO - AP 53	307815	MARQUES DE ERVAL	19/11/2010	-	
53	6671020	SMS CF EDSON ABDALLA SAAD - AP 53	303348	ESPERANCA	29/07/2013	-	
53	6671020	SMS CF EDSON ABDALLA SAAD - AP 53	308102	CENTRO CULTURAL	30/12/2010	-	
53	6671020	SMS CF EDSON ABDALLA SAAD - AP 53	308139	CURRAL FALSO	30/12/2010	-	Deslocada de USF para CNES 2273578
53	6671020	SMS CF EDSON ABDALLA SAAD - AP 53	308145	PALESTINA	10/12/2010	-	
53	6671020	SMS CF EDSON ABDALLA SAAD - AP 53	308137	BLASO	30/12/2010	-	Deslocada de USF para CNES 2273578
53	6671020	SMS CF EDSON ABDALLA SAAD - AP 53	308153	PRACA DO MAIA	30/12/2010	-	
53	6671020	SMS CF EDSON ABDALLA SAAD - AP 53	308110	VETERANO	07/01/2011	-	
53	2280310	SMS CF ERNANI DE PAIVA FERREIRA BRAGA - AP 53	302899	GUANDU I E LIBERDADE	07/01/2011	-	
53	2280310	SMS CF ERNANI DE PAIVA FERREIRA BRAGA - AP 53	302937	MIBCTMO	23/12/2010	-	
53	2280310	SMS CF ERNANI DE PAIVA FERREIRA BRAGA - AP 53	302953	PADRE GUILHERME DECAMINADA	16/04/2012	-	
53	2280310	SMS CF ERNANI DE PAIVA FERREIRA BRAGA - AP 53	302902	GUANDU E GUANDU VELHO	23/12/2010	-	
53	2280310	SMS CF ERNANI DE PAIVA FERREIRA BRAGA - AP 53	302910	HORTO FLORESTAL	16/04/2012	-	
53	2280310	SMS CF ERNANI DE PAIVA FERREIRA BRAGA - AP 53	302880	VILLAGE ATLANTA	16/04/2012	-	
53	2280310	SMS CF ERNANI DE PAIVA FERREIRA BRAGA - AP 53	302945	JOAO XXIII	16/04/2012	-	
53	2280310	SMS CF ERNANI DE PAIVA FERREIRA BRAGA - AP 53	1607448	SERAFIM VIEGAS	04/07/2016	-	
53	6618863	SMS CF HELANDE DE MELLO GONCALVES - AP 53	1614681	CESARIO	11/11/2016	28/03/2019	
53	6618863	SMS CF HELANDE DE MELLO GONCALVES - AP 53	307599	VIEIRAS	27/08/2010	-	
53	6618863	SMS CF HELANDE DE MELLO GONCALVES - AP 53	307572	JULIA MIGUEL	27/08/2010	-	
53	6618863	SMS CF HELANDE DE MELLO GONCALVES - AP 53	307580	SAO PAULO	27/08/2010	-	
53	6559727	SMS CF ILZO MOTTA DE MELLO - AP 53	307203	RIO PARDO	15/06/2010	13/03/2019	
53	6559727	SMS CF ILZO MOTTA DE MELLO - AP 53	307211	CESARINHO	16/06/2010	-	Deslocada de USF para CNES 2280760
53	6559727	SMS CF ILZO MOTTA DE MELLO - AP 53	307238	TRES PONTES	29/06/2010	-	
53	6559727	SMS CF ILZO MOTTA DE MELLO - AP 53	307246	ROBERTO MORENA	16/06/2010	-	
53	6559727	SMS CF ILZO MOTTA DE MELLO - AP 53	307181	MARIA APARECIDA	16/06/2010	-	
53	6618871	SMS CF JAMIL HADDAD - AP 53	307602	CAIXA	01/10/2010	01/04/2019	
53	6618871	SMS CF JAMIL HADDAD - AP 53	307610	IPEG	14/09/2010	-	
53	6618871	SMS CF JAMIL HADDAD - AP 53	307645	AGAI	14/09/2010	-	
53	6618871	SMS CF JAMIL HADDAD - AP 53	307637	COLINA	14/09/2010	-	
53	6618871	SMS CF JAMIL HADDAD - AP 53	307629	AUSTIN	14/09/2010	-	
53	6618871	SMS CF JAMIL HADDAD - AP 53	1614797	ANDORINHAS	22/11/2016	-	
53	6581994	SMS CF JOSE ANTONIO CIRAUDDO - AP 53	307459	CESTAO RANGEL	22/07/2010	18/03/2019	
53	6581994	SMS CF JOSE ANTONIO CIRAUDDO - AP 53	307483	SAO BENEDITO	10/12/2010	-	
53	6581994	SMS CF JOSE ANTONIO CIRAUDDO - AP 53	307467	COQUEIRAL	22/07/2010	-	
53	6581994	SMS CF JOSE ANTONIO CIRAUDDO - AP 53	307475	VITOR DUMAS	01/10/2010	-	
53	6581994	SMS CF JOSE ANTONIO CIRAUDDO - AP 53	307440	SAO DOMINGOS SAVIO	28/07/2010	-	
53	6581994	SMS CF JOSE ANTONIO CIRAUDDO - AP 53	307432	AURORA	01/03/2011	-	
53	6581994	SMS CF JOSE ANTONIO CIRAUDDO - AP 53	307491	ARIEA BRANCA	01/10/2010	-	
53	6581994	SMS CF JOSE ANTONIO CIRAUDDO - AP 53	1538454	MANOEL JULIO	21/07/2014	-	
53	6559735	SMS CF LENICE MARIA MONTEIRO COELHO - AP 53	307289	ATERRO DO LEME	29/06/2010	18/03/2019	
53	6559735	SMS CF LENICE MARIA MONTEIRO COELHO - AP 53	1614673	CENTRAL DE MINAS	11/11/2016	18/03/2019	
53	6559735	SMS CF LENICE MARIA MONTEIRO COELHO - AP 53	307254	SAQUASSU	29/06/2010	-	
53	6559735	SMS CF LENICE MARIA MONTEIRO COELHO - AP 53	307270	BOA ESPERANCA	29/06/2010	-	
53	6559735	SMS CF LENICE MARIA MONTEIRO COELHO - AP 53	307262	LOTE 14	29/06/2010	-	
53	6559735	SMS CF LENICE MARIA MONTEIRO COELHO - AP 53	1614665	PARQUE DAS PEDRAS	11/11/2016	-	
53	6572014	SMS CF LOURENCO DE MELLO - AP 53	307408	RIBEIRO COUTO	16/07/2010	-	01/04/2019
53	6572014	SMS CF LOURENCO DE MELLO - AP 53	307416	ALZIRA MARTINHO	19/07/2010	-	
53	6572014	SMS CF LOURENCO DE MELLO - AP 53	307424	ALZIRA GENI	19/07/2010	-	
53	6572014	SMS CF LOURENCO DE MELLO - AP 53	307394	BAIRRO FARIAS	16/07/2010	-	
53	6683851	SMS CF SAMUEL PENHA VALLE - AP 53	308285	TORRE	19/01/2011	-	
53	6683851	SMS CF SAMUEL PENHA VALLE - AP 53	308307	ALTA	19/01/2011	-	
53	6683851	SMS CF SAMUEL PENHA VALLE - AP 53	308293	VAGAO	19/01/2011	-	
53	6618855	SMS CF SERGIO AROUCA - AP 53	307548	GENERAL OLIMPIO	01/10/2010	-	
53	6618855	SMS CF SERGIO AROUCA - AP 53	307521	BODEGAO	01/10/2010	-	
53	6618855	SMS CF SERGIO AROUCA - AP 53	307556	BOA VISTA	14/09/2010	-	
53	6618855	SMS CF SERGIO AROUCA - AP 53	307513	JARDIM ITA	14/09/2010	-	
53	6618855	SMS CF SERGIO AROUCA - AP 53	307564	IMPERIO	14/09/2010	-	
53	6618855	SMS CF SERGIO AROUCA - AP 53	307505	CAMPEIRO MOR	01/11/2010	-	
53	6618855	SMS CF SERGIO AROUCA - AP 53	1614711	BARREIRA	11/11/2016	16/04/2019	
53	3785009	SMS CF VALERIA GOMES ESTEVES - AP 53	304654	PIAI	19/07/2010	-	
53	3785009	SMS CF VALERIA GOMES ESTEVES - AP 53	304689	EUCALIPAL	21/06/2004	-	
53	3785009	SMS CF VALERIA GOMES ESTEVES - AP 53	304662	PEDRO LEITAO	19/07/2010	-	
53	3785009	SMS CF VALERIA GOMES ESTEVES - AP 53	304670	BALNEARIO GLOBO	21/06/2004	-	
53	3785009	SMS CF VALERIA GOMES ESTEVES - AP 53	1536958	BARREIRA	01/07/2014	-	
53	2295253	SMS CF WALDEMAR BERARDINELLI - AP 53	303429	TRIUNFO	17/03/2011	-	
53	2295253	SMS CF WALDEMAR BERARDINELLI - AP 53	303410	AMAZONAS	13/09/2011	-	
53	2295253	SMS CF WALDEMAR BERARDINELLI - AP 53	303402	TRES PODERES	17/03/2011	-	
53	2295253	SMS CF WALDEMAR BERARDINELLI - AP 53	1484621	COQUEIRAL	02/09/2013	-	
53	2295253	SMS CF WALDEMAR BERARDINELLI - AP 53	1484591	IPIRANGA	02/09/2013	-	
53	2295253	SMS CF WALDEMAR BERARDINELLI - AP 53	1484605	MIRANTE	02/09/2013	-	
53	2295253	SMS CF WALDEMAR BERARDINELLI - AP 53	1484583	ILHA DO TATU	28/08/2013	-	
53	2295253	SMS CF WALDEMAR BERARDINELLI - AP 53	1484613	AREAL	01/10/2013	-	
53	6026737	SMS CMS ADELINO SIMOES - NOVA SEPETIBA - AP 53	306371	ESMERALDA	27/07/2004	-	
53	6026737	SMS CMS ADELINO SIMOES - NOVA SEPETIBA - AP 53	306401	SATIRA	27/07/2004	-	
53	6026737	SMS CMS ADELINO SIMOES - NOVA SEPETIBA - AP 53	306363	DIAMANTE	10/03/2010	-	
53	6026737	SMS CMS ADELINO SIMOES - NOVA SEPETIBA - AP 53	306355	TOPAZIO	10/03/2010	-	
53	6026737	SMS CMS ADELINO SIMOES - NOVA SEPETIBA - AP 53	306398	RUBI	02/07/2010	-	
53	6026737	SMS CMS ADELINO SIMOES - NOVA SEPETIBA - AP 53	1509446	CRISTAL	13/02/2014	10/04/2019	
53	2273551	SMS CMS ALOYSIO AMANCIO DA SILVA - AP 53	302392	MORRO DO AR	23/12/2010	-	
53	2273551	SMS CMS ALOYSIO AMANCIO DA SILVA - AP 53	1614789	VIA BRASIL	18/11/2016	01/04/2019	
53	2269929	SMS CMS CATTAPRETA - AP 53	301183	CONJUNTO 61	26/12/2007	-	

53	2269929	SMS CMS CATTAPRETA - AP 53	301191	ALVORADA	01/06/2010	-	
53	2269929	SMS CMS CATTAPRETA - AP 53	301167	CHATUBA	26/12/2007	-	
53	2269929	SMS CMS CATTAPRETA - AP 53	301175	SAO FERNANDO	26/12/2007	13/03/2019	
53	2273578	SMS CMS CESARIO DE MELLO - AP 53	302430	VERIDIANA	04/04/2011	-	
53	2273578	SMS CMS CESARIO DE MELLO - AP 53	302422	MARQUES	04/04/2011	-	
53	2273578	SMS CMS CESARIO DE MELLO - AP 53	302449	FELIPE CARDOSO	01/09/2011	-	
53	2273578	SMS CMS CESARIO DE MELLO - AP 53	303372	CARVALHAU	29/07/2013	-	
53	2273578	SMS CMS CESARIO DE MELLO - AP 53	303356	TASSO	29/07/2013	-	
53	2273578	SMS CMS CESARIO DE MELLO - AP 53	303364	MARCOLINA	29/07/2013	-	
53	2273616	SMS CMS CYRO DE MELLO MANGUARIBA - AP 53	302562	JOAO DE BARRO	21/02/2006	-	
53	2273616	SMS CMS CYRO DE MELLO MANGUARIBA - AP 53	302554	NOVA INDIA	01/06/2010	-	
53	2273616	SMS CMS CYRO DE MELLO MANGUARIBA - AP 53	302546	PARAISO	21/02/2006	-	
53	2273616	SMS CMS CYRO DE MELLO MANGUARIBA - AP 53	302570	FRACA SETE	21/02/2006	02/01/2019	
53	2708183	SMS CMS DECIO AMARAL FILHO - AP 53	303712	MAESTRO OLIMPIO	30/12/2010	-	
53	2708183	SMS CMS DECIO AMARAL FILHO - AP 53	303690	URUCANIA	17/03/2011	-	
53	2708183	SMS CMS DECIO AMARAL FILHO - AP 53	303704	BARRO VERMELHO	17/03/2011	-	
53	2708183	SMS CMS DECIO AMARAL FILHO - AP 53	303720	VALE DOS PALMARES	30/12/2010	-	
53	2708183	SMS CMS DECIO AMARAL FILHO - AP 53	1614703	BAMBUZAL	11/11/2016	-	
53	2273586	SMS CMS EMYDIO CABRAL - AP 53	302481	DO FUTURO	14/06/2010	-	
53	2273586	SMS CMS EMYDIO CABRAL - AP 53	302511	MONTE DAS OLIVEIRA	05/07/2007	-	
53	2273586	SMS CMS EMYDIO CABRAL - AP 53	302473	GOUVEIA	05/07/2007	-	
53	2273586	SMS CMS EMYDIO CABRAL - AP 53	302457	DR. HELIO RIBEIRO	05/07/2007	-	
53	2273586	SMS CMS EMYDIO CABRAL - AP 53	302503	1º DE ABRIL	14/06/2010	-	
53	2273586	SMS CMS EMYDIO CABRAL - AP 53	302538	MONTE SINAI	05/07/2007	-	
53	2273586	SMS CMS EMYDIO CABRAL - AP 53	302465	NOVO ARRAIAL	05/07/2007	29/01/2019	
53	2273543	SMS CMS FLORIPES GALDINO PEREIRA - AP 53	302341	SAGRADO CORACAO	13/04/2011	-	
53	2273543	SMS CMS FLORIPES GALDINO PEREIRA - AP 53	1506935	NOVO HORIZONTE	01/09/2015	-	
53	2295237	SMS CMS JOAO BATISTA CHAGAS - AP 53	303305	NOVA ESPERANCA	01/03/2012	-	
53	2295237	SMS CMS JOAO BATISTA CHAGAS - AP 53	303313	VENDA DE VARANDA	01/03/2011	-	
53	2295237	SMS CMS JOAO BATISTA CHAGAS - AP 53	303321	AGUAS DA PRATA	01/03/2011	-	
53	2295237	SMS CMS JOAO BATISTA CHAGAS - AP 53	1614738	OLINDINA	16/11/2016	-	
53	2806320	SMS CMS SAVIO ANTUNES / ANTARES - AP 53	303879	SEMPRE VIDA	20/08/2000	-	
53	2806320	SMS CMS SAVIO ANTUNES / ANTARES - AP 53	303895	CAMPO DOS BANDEIRANTES	20/02/2000	-	
53	2806320	SMS CMS SAVIO ANTUNES / ANTARES - AP 53	303917	PONTE AMARELA	22/08/2000	-	
10	5621801	SMS CSE LAPA - AP 10	1683675	ARCOS DA LAPA	01/07/2019	-	Criada em 2019
31	9391983	SMS CMS JOSE PARANHOS FONTENELLE - AP 31	1660446	ANGELICA MOTA	04/05/2018	-	Criada em 2018

Fonte: Elaboração Própria a partir das informações do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Competências de dezembro de 2016 e 2019 (BRASIL, 2020).