

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

Crislene Faustino Alambert

ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DURANTE A
PANDEMIA DA COVID-19: olhares dos trabalhadores da gestão da Região Médio Paraíba
do Estado do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2022

Crislene Faustino Alambert

ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DURANTE A
PANDEMIA DA COVID-19: olhares dos trabalhadores da gestão da Região Médio Paraíba
do Estado do Rio de Janeiro

Dissertação apresentada à Escola Politécnica de
Saúde Joaquim Venâncio como requisito
parcial para obtenção do título de mestra em
Educação Profissional em Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Mônica 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

A318o Alambert, Crislene Faustino
Organização do trabalho da atenção primária à
saúde durante a pandemia da Covid-19: olhares dos
trabalhadores da gestão da Região Médio Paraíba
do Estado do Rio de Janeiro / Crislene Faustino
Alambert. - Rio de Janeiro, 2022.
114 f.

Orientadora: Monica Vieira

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

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Organização e
Administração. 3. Gerenciamento. 4. Covid-19.
I. Vieira, Monica. II. Título.

CDD 362.1

Crislene Faustino Alambert

ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DURANTE A
PANDEMIA DA COVID-19: olhares dos trabalhadores da gestão da Região Médio Paraíba
do Estado 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.

Aprovada em 30/08/2022

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dra Mônica Vieira (Orientadora) – Fiocruz/EPJSV

Prof^ª. Dra Marcia Teixeira – Fiocruz/ENSP

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

Prof. Dr. Carlos Eduardo Colpo Batistella – Fiocruz/EPJSV

AGRADECIMENTOS

A vida é feita de ciclos e considero esse um dos mais difíceis que já trilhei ao longo da minha trajetória acadêmica. Digo isso, pois fazer o mestrado profissional de Educação, Saúde e Trabalho na Escola Politécnica Joaquim Venâncio na Fundação Oswaldo Cruz mobilizou várias frentes da minha vida. Cheguei muito menina à instituição, com visões embrionárias em termos de leitura e organização do mundo. E, à medida que o véu da ignorância era descortinado, me vi mobilizada e com sede do conhecimento que eu não sabia que necessitava. As instituições pelas quais passei até o mestrado foram semeando o desejo pela compreensão das relações de trabalho e saúde. No entanto, só na Escola Politécnica Joaquim Venâncio, me peguei fazendo associações, ligações e conexões que assentaram inquietações que trago de experiências acadêmicas anteriores. E como é de se esperar, pela densidade de conhecimento apresentado e discutido, outras inquietações foram afloradas.

Nesse sentido, digo que foram dois anos desabrochando como pessoa em sua totalidade, pois não há como ser apenas estudante e esquecer que também sou trabalhadora, esposa, filha e mãe. O mestrado me colocou diante de vários conflitos, fui desafiada a compreender quem eu sou, o que quero, recalculando rotas e seguindo sonhando sem tirar os pés do chão.

A discente que iniciou o mestrado não é a mesma de hoje. Essa pós-graduação foi uma escolha minha, sonhei com ela e por ela fiz renúncias e caminhei tecendo conhecimento e redes de apoio. Embora haja momentos solitários na pós-graduação e, principalmente, durante a escrita, não me senti sozinha. E por não estar só, venho agradecer a todos aqueles que me acompanharam nessa caminhada de luta e conhecimento.

Começo agradecendo ao meu esposo, Tancredo, companheiro de vida que me apoia em todas as aventuras. Por acreditar no meu potencial, pelo incentivo diário; pelo cuidado e pela preocupação constante com os meus estudos, bem como dividir a rotina de trabalho, cuidado de casa e da filha durante a pandemia, sem cobranças, com amor e muita compreensão.

Agradeço ao meu grande amor, minha filha Cecília, por entender do seu jeito que eu precisava estudar e, por isso, não poderia brincar em alguns momentos. Por ficar quietinha nas aulas durante a pandemia, me ajudando a fazer as disciplinas, e por participar de cada momento comigo, como parte da turma. Por orar para que eu passasse “bem” nas disciplinas.

Agradeço aos meus pais pelo apoio e cuidado durante essa caminhada. Pela companhia nas noites e madrugadas frias dos finais de semana, nas quais me alimentaram enquanto eu estudava. E a atenção dada à Cecília para que ela não sentisse tanto a minha ausência.

Agradeço a minha amiga, Michelly Farias, por sempre ter uma palavra de ânimo, cuidado e carinho quando o medo de não conseguir chegar ao fim do mestrado, por conta dos desafios do cotidiano, parecia maior do que o real.

Agradeço ao meu amigo, Zeca, por estar ao meu lado na elaboração do projeto, me animando na qualificação e traçando estratégias para conciliar estudo e trabalho. Por ler os meus trabalhos e não permitir que os dias ruins fossem mais importantes que os bons. Por mais me ouvir do que falar nos dias de angústia.

Agradeço ao André Schimidt, à Josiane Medrado, à Dayanne Lucena e à Juliana Sobral, amigos que fiz na Secretaria de Estado de Saúde do Estado do Rio de Janeiro. Fui residente deles, depois colega de trabalho e hoje os considero amigos. Amigos que me estimularam a tentar a seleção do mestrado, que se preocuparam com todo o processo de estudo, que me deram dicas e que me ouviram.

Agradeço às amigas da residência multiprofissional em saúde da família: Cláudia Faustino, Helen Faustino, Cristielle Rosas, Tatiane Menezes e Carolina Reis, por serem amigas presentes, apesar da distância geográfica ou do cotidiano de trabalho.

Agradeço à Yasmin Nascimento, à Aline Mello, à Renata Santos, à Carolina Morgado e à Simone Pires, amigas que ganhei trabalhando na SMS-RJ, que perceberem o quanto a fase do mestrado era importante para o meu processo de desenvolvimento como ser humano e vibraram com cada conquista.

Agradeço ao corpo docente da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio com o qual tive o prazer de conhecer, aprender e crescer nessa jornada. Em especial à Marcela Pronko, ao André Vianna, à Márcia Valéria, à Angélica Fonseca, à Alda Lacerda, à Fellipina Chinelli e ao Sérgio Ricardo.

Agradeço à turma 2020, minha turma, por ser generosa e companheira. Uma turma formada por pessoas queridas. Uma turma que não se conhece pessoalmente, mas que se apoia como se fôssemos amigos de longa data. A vitória de um, sempre foi comemorada por todos em unidade.

Nessa turma ganhei amigas, mulheres fortes e extremamente companheiras. Larissa, minha dupla de trabalho, com quem dividi não só trabalhos das disciplinas como também a vida. Com Larissa, ri de alegria e desespero. E essa amizade foi acrescida com a Ingridh, da turma 2021, que se tornou minha dupla e companheira também em outras disciplinas. Além delas, há a Clara, a quem eu ficaria aqui agradecendo em muitas linhas, porque ela foi meu anjo nessa caminhada; com ela, os áudios não eram curtos, mas sim longos, repletos de reflexões e discussões. Além das risadas e sarcasmos calorosos. A Verônica Alexandrino é outra amiga a

qual agradeço. Ela poderia ser apenas a representante da turma, mas não, ela se preocupava com cada um e comigo em especial – me ajudou com a grade das disciplinas, sempre tinha um conselho para não atrasar meu processo formativo e nem sobrecarregar ainda mais a vida. Com muito carinho e afeto, agradeço à Isabella Lopes, uma amiga que compartilhou os desafios do processo de escrita, acolheu os momentos de desespero e sempre tinha uma palavra de ânimo e força, quando essa parecia inexistente.

Agradeço, por fim, e com não menos importância, a minha querida e amada orientadora, Mônica Vieira. Ela não foi só orientadora, mas uma amiga, meu suporte nos dias de luta. Foi aquela com quem compartilhei cada conquista, pois sabia que festejaria comigo; foi aquela que quando eu perdia a direção me trazia para a centralidade das ideias. Foi aquela que chamou minha atenção para que eu me apegasse às coisas positivas; foi aquela que me mobilizou para agir sem perder a essência do que eu queria; foi aquela que me disse “não” nas horas certas, e “sim” com leveza; foi aquela que me entendia no olhar e, quando as palavras se perdiam na escrita, sabia o que eu não queria, me instigando a redesenhar o texto com sentimento; foi aquela que acompanhou, de perto, o meu desabrochar, mesmo que as telas nos separassem; foi aquela que não permitiu que eu me perdesse dentro de mim mesma quando o peso das responsabilidades e a pandemia me deixaram com medo e angústia.

Agradeço aos professores que fizeram parte da minha banca de qualificação e pelas contribuições, pois contribuíram para o desfecho dessa trajetória. Aproveito a oportunidade para agradecer aos professores da banca da defesa: Márcia Valéria, Márcia Teixeira e o Carlos Batistella, por terem aceitado o convite. É um grande prazer contar com professores que considero referência nesse momento tão significativo.

Termino esse momento com o coração emocionado e grato por ter cada um que citei bem vivos no meu coração. Obrigada a todos! Seguimos na luta por dias melhores.

*A desvalorização do mundo
humano aumenta em proporção
direta com a valorização do
mundo das coisas.
Karl Marx*

RESUMO

Esta dissertação analisa a percepção do trabalhador da gestão da Atenção Primária à Saúde (APS) da Região Médio Paraíba (MP) do Estado do Rio Janeiro (ERJ) sobre a organização do trabalho durante a pandemia da COVID-19. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, em que foi realizado levantamento bibliográfico, seguido de um trabalho de campo, no qual foram entrevistadas oito trabalhadoras que atuam na gestão da APS desta região, desde março de 2020. O material empírico oriundo das entrevistas foi tratado com base na técnica de análise de discurso (AD), entendendo que essa técnica possibilita problematizar as organizações e as relações que estão estabelecidas, pois considera-se a historicidade, as relações sociais, as transformações e as ideologias que permeiam os sujeitos. Entende-se o coordenador da APS como um trabalhador que atua na gestão, que tem responsabilidades técnicas, que durante a pandemia da COVID-19 precisou ainda mais atuar em espaços políticos, mediando e traduzindo suas ações pautadas nas normativas e diretrizes para o seu chefe, o Secretário da Saúde, bem como para a organização das ações da assistência, orientando as equipes que atuam nos territórios. Portanto, relacionou-se toda a discussão da organização da APS na pandemia com o modelo de gestão induzido pelo Ministério da Saúde, o gerencialismo que impacta diretamente na gestão do processo de cuidado nos territórios. O estudo possibilitou identificar as estratégias de contato entre os coordenadores e os trabalhadores da assistência, assim como as iniciativas de espaços democráticos de participação, as potencialidades e os desafios na organização do trabalho da APS na pandemia, a partir dos trabalhadores da gestão.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Gerencialismo. Organização do Trabalho. COVID-19.

ABSTRACT

This dissertation examined how Primary Health Care (PHC) management staff in the Médio Paraíba Region of the State of Rio de Janeiro perceived how work was organized during the COVID-19 epidemic. In this qualitative study, a bibliographic survey was conducted, followed by a field work, where eight employees who have been managing PHC in this area since March 2020 were interviewed. The discourse analysis method was used to analyze the empirical data derived from the interviews with the understanding that this method enables problematizing the established organizations and relationships because it takes into account the historical context, social relationships, transformations, and ideologies that permeate the subject. It is assumed that the PHC coordinator is a managerial employee, with technical responsibilities, who was required to act even more in political spaces during the COVID-19 pandemic, mediating and translating their actions based on the norms and guidelines for their boss, the Secretary of Health, as well as for the organization of care actions, guiding the teams that work in the territories. Therefore, the whole discussion of the organization of PHC in the pandemic was linked to the management model imposed by the Ministry of Health, managerialism, which has a direct impact on the management of the care process in the territories. The study enabled management workers to identify contact strategies between coordinators and care workers, as well as initiatives of democratic spaces for participation, potentialities and challenges in the organization of PHC work in the pandemic.

Key words: Primary Health Care. Managerialism. Work Organization. COVID-19.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Representação da Região Médio Paraíba

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Síntese do processo de condução para implementação das alterações do trabalho na pandemia

Quadro 2 – Síntese das atribuições profissionais do Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e ACS, segundo a PNAB 2017

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Cobertura da APS populacionais estimadas de APS e saúde bucal na APS por região de saúde (dezembro/2019)

Tabela 2 – Panorama da APS da região Médio Paraíba do Estado do Rio de Janeiro (2020)

LISTA DE SIGLAS

AB – Atenção Básica

AD – Análise de Discurso

APS – Atenção Primária à Saúde

CaSAPS – Carteira de Serviços para a Atenção Primária à Saúde

CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais

CONASS – Conselho Nacional de Secretários Estaduais

DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis

eSF – Equipe de Saúde da Família

ESF – Estratégia de Saúde da Família

EPI – Equipamento de Proteção Individual

EPSJV – Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

ERJ – Estado do Rio de Janeiro

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz

MP – Médio Paraíba

NASF – Núcleo de Ampliado de Saúde da Família

NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde

NOB 96 – Norma Operacional Básica de 1996

OSS – Organização Social de Saúde

PACS – Programa de Agentes Comunitário de Saúde

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PREFAPS – Programa Estadual de Financiamento da Atenção Primária à Saúde

PSF – Programa Saúde da Família

RAS – Rede de Atenção à Saúde

RCLE – Registro de Consentimento Livre e Esclarecido

SAPS-MS – Secretaria de Atenção Primária à Saúde

SAPS-RJ – Superintendência de Atenção Primária à Saúde da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	13
1 REPERCUSSÕES DO GERENCIALISMO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	18
1.1 APREENSÃO DO CONCEITO E CARACTERÍSTICAS DO GERENCIALISMO	18
1.2 INFLUÊNCIAS DO NEOLIBERALISMO NO SUS E AS INFERÊNCIAS NA APS	23
1.3 BASES IDEOLÓGICAS DO GERENCIALISMO NA GESTÃO DO TRABALHO DA APS	28
2 A APS DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19: ORGANIZAÇÃO E PROCESSO DE TRABALHO	36
2.1 O TRABALHO NA APS EM TEMPOS “NORMAIS”: PERÍODO ANTERIOR A PANDEMIA DA COVID-19	36
2.2 ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO DA APS: DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19, O QUE ROLOU?	44
3 ITINERÁRIO METODOLÓGICO	54
3.1 PROCEDIMENTOS DA PESQUISA	54
3.2 REGIÃO MÉDIO PARAÍBA: BREVE CARACTERIZAÇÃO	56
3.3 ENTRADA NO “CAMPO”: TRAJETÓRIA E DESAFIOS	62
3.4 ANÁLISE DAS ENTREVISTAS	64
3.5 CARACTERIZANDO AS ENTREVISTADAS	66
4 A ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE DURANTE A PANDEMIA: REFLEXÕES DO TRABALHADOR DA GESTÃO SOBRE O TRABALHO	68
4.1 TECENDO FORMAS DE CAMINHAR NA APS DURANTE A PANDEMIA: O TEMPO NÃO PARA	69
4.1.1 Compartilhar e/ou repassar informação: uma linha tênue, quase semântica na gestão	72
4.1.2 Grupo de Trabalho da gestão: decisões centradas, concentradas para serem reproduzidas	75
4.2 TRABALHO ATÉ ESTREMECEU, MAS RESISTIU: AS DIFICULDADES E POTENCIALIDADES DA APS NA PANDEMIA	77
4.3 DESCREVENDO AS DIFICULDADES E AS ESTRATÉGIAS DE AÇÃO NA ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO DA APS	78
4.3.1 Avanços da APS na pandemia: descobrindo as potencialidades no meio do caos	81
4.3.2 O trabalhador da gestão da APS: desvelando o que só, sentiu	83
4.4 PARTICIPAÇÃO DOS TRABALHADORES NA GESTÃO DO TRABALHO FRENTE A PANDEMIA	85
4.4.1 Espaço de diálogos franco e autêntico na APS existiram durante a pandemia?	86
4.4.2 Construção de uma gestão participativa na APS: elementos de esperança, na adversidade	89
CONSIDERAÇÕES FINAIS	91
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	95

INTRODUÇÃO

A presente pesquisa foi desenvolvida no Programa de Mestrado da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV), como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Educação Profissional em Saúde. O interesse pelo processo de organização do trabalho da Atenção Primária à Saúde (APS) se inicia na residência multiprofissional em Estratégia de Saúde da Família (ESF), onde me dediquei a estudar a temática de participação do trabalhador no processo de decisão.

A discussão sobre a participação do trabalhador nos espaços da APS não se esgotou no trabalho de conclusão da residência, sendo disparadora da problematização na especialização em gestão da APS, realizada nos anos 2016/2017. O trabalho final deste curso teve como título *Reflexões do uso da metodologia de remuneração de desempenho na APS*, e permitiu sinalizar alguns pontos centrais, como a alienação do trabalho e o estímulo à competição entre equipes de ESF.

Destaco, nesse período, o início do entendimento do trabalhador da saúde – aqui, especificamente o da APS, independente do cargo ou função – como executor de tarefas, o que faz referência direta com a historicidade do Brasil na lógica capitalista. E, foi nesse contexto, que surgiu o anseio de maior aproximação à realidade do trabalho da APS, não mais sobre o trabalhador que atua na assistência, mas na gestão.

Nesse sentido, o interesse pela organização do trabalho da APS a partir dos trabalhadores que atuam na gestão parte da constatação desses sujeitos como portadores de experiências, saberes técnicos e tácitos, capazes de criticamente reconstruir suas práticas, considerando o sentido ontológico do trabalho.

Como trabalhadora que atua na APS no âmbito da gestão, verifico, na prática, o não reconhecimento do sujeito que trabalha na gestão como, de fato, um trabalhador. Percebe-se um preconceito e uma diferenciação quase dicotômica dentro do serviço: a gestão e os trabalhadores da assistência. Os trabalhadores que atuam na gestão são colocados como sujeitos superiores, como se esses não fossem impactados pelo modelo gerencialista, conformado pelos modos que operam a reprodução do capital.

O não reconhecimento do trabalhador que atua na gestão como trabalhador se constitui um equívoco, pois o sistema capitalista emprega uma lógica de atuação que oprime o trabalhador, o submetendo a uma posição de tarefeiro, minimizando os seus saberes e a sua potência como ser humano.

Os trabalhadores se afetam de maneira diferente em termos de cobranças, pressões e conflitos, ou seja, a incidência desses fatores sobre o trabalhador pode variar de acordo com sua função. No entanto, não se pode legitimar a perspectiva de que os gestores não são trabalhadores.

A presente pesquisa retrata, portanto, a dinâmica da organização do trabalho no campo da Gestão da Atenção Primária à Saúde, com recorte na análise da percepção do trabalhador da gestão da APS sobre os processos que são realizados neste serviço durante a pandemia da COVID-19.

Considerando a amplitude do Estado do Rio de Janeiro (ERJ), a delimitação do estudo se focou nos trabalhadores da gestão que estão no cargo de coordenação da APS da Região Médio Paraíba¹ do ERJ. Essa decisão buscou ampliar a capacidade de analisar o papel desses trabalhadores como atores responsáveis pela execução da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) em nível local, organizando o serviço por meio de articulação, mediação, bem como traçando estratégias de alcance territorial.

De acordo com a PNAB (2017)², a APS é a principal porta de entrada e comunicação com a Rede de Atenção à Saúde (RAS), atuando como coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços que estão disponíveis na rede. A presente política toma as equipes de Saúde da Família (eSF), entendida como estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica (AB)³, mas considera e reconhece outras modalidades de equipe da AB. É um nível de atenção que apresenta atuação territorial e contempla ações de promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, e cuidados paliativos e de vigilância em saúde, que podem ser realizados por uma equipe multiprofissional (BRASIL, 2017).

A PNAB dispõe que a gestão municipal deve reorganizar o território e os processos de trabalho de acordo com a realidade local (BRASIL, 2017). Dessa forma, a APS deve ocupar a centralidade da agenda de saúde das gestões municipais, por se tratar do ente que executa o serviço, atuando como coordenadora do cuidado e ordenadora do sistema de saúde. Para tal, é importante o fortalecimento da APS para que seja possível organizar as Redes de Atenção à Saúde, considerando as características

1 A Região MP se localiza na região sul do ERJ e está composta por 12 municípios: Barra Mansa, Barra do Piraí, Itaiaia, Pinheiral, Piraí, Porto Real, Quatis, Resende, Rio Claro, Rio das Flores, Valença e Volta Redonda.

2 Utiliza-se a PNAB 2017 por se tratar da portaria vigente, no entanto, reconhece-se que essa abre concessões e cria possibilidades de execução da APS, descaracterizando-a segundo os princípios de Alma Ata, assim como verifica-se fatores que precarizam o serviço.

3 A PNAB considera os termos da AB e da APS, como termos equivalentes. No presente trabalho, segue o disposto na PNAB, considerando AB e APS como sinônimos, no entanto, reconhece-se que não são sinônimos uma vez que a AB é um campo comprometido com a universalidade e a integralidade que dialoga com princípios do SUS e se contrapõe às orientações restritivas e seletivas relacionada à noção de cobertura universal.

regionais, necessidades da população e serviços (SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO, 2021).

A coordenação da APS nos municípios deve ser realizada por profissionais de nível superior das equipes que atuam na AB. E esses profissionais devem incluir as equipes no processo de tomada de decisão na organização dos fluxos e organização do trabalho (BRASIL, 2017). Ressalta-se que a coordenação da APS é um cargo político de confiança, nomeado pelo Secretário de Saúde em exercício. Assim dizendo, o coordenador é um trabalhador escolhido para assumir a responsabilidade de operacionalizar a Política da Atenção Básica nos municípios.

É importante pontuar que o sujeito que atua na gestão apresenta expectativas, seu trabalho é atravessado por questões políticas, relações de poder, sendo, também, tensionado para cumprir metas e alcançar melhores indicadores de saúde. Assim, é um trabalhador cuja identidade é marcada pelo fazer institucional da gestão e do trabalho – que precisa ser reconhecida. Por isso, compreender a percepção desses trabalhadores sobre o seu processo de trabalho e as suas atividades é extremamente necessário para refletir sobre a APS, as inferências do gerencialismo na organização do serviço, bem como os efeitos que provocam na vida desse trabalhador.

Dessa maneira, a pesquisa propõe repensar as práticas de trabalho, identificar as estratégias de contato entre os coordenadores e os trabalhadores da assistência, as iniciativas de espaços democráticos de participação, as potencialidades e os desafios na organização do trabalho da APS durante a pandemia, a partir dos trabalhadores da gestão.

A visão do coordenador sobre a organização da APS no período da pandemia da COVID-19 é outra forma de problematizar a questão da organização a partir de outro sujeito, que também é um trabalhador, apresentando implicações no seu trabalho. Logo, considerou-se importante identificar as formas/estratégias de gestão utilizadas nesse momento emergencial. Principalmente, porque em termos de comparação, é mais comum encontrar na literatura estudos sobre a organização do trabalho na APS a partir de trabalhadores que atuam na assistência.

Nesse sentido, a pesquisa propõe o coordenador como um trabalhador, que tem responsabilidades técnicas complexificadas durante a pandemia da COVID-19. Assim, precisou fortalecer a atuação em espaços políticos mediando e traduzindo suas ações pautadas nas normativas e diretrizes para o seu chefe, o Secretário da Saúde, bem como para a organização das ações da assistência, orientando as equipes que atuam nos territórios.

Portanto, relacionou-se toda a discussão da organização da APS na pandemia com o modelo de gestão induzido pelo Ministério da Saúde, o gerencialismo que impacta diretamente na gestão do processo de cuidado nos territórios.

O gerencialismo é um tipo de abordagem de gestão atualmente presente, com muita nitidez, na prática do trabalho na APS. Trata-se de uma “ideologia que traduz as atividades humanas em indicadores de desempenho, e esses desempenhos em custos ou em benefícios” (GAULEJAC, 2007, p. 40). Neste modelo, o gerente torna-se protagonista do processo de trabalho que, por meio de protocolos padronizados, supervisionam e impõem o desenvolvimento da prestação do serviço pelos trabalhadores.

Numa análise de conjuntura, é fundamental sinalizar que a pandemia atravessa um Sistema Único de Saúde (SUS) com crescimento limitado, com forte investida do setor privado, numa relação desigual de distribuição de serviços e acesso. Têm-se uma atenção especializada com dificuldade de acesso e uma Atenção Primária focalizada na população pobre. A APS encontra-se em meio a movimentos de desmonte, agravando a precarização das condições de serviços ofertados tanto para o trabalhador como para os usuários (MOROSINI et al., 2020).

Além disso, a APS conta com uma quantidade insuficiente de trabalhadores (inseridos em diferentes vínculos de trabalho); jornada de trabalho extensiva e maçante; vários afastamentos e mortes; baixa quantidade e qualidade de equipamentos de proteção; baixa capacidade instalada para o atendimento e acompanhamentos dos casos de COVID-19; baixa quantidade de testagem e precisa lidar com o sentimento de insegurança, medo e angústia dos trabalhadores e população (MOROSINI et al., 2020). E deve preservar a continuidade das atividades da rotina, readequando o serviço para que funcione (MEDINA et al., 2020), de modo a garantir os atendimentos aos usuários prioritários, a vacinação e a medicação (BARBOSA E SILVA, 2020).

As questões supracitadas que versam sobre a reorganização do processo de trabalho e os desafios que a APS enfrentou na pandemia são tratadas nessa pesquisa em diálogo com o referencial de análise. O estudo, portanto, foi estruturado em 4 capítulos: 1. Gerencialismos na APS; 2. Organização da APS; 3. Metodologia; e 4. Reflexões dos trabalhadores da Gestão sobre a organização do trabalho na pandemia, e, por fim, as considerações finais.

No primeiro capítulo, a principal discussão é sobre o gerencialismo, destacando sua base ideológica, influências no setor de saúde e os efeitos que produz na APS. O segundo capítulo contextualiza a organização da APS em tempos “normais”, tomando a PNAB - 2017 como política indutora da APS no território nacional. Indica, ainda, os principais desafios da APS, visto que os princípios que fundamentaram a construção da APS se encontram em processo de desconstrução, sucateamento e desmonte. Este capítulo também aborda o processo de reorganização da APS para o enfrentamento da pandemia, assim como os principais problemas e as decisões tomadas para seguir

com o funcionamento do serviço, permitindo refletir sobre a potência da APS e sua capacidade resolutiva.

No terceiro capítulo é traçado o itinerário metodológico, portanto, são detalhados o tipo de estudo, os instrumentos utilizados, o referencial de análise usado no tratamento do material empírico e como se estruturou as reflexões a partir dos discursos das entrevistadas. E, por conta da singularidade de se fazer uma pesquisa de campo em ambiente virtual, pontuou-se algumas considerações sobre esse processo.

O quarto capítulo apresenta as reflexões realizadas a partir dos discursos das entrevistadas, dos olhares dos trabalhadores da gestão da APS. Sinalizam o processo de organização do trabalho durante a pandemia e as questões relacionadas com a função desse trabalhador. Portanto, são observadas as demandas, as responsabilidades, as tensões e os conflitos de quem ocupa o cargo de gestão nesse momento.

Algumas dificuldades enfrentadas são destacadas como singulares do período e outras são históricas e conjunturais, que acompanham o SUS desde a sua criação. O agravamento das questões é destacado, principalmente com a adoção de ações e estratégias gerencialistas na APS, que imprime uma perspectiva de flexibilização do trabalho e o uso de mecanismos de pagamento por desempenho. Ainda assim, há espaço para potencialidades da APS que aparecem nos discursos dos trabalhadores, atravessadas pelos sentimentos vivenciados no espaço da gestão da APS neste período de pandemia.

As reflexões finais sobre o objeto dessa pesquisa, como forma de desfecho, são apontadas nas considerações finais, assim como a sinalização da necessidade de mais estudos que situem os trabalhadores da gestão como protagonistas. Dessa forma, as inquietações disparadoras foram analisadas permitindo revelar desdobramentos que podem servir de investigação no campo da Gestão da APS.

1 REPERCUSSÕES DO GERENCIALISMO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

1.1 APREENSÃO DO CONCEITO E CARACTERÍSTICAS DO GERENCIALISMO

Compreende-se que a organização da APS tem sido estruturada com base, ações e ferramentas oriundas do gerencialismo, uma proposta utilizada pelo mercado para o aumento e produção de riqueza. Esse modelo de gestão tem sido incorporado nas políticas sociais, como a saúde, visando imprimir o “selo de qualidade” aos serviços.

Lazarini e Sodré (2019) consideram a política de saúde pública como uma política social que se encontra inserida em um jogo de interesses e contradi es. Uma política social que sofre interferência do mercado para garantir os interesses do capital e, para alcançar seus objetivos, se apropria do trabalho humano. Os autores colocam ainda, ao citar Fleury e Ouverney (2012), que a política de saúde deve assegurar que todos os usuários do sistema de prote o social tenham acesso ao rol de benefícios que dispoem.

O Estado, na teia do capitalismo, assume um papel importante como regulador, se utilizando de aspectos como coesão, ordem, poder e produz consenso.   condensa o de rela es imbricadas de interesses de classe, de domina o e organiza o da sociedade, em um sentido histórico e dial tico que nos leva a pensar na constru o de um projeto societário que atende apenas aos interesses do mercado. Assim, o Estado ultrapassa uma instância administrativa e de regula o da vida social. Ele   a rela o social de domina o, com atua o dedicada a administrar os negócios da classe burguesa como um todo, como forma de garantir a propriedade e os seus interesses. Esses interesses giram em torno de apropria o de meios de produ o e das riquezas que são produzidos pela força de trabalho dos trabalhadores (DANTAS E PRONKO, 2018). O Estado se coloca como produto e produtor no jogo de conflitos de classe, como expressão de domina o da burguesia. Sua existência   pautada nesse conflito de classe, em que desorganiza taticamente a classe dominada e conseqüentemente a divide politicamente. O palco desses conflitos ocorre na sociedade civil, em que são apresentadas vontades individuais e coletivas, assim como se constroem formas padronizadas de pensar e agir como forma de garantir a ordem e o poder na sociedade.

O capitalismo   dependente de mão de obra para que o sistema funcione. Ao longo da história, verifica-se que por meio de crises cíclicas, o sistema capitalista se reestrutura e impoem novas bases de organiza o e gestão do trabalho. O trabalho humano   tomado como força motriz para alcance da atividade-fim, acumula o de bens e riquezas. A perspectiva   de expropria o dos meios de produ o e explora o da força de trabalho para acumula o de riqueza. Para que a explora o seja

efetiva não é possível determinar que o valor da força de trabalho corresponda ao “tempo de trabalho necessário à sua produção e, por consequência, à sua reprodução” (MARX, 2013, p. 200-201). O trabalho, em Marx, diz respeito à intervenção do homem sobre a natureza buscando transformá-la para atender suas necessidades. Dialeticamente, quando a transforma também transforma a si mesmo (MARX, 1989).

De acordo com Druck (2011), a precarização social do trabalho faz parte da dinâmica do capital, em suas várias versões históricas, e pode ser traduzida como uma estratégia de dominação no capitalismo flexível. Portanto, força e consentimento são utilizados pelo capital para acumulação de bens materiais e morais. O uso da força pode ser verificado na imposição de precárias condições de trabalho e empregos, pois diante do desemprego estrutural criado pelo sistema capitalista, se subordinar a essas condições postas é a única opção.

Cabe colocar, ainda a face do consenso que a autora descreve, da seguinte maneira:

O consenso se produz a partir do momento em que os próprios trabalhadores, influenciados por seus dirigentes políticos e sindicais, passam a acreditar que as transformações no trabalho são inexoráveis e, como tal, passam a ser justificadas como resultados de uma nova época ou de um “novo espírito do capitalismo” (DRUCK, 2011, p. 43).

A acumulação flexível intensificou as exigências da financeirização da economia, e passou a ditar todos os empreendimentos do capital, com isso, verifica-se a subordinação do processo produtivo, o que leva a mudanças significativas nas práticas produtivas e os modos de gestão do trabalho. No entanto, isso ocorre pelo apoio central que o Estado reconfigurado passa a desempenhar como sendo “gestor dos negócios da burguesia”, uma vez que sua atuação é em defesa da desregulamentação dos mercados, especialmente o financeiro e o do trabalho (DRUCK, 2011, p. 42).

Coloca-se em pauta os modos de operar a organização do trabalho, pois verifica-se que o capitalismo flexível busca gerir o trabalho pelo gerencialismo. Destaca-se, entre o final do século XIX e início do XX, a utilização da administração com o objetivo de racionalizar a gestão do trabalho, subordinada à dimensão econômica. Nesse sentido, a questão “custo e benefício” apresenta uma relação íntima com o trabalho, uma vez que desde a revolução industrial predomina a ideia de que com a separação do ato de executar e pensar aumenta-se a rentabilidade e a produção (SCHWARTZ, 2004).

O movimento da Administração Científica, iniciado nos Estados Unidos por volta de 1856-1915 com Taylor, estrutura-se com o objetivo de aumentar a produtividade das indústrias. Buscava-se racionalizar os esforços empreendidos de modo a limitar a autonomia e iniciativa do trabalhador.

A ideia era que o trabalhador não tivesse um conhecimento maior do que seus superiores, sem noção do processo global (PAIVA et al., 2010).

No taylorismo, a organização do trabalho centrava-se na subdivisão das atividades, observando-se o controle direto do ritmo corporal do trabalhador. O operário deixa de ter noção do processo de trabalho como um todo, pois ocorre a separação das funções e apenas a administração consegue acompanhar toda a produção (PINTO, 2007).

Para Pinto (2007), o fordismo aprimora o modelo de organização de Taylor com a inclusão de dispositivos tecnológicos e uso de maquinários. No fordismo, no lugar de homens deslocando os materiais e objetos, têm-se o uso das máquinas. Nesse modelo de organização, foram criados postos de trabalho nos quais o trabalhador não intervém no seu objeto de trabalho. Para isso, adotou-se o mecanismo de ritmo único em linha de montagem.

Antunes (2000) afirma que o taylorismo/fordismo expropriou intensamente o trabalhador, de modo que sua participação na organização do processo de trabalho ficou restrita à execução de sua atividade, repetitivamente, em infinitas ações desprovidas de sentido. Já o toyotismo busca-se aumento de produção através de estratégias de otimização de recursos e tempo de produção. Nessa lógica, a demanda rege a produção, diferente da observada no fordismo, em que a produção orienta a demanda. São sistemas de organização e produção do trabalho diretamente vinculados ao capital, cada vez mais flexível, com vista à acumulação de bens, por meio da exploração do trabalho humano e incentivo ao consumo (ANTUNES, 2009).

As questões supracitadas denotam que o gerencialismo não é um evento pontual na história, mas uma escolha de modelo de gestão que tem um sentido objetivo, lógico e material que nos auxilia a traçar o percurso teórico para a compreensão do objeto deste estudo. O gerencialismo, nesse contexto, é um novo modelo de gestão que surge na crise do capital, como uma nova forma de difundir sua hegemonia. No entanto, esse processo se consolida agudizando a alienação, a precarização social do trabalho e o sofrimento na vida do trabalhador.

Por volta da década de oitenta, vários países passaram por reformas administrativas, políticas e econômicas. Foram incorporadas “novas regras, novas práticas e formas de organizar o trabalho, tanto no mercado de trabalho como no setor público” (TEIXEIRA et al., 2020, p. 3). Com relação ao modelo de gestão dos serviços públicos, algumas estratégias foram traçadas, tais como redução do déficit fiscal mediante a expansão da economia de mercado e privatização dos serviços; a busca incessante pela qualidade para a reorientação das necessidades dos cidadãos; a descentralização dos processos políticos e administrativos; e a participação do setor privado e não governamental na prestação dos serviços (SILVA et al. 2014).

Segundo Costa e Silva (2004), o gerencialismo surge diante da crise estrutural do capital, da necessidade de reformulação do papel do Estado. A ideia em debate sobre a Nova Gestão Pública (NGP) tratava da revisão do papel do Estado, que deve passar a regular outros setores na execução dos serviços.

Para Silva et al. (2014), as estratégias traçadas para a superação da crise do capital estão fundamentadas na concepção da NGP, que foi difundida pelos Estados Unidos e Inglaterra aos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico. Estes países incorporaram aspectos da gestão empresarial: reengenharia, grupos de interesses, foco em resultados, flexibilização das relações de trabalho e remuneração vinculada ao desempenho. A qualidade do trabalho é avaliada por indicadores e metas, além de comportamentos advindos do modelo de gestão taylorista-fordista (COSTA, 2019). Assim, o gerencialismo faz parte da NGP, introduzindo no serviço público uma série de elementos característicos da gestão empresarial privada. Sua base ideológica surge no período da crise produtiva do mercado, como forma de reestruturar o mundo do trabalho com novos valores. As características neoliberais da NGP alcançaram diversos setores, dentre eles, a saúde pública, onde tem sido fortalecida e incitada relações do privado sobre o público com o estabelecimento de parcerias entre o Estado e as organizações sociais (CARNEIRO, 2013).

“O termo gerencialismo [em francês, *management*] evoca a ideia de arranjar, instalar e providenciar. A providência consiste em organizar em vista de uma produção coletiva, de uma tarefa a cumprir, de uma obra a realizar” (GAULEJAC, 2007, p. 51). Governa homens e coisas, tratando-se de uma tecnologia política e suas características principais são: 1. Objetivos financeiros; 2. Produção da adesão; e, por fim, 3. Mobilização psíquica. Para tais alcances, o gerencialismo toma posse dos desejos dos trabalhadores, para transformá-los em energia. Neste sentido, transita do controle de corpos para o psíquico, objetivando a mobilização a serviço da empresa (GAULEJAC, 2007).

Newman e Clarck (2012) corroboram com as reflexões de Gaulejac (2007), ao considerar que o gerencialismo é uma ideologia e, portanto, valida noções de direito e poder, bem como utiliza de métodos e cálculos para organizar o trabalho de forma objetiva.

Gerencialismo é uma ideologia que legitimava direitos ao poder, especialmente ao direito de gerir, construídos como necessários para alcançar maior eficiência na busca de objetivos organizacionais e sociais. Em segundo lugar, o gerencialismo é uma estrutura calculista que organiza o conhecimento sobre as metas organizacionais e os meios para alcançá-las. Contudo, o gerencialismo também é uma série de discursos superpostos que articulam proposições diferentes – até mesmo conflitantes – a respeito de como gerir e do que deve ser gerido (NEWMAN e CLARCK, 2012, p. 359).

Para Peroni (2016), apud Clarke e Newman (2012), o gerencialismo é uma forma de organização de serviços para aumentar os lucros, por meio de metas e indicadores. A figura do gerente

ganha relevo como aquele que direciona o trabalho para obtenção de melhores resultados em detrimento a valores públicos:

[...] mesmo onde os serviços públicos não foram totalmente privatizados (e muitos permaneceram no setor público), era exigido que tivessem um desempenho como se estivessem em um mercado competitivo. Era exigido que se tornassem semelhantes a negócios e este ethos era visto como personificado na figura do gerente (em oposição ao político, ao profissional ou ao administrador). Isto introduziu novas lógicas de tomada de decisão que privilegiavam economia e eficiência acima de outros valores públicos (CLARKE; NEWMAN, 2012, p. 358)

Os instrumentos usados no gerencialismo não são neutros, embora busquem apresentar essa conotação. São construídos para que as atividades apresentem uma abordagem racional da realidade e objetiva. Por meio destes, os gestores das empresas tomam as decisões e orientam para que o trabalho seja realizado, não abrindo precedentes para questionamentos, aplicando a ideia de transparência nas ações que devem ser realizadas. Esses instrumentos ocupam a centralidade do serviço (GAULEJAC, 2007).

De acordo com Gaulejac (2007), as tensões presentes na gestão gerencialista nem sempre são perceptíveis pelo trabalhador. Dessa maneira, os conflitos sociais são internalizados pelos trabalhadores, que assumem responsabilidades do sistema como suas. A mobilização dos trabalhadores submetidos é de culpabilização pela falha, contrária a uma crítica reflexiva ao sistema perverso. Neste sentido, o gerencialismo se manifesta na vida do trabalhador conforme os interesses da organização.

O viés gerencialista e produtivista da gestão dos serviços e do trabalho consolidou-se em detrimento de um processo de trabalho mais participativo, realizado em equipe, e de uma vinculação mais segura e justa para os trabalhadores, que oferecesse estabilidade e melhores condições para as equipes enfrentarem as mudanças na condução da política (MOROSINI et al., 2020, p. 15).

Assim, os fundamentos do gerencialismo carregam ambiguidades no exercício do poder e imposição de hegemonia, uma vez que ao mesmo tempo que pressupõem autonomia, a limitam. Uma vez que, o trabalhador deve ser criativo, inovar e desabrochar no trabalho, no entanto, são utilizados mecanismos de organização do trabalho que produzem e reproduzem a prescrição, pautado em normas que visam a objetivação do trabalho, a instrumentalização e promovem a superdependência (GAULEJAC, 2007).

A perspectiva gerencialista atende aos interesses do capitalismo, atravessando modos de atuação do Estado ao utilizar mecanismos sutis sobre a subjetividade do trabalhador. Gaulejac (2007) define gestão como sendo um mecanismo operacional que combina técnicas, trabalho, regras, normas operacionais e matéria-prima, tendo como finalidade racionalizar e otimizar o funcionamento das

organizações. Torna-se perversa quando contribui com a visão neoliberal, ao considerar o ser humano como um recurso da empresa, para fins de aumento da produção e lucro.

O autor afirma que a gestão pode ser ideológica, quando os instrumentos e ferramentas são direcionados para fortalecer a visão do mundo na perspectiva do capital. No entanto, se utiliza de estratégias de ilusão que presume a dominação absoluta e onipotência, uma dominação que é norteadada por valores econômicos para legitimar lucro e o poder.

A gestão, sob o manto da ideologia do gerencialismo, pode ser mobilizadora de questões que afetam a saúde, principalmente quando os trabalhadores percebem que o sentido do seu trabalho não se encontra nos indicadores e nas metas norteadoras. Para o alcance do ideal, os trabalhadores se percebem imersos em um processo de trabalho que demanda de cada um esforço cada vez maior (GAULEJAC, 2007).

Os fatores motivacionais que trariam como desdobramento gratificações são gatilhos de sofrimento, pois o trabalhador se enxerga um devedor, sempre insuficiente, sob intensa pressão para executar as suas funções e não necessariamente em melhores condições de trabalho.

A seguir, serão abordados os impactos da agenda neoliberal no SUS, e os efeitos desses na APS.

1.2 INFLUÊNCIAS DO NEOLIBERALISMO NO SUS E AS INFERÊNCIAS NA APS

Segundo Viana e Silva (2012), ao longo dos anos de 1990, o Brasil passou a introduzir nas políticas sociais práticas alinhadas com bases neoliberais, ancoradas na ideia de que flexibilização do mercado levaria ao bem-estar coletivo. A perspectiva era utilizar novas estratégias para o enfrentamento da crise econômica que o país se encontrava. No entanto, os planos de reajustes macroeconômicos afetaram de forma negativa as políticas sociais, uma vez que ao reduzir os gastos sociais, essas ficaram subordinadas aos comandos da política econômica. A justificativa governamental para a reforma do Estado no território nacional salientava que o próprio Estado brasileiro se encontrava em crise fiscal, com deterioração dos serviços públicos e esgotamento das estatais. Nesse sentido colocava-se a necessidade de um modelo de gestão com foco no controle de resultados, em substituição a lógica que imperava no período, que era de administração pública (VIANA E SILVA, 2012).

Essa nova conjuntura afetou o andamento do setor saúde, uma vez que a necessidade de cumprimento das metas de inflação e superavit primário determinaram fragilidades nas condições de

financiamento desse setor. Experimentou-se, inclusive, o congelamento das tabelas de remuneração do SUS e a ausência de expansão dos investimentos (PRATA et al., 2014).

A reforma do Estado, proposta em 1995, envolveu redefinições do seu papel, adoção de medidas de privatização de empresas estatais, substituição da administração direta para o serviço público não estatal, por meio de organizações sem fins lucrativos, e a terceirização das atividades meio, auxiliares e de apoio (VIANA E SILVA, 2012). Isto é, a reconfiguração da relação público-privada, na reforma do Estado, segundo Pierantoni (2000) citada por Martins e Carneiro (2014), precede o incremento de novas modalidades jurídico-administrativas dos prestadores de serviços, bem como o redirecionamento para modelos gerenciais utilizados no setor privado, os quais conferiria aos serviços o fator qualidade.

Com o propósito de atender aos interesses da reforma do Estado, foram criados formatos de organização do público mediada pelo setor privado, como as agências reguladoras, as organizações sociais (OS) e as organizações da sociedade civil de interesse público (Oscip). Verifica-se na proposta, a substituição do papel do Estado, que passa a assumir função de regulador (VIANA E SILVA, 2012).

A tendência flexibilizadora na relação público e privado, que passa a constar na Constituição Federal pela Emenda Constitucional nº 19/1998, propõe mudanças drásticas na organização das políticas sociais, dentre elas: a quebra do Regime Jurídico Único, permitindo contratação pelas instituições públicas de pessoal regido pela CLT; formas de redução e regulação do estatuto da estabilidade do servidor público; e a criação do dispositivo do contrato de gestão, com atributos de autonomia gerencial (MARTINS E MOLINARO, 2013).

No contexto do setor de saúde, é importante lembrar que o SUS é resultado da conquista de luta dos trabalhadores no Brasil (1970-1980) e apresenta elementos de contradições em sua construção e consolidação. Essa conquista fomentou o direito universal à saúde e implicou ao Estado o dever de financiamento, regulação e coordenação do sistema. Merece atenção que desde os primórdios do seu nascimento percebe-se a influência da saúde privada na saúde pública, participando na execução de ações e dos serviços, e com isso tem-se um direito sendo objeto de mercantilização (DANTAS, 2020).

Dantas (2020) afirma que o SUS é um sistema híbrido, pois nesse serviço público coexiste a atuação intimista do privado, impondo regras, normas e direcionando como deve ser a operacionalização das atividades e ações:

O resultado foi híbrido entre público e privado que conhecemos, sob a batuta do Estado – o que conferiria, na aposta de muitos, o sentido de ‘único’ e a primazia do público do sistema de saúde que se erigia. O novo patamar contraditório que se

estabeleceu de 1988 para cá não tem se comportado linearmente (DANTAS, 2020, p. 164).

No que se refere às influências do neoliberalismo no setor saúde no Brasil, Teixeira et al. (2012), discorrem que na década de 1990 ocorreu um processo de reestruturação, a começar pela implantação do SUS. A diretriz de descentralização do serviço previa aumento de cobertura e necessidade de ampliação do quantitativo de trabalhadores. Portanto, estava na agenda política o processo de expansão de RH que se daria por meio de concursos públicos, isonomia salarial, planos de cargos, carreiras e salários, bem como qualificação profissional. No entanto, essa lógica de funcionamento do Estado via administração direta de RH muda na perspectiva das ideias da contrarreforma do Estado.

Martins e Carneiro (2014) destacam a criação do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE) e sintetizam as principais medidas da contrarreforma. Para elas, a principal questão deste processo da reestruturação do Estado é sua configuração, pois é pautada em ações gerencialistas. Há um redesenho da administração pública institucional, com discurso que enfatiza a desburocratização e maior autonomia de gestão, pautada pela eficiência, orientada por resultados e baseada em contratos com órgãos internos ou com entes públicos não estatais (BRASIL, 1995).

Teixeira et al. (2012) enfatizam que esses arranjos institucionais propostos pela nova agenda da contrarreforma do Estado passaram a fazer parte do cotidiano do trabalho em saúde. Logo, no campo da gestão pública havia a presença da iniciativa privada, coexistindo no mesmo espaço. No final dos anos 90, no campo de trabalho da saúde pública, já era possível verificar uma intensa flexibilização das relações de trabalho.

O setor de saúde, nesse mesmo período, também foi afetado pela política de restrição, no que tange o quadro de pessoal no setor público, e como consequência a flexibilização dos vínculos e o aumento de empregos informais (TEIXEIRA et al., 2012).

As limitações impostas pelas leis Camata e a Lei de responsabilidade fiscal⁴ (TEIXEIRA et al., 2012) abriram precedentes para demissão do servidor por insuficiência de desempenho. Também possibilitaram a contratação de Organizações Sociais (OS) para realização das atividades públicas inerentes ao Estado como o aumento do quadro de pessoal para o serviço público (MARTINS E MOLINARO, 2013).

4 A Lei de Responsabilidade Fiscal-LRF nº 10111, de 4 de maio de 2000, limita em no máximo 60% do orçamento para gastos com folha de pagamento para efeito de limite de gastos, além disso, passa-se ter flexibilização no setor público para a contratação de mão de obra, sob a forma de terceirização (MARTINS E MOLINARO, 2013).

Dessa forma, para manter programas e serviços funcionando, o setor saúde se utilizou de processos de terceirização, adotando o mecanismo de contratualização com o setor privado, como sendo uma estratégia viável organizar e coordenar os serviços. Esse mecanismo pressupõe a separação institucional das funções do Estado de financiamento da prestação de serviços, digo, o Estado contrata um prestador privado para executar o serviço público. É importante destacar que o processo de contratualização é efetivado por meio de contratos de gestão (SILVA et al., 2014).

Segundo Araújo (2010), os contratos de gestão são considerados uma ferramenta de gestão, pois orienta os serviços para o alcance de resultados, apresenta mecanismos de aferição do desempenho, da satisfação do usuário e de controle social e atrela incentivos vinculados à produtividade e à eficiência.

Entre essas novas modalidades de terceirização, se inscreve o modelo de OS, instituído pela Lei n. 9.637, de 15 de maio de 1998, criado como forma de viabilizar a parceria público-privado para a implementação de políticas públicas por meio de contratos de gestão, nos quais são definidos e firmados compromissos mútuos entre o Estado e os entes contratados. A justificativa é assegurar eficiência e garantir resultados por meio da realização de contratos entre o Estado e organismos externos, não estatais, para prestação de serviços de responsabilidade dos primeiros (MARTINS E CARNEIRO, 2014).

A reforma sanitária brasileira, como já pontuada, institui a política de saúde como a primeira política social universal do Brasil. Nesse processo, o SUS tem o Ministério da Saúde como coordenador e indutor da política nacional de saúde, onde as ações devem ser descentralizadas e ter uma única direção nas esferas de governo (CASTRO E FAUSTO, 2012).

O Ministério da Saúde, como indutor da política de saúde no Brasil, reforça a adoção de práticas neoliberais para o funcionamento dos serviços de saúde, portanto fomenta o uso de ferramentas de contratualização. O uso dessa ferramenta pode contribuir para que a alocação de recursos seja centrada nas necessidades dos serviços e para uma mais adequada distribuição desses recursos ao contemplar prioridades assistenciais voltadas para os usuários. Trata-se, portanto, de um instrumento que permite mediar as relações entre os setores público e privado, como também das relações que envolvem apenas entes públicos (BRASIL, 2006).

Neste sentido, há, no território brasileiro, vários modelos de contratação para a prestação de serviços públicos sendo praticados simultaneamente. Eles incluem desde a prática de contratos de gestão em hospitais públicos geridos por funcionários públicos; contratos de gestão em hospitais e centros de saúde públicos geridos pela Organização Social de Saúde (OSS); convênios com a OSS

para fornecimento de profissionais de saúde; como, ainda, contratos com autarquias ou fundações públicas (COELHO E GREVE, 2016).

As primeiras iniciativas contratuais no setor aconteceram em 1991, por meio de contrato de gestão com uma entidade do setor saúde, a Associação das Pioneiras Sociais/APS. Posteriormente, outras experiências com arranjos contratuais, como em São Paulo por volta de 1998, onde alguns hospitais da Secretaria Estadual de Saúde (SES) de São Paulo tiveram sua gestão repassada para as Organizações Sociais de Saúde (OSS). As OSSs estabeleciam contratos com a Secretaria, definindo as atividades a serem realizadas pelo hospital, os recursos necessários à sua operacionalização, as metas e indicadores de eficiência e qualidade, e que condicionam o repasse de recursos (IBANEZ et al., 2001; FERREIRA JÚNIOR, 2003).

Com a noção de flexibilidade e racionalização, princípios da NGP, os profissionais na saúde passaram a ser remunerados por ato, consulta ou procedimento. Tem-se o salário, cuja remuneração fixa devida pelo cumprimento de uma função por uma quantidade predeterminada de tempo (GOSDEN et al., 2000 NETO et al., 2016).

O Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF) surgem respectivamente em 1992 e 1994. O principal objetivo do PACS era a redução da mortalidade infantil e materna, a perspectiva era de ampliar a cobertura de saúde nos locais mais pobres. O PSF surge a partir do Pacs, mas com uma outra formulação, com a inclusão de médico generalista, enfermeiros, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde, para atuarem no território de abrangência definido, fazendo acompanhamento de indivíduos e famílias (CASTRO E FAUSTO, 2012).

Esses programas surgem no contexto da Contrarreforma do Estado e buscavam romper com o modelo de saúde centrado na figura do médico, consistiam em uma nova proposta de organização da atenção à saúde no país (MARTINS E CARNEIRO, 2014).

Assim, o PSF se consolida como programa de saúde, no mesmo período em que no país foram introduzidos os novos modelos organizacionais de gestão no serviço de saúde, ou seja, nos novos modelos flexíveis, neste sentido o processo de expansão da cobertura, se efetiva por meio de contratos precários (TEIXEIRA et al., 2012)

O PSF, em 1995, foi adotado como programa prioritário do governo e nos anos posteriores, tornou-se a agenda prioritária do Ministério da Saúde, para organização e estruturação da atenção à saúde a partir da APS, um novo modelo assistencial que visa a organização e porta de entrada ao sistema de saúde (CASTRO E FAUSTO, 2012).

No próximo tópico debate-se o crescimento da APS como porta de entrada ao SUS, ordenadora da rede e coordenadora do cuidado instituído pela lógica gerencialista e produtivista na gestão da política de saúde que, conforme discutido, ganhou força e centralidade a partir da década de 90. Nessa nova lógica de fazer gestão na gestão pública, o trabalho é orientado por metas, utiliza-se mecanismos de avaliação e pagamentos dos profissionais mediante seu desempenho, oriundos de sua produtividade (MOROSINI, 2018).

1.3 BASES IDEOLÓGICAS DO GERENCIALISMO NA GESTÃO DO TRABALHO DA APS

A APS é citada pela primeira vez como forma de organização dos sistemas de saúde em 1920, na Inglaterra no Relatório Dawson. Esse relatório coloca a necessidade de um modelo de atenção que envolve Centros de Saúde Primários e secundários, cuidado domiciliar e hospitalar. Os centros de saúde primários deveriam ser organizados de maneira regionalizada e os problemas de saúde seriam resolvidos por médicos generalistas e enfermeiros. Como forma de complementar os atendimentos desses profissionais, seriam realizadas as visitas domiciliares. No entanto, no caso de persistência dos problemas de saúde e esgotados os recursos de cuidado nesse serviço, os indivíduos seriam referenciados para os Centros de Saúde Secundários (FAUSTO E MATTA, 2007).

Desde 1960 a APS aparece em discussões internacionais, por se tratar de um modelo de atenção que pode ser adotado pelos países, por proporcionar acesso ao serviço de saúde e por ser uma possibilidade de mudar o modelo hegemônico, que é hospitalar, centrado no cuidado individual e na figura do médico. A APS é um modelo cuja proposta é inversa ao que era desenvolvido no território nacional, pois aposta em ações coletivas, democráticas, de promoção e de territorialização (FAUSTO E MATTA, 2007).

Segundo Fausto e Matta (2007) foi na declaração de Alma Ata, na Conferência de Cuidados Primários em Saúde, em 1978 que se buscou uma definição para a APS. Nessa conferência, o debate apontava que a saúde deveria ser para todos no ano 2000. A Alma-Ata traz o conceito de “Cuidados Primários em Saúde” que, de modo geral, apresenta como propósito ampliar a cobertura dos sistemas universais de saúde por meio da APS, em outras palavras, trata-se de um contexto para além de um pacote seletivo de cuidados básicos em saúde.

Após a Alma-Ata, vários países se espelharam nas propostas debatidas na conferência e optaram por investir na APS, uns caminhando para a reforma sanitária, e outros optaram por uma APS reducionista e com ações focalizadas, fugindo ao propósito universal da saúde como Direito (MATTOS, 2000).

O processo de tomada de decisão sobre implementação da APS pelos países não se deu num contexto favorável. Fausto e Matta (2007) afirmam que a Organização Mundial de Saúde se deparou com um enfrentamento político e econômico para preconizar a APS como novo modelo de atenção, conforme a Alma Ata propunha, uma vez que a proposta fugia dos interesses capitalistas vigentes.

Na reforma dos sistemas de saúde internacionais, os cuidados primários de saúde são tomados como prioridade e o modelo de gestão adotado para dar conta das necessidades sociais, considerando as questões econômicas é a tendência da contratualização, que foi adotada na década de 1990 e 2000, em especial, na Inglaterra e nos países da Europa Ocidental (ESCOVAL et al., 2010).

Nesse período, houve um enorme desenvolvimento de novas tecnologias de diagnóstico e de tratamento na medicina e uma grande fragmentação do trabalho na área da saúde, momento que ficou conhecido como “era das especialidades” (NETO et al., 2016, p. 1378). No Brasil, a temática dos cuidados primários em saúde vindos da Alma-Ata influenciou a criação de uma política nacional de saúde, impulsionou a Reforma Sanitária e, conseqüentemente, o SUS (ESCOREL et al., 2007).

Neste sentido, a APS no Brasil é estruturada tomando como bases os princípios da Reforma sanitária, a partir de 1990 (MELO et al., 2018):

Nesse período, o esforço de construção de um novo modelo assistencial se materializou, na APS, com a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs), do Programa de Saúde da Família (PSF), em um contexto e conjuntura política e econômica desfavoráveis a políticas universalistas. A partir de 1996, o PSF passou a ser apresentado como estratégia de mudança do modelo assistencial, superando o conceito de programa vinculado a uma noção de verticalidade e transitoriedade, sendo a Estratégia Saúde da Família (ESF) uma certa fusão do PACS com o PSF (MELO et al., 2018, p. 40).

Para Starfield e colaboradores (2005), a APS é a porta de entrada ao sistema de saúde, trata-se de um de nível de atenção resolutivo do SUS, apresentando atributos que norteiam o serviço e ações, tais como: primeiro contato; longitudinalidade; integralidade ou abrangência; coordenação do cuidado; centralidade na família; orientação para a comunidade e competência cultural.

Morosini (2018) contextualiza que a APS surge num cenário político e econômico de disputa e poder. Enquanto, em seu sentido original, tem o propósito de reorientar o modelo assistencial, baseado no sistema universal e integrado de atenção à saúde (FAUSTO E MATTA, 2007), vigora uma articulação ao capital, que pressupõe uma APS reducionista, com inferência da lógica do mercado para organização e execução do serviço. Nesse sentido, a APS nasce no Brasil em um contexto:

Político e social no qual o socialismo representava um contraponto importante às investidas do capital contra o trabalho, assim como os Estados de Bem-Estar Social ainda guardavam parte importante das conquistas sociais dos trabalhadores nos governos social-democratas. (MOROSINI, 2018, p. 84)

No ano de 1994, o Ministério da Saúde (MS) inicia o processo de implementação do PSF visando à reorganização da AB no país, norteado pelos preceitos do SUS e propõe, dentre outros aspectos, a atuação a nível territorial e busca integração com instituições e organizações sociais para o desenvolvimento de parcerias (BRASIL, 2006, p. 72).

De acordo com Machado (2007), citado por Castro e Fausto (2012), em 1995 o PSF é considerado, por Fernando Henrique Cardoso, um projeto prioritário, se constituindo como marco do governo por apresentar um caráter inovador e pela visibilidade política. Passou a ser enfatizado pelo Ministério da Saúde como principal estratégia de estruturação dos sistemas de saúde a partir da APS.

Cabe destacar também, que o Ministério da Saúde considerava o PSF como um programa simples, de baixo custo, mas se constituía como uma estratégia de reorganização da saúde, ao utilizar de implementação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde (BRASIL, 2012).

Em 1996, a edição da norma operacional básica (NOB-96) reconhece o Programa Saúde da Família (PSF) como estratégia a ser adotada pelo governo federal para ampliar e priorizar a APS no país. Nesse período, observa-se um significativo incentivo financeiro, por parte do governo federal, como forma de fortalecimento da APS com a criação do Piso da Atenção Básica (PAB) que tem um componente fixo, um cálculo sob o per capita, e uma parte variável, cujo incentivo é a adesão ao PAC e o PSF (CASTRO E FAUSTO, 2012)

O primeiro Pacto de Indicadores da Atenção Básica foi estabelecido em 1998, um processo que envolveu negociação intergestores de metas para a avaliação e o monitoramento da AB no SUS. E, posteriormente, foi criado o Sistema de Informação da Atenção Básica, também em 1998, em substituição ao Sistema de Informação do Programa de Agente Comunitário de Saúde (MOROSINI et al., 2018).

Dando continuidade às medidas de regulação da APS, por meio de normativas, tem-se a Norma Operacional de Assistência à Saúde 01/01 (NOAS/SUS 01/01), instituída pela portaria GM/MS nº 95, de 26 de janeiro de 2001, a qual apresentava como alguns de seus propósitos ampliar as responsabilidades dos Municípios e dos Estados no processo de regionalização, como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde na AB. Essa busca maior equidade e mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS (SERRA E RODRIGUES, 2007).

Em fevereiro de 2002, é estabelecida a NOAS/SUS 01/2002 e, dentre as questões discutidas nesta norma, constavam prestações de serviços de média e alta complexidade e o fortalecimento da gestão dos Estados sobre as referências intermunicipais (SERRA E RODRIGUES, 2007).

Além dos apontamentos citados, em relação a NOAS 01/2002, Castro e Fausto (2012) colocam que essa norma descreve os serviços básicos de saúde como principal porta de entrada ao

sistema, e reafirmam, ao citar Souza e Sampaio (2002), que a NOAS coloca a AB como prioridade para os gestores nas três esferas de governo, atribuindo a esse serviço a sua importância na organização dos sistemas de saúde.

Além das normas, tem-se o Pacto pela Vida que apresenta objetivos, metas e indicadores que, necessariamente, se traduzem em um conjunto de compromissos e responsabilidades para as práticas cotidianas nos serviços de APS, articulando-os à finalidade do trabalho. Entre estas prioridades está o fortalecimento da própria APS, organizada e qualificada pela Estratégia Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2008).

Como sinalizado, as normas se configuraram como mudanças importantes na gestão da APS, em termos de administração e financiamento, corroborando a afirmação de Santos (2017):

O PSF passa a ser denominado de Estratégia Saúde da Família, com várias alterações na gestão e no financiamento introduzidas ao longo das décadas de 1990 e 2000, através das normas operacionais básicas (NOB), das normas operacionais da assistência à saúde (NOAS), do Piso de Atenção Básica (PAB) fixo e variável, da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) de 2006 e 2011, e do Pacto pela saúde (SANTOS, 2017, p. 21).

Na busca pela reorientação do modelo de atenção, o Ministério da Saúde em 2002 com o suporte do Banco Mundial, fomentou o Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família. Esse projeto estava estruturado no tripé: “Apoio à Conversão do Modelo de Atenção Básica de Saúde, Desenvolvimento de Recursos Humanos e Monitoramento e Avaliação”, com objetivo de promover a expansão da APS, considerando a ESF como estratégia prioritária (CAZELI, 2003).

No Brasil, a PNAB teve sua primeira edição em 2006 e duas revisões, 2011 e 2017 respectivamente (MELO et al., 2018). Melo et al. (2018) destacam que os contextos políticos e econômicos influenciaram na elaboração dessas edições, e remetem o tipo de APS que o Ministério da Saúde propõe para o país.

A primeira versão da PNAB (2006) surge no contexto do Pacto pela Saúde. Verifica-se uma ampliação do escopo da AB e a incorporação dos atributos da APS de forma abrangente, além do reconhecimento da Saúde da Família como modelo substitutivo e de reorganização da AB. Após sua publicação, ocorre a expansão da ESF nos grandes centros urbanos, a incorporação e ampliação das Equipes de Saúde Bucal (ESB) e a criação dos Núcleos Ampliados de Apoio à Saúde da Família (NASF). No entanto, problemas como infraestrutura inadequada, subfinanciamento, modelo assistencial e dificuldade de atração de profissionais médicos são percebidos e considerados como nó(s) críticos para a implementação da política (MELO et al., 2018).

Os autores destacam que a edição de 2006 foi revisada para o enfrentamento dos nó(s) críticos observados. Logo, em 2011, é publicada uma segunda edição, fruto da revisão de 2006 que apresenta

o Requalifica UBS, programa que tem como objetivo incentivar reformas, ampliações, construções e informatização; o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) e o Programa Mais Médicos (PMM). Além desses programas, há a criação do e-SUS-AB, com oferta de prontuário eletrônico gratuito para os municípios, e conseqüentemente fomento à ampliação e/ou aprimoramento no uso, que é mediado por normativas (PINTO et al., 2014 apud MELO et al., 2018).

Os autores sinalizam que essa edição dispõe da possibilidade de criar diferentes modalidades de equipes como: consultórios na rua, ribeirinhas e fluviais, por exemplo. E por fim, salientam que houve um incremento no orçamento federal da AB, assim dizendo, no PAB variável e em recursos de investimento.

Ainda sobre o âmbito da PNAB (2011), ressalta-se que o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, criado pelo Ministério da Saúde em 2011, é um processo de contratualização que envolve o Governo Federal, pela figura do Ministério da Saúde, os municípios e as equipes da AB. Tinha como objetivo avaliar a qualidade do serviço e do trabalho das equipes, remunerando os profissionais de acordo com seu desempenho. Essa estratégia de medir, avaliar e remunerar por desempenho faz parte do escopo de ações do gerencialismo, modelo de gestão, utilizado pelo setor privado, que é introduzido no serviço público, e nesse caso na APS.

O programa envolve tanto a escolha de parâmetros adequados para a avaliação, quanto o investimento do próprio governo na qualidade dos profissionais, estando, ainda, vinculado à mudança da organização do próprio sistema de saúde brasileiro como um todo – não somente de uma parte dele – em que as equipes podem ou não ser remuneradas pelo seu desempenho mediante a avaliação do PMAQ (BRASIL, 2011). O PMAQ vigora como estratégia que mensura a qualidade da APS até dezembro de 2019, após encerrar o 3º ciclo de avaliação.

Em 2016, observou-se um contexto de fortalecimento do projeto neoliberal no Brasil. Há uma reorganização da política conservadora, que tem uma pauta antidemocrática e autoritária, muito demarcada. E a lógica racionalizante é assumida como novo horizonte, de forma hegemônica, para o enfrentamento do desequilíbrio econômico, via reorientação do papel do Estado e expansão do setor privado. Logo, tem-se a mercantilização das políticas sociais e restrição de direitos (MOROSINI et al., 2018).

Morosini et al. (2018) afirmam que esse processo de racionalização dos recursos foi um ato legislativo, por meio da Emenda Constitucional nº 95/2016, que congela por 20 anos a destinação de recursos públicos, o que compromete a execução de diversas políticas, especificamente no financiamento do SUS.

É nesse contexto sombrio que é publicada a terceira edição da PNAB, aprovada em 30 de agosto de 2017. O marco central no texto dessa política é a flexibilidade para execução das ações, o que leva à falsa crença de que essa medida proporciona o maior atendimento às especificidades locais regionais (MOROSINI et al., 2018).

Essa nova edição coloca a APS em risco, pois:

O seu principal efeito tende a ser o desmonte da ESF (ao invés do enfrentamento dos seus problemas, limites e desafios), em uma conjuntura em que seria desejável manter o que fora conquistado até o momento (MELO et al., 2018, p. 49).

Diante do exposto até aqui sobre o contexto histórico, político e econômico em que a APS foi criada, percebe-se mudanças significativas no que diz respeito a administração e gestão, em diálogo direto com os desafios que o SUS vem enfrentando. Em outras palavras, confirma-se quão sensível é a sustentabilidade da política pública de saúde do país. Assim, diante de afirmativas da ineficiência do Estado, em um cenário de crise econômica, estratégias como terceirização e flexibilização são apresentadas como norte para superação.

Carneiro (2013) ressalta que no setor público de saúde há uma agenda de gestão do trabalho que se apropria de medidas de flexibilização, para a expansão do serviço público a nível municipal, como, por exemplo, na ESF. Portanto, a APS é um campo mais atingido, uma vez que os gestores passam a defender essas parcerias do público com o setor privado como forma de expansão da ESF. Parecem entender que essas reconfigurações facilitam o enfrentamento da incapacidade da gestão pública em atender às demandas da população, bem como auxiliam no alcance das metas do Ministério da Saúde.

As mais recentes, iniciativas gerencialistas e de processo de flexibilização e terceirização da APS, que o Ministério da Saúde aposta, é pelo Programa Previne Brasil (Portaria nº 2979/2019) que institui mudanças no financiamento da APS; a Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária (Lei nº 13.958/2019), uma empresa com direitos privados para regulamentar e implementar o Programa Médicos pelo Brasil (BRASIL, 2019c); e por fim, a Carteira de Serviços, que dispõe de rol de serviços e procedimentos que a APS deve ofertar (BRASIL, 2019d).

Em novembro de 2019, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 2.979 que institui o programa Previne Brasil (BRASIL, 2019a), a nova proposta de financiamento da AB. Essa portaria altera, de forma estrutural, a lógica indutiva de organização da política de saúde, onde há extinção do PAB fixo e variável; e o recurso federal passa a ser transferido aos municípios de acordo com o número de pessoas cadastradas, e adota-se uma nova forma de pagamento por desempenho (MOROSINI et al., 2020).

Ao adotar a captação e avaliação de desempenho como critério para financiamento da APS no SUS, verifica-se uma restrição na qualidade do serviço a ser ofertado à população, podendo induzir ações focalizadas no cuidado. Essa nova condução na política pode colocar em risco as conquistas históricas de redução de desigualdades em saúde, ocorridas desde a implantação do SUS e da ESF (MASSUDA, 2020).

A APS, como um modelo de atenção, que preserva ações territoriais, de prevenção, promoção, educação, participação social, cobertura universal e alto potencial resolutivo se encontra ameaçada pelo Previne Brasil. Esse programa pode promover a destruição do sentido amplo da APS, pois:

A alteração no modelo de financiamento da APS trará impactos sobre o SUS e sobre a saúde da população, que precisam ser identificados e monitorados, principalmente diante da manutenção por longo prazo das medidas de austeridade fiscal que deverá agravar o sub-financiamento público da saúde no país (MASSUDA, 2020, p. 1184).

O Previne Brasil não dialoga com as bases que sustentam os ideais da PNAB de 2011 e, muito menos, com princípios do SUS. Pelo contrário, esse programa desorganiza a APS que estava tentando se consolidar, o que atrapalha a organização da gestão até para a tomada de decisão e implementação de ações concretas e reais de cuidado no território. A cobertura de APS é sinônimo de número de cadastros realizados, na lógica reducionista desse programa.

Nesse novo modelo de financiamento, o município precisa fazer o “dever de casa”, ou melhor, precisa aumentar o número de cadastro e alcançar os indicadores de desempenho para poder ter acesso ao recurso federal. Não há tempo para gestão do cuidado no território, a corrida dos profissionais é para aumentar os cadastros e os indicadores de desempenho.

Em continuidade às ações de desarticulação da APS que sucederam o Programa Previne Brasil, Morosini et al. (2020), destacam que em agosto 2019 o Ministério da Saúde encaminha ao Congresso Nacional a Medida Provisória (MP) nº 890, que em seguida vira a Lei nº 13.958 14 de dezembro de 2019 e institui o Programa Médicos pelo Brasil (PMB). Além disso, autoriza a criação da Agência para Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (ADAPS), instituição de direito privado, com modalidade paraestatal. No mesmo ano, também é lançada a proposta da Carteira de Serviços para a APS (CaSAPS), que estabelece uma relação de serviços a serem ofertados pela AB, como prestadora de serviços.

Como sinalizado, a APS desde 1994, vem passando por mudanças na administração, gestão e organização, e isso é resultado do contexto político e econômico, que introduz no serviço público estratégias de flexibilização. Como forma de organização, tem-se a indução e predomínio de ações gerencialistas para fins de alcance de metas, assim como percebe-se o estreitamento cada vez mais forte com setor privado. O privado ganha força e terreno no serviço público, assumindo a

administração do serviço por meio de processos de contratualização. Com isso, depara-se com a falácia de que ao utilizar as estratégias gerencialistas, presta-se um serviço de qualidade para os usuários do serviço.

No entanto, Morosini et al. (2020) reafirmam que os efeitos do gerencialismo fortalecem as práticas e ações pautadas na mensuração produtiva do trabalho, as quais prejudicam a valorização da escuta e a interação subjetiva do processo de trabalho nas organizações.

A racionalidade vista na saúde aprofunda questões de precarização e desvalorização do trabalhador. Esse modelo, como parte de uma ideologia, se apropria dos aspectos objetivos e subjetivos do trabalho, fragilizando identidades e projetos de vida.

As características do gerencialismo na APS são intensas, densas, propositivas e isso faz parte do escopo da arquitetura e dos objetivos do sistema neoliberal. Os nó(s) críticos do serviço público não são resolvidos com a inclusão dessas medidas, e o que se tem, no entanto, é um estado de precarização do trabalho, dos vínculos e do próprio serviço, que é cada vez mais sucateado e desmontado.

Em 2020, esse quadro se agudiza com a pandemia da COVID-19 e a APS precisa ser reorganizada para atender os sintomáticos respiratórios, evitar a contaminação disseminada do vírus e continuar dando conta da sua própria carteira de serviços que se correlaciona com os indicadores do Programa Previne Brasil.

No próximo capítulo, discute-se a organização da APS na pandemia, considerando que esse serviço é porta de entrada aos serviços do SUS e tem um potencial de resolutividade no território, pois suas ações se capilarizam.

2 A APS DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19: ORGANIZAÇÃO E PROCESSO DE TRABALHO

2.1 O TRABALHO NA APS EM TEMPOS “NORMAIS”: PERÍODO ANTERIOR A PANDEMIA DA COVID-19

Neste capítulo, fundamenta-se que a organização do processo de trabalho da APS é direcionada pela PNAB 2017, ainda vigente, apesar das mudanças recentes. Como sinalizado anteriormente, a PNAB tem passado por alterações significativas, e o Programa Previne Brasil, por exemplo, é uma dessas mudanças que vem redirecionando o processo de organização do trabalho na execução da política no âmbito municipal.

A proposta, segundo o Ministério da Saúde, tem como princípio a estruturação de um modelo de financiamento focado em aumentar o acesso das pessoas aos serviços da APS e o vínculo entre população e equipe, com base em mecanismos que induzem à responsabilização dos gestores e dos profissionais pelas pessoas que assistem (BRASIL, 2022).

É importante ponderar, que apesar das recentes mudanças, o Ministério da Saúde reconhece a AB como principal porta de entrada, centro de comunicação da RAS, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede, conforme disposto na PNAB em vigor (BRASIL, 2017).

Nesse sentido, define que a APS é:

O conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (BRASIL, 2017, p. 2).

A PNAB, como política tripartite, apresenta atribuições específicas para cada ente. E como o foco dessa pesquisa é a percepção dos gestores que executam a política nos municípios sobre a organização do trabalho, considerou-se importante pontuar as ações que são de responsabilidades da esfera municipal.

No artigo 10 da portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 – que aprova a PNAB e estabelece a revisão de diretrizes para a organização da AB - encontram-se dezenove ações que são de responsabilidade das Secretarias Municipais de Saúde (SMS), no âmbito de seus limites territoriais. Dentre essas responsabilidades, verifica-se as relacionadas com o processo de gestão e que se configuram como ações de Gestão de Processo de decisão e Implementação da política.

Em síntese, as ações versam sobre: a APS como porta de entrada e ordenadora da rede, a ESF como estratégia prioritária; estabelecimento de fluxo de atenção e linha de cuidado, a importância do vínculo e coordenação do cuidado; desenvolvimento de ações de base territorial a partir das necessidades de saúde; o monitoramento e avaliação dos dados nos sistemas de informação; atualização mensal dos profissionais, carga horária, serviços disponibilizados, equipamentos; organização e acompanhamento do processo de cadastro e das condições avaliadas; e, por fim, prestação de apoio institucional às equipes e serviços no processo de implantação e qualificação da atenção (ampliação da ESF).

Diante do exposto, observa-se que as funções de implantação da APS pelos municípios estão relacionadas com o planejamento, o processo de tomada de decisão e direcionamento das ações de acordo com as especificidades locais. A portaria também apresenta as atribuições comuns e específicas a todas as categorias profissionais na APS (enfermeiros, médicos, técnicos de enfermagem, cirurgião - dentistas, auxiliar de saúde bucal, técnica de saúde bucal, agente comunitário de saúde e o agente de endemia) e os que compõem as equipes do NASF.

Apesar das equipes do NASF serem mencionadas na PNAB 2017 como importantes, o Ministério da Saúde, por meio da Nota Técnica nº 3/2020-DESF/SAPS/MS (BRASIL, 2020c), informou que não faria mais transferência de recurso para essas equipes, seja para o credenciamento de novas equipes ou para a manutenção dessas. O ERJ, no entanto, pelo Programa Estadual de Financiamento da Atenção Primária à Saúde (PREFAPS), continua reconhecendo as equipes do NASF como importantes para a resolutividade das ações da APS. Assim, os municípios do ERJ que decidiram pela continuidade das equipes atuando nos territórios como NASF, fazem jus ao incentivo do recurso do PREFAPS, pelo componente sustentabilidade e o de expansão (ao ampliar o número de equipes, pleiteando o componente de expansão do programa).

O PREFAPS tem por objetivo: 1) apoiar a manutenção das eSF, Saúde Bucal nas ESFs, NASF, Consultórios na Rua e polos de Academia da Saúde; 2) fomentar a expansão da cobertura de APS por meio da ampliação do número de equipes; e 3) incentivar a melhoria da qualidade, a partir do alcance de metas no âmbito da APS (SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO, 2019).

Reconhece-se a importância de cada categoria profissional no acompanhamento dos indivíduos/ famílias no território, no cadastramento, no acolhimento, nas ações individuais e coletivas de educação e saúde, para alimentar os sistemas de informação, monitorar e traçar estratégias de cuidado. No entanto, no que se refere às atribuições específicas, apresenta-se de forma mais

detalhadas as que estão relacionadas aos enfermeiros, técnicos de enfermagem e ACS, conforme quadro abaixo:

Quadro 2 – Síntese das atribuições profissionais do Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e ACS, segundo a PNAB 2017

ATRIBUIÇÕES PROFISSIONAIS (PNAB -2017)	CATEGORIAS PROFISSIONAIS		
	Enfermeiros	Técnico de Enfermagem	ACS
	Realizar atenção à saúde aos indivíduos e famílias vinculadas às equipes e, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários, em todos os ciclos de vida; Consultas de enfermagem (procedimentos, solicitar exames complementares, prescrever medicações conforme protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas), Supervisionar acolhimento com escuta qualificada e classificação de risco, de acordo com protocolos estabelecidos;Estratificação de risco e elaborar plano de cuidados para as pessoas que possuem condições crônicas com a equipes; Realizar atividades em grupo; Planejar, gerenciar, avaliar e supervisionar as ações desenvolvidas pelos técnicos/auxiliares de enfermagem, ACS e ACE; e Implementar e manter atualizados rotinas (protocolos e fluxos relacionados a sua área de competência na UBS)	Participar das atividades de atenção à saúde realizando procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão na UBS quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários; Realizar procedimentos de enfermagem (curativos, administração de medicamentos, vacinas, coleta de material para exames, lavagem, preparação e esterilização de materiais, entre outras atividades delegadas pelo enfermeiro e regulamentadas)	Trabalhar com adscrição de indivíduos e famílias em base geográfica definida e cadastrar todas as pessoas de sua área, manter os dados atualizados no sistema de informação da Atenção Básica vigente;Utilizar instrumentos para a coleta de informações (para diagnóstico demográfico e sociocultural da comunidade);Registrar os dados de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde, garantido o sigilo ético; Desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS; Informar os usuários sobre as datas e horários de consultas e exames agendados;Participar dos processos de regulação a partir da Atenção Básica para acompanhamento das necessidades dos usuários a RAS; Atividades em caráter excepcional, assistidas por profissional de saúde de nível superior (aferrir a pressão arterial, realizar a medição da glicemia capilar, aferição da temperatura axilar,realizar técnicas limpas de curativo e Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS e ACE em conjunto com a equipe)

Fonte: Elaboração própria, a partir da PNAB 2017.

Essa decisão de descrever em detalhes as atribuições desses profissionais deriva da percepção de que a definição do trabalho dos ACS e enfermeiros, ao longo das revisões da PNAB, têm passado por mudanças significativas.

Segundo Morosini e Fonseca (2018), na terceira edição da PNAB encontra-se ainda mais nítida a redução do eixo de educação e saúde, desenvolvido pelos ACS, que passa a ser substituída por funções burocráticas dentro das unidades, quer dizer, a natureza do trabalho do ACS se encontra em risco, pelas configurações adotadas na proposta de atuação na ESF.

Em síntese, ao disposto na PNAB (2017) sobre a atuação do enfermeiro, entende-se que esse profissional atua em equipe, com prática norteada por legislação própria, protocolos e pela PNAB. Sua atribuição baseia-se em práticas que envolvem ações de prevenção, proteção e promoção à saúde de pessoas, seus familiares e da comunidade (ALMEIDA, 2021).

Esses profissionais também atuam como responsáveis técnicos das equipes, são supervisores dos técnicos de enfermagem e dos ACS e, em alguns municípios, também atuam como gerentes. Essa

múltipla atuação pode configurar, muitas vezes, acúmulo de função, excesso de trabalho e alienação do seu processo que geram penosidades, agravadas pela precarização dos vínculos. É importante lembrar que toda essa estrutura integra uma lógica gerencialista.

Segundo Almeida (2021), há uma ausência de estudos que discutam a prática do enfermeiro e a criação de ferramentas de apoio. Enfatiza-se, no entanto, que esses estudos precisam convergir com uma perspectiva de denúncia sobre a precarização do trabalho dessa categoria na APS. Há uma disputa entre o campo científico e os interesses hegemônicos do capital sobre o trabalho do enfermeiro, pois quanto menos houver estudo que demonstre a superexploração dessa categoria profissional na APS, mais se atende aos interesses do capital, que sofisticava estratégias de apropriação do trabalho do enfermeiro.

O que se percebe, são movimentos de aumento do escopo da prática clínica para o profissional Enfermeiro da APS. Onde protocolos e normas, aquém das necessidades concretas de saúde da população, ditam um processo de trabalho voltado para o modelo biomédico (ALMEIDA, 2021, p.58).

De acordo com Almeida (2021), a reestruturação produtiva repercute sobre o trabalhador enfermeiro que atua na ESF, pois ele não compreende a origem da precariedade e precarização que domina o seu processo de trabalho. Assim, verifica-se a alienação presente em seu cotidiano, exacerbada pelo excesso de atribuições que nubla a visão desses profissionais sobre trabalho que desempenham. Logo, segue reproduzindo ações no automático e chega a paralisar por esgotamento físico e mental.

É primordial, nessa discussão, reconhecer e desconstruir as relações gerencialistas incorporadas no setor saúde, na APS, como algo “normal”. Portanto é preciso recuperar a perspectiva que o trabalho é construção social, sustentando símbolos e significados que expressam relações sociais. O trabalho, como atividade viva, pode ser monótono ou criativo, prescritivo e/ou real, mas sempre mobilizado por um ser vivo. Logo, não pode se constituir como uma atividade deslocada do sujeito.

Antunes (2009) afirma que o trabalho é uma atividade vital para o ser humano, e que necessitamos do trabalho humano, bem como do seu potencial emancipador. O autor discute os sentidos do trabalho estruturantes da humanidade e a prerrogativa do capital, indicando que são definições antagônicas, pois as bases do capital são desestruturantes para a humanidade.

E essa contraditória processualidade do trabalho, que emancipa e aliena, humaniza e sujeita, libera e escraviza, converte o estudo do trabalho humano numa questão crucial de nosso mundo e de nossas vidas neste conturbado século XXI, cujo desafio maior é dar sentido autoconstituente ao trabalho humano e tornar nossa vida fora do trabalho também dotada de sentido (ANTUNES, 2009, p. 12).

Uma das dimensões dessa “questão crucial” no caso do presente estudo refere-se às dificuldades de fixação de trabalhadores na AB, principalmente da categoria médica. Nesse sentido, os gestores municipais optam por modelos de contratação para a prestação de serviços públicos, e às vezes, decidem por 2 modelos, por exemplo, que são praticados simultaneamente. Eles incluem contratos de gestão geridos por Organizações Sociais de Saúde (OSS) para fornecimento de profissionais de saúde, mas também efetivam contratos com autarquias ou fundações públicas (COELHO E GREVE, 2016).

Segundo Ditterich (2011), uma das estratégias de fixação de profissionais é via processos de contratualização estabelecidas entre o serviço público e a empresa privada que intermedeia a contratação de pessoal, bem como a forma de gerir o trabalho. E faz uso de incentivos para a retribuição direta ou indireta para os trabalhadores de saúde. Estes incentivos se constituem como ganhos adicionados ao salário que visam mobilizar os trabalhadores para que haja o alcance das metas. Incentivos que mexem com aspectos subjetivos, considerados motivacionais por quem propõe. No entanto, essa lógica é perversa uma vez que a engenharia gerencialista, do modo de produção se apropria de questões próprias do sujeito para garantir benefícios ao capital.

Essa questão sobre motivação é extremamente delicada e de difícil definição, pois envolve distintas concepções sobre o comportamento humano e sua complexa constituição. A motivação está associada tanto às questões coletivas, históricas como específicas do ser humano que variam com o tempo e o lugar. Os indivíduos, por serem diferentes, apresentam formas particulares para perseguir seus objetivos e gerar satisfação (SILVA, 2021). Uma compreensão mais aprofundada sobre esse processo é necessária para permitir uma reflexão crítica sobre o que atravessa o mundo do trabalho e envolve o trabalhador. Nesse sentido, o apelo ao aspecto “motivacional” do trabalhador, através de bônus salarial, é uma estratégia ultrajante.

A motivação relacionada ao trabalho depende do sentido que é dado a ele e a produção de sentidos é socialmente construída. Quer dizer, reconhece-se diferentes camadas que condicionam a percepção de motivação para cada pessoa e que esse processo é dinâmico uma vez que as necessidades variam de indivíduo para indivíduo e para um mesmo indivíduo ao longo do tempo (CHIAVENATO, 2002 apud SILVA, 2021)

Cabe tecer aproximações entre motivação e participação e, nesse caso, a PNAB (2017) orienta que os gestores devem proporcionar espaços de participação dos trabalhadores. No entanto, há dúvidas se esse mecanismo na prática existe, nem que seja para discutir as melhores estratégias para o alcance dos indicadores.

A estratégia de pagamento por desempenho enquanto instrumento de gestão do trabalho deve ser revista, pois pode não ser um mecanismo de reflexão para a prática dos profissionais e das equipes. Sua associação a uma estrutura rígida segue uma lógica extremamente quantitativa e que não promove espaços para mudanças e interpretações ao considerar as realidades locais, ou até mesmo na atuação das categorias profissionais presentes na ESF (SANTOS, 2017).

É fundamental afirmar que os indicadores e metas não são vistos como problema, uma vez que a informação é um instrumento essencial para a tomada de decisões, principalmente no setor saúde. Trata-se de uma ferramenta imprescindível na tomada de decisão na gestão e constitui uma tríade - “informação-decisão-ação”. Essa tríade sintetiza a dinâmica de mobilização do setor saúde a partir da informação de um indivíduo ou suspeita de caso de alguma doença ou agravo (BRASIL, 2021a).

A crítica, aqui apontada, refere-se ao modelo gerencialista que direciona as ações organizativas da APS a partir de indicadores e metas e sua associação com o pagamento por desempenho. Essas estratégias podem estimular a competição das equipes, fomentar perda do sentido do trabalho (alienação), provocando efeitos deletérios, em vez de servir como incentivo, motivação, gerar melhores condições de trabalho e qualidade da atenção (SANTOS, 2017; FONSECA E MENDONÇA, 2014).

Para Albuquerque (2011), a ESF deve se apresentar como uma estrutura de gestão horizontalizada, a partir da compreensão dos diferentes saberes dos trabalhadores, considerando não só as dimensões conceituais como os pontos de vista que cada trabalhador traz de suas vivências e experiências nas relações interpessoais e com o território.

Na PNAB (2017), na seção sobre processo de trabalho, há um ponto que menciona o fomento da participação coletiva nos processos de gestão como uma diretriz de qualificação dos modelos de gestão:

Implementação de diretrizes de qualificação dos modelos de atenção e gestão, tais como, a participação coletiva nos processos de gestão, a valorização, fomento a autonomia e protagonismo dos diferentes sujeitos implicados na produção de saúde, autocuidado apoiado, o compromisso com a ambiência e com as condições de trabalho e cuidado, a constituição de vínculos solidários, a identificação das necessidades sociais e organização do serviço em função delas, entre outras (BRASIL, 2017, p. 44).

No entanto, o trabalho que tem sido proposto pela PNAB e portarias do Ministério da Saúde para a APS distanciam o trabalhador do seu trabalho. A mecanização, o engessamento das ações pode direcionar para uma lógica de trabalho verticalizado, que não fomenta espaços de participação do trabalhador no seu trabalho.

Entende-se que o sujeito é constituído por relações objetivas e subjetivas. Logo, como o trabalho é uma atividade humana, essas questões também se manifestam no ato de trabalhar. Uma vez que não há como desassociar do ser humano a sua essência no período em que está trabalhando.

Os trabalhadores da gestão da APS devem fomentar e mobilizar as equipes para discussão e organização do serviço, visando garantir espaços para a participação da comunidade no exercício do controle social (BRASIL, 2017).

Os espaços coletivos de organização do serviço na APS se configuram com uma base nuclear para lidar com as necessidades de saúde da atualidade. Esses espaços devem envolver todos os diferentes sujeitos que fazem parte do processo de cuidado. É necessário que esses espaços sejam organizados numa lógica de gestão participativa, de modo que todos os participantes possam contribuir e deliberar sobre formas de intervenção no contexto (MASSUDA, 2010).

Massuda (2010) afirma, ainda, que a participação de diferentes integrantes da ESF nos espaços coletivos é fundamental para construção, gerenciamento e garantia da sustentabilidade. O autor vai além, enfatizando que esses espaços devem envolver outros serviços e equipamentos sociais dispostos no território, pois podem contribuir com o cuidado em saúde.

No SUS, há processos participativos regulamentados desde 1990, como os conselhos municipais de saúde (ASSIS, 2003). Mas, diante da lógica gerencialista que entende trabalhador como colaborador, há a necessidade de pensar em ferramentas de gestão que possam promover a construção de uma gestão participativa já que dispositivos de participação social no SUS não tem conseguido garantir a defesa dos interesses da população em sua totalidade.

Nesses espaços têm sido observado que as práticas estão muito mais centradas em interesses individuais do que coletivos. Sendo assim, é necessário urgentemente construir novas lógicas, gestão colegiada, em que o sujeito possa discutir, analisar e intervir nas práticas em defesa dos interesses da sociedade (ASSIS, 2003).

Segundo Misoczky (2003) são necessários espaços coletivos de gestão que rompam com os processos hierárquicos de centralização das decisões, na figura única do gestor. É preciso constituir espaços que fomentem a participação dos trabalhadores e dos cidadãos na vida das organizações e no que essas produzem para a sociedade.

A gestão participativa é uma valiosa estratégia para a construção de mudanças nos modos de gerir as práticas de saúde. Neste modelo, todos participam da organização do trabalho, ou seja, todos participam dos espaços de decisão que contemplam a inserção de distintos sujeitos no processo decisório (BRASIL, 2009).

Embora a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (PNH), disponha sobre a gestão participativa como uma estratégia prática e que pode promover mudanças na organização de processos verticalizados que são executados, na realidade dos serviços na gestão as ações continuam tendo uma entonação verticalizada, mesmo nos espaços que se configuram como sendo participativos (BERNARDES et al., 2011).

Segundo Navarro (2005), o sujeito humano é um ser que se relaciona, interage, pensa, planeja e vive construindo, compartilhando histórias, experiência com e do mundo, através do diálogo. E ao mesmo tempo que é um ser único, ele também é plural, pois vive constantemente num processo dialógico. Neste sentido, o ser humano apresenta em sua essência uma natureza dialógica.

No manuscrito da Pedagogia do Oprimido (2018), o diálogo é definido como a essência do ser humano, e é por meio deste que há encontros com o outro, o que permite que o ser humano seja criador e sujeito.

Se é pela palavra que o ser humano revela sua humanidade, é no diálogo que ele se encontra com o outro. Só uma comunicação autêntica, na reciprocidade e na igualdade de condições, estabelecidas pelo diálogo, é que o indivíduo torna-se criador e sujeito (FREIRE et al., 2018, p. 14).

O diálogo que Paulo Freire menciona em sua obra, é aquele que promove transformação social, não é uma troca de ideias, mas é aquele que envolve ação e reflexão (Práxis). O diálogo que o autor instiga não é um ato de verbalização. Ele chama atenção para as formas de apropriação do diálogo, pois quando esse ocorre numa relação desigual, utópica, romântica, que parte do oprimido para o opressor, é um falso diálogo. A aposta de Freire é no diálogo entre os “oprimidos para a superação de sua condição de oprimidos. Esse diálogo supõe e se completa, ao mesmo tempo, na organização de classe, na luta comum contra o opressor, portanto, no conflito” (FREIRE, et al., 2018, p. 15).

Para Navarro (2005), não se pode negar a importância do diálogo na vida dos seres humanos, pois essa ação o afasta de sua própria essência. Logo, é necessário compreender que a vida se constrói nas relações dialógicas, e o ser humano é o participante ativo desse processo. Deste modo, os momentos de crises são janelas de oportunidades para estratégias dialógicas, para a transformação de práticas sociais, a partir da ação e reflexão do próprio contexto que se vive.

Segundo Merhy (2002), o trabalho em saúde se efetiva através das relações entre pessoas, em todas as fases de sua realização, logo ele estará sujeito aos desígnios do trabalhador em seu espaço autônomo, privado, e de concretização da prática. Assim, o trabalhador atua fazendo uma mistura, nem sempre evidente, entre seus territórios privados de ação e o processo público de trabalho. O

cotidiano, portanto, tem duas faces: a das normas e papéis institucionais e a das práticas privadas de cada trabalhador.

Quando se anuncia no Brasil a emergência em saúde pública causada pela pandemia da COVID-19, o que se tem de contexto de organização da APS, como normativa política é a edição da PNAB-2017, associada a lógica gerencialista de racionalidade dos recursos, o novo programa de financiamento (Previne Brasil), uma CaSAPS e o Programa Médicos pelo Brasil, sobre direção de uma agência privada. Expressões de um conjunto de dificuldades e problemas agudizados na última década. Nesse sentido, entender a organização da APS antes do contexto pandêmico auxilia no reconhecimento e compreensão do que foi esse período para os trabalhadores que atuaram na pandemia, pois foram essas estratégias que influenciaram e nortearam a organização do trabalho.

É certo que houve alguns constrangimentos que permitiram a não cobrança na íntegra das regras do jogo, como, por exemplo, nas transferências dos recursos associados aos componentes do Previne Brasil. Mas, ressalta-se que mesmo diante das exceções por conta da pandemia, esse programa de financiamento já exercia um peso na gestão municipal da APS, na organização do trabalho das equipes, bem como na dos trabalhadores.

2.2 ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO DA APS: DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19, O QUE ROLOU?

Em fevereiro de 2020, o Ministério da Saúde reconheceu a presença do coronavírus no Brasil, assumindo que se tratava de um período de pandemia. A presença desse vírus em territórios nacionais trouxe à tona as questões negligenciadas pelo poder público, principalmente no setor saúde (MOROSINI et al., 2020). Ressalta-se que o posicionamento do presidente da República, ao minimizar os efeitos e as consequências da pandemia, colocou o setor saúde numa situação de risco de colapso eminente. Um agravante ao imenso desafio de manejo adequado e enfrentamento da pandemia. Esse representante negou a existência da pandemia, ao ponto de neutralizar a atuação técnica do Ministério da Saúde. Dessa forma, governadores e prefeitos assumem o protagonismo para execução da política nacional, reorganizar os serviços e atender a população afetada (FERNANDEZ et al., 2020).

Medina e colaboradores (2020) colocam que a reorganização dos sistemas de saúde em vários países, assim como no Brasil, para o enfrentamento à COVID-19, estava centrada em serviços hospitalares, visando, principalmente, a ampliação do número de leitos. Diante desse cenário, localizou-se a importância da saúde pública na caracterização do papel do ambiente, assim como na

organização do processo de trabalho e no cuidado na transmissão da doença (REDE APS ABRASCO, 2020).

Ao falar no cuidado nesse período de pandemia, chama-se a atenção para abordagens em torno da segurança do trabalho. Logo, verificou-se a necessidade urgente de pautas como: “medidas de adequação da equipe em relação a números, melhoria na organização e nas condições de trabalho, fornecimento de EPIs em quantidade e qualidades adequadas, com treinamento também adequado de uso e descarte” (SILVA et al., 2020, p. 6).

Desde que a Situação de Emergência em Saúde Pública causada pela pandemia da COVID-19 foi anunciada mundialmente, diversos organismos e instituições publicaram estudos, diretrizes e normativas que tinham por finalidade tanto orientar os trabalhadores da saúde que atuava na linha de frente, como organizar os serviços e o cuidado para a contenção da disseminação da COVID-19. No Brasil, essas recomendações foram emitidas pelo Ministério da Saúde e instituições como Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), universidades, assim como conselhos de categorias profissionais (MEDINA et al., 2020).

Barbosa et al. (2020), ressaltam o papel decisivo da APS na proteção da saúde, na prevenção e controle de doenças infecciosas, e na identificação de diagnóstico precoce, tratamento, acompanhamento e monitoramento (individual e familiar), que são fundamentais para caracterização do processo saúde/doença. No que se refere ao controle de infecções, observa-se que o trabalho é centrado em medidas que visem a redução de risco de transmissão na própria unidade, no domicílio e na comunidade.

De acordo com o Ministério da Saúde, 80% dos casos de COVID-19 podem ser manejados na APS, por se manifestarem de forma leve e moderada. A APS é o nível de atenção capaz de atuar contendo transmissão do COVID-19 e teve como atribuição, nesse momento, identificar precocemente os casos com síndrome gripal e manejar adequadamente os mesmos, potencializando as ações de cuidado longitudinal aos cidadãos. Um dos seus papéis foi atuar na coordenação e articulação da rede, nas ações entre os demais níveis da RAS (BRASIL, 2020b).

Mesmo reconhecendo as diversas fragilidades de atuação das equipes, ressalta-se que a Estratégia Saúde da Família (ESF) é o modelo mais adequado por seus atributos de responsabilidade territorial e orientação comunitária, para apoiar as populações em situação de isolamento social, pois, mais do que nunca, é preciso manter o contato e o vínculo das pessoas com os profissionais, responsáveis pelo cuidado à saúde (MEDINA et al., 2020, p. 1).

Nogueira e Lacerda (2020) ressaltam a importância da APS na pandemia, uma vez que suas ações são de base territorial, e em termos de acesso, possibilitam o rastreamento de casos suspeitos

em tempo oportuno, o acompanhamento da evolução da doença e os cuidados necessários com pessoas que convivem com usuários que foram contaminados pela doença.

Reforça-se que para o controle de uma epidemia é necessário o cuidado individual para reduzir os agravos e morte, assim como também se necessita da abordagem comunitária. As equipes da APS conhecem o território, as famílias, os indivíduos, as necessidades e demandas sociais e de saúde. Logo, essas equipes possuem um papel importante na abordagem comunitária devendo esse atributo da ESF ser resgatado, ativado e fortalecido na pandemia, para evitar a disseminação do vírus (GIOVANELLA, 2020).

A APS precisou adotar medidas efetivas para o controle e disseminação do vírus e das infecções causadas por esse. Assim, foram necessárias elaboração de protocolos, fluxogramas e notas técnicas para profissionais de saúde, orientando condutas de cuidado a esses e a comunidade, além de garantir os atendimentos das gestantes, crianças, idosos, vacinação e medicação de forma segura e eficaz para a população. Tinha como perspectiva evitar que os usuários, durante a pandemia, ficassem desassistidos e tivessem o acompanhamento das comorbidades e agravos crônicos descontinuados (RODRIGUES, 2020).

Sarti et al. (2020) destacam que a APS deveria ser potencializada como porta de entrada a outros níveis e serviços de saúde, atuando como ordenadora da rede e do cuidado. Para apoiar no diagnóstico e compartilhar com a equipe de saúde deveria ter profissionais suficientes para o exercício da vigilância em ambiente comunitário e domiciliar; apresentar equipamentos de proteção individual (EPI) adequados e em número suficiente para os profissionais de saúde e indivíduos sintomáticos; organizar os processos de trabalho que articulassem bem as metodologias de acesso ao serviço, a assistência às pessoas e a produção de informações que pudessem retroalimentar o serviço e o sistema em tempo oportuno, fortalecendo o cuidado prestado a toda a população.

Giovanella (2020), salienta a importância da articulação intersetorial por parte das equipes, principalmente, durante a pandemia para apoiar sua população em relação às suas vulnerabilidades. Assim, o ato de cuidado não sofreria paralisação, mas seguiria transitando pelas ações de promoção, prevenção, estratégias de vigilância em saúde, apoio social, sanitário a população e aos grupos prioritários.

(...) uma APS forte, organizada e com pessoal qualificado e em número adequado pode contribuir para diminuir a incidência da infecção na população adscrita, com impacto direto na diminuição da morbimortalidade. Por meio do trabalho comunitário pode atuar para a redução da disseminação da infecção, acompanhar os casos leves em isolamento domiciliar, apoiar as comunidades durante o distanciamento social, identificar e conduzir situações de vulnerabilidade individual

ou coletiva e, principalmente, garantir o acesso a cuidados de saúde e o necessário encaminhamento nas fases mais críticas da epidemia (DAUMAS et al., 2020, p. 2).

Andres et al. (2021) ressaltam que a pandemia agudiza problemas estruturais da APS, e aponta desafios. Neste sentido, no processo de reorganização da APS, umas das dificuldades encontradas era atender de forma segura, nas unidades, os usuários com sintomas respiratórios, e os demais usuários com doenças crônicas e agudas. No entanto, esbarrava-se na questão da estrutura das unidades que não favorece um melhor fluxo de acesso, para realizar os atendimentos aos usuários com sintomas respiratórios e os que não possuíam, em ambientes separados.

Além desse fator havia a questão dos recursos humanos, pois a necessidade era de um quantitativo profissional maior para atender a demanda (ANDRES et al., 2021), mas sabe-se das dificuldades da APS em fixar profissionais. Na situação de pandemia alguns trabalhadores foram afastados por possuírem condições de saúde que poderiam ser agravadas em caso de possível contaminação e outros por terem sido acometidos pela doença, reduzindo o quadro de trabalhadores.

Cabe destacar que alguns municípios realizaram contratos emergenciais para ampliar trabalhadores, gerando preocupação com relação ao possível déficit de profissionais após a finalização dos contratos, já que não há garantia de condições para absorver esses profissionais como quadro fixo.

Outro fator que se constituiu na pandemia como um desafio foi a aquisição em quantidade e qualidade dos EPI, pois se deparou com questões humanas e éticas dos fornecedores que dificultaram na compra, logística dos materiais, além dos reajustes nos preços.

Gerenciar o orçamento de compras de EPI que, lamentavelmente sofreu com a falta de atitude humanitária, ética e compromisso com a vida por parte de muitos fornecedores, que inviabilizavam a conclusão das compras alegando problemas de logística, reajuste de preços ou descontinuidade de contratos (MENESES, 2020, p. 4).

O Estado deveria garantir, em especial na pandemia, condições de trabalho e vínculos empregatícios estáveis para os trabalhadores da APS, além de assegurar o cumprimento de políticas em torno da saúde do trabalhador do SUS; o afastamento, bem como o trabalho remoto para os que fazem parte dos grupos de maior vulnerabilidade à COVID-19. Assim como, fornecer os EPIs adequados e processos formativos na APS.

Para fomentar a reorganização da APS o Ministério da Saúde, por intermédio da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS-MS), estabeleceu parcerias com a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), de modo que foram elaboradas uma série de estratégias de apoio aos gestores locais, em articulação com o Conselho Nacional de Secretários Estaduais (CONASS) e Municipais de Saúde (CONASEMS) (HARZHEIM et al., 2020).

De acordo com Harzheim e colaboradores (2020), o MS elaborou um conjunto de ações federais – cerca de 14 estratégias – para o apoio e fortalecimento local no combate ao COVID-19 no âmbito da APS, com foco no cuidado, no monitoramento e na investigação das pessoas com síndrome gripal e/ou sintomas leves da COVID-19.

Essas estratégias na APS previam a redução da curva epidêmica e de encaminhamentos desnecessários para rede terciária, de forma a permitir que os municípios pudessem se preparar de forma mais adequada para atender aos casos que necessitem de internação e de cuidados de leitos de terapia intensiva. Dentre essas 14 ações, encontra-se a produção e divulgação de protocolo clínico e dezenas de materiais de orientação preventiva e assistencial contra COVID-19 na APS (HARZHEIM et al., 2020).

Tomando como base as diretrizes e as normativas que dispõem sobre medidas de cuidado de enfrentamento a COVID-19, as gestões de equipes de saúde precisaram atuar de forma proativa, com a finalidade de fortalecer o grupo, usar de franqueza, transparência e discutir coletivamente as situações a serem enfrentadas (SILVA et al., 2020). Neste sentido, a gestão precisou traçar estratégias de qualificação do cuidado para usuários e profissionais. Para tal, foram abarcadas “capacitações para o atendimento, fornecimento de EPI, capacitação e supervisão na adoção de normas de biossegurança já preconizadas pelas sociedades científicas ante a COVID-19” (GLERIANO et al., 2020, p. 5).

Barbosa e colaboradores (2020), em seu estudo, fazem apontamentos acerca da necessidade de refletir sobre as normativas dos atendimentos aos casos de COVID-19, e as condições das UBS como: estrutura, profissionais, equipamentos e organização desses serviços. Destacam que houve a necessidade readequar os encaminhamentos diários de protocolos, fluxogramas e notas técnicas para orientar as ações dos serviços. Assim, os gestores precisaram investir em ações de educação e saúde, reconhecer a singularidade do trabalho executado, readequar as formas de comunicação estabelecidas, e verificar os recursos que têm sido garantidos a esses serviços e profissionais.

Nesse período, o aplicativo WhatsApp foi um dos meios tecnológicos mais utilizados. Sobre o seu uso, destaca-se que esse foi utilizado tanto de forma positiva para fins de enfrentamento a pandemia, como negativamente sendo objeto de veiculação de *fake news*. Dentre o uso de forma negativa, Falcão e Souza (2021) afirmam que houve uma propagação excessiva de informações de caráter duvidosas, que geraram pânico, negacionismos e até afrouxamento das medidas de contenção do vírus, o que claramente prejudicou o combate à pandemia.

Já Alves (2020), cita um exemplo positivo quanto ao uso do aplicativo WhatsApp. Coloca que o aplicativo foi a ferramenta mais utilizada pelas pessoas e nos serviços de saúde. Na ESF, esse uso

se constituiu como uma forma efetiva de comunicação, pois possibilitou o envio de mensagem por áudios, facilitou o alcance e o contato com pessoas não letradas.

Considera-se que as tecnologias digitais são uma ferramenta que pode favorecer o acesso e a democratização das informações. E que as práticas comunicacionais devem caminhar de forma oposta ao que é imposto pelas mídias, pautadas nos princípios neoliberais. Logo, deve-se apostar na ideia de comunicação alternativa em rede, onde seja possível construir espaços que fomentem o olhar crítico e que defendam a diversidade informativa e valores éticos (MORAES, 2007).

No que se refere a organização do processo de cuidado da APS nos municípios, esse fica ao encargo dos coordenadores deste nível de atenção, que devem planejar as ações. Nesse sentido, o trabalhador da gestão da APS precisou planejar e reorganizar os serviços de acordo com as características da epidemia, garantindo o atendimento seguro e de qualidade.

Logo, as ações de alocação de recursos financeiros e estratégias específicas para o enfrentamento da pandemia precisaram ser traçadas como: capacitação para os profissionais da saúde para responder com qualidade às demandas das pessoas; disponibilizar testes diagnósticos em grande número; organizar estrutura para a solicitação de exames complementares, com resultados em tempo oportuno; adequar os espaços físicos das Unidades Básicas de Saúde (UBS) para acolher os casos de síndrome gripal que chegam aos serviços; prover estoque de medicamentos; elaborar fluxos e protocolos em consonância com os desenvolvidos pelo MS, tendo atenção às atualizações constantes (SARTI et al., 2020; BRASIL, 2020a).

Já a implementação dessas ações é responsabilidade da eSF, que é constituída pelos médicos; enfermeiros; cirurgiões-dentistas; técnicos/auxiliares de enfermagem; técnicos de saúde bucal; ACS e agentes de combate a endemias/agentes de vigilância em saúde; além das equipes de Atenção Primária, formadas por médicos e enfermeiros. Neste sentido, as estratégias de apoio de combate ao COVID-19, fomentadas pelo MS, foram direcionadas para esses profissionais (BRASIL, 2020b).

Portanto, todos os profissionais que compõem as equipes na APS, independente da modalidade, incluíram em sua rotina de trabalho novas demandas. Para tal precisou-se adquirir novos saberes, aperfeiçoar suas práticas e utilizar novas ferramentas de tecnologias de informação e comunicação (MACIEL et al., 2020).

E para dar conta de tais questões, as equipes precisaram atuar de forma integrada, com apoio entre profissionais de nível superior e de nível técnico, de modo que facilitasse o fluxo de informação e decisão (BRASIL, 2020b). Assim, tornou-se ainda mais primordial ter clareza dos sentidos da informação, pois até a forma da utilização da mesma, compartilhando ou repassando, está relacionada

com o contexto político, modelo de gestão e organização do serviço, que interfere diretamente no uso e na vida do trabalhador.

Apesar de a pandemia atingir o trabalho da APS, gerando desafios comuns como também impactos na saúde mental dos trabalhadores que abarcam aspectos individuais e coletivos, Morosini et al. (2020) referem que prevalece na sociedade uma valorização social que privilegia o médico e secundariza os enfermeiros.

A supervalorização da categoria médica expressa uma simbologia de hierarquização social do trabalho, onde os demais trabalhadores que compõem as equipes de saúde são vistos como subalternos. As autoras também afirmam que os profissionais que não apresentavam nível superior, os técnicos, tiveram uma participação em números significativos no enfrentamento à COVID-19, porém são frequentemente invisibilizados (MOROSINI et al., 2020).

Com relação ao processo de trabalho dos ACS, na pandemia, tem-se duas considerações: 1. Os ACS não são reconhecidos quanto à sua atuação como profissionais de saúde no combate à pandemia, e 2. Os ACS são submetidos a uma intensa pressão por resultados. Nesse sentido, mesmo não sendo reconhecidos, os ACS, durante a pandemia acompanharam os sintomáticos respiratórios, tendo dificuldade no acesso a EPIs e materiais de higiene; não puderam ser afastados e ter licença remunerada; tiveram que manter as atividades de acolhimento dos usuários nas Unidades Básicas de Saúde, sendo que essas nem sempre estavam reorganizadas de forma correta (MOROSINI et al., 2020)

E esses mesmos profissionais, também na pandemia, realizaram de forma intensa o cadastramento de novos moradores, atualizaram os daqueles que já residiam no território por meio de visita domiciliar a partir de entrevista para a coleta de informações socio sanitárias e de condições de saúde autorreferidas; e precisaram adequar o trabalho de modo remoto para a manutenção da atuação territorial (MOROSINI et al., 2020).

Os enfermeiros da ESF na pandemia tiveram aumento da carga de trabalho, concentraram esforços no enfrentamento da pandemia, mas mantiveram assistência aos pacientes portadores de DCNTs, as rotinas de cuidado a puericultura, pediatria, pré-natal, puerpério e aos usuários que apresentam sequelas decorrentes da própria COVID-19 (ALMEIDA, 2021).

Cavalcante et al. (2020) destacam que durante a pandemia, o rol de atribuições anterior à pandemia seguiu sendo realizado com os sintomáticos respiratórios, e outras atribuições também foram agregadas a esse profissional.

O enfermeiro atua no acolhimento recebendo os pacientes, realiza a triagem dos casos suspeitos e direciona o percurso desse dentro da unidade para o tratamento, e em conjunto com a

equipe, orientou as ações de cuidado a partir da gravidade dos casos, além das consultas de enfermagem com prescrição de medicamentos a partir dos protocolos (CAVALCANTE et al., 2020).

Almeida (2021) detalha ainda que os enfermeiros se percebem sem desempenhar suas atividades com a qualidade que almejavam. E tendem a cobrar de si mesmo por qualidade. Essa cobrança pode ser considerada uma repercussão da ideologia neoliberal, que individualiza a responsabilidade por competências profissionais, inclusive subjetivas, logo, o problema nunca é o acúmulo de trabalho e as pressões que esse apresenta, mas sim sua incapacidade de gerenciar com qualidade as suas ações com melhor desempenho. E isso se reproduz socialmente de forma naturalizada, mas trata-se de um reflexo das estratégias gerencialistas para o desenvolvimento do capital, a partir da superexploração do trabalhador.

Segundo Lira et al. (2022), o enfermeiro da APS atuou em múltiplas frentes na assistência desenvolvendo diversas ações não deixando que a população ficasse sem receber atendimento adequado e com segurança. Salientam que os procedimentos não prioritários foram suprimidos ou suspensos, para evitar unidades cheias, e conseqüentemente aglomerações. Tomou-se por decisão priorizar as demandas dos grupos mais vulneráveis e situações de emergência.

Fernandez et al. (2020) relatam que dentre as estratégias utilizadas de reorganização do serviço da APS durante a pandemia, uma que se considerou exitosa foi:

A consistência do trabalho da gestão, demonstrando o papel da APS no enfrentamento da pandemia apoiando a estratégia na construção de vínculos no território. Os profissionais relataram se sentirem reconhecidos e representados, diminuindo a ansiedade e trazendo assertividade ao trabalho (FERNANDEZ et al., 2020, p. 118).

As estratégias de educação e saúde e de apoio psicossocial são apontadas durante a pandemia como forma de fortalecer os trabalhadores, visto que o crescente número de mortes e de casos confirmados e suspeitos entre os trabalhadores, aumentou também, a sensação de insegurança e o sentimento de medo. Esse medo pode estar associado:

Ao medo de se contaminar, de ficar doente e morrer; o medo de transmitir o vírus a seus familiares e amigos; o medo de contaminar colegas e outros pacientes. Relacionado às especificidades do vírus e do desenvolvimento da doença, o medo é potencializado pela dificuldade de acesso à informação qualificada sobre a situação da pandemia e aos meios de enfrentá-la, assim como pelas decisões políticas tomadas ao arremesso da ciência (MOROSINI et al., 2020)

O trabalhador da gestão da APS deve traçar fluxos de comunicação para atuar com os trabalhadores das equipes de Estratégias de Saúde da Família, que podem ser participativos, inclusivos, verticalizados ou geradores de exclusão. Esses fluxos de comunicação tratam de um

conjunto de informações técnico-científicas, mas também ético-políticas que serão incorporadas no trabalho da APS para qualificar o trabalho no enfrentamento da pandemia.

Nota-se que nesse processo há elementos educacionais. O que reafirma a perspectiva da produção de conhecimento no processo de trabalho, logo, o trabalho-educação configura uma relação que se retroalimenta, conforme trecho a seguir:

(...) é preciso revisitar o campo de formação e indução de educação permanente, que, nesse contexto de pandemia, revelou fortalezas e lacunas, de qualificação e vinculação profissional e que necessita, após a minimização dos acontecimentos, estabelecer diálogos da academia com o serviço, e vice-versa, enfatizando as competências requeridas com a especificidade de intervenções necessárias em cada contexto (GLERIANO et al., 2020, p. 6).

De acordo com Facchini (2020), o fortalecimento da APS, da ESF no enfrentamento da pandemia pode facilitar a atenção e orientação a população do país. Como também pode qualificar o cuidado a outros agravos. O autor valoriza a ESF como um serviço importante, o reconhecendo como aquele que pode modificar positivamente a saúde da população. Além disso, destaca que o acesso e as ações territoriais são essenciais e podem gerar respostas individuais e coletiva promissoras no enfrentamento a pandemia.

Buscou-se apresentar, no decorrer desse capítulo, a importância da APS no SUS, na vida dos usuários nos territórios, em tempos “normais” e durante a pandemia. Com isso verifica-se a APS sendo valorizada, ao mesmo tempo em que os problemas não resolvidos ao longo da história, tornam-se ainda mais visíveis.

É nesse contexto que os trabalhadores da gestão seguem tentando com os trabalhadores da assistência atender as demandas dos territórios, porém não há como esquecer que esses estão expostos à precarização das condições de trabalho e da própria gestão da política em âmbito municipal. E que mesmo sendo aquele que atua nos processos de organização do serviço, cumprindo o papel de mediar ações entre gestão e assistência, há um rol de ações da gestão que fogem do seu escopo de atuação, e estão diretamente relacionadas com o contexto histórico, estrutural e ideológico das concepções neoliberais que exercem influências na condução e execução na política da APS no país.

Acredita-se que compreender como foi o processo de organização do trabalho a partir da visão do trabalhador, oferecerá uma riqueza de detalhes onde é possível corroborar com os estudos sobre a APS, mas reforça-se que é importante pensar no trabalhador da gestão, não como um ser superior, um ser humano que não é trabalhador, ou que não faz parte da massa trabalhadora, pois ao assumir essa postura, pode-se ser injusto.

Ainda sobre a atuação do trabalhador na gestão é essencial voltar ao que Marx afirma sobre o trabalho, seus processos e as tensões de conflito e poder. Pois, ao reconhecer que o coordenador da

APS é um trabalhador, desloca-se o foco que culpabiliza esses sujeitos, para a lógica do sistema produtivo que fomenta ações gerencialistas e intensificam a exploração da classe trabalhadora.

O processo de trabalho é dividido pelo objeto, meio, trabalho e ação. Para tal, o trabalhador, incluindo o que atua na gestão, precisou se adequar as transformações do capitalismo. Neste sentido, as ações do capital podem ser representadas por quatro categorias: meios de trabalho - que são os instrumentos; pelo próprio trabalho em si; a divisão do trabalho em físico e intelectual; e através do sistema de organização da produção (MARX, 1989). Na APS, essas relações são claramente vistas na rotina diária, mantendo as características do sistema capitalista, inclusive no que se refere à relação dos profissionais quanto às categorias que fazem parte.

No próximo capítulo será apresentado o trajeto metodológico realizado nessa pesquisa sobre o olhar dos trabalhadores da gestão da APS para a organização do trabalho durante a pandemia. Para a compreensão desse cenário, debruçou-se sobre a região Médio Paraíba (MP) do ERJ, a fim que se pudesse conhecer e refletir, embora sob a ótica de um recorte regional, como foi esse processo para os trabalhadores que atuam na gestão.

3 ITINERÁRIO METODOLÓGICO

3.1 PROCEDIMENTOS DA PESQUISA

O materialismo histórico-dialético foi fundamental na caminhada pelo mestrado, bem como para a construção dessa pesquisa, pois permitiu compreender a organização e estruturação do capital e suas repercussões nas políticas sociais, como a saúde, e na vida dos trabalhadores que compõem esses serviços. Uma perspectiva crítica de análise baseou o desenvolvimento do estudo e a construção do referencial teórico-metodológico, permitindo o entendimento das relações sociais que constituem determinada realidade.

Segundo Netto (2011), os homens são seres ativos que, através de suas relações sociais, produzem e transformam a história. Neste sentido, merece destaque a afirmação de que ser humano é um processo decorrente da vida real. O ser humano é um ser social e sua sociabilidade vem do trabalho. O materialismo histórico-dialético busca analisar o real de uma situação real a partir de categorias que permitem que se debruce sobre um objeto real. Não é uma fórmula que possa ser aplicada na realidade como uma receita. O método é a relação do sujeito da pesquisa com o seu objeto.

Nesse sentido, sabe-se que a engrenagem que estrutura as bases do capitalismo interfere na relação do ser humano com o seu trabalho, visto que a sua força de trabalho é usurpada para alcance de objetivos mensuráveis que são traduzidos em acúmulos de riquezas.

Na saúde, as ações pautadas nas parcerias do público com o privado comprometem o fundo público e mercantilizam o trabalho do cuidado rompendo com uma dinâmica relacional do ser humano com o seu trabalho sustentada por uma perspectiva coletiva de construção e reconstrução de sentidos e significados através de práticas críticas e reflexivas visando ampliar a qualidade da oferta de serviços aos usuários. Diante disso, é importante acrescentar que parceria público com o privado é um aspecto de um conjunto de práticas mercantis na saúde, que exerce influências negativas na condução e execução dessa política social.

Os trabalhadores da gestão da APS estão imersos numa realidade concreta, histórica e dialética, em que seu trabalho é influenciado e mediado pelos ideais do capitalismo. Dessa forma, é importante compreender os marcos que compõem o materialismo histórico-dialético, isto é, os fundamentos que dão a base de sustentação ao movimento da pesquisa: 1. Partindo do material - da realidade concreta do objeto (estrutura e organização); 2. Reconhece-se a história - o contexto histórico do objeto, que não é estático, que ele pode ser dinâmico; e 3. Compreende-se que o objeto pode ser dialético - pode apresentar contradições, visto que a realidade pode ser contraditória, e que

o objeto pode se transformar e, ao se transformar, pode se apresentar de forma contraditória (NETTO, 2011).

Nesse sentido, Netto (2011) destaca a dinâmica de compreensão da totalidade realizada no processo de acessar a “*determinação mais simples*” do objeto e as relações entre as determinações em um circuito fundamental para a elaboração teórica.

A abordagem qualitativa foi utilizada nesta pesquisa, para fins de compreender a organização do trabalho da APS da Região Médio Paraíba do ERJ durante a pandemia da COVID-19, a partir do olhar dos trabalhadores que atuam na gestão.

Para Minayo (2014), a pesquisa qualitativa considera os significados, os motivos, as aspirações, crenças, valores e atitudes, em outras palavras, um conjunto de fenômenos relacionais que não podem ser quantificados e nem reduzidos a variáveis. O processo desta pesquisa foi organizado em três momentos: exploratório, trabalho de campo e tratamento do material empírico. Essas fases foram realizadas no período de maio de 2020 a abril de 2022.

A primeira fase da pesquisa, a exploratória se deu com a revisão da literatura pertinente nos portais de pesquisas e bases de dados (Google Scholar; SciELO; Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações; Descritores em Ciências da Saúde; Biblioteca Virtual em Saúde, PubMed), utilizando para a busca as palavras-chave: APS na Pandemia da COVID-19, Reforma do Estado, Nova Gestão Pública, AB / Primária à Saúde, Administração Pública e Gerencialismo.

Posteriormente, levantou-se os documentos públicos sobre a política de APS, os recentes efeitos na organização do serviço e na vida do trabalhador, bem como as consequências da pandemia na APS. Os trabalhos e documentos que dialogavam com os objetivos dessa pesquisa foram selecionados e incorporados.

A segunda fase da pesquisa foi o trabalho de campo, realizado a partir de entrevistas. Para tal, é importante pontuar que o contexto dessa pesquisa se deu durante a pandemia da COVID-19, cuja orientação era o isolamento social.

No que se refere a atuação dos trabalhadores da gestão nesse período, sinaliza-se que esses estavam num processo intenso de organização da APS de seus municípios, logo não se avaliou positivamente realizar uma entrevista longa, até mesmo porque essas seriam realizadas por tecnologias digitais, e as instabilidades de internet deveriam ser consideradas. Posto isto, optou-se pela coleta de dados a partir de um instrumento semiestruturado, em que foram levantadas questões pertinentes ao objeto do estudo.

A técnica utilizada para estabelecer um diálogo com os trabalhadores da gestão foi a entrevista semiestruturada orientada por meio de um roteiro específico (ANEXO A). De acordo com Minayo

(2014), essa técnica permite, através do diálogo, uma proximidade com os entrevistados, possibilitando uma maior interação. Para a autora, a entrevista semiestruturada permite que o entrevistado transite sobre o tema em questão, sem se prender à indagação formulada, uma vez que associa perguntas fechadas e abertas. Além disso, proporciona uma melhor interação entre as partes envolvidas – entrevistador e entrevistados –, já que o sujeito da pesquisa pode expressar, do seu próprio jeito, a realidade vivida, vocalizando suas ideias; crenças; opiniões; maneira de pensar; atitudes; emoções e comportamento (MINAYO, 2010).

O instrumento de coleta foi construído levando em consideração as estratégias que podem ser utilizadas para organizar o trabalho, associando as funções e competências que os trabalhadores da gestão devem possuir e realizar, tais como: negociação, mediação, decisão, além dos modelos de gestão reproduzidos. Foi estruturado em quatro blocos, visando atingir os objetivos da pesquisa: perfil do trabalhador da gestão; organização do processo de trabalho da APS na pandemia; potencialidades e dificuldades na organização do trabalho na APS na pandemia; participação dos trabalhadores na gestão do trabalho frente à pandemia. Cada bloco possuía em média 4 questões norteadoras.

A metodologia utilizada subsidiou a compreensão dos sentidos e as significações que os sujeitos do estudo possuem acerca da organização do trabalho da APS na pandemia. Além disso, foi possível conhecer as estratégias de comunicação e alternativas de mobilização desses trabalhadores que atuam na gestão em relação aos que atuam na assistência. E levou a identificação dos desafios, das potencialidades e das manifestações de desejos em torno da APS.

Ela proporcionou uma aproximação com o processo de trabalho dos gestores, oferecendo a oportunidade de ir além das aparências, permitindo perceber conflitos e contradições que se manifestam no cotidiano do trabalho, nem sempre tratados.

Os sujeitos da pesquisa são trabalhadores que estiveram/estão no cargo de gestão como coordenador da APS, na região Médio Paraíba, desde março de 2020. Considerando que 2020 foi um ano eleitoral e que a coordenação é um cargo político, 9 dos 12 coordenadores se mantiveram no cargo e foram convidados a participar da pesquisa. No entanto, obteve-se anuência de oito e essas foram entrevistadas, seguindo os termos éticos.

3.2 REGIÃO MÉDIO PARAÍBA: BREVE CARACTERIZAÇÃO

A Região MP compõe uma parte do território do ERJ, cabendo tratar do contexto de regionalização do SUS. A regionalização, além de uma diretriz estruturante do SUS, também é

utilizada como instrumento que auxilia a organização de questões operativas em torno do desenho federativo, que exercem implicações na implementação da política pública. Quer dizer, a regionalização pode ser considerada uma estratégia de planejamento e gestão territorial que possibilita a organização da RAS nos espaços regionais (SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO, 2017).

Sob essa ótica, o papel dos estados é decisivo no apoio à organização dos territórios na lógica regional, pois deve fomentar que os municípios venham desempenhar suas funções na saúde, de forma plena e articulada, garantindo a atenção integral aos seus munícipes. A regionalização está prevista na Constituição Federal (1988), na Lei nº 8.080 (1990), ratificada nas Normas Operacionais do SUS (1993; 1996; 2001; 2002), presente no Pacto pela Saúde, bem como em suas vertentes - Pacto pela Vida, Pacto pela Gestão e Pacto pela Defesa do SUS (2006), e reforçada pelo Decreto nº 7.508/11. Assim, a regionalização assume caráter de transversalidade (SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO, 2017).

O ERJ é constituído por 92 municípios e, na perspectiva da regionalização em saúde, o território é dividido estrategicamente em 09 regiões de saúde: Metropolitana I, Baía da Ilha Grande, Metropolitana II, Baixada Litorânea, Centro Sul, Médio Paraíba, Serrana, Norte e Noroeste. Essa divisão tem por objetivo organizar as ações e serviços de saúde em redes de atenção, de modo a garantir que o acesso e a continuidade do cuidado sejam ofertados no espaço territorial, levando ao menor deslocamento dos usuários pelo SUS (SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO, 2017). Essa região faz fronteira com os estados de São Paulo, Minas Gerais e, no próprio ERJ, com as regiões da Baía da Ilha Grande, Centro Sul e Metropolitana I, sendo composta por 12 municípios: Barra Mansa, Barra do Piraí, Itatiaia, Pinheiral, Piraí, Porto Real, Quatis, Resende, Rio Claro, Rio das Flores, Valença e Volta Redonda (SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO, 2020).

Figura 1 – Representação da Região Médio Paraíba



Fonte: Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro. Superintendência de Educação em Saúde. Disponível em: <https://www.saude.rj.gov.br/educacao-e-formacao-em-saude/superintendencia-de-educacao-permanente/cies-regionais>. Acesso em 23 de julho de 2022.

Dentre os 12 os municípios da região, “Volta Redonda é o mais populoso e com maior densidade demográfica líquida, ou seja, 1.465,91 hab/km² que são ocupadas, seguido de Porto Real com 373,58 hab/km², Barra Mansa com 330,87 hab/km² e Pinheiral com 313,41 hab/km²” (SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO, 2020, p. 1). A região, em sua totalidade, apresenta um baixo dinamismo demográfico, baixa influência percebida de migrações na atualidade, e tendência à estabilidade populacional (SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO, 2020).

A escolha da APS da região Médio Paraíba, como objeto de estudo foi motivada pelas características organizacionais de APS, pois essa apresenta a segunda maior cobertura de APS; a menor rotatividade de coordenadores; em 2019, foi escolhida como região piloto para participar da Planificação⁵ (processo de organização de APS e Atenção Ambulatorial Especializada na Rede de Atenção, tomando como temática as doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs); e como desdobramento da planificação, em 2020, mesmo em pandemia, foi a região cujos profissionais da APS foram capacitados quanto ao manejo no cuidado às DCNTs, via Telessaúde da SES-RJ. Isso pode sinalizar que essa região apresenta particularidades de organização de APS, e serviços que a destacam em relação às oito demais regiões.

As informações da Região Médio Paraíba, apontadas nesta pesquisa, fazem referência ao início da pandemia em 2020. Logo, os dados expostos da APS, tem base em materiais e estudos desse

⁵ É um instrumento de gestão e organização da APS e da Atenção Ambulatorial Especializada nas Redes de Atenção à Saúde proposto pelo CONASS e é executado pela Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Hospital Albert Einstein.

recorte temporal, que foram publicados. Na tabela 1, apresenta-se cobertura de APS e de Saúde Bucal do ERJ, e a distribuição dessa, de maneira regional.

Já na tabela 2, observa-se a organização estrutural da APS, especificamente da Região Médio Paraíba, como: a cobertura da APS, cobertura da ESF, número de equipes de ESF e do NASF.

Tabela 1 – Cobertura da APS populacionais estimadas de APS e saúde bucal na APS por região de saúde (dezembro/2019)

Município	Cobertura da APS (%)	Cobertura de Saúde Bucal na APS (%)
Baia da Ilha Grande	87,1	49,1
Baixada Litorânea	63,8	50,6
Centro Sul	96,5	92,9
Médio Paraíba	89,2	74,2
Metropolitana I	52,3	22,1
Metropolitana II	77,3	29,7
Noroeste	78,9	78,1
Norte	59,8	47,4
Serrana	63,4	39,8
Estado do Rio de Janeiro (ERJ)	60,9	32,5

Fonte: Manual de acolhimento aos novos gestores, 2021.⁶

⁶ Foram trabalhados os dados do ano de 2019, em função de inconsistências em relatórios do Ministério da Saúde a partir do ano de 2020, devido às adequações em curso durante a transição para o novo formato de financiamento federal da APS. O método de cálculo adotado é o mesmo da Pactuação Interfederativa. Disponível: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/ acessoPublico/relatorios/relatoriosPublicos.xhtml>.

Tabela 2 – Panorama da APS da região Médio Paraíba do Estado do Rio de Janeiro (2020)

Município	População	Classificação do Município pelo IBGE (Tipologia)	Nº de eSF	Cobertura de ESF (%)	Cobertura de AB (%)	Nº equipe de NASF
Barra do Pirai	100.374	Urbano	8	27,50	54,99	1
Barra Mansa	184.412	Urbano	37	69,22	85,33	4
Itatiaia	31.805	Urbano	7	75,93	88,76	1
Pinheiral	25.156	Urbano	6	82,29	82,29	1
Pirai	29.277	Intermediário Adjacente	15	100	100	2
Porto Real	19.683	Urbano	6	100	100	1
Quatis	14.302	Urbano	5	100	100	1
Resende	131.341	Urbano	26	68,30	79,15	1
Rio Claro	18.529	Rural adjacente	7	100	100	1
Rio das Flores	9.284	Rural adjacente	3	100	100	0
Valença	76.523	Urbano	19	85,66	99,38	2
Volta Redonda	273.012	Urbano	53	66,98	89,83	5

Fonte: Portal e-Gestor. Cobertura APS no ERJ. Competência Dezembro/2020. Acesso em 12 maio 2021. Panorama das equipes de núcleo de apoio à saúde da família (NASF) no ERJ, 2021. Disponível em: <https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=Mzc5NTA%2C>. Acesso em: 20 de jun de 2021.

Com base na tabela 2, verifica-se que a cobertura da APS por município é maior ou igual a 79%, em sua maioria, e apenas um município tem uma cobertura inferior a esse valor. Com relação à cobertura de ESF ela gira em torno de 60% ou mais, neste sentido, percebe-se a tentativa de manter a ESF como estratégia prioritária. Apesar da descontinuidade da transferência de recurso por parte do Ministério da Saúde para manutenção e expansão das equipes do NASF, os municípios continuam mantendo as equipes.

A tipologia de cada município da região é demonstrada na tabela 2, pois o Ministério da Saúde, com o Programa Previne Brasil, utiliza esse dado na base de cálculo, para mensurar o componente da ‘Captação ponderada’. Em outras palavras, esse componente considera fatores de ajuste como a vulnerabilidade socioeconômica, o perfil de idade e a classificação rural-urbana do município, de

acordo com o IBGE. Sinaliza-se que a cobertura da APS passa a ser referida pelo número de cadastros, tipologia do município e número de equipes. Há controvérsia e discussões sobre a classificação que o IBGE atribui aos municípios, pois existem municípios que na prática apresentam características rurais, mas o IBGE classifica como urbanos.

Com relação ao componente ‘Pagamento por desempenho’, do Programa Previne Brasil, em 10 de dezembro de 2019, foi publicada a Portaria nº 3.222 que dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho, para o ano de 2020. Esses indicadores, de acordo com a portaria supracitada, abrangem as ações estratégicas de Saúde da Mulher, Pré-Natal, Saúde da Criança e Doenças Crônicas (Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus) (BRASIL, 2019b).

O rol de indicadores para 2020 são: I - proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª até a 20ª semana de gestação; II - proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV; III - proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado; IV - cobertura de exame citopatológico; V - cobertura vacinal de poliomielite inativada e de pentavalente; VI - percentual de pessoas hipertensas com pressão arterial aferida em cada semestre; e VII - percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada.

Essa portaria entrou em vigor em 1º de janeiro de 2020 e cita que os indicadores do pagamento por desempenho para os anos de 2021 e 2022 seriam definidos após monitoramento, avaliação e pactuação tripartite durante o ano de 2020. Quanto aos efeitos financeiros, seriam realizados a partir da competência financeira de setembro de 2020. Em janeiro de 2020, o Ministério publicou a Nota Técnica nº 5/2020-DESF/SAPS/MS (BRASIL, 2020d) que apresenta as fichas de qualificação do conjunto de indicadores que compõem o incentivo financeiro de Pagamento por Desempenho da APS para o ano de 2020.

Contudo, com a pandemia, foram publicadas portarias pelo Ministério da Saúde postergando o processo de avaliação da captação ponderada e dos indicadores por desempenho, tais como a Portaria nº 29, de 16 de abril de 2020 (BRASIL, 2020e), que prorrogou o prazo da etapa de transição da captação ponderada do Programa Previne Brasil, referente à Portaria nº 2.979/GM/MS, de 12 de novembro de 2019; a Portaria GM/MS nº 2.254, de 3 de setembro de 2021, que alterou o incentivo financeiro com base em critério populacional (BRASIL, 2021b); e a Portaria GM/MS nº 2.396, de 22 de setembro de 2021, prorrogando, até a competência de dezembro de 2021, as regras para transferência dos incentivos financeiros federais de custeio da APS, no âmbito do Programa Previne Brasil (BRASIL, 2021c).

Esse movimento, por parte do Ministério da Saúde, não diminuiu as pressões sobre os trabalhadores da gestão, que em meio a pandemia tiveram que estar atentos às publicações de

enfrentamento a pandemia e as relacionadas ao Programa Previne Brasil, com a finalidade de traçar estratégias para o alcance do componente da captação ponderada e dos indicadores de desempenho, visto que o recurso que os municípios receberão estão relacionados ao “grau de competência das equipes” em atingir as metas de cadastros, de indicadores, e de ações estratégicas.

3.3 ENTRADA NO “CAMPO”: TRAJETÓRIA E DESAFIOS

O desenvolvimento dessa pesquisa pressupunha a realização de um trabalho de campo, mas a emergência em saúde pública, causada pela COVID-19, exigiu medidas sanitárias de enfrentamento como o isolamento social que adicionou desafios para a realização de pesquisas sociais.

Deslandes e Coutinho (2020) afirmam que diante das condições impostas pela pandemia, houve a necessidade de repensar e traçar novos caminhos para o desenvolvimento do conhecimento que requer um trabalho de campo, como os de cunho etnográfico ou observacional, que planejam entrevistas e práticas grupais.

A presente pesquisa, por exemplo, para ser desenvolvida, pressupunha trabalho de campo e entrevistas. E, diante da pandemia, o significado do campo precisou ser redefinido, e para tal, tomou-se como referência as reflexões desses autores. Nesse sentido, Deslandes e Coutinho (2020) compartilham que o campo abarca as plataformas e ambientes tecnológicos.

Na realidade, com o crescimento da internet, esses autores analisam a ambiência virtual como campo de trabalho para o desenvolvimento de pesquisas sociais. No caso desse estudo, entende-se essa decisão como uma medida de restrição necessária diante da inviabilidade do contato presencial no território.

A pesquisa foi submetida ao comitê de ética em pesquisa (CEP) da EPSJV – FIOCRUZ em julho de 2021, sendo aprovada em outubro do mesmo ano. E após a aprovação, os esforços foram concentrados para iniciar a atividade de campo.

Logo, ainda em outubro de 2021, os trabalhadores que se enquadraram nos critérios de inclusão e tiveram anuência de suas instituições, foram convidados a participar da entrevista pela pesquisadora via e-mail. Receberam o Registro de Consentimento Livre e Esclarecido (RCLE) (ANEXO B), através do Google Forms, que explicava de forma objetiva a pesquisa e solicitava a possível disponibilidade em termos de dias e horários para o encontro da entrevista. Porém, essa estratégia não funcionou de forma homogênea. Das oito trabalhadoras que participariam da entrevista apenas duas responderam ao formulário.

Em termo de diagnóstico situacional da pandemia, reforça-se que em novembro de 2021, os municípios estavam atravessando a segunda onda da pandemia. Os sujeitos do estudo, trabalhadores da gestão e assistência, estavam organizando os serviços para a imunização da população contra a COVID-19 e lidando com desabastecimento dos imunizantes pelo Ministério da Saúde. Portanto, era um período que apresentava incertezas, instabilidade política e social.

Diante das questões sinalizadas, havia ciência de que a fase do campo seria um processo moroso, visto que se precisava do retorno dos trabalhadores para agendar as entrevistas. Mesmo com um calendário de entrevistas minimamente organizado, elas poderiam ser alteradas a qualquer momento, uma vez que os trabalhadores da gestão estavam envolvidos no apoio do processo de imunização, bem como seguiam organizando as unidades para evitar ainda mais o aumento do número de casos de síndrome gripal nesse período.

Então, a fim de estabelecer o primeiro contato com os outros 6 trabalhadores, a estratégia foi de contatá-los pelo aplicativo WhatsApp para agendamento das entrevistas. E, esse canal, acabou se mostrando mais eficiente para a interlocução do que o e-mail.

No entanto, isso não significou uma programação da data para a entrevista de forma imediata, pois precisou-se lidar com as agendas lotadas de reuniões de organização do processo de trabalho com os secretários, com os trabalhadores da assistência, com reuniões virtuais de grupo regionais e com os apoiadores institucionais da SAPS/SES-RJ, da vigilância em saúde. Somando a isso, tinham aqueles que estavam com férias agendadas, além do recesso do final do ano de 2021. Considerando essas agendas e esses fatores supracitados, algumas entrevistas foram agendadas e remarcadas pela necessidade dos trabalhadores da gestão.

Assim, foram entrevistadas oito trabalhadoras da gestão que estavam no cargo de coordenação da APS em seus municípios desde março de 2020. Nesse sentido, os trabalhadores da gestão que compõem essa pesquisa pertencem aos seguintes municípios: Barra do Piraí, Itatiaia, Pinheiral, Piraí, Resende, Rio Claro, Valença e Volta Redonda. As entrevistas foram iniciadas no final do mês de novembro do ano corrente, e finalizadas em abril de 2022.

O momento da entrada no campo para a coleta dos dados foi acompanhado de muita expectativa e ansiedade em torno de como seria a recepção dos trabalhadores a esse momento, principalmente, por ser realizada através de plataformas digitais, por causa do contexto da pandemia. O receio quanto a possíveis dificuldades tecnológicas foi um sentimento que acompanhou esse processo do início ao fim, até pelas características da região, onde alguns municípios têm configurações que se assemelham a tipologia rural, logo questões como informatização e conectividade são pontos frágeis.

As entrevistas com as trabalhadoras da gestão foram realizadas em ambiente virtual, pela plataforma Zoom, em sua versão gratuita. A duração média foi de 40 minutos, sendo que a mais curta delas ocorreu em 25 minutos e a mais longa em 80 minutos. O material gerou aproximadamente 52 páginas de transcrição e as entrevistadas foram identificadas por letras do alfabeto, de A até H, para preservação de suas identidades.

As participantes chegaram às entrevistas um pouco reservadas e, no decorrer, foi possível observá-las se sentindo mais confortáveis em expressar suas perspectivas e pontos importantes sobre o seu trabalho como gestor, assim como para descrever o processo de organização do trabalho nas APS de seus municípios.

É importante relatar que, das oito entrevistas realizadas, duas precisaram ser finalizadas pelo WhatsApp, pois as entrevistadas tiveram dificuldade com a internet, visto que a conexão se apresentou de maneira instável, não sendo possível terminar pela plataforma virtual inicial. Assim, para não perder a oportunidade do encontro, foi vislumbrada a possibilidade do desfecho via áudio pelo aplicativo de mensagem citado. Isso não gerou perda de conteúdo, mas revela a dificuldade de utilização das tecnologias digitais durante a coleta.

Uma outra entrevista foi iniciada pela plataforma Zoom e finalizada por meio de ligação por telefone, pois a conexão à internet da participante também se apresentava instável. Não se identificou perda de conteúdo, ao contrário, foi uma das mais densas entrevistas, repleta de informações, organização de ideias e questionamentos da própria participante sobre o seu trabalho e sua implicação com o mesmo antes e durante a pandemia.

Seguindo as orientações de Minayo (2010), as entrevistas foram transcritas da forma como as entrevistadas falaram durante as gravações, sem exercer qualquer inferência ao que foi dito, nem julgamento moral ou de valor. Após a transcrição foi realizada a leitura geral do material transcrito, seguindo para a fase da análise do material empírico.

3.4 ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

Para o tratamento do material empírico utilizou-se a análise do discurso pautada em Minayo (2004). A autora descreve que a análise do discurso (AD) foi criada pelo filósofo francês Pêcheux (1960) e no Brasil a discussão sobre AD é feita por Orlandi.

Minayo (2004) verifica que a proposta da AD visa trabalhar a linguagem, considerando o senso comum. Articula 3 áreas do conhecimento: materialismo histórico, linguística e psicanálise. Na análise do discurso o sentido da palavra é constituído historicamente, é carregado por relações sociais,

por transformações e ideologias. É preciso compreender o contexto e as conexões que envolve. Nesse sentido, na AD é importante o discurso, o texto em si, como também os silêncios.

O objetivo básico da Análise do Discurso, segundo Pêcheux, é realizar uma reflexão geral sobre as condições de produção e apreensão da significação de textos produzidos nos mais diferentes campos: das relações primárias, religioso, filosófico, jurídico e sociopolítico, visando a compreender o modo de funcionamento, os princípios de organização e as formas de produção de seus sentidos (MINAYO, 2004, p. 319).

Orlandi citada por Minayo (2004, p. 319) menciona que a análise de discurso (AD) é uma proposta crítica, que possibilita problematizar as organizações e as relações que estão estabelecidas. E como teoria crítica, considera as “determinações históricas do processo de significação”. O elemento central da análise são as conexões que existem entre linguagem e seu próprio contexto de produção.

De forma prática, essa autora menciona que a AD explora as evidências, expõe a ideologia predominante da fala, e revela “que não há discurso sem sujeito e nem sujeito sem ideologia” (MINAYO, 2004, p. 319); ao mesmo tempo explicita que nos discursos aparece as formas de “dominação política que se manifestam na razão disciplinar, instrumental e reducionista” (MINAYO, 2004, p. 319).

Com base no referencial da AD, o material empírico, produto das entrevistas, foi sistematizado. Esse processo consistiu em rever as perguntas do roteiro, as respostas de cada entrevistada, primeiro separadamente sem estabelecer comparações, levando em consideração os elementos que pressupõem a AD como contexto histórico, as relações sociais, o pensamento ideológico presente nas falas, as contradições e os sentidos atribuídos ao processo como um todo.

Na sequência, realizou-se uma leitura comparativa entre as entrevistas, identificando as intercessões e as diferenças, mas ambas aparecem na pesquisa, pois considerou-se relevante apresentar as congruências e as singulares dos discursos. Esse processo também revela as interações sociais e como os sujeitos imersos em situações semelhantes se comportam diferentemente, o que pode ter uma relação direta com suas leituras de mundo e as determinações sociais que incidem em sua realidade.

Logo, na presente pesquisa encontram-se os elementos centrais dos discursos que apresentam o olhar, bem como os sentidos que os trabalhadores da gestão atribuíram ao processo de organização do trabalho da APS durante a pandemia. Esses elementos perpassam o contexto político, de organização interna do processo de trabalho, os fatores de ordem relacional e subjetiva de ser trabalhador da APS nesse período. Verifica-se nesses discursos suas características singulares, pois os sujeitos são diferentes, mas as questões do contexto, intrinsecamente ligadas com a história do

SUS e a luta para a consolidação da APS, situam-se como ponto hegemônico do material.

Após a sistematização e identificação dos principais elementos, retornou-se aos referenciais de análise da pesquisa: o gerencialismo e a organização da APS na pandemia, contextualizando os achados e estruturando a redação. O processo da escrita se deu num movimento de transitar pelo contexto macro da política (de saúde e PNAB) e pelo micro dos serviços, descrevendo as reflexões que surgiram nesse movimento.

3.5 CARACTERIZANDO AS ENTREVISTADAS

O cargo de gestor da APS na Região MP é ocupado por trabalhadoras mulheres, enfermeiras, que atuam na APS entre 5 e 18 anos e que se encontram atuando na gestão da APS entre 2 e 12 anos. Os vínculos empregatícios das entrevistadas variaram entre aquelas que fizeram concurso para atuarem na saúde como enfermeiras, ou seja, são servidoras do município e ocupam o cargo na gestão como coordenadoras da APS. E aquelas que estão no cargo em comissão para atuar na coordenação da APS. Observa-se, no entanto, que essa distinção não interferiu na interação com as entrevistadas a ponto de ser caracterizada como uma variável relevante para a análise da percepção sobre o trabalho.

Todas atuaram na assistência antes de iniciar o trabalho na gestão e a carga horária varia entre 30 e 40 horas semanais. Em sua maioria atuam exclusivamente na gestão, mas diante do déficit de profissionais na assistência, acabaram por dividir a sua carga horária na assistência, assumindo equipes nos territórios.

Carvalho et al. (2020) afirmam que há um predomínio da enfermagem na organização, responsabilização de processos administrativos e de gestão na APS. Observa-se essa categoria assumindo cargos de gerente de unidades básicas de saúde ou de chefia nas secretarias de saúde. Destacam, também, que esses resultados foram encontrados num estudo realizado CONASEMS em 2020 (CARVALHO et al., 2020).

As características das trabalhadoras de gestão dessa região se assemelham aos achados de Carvalho et al. (2020), pois eles afirmam que o cargo de gestão da APS tem sido ocupado por enfermeiras, que atuavam nas equipes da AB e que, em sua maioria, não apresentam experiência prévia como gestoras municipais.

Considerou como importante antes do capítulo da análise caracterizar os sujeitos entrevistados, como forma de anunciar e conhecer quem são os sujeitos que participaram do estudo. Portanto, no próximo capítulo será apresentado em detalhes as reflexões traçadas a partir da análise do material empírico oriundo das entrevistas realizadas com essas trabalhadoras da gestão. Bem

como, são discutidas a luz do referencial teórico dessa pesquisa os discursos das mesmas.

4 A ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE DURANTE A PANDEMIA: REFLEXÕES DO TRABALHADOR DA GESTÃO SOBRE O TRABALHO

Neste capítulo, buscou-se analisar como foi possível organizar a APS nesse período de pandemia e como, diante das dificuldades, novas rotas e caminhos foram desenhados visando não paralisar a oferta dos serviços. Além dessas questões, buscou-se compreender aspectos subjetivos associados à promoção de espaços coletivos e a produção de participação nesses espaços bem como as potencialidades e fragilidades da APS suscitadas na pandemia.

Aqui, encontra-se compartilhadas um universo de características, impressões e vivências dos trabalhadores da gestão que possibilitam perceber os dilemas do gerencialismo e as penosidades que ele reproduz. Sendo importante ressaltar a sustentação teórico-metodológica que reforçou o cuidado empreendido para evitar qualquer julgamento pessoal em relação ao conteúdo empírico que a pesquisa produziu.

A pesquisa demonstra o que se viveu na APS durante a pandemia, a partir de um recorte regional, mais certamente a realidade encontrada apresenta semelhanças com outros Estados e regiões do país. Compreende-se, assim, que é um retrato do modelo de APS que tem sido fomentado no país, bem como das repercussões da organização desse serviço durante a emergência em saúde pública, causada pelo COVID-19.

Com base nas ponderações anteriores, identifica-se que essa pesquisa mobiliza um anúncio. Nesse sentido, inspirada em Freire (1979), coloca-se que o ato de anunciar é:

“Eu não posso denunciar a estrutura desumanizante se não a penetro para conhecê-la. Não posso anunciar se não conheço, mas entre o momento do anúncio e a realização do mesmo existe algo que deve ser destacado: é que o anúncio não é anúncio de um ante-projeto, porque é nas práxis históricas que o anteprojetado se torna projeto” (FREIRE, 1979, p. 16)

Logo, ao anunciar o olhar dos trabalhadores da gestão da APS, anuncia-se o que foi vivido e resignificado; e se denuncia o modo de produção e de reprodução do gerencialismo na APS, bem como alerta sobre a necessidade de pensar em novas formas de valorização do trabalhador da APS, sem perder de vista toda engrenagem mercantil, da relação do mundo do trabalho capitalista e seus efeitos sobre a vida do trabalhador.

4.1 TECENDO FORMAS DE CAMINHAR NA APS DURANTE A PANDEMIA: O TEMPO NÃO PARA

“Enquanto todo mundo espera a cura do mal. E a loucura finge que isso tudo é normal. Eu finjo ter paciência E o mundo vai girando cada vez mais veloz. A gente espera do mundo e o mundo espera de nós. Um pouco mais de paciência” (Dudu Falcão/ Leline - Paciência)

O diálogo se inicia sobre a temática dessa pesquisa, com as entrevistadas, a partir da lógica de organização do trabalho da APS. As oito trabalhadoras entrevistadas narram vivências muito semelhantes quanto à organização do trabalho no início da pandemia, mesmo atuando em municípios diferentes. Nessa perspectiva da organização do trabalho observa-se que as entrevistadas transitam sobre aspectos de organização do trabalho ligados a estrutura física, uso e aquisição de EPI, fluxos dentro das unidades básicas de saúde, e finalizam pontuando questões de organização relacionados a processos de trabalho que versam pelas linhas de cuidado, metas, indicadores e atendimentos.

Quando se pensa na organização da APS, alguns itens soaram importantes como: estrutura das unidades, quantitativo de profissionais que atuam na eSF, número de estabelecimentos com eSF e APS, carteira de serviço (atividades de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação) e os fluxos. Na PNAB (2017), esses elementos são colocados como parte da infraestrutura, ambiência e funcionamento da AB, sendo considerados como rol de procedimentos importantes para o atendimento da população no território. E de acordo, com as entrevistadas, organizar o processo de trabalho da APS, significa pensar nos elementos supracitados, o que dialoga com o que está previsto na própria política.

As falas inicialmente expressam uma organização do trabalho em perspectiva interna, com oferta de insumos necessários para o funcionamento do serviço. Em seguida, tratam de uma visão de organização de rede de atenção, chegando até mesmo aos princípios e diretrizes da PNAB que versam sobre a organização do trabalho como: coordenar o cuidado e ordenar a RAS. Além disso, notou-se uma preocupação quanto a garantia de segurança aos profissionais, demonstrada pelo anseio de comprar o EPI em quantidade suficiente e em qualidade.

Outra preocupação volta-se para a organização dos fluxos, principalmente nos municípios que apresentam unidades pequenas, onde não era viável a divisão do espaço para o atendimento dos sintomáticos respiratórios e as demais condições/agravos que a APS absorve. Nessas unidades, a

estratégia que se utilizou para não paralisar o serviço foi colocar tendas na parte externa, assim como se decidiu expandir horários de atendimentos e abrir espaço para instituir drives.

As oito entrevistadas enfatizaram que o trabalho da APS foi mantido e, no primeiro momento, os esforços se focaram no atendimento aos sintomáticos respiratórios, então houve redução das agendas programadas⁷. Assim, médicos e enfermeiros ficaram mais disponíveis para o atendimento das demandas espontâneas⁸. Também cabe registrar as formas alternativas, em sistema de rodízio e híbrido, de organização do trabalho para evitar a aglomeração de profissionais e usuários dentro das unidades.

Nesse sentido, alguns atendimentos aos pacientes com comorbidade foram realizados de forma presencial e também online. Os ACS realizaram visitas peridomiciliares, monitoraram os pacientes positivos para COVID-19, pelo telefone, e passaram a assumir funções burocráticas dentro das unidades, assim que as ações territoriais foram suspensas. O contexto da remodelagem das atribuições dos ACS, incluídas a de caráter territorial, não é um fato novo, mas foi agudizado no período pandêmico.

Antes da pandemia, Morosini e Fonseca (2018) já colocavam que os ACS vinham realizando parte do trabalho dentro das unidades e que isso não era uma questão problema, desde que esses profissionais interagissem com a equipe técnica. No entanto, o que foi observado é que o trabalho desempenhado por essa categoria possui natureza genérica existindo a prestação de auxílio, por meio de funções burocráticas, aos outros profissionais. Assim, a atuação profissional se distancia cada vez mais da perspectiva inicial, voltada para atividades de educação e saúde, por exemplo.

As autoras sinalizam que as edições da PNAB publicadas até o momento, apresentam, ao longo da história, formas e atribuições diferentes para o ACS que demonstram como a centralidade do trabalho em torno das atividades de educação e saúde foram sendo suprimidas enquanto outras ganharam terreno. Essas novas atribuições dialogam diretamente com o modelo gerencialista posto como novo direcionamento de trabalho na APS, associado a nova gestão pública. Com isso, o papel do ACS passa por uma vertente de ser “atividade meio, instrumentalizada e utilitarista, mais

7 Demanda programada é aquela que é previamente agendada, na qual se constitui um importante instrumento de ação quando se trata de um serviço que compõe a rede de APS pautada em ações preventivas, promoção e tratamento (VELOSO, 2012).

8 Demanda espontânea é um atendimento não programado na unidade de saúde, no qual representa uma necessidade momentânea do usuário. Essa demanda pode ser uma informação, um agendamento de consulta, uma emergência ou uma urgência (VELOSO, 2012; BRASIL, 2017).

comprometida com objetivos imediatistas do que estruturantes de um novo modelo de atenção” (MOROSINI E FONSECA, 2018, p 267).

Com relação ao processo de trabalho ligados as metas e indicadores, notou-se uma preocupação de três entrevistadas, por esse aspecto. Relataram que houve redução do alcance dos indicadores do Programa Previne Brasil e do PREFAPS, e que isso, resulta do baixo número de atendimentos dos médicos e enfermeiros nas agendas programadas. Esse fato, desencadeou um “mal-estar” para dentro da organização do processo de trabalho, pois mesmo diante da pandemia, os trabalhadores da gestão precisaram traçar estratégias para manter o alcance dos indicadores de saúde. E com isso, acessaram e demandaram ainda mais os enfermeiros, uma vez que essa categoria atua nas unidades da APS na assistência e na gestão.

O “mal-estar” citado deve ser associado à forma de organização do trabalho centrada no alcance das metas e nos indicadores, para fins de acesso ao recurso financeiro. A lógica do cuidado em saúde se inverteu, organiza-se os serviços pelos indicadores e metas, secundarizando o olhar do cuidado. Só que essa percepção, muitas vezes, não é clara para quem executa as ações no território. No entanto, ao verificar as normativas do Ministério da Saúde para a APS constata-se que essa prática invertida é fomentada e a execução dos municípios segue conforme orientado pelas portarias que dispõem sobre a política.

Fonseca e Mendonça (2014), ao analisarem as diretrizes da PNAB, verificaram que o modelo de gestão posto é focado em metas, logo o direcionamento do trabalho baseia-se nos indicadores quantitativos. Esse modelo potencializa que as ações de cuidado sejam centradas no controle de doenças. É importante atentar que ações de cunho gerencialista venham se consolidando ao longo do tempo da história da APS, não é algo estanque, mas um projeto construído. E traços disso reverberam de forma concreta, como observado na citação acima. Passados três anos dessa citação, a PNAB 2017 institui ações em torno do cuidado da doença ainda mais focalizadas. A ideia de linha de cuidado construída em torno da doença passa a ser o fio condutor para a organização da atenção, como demonstram as inúmeras citações no documento da política.

Um aspecto, sinalizado pelas entrevistadas que marcou e interferiu na organização do trabalho é que de 2020 para 2021, por conta das eleições, houve transição política nos municípios e troca de alguns cargos de secretários de saúde. Então, os trabalhadores da gestão (Coordenadores da APS e equipes) e da assistência que já tinham um trabalho estabelecido, precisaram se ajustar às novas coordenadas e visões relacionadas a organização do trabalho da APS. E isso causou impactos na relação da gestão com a assistência. A depender de como se cuidou da abordagem dessa transição, os impactos relacionais surtiram efeitos positivos em alguns municípios, de acordo com uma lógica

construtiva. Já em outros foi negativo, gerando afastamentos entre as equipes e a gestão, ocasionando novos desafios para a organização do trabalho.

A lógica da organização do trabalho ela não se encerra nesse tópico ela parte do todo, e vai sendo esmiuçada permitindo ter acesso as relações sociais que permeiam esses espaços, aos conflitos e as relações de poder postas e impostas. Nesse sentido, transitou-se pelo macro e micro, e vice e versa.

4.1.1 Compartilhar e/ou repassar informação: uma linha tênue, quase semântica na gestão

No início da pandemia, foram publicadas várias portarias, normativas, protocolos, nota técnicas e decretos, para a organização do processo de trabalho. Diante de tal cenário, e do uso das tecnologias de comunicação, considerou-se importante verificar quais recursos de comunicação foram utilizados pelos trabalhadores da gestão e bem como entender como circulava as informações de saúde entre eles e assistência.

O aplicativo WhatsApp foi mencionado pelas entrevistadas como a ferramenta mais eficaz de comunicação com os trabalhadores da assistência, além das plataformas digitais para a realização das reuniões. O telefone móvel próprio do trabalhador foi utilizado nessa jornada de ligações e envio de mensagens pelo WhatsApp com o grupo de trabalhadores da assistência, da gestão e usuários. Cabe registrar que o mesmo trabalhador muitas vezes faz parte de mais de um grupo dentro da mesma unidade, com destaque para o trabalhador da gestão que integra todos os grupos da APS no município.

Bueno et al. (2021) identificaram achados semelhantes ao apresentado nessa pesquisa quanto ao uso do WhatsApp e de plataformas digitais pelos profissionais da saúde, durante a pandemia. Os autores evidenciaram que durante a pandemia houve um crescente uso das tecnologias digitais e de mídias sociais. E dentre as tecnologias e mídias digitais mais utilizadas, o uso do aplicativo WhatsApp se destacou nos resultados. Para os autores, o uso dessas tecnologias possibilitou a continuidade da comunicação, mesmo que de forma virtual com os profissionais, usuários e alunos. E isso reduziu ou minimizou a sensação de abandono, nesse período.

Outras estratégias de comunicação também foram utilizadas, como Google Forms, para levantamento de dificuldades e plataformas próprias dos municípios que continham os principais materiais norteadores do serviço, como protocolos, notas técnicas, portarias e resoluções. Sendo que essas foram citadas por duas entrevistadas, e de forma isolada.

Foi possível perceber, portanto que as informações foram repassadas aos trabalhadores da assistência via WhatsApp pelos grupos das unidades ou para os grupos das distintas categorias de

trabalhadores que atuam na assistência. No entanto, o processo de discussão, com compartilhamento de ideias, ficou restrito aos enfermeiros, que são gestores das unidades e interlocutores entre a gestão e os trabalhadores da assistência. Esse processo de compartilhamento se deu por meio de reuniões online, via aplicativo do Zoom e Meet.

O objetivo dessas reuniões online era manter os trabalhadores informados e passar segurança para eles, pois observou-se que eles estavam com medo de atuar. Além disso, era possível passar mensagens curtas sem prover o deslocamento dos profissionais, não deixando as unidades desassistidas. E para fins de manter o serviço funcionando, algumas reuniões foram realizadas no horário de almoço, horário em que as unidades não estavam cheias. Essa é uma questão que, ao mesmo tempo, expõe uma situação de cuidado a população também traz à tona questões de sobrecarga dos trabalhadores, sinais de penosidades vivenciadas durante a pandemia.

Cirino et al. (2021) identificaram em seu estudo achados semelhantes ao que as entrevistadas trouxeram sobre o processo de repasse e/ou compartilhamento de informações. Nesse sentido, perceberam que a comunicação entre os gestores da coordenação da APS e os trabalhadores da assistência (apoiadores institucionais gerentes e as equipes) ficou bastante comprometida na pandemia, tornando-se um desafio, pela impossibilidade de fazer reuniões presenciais. Logo, foram implantados fluxos que envolviam manejo clínico e normativas técnicas. E para isso utilizaram ferramentas como: e-mail, reuniões em plataformas de videoconferência, grupos de WhatsApp, mas se percebia que a distância dificultava a discussão dos processos de mudanças e, em algumas ocasiões, foi necessário o encontro presencial.

Os autores ainda salientaram que as mudanças constantes nas recomendações e portarias por parte do Ministério da Saúde, se constituíram como um grande desafio na reorganização do processo de trabalho. Isso porque, muitas vezes, não havia tempo hábil para repassar, compartilhar e assimilar as informações já que as mudanças tinham que ser imediatas, a partir de novas alterações.

Dentre as entrevistadas, três sinalizaram que o processo de compartilhamento de informações contou com a presença de trabalhadores ligados a vigilância em saúde, hospitais e secretários de saúde. Diante de alguns relatos, verificou-se que não houve elaboração de fluxos de comunicação de forma conjunta, entre os serviços, o que dificultou a organização da rede de atenção, principalmente ao considerar que a APS é ordenadora da rede e coordenadora do cuidado.

Diante das questões suscitadas acima, observa-se dois fatos: 1) a interação da APS e Vigilância em Saúde – um ganho importante na identificação, manejo e tratamento dos casos suspeitos e confirmados de COVID-19, em que foi possível construir os fluxos, e fazer discussão do processo de trabalho principalmente com o setor de epidemiologia e imunização; e 2) a dificuldade

de comunicação interna mais robusta, com discussão e compartilhamento de ideias, na perspectiva de elaborar fluxo de forma conjunta.

A integração entre APS e VS é vista como um avanço para o serviço, pois pressupõe um melhor planejamento das ações no território. Mota e Silva (2022) afirmam que para reduzir a expansão da COVID-19 é importante o gerenciamento e fomento de ações conjuntas entre a APS e a vigilância em saúde. Giovanella et al. (2020) identificaram que na pandemia houve um fortalecimento da integração APS –VS em alguns municípios, porém isso não é uma realidade predominante no país como todo e necessita-se de avanços nesse sentido.

Com relação a comunicação interna, as entrevistadas reconhecem a necessidade de discutir os materiais com a assistência. No entanto, relatam que pelo grande volume de documentos e pela urgência em atualizar a assistência, os materiais eram recebidos, divulgados e executava-se o prescrito, pois nem sempre era possível discutir coletivamente.

As entrevistadas destacaram que fizeram uso de outras estratégias de comunicação como: divulgação dos materiais na página online da secretaria municipal de saúde (SMS) e em plataformas próprias - alimentadas com os documentos oficiais publicados. Compilar as informações e resumi-las para serem repassadas foi uma forma adicional encontrada, pois em sua maioria as recomendações tratavam de publicações grandes que não facilitavam o uso prático pela assistência.

Apenas uma das entrevistadas relatou que compartilhou (fazendo discussão com as equipes) os materiais norteadores, sendo o processo de elaboração dos fluxos e realizado em conjunto com a assistência. Nesse caso, a gestão julgou essa como a melhor estratégia, uma vez que são esses trabalhadores que executam as ações no território.

Agregar sentido de valor ao processo de compartilhamento de informação relatado pelas entrevistadas é necessário, pois é um senso comum no cotidiano e na prática do serviço considerar o ato de repassar informação como ato de compartilhamento.

Faz parte do senso comum dizer que está compartilhando informação, quando na realidade está apenas transferindo ou repassando o conhecimento sem promover ou fomentar discussão. Embora a atitude de repassar algo seja considerada na prática um processo de compartilhamento, semanticamente apresentam significados diferentes.

Para tal, cabe lembrar que o senso comum muitas vezes é utilizado como objeto de manobra pelo capitalismo, como forma de negar ou mascarar a realidade. Nos *Cadernos do Cárcere* (1999), especificamente no número 11, encontramos reflexões e considerações que Gramsci esboça sobre o

senso comum⁹.

Pode-se fazer uma relação dos escritos de Gramsci com o contexto atual – considerando as respectivas diferenças do seu tempo para o nosso, pois estamos diante de uma política pública de saúde permeada por interesses do setor privado, cujos interesses atendem a classe burguesa. Classe essa que dita seus valores, como homogêneos, pautada em princípios neoliberais, com fins sempre direcionados à manutenção do sistema capitalista, cuja leitura de mundo é repercutida como verdade.

Logo, nesse contexto, trabalhadores seguem explorados. A classe dominada marcada pela intensa desigualdade social, que tem sua concepção de mundo a partir daquilo que é “permitido” vivenciar, crer, reproduzir e repassar (senso comum), como forma estratégica de aumentar os lucros e acumular riquezas. Então, se utilizar do senso comum é estratégico num contexto capitalista, pois justifica os meios, afinal o importante é o produto do trabalho.

4.1.2 Grupo de Trabalho da gestão: decisões centradas, concentradas para serem reproduzidas

Esse tópico refere-se ao processo de tomada de decisão e implementação das alterações dos fluxos da organização do trabalho. Percebeu-se, pelos relatos, que as trabalhadoras da gestão tiveram dificuldade em envolver os trabalhadores da assistência nos processos de discussão para reorganização do trabalho. Foram criados e instituídos grupos de trabalho internos nas secretarias municipais de saúde, constituídos pela gestão da APS e da vigilância em saúde, que contavam também com a participação de outros setores. Em algumas exceções o hospital estava presente com os infectologistas e, quando possível, enfermeiros requisitados com a responsabilidade de atualizar as equipes, conforme pode-se verificar no quadro 1.

No quadro 1, encontra-se uma síntese do processo de condução para implementação das alterações do trabalho, relatado pelas entrevistadas sendo possível verificar que o processo de implementação foi centrado na gestão e sua equipe, sem levar em consideração o olhar e experiência dos trabalhadores da assistência.

⁹ O senso comum é colocado não como resultado da ignorância da classe subalterna, mas que deve ser encarado como possibilidade para fomentar o senso crítico. Para Gramsci, a classe subalterna apresenta uma concepção de mundo permeada pelo senso comum, sendo de interesse da classe dominante a permanência desta submissão, incapaz de compreender sua condição de exploração. Dessa forma, ela não será capaz de fazer a “*crítica real da racionalidade e historicidade do modo de pensar*” (GRAMSCI, 1999, p. 111, grifo no original), pois isso possibilitaria atuar de forma contra hegemônica, se rebelando e colando em risco a ordem imposta pelos dominantes.

Quadro 1 – Síntese do processo de condução para implementação das alterações do trabalho na pandemia

Entrevistados	Processo	Atores	Condução	Implementação
A	Os processos de implementação do trabalho é centralizados na gestão	Equipe de gestão da secretaria	Reuniões com as enfermeiras responsáveis pelas unidades o	Reunião das enfermeiras com as equipes
B	É discutido primeiro internamente num grupo de trabalho da gestão	Diretores da APS, da Vigilância em saúde, do Hospital e Infectologista	Reuniões com as enfermeiras responsáveis das equipes e os médico	Reunião das enfermeiras com as equipes
C	Centralizados nos departamentos da secretaria de saúde	Coordenação da APS, da Vigilância, Secretário de Saúde e etc	Reuniões com as enfermeiras responsáveis das unidades	Reunião das enfermeiras com as equipes
D	Ocorre no âmbito da gestão	Departamentos da secretaria e o Secretário de Saúde da Secretaria	Reuniões com as enfermeiras responsáveis pelas unidades	Reunião das enfermeiras com as equipes com adaptação da realidade
E	Em conjunto com a rede	APS, Hospital e UPA	Reuniões com as equipes da assistência	Avaliação da assistência e adaptação
F	Com um grupo de trabalho da gestão	APS, Vigilância em Saúde e Secretário de Saúde	Reuniões com as equipes da assistência	Reunião das enfermeiras com as equipes
G	Pela gestão na secretaria municipal de saúde	APS, Vigilância em Saúde e as partes administrativas	Reuniões com as enfermeiras responsáveis pelas unidades	Assistência avaliava as propostas do grupo da gestão
H	Com as equipes da gestão na secretaria municipal de saúde	APS, Vigilância em Saúde, os demais setores da secretaria de saúde	Divulgação para as equipes da assistência	Reunião de discussão com as equipes e com feedback

Fonte: Elaboração própria, 2022

Garcia e Santa-Barbara (2009) afirmam que em uma gestão autoritária as decisões são centralizadas no gestor sem levar em consideração a opinião dos demais profissionais que compõem o serviço, onde há o predomínio de uma perspectiva tradicional. Esse modelo de gestão, segue um estilo hierárquico e burocrático e tende a gerar sentimentos de desqualificação.

Duarte e Boeck (2015), em seu estudo sobre o trabalho em equipe na enfermagem, perceberam que a forma como a gestão direciona o trabalho influencia diretamente no trabalho em equipe na unidade da ESF. Novas formas de gestão compartilhadas fortalecem o trabalho e o trabalhador, favorecendo que cada membro da equipe se reconheça no seu trabalho (BONATO, 2011).

Nesse sentido, cabe aprofundar a discussão sobre os desafios dos enfermeiros durante a pandemia, uma vez que sua atuação em diversas frentes de trabalho incluindo atividades de gestão via a coordenação do cuidado nas unidades poderia levar à não assistência dos usuários.

O impacto da sobrecarga de trabalho sobre esses profissionais foi grande, e uma entrevistada afirma que os enfermeiros passaram por um período de muitas queixas em relação a polivalência no trabalho. Em alguns momentos expressavam dificuldades para estruturar os serviços comuns da rotina que eram bem desenvolvidos anteriormente, demandando ajuda da gestão para organizar a agenda, adequar os horários para vacinação, acolher as prioridades da unidade. Era como se o corpo de

enfermagem tivesse passado por um bloqueio em seu modo de atuar.

Um apontamento feito pelas entrevistadas tratou das singularidades dos territórios e do reconhecimento das dificuldades na condução das equipes, que levou os trabalhadores da gestão a se aproximarem presencialmente dos territórios, quando possível, para apoiar as ações estratégicas da APS. Nesse contexto, corrobora-se com os apontamentos de Almeida (2021) sobre os desafios dos profissionais da saúde e principalmente dos enfermeiros da APS na pandemia:

Os profissionais da saúde, além de enfrentarem os problemas do SUS e do trabalho, são também afetados em grande escala pela COVID-19. Segundo dados do Observatório da Enfermagem, do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN, 2020), até 31 de dezembro de 2020 foram 45.738 profissionais infectados e 467 óbitos confirmados. A terceira capital com o maior número de óbitos pelo coronavírus foi o RJ (ALMEIDA, 2021, p. 51).

É preciso pensar em como apoiar os profissionais da enfermagem da APS nesse período (pandêmico e pós), para que tenham condições de seguir realizando as atribuições de gerência e assistência às linhas de cuidados. É necessário conciliar a atenção aos sintomáticos respiratórios sem provocar mais sofrimento e penosidades aos modos de trabalhar e viver da equipe. Todavia, o que se acredita é que não há como apagar dois anos de luta, sofrimento e angústia que esses profissionais vivenciaram na pandemia. Não é possível passar uma borracha no caos vivido durante esse período e recomeçar do zero. A pandemia marcou e afetou a vida das pessoas, a relação desses profissionais com o trabalho, e seguir em frente é um desafio, que precisa ser abordado.

4.2 TRABALHO ATÉ ESTREMECEU, MAS RESISTIU: AS DIFICULDADES E POTENCIALIDADES DA APS NA PANDEMIA

“História, nossas histórias. Dias de luta, dias de glória” (Charlie Brown Jr., 2005)

Os relatos sobre as dificuldades, as potencialidades e o que foi ser gestor na pandemia, não foram homogêneos entre as entrevistadas. Isso denota que mesmo tratando-se de municípios com características semelhantes, que fazem parte de uma mesma região, há singularidades territoriais, que diferenciam o processo de organização do trabalho, assim como as formas e relações de cada trabalhador da gestão com a APS.

Percebe-se, nos relatos, que apesar dos desafios e conflitos de ser gestor, houve potência e valorização da APS. Neste sentido, foi possível observar a definição de estratégias para superar ou amenizar os desafios e as readaptações a esse novo momento da saúde pública, com a pandemia.

Nesse primeiro momento do tópico, são descritas as principais dificuldades percebidas no processo de trabalho que foram agrupadas, visando o entendimento de fatores que podem sofrer influências ou intervenção direta pelos trabalhadores da gestão. Entretanto, existem outros fatores que, embora fujam de suas responsabilidades, precisam enfrentar para direcionar o serviço com os trabalhadores da assistência.

No segundo momento, buscou-se conhecer as potencialidades, aquilo que os trabalhadores da gestão identificaram como fatores que possibilitaram avançar ou melhorar na APS, apesar dos desafios de viver num período caótico do serviço com a pandemia.

Já no terceiro, observa-se os trabalhadores da gestão sinalizando o que foi ser gestor nesse período. Esses trabalhadores estabeleceram um paralelo entre o que sentiram sendo trabalhador da APS e o que foi ocupar o cargo de gestor.

4.3 DESCREVENDO AS DIFICULDADES E AS ESTRATÉGIAS DE AÇÃO NA ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO DA APS

As dificuldades relatadas pelas entrevistadas são de ordem da gestão macro, isto é, tratam de situações que fogem do saber técnico, saber tácito e até mesmo da boa vontade de quem está no cargo de coordenação. Resultam do modelo de gestão vigente, da crise que o serviço público vivencia, da desvalorização do trabalho e do trabalhador, e da própria pandemia, que agravou, ainda mais, as condições de trabalho no setor público, sociais, e da vida.

As dificuldades encontradas foram agrupadas em três grandes dimensões: **política** (decisões que envolvem o prefeito e seu corpo técnico); **de gestão** (processos de trabalho, comunicação – questão que estão sob a governabilidade do trabalhador da gestão); e **atuação profissional** (da prática da profissional/ ações técnicas/atribuição).

Embora tenha se tentado fazer essa distinção como forma de elucidar com clareza as dificuldades, observa-se que elas se entrelaçam e que são dependentes entre si. Abaixo, é possível observar as dificuldades agrupadas em dimensões, assim como as respectivas estratégias de superação:

Política – As dificuldades giram em torno da instabilidade política, o que promove mudanças na organização do trabalho; a deficiência de recursos humanos agudizada na pandemia, com desassistência nas unidades, pois os profissionais que apresentavam idade igual ou maior a 60 anos, foram afastados do serviço; a desvalorização profissional, o que gera insatisfação; o insuficiente quantitativo de EPIs, muitas vezes indisponíveis para compra, intensificando medos e inseguranças;

e as estruturas das unidades da APS que não favoreciam a organização do trabalho evitando a aglomeração. **Estratégia Traçadas** – Para o déficit de recursos humanos: alguns municípios lançaram mão de contratação emergencial; para a falta ou insuficiência de EPI improvisaram com os materiais que tinham nas unidades e realizaram capacitações com os trabalhadores da assistência em parceria com a vigilância em saúde; nas unidades pequenas o processo de trabalho ficou voltado exclusivamente para os sintomáticos respiratórios.

Gestão – Reduzir a assistência, a rotina da carteira de serviços da APS; conciliar as agendas do médico e enfermeiro, pois em unidades com uma equipe, o médico e o enfermeiro se dividiam para estar disponíveis para atender os sintomáticos respiratórios enquanto o outro mantinha a agenda fechada; lacuna entre o pensar e o executar, os fluxos elaborados não envolviam quem executaria na ponta, sendo propostos exclusivamente pela gestão; o volume grande de protocolos e normativas que exigiram uma maior comunicação e partilha de informação entre gestão e equipes; as resistências dos profissionais em acolher e atender os sintomáticos respiratórios, pois estavam com medo da exposição ao vírus em si e em seus familiares; o resgate da agenda assistencial, com o retorno da oferta da carteira de serviço da APS. **Estratégia Traçada** – Para o medo e insegurança dos trabalhadores foram ofertados apoio a saúde mental contando com a parceria das equipes do NASF e do CAPS.

Atuação profissional – Fazer os ACS voltarem a atuar no território, pois a categoria tem se comportado como trabalhador administrativo. A atuação dos enfermeiros que saíram da posição de gestores das unidades para o trabalho assistencial e não estão conseguindo retornar para a posição de gestor, que deve coordenar as ações para o alcance de metas e cumprimento dos indicadores; queixas dos enfermeiros de estarem sobrecarregados. **Estratégia Traçada** – Para apoiar os enfermeiros a gestão tem se articulado como equipe de apoio, planejando as ações para otimizar e dar conta do que precisa ser entregue de indicadores e metas.

Todas as dificuldades sinalizadas são consideradas importantes, pois trouxeram preocupação e demandaram energia para solução. No entanto, cabe destaque para as principais: na dimensão política o quantitativo de recursos humanos e disponibilidade de EPI. A situação de déficit de RH na APS não é uma novidade e nem um caso isolado ou exclusivo da pandemia. Nesse caso, traz para a discussão o teto de gasto e os limites imposto à política pública de saúde pela Emenda Constitucional nº 95/2016 que compromete a execução orçamentaria do SUS, e abre precedente ainda mais para flexibilização no setor público, uma vez que o cenário induz para a contratação de mão de obra, sob a forma de terceirização.

Com relação ao acesso e oferta de EPI, esses são extremamente necessários para a execução das ações cotidianas no serviço da saúde, como forma de cuidado e segurança dos profissionais e

usuários. E, na pandemia, esses foram ainda mais importantes para evitar a contaminação disseminada já que oferecem a sensação de segurança para os trabalhadores, sentimento decisivo em sua atuação.

Meneses (2020), em seu estudo *Gerenciamento emergencial de recursos da Atenção Primária à Saúde no enfrentamento à pandemia da COVID-19*, identificou dificuldades parecidas as que foram descritas pelas trabalhadoras da gestão nessa pesquisa, em relação ao RH e EPI. Para o autor, o recurso humano demandou muita energia, uma vez que esse apresentava uma relação direta com o contexto emocional, que foram expressos em sentimentos de ansiedade, medo, incertezas e frustrações, e que foram necessários apoios dos NASFs, por exemplo para ajudar a lidar com o contexto de saúde mental dos trabalhadores.

Na dimensão da gestão, depara-se com situações antagônicas como, por exemplo, a dificuldade associada à redução da agenda e da oferta da carteira de serviços também gera questões no retorno das agendas e do funcionamento do serviço. Ambos os momentos estão implicados no alcance dos indicadores e no cumprimento de metas, enfatizando a preocupação sobre o impacto da pandemia nesse processo. E, como esses estão ligados a programas de financiamento, as repercussões são grandes e a perversa cobrança aos profissionais se intensifica, de acordo com o modelo gerencialista da APS.

Em termos de intercessão entre as dimensões, destaca-se que a resistência em acolher os usuários sintomáticos respiratórios apresenta uma intrínseca relação com a dimensão política, pois a compra de EPI é feita pela gestão macro, mas quem traçou as estratégias para acolher e minimizar as situações adversas provocadas pela falta de material foram os trabalhadores da gestão, que criaram capacitações, grupos de apoio e realizaram mais reuniões presenciais e virtuais.

Quanto à dimensão atuação profissional, a questão suscitada está relacionada a perda do trabalho territorial do ACS. Essa categoria tem sofrido para retomar essa atribuição, o que se encaixa na discussão realizada anteriormente acerca das mudanças que a configuração do trabalho vem passando ao longo da história da APS, com a descaracterização de sua função e identidade.

As entrevistadas dão a entender que a atuação do ACS pode ser versátil e deve atender a necessidade do serviço. Melhor dizendo, quando é de interesse cabe a execução de ações internas na unidade, voltadas à organização de fluxos, bem como a realização de atividades burocráticas que auxiliam as categorias técnicas para o alcance de indicadores.

No caso de necessidades voltadas ao cadastro e/ou acompanhamento dos grupos prioritários, o ACS deve ir para o território com a finalidade de garantir o alcance de indicadores da captação ponderada e/ou de desempenho. E esse jogo de interesse atende uma demanda da gestão macro. Ainda sobre a dimensão da atuação profissional, verifica-se que as entrevistadas reforçaram a sobrecarga

dos enfermeiros pelo acúmulo de frentes de trabalho que foram obrigados a assumir. Nesse sentido, a ênfase era que os enfermeiros parecem perdidos na gestão e na assistência.

É importante resgatar o papel do enfermeiro na APS e seu protagonismo nas ações assistenciais durante a pandemia, mas em hipótese alguma deve-se naturalizar as situações de superexploração que essa categoria vem passando. Categoria que luta por valorização profissional, reconhecimento e por melhorias em suas condições de trabalho.

Os enfermeiros foram reconhecidos como profissionais que atuaram na linha de frente, foram “heróis”. Os relatos dos trabalhadores da gestão sobre o trabalho dos enfermeiros sugerem que se está diante de um muro denominado pandemia e quebrá-lo para chegar do outro lado demandará um esforço, uma energia, que os enfermeiros já não possuem mais.

O peso, o cansaço e as lutas enfrentadas na pandemia ainda soam muito presentes na rotina dessa categoria, sem contar a corrida pela produção do serviço. É preciso produzir para atingir as metas do PREFAPS e do Programa Previne Brasil, portanto, organizar o serviço em torno dessa lógica automatizada e mecânica vira o objetivo principal que norteia o cotidiano.

As entrevistadas, colocam que os enfermeiros precisam redimensionar o seu trabalho, como era feito antes da pandemia, assim dizendo, realizar as atribuições que a PNAB (2017) dispõe como papel da categoria realizar.

Ressalta-se também a necessidade de estudos que proponham formas de cuidado aos profissionais da APS para que possam enfrentar o novo “normal”, não com naturalidade que tem sido imposta, mas reconhecendo que nesse universo de trabalho o protagonista é um ser humano constituído por questões subjetivas e objetivas, que afetam sua relação com o trabalho.

4.3.1 Avanços da APS na pandemia: descobrindo as potencialidades no meio do caos

No momento das entrevistas com as oito trabalhadoras da gestão, percebeu-se que haviam perguntas do roteiro que as mesmas prontamente respondiam. No entanto, houve dois momentos que foram detectadas paradas mais longas e uma delas foi diante do questionamento acerca da possibilidade de identificar as potencialidades de fortalecimento da APS na pandemia.

A literatura aponta a importância da APS durante a pandemia na ordenação da rede como porta de entrada para os sintomáticos respiratórios e sinaliza sua potencialidade em ser resolutiva no processo de acompanhamento e monitoramento dos sintomáticos leves e moderados por se inserir no território. No estudo, considerou-se relevante entender se os profissionais da gestão também identificavam o que foi potente nesse momento de emergência em saúde pública. E,

surpreendentemente, os trabalhadores não relataram só os problemas ou desgraças vividas na APS, embora essas fossem muito mais visíveis para contextualizar.

Os relatos sobre a potência e fortalecimento da APS abarcaram a integração com outros serviços que integram a rede, seu reconhecimento como porta de entrada e as estratégias de aproximação com os trabalhadores da assistência. Dois desses relatos, mesmo não representando o universo do grupo, foram considerados importantes, pois referem as conquistas dentro da APS. Num contexto em que a política da APS se encontra ameaçada, cabe apresentar pontos positivos, não como estratégia de marketing ou convencimento, mas para validar um serviço extremamente essencial para o SUS.

O primeiro elemento de fortalecimento da APS foram as parcerias realizadas com a rede e departamentos dentro da própria SMS, como Vigilância em Saúde, citada anteriormente. E o segundo elemento foi o reconhecimento da APS como porta de entrada ao serviço no SUS, descaracterizando o hospital como a primeira opção, afinal a APS é resolutiva e pode ofertar um serviço de qualidade para a população, pois abrange ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação. Ressaltam também a existência de profissionais capacitados, “grandes”¹⁰, que apesar das dificuldades continuam desenvolvendo um bom trabalho.

A pandemia possibilitou o vínculo da população com a APS. Nesse sentido, a potência que as entrevistadas destacam é o reconhecimento do serviço como porta de entrada e o vínculo criado. Em outras palavras, pode-se traduzir a potência como um princípio e uma diretriz da APS, primeiro contato e a territorialização com criação de vínculo com o território, respectivamente.

O vínculo da gestão com as equipes de saúde também merece destaque, em uma perspectiva de aproximar e apoiar os profissionais, visto que as reuniões mensais, realizadas estritamente com os enfermeiros, nem sempre garantiam que fossem expressos as dificuldades e anseios das equipes com o todo. Então, ao identificar a necessidade de maior proximidade com a assistência, os trabalhadores da gestão puderam atuar mediando os conflitos e contribuindo na organização das ações dentro da unidade. Logo, o envolvimento das equipes no processo de discussão foi importante, uma vez que no início o processo foi muito centralizado na gestão, com demandas transversais.

Duas entrevistadas expuseram situações que se enquadram como exceções, em relação ao grupo. Uma pontuou que o trabalho do NASF foi uma questão potente para a APS, pois essa equipe atuou em outras linhas, apoiando as equipes mínimas com outras ações, como na organização do

¹⁰ Expressão utilizada por uma entrevistada no contexto de valorização do trabalhador. Logo, não se considerou substituir a palavra, para que o sentido não fosse perdido.

fluxo de vacinação, e realizando as suas atribuições. E uma outra entrevistada mencionou como potência a possibilidade de ampliar a força de trabalho. Na visão dela, o que era impossível em condições ideais, por conta da pandemia acabou se tornando uma realidade possível, ou seja, a contratação de pessoal por contratos emergenciais.

4.3.2 O trabalhador da gestão da APS: desvelando o que só, sentiu

Nesse tópico, aprofunda-se a análise dos conflitos internos e das mediações que os trabalhadores da gestão precisaram instaurar com os secretários e os trabalhadores da assistência. Nesse sentido, demarcar que o coordenador da APS é um trabalhador é de extrema importância, por isso, durante todo o percurso dessa pesquisa utilizou-se a expressão trabalhador da gestão com intenção de discutir que esse coordenador é um ser humano que pertence à classe trabalhadora, e, como tal, é superexplorado, pela engrenagem do capital.

O coordenador da APS é um trabalhador e, como todo trabalhador, tem suas questões e relações com o trabalho que assume, mas também apresenta suas fragilidades, medos, angústias e desejos como ser humano. Ser trabalhador da gestão não blindava cobranças e pressões da política pública de saúde. As características do trabalho no capitalismo, como o parcelamento das ações, a gestão de corpos, de horas e da vida afetam a todos, mas os efeitos e os objetivos são sempre o do lucro mediante a exploração do trabalhador. Portanto, a centralidade do conceito de trabalho e a relação do homem com o mesmo foram tratados nos capítulos anteriores possibilitando a compreensão do coordenador da APS como um trabalhador.

Serão apresentadas, a seguir, as impressões das trabalhadoras da gestão entrevistadas, que abordam pontos significativos da sua relação com o trabalho, como fazem parte da massa trabalhadora, e os efeitos do gerencialismo sobre seu trabalho e suas vidas. Para tais questões, buscou-se manter a essência do que foi dito, assim como as emoções observadas, sem expor as entrevistadas.

Para a entrevistada do município “A” ser gestor da APS é uma sensação de realização, apesar das dificuldades percebidas no cotidiano, mas lamenta não poder ou não ter condições de melhorar as ações estratégicas de qualificação da APS.

A entrevistada “B” relata ter paixão em trabalhar na APS, pela potencialidade do serviço, pela relação com outros setores, pela possibilidade de planejamento integrado internamente e externamente. Utiliza expressões de sentimento de pertencimento e vinculação ao trabalho, e que é gratificante poder criar vínculo com os profissionais e territórios, bem como, perceber as ações e estratégias surtindo efeitos na vida e saúde das pessoas.

Para a “C”, ser gestora nesse período foi difícil e um desafio, pela sobrecarga de trabalho dos enfermeiros e técnicos de enfermagem. Aumentou-se a demanda, mas não recursos humanos, então os serviços foram ampliados, mas se manteve o mesmo número de trabalhadores. A entrevistada ainda vai além, colocando que há uma relação de confiança com as profissionais de enfermagem, e isso ao mesmo tempo que é bom é também desgastante. Um dos percalços era perceber que as equipes poderiam estar desanimadas, mas, como gestora, precisava motivar as equipes, dizendo que tudo daria certo, mesmo não tendo certeza do futuro. Precisou seguir trocando e construindo o tempo inteiro com os profissionais da assistência, principalmente, pelo novo modelo de financiamento da APS, o Programa Previne Brasil. Visto que esse, demanda um trabalho árduo no território de cadastramento individual, além de uma atenção redobrada no preenchimento dos campos de informação do e-SUS de forma correta, para se atingir as metas. E isso, levou a mais momentos de apoio as equipes realizando atualizações e capacitações, e isso tudo durante a pandemia.

A entrevistada “D”, sinaliza que é difícil ser gestora, porque a pasta da APS é complexa e completa. Ela abarca muitas ações, estratégias e linha de cuidado. Então, como gestor deve-se estar o tempo todo presente e ao mesmo tempo em várias linhas de frente. Com isso, há necessidade elencar as prioridades, pois não há como investir em tudo ao mesmo tempo. Entender quais são as necessidades e prioridades é importante. Além de manter as equipes capacitadas o tempo todo. Considerando que o quadro de RH, no limite, não tem como capacitar as equipes todas de uma única vez, pois isso resultaria na desassistência aos usuários. Então, os treinamentos são pequenos e isso demanda tempo e envolvimento de todas as categorias, como os técnicos de enfermagem.

A entrevistada “E” coloca que, ser gestora é um desafio, porque é necessário a todo tempo motivar as equipes para que todos estejam comprometidos com o mesmo objetivo, que é de prestar um serviço de qualidade a população. Até porque APS forte é aquela que envolve todos os profissionais, a equipe mínima e o NASF.

Para a entrevistada “F”, ser gestora está sendo muito pesado, porque a assistência quer apoio, quer resposta por estar sobrecarregada. Então, ser gestora hoje é utilizar estratégias transversais, como a imposição, sem negociar. Ela menciona também, que seu modo de atuar a incomoda, por não se tratar do seu perfil e nem a sua preferência de atuação, mas que essas atitudes têm sido necessárias, para o alcance de metas e indicadores do Previne Brasil, por exemplo. Aproveita a oportunidade e crítica o programa que tem se apresentando de forma ruim, na atual conjuntura, uma vez, que tem de organizar o serviço para a atender os sintomáticos respiratórios, reduzir as agendas e se preocupar com os alcances de indicadores. Em outras palavras, nesse contexto de pandemia, para a entrevistada, o Programa Previne Brasil foi algo desnecessário e contraditório.

A entrevistada “G”, diz que ser gestora foi uma loucura. Precisou se reinventar o tempo todo. Coloca, ainda, que se desesperou, teve vontade de fugir, mas o fato de observar a APS crescendo, sendo aceita pela população, foi gratificante e desafiador.

“H” traz a sensação de realização e paixão pela APS, que de básica só tem o nome, reflete que entende a complexidade do serviço e que tem como compromisso compartilhar com os pares a riqueza do processo assistencial. Traduz sua passagem pela APS como oportunidade de aprendizado.

Como foi possível observar, cada relato é carregado de sentidos, definições e de certa maneira expõe uma crítica ao gerencialismo, mesmo sem perceber. Durante as entrevistas, a percepção foi de que as trabalhadoras vivenciam um conflito entre o modelo de gestão, com bases neoliberais, que define o que é certo e induz a política da APS, e aquilo que acreditam que deveria ser o certo. Mas, entre o que se acredita e o que é imposto, este prevalece.

Embora a maioria das trabalhadoras entrevistadas sejam servidoras, não se pode esquecer que ainda que a coordenação da APS precise apresentar atributos técnicos, é um cargo de confiança atribuído pelo gestor macro. Caso essa trabalhadora não atenda aos requisitos necessários e políticos, pode ser exonerada de sua função.

4.4 PARTICIPAÇÃO DOS TRABALHADORES NA GESTÃO DO TRABALHO FRENTE A PANDEMIA

“Levante a cabeça, amigo. A vida não é tão ruim. No mundo a gente perde. Mas nem sempre o jogo é assim. Pra tudo tem um jeito. E se não teve jeito. Ainda não chegou ao fim” (Grupo Revelação, Xande de Pilares, Akatu, 2021).

Nesse tópico são abordadas as questões do último bloco da pesquisa, que teve como finalidade identificar os meios de comunicação mais utilizados pelo trabalhador da gestão junto à assistência; a existência de espaços francos e autênticos de discussão do processo de trabalho; reflexão sobre elementos que contribuem com a construção de uma gestão participativa.

Observa-se que se vivem em uma constante contradição e o fomento de espaços de participação em tempos sem pandemia apresenta dificuldades. Os espaços de participação que se desejava compreender se associam ao que Bordenave (2007) conceitua como sendo aqueles que os sujeitos fazem parte, tomando ou tendo parte. Essa participação pode ser representada em níveis.

Logo, ela pode se manifestar como informação, quando os dirigentes informam aos membros das organizações sobre decisões tomadas; como consulta facultativa, quando a administração local pode consultar os membros da organização e solicitar críticas, ideias para resolver problemas; como elaboração /recomendação, onde os membros elaboram propostas e recomendam medidas; e por fim como cogestão, que se constitui como construção mais madura de participação, através do compartilhamento da administração mediante os mecanismos de decisão colegiada.

4.4.1 Espaço de diálogos franco e autêntico na APS existiram durante a pandemia?

Como visto anteriormente, as estratégias de comunicação para o compartilhamento de informações são utilizadas via WhatsApp. As tecnologias digitais são importantes, capazes de fomentar espaços democráticos de participação nos quais a fala pode circular e ser compartilhada. Mas esses espaços de participação também podem ser meramente informativos como Bordenave (2007) afirma.

Quando questionados sobre a existência de espaços de diálogos, os trabalhadores da gestão apresentaram alguns cenários de diálogo com os trabalhadores da assistência sendo possível concluir que foram propiciados encontros coletivos que não chegaram a configurar um movimento de diálogos francos e autênticos. Nesses espaços, as falas parecem ter ficado, em sua maioria, centralizadas nos trabalhadores da gestão.

As entrevistadas que fazem parte dos municípios que tiveram mudanças eleitorais, problematizaram que a troca de gestão na eleição municipal de 2020/2021 foi um marcador temporal que influenciou diretamente na relação dos trabalhadores da gestão com os da assistência.

No início da pandemia, em 2020, foi possível experimentar um movimento de troca coletiva de saberes entre os trabalhadores da APS e em um momento de transição política em 2021 houve o predomínio do silêncio por parte dos profissionais da assistência, nos espaços coletivos de participação. Parece que os trabalhadores da assistência não se sentiam à vontade para falar diante de uma nova equipe de gestão, ainda que o coordenador da APS fosse o mesmo.

Os espaços coletivos fomentados pelos trabalhadores da gestão foram reuniões virtuais e, quando possível, as presenciais com os gerentes das unidades, isto é, com os enfermeiros para compartilhamento de materiais que deveriam auxiliar na organização do serviço. Sinalizaram que nesses espaços as equipes tinham autonomia quanto aos fluxos e poderiam acrescentar suas sugestões. Porém, nem sempre isso acontecia e era visível a percepção de insatisfação por parte dos trabalhadores da assistência.

E, se tomava conhecimento dessas insatisfações nos “bastidores” e não nos espaços coletivos que mesmo contando com um conjunto de profissionais presentes, não manifestavam suas ideias e pensamentos. Os trabalhadores da gestão acabam sendo vistos como os demandantes, que só cobram tarefas e atribuem mais funções aos demais. As entrevistadas afirmaram que muitas das insatisfações e cobranças feitas pelos trabalhadores da assistência fogem do seu poder de decisão como coordenadoras da APS.

Apenas uma entrevistada mencionou que os espaços de diálogos francos e autênticos só foram possíveis mediante um processo de construção. Foi necessário que a gestão entendesse que para superar as fragilidades e dificuldades precisava ouvir os profissionais para lidar com medos, traçar estratégias e ações em conjunto que correspondessem à realidade. Assim, durante a pandemia, os espaços de diálogos francos e autênticos não se constituíram como uma realidade. Segundo as entrevistadas, houve a criação de espaços coletivos que não chegaram a suscitar diálogos e permaneceram apenas como espaços de transferência de informação.

Assim, o que se observou mediante aos relatos das trabalhadoras entrevistadas é que a prática empregada nos espaços coletivos converge muito com o que Freire conceitua como ação antidialógica (FREIRE, 1987).

Entende-se, portanto, que a prática de diálogos francos e autênticos se constitui como um desafio, e que este deve ser superado. Esse achado converge com o que Previato e Baldissera (2018) encontraram em sua pesquisa, de que as formas de comunicação reduzidas à transferência de informação fragilizam as relações profissionais da APS e conseqüentemente o estabelecimento de diálogos.

A organização do trabalho, pautado pelo cumprimento das exigências e pelas cobranças do serviço, com vista à melhoria de indicadores de saúde e alcance de metas, pode burocratizar o trabalho e dificultar a manutenção de diálogos autênticos.

Durante a elaboração da pesquisa, interessou-se por compreender os fatores associados à motivação dos trabalhadores da gestão na participação de espaços coletivos junto aos trabalhadores da assistência. Buscava-se, portanto, perceber quais os aspectos/fatores que mobilizam internamente a participação nesses espaços, compreendendo que um trabalhador em cargo na gestão deve atuar como interlocutor e mediador.

Assim, considerou-se importante referir o que cada entrevistada percebe sobre sua mobilização para se inserir nos espaços coletivos de participação. Embora possam existir semelhanças quanto à forma de verbalizar o contexto, cada uma expressa e revela sua própria percepção.

Para a entrevistada “A”, a troca com outros trabalhadores é um fator de motivação e o que desmotiva é a falta de acolhimento, de entendimento e disponibilidade de entender a importância desses espaços.

A entrevistada “B” compartilha que a motivação vem da busca de ofertar uma assistência de qualidade para a população. Ela cita três elementos que a desmotivam: a falta de recursos humanos; os atravessamentos políticos que interrompem o planejamento das ações e vínculos com os profissionais; e as dificuldades de não poder ofertar o mínimo de condições de trabalho, como estrutura e equipamentos. Neste sentido, o destaque dessa trabalhadora, quanto à desmotivação, centra-se nas condições de trabalho e penosidades que os trabalhadores são submetidos para cumprir metas e realizar um bom trabalho.

Segundo a entrevistada “C”, a troca é algo que motiva e essa troca abarca os departamentos na SMS; os trabalhadores que atuam como apoio institucional da superintendência da SAPS/SES-RJ; e outros trabalhadores da gestão, em espaços regionais de discussão. O que desmotiva é a sobrecarga de trabalho das equipes, agudizada pela necessidade de ampliação de recursos humanos.

De acordo com a entrevistada “D” o que motiva é o aprendizado, a troca de experiência com outros trabalhadores na gestão; o que desmotiva é o desafio de estar com a assistência, nessa função de gestor, pois há várias situações apresentadas pelos trabalhadores da assistência em que não há autonomia para resolver. Além disso, a ausência de uma PNAB que auxilie na orientação das ações do serviço com maior segurança é outro fator que desmotiva.

A entrevistada “E” afirma que o que motiva é ouvir, pois é por meio dessa escuta que é possível estabelecer estratégias em conjunto com as equipes da assistência para melhorar as ações e o serviço. Destaca que a gestão precisa ter uma abordagem horizontal, para que o trabalho tenha sentido para quem executa, e não ser algo pronto e imposto. O que a desmotiva é a morosidades dos processos na administração pública. Também salienta o fato de não conseguir executar algumas ações que independem, exclusivamente, do saber técnico e da boa vontade do trabalhador da gestão, pois envolvem decisões do gestor municipal.

A entrevistada “F”, utiliza a palavra “maluquice” para caracterizar a sua motivação nos espaços coletivos, além de relatar que gosta do que faz. Relata que se encontra cansada, metaforicamente, de ser aquela que atua como vidraça, quando todos ao redor se colocam na posição de pedra. A sua desmotivação associa-se, principalmente, pela posição solitária que é o espaço da gestão. Isso fica claro quando menciona o sentimento de ser considerada uma “inimiga” pelos trabalhadores da assistência, quando acredita fazer tudo que é possível para ser apoio e dar suporte.

Já a entrevistada “G” se sente motivada pela possibilidade de pensar e planejar junto. O que desmotiva é a não participação e adesão das equipes aos espaços propostos.

Por fim, a entrevistada “H” destaca que a motivação está relacionada à oportunidade do aprendizado, à troca de experiência com a assistência. A desmotivação com as situações que engessam e com os processos da gestão morosos e a falta de credibilidade nas ações da APS, pela falta de entendimento do serviço.

Percebe-se que as questões que motivam e/ou desmotivam os trabalhadores da gestão estão permeadas por dimensões subjetivas que são oriundas da relação desse trabalhador com o universo de seu trabalho. Silva (2021) aponta que é necessário que as organizações compreendam o que significa o trabalho na vida do trabalhador, bem como os sentidos e símbolos associados, pois quando se perdem instaura-se o sofrimento que pode afetar a saúde mental.

Logo, não se pode reduzir o trabalho a uma atividade apenas objetiva, pois as questões subjetivas são constitutivas da relação entre trabalhador e trabalho. Cabe pensar em formas de acolher o trabalhador, cuja fala possa circular livremente e mantenha vivo o sentido do trabalho.

4.4.2 Construção de uma gestão participativa na APS: elementos de esperança, na adversidade

Aqui, debate-se os elementos que são importantes para a construção de uma gestão participativa na APS. Pergunta-se como os processos gerenciais desenvolvidos na APS tendem a não seguir uma lógica de gestão participativa e, para isso, tomou-se como primordial identificar o que os trabalhadores da gestão compreendem como aspectos essenciais para subverter o contexto que está dado como sendo o ideal.

As entrevistadas citaram elementos semelhantes e/ou iguais, como se esse grupo tivesse um consenso sobre as bases que devem fundamentar uma gestão participativa. Dessa maneira, os mesmos elementos se repetiram nas oito entrevistas realizadas.

Em síntese, foram apontados que para a construção de uma gestão participativa deve-se entrar em contato com os territórios, estabelecer práticas dialógicas, ouvindo e compreendendo as realidades. Porém, esse processo deve envolver os saberes tácitos do território e os técnicos dos trabalhadores. Sinalizaram, também, que o trabalhador da gestão precisa acolher e auxiliar no gerenciamento das ações de conhecimento do território, se responsabilizar e construir vínculos. Dessa forma, seria possível construir um processo de trabalho organizado e participativo.

Chama-se atenção ao destaque dado por elas quanto à compreensão da importância da APS não como pacote básico de serviços, mas como um serviço complexo e resolutivo. Para isso, é

essencial valorizar a equipe mínima, principalmente o enfermeiro. Verbalizaram também a necessidade de sensibilizar os profissionais para participarem das discussões e motivarem as equipes. Merece destaque que à medida que as entrevistadas foram citando esses elementos, a sensação era de que eram tomados como utópicos, apresentavam um anseio de esperança, quando afirmavam a importância da APS na vida delas e dos territórios.

A sensação de esperança, observada em ato nas entrevistas, remeteu imediatamente ao verbo esperar. E, conforme Freire (2003) deixou de ensinamento é preciso refletir e agir, não havendo tempo para paralisar, mas é preciso esperar.

Freire (2014b) ensina que a esperança é uma necessidade ontológica e a desesperança é pautada pelo fatalismo e imobilismo que podem ser muito úteis aos grupos de dominação. A esperança na perspectiva freireana é ir atrás do que se almeja e acredita. Esperar é uma ação. Não é ficar esperando que as coisas aconteçam. É investir na ideia que todo ser vivo é inacabado e como tal precisa se mobilizar (BARCELOS, 2019).

A esperança, o sonho e a utopia são tratados como sinônimos na produção freireana e de seus comentadores e partem do princípio de que conhecer é a possibilidade de projetar, lançar-se adiante, buscar. Essa busca insere-se na perspectiva ontológica do homem como um ser inacabado, inconcluso, sendo a realização de sua história movida pela esperança (PARO et al., 2019, p.10).

Pinto e Coelho (2010) chamam a atenção que é preciso ultrapassar essa perspectiva de trabalho que oprime o trabalhador para uma que produza saúde e traga realização. Um trabalho em que a subjetividade do trabalhador não seja objeto de manobra do capital, mas que seja mobilizada para o seu desenvolvimento. Para os autores, o trabalho da ESF deve ser discutido pelos gestores, usuários e trabalhadores, de modo que os trabalhadores se reconheçam em seu trabalho. No entanto, sinalizam que não basta discutir os problemas do dia a dia, é preciso pôr em pauta o caminho que se deseja seguir e lutar por ele.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa possibilitou um retrato do processo de organização da APS da região Médio Paraíba do ERJ durante a pandemia, através dos relatos vivos das trabalhadoras da gestão. Mulheres que ocupam o cargo de coordenação da APS abriram espaço nas agendas, mas também internamente, para refletir sobre questões que atravessam o modelo de gestão, as dificuldades, as potencialidades e suas implicações com o trabalho.

Desenvolver a presente pesquisa não foi um processo fácil e, entre as diferentes etapas de elaboração, iniciar o campo foi a mais desafiadora. Realizar as entrevistas na modalidade virtual constituiu-se um aprendizado constante, pois as ferramentas tecnológicas nem sempre permitiram uma entrevista fluida, sem interrupção. A depender do lugar em que as entrevistadas estivessem, a conexão da internet oscilava muito, a ponto de se perder o sinal. Além disso, o período da entrada no campo coincidiu com o aumento dos casos de síndrome gripal aguda, o que demandou a presença das coordenadoras nos territórios, exigindo adiar e remarcar conversas.

Importa também registrar que o processo da escrita acadêmica para finalização de uma pós-graduação é composto de “altos e baixos”, mesmo em condições de “normalidade”. No entanto, esse processo complexificou-se durante a epidemia de COVID-19 e apesar do medo e da vontade de desistir, registro a alegria de concluir o estudo, fruto desse contexto pandêmico marcado por perdas, transformações e incertezas.

Como trabalhadora da APS, a presente pesquisa foi uma possibilidade de expressar a admiração e afeto pelos profissionais que atuam na atenção primária à saúde. Além de ser mais uma ferramenta de denúncia das penosidades em que os trabalhadores da gestão também estão expostos. Como pessoa, esse trabalho possibilitou um grande crescimento, principalmente em termos de compreensão e leitura de mundo. Cheguei a comparar esse processo de formação a um grande desabrochar, a um despertar. Almeja-se que esse trabalho seja também capaz de mobilizar outros parceiros, para dar continuidade a essa discussão, que não foi esgotada.

Foram analisados os pontos colocados pelas entrevistadas, pois desde o momento embrionário da pesquisa importava que os trabalhadores da gestão fossem escutados, tal como os trabalhadores da assistência costumam ser. Sabe-se dos desafios e dificuldades de atuação nesses espaços (assistência e gestão), que se manifestam de forma diferente, mas, em ambos, com sobrecarga, penosidades e sofrimentos.

As trabalhadoras compartilharam questões duras da organização do serviço, mas também sinalizaram questões muito singulares do que é ser gestor, externando situações que nem sempre

aparecem na dinâmica do trabalho do gestor. Dentre essas, chamam-se a atenção a falta de uma PNAB que de fato oriente o trabalho, visto que a edição em vigor não representa o processo que se vive. E a constatação de tão solitária é a sua função, bem como os limites que possuem na sua atuação. São cientes e reconhecem a precarização que os trabalhadores da assistência são expostos, mas que não necessariamente conseguem intervir.

O uso do termo “trabalhador da gestão” como sinônimo de coordenador da APS foi intencional, pois a perspectiva foi marcar o lugar de trabalhador, ao qual pertence. O coordenador da APS não faz parte da classe burguesa, mas sim da trabalhadora. Como trabalhador, é afetado pela dinâmica do capital e, portanto, estrutura o seu processo de trabalho de acordo com as normativas vigentes, submetidas a um modelo de organização e de indução política ancorado em estratégias gerencialistas.

Com relação ao universo da organização do trabalho da APS, verificou-se que as dificuldades postas e os desafios apontados não configuram situações pontuais. Não emergiram durante a pandemia, mas se agravaram neste período. A precarização, as iniciativas de desmonte do trabalho na APS se intensificam na pandemia tanto na gestão ou na assistência, atingindo os trabalhadores como um todo.

Ao longo da pandemia, as trabalhadoras foram direcionando e centralizando decisões, cabendo reconhecer que as dificuldades de execução das ações sob sua governabilidade estão muito associadas com o pensar só e a urgência das tomadas de decisão. Essa urgência para organização do trabalho, que é centrado em metas e indicadores, força e direciona para decisões verticais e para implementação de ações no território de forma rápida, "eficaz" e “eficiente”. Envolver e valorizar os saberes e práticas dos trabalhadores da assistência requer tempo e disponibilidade para construções coletivas. Sem tempo, fomentar os espaços coletivos torna-se mais custoso do que impor estratégias prontas.

Nessa lógica, os recursos de comunicação foram utilizados em alguns momentos para repasse de informação, e em outros para o compartilhamento de ideias, em espaços coletivos. Embora se reconheça a importância dos espaços coletivos, essa estratégia nem sempre é utilizada e, portanto, as decisões ficam centralizadas nas mãos daqueles que trabalham na gestão.

Ainda sobre o processo de comunicação, ressalta-se que o WhatsApp foi muito usado para informar os trabalhadores da assistência sobre as mudanças na organização do trabalho. Porém, quando possível, foram realizadas visitas de apoio institucional nas UBS. Diante da impossibilidade do contato presencial, as visitas eram substituídas por reuniões técnicas, em plataformas digitais.

Quanto às estratégias de apoio e suporte à saúde mental dos profissionais, os trabalhadores da gestão contaram com as equipes do NASF para cuidarem dos trabalhadores da assistência. E se articularam internamente com os serviços dentro da própria SMS, como a vigilância epidemiológica e imunização, para fortalecer as ações de prevenção, diagnóstico e tratamento aos usuários que foram acometidos pela doença.

As entrevistadas se mostraram contraditórias em alguns momentos, o que faz parte da estrutura do trabalho orquestrado pelo capital. Essa ossatura desestrutura as bases do trabalho humano, predominando a execução de trabalho alienado, mecânico e que distancia o trabalhador do sentido de seu trabalho.

Logo, pontua-se que não se deve tratar a atividade de cuidar em saúde como a fabril, em que a relação que o trabalhador estabelece com o seu trabalho é cada vez mais reduzida, parcelar e seriada, sem tempo para pensar, apenas para executar. Essa lógica impregnada na APS como condição para receber recursos, reduz muito a potencialidade de produção de sentidos na relação do trabalhador com o seu trabalho.

Essas trabalhadoras tiveram que se readaptar à realidade, atendendo à voz de comando do Ministério da Saúde, mesmo sem compreensão do processo como um todo e sem dar conta do desafio. Diante das incertezas, medos, angústias e inseguranças, coloca-se foco em não paralisar o trabalho, pois reconhece-se a relevância do mesmo para o território.

No decorrer do aumento dos casos de síndrome respiratória aguda, com os hospitais lotados, a APS ganha um protagonismo no cuidado nos diferentes territórios, e isso é percebido pelas entrevistadas. O momento caótico também é percebido como uma janela de oportunidade, pois a APS passa a ser reconhecida e valorizada pela população e profissionais da saúde.

Foi possível identificar características do gerencialismo na atuação das trabalhadoras da gestão, que são operadas de forma mais ou menos consciente. Neste sentido, há momentos em que as trabalhadoras assumem uma postura opressora e impositiva e em outros se colocam como oprimidas pelo contexto. É como se fosse um ciclo vicioso, em que a conta nunca fecha para o trabalhador.

Nesse momento de arrefecimento da pandemia há vários desafios a serem superados e dentre os identificados na pesquisa tem-se a questão do quadro de RH que precisa ser mantido após contratos emergenciais. Um retorno para condições anteriores a pandemia significa um retorno ao quadro de profissionais insuficiente para as reais necessidades do serviço.

Outro desafio será resgatar as ações e atividades da APS, bem como as responsabilidades técnicas de cada profissional que compõe as equipes, pois o estudo apontou que houve um “apagão técnico” por parte dos profissionais em retornar para as atividades que são de sua atribuição. Acredita-

se que esse resgate precisará ser realizado de forma gradual e com suporte e apoio à saúde mental dos profissionais, uma vez que a pandemia marcou não só o processo de trabalho, como a configuração da vida e as relações de cada ser humano.

Assim, entende-se que, embora, o ser humano se construa com o trabalho e que esse seja uma atividade vital, as ideologias neoliberais confundem-se de tal forma que o ser humano é levado a agir em prol das bases do capital, quer dizer, sem conseguir romper com as barreiras que os distanciam dos valores que estruturam as bases da humanidade. Coloca-se a necessidade de se pensar em possíveis formas de organização do trabalhador para rever a lógica opressora, de superexploração e incitar sua emancipação a partir da compreensão da sua realidade.

Portanto, destaca-se a importância da sociedade civil como organizações que devem pensar em estratégias que valorizem o trabalhador e que sejam a força motriz para a superação dessa engrenagem do capital. É preciso compreender que enquanto o movimento de luta for de categorias ou de serviços isolados, não será possível a emancipação, e o que há, é um desprendimento de energia, insuficiente.

Por fim, manifesta-se o desejo de que todo trabalhador se mobilize, no sentido de esperar, como Freire nos ensinou. Diante desse contexto de caos, de perda de direitos e de conquistas sociais, não se pode paralisar, não há tempo para isso. É preciso avançar em uma única direção, contra a hegemonia do capital.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBURQUERQUE, M.I.N. **Estratégia de Saúde da Família**: um estudo sobre o processo e as condições de trabalho dos trabalhadores de saúde. 2011. Tese (Doutorado em Serviço Social). Centro de Ciências Sociais Aplicadas - Universidade Federal de Pernambuco. Disponível em: http://www.repositorio.ufpe.br/jspui/bitstream/123456789/9783/1/arquivo9405_1.pdf. Acesso em: 15 jan 2022.

ALMEIDA, W.B.N. **As repercussões da reestruturação produtiva sobre o enfermeiro da estratégia de saúde da família**, 2021, 140 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde). Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio FIOCRUZ.

ALVES M.T.G. Reflexões sobre o papel da Atenção Primária à Saúde na pandemia de COVID-19. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, n. 42, v. 15, jul 2020. Disponível em: [https://doi.org/10.5712/rbmfc15\(42\)2496](https://doi.org/10.5712/rbmfc15(42)2496). Acesso em: 22 jun 2022.

ANDRES, S. C. CARLOTTO, A. B. LEÃO, A. A organização e estruturação do serviço de saúde na APS para o enfrentamento da COVID-19: relato de experiência. **APS em Revista**, v. 3, n. 1, jan/abr 2021. p. 09-15. Disponível em: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/137/84>. Acesso em: 10 mar 2021.

ANTUNES, R. As respostas do capital à sua crise estrutural: reestruturação produtiva e suas repercussões no processo de trabalho. In Antunes, R. **Os sentidos do trabalho**. Ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. São Paulo, Boitempo Editorial, 2000, p. 37-47.

ANTUNES, R. **Os Sentidos do Trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho** São Paulo: Boitempo, 2009.

ARAÚJO, M.A.D. Responsabilização pelo controle de resultados no Sistema Único de Saúde no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, n. 27, v. 3, 2010. Disponível em: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0210/pdfs/IS30\(2\)044.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0210/pdfs/IS30(2)044.pdf). Acesso em: 21 out 2021.

ASSIS, M.M.A. O processo de construção do controle social no Sistema Único de Saúde e a gestão nos espaços institucionais. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, n 65, v. 27, set/dez 2003. p. 324-335. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/712/3/Travassos_Viacava_Landmann_Alocacao%20equitativa_2003.pdf#page=149. Acesso em: 22 mai 2022.

BARBOSA, S. P.; SILVA, A. V. F. G. A Prática da Atenção Primária à Saúde no Combate da COVID-19. **APS em Revista**, v. 2, n. 1, jan/abr 2020. p. 17-19. Disponível em: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/62/43>. Acesso em 10 mai 2021.

BARCELOS, V.H.L. Pedagogia do Oprimido—um grito manso e de esperança. **Educação**, Porto Alegre, v. 42, n. 3, set/dez 2019. p. 426-434. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/index.php/faced/article/view/33585/19289>. Acesso em: 22 mai 2022.

BERNARDES, A.; CECILIO, L.C.O.; ÉVORA, Y.D.M.; GABRIEL, C.S.; CARVALHO, M.B. Modelo de gestão colegiada e descentralizada em hospital público: a ótica da equipe de enfermagem.

Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 4, n. 19, jul/ago 2011. . Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n4/pt_20.pdf. Acesso em: 20 mai 2022.

BORDENAVE, J.E.D. **O que é participação?**. São Paulo: Brasiliense, 2007.

BONATO, V.L. Gestão de qualidade em saúde: melhorando assistência ao cliente. **O Mundo da Saúde**, v. 5, n. 35, 2011. p. 319-331. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/gestao_qualidade_saude_melhorando_assistencia_cliente.pdf. Acesso em: 24 mai 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1721, de 21/09/2005**. Cria o Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no Sistema Único de Saúde – SUS. Diário Oficial da União 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 399/ GM, de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

_____. Ministério da saúde. **Portaria nº 325, de 21 de fevereiro de 2008**. Estabelece prioridades, objetivos e metas do Pacto pela Vida para 2008, os indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde e as orientações, prazos e diretrizes para a sua pactuação. Diário Oficial da União, Brasília, 2008. Seção I, p. 37.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Gestão participativa e Cogestão** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestao_participativa_cogestao.pdf>. Acesso em: 24 de jan de 2021.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. p. 110.. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em: 2 mai 2022.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Gabinete do Ministro, 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 10 mar 2021.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019a**. Secretaria de Atenção Primária a Saúde (SAPS), 2019. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/financiamento/portarias/prt_2979_12_11_2019.pdf. Acesso em: 12 mai 2021.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.222, de 10 de dezembro de 2019b**. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-3.222-de-10-de-dezembro-de-2019-232670481>. Acesso em: 12 mai 2021.

_____. **Lei nº 13.958, de 18 de dezembro de 2019.** Institui o Programa Médicos pelo Brasil, no âmbito da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), e autoriza o Poder Executivo federal a instituir serviço social autônomo denominado Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (ADAPS). Diário Oficial da União, 2019c.

_____. Ministério da Saúde. **Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde (CaSAPS), 2019d.** Versão profissionais de saúde e gestores – completa. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/casapsversao_profissionais_saude_gestores_completa.pdf. Acesso em: 21 jul 2021.

_____. Ministério da Saúde. **Fast-Track para a atenção primária em locais com transmissão comunitária: fluxo rápido.** Brasília: Ministério da Saúde; 2020a. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/20200407_BOLSO_ver07.pdf. Acesso em 21 de maio de 2021.

_____. Ministério da Saúde. **Protocolo de manejo clínico do coronavírus (COVID-19) na Atenção Primária à Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2020b, p. 32. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/marco/20/20200318ProtocoloManejover002.pdf>. Acesso em: 11 abr 2021.

_____. Ministério da Saúde. **Nota Técnica nº 3/2020-DESF/SAPS/MS.** Secretaria de Atenção Primária à Saúde Departamento de Saúde da Família. 2020c. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/01/NT-NASF-AB-e-Previne-Brasil-1.pdf>. Acesso em: 12 mar 2022.

_____. Ministério da Saúde. **Nota Técnica nº 5/2020-DESF/SAPS/MS.** Secretaria de Atenção Primária à Saúde Departamento de Saúde da Família. 2020d. Disponível em: https://egestorab.saude.gov.br/image/?file=20200204_N_SEIMS-0013327270-NotaTecnicaIndicadores_3604088260565235807.pdf. Acesso em: 12 mar 2022.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 29, de 16 de abril de 2020.** Secretaria de Atenção Primária a Saúde (SAPS), 2020e. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-29-de-16-de-abril-de-2020-252790187>. Acesso em: 12 jul 2022.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde [recurso eletrônico]** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde. – 5. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2021a. Disponível em: https://www.gov.br/saude/ptbr/centraisdeconteudo/publicacoes/publicacoessvs/vigilancia/guia-de-vigilancia-emsauade_5ed_21nov21_isbn5.pdf/view. Acesso em: 10 mar 2022.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 2.254, de 3 de dezembro de 2021.** Gabinete do Ministro, 2021b. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-2.254-de-3-de-setembro-de-2021-343018326>. Acesso em: 12 jul 2022.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 2.396, de 22 de setembro de 2021.** Gabinete do Ministro, 2021c. Disponível em: <https://brasilsus.com.br/wp-content/uploads/2021/09/portaria2396.pdf>. Acesso em: 12 jul 2022.

_____. Ministério da Saúde. Portal da Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Previne Brasil – Modelo de financiamento para a APS,** 2022. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/gestor/financiamento>. Acesso em: 10 jul 2022.

BUENO, M.B.T; BUENO, M.M; MOREIRA, M.I.G. Uso de tecnologias digitais e mídias sociais por profissionais da saúde no período da pandemia da COVID-19. **Revista Thema**, v. 20, 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15536/thema.V20.Especial.2021.181-200.1866>. Acesso em: 23 mai 2022.

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

CARVALHO, A. L. B. D.; OUVENEY, A. L. M.; CARVALHO, M. G. O. D.; MACHADO, N. M. D. S. Enfermeiros (as) gestores (as) no Sistema Único de Saúde: perfil e perspectivas com ênfase no Ciclo de Gestão 2017-2020. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 1, n. 25, 2020. p. 211-222. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/HJyg7VbQhQ3WGnRYYHYnBwy/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 3 jul 2022.

CASTRO, A. L.B.; FAUSTO, M.R. A política brasileira de atenção primária à saúde. In MACHADO, C.V; BAPTISTA, T.W.F; LIMA, L.D. (org). **Políticas de saúde no Brasil: continuidades e mudanças**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012, p. 173-196.

CAVALCANTE, C.C.F.S; SOUSA, J.A.S; DIAS, A.M.A. Consulta de enfermagem aos casos suspeitos de COVID-19, na atenção primária a saúde. **Revista da FAESF**, v. 4, 2020. p. 34-40. Disponível em: <https://www.faesfpi.com.br/revista/index.php/faesf/article/view/112/98>. Acesso em: 17 mai 2022.

CAZELI, C.M. **Avaliação da Implementação do Programa de Saúde da Família no Município do Rio de Janeiro**. 2003. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca - FIOCRUZ. 173 p. Disponível em: <https://thesis.icict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/pdf/cazelligmm.pdf>. Acesso em: 3 mai 2022.

CHIAVENATO, I. **Recursos humanos**. São Paulo: Atlas, 2002.

CIRINO, F.M.S.B; ARAGÃO, J.B.; MEYER, G; CAMPOS, D.S; GRYSCHKEK, A.L.F.P.L; NICHATA, L.Y.I. Desafios Da Atenção Primária No Contexto Da COVID-19: A Experiência De Diadema,. **Revista Brasileira de Medicina da Família e Comunidade**. v. 16, n. 43, 2021. Disponível em: [https://doi.org/10.5712/rbmfc16\(43\)2665](https://doi.org/10.5712/rbmfc16(43)2665). Acesso em: 14 mai 2022.

COELHO, V. S. P; GREVE, J. As Organizações Sociais de Saúde e o Desempenho do SUS: Um Estudo sobre a Atenção Básica em São Paulo*. **Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v. 59, n. 3, 2016. p. 867-901. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/dados/v59n3/0011-5258-dados-59-3-0867.pdf>. Acesso em: 10 mai 2022.

COSTA, G. A. B. **Efeitos da “reforma dos cuidados em atenção primária em saúde” do Rio de Janeiro para o trabalhador ACS: um recorte da Área de Planejamento 3.1**. 143 f. 2019. Dissertação (Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde) – Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio - FIOCRUZ.

COSTA E SILVA, V. **O processo de implantação do Sistema Integrado de Serviços em Saúde em Vitória-ES: contribuição à discussão da integralidade na atenção à saúde**. 2004. Dissertação (Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca - FIOCRUZ. Disponível em: <https://teses.icict.fiocruz.br/pdf/silvavcm.pdf>. Acesso em: 25 nov 2021.

CUNHA JUNIOR, L. A. P.; GONÇALVES, R. D.; KNOPP, G. C. **Inovação na gestão da saúde pública municipal: o modelo de organização social de saúde (OSS) do município de Itabira/ MG** (org), 2015. Disponível em: http://www.escoladegoverno.pr.gov.br/arquivos/File/2015/VIII_Consad/131.pdf. Acesso em: 14 mai 2021.

DANTAS, A.V. Direito universal à saúde, estatização progressiva, saúde privada e papel do Estado: um flash sobre o SUS e 30 anos de luta de classes na Saúde. In SILVA. L. B.;DANTAS, A. (org.). **Crise e pandemia: quando a exceção é regra geral**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2020. p. 163-186, Disponível em: http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/crise_e_pandemia.pdf. Acesso em: 15 dez 2020.

DANTAS, A.; PRONKO, M. Estado e dominação burguesa: revisitando alguns conceitos. In STAUFFER, A.B.; BAHNIUK, C.; VARGAS, M.C.; FONTES, V. (org.). **Hegemonia burguesa na educação pública**. Rio de Janeiro, EPSJV, 2018. p. 73-96.

DAUMAS, R.P.; SILVA, G.A.; RENATO TASCA, R.; LEITE, I.C; BRASIL, P.; GRECO, D.B.; GRABOIS, V.; CAMPOS, G. W. S. O papel da atenção primária na rede de atenção à saúde no Brasil: limites e possibilidades no enfrentamento da COVID-19. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 36, n. 6, 2020. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csp/2020.v36n6/e00104120/pt/>. Acesso em: 15 mai 2021.

DESLANDES, S.; COUTINHO, T. Pesquisa social em ambientes digitais em tempos de COVID-19: notas teórico-metodológicas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 11, 2020. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csp/2020.v36n11/e00223120/pt..> Acesso em: 16 jul 2022.

DITTERICH, R.G. **A contratualização como ferramenta de gestão e organização da atenção primária à saúde: avanços, dificuldades e desafios**. 2011. Tese (Doutorado em Odontologia). Pontifca Universidade Católica do Paraná - Programa de Pós-Graduação em Odontologia. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/premio2011/doutorado/doutorado_rafael_ditterich.pdf. Acesso em: 22 maio 2022.

DUARTE, M.L.C.; BOECK, J.N. O trabalho em equipe na enfermagem e os limites e possibilidades da estratégia saúde da família, 2015, **Trabalho, Educação & Saúde**, v. 13, n. 13, set/dez 2015. p. 709-720. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/150273>. Acesso em: 22 mai 2022.

DRUCK, G. Trabalho, precarização e resistências: novos e velhos desafios? **Caderno CRH**, Salvador, v. 24, n. 1, 2011. p. 37-57. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ccrh/a/qvTGPNcmnSfHYJh4RXLN3r/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 14 jun 2022.

DURRIVE, L. SCHWARTZ, Y. Glossário da ergologia, **Laboreal**, v. 4, n. 1, 2008. Disponível em: <https://journals.openedition.org/laboreal/11665>. Acesso em: 20 jun 2021.

ESCOREL, S.; GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M.H.M.D; SENNA, M.D.C.M. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 21, 2007. p. 164-176 Disponível em: https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rpsp/v21n2-3/11.pdf. Acesso em: 15 de junho de 2022.

ESCOVAL, A.; MATOS, T.; RIBEIRO, R.; SANTOS, A.T.L. **Contratualização em cuidados primários em saúde: horizonte 2015/20** (Relatório Final/2010), 2010. Disponível em: http://www2.acss.minsaude.pt/Portals/0/Fase%205_Relatorio%20Final.pdf. Acesso em: 14 mai 2022.

FACCHINI, L.A. COVID-19: Nocaute do neoliberalismo? Será possível fortalecer os princípios históricos do SUS e da APS em meio à pandemia? **APS em Revista**, v. 2, n. 1, p. 3-10, 2020. Disponível em: <https://www.apsemrevista.org/aps/article/view/73/53>. Acesso em: 20 jul 2022.

FALCÃO, P; SOUZA, A.B. Pandemia de desinformação: as fake news no contexto da COVID-19 no Brasil. **RECIIS - Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, 2021. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/47085/2/2219-9461-1-PB.pdf>. Acesso em: 22 jun 2022.

FAUSTO, M.C.R.; MATTA, G.C. Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas. In MOROSINI, M.V.G.C; CORBO, A. (org). **Modelos de atenção e saúde da família**, Rio de Janeiro, EPSJV/Fiocruz, 2007.

FERNANDEZ, M.V.; CASTRO, D.M.; FERNANDES, L.M. M.; ALVES, I.C. Reorganizar para avançar: a experiência da Atenção Primária à Saúde de Nova Lima/MG no enfrentamento da pandemia da COVID-19. **APS em Revista**, v.. 2, n. 2, 2020. p. 114-121. Disponível em: <https://www.apsemrevista.org/aps/article/view/84/60>. Acesso em: 20 de abril de 2021.

FERNANDEZ, M. Como as políticas de saúde deveriam ser conduzidas na pandemia. **Nexo Jornal**, v. 22, n. 3, 2020. Disponível em: <https://www.nexojornal.com.br/ensaio/debate/2020/Como-as-politicas-de-saude-deveriam-ser-conduzidas-na-pandemia>. Acesso em: 1 jun 2021.

FERREIRA-JUNIOR, W.C. Gerenciamento de hospitais estaduais paulistas por meio das organizações sociais de saúde. **RAP**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 2, 2003. p. 243-264. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/6486/5070>. Acesso em: 30 mai 2022.

FONSECA, F. A; MENDONÇA, M.H.M. A interação entre avaliação e a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde: subsídios para pensar sobre o trabalho educativo. **Saúde em Debate**, v. 38, 2014. p. 343-357. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406341750026>. Acesso em: 23 mai 2022.

FRANCO, T.B. O trabalhador de saúde como potência: ensaio sobre a gestão do trabalho. In: FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 243-251.

FREIRE, P. Conscientização: teoria e prática da libertação: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire [tradução de Kátia de Mello e Silva; revisão técnica de Benedito Eliseu Leite Cintra]. – São Paulo: **Cortez & Moraes**, 1979. Disponível em: https://www.fpce.up.pt/ciie/sites/default/files/Paulo%20Freire%20-%20Conscientiza%C3%A7%C3%A3o_pp.5-19.pdf Acesso em: 10 jan 2022.

_____. **Pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

_____. **Paulo Freire ao vivo**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2003.

_____. Pedagogia da Esperança. In FREIRE, Paulo (org.). **Pedagogia da esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido**. São Paulo: Paz e Terra, 2014. p. 21-272.

_____. **Pedagogia do Oprimido: (o manuscrito)**. São Paulo: Editora e Livraria Instituto Paulo Freire, 2018.

GALAVOTE, H. S. FRANCO, T. B. FREITAS, P. S. S. LIMA, E. F. A. GARCIA, A. C. P. ANDRADE, M. A. C. LIMA, R. C. D. A gestão do trabalho na estratégia saúde da família: (des) potencialidades no cotidiano do trabalho em saúde. **Saúde Soc.** São Paulo, v.25, n.4, p.988-1002, 2016.

GARCÍA, I.G; SANTA-BÁRBARA, E.S. Relação entre estilos de liderança e bases de poder das enfermeiras, 2009. **Rev Latino-am Enfermagem**. Disponível em: Acesso em: 19 de janeiro de 2022. Acesso em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/NghqLKhtLBP3VxZV6TGRHRr/?format=pdf&lang=pt#:~:text=Na%20Teoria%20da%20Matriz%20Gerencial,1%20e%20o%201%20C1>.

GAULEJAC, V. **Gestão como doença social: ideologia, poder gerencialista e fragmentação social**. [Tradução Ivo Storniolo] - Aparecida- SP: Ideias & Letras, Coleção Management, 4, 2007.

GIOVANELLA, L.; MARTUFI, V.; MENDOZA, D.C.R.; MENDONÇA, M.H.M.; BOUSQUAT, A.; AQUINO, R.; MEDINA, M.G. A contribuição da Atenção Primária à Saúde na rede SUS de enfrentamento à COVID-19. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 44, n. 4, dez 2020. .p. 161-176. Disponível em: <https://saudeemdebate.org.br/sed/issue/download/42/v.%2044%2C%20n.%20ESPECIAL%204>. Acesso em: 16 mai 2022.

GIOVANELLA, L. APS na rede de enfrentamento à COVID-19. **INFORME ENSP**, 2020. Disponível em: www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/48713. Acesso em: 11 mai 2021.

GLERIANO, J.S.; FABRO, G.C.R.; TOMAZ, W.B.; GOULART, B.F.G.; CHAVES, L.D.P. Reflexões sobre a gestão do Sistema Único de Saúde para a coordenação no enfrentamento da COVID-19. **Escola Anna Nery**, 2020.

GRAMSCI, A. **Cadernos do cárcere**. Tradução de Carlos Nelson Coutinho com elaboração de Luiz Sergio Henrique e Marco Aurelio Nogueira. Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira, v. 1, 1999.

HARZHEIM, E; MARTINS, C.; WOLLMANN, L.; PEDEBOS, L.A; FALLER, L.A.; MARQUES, M.C.; MINEI, T.S.S.; CUNHA, C.R.H.; TELLES, L.F.; MOURA, L.J.N.; LEAL, M.H.; RODRIGUES, A.S.; RECH, M.R.A.; D'AVILA, O.P. Ações federais para apoio e fortalecimento local no combate ao COVID-19: a Atenção Primária à Saúde (APS) no assento do condutor, **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n 6, 2020. p. 2493-2497. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2020.v25suppl1/2493-2497/>. Acesso em: 7 mai 2021.

HENNINGTON, E.A. Gestão dos processos de trabalho e humanização em saúde: reflexões a partir da ergologia. **Revista Saúde Pública**. v. 42, n. 3, 2008. p. 555-61. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/pJL3P6WsDc3Lkpsq8twctyM/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 27 mai 2021.

LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 20, n. 4, 2011. p. 867-874. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/CrHzJyRTkBmxLQBttmX9mtK/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 12 mai 2021.

LAZARINI, W. S; SODRÉ, F. O SUS e as políticas sociais: Desafios contemporâneos para a atenção primária à saúde. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 14, n. 41, p. 1904-1904, 2019. Disponível em: <https://rbmfc.emnuvens.com.br/rbmfc/article/view/1904/970>. Acesso em: 22 de junho de 2022.

LIRA, P.C; SILVA, W.F; BARROS, E.A.S; CORREIA, J.M; SANTOS, A.N. Atuação do Enfermeiro na Atenção Primária à Saúde no contexto de pandemia por COVID-19. **Research, Society and Development**, 2022. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i3.26424>. Acesso em: 22 mai 2022.

MACINKO, J. Atenção Primária à Saúde: estratégia chave para a sustentabilidade do SUS. **Seminário Atenção Primária à Saúde**, OPAS, Brasília, abr 2018. Disponível em: <https://apsredes.org/wp-content/uploads/2018/04/Mesa-1-James-Macinko.pdf>. Acesso em 13 abr 2021.

MACIEL, F.B.M; SANTOS, H.L.P.C.; CARNEIRO, R.A.S; SOUZA, E.A; PRADO, N.M.B.L; TEIXEIRA, C.F.S. Agente comunitário de saúde: reflexões sobre o processo de trabalho em saúde em tempos de pandemia de COVID-19. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, sulp. 2, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/XsyXgfVksPRS38tgfYppqBb/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 10 mar 2022.

MARTINS, M. I. C; MOLINARO, A. Reestruturação produtiva e seu impacto nas relações de trabalho nos serviços públicos de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2013, p. 1667-1676. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/v18n6/18.pdf>. Acesso em: 10 mai 2022.

MARTINS, M. I. C; CARNEIRO, C. C. G. Política de Gestão do Trabalho e a Atenção em Saúde: um estudo de caso sobre a experiência de contratualização da Atenção Básica no Município do Rio de Janeiro. In **Trabalho em saúde, desigualdades e políticas públicas**. Universidade do Minho; Fundação Oswaldo Cruz, 2014. p. 101-110.

MARX, K. **O Capital**. Livro I. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1989.

_____. **O capital: crítica da economia política**. Livro I. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2013.

MASSUDA, A. Prática de saúde Coletiva na Atenção Primária em Saúde. In **Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada**, São Paulo: Hucitec, 2010.

_____. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso? **Revista de Ciências & Saúde Coletiva**, 2020, v. 25, n. 4. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.01022020>. Acesso em: 14 mai 2021.

MATTOS, R. A. **Desenvolvendo e oferecendo idéias: um estudo sobre a elaboração de propostas de política de saúde no âmbito do Banco Mundial**. 2000. 307f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro - Instituto de Medicina Social.

MELO, E.A.; MENDONÇA, M.H.M.D.; OLIVEIRA, J.R.D., ANDRADE, G.C.L.D. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde em debate**, 2018, v. 42. p. 38-51. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/sdeb/2018.v42nspe1/38-51/pt>. Acesso em: 11 jul 2022.

MENESES, A.S. Gerenciamento emergencial de recursos da atenção primária à saúde no enfrentamento à pandemia da COVID-19. **SciELO Preprints**, 2020. Disponível em: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/557/736>. Acesso em: 13 abr 2022.

MERHY, E.E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo em ato**. São Paulo: Hucitec, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n8/23.pdf>. Acesso em: 12 jan 2016. MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8º. Ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12º. Ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14º ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MISOCZKY, M.C. Gestão participativa em saúde: potencialidades e desafios para o aprofundamento da democracia. **Saúde em Debate**, 2003. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/712/3/Travassos_Viacava_Landmann_Alocacao%20equitativa_2003.pdf#page=161. Acesso em: 18 mai 2022.

MORAES, D. Comunicação alternativa, redes virtuais e ativismo: avanços e dilemas. **Revista de Economía Política de las Tecnologías de la Información y Comunicación**, 2007. Disponível em: <https://seer.ufs.br/index.php/epitic/article/view/226/224>. Acesso em: 20 mai 2022.

MOROSINI, M. V. G. C. **Transformações no trabalho dos agentes comunitários de saúde nos anos 1990-2016: a precarização para além dos vínculos**, 2018. 359 f. Tese (Doutorado em Educação) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro - Programa de Pósgraduação em Políticas Públicas e Formação Humana. Disponível em: https://www.bdtd.uerj.br:8443/bitstream/1/14850/1/Tese_Marcia%20Valeria%20Guimaraes%20Cardoso%20Morosini.pdf. Acesso em: 22 jun 2022.

MOROSINI, M.V.; FONSECA, A.F. Os agentes comunitários na Atenção Primária à Saúde no Brasil: inventário de conquistas e desafios, **Saúde em Debate**, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S117>. Acesso em: 11 fev 2022.

MOROSINI, M.V.G.C.; FONSECA, A.F.; LIMA, L. D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201811601>. Acesso em: 22 jan 2021.

MOROSINI, M. V. G. C. FONSECA, A. F. F.; BAPTISTA, T. W. F. Previne Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica? **Cadernos de Saúde Pública**, 2020; v. 36, n. 9. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csp/2020.v36n9/e00040220/pt>. Acesso em: 2 abr 2021.

MOROSINI, M. V. G. C.; CHINELLI, F.; CARNEIRO, C. C. G. Coronavírus e crise socio sanitária: a radicalização da precarização do trabalho no SUS. In SILVA, L.B.; DANTAS, A. (org.). **Crise e pandemia: quando a exceção é regra geral**. 245 p. Disponível em: http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/crise_e_pandemia.pdf. Acesso em: 15 dez 2020.

MOTA, H.C.N; SILVA, A.P. APS no enfrentamento da COVID-19 no Rio Grande do Norte, 2022. **Revista Diálogos**. Disponível em: <http://revistadiálogos.saude.rn.gov.br/index.php/EPS/article/view/3/9>. Acesso em: 25 mai 2022.

NAVARRO, A. **Diálogos e reflexão**. 2005. f. 201. (Tese) Doutorado em Educação. Universidade Federal do Rio Grande do Norte - Programa de Pós-Graduação em Educação. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/14108/1/AlmiraN.pdf>. Acesso em: 13 mai 2022.

NETO, P.P.; FAORO, N.T.; JÚNIOR, J.C.P; PISCO, L.A.C. Remuneração variável na Atenção Primária à Saúde: relato das experiências de Curitiba e Rio de Janeiro, no Brasil, e de Lisboa, em Portugal. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2016, v. 21, n. 5, p. 1377-1388. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n5/1413-8123-csc-21-05-1377.pdf>. Acesso em: 12 jun 2022.

NETTO, J. P. **Introdução ao estudo do método de Marx**. São Paulo: Expressão Popular, 2011.

NEWMAN, J.; CLARKE, J. Gerencialismo. **Educação & Realidade**, Porto Alegre, 2012, v. 37, n. 2. p. 353-381. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=317227324003>. Acesso em: 12 mai 2022.

NOGUEIRA, M; LACERDA, A. Atenção Primária à Saúde no Brasil: velhas contradições e novo coronavírus na pandemia do capital. In SILVA. L.B.; DANTAS, A. (org.). **Crise e pandemia: quando a exceção é regra geral**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2020. p. 163-186

OLIVEIRA, S. S. PORTELLA, S. Dimensão singular da atividade dos trabalhadores da saúde: revisitando o desastre da Região Serrana, **Tempus - Actas de Saúde Coletiva**, 2019. Disponível em: <https://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/2674/1952>. Acesso em: 22 jun 2021.

PAIVA, S.M.A.; SILVEIRA, C.A.; GOMES, E.L.R.; TESSUTO, M.C.; SAVATORI, N.R.; Teorias Administrativas na Saúde. **Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, abr/jun 2010, v. 18, n. 2. p. 311-6. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v18n2/v18n2a24.pdf> Acesso em: 10 jun 2021.

PARO, C.A; VENTURA, M; SILVA, N.E.K. Paulo Freire e o inédito viável: esperança, utopia e transformação na saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/tQFP797gDF8Yc4fLX4fzk3c/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 16 mai 2022.

PERONI, V.M.V. **Implicações da relação público-privada para a democratização da educação**. Conferência de Abertura da XI ANPEd/Sul, Curitiba (PR)/UFPR. Disponível em: <http://www.anpedsul2016.ufpr.br/portal/wpcontent/uploads/2015/11/Confer%C3%A0ncia-de-Abertura-Vera-Peroni.pdf>. Acesso em: 12 mar 2021.

PINTO, C.A.G; COELHO, I.B. Co-gestão do processo de trabalho e composição da agenda em uma equipe de atenção básica, 2010, In: **Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada**, Ed. Hucitec, 411p, 2010.

PIERANTONI, C R. **Reformas da saúde e recursos humanos: novos desafios x velhos problemas. Um estudo sobre recursos humanos e as reformas recentes da Política Nacional de Saúde, 2000**. 228 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Disponível em: http://obsnetims.org.br/uploaded/3_6_2013__0_Reformas_da_saude.pdf. Acesso em: 22 jun 2022.

PRATA, J.A.; PROGIANTI, J.M, PEREIRA, A.L.F. O contexto brasileiro de inserção das enfermeiras obstétricas na assistência ao parto humanizado. **Revista de Enfermagem**, v. 20, n.1,

jan/mar 2012. p. 105-10. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/4003/2772>. Acesso em: 1 dez 2021.

PREVIATO, G. F; BALDISSERA, V.D.A.A comunicação na perspectiva dialógica da prática interprofissional colaborativa em saúde na Atenção Primária à Saúde. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, 2018. Disponível em: scielo.br/j/icse/a/L9VS9vQGQtzPTpyZztf4cJc/?format=html&lang=pt. Acesso em: 30 mai 2022.

REDE DE PESQUISA EM APS DA ABRASCO. Desafios da APS no SUS no enfrentamento da COVID-19. Relatório. In **Seminário Virtual Rede APS/ABRASCO**. Disponível em: <https://redeaps.org.br/wp-content/uploads/2020/04/Relatorio-Rede-APSSemina%CC%81rio-APS-no-SUS-e-Covid-16-Abril-2020-final.pdf>. Acesso em: 10 mar 2021.

RODRIGUES, A. P. Telemonitoramento como estratégia de cuidado longitudinal a grupos prioritários em tempos da COVID-19: uma experiência na atenção primária à saúde do município de Vitória-ES. **APS em Revista**, v. 2, n. 1, jan/abr 2020. p. 17-19. Disponível em: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/62/43>. Acesso em: 12 fev 2021.

SANTOS, R.P.O. “Metas para que te quero?” Os novos modelos de gestão e gerenciamento do trabalho e as percepções dos trabalhadores de uma equipe da Estratégia Saúde da Família do município do Rio de Janeiro. 2017. (Dissertação) Mestrado em Profissional em Educação Profissional em Saúde – Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio - Fundação Oswaldo Cruz. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/22904/2/Renato_Santos_EPSJV_Mestrado_2017.pdf. Acesso em: 10 mai 2022.

SARAIVA, E.M.S; RICARTE, E.C; COELHO, J.L.G; SOUSA, D.F.; FEITOSA, F.L.S.; ALVES, R.S.; OLIVEIRA, G.M.M.; SANTANA, W.J. Impacto da pandemia pelo COVID-19 na provisão de equipamentos de proteção individual, **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 6, n. 7, 2020. p. 43751-43762. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/12731/10688>. Acesso em: 12 mai 2022.

SARTI, T. D. LAZARINI, W. S. FONTENELLE, L. F. ALMEIDA, A. P. S. C. Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19? **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. v. 29, n. 2 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000200024>. Acesso em: 10 mai 2020.

SCHERER, M.D.A.; PIRES, D.; SCHWARTZ, Y. Trabalho coletivo: um desafio para a gestão em saúde, 2009. **Revista de Saúde Pública**. v. 43, n. 4, 2009. p. 721-725. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/DQWsMshGTGPKd6psQZwSmbF/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 11 jun 2021.

SCHWARTZ, Y. La conceptualisation du travail, le visible et l’invisible: L’homme et la société. **L’homme & la société**, v. 2, n. 152/153, 2004. p. 47-77. Disponível em: <http://www.cairn.info/revue-l-homme-et-la-societe-2004-2-page-47.html>. Acesso em: 20 mai 2004.

SCHWARTZ, Y. Conceituando o trabalho, o visível e o invisível. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 9, supl. 1, 2011. p. 19-45. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/tes/a/HTF7DtBVhZfgVZXqhkPX4Mx/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 14 jun 2021.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO. Assessoria de Regionalização. **Sobre a Regionalização**, 2017. Disponível em: <https://www.saude.rj.gov.br/assessoria-de-regionalizacao/sobre-a-regionalizacao/2017/04/regionalizacao>. Acesso em: 20 mai 2022.

_____. **RESOLUÇÃO SES nº 1.846, DE 09 DE MAIO, 2019**. Disponível em: <https://brasilsus.com.br/index.php/pdf/resolucao-ses-n-1846/>. Acesso em: 20 jun 2022.

_____. Superintendência de Atenção Primária a Saúde. **Manual de acolhimento aos Novos Gestores: ações da Superintendência de atenção primária a saúde**, 2021. Disponível em: <https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=MzgwNTk%2C>. Acesso em: 20 mai 2021.

_____. Superintendência de Educação em Saúde. **CIES Regionais**. Disponível em: <https://www.saude.rj.gov.br/educacao-e-formacao-em-saude/superintendencia-de-educacao-permanente/cies-regionais>. Acesso em: 23 jul 2022.

_____. **Nota Técnica SGAIS/ SES-RJ Nº 21 Centros de Triagem COVID-19 (CT COVID-19)**, 2020. Disponível em: [aude.rj.gov.br/atencao-primaria-a-saude/noticias-saps/2020/05/nota-tecnica-sgais-ses-rj-n-21-centros-de-triagem-covid-19-ct-covid-19](http://saude.rj.gov.br/atencao-primaria-a-saude/noticias-saps/2020/05/nota-tecnica-sgais-ses-rj-n-21-centros-de-triagem-covid-19-ct-covid-19). Acesso em: 15 jan 2022.

SERRA, C.G.; RODRIGUES, P.H. O financiamento da saúde no Brasil. In MATTA, G.C; MOURA, A.L (org). **Políticas de Saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 195-225.

SILVA, V.C.; ESCOVAL, A.; HORTALE.V.A. Contratualização na Atenção Primária à Saúde: a experiência de Portugal e Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2014, v. 19, n. 8. p. 3593-3604. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n8/1413-8123-csc-19-08-03593.pdf>. Acesso em: 20 nov 2021.

SILVA, L. S.; MACHADO, E. L.; OLIVEIRA, H. N.; RIBEIRO, A.P. Condições de trabalho e falta de informações sobre o impacto da COVID-19 entre trabalhadores da saúde. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/2317-636900001452>. Acesso em: 12 mai 2021.

SILVA, R.L.M. Ensaio teórico sobre os desafios da gestão de pessoas no serviço público: como manter o funcionário motivado? Theoretical essay on the challenges of people management in the public service: how to keep the employee motivated?. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 11, 2021. p. 108024-108042.

STARFIELD, B.; SHI, L.; MACINKO, J. Contribution of Primary care to Health Systems and Health. **Milbank Q**, v. 83, n. 3, 2005. p. 457-502. TEIXEIRA, M.; OLIVEIRA, R.G.; ARANTES, R. F. Mudanças nas políticas do trabalho e da educação em saúde no governo Lula. In MACHADO, C. V; BAPTISTA, T.W.F.; LIMA, L. D. (org). **Políticas de saúde no Brasil: continuidades e mudanças**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 197-225.

TEIXEIRA, M.; MARTINS, M. I. C.; LAMARCA, I. C. S. A.; OLIVEIRA, S. Abordagens do trabalho no setor público de saúde: uma revisão narrativa da literatura. **Trabalho, Educação e Saúde**, 2020. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/tes/a/TgQMSYkr5RXVP9RnV7ZKgpc/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 20 de maio de 2022.

TRINQUET, P. Trabalho e educação: o método ergológico. **Revista HISTEDBR On-line**, Campinas, número especial, 2010. p. 93-113. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/histedbr/article/view/8639753/7318>. Acesso em: 11 jun 2021.

TURINO, F.; SODRÉ, F. Organizações sociais de saúde financiadas por emendas parlamentares. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 16 n. 3, 2018. p. 1201-1219. Disponível em <https://www.scielo.br/j/tes/a/NZ8Ldw9HkxDkKRCqT9yfNPJ/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 22 mai 2021.

VELLOSO, V.B. **Organização de demanda Espontânea e Programada e Acolhimento da na Estratégia de Saúde da Família: Um relato de Experiência**, 2012. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3827.pdf>. Acesso em: 4 mar 2022.

VIANA, A.L.D.; SILVA, H.P.D.; Desenvolvimento e institucionalidade da política social no Brasil. In MACHADO, C. V; BAPTISTA, T.W. F; LIMA, L. D. (org). **Políticas de saúde no Brasil: continuidades e mudanças**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 31-60

ANEXO A

ROTEIRO DE ENTREVISTA INDIVIDUAL

Pesquisa “Organização do trabalho da APS em tempo de pandemia, na região Médio Paraíba do Estado do Rio de Janeiro: Estratégias de gestão traçadas com ou para assistência?”

I. Perfil do trabalhador da gestão

Qual sua profissão? E seu vínculo na APS? Carga horária?

Há quanto tempo você trabalha na Atenção Primária a Saúde?

Há quanto tempo você está como Coordenador (a) de APS nesse município?

II. Organização do processo de trabalho da APS na pandemia

Como se deu a organização do processo de trabalho da APS nesse período da pandemia?

O que mudou? Como foi esse processo? O trabalho seguiu presencial, foi rodízio, híbrido?

E como ficou a relação com os profissionais da assistência? Foi possível compartilhar os documentos orientadores? Promover discussão? Refletir coletivamente sobre a prática local elaborando fluxos em conjunto? Fale sobre desafios e alternativas criadas.

Como tem se dado os processos de decisão ou de implementação de alterações no processo de trabalho nesse período?

III. Potencialidades e dificuldades na organização do trabalho na APS na pandemia

Aponte as principais dificuldades que identificou na organização do trabalho da APS.

Quais os elementos que fortaleceram a APS na pandemia?

Pensando em potencialidades e dificuldades em atual como gestor na APS, como você definiria a sua relação com o trabalho na APS?

IV. Participação dos trabalhadores na gestão do trabalho frente a pandemia

Quais foram as formas, meios de comunicação traçadas entre os coordenadores da APS para com os trabalhadores da assistência?

Como coordenador da APS conseguiu fomentar espaços de diálogos francos e autênticos, com livre discussão de ideias?

O que te motiva a participar dos espaços coletivos de participação no trabalho? E o que desmotiva?

Quais são os ingredientes para a construção de uma gestão participativa com trabalhadores da ESF tal qual o SUS propõe, que envolva os saber fazer e saber de si?

ANEXO B

REGISTRO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – RCLE

Você está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada “Organização do trabalho da APS em tempo de pandemia, na região Médio Paraíba do Estado do Rio de Janeiro: Estratégias de gestão traçadas com ou para assistência?”. A pesquisa será realizada por Crislene Faustino Alambert, discente do Curso de Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio Cruz - EPSJV/Fiocruz, sob a orientação da Professora Dr^a Monica Vieira. Você foi convidado para participar da pesquisa por trabalhar na gestão da Atenção Primária à Saúde, como coordenador, num dos municípios da Região Médio Paraíba, desde o início da pandemia (março/2020).

Esta pesquisa tem como objetivo geral analisar a percepção dos coordenadores da APS, da região Médio Paraíba do Estado do Rio de Janeiro, sobre a organização do trabalho durante a pandemia do COVID-19. Devido à necessidade de isolamento social causada pela pandemia da COVID-19, os procedimentos serão realizados em ambiente virtual.

O convite é para que participe da pesquisa considerando sua disponibilidade. Será realizada uma entrevista, de cerca de 1 hora de duração com a pesquisadora. As entrevistas serão realizadas via plataformas videoconferência, da preferência do entrevistado, respeitando, assim, as medidas sanitárias preconizadas, garantindo sua privacidade e sigilo das informações fornecidas.

A entrevista será sobre a organização da APS no momento de pandemia. Essa está estruturada em 4 blocos que são: 1. Perfil do trabalhador da gestão; 2. Organização do processo de trabalho da APS na pandemia; 3. Potencialidades e dificuldades na organização do trabalho na APS na pandemia; 4. Participação dos trabalhadores na gestão do trabalho frente a pandemia.

As entrevistas serão gravadas e armazenadas conforme as exigências da Resolução CNS/CONEP nº 510/2016 do Ministério da Saúde. Após a coleta de dados, será realizado o download do material, em um disco rígido (HD), pertencente e de acesso exclusivo da pesquisadora. Em seguida será apagado todo e qualquer registro de qualquer ambiente compartilhado ou nuvem, como o software Google Drive, que tenha utilizado, conforme o OFÍCIO CIRCULAR Nº 2/2021/CONEP/SECNS/MS.

É assegurado o sigilo de sua identidade quanto a sua participação neste estudo, incluindo quando da apresentação dos resultados deste estudo em congressos, mídias digitais, coletâneas e periódicos científicos. Apenas a pesquisadora responsável e sua orientadora terão acesso às informações fornecidas.

Os riscos do estudo são classificados como moderados, sendo possível enumerar alguns destes, como: o desconforto em responder alguma (s) pergunta (s) no ato da entrevista por medo de expor pensamentos e sentimentos nunca revelados; de sofrer discriminação e estigmatização a partir do conteúdo revelado, bem como de repercussões eventuais. Além desses, há um risco involuntário de identificação do participante.

Para minimizar esses riscos, as entrevistas serão realizadas com agendamento prévio, junto ao coordenador da APS, e caso o trabalhador não se sinta confortável, pode se recusar a responder alguma pergunta, e se quiser, pode interromper/ cancelar a qualquer momento a entrevista. Os participantes serão comunicados quanto ao ressarcimento e/ou indenização no caso de quaisquer danos eventualmente produzidos, garantindo o acesso aos resultados finais do trabalho e a manutenção do anonimato relacionado à sua identificação pelas informações.

É importante destacar que há riscos característicos do uso de ambiente virtual, nesse sentido existem limitações tecnológica, como uso da rede de internet (conectividade) e funcionamento adequado das ferramentas operacionais da plataforma, para assegurar total confidencialidade e potencial risco de sua violação.

De acordo com a Resolução 510/16 Art.19, 2., o participante da pesquisa que vier a sofrer qualquer tipo de dano resultante de sua participação na pesquisa, previsto ou não no Registro de Consentimento Livre e Esclarecido, tem direito a buscar indenização. Caso você não se sinta à vontade em compartilhar alguma informação pessoal ou confidencial durante este momento, não precisará relatar. Caso deseje você poderá cancelar a qualquer momento sua participação. É importante destacar que todos os procedimentos adotados nessa pesquisa obedecem aos critérios da Ética em Pesquisa com seres humanos, de acordo com a Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde.

Os benefícios podem ser indiretos, no sentido de fomentar a reflexão sobre a atuação do coordenador, como trabalhador da gestão, da APS na pandemia identificando estratégias de comunicação que potencialize a participação das equipes na organização do trabalho. Em nenhuma hipótese haverá benefícios materiais (pagamento, ajuda de custo etc.). Os benefícios desta pesquisa serão exclusivamente acadêmicos, visando contribuir para aprofundamento de um estudo que colabore com o fortalecimento da APS. Os resultados deste estudo serão divulgados em relatório individuais para os entrevistados, e em artigos científicos na dissertação do mestrado.

Ressalta-se que sua participação é inteiramente voluntária, estando você livre para abandonar o estudo em qualquer momento, sem que isto afete o seu relacionamento com seu

local de trabalho e/ou junto à instituição promotora / executora deste estudo.

O aceite deste termo de consentimento se dará pelo retorno do e-mail do coordenador da APS com esse documento assinado. Após o recebimento do “aceite” será enviado por e-mail opções de data e horário para agendamento da entrevista, e posteriormente o link para o dia da entrevista que foi previamente combinado.

Em caso de dúvidas sobre o projeto e sua participação você pode tirar diretamente com a pesquisadora por e-mail ou telefone. Considerando o Art. 6, Res. 510, a pesquisadora se compromete em antes de iniciar a entrevista esclarecer as questões norteadoras da pesquisa, e se não se sentir confortável em participar tem o direito garantido de recusa.

Recomendo que guarde em seus arquivos uma cópia desse documento eletrônico, pois consta informações importantes como o e-mail e telefone da pesquisadora, do Comitê de Ética em Pesquisa e dos seus direitos. Ao aceitar este documento o(a) senhor(a) não desiste de nenhum de seus direitos. Além disso, o(a) senhor(a) não libera o investigador de suas responsabilidades legais e profissionais no caso de alguma situação que lhe prejudique.

Em caso de dúvida a Sr.(a) deverá se reportar ao Comitê de Ética em Pesquisas envolvendo seres humanos – subordinado ao Conselho Nacional de Ética em Pesquisa, órgão do Ministério da Saúde, contatando o Comitê de Ética em Pesquisa da EPSJV/Fiocruz, no telefone (21)3865-9809. O Comitê é formado por um grupo de pessoas que têm por objetivo defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e assim, contribuir para que sejam seguidos padrões éticos na realização de pesquisas.

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e que me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas. Concordo em participar:

Rubrica do participante: _____

Rubrica da pesquisadora:



Contato do pesquisador

Monica Vieira (Orientadora). Pesquisadora com experiência em acompanhamento de trajetórias profissionais. Laboratório do Trabalho e da Educação Profissional em Saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/ FIOCRUZ. E-mail: monica.vieira@fiocruz.br

Crislene Faustino Alambert. Discente do Curso de Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde, da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio Cruz - EPSJV/Fiocruz. E-mail: crisalambert@gmail.com

Comitê de Ética EPSJV

Avenida Brasil, 4365, Manguinhos, Sala 7 (Container) –
EPSJV/Fiocruz CEP 21045-900 - Rio de Janeiro, RJ - Brasil
Telefone: (21) 3865-9809
E-mail: cep.epsjv@fiocruz.br

Termo de Compromisso de Utilização de Dados (TCUD)

Eu, Crislene Faustino Alambert, discente do Curso de Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde, da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio Cruz EPSJV/FIOCRUZ, responsável pelo projeto de pesquisa intitulado “**Organização do trabalho da APS em tempo de pandemia, na região Médio Paraíba do Estado do Rio de Janeiro: Estratégias de gestão traçadas com ou para assistência?**”, comprometo-me com a utilização dos dados contidos nas gravações feitas com os participantes das entrevistas feitas para a pesquisa, a fim de obtenção dos objetivos previstos no projeto de pesquisa e somente após receber a aprovação do sistema CEP-CONEP.

Declaro que irei cumprir todos os termos das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos (Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde). Dessa forma, comprometo em manter a confidencialidade e a privacidade dos dados coletados nos arquivos gravados

Declaro entender que é minha a responsabilidade de zelar pela integridade das informações e de garantir a confidencialidade dos dados e a privacidade dos indivíduos que terão suas informações acessadas. Também é minha a responsabilidade de não repassar os dados coletados ou o banco de dados em sua íntegra, ou parte dele, a pessoas não envolvidas na equipe da pesquisa.

Por fim, comprometo-me que as informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto, sendo que poderão ser apresentados em encontros ou revistas científicas, entretanto, ele mostrará apenas os resultados obtidos como um todo, sem revelar nome dos participantes, instituição a qual pertencem ou qualquer informação que esteja relacionada com sua privacidade, portanto a divulgação será de forma anônima, sem qualquer identificação. Qualquer outra pesquisa em que se precise coletar informações será submetida à apreciação do CEP/EPSJV

Rio de Janeiro, 4 de agosto de 2021.



Crislene Faustino Alambert

Pesquisadora Responsável