



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

CLAUDIO FERREIRA DO NASCIMENTO

**GESTÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E CONTRARREFORMA DO
ESTADO: ANÁLISE DA RELAÇÃO PÚBLICO-PRIVADA EM FORTALEZA**

**FORTALEZA – CEARÁ
2020**

CLAUDIO FERREIRA DO NASCIMENTO

GESTÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E CONTRAREFORMA DO ESTADO:
ANÁLISE DA RELAÇÃO PÚBLICO-PRIVADA EM FORTALEZA

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Saúde da Família. Área de Concentração: Saúde da Família.

Orientador: Prof. Dr. José Maria Ximenes Guimarães.

FORTALEZA – CEARÁ

2020

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Estadual do Ceará
Sistema de Bibliotecas**

Nascimento, Claudio Ferreira do.

Gestão da atenção primária a saúde e contrarreforma do estado: análise da relação público-privada em Fortaleza [recurso eletrônico] / Claudio Ferreira do Nascimento. - 2020.
201 f. : il.

Dissertação (MESTRADO PROFISSIONAL) - Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Curso de Mestrado Profissional Em Saúde da Família - Profissional, Fortaleza, 2020.

Orientação: Prof. Dr. Prof. Dr. José Maria Ximenes Guimarães.

1. Gestão em saúde. 2. Atenção primária a saúde. 3. Reforma do estado. 4. Relação público-privada. 5. Privatização.. I. Título.

CLAUDIO FERREIRA DO NASCIMENTO

**GESTÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E CONTRARREFORMA DO
ESTADO: ANÁLISE DA RELAÇÃO PÚBLICO-PRIVADA EM FORTALEZA**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Saúde da Família. Área de Concentração: Saúde da Família.

Aprovada em: 30 de Julho de 2020

BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. José Maria Ximenes Guimarães
(Orientador)



Prof. Dra. Lúcia Conde de Oliveira
(1º membro- UECE)



Prof. Dra. Ana Patrícia Pereira Morais
(2º membro - UECE)

Data da defesa: 30/07/2020

Às trabalhadoras e trabalhadores que continuam carregando, dentro de si, a chama viva da indignação diante das injustiças.

AGRADECIMENTOS

À minha amada companheira Ianna Oliveira Sousa, meu encontro material e espiritual com o amor e com a vida, coautora afetiva e efetiva das elaborações contidas neste pequeno estudo e, mais que isso, corresponsável pela imensa felicidade que inunda meu universo.

À minha amada filha Maria Ísis Oliveira do Nascimento, minha pequena flor, expressão das potencialidades do mundo que, mesmo sem saber, carrega toda a dimensão do meu amor em seu pequeno e agitado coração.

À minha amada mãe, D. Maria Iracema Ferreira do Nascimento, meu modelo de mulher de luta, coragem e determinação. Da dureza e aspereza de uma realidade que teima em excluir e negar, arrancou a beleza e os meios materiais para criar seus filhos e seu mundo sem perder a ternura jamais.

Ao meu querido e inesquecível amigo-pai José Ferreira Lobão (*in memoriam*), minha referência, reserva e exemplo de dignidade, probidade, solidariedade e senso de justiça.

Às e aos meus queridos companheiros da turma do mestrado, em especial, àquelas que, juntas comigo, empreenderam a bela e terna aventura de construir laços de afeto, amizade e carinho que perduraram e deverão perdurar para além do tempo-espço da experiência do Mestrado e que compõem o grupo “ética ordônica”, Elenice, Viviane e Gláucia.

Às e aos queridos professores do mestrado pela dedicação, pelo apoio competente e carinhoso, em especial, ao meu orientador professor Dr. José Maria Ximenes Guimarães, por sua paciência, leveza, cuidado, imensa sabedoria, apoio solidário e fraterno na condução do nosso processo de construção compartilhada de conhecimento e à professora e coordenadora do mestrado Dra. Ana Patrícia Morais pela condução competente do processo formativo, pelo carinho e zelo amoroso com as relações e afetos construídos durante e depois da experiência do mestrado profissional.

Às professoras que compõem a Banca Examinadora, Profa. Dra. Lúcia Conde de Oliveira e Profa. Dra. Alice Maria Correia Pequeno, pela disponibilidade, zelo, competência das análises e relevância das contribuições.

Às funcionárias do Mestrado Cláudia e Tatiana pelo cuidado, carinho e atenção.

“É necessário que os intelectuais repitam menos aquilo que nós próprios já sabemos e nos deem mais aquilo que ainda não sabemos, aquilo que a nossa experiência “econômica” e fabril nunca nos ensinará: os conhecimentos políticos. Esses conhecimentos podem ser adquiridos apenas por vocês, intelectuais, e vocês são obrigados a nos fornecer cem e mil vezes mais do que o fizeram até agora; além do mais, não é fornecer só na forma de reflexões, brochuras e artigos (os quais, com certa frequência, ocorrem de ser – desculpem a franqueza! - entediantes), mas indispensavelmente na forma de denúncias vivas de tudo aquilo que o nosso governo e as nossas classes dominantes fazem atualmente em todos os aspectos da vida.”

(LENIN, V.I. 1902)

RESUMO

Este estudo tem por objeto a relação público-privada estabelecida na Atenção Primária à Saúde (APS) do município de Fortaleza, a partir de 2013, em razão das mudanças promovidas pelos modelos de gestão derivados das contrarreformas do Estado, nos anos 1990. Tais contrarreformas neoliberais modificaram os papéis assumidos pelo Estado brasileiro na gestão e prestação de serviços de saúde, a partir da criação do SUS, ao possibilitarem o aprofundamento do processo de apropriação privada do fundo público e de subfinanciamento crônico do sistema por meio, principalmente, da gestão privada dos recursos públicos. O objetivo deste estudo foi analisar os impactos das contrarreformas neoliberais do Estado brasileiro sobre a relação público-privada do sistema de saúde, em especial, sobre os processos político-sociais, gerenciais e assistenciais da APS. Trata-se de um estudo de caso, com abordagem qualitativa, numa perspectiva histórico-social, realizado no município de Fortaleza, Ceará. Participaram do estudo conselheiros de saúde, gestores e trabalhadores da Estratégia Saúde da Família (ESF), perfazendo 37 participantes. Os dados foram apreendidos por meio de entrevistas semiestruturadas, análise documental sendo sistematizados em uma matriz de análise. A análise do material empírico teve por base a hermenêutica-dialética. Os resultados apontaram que a adoção do modelo de gestão híbrido público-privado com base nas Organizações Sociais (OS) e o processo crescente de “upanização” das Unidades de Atenção Primária (UAPS) aprofundaram as dificuldades de acesso da população às ações da ESF, avançaram na precarização das relações e condições de trabalho e fragilizaram os espaços de participação e controle social do SUS municipal. O estudo expôs o papel da OS na dinamização do processo de “expropriação” dos espaços, instrumentos, ações, políticas e poderes do Estado em favor de interesses privados, bem como sua importância para a relação capital-trabalho na saúde ao promover um aprofundamento das condições gerais de exploração da força de trabalho como forma de atender ao objetivo estratégico de redução dos gastos estatais com as políticas sociais e de ampliação do processo de privatização do SUS.

Palavras-chave: Gestão em saúde. Atenção primária à saúde. Reforma do Estado. Relação público-privada. Privatização.

ABSTRACT

This study has as its object the public-private relationship established in Primary Health Care (PHC) in the city of Fortaleza, from 2013, due to the changes promoted by the management models derived from the state's counter-reforms in the 1990s. Such neoliberal counter-reforms have changed the roles assumed by the Brazilian State in the management and provision of health services, since the creation of the SUS, by enabling the deepening of the process of private appropriation of the public fund and chronic underfunding of the system through, mainly, the private management of public resources. The aim of this study was to analyze the impacts of neoliberal counter-reforms of the Brazilian State on the public-private relationship of the health system, especially on the political-social, managerial and care processes of PHC. This is a case study, with a qualitative approach, from a historical-social perspective, carried out in the city of Fortaleza, Ceará. Health counselors, managers and FHS workers participated in the study, totaling 37 participants. The data were seized through semi-structured interviews and documentary analysis and systematized in an analysis matrix. The analysis of the empirical material was based on hermeneutics-dialectics. The results showed that the adoption of the public-private hybrid management model based on Social Organizations (SO) and the growing process of "upanzation" of Primary Care Units (UAPS) deepened the difficulties of access of the population to FHS actions, advanced in the precariousness of working relationships and conditions and weakened the spaces of participation and social control of the municipal SUS. The study exposed the role of SO in boosting the process of "expropriation" of spaces, instruments, actions, policies and powers of the State in favor of private interests, as well as its importance for the capital-work relationship in health by promoting a deepening of the general conditions of exploitation of the labor force as a way to meet the strategic objective of reducing state spending with social policies and expanding the privatization process of the SUS.

Keywords: Health management. Primary health care. State reform. Public-private relationship. Privatization.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Fluxograma desenvolvimento da análise hermenêutica-dialética.....	56
Quadro 1 - Matriz de análise do modelo de gestão da Atenção Primária à Saúde, com eixo na relação público-privado. Fortaleza, Ceará, 2020.....	48
Quadro 2 - Quadro de classificação das falas do Grupo de Conselheiros de Saúde. Fortaleza, Ceará, 2020.....	58
Quadro 3 - Síntese do confronto entre as sínteses das falas dos grupos de representação dos participantes do estudo. Fortaleza, Ceará, 2020.....	60
Quadro 4 - Descrição dos serviços contratualizados, com base no contrato de gestão nº 01/2013. Fortaleza, Ceará, 2020.....	118

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
BM	Banco Mundial
CLS	Conselho Local de Saúde
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
COAP	Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CLS	Conselho Local de Saúde
CORES	Coordenadoria Regional de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
eSF	Equipe de Saúde da Família
FMI	Fundo Monetário Internacional
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDGS	Instituto de Desenvolvimento Tecnológico e Apoio em Gestão em Saúde
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
ISGH	Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar
ONG	Organização não governamental
OS	Organização social
OSCIP	Organização da sociedade civil de interesse público
PMS	Plano Municipal de Saúde
SER	Secretaria Executiva Regional
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UAPS	Unidade de Atenção Primária à Saúde
UECE	Universidade Estadual do Ceará
UFC	Universidade Federal do Ceará

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	13
1.1	Aproximações e envolvimento com o objeto de estudo.....	13
1.2	Recorte do objeto e justificativa.....	15
1.3	Objetivos da pesquisa.....	19
1.3.1	Objetivo geral.....	19
1.3.2	Objetivos específicos.....	19
2	FUNDAMENTOS TEÓRICOS.....	21
2.1	O SUS e o modelo de APS.....	21
2.2	As contrarreformas neoliberais do Estado brasileiro dos anos 1990 e atuais.....	25
2.3	Relação público-privada na saúde brasileira.....	30
2.4	O Modelo de Gestão da Atenção Primária à Saúde de Fortaleza: a expansão associada à relação público-privada nos processos gerenciais.....	34
3	PERCURSO METODOLÓGICO.....	38
3.1	Tipo e natureza do estudo.....	38
3.2	Cenário do estudo.....	41
3.3	Participantes do estudo.....	42
3.4	Técnicas e instrumentos de coleta.....	44
3.5	A matriz de análise e suas transições concretas.....	45
3.6	Método de análise: A hermenêutica-dialética.....	51
3.7	Aspectos éticos da pesquisa.....	61
4	POLÍTICA MUNICIPAL DE SAÚDE E MODELOS DE GESTÃO, ATENÇÃO E PARTICIPAÇÃO SOCIAL DA APS DE FORTALEZA.....	62
4.1	A privatização da gestão da APS de Fortaleza.....	63
4.2	A “upanização” da APS de Fortaleza.....	73
4.3	A burocratização para controle político dos conselhos de saúde de Fortaleza.....	102

5	RELAÇÃO PÚBLICO-PRIVADA E GESTÃO DA APS DE FORTALEZA.....	112
5.1	Um modelo de gestão híbrido como salto para a privatização.....	116
5.2	A centralidade da ampliação da exploração da força de trabalho.....	135
6	RELAÇÕES E CONDIÇÕES DE TRABALHO EM SAÚDE NA APS DE FORTALEZA.....	146
6.1	Um modelo de precarização das relações e condições de trabalho na saúde.....	147
6.2	A segmentação política e a perda de vínculos como expressões da precarização.....	156
7	SÍNTESES PROVISÓRIAS.....	162
	REFERÊNCIAS.....	166
	APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTAS GESTOR MUNICIPAL.....	174
	APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTAS GESTORES REGIONAIS E LOCAIS.....	175
	APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTAS TRABALHADORES DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.....	176
	APÊNDICE D – ROTEIRO DE ENTREVISTAS CONSELHEIROS DE SAÚDE.....	178
	APÊNDICE E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	180
	ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO CEP.....	182
	ANEXO B - TERMO DE REFERÊNCIA CONTRATO DE GESTÃO.....	185

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aproximações e envolvimento com o objeto de estudo

A política neoliberal, em nome da qual foram e continuam sendo realizadas reformas estruturais socialmente regressivas do Estado e da sociedade burguesa mundo afora, representa o mais profundo e violento ataque à classe trabalhadora deste período histórico. Neste sentido, a tematização do neoliberalismo como política hegemônica capitalista de nosso tempo atraiu-me a atenção e mobilizou meu desejo de investigação há muitos anos. Consigo resgatá-la da memória, a partir de minhas experiências de início da vida adulta, durante o processo de formação acadêmica, na graduação do curso de odontologia da Universidade Federal do Ceará (UFC) quando, ainda nos anos 1990, acompanhei o processo de aplicação dessas políticas, desde a eleição do governo Fernando Henrique Cardoso (1995-2002).

Associo a relevância deste tema, inclusive, ao meu ingresso na militância política, visto que foi mediante a aplicação do conjunto das políticas neoliberais, no Brasil daqueles anos e, principalmente dos efeitos concretos destas sobre o conjunto dos trabalhadores, da juventude e dos estratos sociais oprimidos, que senti a necessidade, apesar dos freios de uma personalidade introspectiva, de intervir, de alguma forma, nos espaços públicos, durante a vida acadêmica e, posteriormente, na vida profissional.

O impacto social das mudanças decorrentes das políticas neoliberais no Brasil pode ser percebido, dentre outras formas, pelo fato de aqueles anos de ajustes econômicos ortodoxos baseados no Plano Real, no discurso hegemônico da austeridade fiscal do Estado e na realização de contrarreformas sociais e políticas amplas, especialmente sobre a legislação trabalhista, previdenciária e administrativa, bem como na aplicação de um profundo programa de privatizações, repercutiram fortemente nos diversos espaços sociais, sob a forma de sucateamento e desmonte das universidades públicas e dos serviços públicos de saúde, com todos os efeitos reconhecidos sobre os setores mais pauperizados da classe trabalhadora.

Como expressão desse contexto em minha vida pessoal, trabalhei todo este período, de forma precária, com contratos temporários de trabalho em diversos municípios do interior do estado do Ceará, até que, no início dos anos 2000, começaram a ser realizados pelos municípios, como produto de um princípio de

retomada de investimentos estatais na saúde, do período, processos de ampliação da força de trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS), com abertura de cargos através de concurso público.

Foi nesta primeira década dos anos 2000 que avalio ter começado a melhorar me organizar técnica, acadêmica e politicamente a partir do concurso público de 2005 com a entrada no serviço municipal de saúde de Fortaleza, em 2006 e com as consequentes experiências profissionais e acadêmicas acumuladas na Atenção Básica do município como cirurgião dentista do Programa Saúde da Família (PSF) e nos processos formativos da Especialização e Residência em Saúde da Família, promovidas pelo município entre 2010 e 2013, bem como, nas experiências de participação política nos Conselhos Municipal e Nacional de Saúde, desde 2009 e no sindicato da categoria desde 2010, respectivamente.

Neste sentido, posso afirmar com convicção que parte significativa da atração pelo tema do neoliberalismo tem relação direta com minha militância política no interior do movimento sindical e dos conselhos municipal e nacional de saúde, afinal, os efeitos nefastos desta política sobre os direitos dos trabalhadores e sobre direitos sociais fundamentais, especialmente, sobre o direito à saúde, exigiram algum grau de estudo e preparação para seu enfrentamento político de modo mais consistente.

O desejo de eleger o tema como objeto de estudo e, principalmente, sua conexão com a realidade da gestão da Atenção Primária à Saúde (APS), contudo, são mais recentes, apesar de continuarem guardando íntima relação com minha condição de trabalhador de saúde da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e militante político implicado com a temática. Materializado como objeto de pesquisa, em 2017, no processo de seleção do Mestrado Profissional em Saúde da Família (MPSF) da Universidade Estadual do Ceará (UECE), uma das instituições de ensino superior nucleadoras da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF), a realização do estudo representa uma escolha pessoal, acadêmica e política neste instante, por diversos motivos.

Um desses motivos, talvez o mais simples, de cunho individual, tem relação com o desejo de ampliar meus horizontes de aprendizagem, qualificar-me profissionalmente e contribuir, com uma ínfima gota que seja, para o imenso oceano da produção científica e cultural da saúde, buscar humanizar-me neste caminhar

coletivo e solidário, bem como, renovar meus laços com o mundo e com aqueles que agem, sem jamais esquecer da importância da teoria para a construção de uma práxis emancipadora.

Um outro ainda tem relação com os caminhos e ladeiras abertos para o Sistema Único de Saúde (SUS) com a crise sanitária provocada pela pandemia de COVID-19. Mesmo demonstrando, com sua natureza de política universal, uma importância vital para o enfrentamento dos efeitos terríveis desta crise e representando, neste instante, em que a epidemia realiza uma “transição social” em direção aos mais pobres, o último bastião de proteção à vida da imensa maioria dos trabalhadores, o SUS resente-se das políticas seguidas de desmonte, dos anos seguidos de subfinanciamento e desfinanciamento, expressos, por exemplo, no imenso desequilíbrio entre leitos de UTI públicos e privados e, agora, sofrendo os efeitos da EC 95, com perdas de mais de R\$ 22,5 bilhões, vê-se imobilizado pela política cultural e científica negacionista do governo Federal. Empurrado ao precipício pela ortodoxia neoliberal de verniz francamente fascizante, a morte do SUS representará certamente o abandono à própria sorte de milhões de vidas. A perspectiva de tornar-se uma bandeira e um instrumento de resistência e luta dos trabalhadores, a partir da experiência da crise sanitária, por outro lado, abre para o SUS um caminho mais do que nunca indissociável do futuro da classe trabalhadora brasileira.

Um último motivo, por fim, que associo à angústia de uma geração, da minha geração pelo menos, tem relação com as possibilidades abertas de futuro para a humanidade diante de um presente tão trágico. Que fará a humanidade diante da necessidade urgente de romper definitivamente as amarras deste modelo nefasto de sociabilidade construído nos últimos 300 anos?

1.2 Recorte do objeto e justificativa

O processo histórico de construção de um sistema nacional de saúde no Brasil, de caráter público-estatal, com possibilidade de oferecer atenção à saúde da população de modo universal, equânime, integral e participativo foi atravessado nos últimos 50 anos por um duplo fenômeno político. Um deles, que podemos considerar, de caráter progressivo, representado pelo avanço, nas décadas de 1970 e 1980, das

lutas da classe trabalhadora pela redemocratização e pelo direito à saúde, expressos, dentre outros, através do movimento de Reforma Sanitária e, outro, regressivo, resultante da situação política adversa, decorrente da crise econômica dos anos 1980 e do avanço do neoliberalismo nos anos 1990, expresso, principalmente, no processo de contrarreforma do Estado brasileiro.

Além do resgate e da caracterização política do último período histórico, a análise da estrutura e da dinâmica do sistema de saúde brasileiro leva-nos também a uma reflexão sobre outros dois fenômenos distintos, mas conexos. O primeiro refere-se à lógica dominante do nosso sistema de saúde que, acompanhando as transformações econômicas, socioculturais e políticas da sociedade brasileira, tem seu sentido muito mais voltado à acumulação de capital do que ao atendimento das reais necessidades de saúde da população. O segundo tem relação com a origem da organização contemporânea do setor saúde no Brasil cuja característica principal é a separação política, ideológica e institucional entre a assistência individual, eminentemente privada, ainda que financiada diretamente ou intermediada pelo Estado e as ações dirigidas à saúde coletiva e ao meio ambiente, de caráter público. (BUSS, 1995).

A dinâmica destes fenômenos sócio-históricos tem importância determinante no tipo de relação público-privada estabelecida no interior dos sistemas nacionais de saúde. O caráter contraditório e aparentemente antagônico desta relação expressa-se, no caso do sistema de saúde brasileiro, em diversos níveis e situações, seja na dicotomia e segmentação do modelo de atenção e gestão do sistema de serviços, seja na ambiguidade dos discursos e das práticas cotidianas de assistência, seja, principalmente, naquele que parece representar o papel principal desta relação neste modelo de sociedade, no caso, a ampliação do processo de acumulação de capital, por meio, principalmente, da apropriação privada de mais-valia pelo aumento dos níveis de exploração do trabalho e da apropriação privada dos fundos públicos pela redução da responsabilidade social do Estado. Romano *et al.* (2015), em seu estudo, refere que o setor privado, paralelo ao Sistema Único de Saúde (SUS), possui várias “conexões” com o setor público, e é responsável por tornar o sistema de serviços de saúde no Brasil complexo e segmentado, com diversos padrões de acesso, qualidade e integralidade da atenção, que acabam reforçando as desigualdades na oferta de serviços à população e no acesso a esses serviços.

Historicamente, o sistema de saúde brasileiro se configurou como cenário de diversas lutas sociais e esta condição se expressa como fenômeno nas relações estabelecidas a partir da disputa de interesses públicos e privados. Uma das manifestações desta disputa está nas mudanças de papéis assumidos pelo Estado na gestão e prestação de serviços de saúde quando este, a partir das contrarreformas neoliberais dos anos 1990, além de comprador direto de serviços do setor privado e, em consequência, de financiador de grande parte do lucro deste setor, passou a não ter também, o controle sobre a gestão de pessoal e do patrimônio público da saúde.

As consequências das contrarreformas neoliberais sobre a atenção à saúde da população, expressas na ampliação do processo de apropriação privada do fundo público e consequente aprofundamento do subfinanciamento do sistema e na ampliação da precarização das condições e relações de trabalho na saúde, através das terceirizações dos contratos de trabalho e da gestão privada dos recursos públicos, parecem representar o principal risco de fracasso do SUS (PAIM, 2008; PAIM *et al.*, 2011). A expressão deste fracasso pode ser percebida nas dificuldades cotidianas de grande parte da população de conseguir acesso às ações e serviços de saúde e na consequente piora das condições de vida destes grupos sociais.

Há, no entanto, outras consequências que encontram sua expressão na redução das possibilidades de controle e gestão democrática das políticas e ações do SUS, por exemplo. As contrarreformas neoliberais trouxeram em seu bojo, modelos privados de gestão do sistema de saúde que se contrapõem ao modelo francamente democrático do SUS, fundado na ampliação da participação popular, nas possibilidades de gestão compartilhada e no controle social na execução das políticas de saúde. O avanço ideológico da prevalência da eficiência da gestão privada e os obscuros liames burocráticos dos contratos de gestão estabelecidos reduziram as, já críticas, possibilidades de controle social efetivo pelo conjunto das organizações representativas de trabalhadores e usuários do SUS.

O amplo espectro de efeitos dessa problemática na realidade concreta dos serviços de saúde e na qualidade de vida da população, bem como, a necessidade de melhor compreender os diversos elementos e relações envolvidas no nosso modelo de sistema de saúde, impulsionaram-me a questionar: Quais os impactos das contrarreformas neoliberais do Estado brasileiro sobre a relação público-privada do

sistema de saúde, em especial, sobre os processos político-sociais, gerenciais e assistenciais da Atenção Primária à Saúde?

A escolha do tema da relação público-privada dos sistemas de saúde e o impacto das contrarreformas do Estado sobre as políticas e serviços de saúde tem sua origem nas condições materiais de vida e trabalho em que me constituo enquanto trabalhador de saúde e parte da inequívoca relação destes fenômenos históricos com diversos aspectos objetivos e subjetivos de minha experiência pessoal, especialmente, aqueles relacionados à minha militância política no controle social do SUS e no movimento sindical.

Refletir criticamente sobre este tema, representa para mim, neste sentido, importante desafio visto que, abre a possibilidade de qualificar minhas ações enquanto trabalhador da Estratégia de Saúde da Família do município de Fortaleza; de poder avançar, agora no Mestrado Profissional em Saúde da Família, em estudos sobre aspectos diversos do trabalho em saúde que iniciei ainda na Especialização em Saúde da Família e na Residência Multiprofissional em Saúde da Família; de refletir criticamente sobre minha militância passada no Conselho Municipal de Saúde, de modo a qualificar minha atual no movimento sindical e no Conselho Nacional de Saúde e de poder construir coletivamente, com os movimentos e organizações da classe trabalhadora e de luta contra as opressões, reflexões que possam de alguma forma contribuir política e socialmente com a mudança da realidade.

A necessidade de construção de estudos que ampliem a reflexão-ação sobre o impacto das políticas de contrarreformas do Estado sobre a relação público-privada inerente ao SUS e, conseqüentemente, sobre as políticas e ações de saúde pública no Brasil é justificada pela relação de dependência e subordinação entre as políticas sociais e as políticas de caráter macroeconômico neste modelo de Estado e pelos conseqüentes riscos e ameaças ao SUS e ao direito à saúde, decorrentes dessa relação. Além disso, enquanto processo, tais estudos apresentam relevância derivada da necessidade de se avaliar de forma sistemática os obstáculos e potencialidades para consolidação e qualificação da Atenção Primária à Saúde e da Estratégia Saúde da Família, como modelo assistencial e coordenador do cuidado no SUS.

Para além da relevância política, este estudo contribui com o debate no campo científico, uma vez que a reflexão sobre este tema resgata diversas discussões importantes para a compreensão do modelo de atenção e do sistema de saúde

brasileiro. Por exemplo, por um lado, retoma, nos limites deste objeto, as discussões realizadas na comunidade acadêmica sobre a determinação da profundidade e os limites históricos da reforma social pretendida pelo conjunto dos movimentos e lutadores sociais que, nos anos 1980, em um período de ascensão das lutas da classe trabalhadora, atuou em diversas frentes, inclusive no movimento de reforma sanitária, na defesa de direitos sociais e por mudanças sociais e políticas, por outro lado, auxilia na busca da compreensão das condições e determinações do tipo de atenção à saúde oferecida pelo Estado brasileiro à população, especialmente no que se refere às disputas de modelo de Atenção Primária à Saúde (APS), decorrentes de posições políticas antagônicas, que se expressam na defesa de um modelo centrado em cuidados básicos em saúde de caráter focalizado, seletivo e restritivo ou em um modelo de atenção à saúde abrangente, humanizado e coordenador do cuidado.

Ademais, do ponto de vista social, estas reflexões possibilitam a qualificação da intervenção política do conjunto dos trabalhadores que usam e trabalham no SUS no sentido da defesa do direito à saúde, como direito humano inalienável e, portanto, não mercantilizável, na valorização e qualificação das ações da Atenção Primária à Saúde e da Estratégia Saúde da Família e no enfrentamento aos diversos obstáculos político-sociais, de caráter politicamente regressivo, que historicamente ameaçam as condições de vida e saúde das maiorias sociais.

Com base nesse entendimento, e com vistas a responder à questão levantada nesta investigação, apresento na sequência os objetivos.

1.3 Objetivos da pesquisa

1.3.1 Objetivo Geral

Analisar os impactos das contrarreformas neoliberais do Estado brasileiro sobre a relação público-privada do sistema de saúde, em especial, sobre os processos político-sociais, gerenciais e assistenciais da Atenção Primária à Saúde.

1.3.2 Objetivos específicos

- i. Refletir sobre a natureza e os papéis do Estado na sociedade capitalista a partir da relação público-privada inerente ao sistema de saúde brasileiro e das contrarreformas neoliberais;

- ii. Analisar o modelo de gestão da Atenção Primária à Saúde vigente no município de Fortaleza, com eixo nos níveis político-social, gerencial e assistencial;
- iii. Descrever os marcos normativos e organizativos formais que configuram a relação público-privada no âmbito da Atenção Primária à Saúde do município de Fortaleza;
- iv. Discutir sobre possíveis impactos do modelo de gestão da Atenção Primária à Saúde sobre o trabalho e a atenção à saúde da população de Fortaleza.

2 FUNDAMENTOS TEÓRICOS

2.1 O SUS e o modelo de APS

O impacto das contrarreformas neoliberais sobre a gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), em especial sobre a gestão da política de Atenção Básica (o modelo de Atenção Primária à Saúde brasileiro), bem como sobre a gestão do processo de trabalho em saúde e sobre a atenção à saúde da população, precisam ser refletidos e avaliados principalmente pelo risco potencial de desqualificação das ações e serviços de saúde pública, de precarização das condições e das relações de trabalho em saúde e de ameaça à saúde e à vida da população brasileira.

Voltando um pouco mais em nosso resgate histórico no sentido de aprofundarmos nossa reflexão inicial sobre a constituição dos modelos de atenção à saúde no Brasil, podemos afirmar que a questão saúde já aparecia como reivindicação do nascente movimento operário brasileiro, desde o final do século XIX. No entanto, ela vem emergir como “questão social” somente no início do século XX, no interior da economia capitalista exportadora cafeeira, refletindo o avanço da divisão do trabalho, ou seja, a emergência do trabalho assalariado (BRAVO, 2018).

Daquele momento até meados dos anos 60, prevaleceu de forma hegemônica, o chamado sanitarianismo campanhista que, atendendo às necessidades do modelo econômico agroexportador brasileiro, assumia a responsabilidade pelas ações de saneamento dos espaços de circulação das mercadorias exportáveis e o controle de doenças que prejudicassem o comércio (BUSS, 1995).

Já as políticas de assistência médica iniciam-se no Brasil na década de 1920 e consolidam-se na década de 1930 juntamente com as políticas de seguridade social, organizadas segundo categorias profissionais, financiadas por empregados, empregadores e pelo Estado. Essa forma de organização contribuiu para consolidar um modelo estratificado e excludente de direitos sociais, que se manteve até a década de 1960, como um sistema de saúde dividido em três subsistemas: a seguridade social, o Ministério da Saúde e o setor privado voluntário. (LOBATO, 2012).

A partir de 1964, consolidou-se o denominado modelo médico-assistencial privatista que vigorou hegemônico até meados dos anos 80. O Estado brasileiro passou por uma série de novas transformações neste período sendo caracterizado pela centralização decisória, a dicotomia institucional e assistencial, a expansão da

cobertura via fortalecimento do setor privado contratado, a hegemonia de um modelo de atenção hospitalocêntrico e uma base de financiamento regressiva. (LOBATO, 2012).

Como afirma Buss (1995), o projeto político do modelo médico-assistencial privatista corresponde, no campo da saúde, ao padrão de crescimento da economia brasileira nos anos 70, apoiado na articulação solidária entre o Estado, as empresas multinacionais e as empresas privadas nacionais, com a nítida exclusão das classes populares do poder político e das benesses econômicas.

Com a crise do sistema de seguridade social, conseqüente à crise econômica capitalista do final dos anos 1970, um momento importante para a formulação de políticas alternativas para o sistema de saúde foi inaugurado. Junto às medidas de racionalização de gastos, tomaram corpo, propostas de democratização do sistema, de descentralização e reordenação do modelo de atenção. A ideia central era de que a garantia da saúde dependia da construção de uma sociedade democrática. Essa premissa fundamentou o conjunto de princípios e diretrizes que passaram constituir o arcabouço da Reforma Sanitária Brasileira”. (LOBATO, 2012)

Segundo Paim (2008), a Reforma Sanitária brasileira, resultante das lutas do movimento pela democratização da saúde, não teve origem no Estado e sim na sociedade civil, a partir da interação entre estudantes, intelectuais, trabalhadores de saúde e classes populares. Tal interação, iniciada em meados dos 1970, revelou-se fenômeno fundamental para a mudança na relação de forças entre as classes sociais naquele período, desequilibradas desde o golpe contrarrevolucionário empresarial-militar de 1964 que, segundo Queiroz (2015), aprofundou violentamente os mecanismos de dominação e controle social do Estado burguês sobre a classe trabalhadora com o objetivo de garantir que os interesses econômicos dos capitalistas locais e estrangeiros não fossem afetados pela conjuntura de instabilidade política e econômica do período.

Importante considerar, no entanto, o caráter contraditório do processo de reforma sanitária realizado no Brasil, principalmente quando se analisa historicamente a proposta e o projeto defendidos pelo movimento sanitário e o processo de luta política que teve como conseqüência uma reforma parcial, de alcance institucional e setorial, ou seja, restrita aos serviços de saúde oferecidos pelo Estado a partir da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS). Segundo Paim (2018), ainda que

parte da implementação da reforma sanitária brasileira possa ser traduzida por políticas de saúde, a exemplo da implantação do SUS, sua concepção e sua formulação transcendem as políticas estatais.

Além disso, é necessário não esquecer que o processo de reforma sanitária foi atravessado pela expansão concomitante do setor privado autônomo, especialmente ao longo dos anos 1990, o que determinou que o Brasil passasse a ter uma configuração “híbrida” de sistema de saúde. Esta configuração resulta das disposições constitucionais de 1988 orientadas a um sistema público universal, e por um sistema suplementar de planos privados altamente dinâmico. A eficiência destes dois sistemas tem efeitos regulatórios e produz efeitos mútuos sobre a cobertura dos planos privados e dos usuários dependentes ou regulares do SUS. (LOBATO, 2012 p. 78)

Do ponto de vista político, podemos considerar que a inserção no texto constitucional de 1988 de parte das elaborações produzidas pela experiência de luta dos movimentos sociais, em especial, pelo movimento sanitário, bem como, a conformação destas elaborações aos princípios e diretrizes fundantes da política estatal de saúde se, por um lado, expressam o caráter politicamente progressivo do processo de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) como modelo público de sistema nacional de saúde, por outro, revelam os limites, naquele período, da luta política por reformas sociais mais profundas, de caráter estrutural, extremamente urgentes e necessárias em uma sociedade historicamente desigual e injusta como o Brasil. De acordo com Paim (2013),

A Constituição Federal incorporou uma concepção de seguridade social como expressão dos direitos sociais inerentes à cidadania que, ao assimilar proposições formuladas pelo movimento da Reforma Sanitária Brasileira, reconheceu o direito à saúde e o dever do Estado, mediante a garantia de um conjunto de políticas econômicas e sociais, incluindo a criação do SUS, universal, público, participativo, descentralizado e integral. (PAIM, 2013)

Os princípios e diretrizes oriundos da institucionalização do SUS estão na base do processo de conformação de modelos de atenção à saúde centrados em cuidados primários e ações integradas tendo por referencial as formulações da Conferência de Alma Ata sobre Atenção Primária à Saúde (APS); de um modelo assistencial centrado na Estratégia Saúde da Família (ESF) que assume o papel de garantir o acesso da população às ações e serviços de saúde, reorientar e reorganizar

as ações de assistência à saúde no Brasil e de um modelo de gestão da saúde baseado em processos de gestão democrática e de controle das ações e políticas de saúde pela sociedade civil.

Do ponto de vista conceitual, segundo Starfield (2002), a Atenção Primária à Saúde (APS) apresenta-se como o nível de um sistema de serviço de saúde que oferece a entrada para todas as novas necessidades e problemas de saúde, fornece atenção sobre a pessoa, ao longo do tempo e para todas as condições e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros. Para Giovanella e Mendonça (2012), este nível de atenção tem como função ser o ponto de contato preferencial e a porta de entrada do sistema de saúde, visando garantir a integralidade da atenção e proporcionar a longitudinalidade e a coordenação do cuidado em saúde.

Tendo por base estas formulações, é construída no Brasil a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) conformando um conceito de APS como um

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

A análise crítica da estrutura do modelo brasileiro de APS revela-nos, no entanto, a grande influência da política neoliberal executada pelas agências representativas do capital internacional (Banco Mundial, FMI, etc.), a partir dos anos 1980 e continuadas com as contrarreformas do Estado ocorridas na década seguinte, que tinham por base a oferta estatal de cuidados primários em saúde focalizados e de baixo custo aos povos e países periféricos.

Como afirmam Giovanella e Mendonça (2012), nos países europeus, a atenção primária refere-se, de modo geral, aos serviços ambulatoriais de primeiro contato integrados a um sistema de saúde de acesso universal, diferente do que se observa nos países periféricos, nos quais a atenção primária corresponde também, com frequência, a programas seletivos, focalizados e de baixa resolutividade.

A Estratégia Saúde da Família (ESF), organizada inicialmente como um programa setorial com potencialidade de reorientar e reorganizar as ações de atenção primária à saúde no SUS assumiu ao longo do tempo a responsabilidade por estruturar o próprio sistema público de saúde, por meio do redirecionamento das prioridades de

ação em saúde, da reafirmação de uma nova filosofia de atenção à saúde e da consolidação dos princípios organizativos do SUS (ANDRADE et al, 2006). Para vários autores, a ESF apresenta caráter substitutivo em relação à “atenção básica tradicional” e sua concepção preconiza equipe de caráter multiprofissional que trabalha com definição de território de abrangência, adscrição de clientela, cadastramento e acompanhamento da população residente na área (SOUSA; HAMANN, 2009) (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Importante considerar, no entanto, que diversos estudos apontam várias fragilidades na ESF e nas políticas de Atenção Primária em geral, principalmente, para promover mudanças nas práticas assistenciais, evidenciando que as ações continuam predominantemente centradas no médico, no tratamento e reabilitação de doenças e com deficiências no trabalho em equipe (FERTONANI et al, 2015).

2.2 As contrarreformas neoliberais do estado brasileiro dos anos 1990 e atuais

Segundo seus idealizadores, a contrarreforma neoliberal do Estado brasileiro, realizada nos anos 1990, teve por objetivos: (a) a redução do tamanho do Estado, principalmente de pessoal, através de programas de privatização, terceirização e publicização; (b) a redução da interferência econômica do Estado por meio de programas de desregulação, com uso de mecanismos de controle via mercado; (c) o aumento da governança do Estado, através do ajuste fiscal, da reforma administrativa de cunho gerencial, e da separação, ao nível das atividades exclusivas de Estado, entre a formulação de políticas públicas e sua execução; e, (d) o aumento da governabilidade, ou seja, do poder do governo (PEREIRA, 1997)

O conjunto dessas transformações na estrutura do Estado atendia ao programa e ao discurso neoliberal (ou social-liberal) de que haveria uma crise do Estado que, segundo Pereira (1996, p. 6), se expressaria de três formas: “uma crise fiscal do Estado, uma crise do modo ou das estratégias de intervenção estatal, e uma crise da forma burocrática pela qual o Estado é administrado”.

Outros autores, no entanto, localizam as causas materiais dos ajustes e contrarreformas estatais, de verniz neoliberal, nas crises e necessidades de acumulação do sistema capitalista e não no Estado. De acordo com Anderson (1995), as crises estruturais do capitalismo estão na base das políticas de ajuste e

contrarreforma estatal como resposta da direção política do Estado burguês às ameaças de redução da taxa de lucro e mais valia decorrentes da estagnação cíclica da produção econômica.

A grande crise do modelo econômico do pós-guerra, iniciada em 1973, fez com que todo o mundo capitalista avançado caísse numa longa e profunda recessão, combinando, pela primeira vez, baixas taxas de crescimento com altas taxas de inflação e promovesse, com isso, um avanço das ideias neoliberais. (ANDERSON, 1995)

No Brasil, o aprofundamento da crise econômica da década de 1970, segundo Giovanella e Mendonça (2012),

Expôs os percalços da assistência médica previdenciária para garantir recursos financeiros e as mazelas dos sistemas sociais e de saúde – situação de pobreza nas áreas urbanas e rurais que, sem facultar acesso a bens públicos, se expressava em padrões de saúde precários, com taxas de morbidade e mortalidade elevadas.

A opção pelo termo contrarreforma estatal tem relação com a concepção aqui defendida de que há um caráter regressivo nas ideias e no programa neoliberal, responsáveis por grave retrocesso nas condições de vida e trabalho das maiorias sociais. Segundo Behring (2008),

Não ocorreu uma reforma, mas sim uma contrarreforma que se deu a partir das transformações do capitalismo contemporâneo, onde o Estado teve seu papel redefinido pelo capital que, a partir de então, se empenha em mediar às relações, deixando de ser um executor e garantidor de direitos.

O ideário neoliberal de reformas estruturais do Estado avançou com a crise econômica dos anos 1970 e a restauração capitalista dos regimes burocráticos do leste europeu entre os anos 1980 e 1990 a ponto de tornar-se hegemônico inclusive entre governos e partidos à esquerda (ANDERSON, 1995).

Segundo Almeida (1999), a partir da década de 1980, diversos países envolveram-se em profundo processo de reformas que foram pautadas por forte apelo à tecnologia institucional preconizada pela perspectiva neoliberal, hegemônica no período.

O programa neoliberal defende a manutenção de um Estado forte em sua capacidade de romper o poder das organizações da classe trabalhadora ao mesmo tempo em que debilita os gastos sociais e suas intervenções competitivas com o mercado capitalista. O ajuste fiscal defendido pelo programa neoliberal tem o objetivo de reduzir os impostos sobre os rendimentos mais altos e sobre as rendas, de modo

a aumentar o lucro e incentivar a ação das grandes corporações e dos agentes do mercado. O programa defende ainda um amplo programa de privatizações, como medida de enfrentamento às políticas de “bem-estar social” e de ampliação das possibilidades de lucro e acumulação. A meta suprema dos governos passa a ser a estabilidade monetária, associada à disciplina orçamentária, com contenção dos gastos sociais e restauração da taxa “natural” de desemprego, de modo a se criar um exército de reserva capaz de reduzir as pressões por reajustes salariais e minar o poder dos sindicatos. (ANDERSON, 1995).

De acordo com Almeida (2014), os principais objetivos das contrarreformas neoliberais eram: diminuir gastos sociais e conter custos; romper com os “monopólios” e redefinir papéis (do Estado e dos trabalhadores); alterar o mix público-privado na prestação de serviços, em favor do segundo; atender às demandas de consumo e alcançar maior eficiência e flexibilidade gerencial. Neste sentido, segundo a autora, foram preconizadas, diversas ações que iam desde a “implantação de novos modelos de organização de serviços de saúde” elaborados nos Estados Unidos, tendo por base a “separação entre provisão e financiamento, com mudanças na alocação de recursos financeiros” e o uso de instrumentos contratuais; ao fortalecimento do poder regulatório do Estado com respectiva exclusão da sua capacidade de “provisão de serviços”; à introdução de mecanismos de competição, “principalmente nos sistemas públicos ou financiados com contribuições sociais” que, a partir da concepção norte-americana de *managed care* e *managed competition*, atuavam com o objetivo de construir “mercados regulados” ou “quase-mercados” na saúde e que tiveram diversas denominações nos países que realizaram reformas de seus sistemas de saúde como, por exemplo, na Inglaterra que era chamado de “mercado interno”, na Suécia de “competição pública” e de “pluralismo estruturado” na Colômbia que era o sistema de saúde que deveria servir de “modelo” para as reformas sul-americanas; à introdução de um amplo elenco de “subsídios e incentivos” tanto à oferta quanto à demanda de saúde com o objetivo de “reestruturar a combinação público-privada nos sistemas de saúde” e promover quebra do “monopólio estatal”; à privatização e à priorização e focalização nos mais pobres. (ALMEIDA, 2014, p. 223)

Tal receituário aparece de forma difusa em estudos de análise dos sistemas de serviços de saúde, muitas das vezes realizando certas interrelações, de verniz aparentemente ideológico, como por exemplo, a relação entre a desresponsabilização

do Estado com a provisão dos serviços de saúde e o nível de desenvolvimento dos países. Mendes (2002, p. 61), citando outro autor, afirma que “à medida em que o desenvolvimento vai se dando – de baixo para médio e para alto – (...) há uma tendência a que a prestação [de serviços] deixe de ser estatal para ser privada”.

Outra interrelação no sentido, aparente, da defesa de elementos do receituário neoliberal, se dá, por exemplo, na definição teórica das formas de gestão dos sistemas de serviços de saúde, onde uma divisão estrutural das funções estatais de gestão e gerência dos serviços de saúde é relacionada diretamente, sem mediações e de forma naturalizada, com a propriedade e as competências específicas da gestão estatal. Mendes (2002) afirma que,

O exercício concomitante das macrofunções de regulação e de financiamento dos sistemas de serviços de saúde configura a gestão dos sistemas de serviços de saúde; já o exercício exclusivo da macrofunção de prestação de serviços de saúde, conforma a gestão dos serviços de saúde, algo intrínseco ao campo microeconômico. O entendimento desta diferença é fundamental nos sistemas públicos de serviços de saúde, vez que a gestão de sistemas é papel exclusivo de Estado e a gestão de serviços pode ser desempenhada por um mix estatal-privado, ou seja, por entes estatais, públicos não estatais e privados, não sendo, portanto, competência exclusiva do Estado. (MENDES, 2002, pp. 62 e 63).

Do ponto de vista político-ideológico, o “fracasso” do neoliberalismo ortodoxo europeu dos anos 1980 observado por Anderson (1995) fomentou, aqui no Brasil, nos anos 1990, um “ajuste discursivo” de seus formuladores, que passaram a defender um modelo de Estado “social-liberal”, cujas bases estavam previstas no programa socialdemocrata europeu e que ficou conhecido por alguns autores como “terceira via”.

O debate sobre a terceira via é importante, pois, para a teoria neoliberal, está muito explícita a retirada do Estado das políticas sociais universais, a ênfase no lucro, a mercantilização da sociedade e a consequente desigualdade social. Já para a terceira via, a análise deve ser mais detalhada, pois apresenta em seu discurso o aprofundamento da democracia, o fortalecimento da sociedade civil, enfim conceitos muito caros às lutas sociais, o que tem confundido e feito com que grupos de centro, de esquerda e de direita apresentem as suas propostas com maior aceitação pela sociedade do que o neoliberalismo, mas na prática as duas teorias minimizam direitos sociais. (PERONI, 2013).

Tal concepção pode ser vista nas afirmações de Pereira (1997, p. 18), segundo a qual, as medidas adotadas deveriam ser voltadas para a construção de um Estado “social-liberal” que, para executar políticas sociais e econômicas, usasse mais de controles de mercado que controles administrativos, realizasse seus serviços

sociais e científicos através de organizações públicas não estatais, tornasse os mercados de trabalhos mais “flexíveis” e promovesse a capacitação de recursos humanos e das empresas para a inovação e a competição internacional.

Apesar do “ajuste discursivo”, da utilização de elementos do programa socialdemocrata, na prática, autores como Guimarães (2012) asseveram que “a Reforma Administrativa do Estado adotou a prescrição impressa no receituário neoliberal, que tomou conta da vida nacional.”. Para o autor, a defesa de um Estado mais ativo é, apenas, aparente e seu verdadeiro objetivo é “a adaptação da gestão pública à concepção de Estado mínimo, onde suas funções se restringem àquelas ligadas aos negócios jurídicos, de segurança e administração próprias do governo.”

Os serviços públicos de saúde, taxados de ineficientes e de alto custo pelo discurso neoliberal, e enquadrados pela contrarreforma, juntamente com educação, cultura e produção de ciência e tecnologia, como serviços sociais competitivos, ficariam abertos à livre disputa de mercado entre instituições privadas. Com este objetivo, foi aprovada em 1998, a Lei 9.637, regulamentando a qualificação de entidades de “direito privado”, “sem fins lucrativos”, como Organizações Sociais (OS), que deveriam manter “contratos de gestão” com o governo. No contrato de gestão, o Estado entraria com o patrimônio, pessoal e recursos orçamentários e a entidade se responsabilizaria por um nível de atendimento da demanda social, podendo vender serviços, conforme sua capacidade. (REZENDE, 2007).

Com base nesta concepção e na normatização criada, vários estados e municípios brasileiros, passaram a transferir, segundo Rezende (2007), serviços de saúde a entidades terceirizadas tais como cooperativas, associações, entidades filantrópicas sem fins lucrativos (ou com fins lucrativos), entidades civis de prestação de serviços, etc., qualificadas, a partir daquele momento, como Organizações Sociais (OS).

Podemos considerar que o processo de contrarreforma do Estado iniciado no governo Fernando Henrique Cardoso (1994-2002) tem continuidade com a proposta de Fundações Estatais apresentada no governo de Luís Inácio Lula da Silva (2002-2010) visto que, segundo Granemann (2007), há elementos comuns de continuidade em três aspectos da proposta das fundações: o caráter de ‘privatização das políticas sociais’, o objetivo de ‘atacar direitos dos trabalhadores’ e o impacto ideológico causado pelo ‘fetiche da grande empresa’.

Neste sentido, as Fundações Estatais de Direito Privado regulamentadas através do Projeto de Lei Complementar 92/2007, foram, junto com as OS, instrumentos privados de execução de políticas públicas produzidos pela reforma neoliberal do Estado. Com ele, mediante lei específica, qualquer ente estatal poderá, dali em diante instituir ou autorizar a instituição de fundações sem fins lucrativos, integrante da administração pública indireta, com personalidade jurídica de direito privado, para o desempenho de atividade estatal não exclusiva do Estado, que, no caso da saúde, incluiria os hospitais universitários. (REZENDE, 2007).

Para Cardoso e Campos (2013), as propostas de ‘novos modelos de gestão’, cujos principais representantes são as Organizações Sociais (OS), Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) e Fundações Estatais de Direito Privado (FEDP), surgem em um contexto histórico de aprofundamento do processo de contrarreformas do Estado. A acomodação aos limites da Lei de Responsabilidade Fiscal (e, portanto, ao processo de ajuste fiscal); o não pagamento da contribuição patronal para o fundo de previdência pública, que agrava ainda mais a crise da previdência social e a imensa precarização da força de trabalho, são elementos que permitem classificá-las como partes fundamentais das contrarreformas neoliberais.

2. 3 Relação público-privada na saúde brasileira

A noção de relação público-privada resgatada neste estudo, coaduna-se, de forma aproximada, com outros trabalhos que utilizam termos equivalentes como “mix estatal-privado” (MENDES, 2002) ou “mix público-privado” e “arranjo público-privado” (SANTOS, 2009).

De acordo com Mendes (2002), as “três macrofunções dos sistemas de serviços de saúde exercitam-se, na prática social, por meio de um mix estatal-privado”. O autor vaticina em seu estudo que “não há nenhum país em que exista um modelo puro, seja de exercício exclusivamente estatal, seja de exercício exclusivamente privado”. Santos (2009) ressalta que o mix público-privado ocorre em diversos países, visto que “desde que foram implantados os sistemas nacionais de saúde coexistem Estado e setor privado na prestação de serviços de saúde, sempre que é permitida a provisão por entes privados”. A autora, estende a discussão, assinalando que, apesar

de compor a estrutura dos sistemas nacionais de saúde de “quase todos os países”, na maioria deles, há uma combinação dinâmica de ações públicas e privadas, que leva a variações entre os países e no tempo e finaliza ressaltando que é “preciso compreender como o mix público-privado vai se dar em cada sociedade e a sua relação com os princípios que norteiam cada sistema de proteção social”.

Neste sentido, como exercício antecipado de localização sócio-histórica do nosso objeto, podemos aduzir primeiramente que tal concepção de relação público-privada está associada, de forma direta, aos modelos de sistemas nacionais de saúde das sociedades capitalistas, ou seja, tem localização específica neste modelo de sociedade. Segundo, que tais variações de modelos estão associadas às mudanças históricas, decorrentes da relação de forças sociais em disputa, que levaram a regimes políticos diversos, que variaram de programas neoliberais ao programa do chamado Estado de bem-estar social (welfare state) mas, que mantiveram inalteradas as relações econômicas, as relações estruturais de produção e reprodução da vida social. Por fim, uma última adução possível, é que as análises do imbricamento público-privada se fundam centralmente na relação entre os serviços oferecidos pelo Estado e o gasto privado das famílias com serviços de saúde ou na relação estabelecida entre os gastos privados diretos ou por meio de seguros privados e o sistema público de saúde. Mendes (2002, p.51), neste último sentido, vai afirmar que, no caso brasileiro, não há um sistema único de saúde, mas “um sistema segmentado composto por 3 segmentos bem distintos: o sistema público, o SUS; o sistema de assistência médica supletiva, os planos e seguros privados; e o sistema de desembolso direto”.

Neste instante, realizamos um primeiro recorte, de base epistemológica, sobre as consequências da relação público-privado no sistema de saúde brasileiro e na abordagem da função reguladora do Estado brasileiro sobre esta relação ao delimitarmos nosso objeto de reflexão especificamente sobre a esfera pública do Sistema Único de Saúde (SUS), ou seja, interessa-nos centralmente a reflexão crítica sobre o fenômeno dinâmico das condições de gestão dos serviços de saúde sob responsabilidade do segmento público-estatal do SUS. Tal fenômeno, no entanto, deverá ser analisado dialeticamente a partir da sua interrelação com o processo histórico das lutas sociais pelo direito à saúde e da dinâmica social dos interesses capitalistas, de mercado, no sentido da apropriação dos fundos públicos.

Uma das principais formas de acumulação de capital no setor saúde dá-se pela apropriação privada do fundo público e o processo de subfinanciamento crônico do SUS é uma das consequências mais visíveis deste processo. Tal subfinanciamento apresenta-se, segundo Mendes (2014), como produto de um duplo movimento. De um lado, o movimento no sentido do atendimento de um “princípio da construção da universalidade”, expresso no direito de acesso universal às ações e aos serviços de saúde, através da defesa permanente de recursos financeiros seguros. De outro lado, o movimento que tem por base um “princípio da contenção de gasto”, reação articulada em torno da defesa de uma racionalidade econômica, na qual a diminuição das despesas públicas constitui instrumento-chave para combater o déficit público, conseqüente à uma política fiscal contracionista, e a manutenção de alto superávit primário em todas as esferas de atuação estatal.

As contrarreformas neoliberais do Estado brasileiro, política imposta ao conjunto dos países periféricos nos anos 1990 em decorrência das crises cíclicas do capitalismo, tiveram um papel fundamental no processo de acumulação de capital e foram responsáveis por gerar condições materiais para um profundo processo de privatização da gestão e dos serviços do sistema de saúde. Segundo Ximenes (2015), sob comando de organismos internacionais como o Banco Mundial (BM) e o Fundo Monetário Internacional (FMI) foram promovidas diversas modificações nos Estados da periferia do capitalismo, principalmente na área econômica, com reflexos em outras políticas (saúde, educação, segurança etc.) que, por meio da imposição de programas de ajuste macroeconômico, buscavam gerar superávit fiscal pela apropriação dos recursos do fundo público, destinado ao pagamento dos juros da dívida.

Para Almeida (2014), as reformas impulsionadas pela agenda política neoliberal, tinham por base modelos teóricos preconcebidos e centrados no controle de custos da assistência médica e pretendiam intervir na maneira como são financiados e prestados os serviços de saúde às populações (em seus vários níveis), por meio do questionamento do uso dos fundos públicos e da proposta de maior protagonismo do setor privado. Segundo a autora, esta agenda,

extremamente homogênea e apoiada quase que indiscriminadamente por diferentes atores de distintas filiações ideológicas, foi difundida mundialmente, sobretudo pelo Banco Mundial (BM), como condicionalidade para os empréstimos de ajuste estrutural que se sucederam à crise econômica de meados dos anos 1980. Os “novos” modelos de organização

de serviços e sistemas de saúde que integravam essa agenda foram elaborados nos Estados Unidos e incorporados pelo BM como parte do arsenal de “combate à pobreza”. (ALMEIDA, 2014, p. 183)

Diversos autores, segundo Romano et al (2015), revelam que não existem estudos suficientes sobre o tema da privatização da rede assistencial do SUS e das relações entre os setores público e privado no Brasil, dificultando a compreensão dos intrincados liames que articulam esses dois sistemas.

Neste trabalho, partimos do pressuposto de que o processo histórico de constituição da relação público-privada existente no sistema de saúde brasileiro é anterior ao SUS, como afirma Araújo (2015), a partir de estudos de Braga e Paula, sobre a formação do complexo médico-assistencial-privatista ainda nos anos 1950. Bem como, que o surgimento do SUS e a consolidação de fundos públicos para o setor, não impediu que a saúde continuasse assumindo, até nossos dias, o caráter de espaço de consolidação da propriedade privada e, conseqüentemente, de acumulação capitalista. Nos dizeres de Behring (2009),

[...] o fundo público, tencionado pela contradição entre a socialização da produção e a apropriação privada do produto do trabalho social, atua realizando uma punção de parcela da mais-valia socialmente produzida para sustentar, num processo dialético, a reprodução da força de trabalho e do capital, socializando custos da produção e agilizando os processos de realização da mais-valia, base da taxa de lucros. (BEHRING, 2009, p.55)

Neste sentido, compreendemos, como Araújo (2015), que o processo de privatização do SUS dá-se sobre diversas dimensões, seja por meio do repasse de fundos públicos ao setor privado de serviços e estabelecimentos, seja pelo incentivo ao crescimento das empresas privadas e dos planos e seguros privados, seja ainda, pela conjuntura das condições de trabalho no Brasil que transformou a assistência à saúde em moeda de troca salarial.

Pretendemos, no entanto, fazer um segundo recorte, analisando a relação público-privada, a partir de uma dimensão específica deste processo de privatização, conseqüente ao processo de contrarreforma neoliberal do Estado brasileiro, que Araújo (2015) denomina de terceirização da administração do setor público ou gestão pública delegada ao setor privado, sistematizada como “os novos modelos de gestão” dos serviços públicos.

2. 4 O Modelo de Gestão da Atenção Primária à Saúde de Fortaleza: a expansão associada à relação público-privada nos processos gerenciais

Um aspecto do modelo de atenção à saúde brasileiro que tem repercussão no processo de implantação e consolidação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) é a composição de um modelo “híbrido” de atenção que agrega contradições relativas à convivência de dois modelos assistenciais: o médico assistencial privatista e o modelo assistencial sanitarista. Neste modelo, embora se afirme, nos discursos oficiais, a expansão da universalidade do acesso, por meio de programas estratégicos, como a medicina comunitária e a Saúde da Família, na prática ainda se mantém um sistema dual, no qual, “de um lado, se tem a assistência básica mediante oferta de ‘cuidados primários’ utilizada pelas classes sociais excluídas e, de outro, a medicina flexneriana, de caráter privado, para quem pode pagar por ela” (SILVA JUNIOR apud ESMERALDO et al., 2017).

Uma outra fragilidade da ESF está associada ao fato de que o processo de implantação das equipes de Saúde da Família (eSF) nos municípios brasileiros deu-se de forma bastante heterogênea. Tal situação pode ser observada quando se observa que no início da década de 2000, somente três grandes cidades, com mais de 100 mil habitantes, apresentavam cobertura expressiva de ações da ESF. Naquele período, constatou-se que a meta da ampliação da provisão de serviços e ações da APS foi alcançada na maioria das pequenas cidades, com destaque para os Municípios com baixo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), enquanto os municípios de grande porte apresentavam baixa aderência à ESF. A insignificante implantação nas grandes cidades foi considerada como uma limitação da estratégia de ampliação da efetividade do SUS e a baixa cobertura da ESF suscitou muitas perguntas sobre as barreiras à adesão das grandes cidades ao modelo proposto (COSTA, 2016).

O município de Fortaleza, por exemplo, sofreu um processo de adesão tardia à Estratégia de Saúde da Família (ESF). Depois de um período de convivência de outras propostas de modelo de atenção, entre 1999 e 2004, junto com o Saúde da Família, no processo de estruturação do nível primário de atenção do município. Pode-se afirmar que somente a partir de 2005, com a ampliação do número de equipes, houve uma efetiva consolidação da ESF (LESSA e VETTORE, 2010).

Antes da inserção e consolidação das equipes de saúde da família, o município de Fortaleza, ainda na gestão do ex-prefeito Juraci Magalhães (1º mandato - 1990 a 1993 e 2º mandato – 1997 a 2004), realizou uma reforma administrativa que teve por objetivo imediato promover, segundo Ribeiro (1997) e Junqueira (1997), uma nova forma de gestão baseada na descentralização e intersetorialidade das ações de governo tendo por parâmetro o projeto “cidades saudáveis”. Em termos objetivos, a reforma atendeu, em essência, preceitos de gestão neoliberal ao descentralizar a execução das decisões administrativas sem garantir financiamento das ações e teve por resultado concreto a criação de seis Secretarias Executivas Regionais (SER) e duas grandes secretarias de suporte técnico, integrando nestas instâncias administrativas ações de saúde, educação, habitação, emprego e renda e infraestrutura urbana.

A experiência da ampliação do número de equipes de saúde da família durante o governo Luizianne Lins em Fortaleza (2005 a 2012) foi acompanhada da primeira experiência de contratação de uma Organização Social (OS) chamada, à época, Instituto de Desenvolvimento e Gestão em Saúde (IDGS).

As Organizações Sociais representam espécies de “novos” modelos de gestão, cujas bases ideológicas haviam sido construídas no processo de contrarreformas liberais dos anos 1990. As bases desta modalidade de gestão foram definidas a partir de concepções de origem acadêmica, de verniz neoliberal, conhecidas como Nova Gestão Pública. O exame das características da “Nova Gestão Pública” permite conceituá-la como uma expressão da teoria de Administração Pública que adota um enfoque empresarial para a gestão, dando ênfase à redução de custos, à eficácia e à eficiência dos aparelhos de Estado e propondo a clientelização dos cidadãos. (DASSO JÚNIOR., 2018).

Observando a realidade de Fortaleza, percebemos que o caráter progressivo da luta pela construção do SUS, expresso em sua história, nos princípios, nas propostas de ação e nas formulações políticas, bem como, nos resultados concretos sobre a saúde do conjunto da população brasileira permanece atravessado pela percepção de uma realidade de crise crônica da atenção à saúde no Brasil, que no caso da Atenção Primária à Saúde se expressa na precariedade das relações e condições de trabalho, na insuficiência de financiamento, na falta de insumos,

medicamentos e trabalhadores de saúde, e na manutenção de um modelo de atenção à saúde, ainda fortemente injusto, restritivo, iníquo e autoritário.

Uma das causas deste fenômeno parece localizar-se no fato de que a característica predominante do processo de reforma sanitária brasileira e da consequente implementação do SUS e sua política de Atenção Primária centrada na Estratégia Saúde da Família tem sido o ciclo contraditório de avanços e recuos diretamente relacionados às decisões macroeconômicas das políticas de ajuste dos governos (CORDEIRO, 2001).

Em Fortaleza, a gestão da saúde do prefeito Roberto Cláudio, iniciada em 2013, caracterizou-se pelo aprofundamento e fortalecimento destes “novos modelos de gestão” derivados da contrarreforma neoliberal, a começar pelo modelo de Organizações Sociais (OS), adotados ainda no governo anterior, de Luizianne Lins (2005 a 2012).

O governo Roberto Cláudio realizou entre 2013 e 2016 contratos de gestão com a Organização Social Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar (ISGH) que somavam R\$ 428,5 milhões referentes à gestão da Atenção Básica à saúde do município. Tais contratos tinham por objeto formal a gestão de “macroprocessos de logística e sistema de apoio da Rede de Unidades de Atenção Primária à Saúde – UAPS e Centros de Atenção Psicossocial – CAPS”, devendo a entidade privada responsabilizar-se pela gestão da assistência farmacêutica, do sistema de apoio diagnóstico e terapêuticos (laboratórios), dos serviços de atendimento ao cliente (recepção, cadastro e monitoramento), dos processos de capacitação e educação permanente e de manutenção da infraestrutura dos serviços (ambiência, manutenção predial e fornecimento de insumos). (ISGH, 2016).

Além disso, em 2014, o governo decidiu, dentro de um amplo programa de “reforma administrativa”, instituir na gestão da saúde um modelo de Fundação Estatal de Direito Privado, sob a denominação de Fundação de Apoio à Gestão Integrada de Saúde de Fortaleza – FAGIFOR. Segundo a proposta, a finalidade da fundação estatal seria desenvolver e executar ações e serviços em todos os níveis da saúde pública notadamente nas áreas de: gestão hospitalar e ambulatorial, atenção primária, serviços de urgência e emergência, apoio diagnóstico, ensino, pesquisa e educação continuada, mas tal modelo não vingou. (O POVO, 2014).

Além dos “novos modelos de gestão” de Organização Social e Fundação Estatal de Direito Privado, o governo Roberto Cláudio realizou, dentro do processo de reforma administrativa, mudanças nas relações e na gestão do processo de trabalho das equipes de Saúde da Família com a contratação precarizada de trabalhadores através de contratos administrativos e por Recibo de Pagamento à Autônomo (RPA), com o estabelecimento de jornadas de trabalho rígidas que obstaculizam o planejamento e o trabalho em equipe na ESF, com a desvalorização dos processos de cogestão das equipes, com o esvaziamento dos espaços de participação popular, etc. As mudanças nas condições objetivas de trabalho em saúde decorrentes da ampliação e aprofundamento dos modelos de gestão neoliberais associadas às mudanças de concepção e modelo gerencial das políticas de Atenção Básica e Estratégia Saúde da Família no governo Roberto Cláudio parecem estar associadas à ampliação da insatisfação de trabalhadores e usuários dos serviços de saúde e à crescente sensação de fragilização e fragmentação das ações da ESF em Fortaleza.

Tais condições estruturais e conjunturais da APS de Fortaleza, expressão da relação público-privada estabelecida na atenção à saúde no Brasil, indicam que os avanços e conquistas sociais representados pela construção do SUS podem estar gravemente ameaçados. Afirmamos isso, sem reduzir ou contrapor-se diretamente às conclusões construídas por Paim (2008, p.323), por exemplo, no seu estudo sobre o movimento de reforma sanitária brasileira, ao afirmar que, enquanto projeto do movimento de reforma sanitária brasileira, o SUS representou uma reforma “parcial, predominantemente setorial e institucional”.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 Tipo e natureza do estudo

O presente estudo consiste de uma pesquisa com abordagem qualitativa, numa perspectiva histórico-social, que, de forma ampla, busca refletir sobre a relação do Estado com as políticas sociais em geral e com as políticas de saúde em específico a partir do estudo da estrutura e da dinâmica da relação público-privada do sistema de saúde brasileiro a partir das contrarreformas neoliberais iniciadas nos anos 1990. Para tanto, utilizou como referencial teórico fundamentos do materialismo histórico-dialético, de modo a tratar, sob a perspectiva marxista, categorias diversas como: Estado e sociedade, trabalho e classe social, reforma e contrarreforma, política social, fundo público, relação público-privada, atenção primária à saúde, modelos de gestão da saúde etc, tendo como base empírica dados materiais de origem documental e dados objetivos e subjetivos recolhidos das percepções e representações dos sujeitos sobre suas práticas nas instituições de saúde a partir do estudo de caso da realidade dos serviços de saúde da Atenção Primária à Saúde do município de Fortaleza a partir de 2013.

Ao refletir sobre o caráter hegemônico da ciência contemporânea como forma de produção do conhecimento, nesta etapa de desenvolvimento do capitalismo, e os critérios de cientificidade advindos desta condição, Minayo (2013, p. 39-42) demarca, sem contrapor, os elementos que diferenciam as ciências sociais das ciências físico-naturais. A autora elenca como características essenciais da ciência social, o objeto histórico, a consciência histórica como produto deste objeto, a identidade entre sujeito e objeto, o caráter ideológico da produção do conhecimento e a essência qualitativa do objeto.

Em trabalho anterior, Minayo (2011) afirmava que a abordagem qualitativa realiza uma aproximação fundamental e de intimidade entre sujeito e objeto, uma vez que ambos são da mesma natureza: “ela se volve com empatia aos motivos, às intenções, aos projetos dos atores, a partir dos quais as ações, as estruturas e as relações tornam-se significativas”.

Augé (1999), neste mesmo sentido, conceitua a pesquisa qualitativa como uma abordagem metodológica que considera “o imbricamento entre o sentido que o sujeito pesquisado dá às coisas, e as ‘lentes’ utilizadas pelo sujeito pesquisador para

olhar a realidade”, compreendendo-a no mesmo movimento em que compreende esse sentido do outro, em face da realidade sócio-histórica.(CARDOSO, BATISTA-DOS-SANTOS, ALLOUFA, 2015)

A escolha do método, de acordo com Adorno (2008), para além da simples seleção objetiva e instrumental das ferramentas que operacionalizam uma pesquisa, “tem por base, dimensões de natureza ontológica e axiológica em razão de seu imbricamento com o objeto de estudo, a visão de mundo e os valores do pesquisador”. Neste sentido, a decisão por um método de pesquisa para determinado objeto se dá, por um lado, por razões ontológicas, ou seja, pelas concepções relativas à natureza do objeto de pesquisa. E, por outro, pela perspectiva epistemológica, isto é, pelas concepções em relação ao processo de construção do conhecimento e ao tipo de conhecimento que se pretende construir. Seguindo esta linha, Creswell (2003) afirma que a metodologia, ou seja, as escolhas dos processos de estudo do objeto, é produto “da clareza dessas dimensões estruturantes do objeto, ontológica e epistemológica, e da relação do pesquisador com este objeto”. (CARDOSO, BATISTA-DOS-SANTOS, ALLOUFA, 2015)

A perspectiva histórico-social adotada neste estudo guarda forte relação com a dimensão ontológica do objeto aqui estudado, no caso, a natureza das relações histórico-sociais das políticas neoliberais do Estado brasileiro e suas repercussões sobre o processo de produção da atenção à saúde. Segundo Paim (2008), esta concepção de fenômeno histórico decorre, de uma dada compreensão da História como “realização de sujeitos sociais diante das circunstâncias, o que implica certa intencionalidade e, ao mesmo tempo, o reconhecimento das limitações estruturais e dos constrangimentos conjunturais”.

A escolha pelo enfoque marxista busca disciplinar o método de análise da realidade a partir de uma concepção derivada do materialismo histórico-dialético que, além de fundar-se, de acordo com Trivinos (1987), em categorias e conceitos fundamentais para a abordagem do objeto deste estudo, apresenta a característica, relevada por Paim (2008), de que suas categorias de análise são passíveis de contextualização para a realidade social brasileira.

Para Minayo (2013, p. 340), o marxismo compreende a realidade como “um todo dinâmico, em permanente desenvolvimento, em unidade de contrários, em que o conhecimento é processo de conquista de verdades relativas, como parte de uma

verdade única e absoluta”. Importante considerar que tal concepção da autora parece estar ligada ao conceito hegeliano de totalidade.

Segundo Lefebvre e Guterman (2018), Hegel considerava que a verdade estava na totalidade. Os autores, no entanto, vêem como equivocada a visão metafísica que considera toda totalidade como necessariamente fechada ou uma totalidade aberta como necessariamente amorfa, inefável e não-prática. Consideram equivocada também a concepção hegeliana de que a ideia seja ciência já acabada, ou seja, sistema fechado, que resolve eternamente as contradições que ela mesmo põe. Para os autores, o pensar dialético permite-nos ver uma totalidade aberta e um exemplo representativo de totalidade aberta é o pensamento, tomado em seu conjunto e em seu movimento. Além disso, os autores defendem que a inversão materialista realizada pelo marxismo sobre o pensamento idealista hegeliano “liquida” o equívoco conceitual sobre o tema, resolvendo suas contradições num movimento ascendente e não numa transcendência metafísica ou mítica.

Devido a suas origens marxistas, pesquisas críticas, em especial aquelas cuja base epistemológica localiza-se na chamada teoria crítica, focam suas reflexões no desvelamento de ideologias, adotando posturas que inserem o indivíduo em seu contexto histórico e social. Estudos críticos de ontologia materialista, que têm por base a teoria crítica frankfurtiana, estão diretamente relacionados a questões que envolvem a sociedade capitalista, suas contradições e relações de poder. De acordo com Andrioli (2003), tais estudos têm como pontos fulcrais, para compreensão das contradições da sociedade capitalista, os temas trabalho, poder e linguagem. (CARDOSO, BATISTA-DOS-SANTOS, ALLOUFA, 2015)

Tais elementos temáticos constituem categorias de base do objeto de estudo desta pesquisa que, como visto, objetiva analisar, a partir do estudo da realidade da saúde de Fortaleza, os efeitos das contrarreformas neoliberais do Estado brasileiro iniciadas nos anos 1990 sobre o processo de gestão e trabalho na Atenção Primária à Saúde.

Destarte, a pretensão de objetividade nas ciências sociais, conforme os frankfurtianos, não passa de uma ilusão, visto que, segundo Cardoso, Batista-dos-Santos e Alloufa (2015), “os conceitos existentes, e os próprios critérios de objetividade, especialmente nas ciências sociais, são determinados por sujeitos”. A teoria crítica “entende como inadequada qualquer tentativa de explicar de maneira

unívoca e simplificada uma sociedade que é complexa”. Da mesma forma, julga como “um equívoco procurar extirpar, especialmente na prática da ciência social, a contradição”. Para as autoras, a contradição é condição inerente à sociedade enquanto objeto de estudo:

... a contradição dialética exprime antagonismos reais que não ficam visíveis no interior do sistema lógico-científico de pensamento. [...] Ela efetua uma transição em direção ao objeto. [...] Se os teoremas são contraditórios, nem sempre eles são culpados disso (ADORNO, 1980, p. 125, apud CARDOSO, BATISTA-DOS-SANTOS, ALLOUFA, 2015).

Segundo Adorno (1980) as contradições entre sujeito e objeto são passíveis de captação apenas através da lógica dialética. Por isso, o autor, considera que, apenas através de uma análise apropriada do discurso dos sujeitos, estes, imersos e impregnados das contradições do real e emergentes do movimento pendular sujeito-mundo, pode ser realizado o “salto interpretativo crítico”, que desvela ideologias a partir da relação linguagem-cultura, ambas historicamente constituídas. O uso da técnica hermenêutico-dialética é apresentado, aqui, então, como possibilidade, dentre outras, de operacionalização metodológica deste “salto”. (CARDOSO, BATISTA-DOS-SANTOS, ALLOUFA, 2015)

Consciente da relevância da coerência e da clareza dos aspectos técnico-procedimentais da pesquisa, com a base teórica e metodológica, e como contribuição para a continuidade do debate coletivo sobre os limites dos estudos críticos, adotamos neste estudo, a aplicação de instrumentos e técnicas de coleta e análise que pudessem proporcionar uma aproximação com a realidade da Atenção Primária à Saúde de Fortaleza, a partir da sistematização de um amplo conjunto de dados concretos, acumulados a partir de elementos objetivos e subjetivos suficientes para garantir uma análise crítica das contradições deste setor da política de saúde municipal e da relação destas com as políticas de contrarreformas sociais e econômicas do Estado brasileiro realizadas a partir dos anos 1990.

3.2. Cenário do estudo

O estudo de caso teve por cenário o município de Fortaleza, mais precisamente os espaços de gestão central, regional e local e de controle social central e local das políticas e ações de saúde do município. Além destes, foram

incluídos os espaços de atenção à saúde, representados pelas chamadas Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS), onde atuam equipes da ESF, distribuídos no território do município.

Do ponto de vista socioeconômico, a capital do estado do Ceará, tem população estimada em 2.643.247 pessoas que possuíam, em 2010, taxa de escolarização de 96,1; uma proporção de pessoas ocupadas em relação à população total de 32,5% e 74% de domicílios com esgotamento sanitário adequado (IBGE, 2018). O valor do PIB per capita de R\$ 16.962,89 choca-se com um índice 0,754 de IDH Municipal e 5,46% da população vivendo em extrema pobreza em uma demonstração dos níveis de desigualdade social. (BRASIL, 2018).

Fortaleza apresenta alguns dados representativos das condições de saúde e de acesso aos serviços de saúde como, por exemplo, taxa de mortalidade infantil de 11,5 / 1.000 nascidos vivos e 36,80% da população com plano de saúde bastante representativos da situação do setor. Em relação aos serviços de saúde, possui no seu modelo de APS, 114 Unidades Básicas de Saúde (UBS) cadastradas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), onde atuam 352 equipes de Saúde da Família (eSF), atingindo, pelos dados oficiais, 45,3% de cobertura da estratégia sobre a população e 52,6% de cobertura da Atenção Básica. É considerada a terceira cidade do Brasil com maior cobertura de ESF, entre os municípios com mais de 1,5 milhão de habitantes (BRASIL, 2018).

3. 3 Participantes do estudo

Considerando-se que o objeto em apreensão põe em relevo a indissociabilidade gestão e atenção à saúde, os sujeitos deste estudo foram representados por ocupantes de cargo de direção no âmbito da secretaria municipal de saúde - no nível central, intermediário e local - membros das instâncias de controle social - no nível municipal e local - bem como trabalhadores das equipes ESF, atuantes nas Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) do município de Fortaleza.

A inserção do pesquisador no campo empírico, articulada a uma melhor apropriação das bases teórico-metodológicas, permitiram balizar a demarcação da amostra qualitativa do estudo, considerando-se a necessidade de melhor apreender a realidade social inerente às dimensões da gestão da APS. Assim, o quantitativo de

participantes foi ampliado no decorrer da pesquisa, à medida que foram identificados sujeitos envolvidos nos processos gerenciais, com potencial de acrescentar aspectos relevantes para melhor compreensão do objeto em apreensão.

Desse modo, a amostra qualitativa deste estudo foi composta por três grupos de representantes:

I – Grupo de gestores – foram incluídos 13 participantes, entre estes: secretária municipal de saúde; seis gestores regionais de saúde, responsáveis pela gestão da APS no âmbito das seis Secretarias Regionais existentes no município; seis gestores de UAPS – responsáveis pela gestão no nível local, sendo um por regional.

II – Grupo Conselheiros de Saúde – composto por 12 participantes, destes seis conselheiros municipais de saúde - três representantes de usuários, dois representantes de trabalhadores e um representante de gestor, de modo a garantir a paridade de representação própria do conselho; e, seis conselheiros locais das UAPS, sendo 1 (um) por regional.

III - Grupo de trabalhadores de saúde - conformado com 12 participantes, todos membros das equipes da ESF do município, sendo dois trabalhadores por UAPS/regional. Entre estes, seis enfermeiros/as, quatro cirurgiões-dentistas e dois médicos/as.

Com efeito, a pesquisa contou com a participação de 37 participantes, inseridos na realidade concreta dos processos de gestão da APS, cujo acúmulo subjetivo ante a experiência vivenciada permitiu maior aproximação com o fenômeno em apreensão.

Em relação às UAPS incluídas no estudo, foi selecionada uma em cada SER, considerando-se os seguintes critérios: 1) tempo de funcionamento; 2) número de trabalhadores/servidores; 3) atuação dos conselhos locais de saúde. Tais critérios tiveram por objetivo conferir representatividade interna aos dados, considerando-se as percepções individuais e coletivas.

Neste sentido, os critérios de inclusão dos participantes dos sujeitos baseou-se no maior tempo de funcionamento da UAPS e de atuação dos trabalhadores da equipe de Saúde da Família (eSF), no número de eSF na unidade de saúde, além da existência de conselho local de saúde em funcionamento. Tais critérios atendem uma necessidade derivada da análise do objeto de que os sujeitos tenham, de algum modo, experienciado diferentes modelos de gestão e o processo

de mudança destes modelos, que as unidades tenham uma boa abrangência em termos de cobertura territorial e, em consequência, um bom número de eSF em funcionamento com trabalhadores de saúde em situação de estabilidade funcional e a presença de um conselho local de saúde com garantia de representatividade dos usuários, atuação reconhecida em ações de controle social e calendário de reuniões com adequada frequência de participação dos seus membros.

A definição das unidades de saúde foi realizada a partir de levantamento exploratório, tendo por base os critérios acima, antes do início da apreensão de dados.

3. 4 Técnicas e instrumentos de coleta

Para este trabalho, adotou-se uma dupla fonte de dados empíricos. A primeira, refere-se à análise de documentos, em que se incluiu instrumentos formais de gestão como o Plano Municipal de Saúde de Fortaleza, as programações anuais de saúde (PAS) e os relatórios anuais de gestão (RAG) do período estudado (2013 a 2018). Além destes, instrumentos normativos, tais como a legislação, os atos administrativos da gestão e as atas de reuniões do Conselho Municipal de Saúde, bem como documentos informais, como produções jornalísticas e de organizações coletivas representativas da sociedade civil.

A segunda, diz respeito a realização de entrevistas semiestruturadas com gestores, trabalhadores da Estratégia Saúde da Família e usuários da APS que atuam como conselheiros de saúde, perfazendo um total de 37 entrevistas individuais, as quais foram conduzidas com base em roteiros orientadores (Apêndices A, B, C e D). De acordo com Minayo (2014), nos estudos sobre instituições de saúde, considerando-se os múltiplos processos de gestão e atenção, bem como os distintos atores e suas interpretações acerca da realidade, sejam utilizadas múltiplas fontes de informação, com base nas quais se construa um banco de dados no desenvolvimento da investigação, como também se crie uma cadeia de evidências relevantes durante a etapa de trabalho de campo.

Em relação às entrevistas, Minayo (2006) defende o argumento de que

constitui uma técnica privilegiada de coleta de informações para as Ciências Sociais, tendo em vista que oferece a possibilidade da fala revelar condições estruturais, sistemas de valores, normas e símbolos, bem como transmitir as

representações de determinados grupos em seus contextos históricos, socioeconômicos e culturais.

3. 5 A matriz de análise e suas transições concretas

A estrutura e a dinâmica da relação público-privada na Atenção Primária à Saúde, no contexto das contrarreformas neoliberais, foram analisadas com base em três níveis da gestão em saúde: I – Político-social, II - Gerencial e – Assistencial, conforme modelo proposto por Fleury *et al.* (2014). Tal formatação tem o objetivo de possibilitar um debruçar sobre o fenômeno social que leve em conta um posicionamento dialético do pesquisador articulando a teoria e a realidade empírica do sistema de saúde do município de Fortaleza, além de uma relação dialética deste com o objeto de pesquisa que permita estabelecer uma unidade entre os diversos níveis e dimensões em que se expressam as mudanças sociais na relação público-privada do sistema nacional de saúde brasileiro e que, em última instância, determinam o modelo hegemônico de APS consequente à aplicação do programa neoliberal de contrarreformas estatais dos anos 1990.

Com base nesse entendimento, foi elaborada uma matriz de análise da relação público-privada no SUS considerando as dimensões teórico-conceituais e práticas da realidade da gestão e do trabalho na atenção primária do município de Fortaleza. Tais dimensões foram definidas, a priori, com fundamentação nas categorias analíticas derivadas da teoria marxista e de expressões-sínteses de trabalhos de autores que se debruçaram sobre temas relacionados ao objeto de estudo, bem como de categorias operacionais relacionadas ao estudo bibliográfico sobre trabalho e gestão da atenção primária à saúde e modelos de gestão em saúde. A posteriori, no momento de coleta e análise dos dados, foram acrescentadas à matriz analítica, categorias empíricas derivadas de elementos objetivos e subjetivos resgatados pelos instrumentos de levantamento de dados. Segundo Minayo (2013, p. 178), “Dentro do pensamento dialético, assim como os conceitos e as noções, as categorias não são entidades, são construções históricas que atravessam o desenvolvimento do conhecimento e da prática social.”

Tal matriz foi construída tendo por referência dois modelos de análise e, portanto, pode ser considerada uma aproximação de tais modelos. O primeiro foi o modelo proposto por Fleury *et al.* (2014. p. 124-125) que, estudando as possíveis

transformações de caráter democratizante e inovador ocorridas nas gestões municipais de saúde, a partir da descentralização do SUS, percebeu a necessidade de ter um instrumento que melhor caracterizasse a natureza e o conteúdo da inovação da gestão. Para a autora, o conceito de inovação foi utilizado para “qualificar as mudanças de desenho institucional, assim como, da dinâmica e do funcionamento do sistema, eventualmente ocorridas no processo de gestão” que, no caso do estudo proposto, poderiam “expressar um alargamento da gama de interesses sociais contemplados no seu funcionamento e nos resultados”. De acordo com os autores supramencionados, o processo de gestão abrange três níveis, a saber:

1) **político-social** – compreende a relação estabelecida entre “a gestão municipal e os diferentes setores da sociedade”. Destaca-se a capacidade apresentada pela sociedade de “exercer o controle social tanto na definição de prioridades quanto na transformação de tais prioridades em fatos de política pública, mediante a alocação de recursos” e engloba nesta dimensão “a responsabilidade social dos gestores, expressa pela prestação de contas de suas ações à sociedade”. Neste sentido, acaba por definir “a comunicação entre gestores e sociedade como elemento fundamental na democratização da gestão pública”;

2) **gerencial** - relacionada à “introdução e/ou manutenção de processos administrativos inovadores na gestão municipal de saúde, recomendados pelos organismos formuladores das políticas do setor”. Ela insere nesta dimensão, aspectos relativos ao “aumento da eficiência e eficácia da gestão, potencializado pela utilização de recursos externos à secretaria (como parcerias, consórcios, etc.)”, elementos relacionados “à dimensão técnica da gestão (assessorias, sistemas de informação, instrumentos de gestão de recursos, políticas de pessoal etc.)”, bem como “aspectos relativos à captação da demanda pelo gestor municipal e sua transformação em parâmetros para redirecionar a política de saúde”;

3) **assistencial** – engloba diferentes “instrumentos gerenciais que visam alterar a qualidade e a efetividade da atenção à saúde”, com destaque para “as ações voltadas para a racionalização dos recursos (como centrais de marcação de consultas ou ambulâncias, fichas de referência, etc.)”. Foram incluídos nesta dimensão “ações e programas fomentados pelo nível central com o objetivo de alterar o modelo de atenção à saúde, com ênfase na prevenção e na desospitalização”.

Associado a este modelo, considerando-se as similaridades, adotou-se uma adaptação do modelo proposto por Santos (2013) que, estudando o processo de gestão do cuidado em saúde, definiu três níveis de investigação (político-institucional, organizacional e das práticas de saúde). Assim, elaborou-se uma matriz de análise que foi aprimorada após a aproximação do pesquisador com a realidade empírica, especialmente, com o objeto deste estudo, no caso, os modos, conformações e práticas de gestão e atenção na APS do município de Fortaleza, apreendidos principalmente, por meio da observação sistemática, coleta e análise dos dados e a melhor apropriação das bases teórico-metodológicas dos instrumentos e técnicas de análise do material geraram a necessidade de modificação de alguns elementos dessa matriz original.

Com efeito, a matriz de análise articula os três níveis da gestão, já mencionados, a três dimensões: três dimensões: I) Estado, política social e organização dos serviços de saúde; II) Relação público-privada e modelo de gestão da APS; e, III) Relações e condições de trabalho em saúde na APS. Cada dimensão, por sua vez, comporta subdimensões de análise, que no conjunto totalizam 12, conforme demonstrado no quadro 1, a seguir.

**Quadro 1 - Matriz de análise do modelo de gestão da Atenção Primária à Saúde, com eixo na relação público-privado
Fortaleza, Ceará, 2020**

Dimensões	Estado, política social e produção de serviços de saúde	Relação público-privada e modelo de gestão da APS	Relações e condições de trabalho em saúde na APS
Níveis			
Político-Social	<p>1. Políticas de governo e condições de acesso aos serviços de saúde do município de Fortaleza, no período;</p> <p>2. Condições de participação e controle social sobre as políticas de saúde do município de Fortaleza, no período;</p>	<p>1. Conformação do modelo de gestão público-privado da APS e impactos sobre as políticas de saúde do município de Fortaleza, no período;</p> <p>2. Condições e instrumentos de controle social do modelo público-privado de gestão da APS do município de Fortaleza, no período;</p>	<p>1. Relações de trabalho dos trabalhadores das Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) de Fortaleza, no período;</p> <p>2. Condições de participação e estratégias de intervenção sobre o processo de trabalho pelos trabalhadores das UAPS de Fortaleza, no período;</p>
Gerencial	<p>1. Políticas gerenciais/administrativas da saúde do município de Fortaleza, no período;</p>	<p>1. Condições de gerenciamento das Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) e mudanças nas práticas gerenciais, com a implantação do modelo de gestão público-privado da APS de Fortaleza, no período;</p>	<p>1. Condições de gestão do processo de trabalho das equipes de Saúde da Família (eSF) de Fortaleza, no período;</p>
Assistencial	<p>1. Políticas de atenção à saúde do município de Fortaleza, no período.</p>	<p>1. Condições de atenção à saúde nas UAPS e impactos sobre as ações de promoção, preventivas e programáticas das equipes de Saúde da Família (eSF), com a implantação do modelo de gestão público-privado da APS de Fortaleza, no período;</p>	<p>1. Condições de trabalho das equipes de Saúde da Família (eSF) de Fortaleza, no período.</p>

Fonte: Elaborado pelo autor, com base em Fleury *et al.* (2014) e Santos (2013).

As 3 (três) dimensões propostas atendem a objetivos de análise específicos e foram dispostas em subdimensões/categorias analíticas de modo a promover uma melhor aproximação com a realidade dos serviços de saúde na APS de Fortaleza.

A dimensão 1: Estado, política social e organização dos serviços de saúde teve como objetivo analisar o governo municipal, enquanto representação do Estado, a partir das políticas sociais em geral e das políticas de saúde em específico que caracterizaram as ações de governo no período e as interrelações entre as políticas de saúde e as formas de organização dos serviços de saúde no sentido da garantia do acesso à saúde no município. Em nível político-social, procurou-se alcançar este objetivo a partir da análise sobre duas subdimensões. A primeira, designada como políticas de governo e condições de acesso aos serviços de saúde do município de Fortaleza, teve o objetivo de levantar as percepções sobre o governo, suas principais políticas e as condições e relações de produção das ações e serviços derivadas destas que impactam no acesso à saúde. A segunda subdimensão/categoria analítica, no caso, condições de participação e controle social sobre as políticas de saúde do município de Fortaleza, visa analisar as percepções sobre as formas e instrumentos de participação política da sociedade em geral e dos conselhos e conferências de saúde em específico na luta pela definição e condução das políticas de saúde do município, as políticas municipais de participação e controle social, as concepções, estratégias e instrumentos de participação e co-gestão utilizados pelo município em suas instâncias para consecução desta política e as relações estabelecidas entre governo e os movimentos sociais que atuam no interior do SUS municipal. Em nível gerencial procurou-se, por meio da subdimensão/categoria analítica, políticas gerenciais/administrativas da saúde do município de Fortaleza, levantar as percepções sobre as políticas gerenciais e administrativas propostas pelo governo, os objetivos e sentidos das práticas de gestão adotadas e as relações destas políticas e práticas com a garantia do acesso à saúde. Em nível assistencial, através da subdimensão políticas de atenção à saúde do município de Fortaleza procurou-se analisar as percepções sobre as políticas de atenção à saúde na APS do município, as estratégias e ações realizadas para consecução da política e o modelo de atenção à saúde adotado pelo município para garantia de acesso à saúde da população.

A dimensão 2: Relação público-privada e modelo de gestão da APS teve por objetivo analisar a relação público-privada estabelecida na saúde municipal como expressão da relação entre governo, enquanto representação do poder público-estatal e o setor privado, representado pelas pessoas, grupos e organizações da sociedade que atuam na saúde com base a interesses de mercado, ou seja, com objetivo de obtenção de lucro ou que atuam sem finalidade diretamente lucrativa, mas que servem ao interesse privado/de mercado em oposição ao interesse público ao assumirem responsabilidades sociais do Estado em troca de recursos públicos, como as organizações sociais da saúde, por exemplo. Além disso, objetiva analisar o modelo de gestão da APS do município de Fortaleza. Em nível político-social, procurou-se refletir sobre esta relação a partir de duas subdimensões. A primeira, designada conformação do modelo de gestão público-privado da APS e impactos sobre as políticas de saúde do município de Fortaleza, visou analisar as conformações do modelo de gestão público-privado proposto e executado pelo governo municipal, as percepções sobre a OS ISGH e as concepções políticas e ideológicas sobre os modelos públicos e privados de gestão e seus impactos sobre as políticas de saúde. Com a segunda subdimensão condições e instrumentos de controle social do modelo público-privado de gestão da APS do município de Fortaleza, procurou-se analisar as condições político-organizativa dos conselhos de saúde para efetivamente acompanharem e controlarem o modelo de gestão público-privado da APS de Fortaleza, as políticas e ações da OS ISGH e as condições de avaliação do cumprimento do contrato de gestão e a relação entre governo e controle social no que se refere ao modelo de gestão da APS municipal. Em nível gerencial, procurou-se, através da subdimensão condições de gerenciamento das Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) e mudanças nas práticas gerenciais, com a implantação do modelo de gestão público-privado da APS de Fortaleza, levantar as condições de gerenciamento das UAPS, as práticas e relações de gestão estabelecidas nestes espaços e as mudanças propostas e executadas nas práticas gerenciais a partir da implantação do modelo de gestão, com base nas OS, no município. Em nível assistencial, abordou-se por meio da subdimensão condições de atenção à saúde nas UAPS e impactos sobre as ações de promoção, preventivas e programáticas das equipes de Saúde da Família (eSF), com a implantação do modelo de gestão público-privado da APS de Fortaleza, os aspectos determinantes das condições de produção de atenção à saúde nas UAPS, ou seja, pelas equipes de Saúde da Família (eSF), a

partir da implantação do modelo de gestão público-privado, via OS, e os efeitos deste modelo sobre as ações prioritárias das equipes, no caso, as ações programáticas, preventivas e de promoção de saúde.

A Dimensão 3: Relações e condições de trabalho em saúde na APS tem o objetivo de analisar as condições e relações de trabalho em saúde nas Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) de Fortaleza, ou seja, as relações de trabalho estabelecidas entre os trabalhadores e o município de Fortaleza, mediadas pelo modelo de gestão público-privado da APS. Em nível político-social, duas subdimensões/categorias analíticas são abordadas com objetivo de aproximação com a realidade de produção de serviços de saúde. A primeira denominada relações de trabalho dos trabalhadores das Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) de Fortaleza visa analisar os vínculos jurídico-trabalhistas dos trabalhadores das equipes de Saúde da Família e dos demais trabalhadores de saúde da UAPS e suas diversas formas de contratação e vinculação e os efeitos das relações precarizadas de trabalho sobre os trabalhadores e no trabalho em saúde. A segunda subdimensão chamada condições de participação e estratégias de intervenção sobre o processo de trabalho pelos trabalhadores das UAPS de Fortaleza objetiva levantar as condições efetivas de participação do conjunto dos trabalhadores nas instâncias formais e informais de participação no SUS, os obstáculos e as possibilidades de participação dos trabalhadores da eSF e vinculados ao ISGH e as estratégias adotadas pelos trabalhadores para intervenção no processo de trabalho a partir dessas instâncias. Em nível gerencial, a subdimensão condições de gestão do processo de trabalho das equipes de Saúde da Família (eSF) de Fortaleza procura analisar a estrutura gerencial e as relações estabelecidas na gestão do processo de trabalho das equipes de Saúde da Família. Em nível assistencial, a subdimensão condições de trabalho das equipes de Saúde da Família (eSF) de Fortaleza visa levantar as condições materiais de trabalho das equipes, os efeitos da precarização das condições de trabalho sobre a atenção à saúde e as condições de saúde dos trabalhadores.

3. 6 Método de análise: a hermenêutica-dialética

De acordo com Stein (1987, pp 98-99), com a chegada da era do “fim da metafísica”, a partir do qual, “toda a tentativa de fundar a universalidade e necessidade do conhecimento se transforma num problema de semântica”, vê-se surgir uma dificuldade de traduzir nossa reflexão filosófica e das ciências humanas em termos de

verdade e racionalidade. Uma das consequências desta condição histórica apontada pelo autor é que “a questão da fundamentação da verdade parece ter-se convertido num confronto entre problemas de ideologia”.

Stein (1987) reconhece, no entanto, que é precisamente, na aspiração e vontade do pensamento humano de salvar a universalidade e a continuidade da reflexão no interior dessa “consciência de nossa condição histórica e no desafio da crítica das ideologias”, que está situada “a questão da dialética como método” e da “hermenêutica como tentativa de inventar a verdade, mesmo para além do método”.

Dialética e hermenêutica representam os dois caminhos através dos quais o debate atual sobre a questão do método como instrumento de produção de racionalidade, através da convergência entre filosofia e ciências humanas, se desenvolve numa esfera que transcende a fragmentação dos procedimentos científicos em geral. (STEIN, 1987 p. 99)

Do ponto de vista da relação entre teoria e método, a escolha do referencial metodológico hermenêutico-dialético como caminho reflexivo de análise do objeto partiu de uma concepção epistemológica que compreende um alinhamento preciso deste, com os fundamentos teóricos do materialismo histórico-dialético, com base na perspectiva marxista, como afirmamos anteriormente. Nesta esteira, Stein (1987, p. 101-102), enfatiza que o potencial crítico-dialético das proposições marxianas se articula a partir do que chamamos método dialético. Contudo, “ainda que se acentue apenas o uso deste método, junto com ele opera, como pressuposto”, o método hermenêutico. Segundo o autor, a “produção de racionalidade nas teorias sociais, através da crítica da ideologia, também passa pela hermenêutica”.

Um conceito fundamental para entendermos a relação entre hermenêutica e dialética, segundo Stein (1987), é o conceito hegeliano de reflexão. Para o autor, a reflexão tem como propriedade “ser em si enquanto se relaciona com o outro”, ou seja, produz identidade exatamente pela oposição. Nesta linha, “a consciência de algo é ao mesmo tempo consciência de si” e o que entendemos como “consciência humana, de maneira geral, só se sustenta e mantém sua unidade se constantemente se relaciona com conteúdos estranhos a ela”. Em suma, para o autor, os dois aspectos da relação consigo e com o outro constituem, de certa forma, “a estrutura da reflexão que está na base da consciência”, ou seja, “enquanto reflexão, unidade e oposição subsistem inseparados”. (STEIN, 1987 p. 102)

Os dois métodos, o dialético e o hermenêutico, e as duas posições filosóficas que nele se manifestam, encontram seu estatuto teórico na referência a esta polaridade da reflexão. Mas, esta polaridade não apenas torna comparáveis

o método crítico e o método hermenêutico. Ela instaurou, desde sempre, uma proximidade entre ambos. **De tal maneira que um não pode operar sem o outro.** Portanto, tanto na filosofia crítica como na filosofia hermenêutica, o ideal da reflexão aparece enquanto busca da racionalidade. (STEIN, 1987 p. 103 grifos nossos)

De forma sucinta, pode-se afirmar, de acordo com Stein (1987, pp. 103-105) que o método crítico-dialético se apresenta basicamente como instrumento de detecção da ruptura do sentido, enquanto o método hermenêutico busca nos muitos sentidos a unidade perdida. Além disso, ambos os métodos, o primeiro partindo da oposição e o segundo da mediação, “constituem momentos necessários na produção de racionalidade e desta maneira operam indissolivelmente como elementos de uma unidade.”

A origem e atualidade do confronto das posições metodológicas da hermenêutica e dialética na filosofia, de acordo com Stein (1987, p. 102) localiza-se na histórica controvérsia entre Habermas e Gadamer. Confronto que, para o autor, não era excludente, mas, pelo contrário, “de busca de complementaridade, apesar da pretensão de universalidade apresentada tanto pela crítica como pela hermenêutica.”

Minayo (2013, p. 342) enfatiza que esta controvérsia entre Habermas e Gadamer sobre hermenêutica e dialética veio beneficiar as discussões sobre método em ciências sociais, uma vez que os autores buscavam uma “forma de objetivar a práxis de produção de conhecimento”. Além disso, citando Stein (1987), a autora enfatiza a importância dessa discussão para o avanço do conhecimento ao referir-se ao estabelecimento e aos benefícios mútuos do diálogo entre filosofia e ciências sociais e humanas.

De acordo com Gadamer (1999), a hermenêutica é “a busca de compreensão de sentido que se dá na comunicação entre seres humanos, tendo na linguagem seu núcleo central”. A comunicação trabalhada pela hermenêutica é da “vida cotidiana e do senso comum”, a partir dos pressupostos de que o ser humano, histórico e finito, “complementa-se por meio da comunicação”, sendo preciso “compreender seu contexto e sua cultura” em razão dos limites temporais e espaciais da linguagem. (MINAYO, 2013, p. 166).

Segundo Stein (1987, p.112) “o sujeito que compreende não pode escapar da história pela reflexão” e o estar na história tem como consequência, “a ocupação do sujeito por preconceitos que ele pode modificar no processo da experiência, mas que não podem ser liquidados inteiramente”.

De acordo com Minayo (2013), sob a ótica hermenêutica “entender a realidade que se expressa num texto é também entender o outro, é entender-se no outro”. Ao mesmo tempo, a autora citando Gadamer (1999) afirma que a compreensão “só é possível no estranhamento, pois a necessidade do entendimento nasce do fracasso da transparência da linguagem e da própria incompletude e finitude humana”. Do ponto de vista metodológico, a abordagem hermenêutica, como práxis interpretativa, se desenvolve a partir dos seguintes parâmetros:

1. busca as diferenças e semelhanças entre os contextos do autor e do investigado;
2. explora as definições de situação do autor permitidos pela análise do texto ou da linguagem. O mundo objetivo da hermenêutica, que serve de parâmetro de análise, é o mundo da cotidianidade onde se produz o discurso, visto ser ele “o único mundo possível do consenso, da compreensão ou do estranhamento da comunicação intersubjetiva”;
3. supõe o compartilhamento entre o mundo observado e os sujeitos da pesquisa e o mundo da vida do investigador para a partir daí perguntar por que o sujeito da linguagem se expressa de tal maneira e não de outra;
4. busca entender os fatos, os relatos e as observações neles mesmos;
5. Apoia toda reflexão sobre a realidade a partir do contexto histórico.

Para a autora, a dialética é a ciência e a arte do diálogo, da pergunta e da controvérsia. Ela busca nos fatos, na linguagem, nos símbolos e na cultura, os núcleos obscuros e contraditórios para realizar uma crítica sobre eles. Em termos metodológicos, a abordagem dialética necessita criar instrumentos de crítica e de apreensão das contradições da linguagem, compreender que a análise dos significados deve se dar a partir do chão das práticas sociais, valorizar os processos e dinâmicas de criação dos consensos e contradições, no interior das quais a própria oposição entre pesquisador e seus interlocutores é colocada, e ressaltar o condicionamento histórico das falas, relações e ações. (MINAYO, 2013, p. 167).

Em termos metodológicos, segundo Minayo (2013, p. 340-341), a dialética marxista se traduz num tipo de abordagem que tem por objetivos: desvendar as relações múltiplas e diversificadas das coisas entre si; explicar o fenômeno dentro de sua lógica; evidenciar a contradição interna no interior do fenômeno; compreender o movimento de unidade dos contrários; trabalhar com a unidade da análise e síntese

numa totalização das partes e correlacionar as ações e relações. Além disso, o método dialético é conduzido pelos seguintes princípios: o caráter processual das coisas, o encadeamento/interrelação dos processos, a contradição como essência interna das coisas e a transformação de quantidade em qualidade.

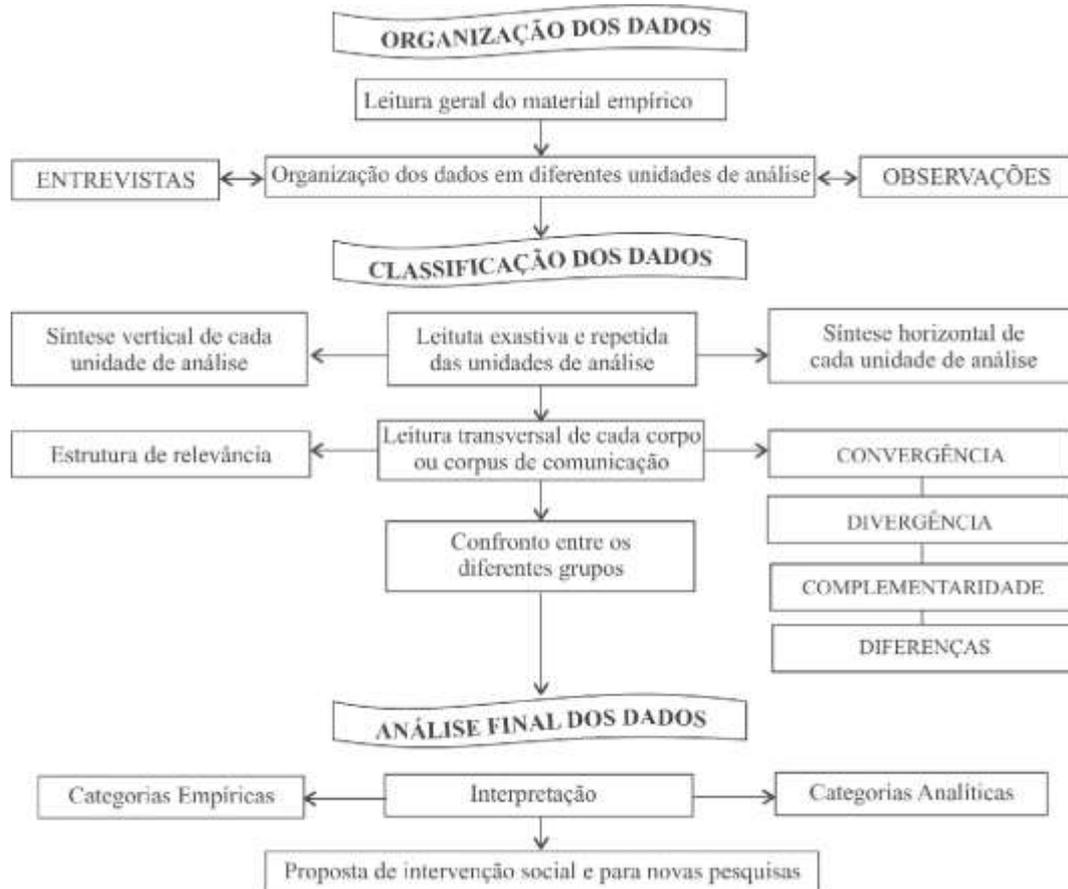
Habermas (1987), defende que a hermenêutica-dialética, do ponto de vista do pensamento, faz a síntese dos processos compreensivos e críticos. A articulação da hermenêutica com a dialética é, portanto, um importante caminho para fundamentar pesquisas qualitativas, na medida em que é possível valorizar as complementaridades e divergências entre elas.

De acordo com Minayo (2013, p. 346-349), enquanto a hermenêutica busca essencialmente a compreensão, a dialética estabelece uma atitude crítica; o marxismo reafirma o caráter social da vida humana e sua sujeição às leis históricas, raciocínio que aproxima a lógica dialética da base hermenêutica; enquanto a hermenêutica busca as bases dos consensos e da compreensão na tradição e na linguagem, o método dialético introduz na compreensão da realidade o princípio do conflito e da contradição permanente e que se explica na transformação; nada se constrói fora da história, portanto, qualquer texto precisa estar referido ao contexto em que foi produzido, visto que só será entendido na totalidade dinâmica das relações sociais de produção e reprodução em que está inserido; a dialética marxista como articuladora dos polos da objetividade e subjetividade considera que a vida social é o único valor comum e nisso coincide com a hermenêutica que defende o terreno da intersubjetividade como o locus da compreensão e, por fim, a dialética propõe a superação do quantitativismo e do qualitativismo na pesquisa.

Portanto, enquanto a hermenêutica enfatiza o consenso, a mediação e o acordo, a dialética se orienta para a diferença, o contraste, o dissenso e a crítica. (ASSIS; JORGE, 2010; ALENCAR, NASCIMENTO, ALENCAR, 2012; MINAYO, 2013).

Assim, a análise do material empírico desta pesquisa foi operacionalizada de modo processual e dinâmico no decorrer da pesquisa, com base na busca da compreensão do fenômeno, cujo exercício interpretativo permitiu identificar as contradições que permearam as falas dos sujeitos, bem como suas convergências, divergências, complementaridades e diferenças, conforme expresso no fluxograma demonstrado na Figura 1 (ASSIS; JORGE, 2010)

Figura 1 - Fluxograma Desenvolvimento da análise hermenêutica-dialética



Fonte: Assis & Jorge (2010).

Assim, o material procedente das entrevistas foi transcrito, organizado e classificado, considerando-se todos os níveis e suas respectivas dimensões/subdimensões na matriz analítica. Com efeito, foi construído um quadro para cada nível de análise da gestão, destinado a cada grupo de representação – conselheiro/usuário, gestor e trabalhador de saúde, com os núcleos de sentidos evidenciados nas falas, os quais foram confrontados entre si, construindo-se sínteses horizontais e verticais, a exemplo do quadro referente aos conselheiros de saúde, demonstrado no quadro 2, a seguir.

Quadro 2 – Quadro de classificação das falas do Grupo de Conselheiros de Saúde. Fortaleza, Ceará, 2020

Nível social	Político-	Dimensão: Estado, política social e produção de serviços de saúde		Dimensão: Relação público-privada e modelo de gestão da APS		Dimensão: Relações e condições de trabalho em saúde na APS		Sínteses horizontais
		Políticas de governo e condições de acesso aos serviços de saúde	Condições de participação e controle social das políticas de saúde	Conformação do modelo de gestão público-privado da APS e impactos sobre as políticas de saúde do município de Fortaleza	Condições e instrumentos de controle social do modelo público-privado de gestão da APS do município de Fortaleza	Relações de trabalho dos trabalhadores das Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) de Fortaleza	Condições de participação e estratégias de intervenção sobre o processo de trabalho pelos trabalhadores das UAPS de Fortaleza	
CL1								
CL2								
CL3								
CL4								
CL5								
CL6								
CMU1								
CMU2								
CMU3								
CMT1								
CMT2								
CMG								
Sínteses Verticais								

Fonte: Adaptado de Assis e Jorge (2010).

As matrizes proporcionaram a construção de sínteses individuais sobre o conjunto das subdimensões dispostas horizontalmente, e sínteses coletivas dos entrevistados sobre cada subdimensão dispostas verticalmente, bem como uma síntese coletiva/geral do conjunto das subdimensões dispostas no quadro de entrecruzamento da síntese vertical com a síntese horizontal.

Essas sínteses coletivas do conjunto das subdimensões foram transpostas para uma outra matriz, na qual se realizou o cruzamento/confronto das sínteses dos distintos grupos, conforme demonstrado no quadro 3.

Esta última matriz é o instrumento de análise do conjunto das percepções dos grupos de entrevistados que compõem os sujeitos da APS do município de Fortaleza e revela as sínteses gerais desses sujeitos. Sua estrutura, ao proporcionar a sistematização e o cruzamento do conjunto das percepções e concepções dos entrevistados atende aos fundamentos do método de análise da hermenêutica-dialética que busca os consensos e conflitos, as complementaridades e as oposições das falas como método de desvelamento da realidade e de produção do conhecimento.

Neste estudo, o material procedente dos documentos foi analisado de modo complementar às falas, no âmbito das categorias estruturadas, constituindo substrato do processo crítico-reflexivo desenvolvido.

Com efeito, a etapa de organização/classificação dos dados tem o objetivo de estabelecer uma identificação do material empírico coletado no campo de estudo, fazendo-se leituras exaustivas do material com vistas a definir os núcleos de sentido e estruturar as categorias de análise final (Alencar; Nascimento; Alencar, 2012). Em nosso estudo, como vimos anteriormente, os núcleos de sentido coincidem com as subdimensões ou categorias analíticas

Quadro 3 – Síntese do confronto entre as sínteses das falas dos grupos de representação dos participantes do estudo.

Fortaleza, Ceará, 2020

Nível Político-social	Dimensão: Estado, política social e produção de serviços de saúde		Dimensão: Relação público-privada e modelo de gestão da APS		Dimensão: Relações e condições de trabalho em saúde na APS		Sínteses horizontais
	Políticas de governo e condições de acesso aos serviços de saúde	Condições de participação e controle social das políticas de saúde	Conformação do modelo de gestão público-privado da APS e impactos sobre as políticas de saúde do município de Fortaleza	Condições e instrumentos de controle social do modelo público-privado de gestão da APS do município de Fortaleza	Relações de trabalho dos trabalhadores das Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) de Fortaleza	Condições de participação e estratégias de intervenção sobre o processo de trabalho pelos trabalhadores das UAPS de Fortaleza	
Grupo gestores							
Grupo Controle social							
Grupo Trabalhadores da ESF							
Sínteses Verticais							

Fonte: Adaptado de Assis e Jorge (2010).

A análise final de dados foi pautada no exercício interpretativo do material empírico cotejado pelo referencial teórico. Neste momento, além das técnicas, utiliza-se a contribuição de autores, bem como as experiências dos pesquisadores como sujeitos do mundo e da pesquisa, em busca do conhecimento. Essa interação entre a realidade desvelada e as impressões do pesquisador favorece a produção de resultados e considerações que outros métodos de análise qualitativos não possibilitam. (ALENCAR, NASCIMENTO, ALENCAR, 2012; MINAYO, 2013).

3. 7 Aspectos éticos da pesquisa

Foram atendidas as exigências das Diretrizes e Normas da Pesquisa envolvendo Seres Humanos, estabelecidas na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 2012). Os participantes foram informados sobre os objetivos estabelecidos para a pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – (APÊNDICE E), expressando concordância em participar voluntariamente do estudo, sendo garantido aos mesmos o sigilo e privacidade, ausência de custo, garantia de plena liberdade ao participante da pesquisa, de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, sob Parecer nº 3230177. (anexo 1)

4 POLÍTICA MUNICIPAL DE SAÚDE E MODELOS DE GESTÃO, ATENÇÃO E PARTICIPAÇÃO SOCIAL DA APS DE FORTALEZA.

A análise das políticas de saúde e das condições de acesso da população aos serviços, bem como, da participação e controle social dessas políticas, possibilita que caracterizemos a Atenção Primária à Saúde (APS) do governo municipal de Fortaleza, a partir de 2013, como alicerçada em dois modelos: um modelo de gestão de caráter híbrido, público-privado, determinado pela presença e influência da Organização Social (OS) Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar (ISGH) e um modelo de atenção centrado, de forma hegemônica, na assistência individual à demanda espontânea.

Tal caracterização, como veremos ao longo deste capítulo, é uma das expressões da síntese geral dos produtos dos diálogos/confrontos dos grupos de entrevistados sobre a dimensão Estado, política social e organização dos serviços de saúde, nos níveis de análise político-social, gerencial e assistencial. Os principais efeitos destes modelos de gestão e atenção, determinantes da política de saúde do município de Fortaleza, no período, foram o aprofundamento das dificuldades de acesso da população a uma atenção qualificada de saúde com base nos princípios da APS, o avanço no processo de precarização das condições de trabalho da Estratégia de Saúde da Família (ESF) de Fortaleza ameaçando a continuidade dessa política essencial para o SUS e a fragilização e esvaziamento dos espaços de participação e controle social, especialmente, os conselhos e conferências de saúde.

Fundamental considerar ainda que esses elementos da política municipal se dão em um contexto histórico de grave crise política e econômica nacional iniciada em 2014/2015, como expressão, na periferia do capitalismo, da crise econômica mundial de 2007/2008, cuja característica predominante foi o processo de financeirização do capital (FOSTER, 2009; CHESNAIS, 2013).

No Brasil, os efeitos sociais e econômicos da crise capitalista sob a forma de recessão, da elevação do desemprego e da informalidade do trabalho e do aumento da desigualdade social e da violência, são aprofundados pela aplicação de um amplo programa de contrarreformas neoliberais, a partir de 2016, em especial, a Emenda Constitucional 95 (EC 95), a contrarreforma trabalhista (lei 13.467/2017) e a lei geral de terceirizações (lei 13.429/2017) e, a partir de 2019, com a aplicação do programa ultraliberal do governo Bolsonaro cujas expressões políticas mais sensíveis

foram a MP 905/2019, que aprofunda a contrarreforma trabalhista de 2017 e, principalmente, a contrarreforma da previdência pública (EC 103).

Com o objetivo de expor o objeto caracterizado, ou seja, a política de saúde do município de Fortaleza, no período, em conformidade com o método dialético de Marx, como proposto por Chagas (2011), foram apresentados e analisados, de forma crítica, elementos procedentes do material empírico e do referencial teórico, organizados e articulados em três eixos: a privatização da gestão da APS de Fortaleza, a “upanização” da APS de Fortaleza e o controle político sobre os conselhos de saúde de Fortaleza.

O método de exposição, não é simplesmente uma auto-exposição do objeto, senão ele seria acríptico, mas é uma exposição crítica do objeto com base em suas contradições, quer dizer, uma exposição crítico-objetiva da lógica interna do objeto, do movimento efetivo do próprio conteúdo do objeto. (CHAGAS, 2011, p. 56)

4.1 A privatização da gestão da APS de Fortaleza

O processo de privatização da saúde possui várias dimensões, que vão desde o repasse de fundos públicos por diversos meios ao setor privado de serviços e estabelecimentos, o incentivo ao crescimento das empresas privadas e dos planos e seguros privados, o uso de serviços privados de saúde como moeda de troca salarial nas negociações trabalhistas, até o processo, impulsionado pelas contrarreformas do Estado brasileiro, de “terceirização da administração do setor público” ou de “gestão pública delegada ao setor privado”, reconhecidos como os “novos modelos de gestão”. (ARAÚJO, 2015, p. 140)

As contrarreformas do Estado brasileiro, ocorridas na década de 1990, foram a expressão nacional do receituário neoliberal aplicado mundialmente como resposta política das classes proprietárias à grave crise capitalista dos anos 1970. Tal crise, aliada ao processo de reestruturação produtiva e de hegemonia do capital financeiro, possibilitou, segundo Paim (2019), o surgimento do neoliberalismo nos anos 1980, com a priorização dos interesses de mercado, a desregulamentação e os ataques ao Estado de bem-estar social. Sob a ideologia neoliberal avançaram fortemente pelo mundo interesses pró-mercado e pró-setor privado com o objetivo de reduzir o tamanho, o papel e a ação do Estado e de conter o desenvolvimento das políticas sociais e dos sistemas de proteção.

A partir da década de 1980, segundo Almeida (1999), diversos países envolveram-se em um profundo processo de reformas pautadas sob forte apelo à tecnologia institucional defendida pela hegemônica perspectiva neoliberal daquele período. Sob o argumento neoliberal da necessidade de reduzir o desequilíbrio fiscal dos Estados e criar condições macroeconômicas mais sustentáveis foram centrados esforços no sentido de reduzir as atividades convencionalmente assumidas pelo setor público, restringindo a atuação do Estado àquelas ações que lhe são “próprias”, alegando-se que, por esta via, tornar-se-ia mais eficiente.

O avanço do caráter privado na gestão da Atenção Primária à Saúde (APS), expressão das contrarreformas neoliberais neste nível de atenção do SUS, quando observado a partir da realidade do sistema de saúde de Fortaleza, apresenta vários elementos contraditórios que acabam expondo sua natureza e dinâmica, como podemos observar na fala da conselheira de saúde.

... quem tem que administrar a saúde é o próprio prefeito, pra esse, tem uma secretária ou secretário de saúde, para administrar. Existe um conselho de saúde no município de Fortaleza e existem conselhos de saúde regionais e local. (CL6)

A percepção de que em nosso sistema de saúde é (ou deveria ser) tarefa do governo gerir diretamente a política e as ações de saúde, expõe parte das contradições que explicam o modelo de gestão da APS, de caráter híbrido público-privado, mas hegemonicamente privatista adotado a partir de 2013, pelo governo municipal de Fortaleza.

O controle das ações das Unidades de Atenção Primária de Saúde (UAPS), especialmente das equipes de Saúde da Família (eSF), pelo aparato administrativo de uma empresa privada, gerou oposição de setores de conselheiros e trabalhadores de saúde, como veremos adiante. Tal oposição, ao que parece, funda-se em questionamentos como: por que, mesmo tendo todas as condições de executar e gerir diretamente as políticas de saúde no município, o governo ‘aliena’ a gestão à um ente privado? Quais interesses e objetivos materiais determinam esta decisão política do governo?

Nos anos 1990, segundo Ramos e De seta (2019), o discurso neoliberal de crise econômica/gerencial ganhou força no Brasil e, junto com ele, a chamada Nova Administração Pública ganhou institucionalidade com a elaboração do Plano Diretor da Reforma do Aparelho de Estado (PDRAE). O PDRAE, política do governo

Fernando Henrique Cardoso (1995-2002), teve como estratégia central a implantação de Organizações Sociais (OS), sendo estas a principal expressão de organizações públicas não-estatais. Para Andreazzi e Bravo (2014), as mudanças na gestão de programas e unidades de saúde, por meio dos chamados “novos modelos de gestão”, geraram alterações legislativas e foram responsáveis pela criação de novas personalidades jurídicas como as organizações sociais (OS), como produto do programa de contrarreforma do Estado, elaborado por Bresser Pereira, em 1995.

No caso de Fortaleza, o caráter crescentemente hegemônico da participação das organizações sociais na gestão da saúde no município e o posicionamento dos conselheiros de saúde diante dessa política, pode ser extraído dos trechos abaixo.

... ele [prefeito] está criando no município todo. Só organização social.[...] quem mais administra são as organizações sociais (CL6)

... ele [prefeito] visa, a gente sabe, [...] mais os fins lucrativos de que a parte de educação e saúde. (CL2)

... nessa gestão teve pouco olhar pro social. Que afeta diretamente na saúde. [...] esse cuidado mais com a população em termos de projetos sociais dentro do território (CMT1)

O avanço das OS percebido pelos conselheiros além de representativo da tendência privatista do modelo híbrido público-privado, possui base material na política adotada pelo governo municipal, a partir de março de 2019, que alterou a legislação, ampliando as possibilidades de contratação de outras organizações sociais para gerirem hospitais, policlínicas e UAPS do município (DIÁRIO DO NORDESTE, 2020).

As percepções de parte dos conselheiros e trabalhadores sobre a decisão política do governo de contratação da OS ISGH revelam uma sensação de ameaça à qualidade da atenção à saúde e preocupação com a segmentação da gestão das UAPS.

...esse modelo de gestão mesmo, que foi implantado, desde 2013 pra cá, eu acho que houve um retrocesso a nível de atenção à saúde. (CMT1)

Outro [problema] foi colocar OS dentro das unidades de saúde. A gente sabe que já existia na gestão da [ex-prefeita] Luizianne Lins, mas com a OS da maneira que ele colocou [...] como se o posto fosse dividido em dois gestores: um pela OS e outro pelo serviço público. (TSF1E)

De acordo com Facchini, Tomasi e Dilélio (2018), definir qualidade do cuidado é tarefa complexa, mas ao mesmo tempo essencial para a avaliação das políticas e intervenções em APS. Pesquisas extremamente relevantes a respeito da qualidade dos serviços de saúde, muitas delas associadas à implantação de políticas, esbarram em dificuldades, que vão da “falta de consensos sobre definições, modelos conceituais e dimensões de análise” até a “construção de indicadores, padronização de instrumentos e comparação dos resultados.”

Mesmo com a normatização das Organizações Sociais sendo aprovada nacionalmente ainda em 1998, por meio da lei federal 9.637/98, que dispunha sobre o processo de qualificação de entidades como OS (BRASIL, 2020), em Fortaleza, o processo legislativo que criou a normatização congênere no município veio a ocorrer somente em 2003, por meio da lei municipal 8.704/03, (FORTALEZA, 2020a) ainda na gestão de Juraci Magalhães (1990-1992 e 1997-2004). Já o processo de qualificação da primeira OS a atuar na saúde municipal, no caso o IDGS (Instituto de Desenvolvimento da Gestão da Saúde), somente veio a ocorrer em 2008, no mandato de Luizianne Lins (2005-2012), por meio do decreto municipal 12.431/08. Segundo Andreazzi e Bravo (2014, p. 500), as organizações sociais avançaram fortemente a partir do final dos anos 2000, quando se observa uma “aceleração no tempo e maior distribuição no espaço nacional de sua adoção por diferentes governos estaduais e municipais.”

A exigência do caráter de pessoa jurídica de direito privado sem finalidade lucrativa presente na legislação atende àquele que é um dos fundamentos da reforma administrativa do Estado brasileiro realizada nos anos 1990, no caso, o fomento jurídico-financeiro estatal de empresas do chamado “terceiro setor”. De conjunto, a legislação municipal reproduz integralmente a legislação federal de 1998, aprovada durante o governo de Fernando Henrique Cardoso, em processo conduzido pelo ministro Luiz Carlos Bresser Pereira, como vimos anteriormente.

Em 2013, ao assumir sua primeira gestão no governo municipal, o prefeito Roberto Cláudio (2013- 2020) modificou o § 1º dessa legislação, através da lei municipal n. 10.029/13 (FORTALEZA, 2020b), tornando o processo de qualificação da OS, ato político que garante institucionalidade em mero ato administrativo do executivo. O ato administrativo de qualificação da OS Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar (ISGH) ocorreu por meio do Decreto Municipal n. 13.155, de 13 de maio de 2013 (FORTALEZA, 2020c).

No art. 1º do referido decreto estão estabelecidos os objetivos da Organização Social (OS). No caso do ISGH, percebe-se que o poder público municipal atuou no sentido de garantir poderes e espaços diversos de atuação e intervenção da empresa privada no Sistema Único de Saúde (SUS) municipal. Segundo o decreto, o objetivo da OS compreende desde atividades de gestão e ações de execução (operação) de serviços de saúde em toda a rede municipal em seus diversos níveis a atividades de consultoria e assessoramento técnico em saúde e gestão hospitalar (FORTALEZA, 2020c)

Para a maioria dos gestores, tanto os que atuam na atenção quanto no conselho de saúde, houve acerto na decisão política do governo de estruturar o “apoio” à gestão através do modelo de gestão por meio das OS.

Teve o advento, também, da OS, né. Que, de certa forma, tirou um peso maior do gestor local porque tudo, de fato, era responsabilidade da unidade [...] Essa parte administrativa como é responsabilidade do ISGH, eu acho que veio pra ajudar o gestor local. (GL5)

... a gente tem um elemento, nesse processo, que é uma organização social, que nos é parceira (CMG)

Para os trabalhadores de saúde, a contratação do ISGH não cumpriu uma das promessas do governo, que era reduzir a influência política, de caráter clientelista e patrimonialista, de vereadores sobre as UAPS, além do que, esse “apoio” à gestão pela OS, na realidade, representou perda da capacidade de gestão e da autonomia dos gestores com impactos óbvios sobre o trabalho e atenção na APS.

...continua a mesma coisa de políticos mandarem dentro das unidades de saúde. Então, os vereadores continuam dentro das unidades (TSF1E)

...muitos programas descobertos e os pacientes vindo agudizados e a questão, que a gente viu foi a menor gerência do coordenador, porque tem a questão do ISGH que faz a parte farmacêutica, parte do NAC [Núcleo de Apoio ao Cliente], então, mudou a autonomia do coordenador. (TSF2E)

No discurso de alguns gestores, percebe-se a expressão do caráter ideológico da disputa política envolvida na defesa do modelo de gestão baseado nas OS. Como o trecho abaixo, por exemplo, que busca unificar supostos “objetivos finalísticos” do SUS aos do modelo de gestão com base na OS.

São os mesmos. O modelo de gestão é o como. É o como contratar. É o como adquirir. Mas, objetivo final é você seguir os princípios de universalidade, equidade, integralidade das ações e buscar melhores resultados (GM)

Importante considerar que a discussão específica sobre o elemento ideológico do discurso não tem o objetivo de denunciar algum tipo de falso discurso, ou muito menos renunciar a dimensão ideológica assumida neste nosso estudo. Ao contrário. Como bem afirma Zizek (1996, p.9), “quando um processo é denunciado como ‘ideológico por excelência’ pode-se ter certeza de que seu inverso é não menos ideológico.”

Diversos autores ressaltam as dificuldades de definição do conceito de ideologia (Lowy, 1991; Eagleton, 1997; Konder, 2002). Sem querer adentrar nos diversos sentidos do termo, neste estudo, propomo-nos a analisar, os aspectos ideológicos das percepções recolhidas tendo por base as reflexões de Marx sobre a questão da ideologia. Em especial, as reflexões derivadas da vinculação entre ideologia e alienação (ou mais precisamente, a dimensão do estranhamento presente na alienação) a partir da “ideia de uma construção teórica distorcida, porém ligada a uma situação histórica ensejadora de distorção” (KONDER, 2002, p. 31).

A localização histórica da ideologia na divisão social do trabalho (na propriedade privada) e no surgimento das classes sociais em luta revela o papel fundamental da “distorção” ideológica na manutenção da dominação de classe. Operando historicamente, em uma sociedade cindida, de modo que o interesse particular (de uma classe) se expresse como se fosse universal (de toda a sociedade), a ideologia acaba por promover um ocultamento, uma inversão, uma naturalização das relações sociais com o objetivo justificá-las, legitimá-las. (IASI, 2017)

Importante considerar que o trabalho do discurso crítico não é tomar o discurso ideológico e contrapor a ele um outro que seria verdadeiro por ser “completo”, ou seja, “sem lacunas”, mas desdobrar todas as contradições desse discurso. Segundo Chauí (2001, p. 22-23) esse discurso crítico, ou contradiscurso, não deve ser tomado como um discurso da objetividade, visto que, em termos teóricos, uma das características da ideologia é a “separação sujeito-objeto” e a construção de um certo “mito da objetividade”. Neste sentido, a tarefa teórico-prática da crítica da ideologia é, respeitando “o movimento interno pelo qual sujeito e objeto vão sendo constituídos um pelo outro no real”, elaborar, por dentro do discurso ideológico, seu contradiscurso.

O discurso ideológico não pode ser reduzido à falsa consciência ou a uma “racionalização cínica, grosseira, tosca, bisonha ou canhestra de uma determinada classe ou de um determinado grupo”, visto que muitas vezes ele pode falsear “as proporções na visão de conjunto” ou deformar “o sentido global do movimento de uma

totalidade” e, ao mesmo tempo, respeitar “a riqueza dos fenômenos que aparecem nos pormenores” (KONDER, 2002, p. 43) como, no exemplo abaixo em que a naturalização de problemas centrais para o SUS, como o subfinanciamento e o congelamento dos gastos sociais a partir da EC 95 aparecem como justificativa para a defesa do modelo privado de gestão, via OS.

A gestão tem que ser melhorada sempre. Mas o grande problema do SUS é financiamento. [...] Teve aí foi um congelamento de gastos e pega de cheio a saúde. Então, por esse motivo, a gente precisa muito buscar a eficiência. (GM)

Alguns conselheiros de saúde, em suas intervenções, parecem perceber esse recurso discursivo que tem por base a naturalização de elementos histórico-políticos.

...muitas coisas que estão acontecendo hoje são aquela tal da PEC da morte (EC 95). [...] com isso] a gestão pode até dizer assim: não, não tamos conseguindo dá vazão à todas as demandas porque os recursos são congelados (CL5)

O discurso da busca da eficiência na oferta/prestação de serviços público-estatais tem também por justificativa uma perspectiva institucionalista, cujo foco central localiza-se no chamado “gerencialismo”, que defende a ideia que “as estruturas burocráticas hierárquicas tradicionais, com seus procedimentos normativos e rigidez inerentes, são danosas aos interesses públicos, ineficientes e inefetivas”. Tal discurso usa um tipo de argumento que parte do pressuposto de que “como qualquer monopólio, as agências estatais são inerentemente ineficientes, tendem a crescer indefinidamente e o resultado é um mal desempenho.” (ALMEIDA, 1999 p. 264)

A relação entre a situação política de avanço neoliberal e o avanço do discurso da eficiência da gestão privada sobre as políticas públicas pode ser evidenciada também pelo fato de que existem pouquíssimos estudos científicos que sustentem uma relação de causa e efeito entre gestão privada, por meio de OS, e eficiência na prestação de serviços de saúde. Segundo Ramos e De seta (2019 p. 2), são “escassas as informações sobre o desempenho dos modelos de gestão experimentados no Brasil e suas vantagens e inconvenientes, especialmente na APS.” Uma revisão da literatura sobre o tema, realizada pelos autores, recuperou poucos artigos com este enfoque, sendo a maioria relacionada a hospitais, mas em nenhum deles foi realizada avaliação de desempenho das OS na APS, medida por indicadores, nas capitais brasileiras.

Em relação aos hospitais, existem alguns estudos comparativos sobre eficiência e efetividade de desempenho entre hospitais geridos por OS e administrados diretamente pelo poder público, principalmente no estado de São Paulo, cujo governo foi pioneiro na implantação das OS no SUS. Nogueira (2012 p. 39-40) cita pesquisa que envolveu estudo de caso de três hospitais em regime de OS em que se concluiu que o modelo de gestão exibe “desempenho significativamente mais satisfatório em comparação com o grupo de hospitais da administração direta”, em termos de eficiência geral (altas hospitalares por leito e atendimentos ambulatoriais por sala) e de produção de serviços por pessoal disponível.

Outro estudo, conduzido por Ibañez et al. (2001) envolvendo seis hospitais do estado de São Paulo geridos por seis OS, analisou por meio de indicadores, o cumprimento de metas previstas no contrato de gestão e considerou “satisfatório” o alcance das metas estabelecidas.

Os estudos citados apresentam imensas limitações na determinação de ganhos efetivos em termos de eficiência do modelo privado de gestão com base nas OS, a começar pelo fato de que os critérios de avaliação centram-se basicamente na avaliação quantitativa da produção de serviços médico-hospitalares e na avaliação qualitativa da satisfação dos usuários, sem levar em consideração o custo-efetividade das ações, nem muito menos os efeitos do modelo de gestão sobre as relações e condições de atenção e trabalho.

A defesa de um modelo de gestão privado na saúde pública atende a interesses econômicos de classe, estabelecidos nas ações de bancos, empresas e na grande propriedade rural e tem em organismos de representação do capital internacional seu centro articulador como afirmam Andreazzi e Bravo (2014), ao lembrarem que tanto o programa de contrarreforma do Estado quanto o notável processo de concentração, fusões e aquisições ocorrido com a abertura de capital de empresas de seguros e serviços de saúde privados do país, apesar de, aparentemente, não estarem relacionados, são projetos saídos do mesmo campo, no caso, as instituições financeiras internacionais, em especial, o Banco Mundial. Para os autores, o Banco Mundial ganha destaque como instrumento impulsor de propostas de ‘contrarreforma’ do Estado e, especificamente, de políticas públicas, como a saúde, a partir dos anos 1980, associando-as à medidas que o sistema capitalista vai implementar para contrarrestar sua crise econômica tornada, a partir de então, um aspecto crônico de sua existência.

A questão da crise econômica é resgatada, por alguns gestores, para demonstrar o impacto de seus efeitos sobre o SUS.

... com essa crise, a população SUS dependente só tem aumentado. As pessoas que tinham seu plano porque eram empregados, hoje, são mais de 13-14 milhões de desempregados. Com o número de desempregados no Brasil, você perde, conseqüentemente, o plano e vai pro SUS. (GL5)

Ao mesmo tempo, o discurso da crise também serve como justificativa ideológica não apenas para o modelo privado de gestão, mas para a defesa de um modelo focalizado de atenção.

Tem que existir... se não é pra todo mundo, vamos priorizar aqui determinado grupo. Esse que, infelizmente... eu disse infelizmente, porque realmente não estão em condições não muito boas de saúde. (GL5)

Os trabalhadores de saúde apontaram os riscos de privatização do SUS como expressão do avanço das contrarreformas neoliberais...

... eu me preocupo muito porque eu sei que a gestão lá de cima né? A maior. [...] tem a visão de dizer que o ideal seria que a gente fosse tornar tudo particular. De não ter mais a saúde pública. E sim, ter apenas privada [...]. Vão realmente querer acabar com o Saúde da Família e com o atendimento público e tornar saúde mais barata né? Mais barata para muitos, mas a gente sabe que não funciona. [...] eles estão querendo fazer na reforma da previdência, [...]. Então, a pessoa gerir saúde, a pessoa ter acesso à sua previdência, é a pessoa que vai bancar. Não é isso? e o Estado estaria de fora. (TSF6M)

Além disso, expressaram receio com os processos de exclusão e desassistência aos mais pobres, decorrentes desse processo, conforme vemos a seguir.

...eu sei que essas pessoas mais simples. Elas não vão ter acesso a uma coisa privada, né? E eu sei também que a gente vai tentar fazer de tudo, mas não vai ter acesso a exames. Não vai ter acesso à saúde. Não vai ter acesso a quase nada. E eu sei que somente quem tem dinheiro vai ter acesso à saúde e não esse povão que a gente atende. (TSF6M)

Para a maioria dos conselheiros de saúde, as políticas de saúde adotadas pelo governo, no período, foram responsáveis pela manutenção ou aprofundamento de diversos obstáculos ao acesso da população às ações e serviços de saúde, tanto na atenção básica quanto na especializada

Na unidade de saúde, a gente não tem acesso tão fácil, constante. [...] se ele [prefeito] priorizou a saúde, porque a parte de especialização, a gente não tem acesso? Por que o acesso na unidade de saúde é tão pouco? Quando tem o profissional, não tem o material (CL1)

...nós sentimos dificuldades na questão de fila de espera, nas especialidades, nós sentimos falta no atendimento mais urgente de um SAMU. (CMU3)

A manutenção ou aprofundamento de obstáculos ao acesso tem relação com a amplitude das políticas adotadas que, em alguns casos, não alterou as condições já existentes de iniquidade no acesso da população às ações e serviços de saúde e, em outros, efetivamente, aprofundou estas condições iníquas. Apesar da Constituição Brasileira, formalmente, assegurar a saúde enquanto direito universal a ser garantido pelo Estado, mesmo com os avanços conquistados, ainda se convive com uma realidade desigual e excludente do acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS). Na prática ainda existe um acesso seletivo, focalizado e excludente. Por outro lado, estudos evidenciam as oportunidades de uso de serviços de saúde antes e após a implementação do SUS e apresentam avanços e limites na garantia do seu acesso universal, sendo os limites associados, principalmente, a fatores socioeconômicos ou pelas barreiras geográficas e os avanços relacionados à ampliação da oferta de serviços na rede básica de saúde. (ASSIS e JESUS, 2012 p. 2866).

Em Fortaleza, alguns efeitos muito graves desta dificuldade no acesso da população aos serviços foram sentidos por trabalhadores que agora estão na função de gestores.

... a gente tem sentido alguns impactos negativos, alguns dados, inclusive, do ano passado, não foram positivos em relação a mortalidade infantil. [...] enquanto profissional do PSF, da estratégia, com os colegas, o que a gente pensa assim, é que, de fato, a gente diminuiu um pouco mais o acesso à questão do programa em si, né. (GL5)

O acesso à assistência farmacêutica foi muito mal avaliado na 1ª gestão do governo (2013-2016).

... que teve um impacto maior foi a questão, logo no início, dos remédios, né, da medicação faltando e demoravam a chegar nos postos de saúde. (CL2)

Mas, passou a ser mais bem avaliado na 2ª gestão (2017-2020), com a ampliação da assistência farmacêutica para os terminais de ônibus. Contudo, mesmo essa política bem avaliada por parte dos entrevistados, sofreu muitas críticas pela forma burocrática como foi executada, que ao invés de ampliar o acesso da população aos medicamentos, tornou-o mais difícil e sobrecarregou o trabalho das eSF.

Uma coisa visto como muito bom, mas que eu não acho, é a questão dessas centrais de medicação nos terminais. [...] porque o usuário tem a possibilidade de pegar medicação lá, mas, antes, ele tem que vir na unidade. [...] Uma vez que antes, tem que passar na unidade de saúde, tem que fazer

o agendamento. [...] na unidade de saúde tem uma estrutura física que deveria ser abastecido e não um outro local. (CL4)

... essa questão da dispensa do medicamento no terminal. [...] porque eu preciso também ter a receita do meu médico, né? E se eu vier na unidade de saúde e eu não tiver o médico pra me dá a receita? a grande dificuldade, às vezes, tá no médico está na unidade [...] se a dispensa tivesse próxima da minha casa, eu tenho que gastar alguma coisa para chegar até o terminal (CL5)

Outras políticas lembradas pelas dificuldades de acesso foram a saúde bucal e a saúde mental.

...a odontologia e a saúde mental, ela foi assim: bem baqueada [...] A gente tem um escovódromo aqui e não tem como fazer. (CL5)

Compreendendo o caráter integrado e articulado entre gestão e atenção, não poderíamos analisar o acesso da população aos serviços de saúde, nem qualquer outra dimensão da Atenção Primária de Fortaleza, somente, a partir do modelo de gestão de caráter privado, sustentado na experiência das OS.

Quando houve a mudança de gestão, ela afetou muito o PSF. Tanto é que tiveram muitos sindicatos, muitos agentes de saúde que foram pra rua denunciar o que seria a morte da Saúde da Família [...] a gente começava a perceber que, aos poucos, o PSF estava sendo colocado em segundo plano (CL3)

Eu acho que o modelo mesmo de Estratégia de Saúde da Família ele foi totalmente desfeito dentro de Fortaleza. (CMU3)

Como vemos nas intervenções dos conselheiros acima, há necessidade de observarmos as mudanças ocorridas no modelo de atenção que, como veremos, esteve hegemonicamente voltado à demanda espontânea, semelhante ao modelo implantado nas UPA (“upanização”), bem como, analisarmos as condições histórico-materiais em que esses modelos foram implementados, condições estas caracterizadas centralmente, em nosso estudo, pelo aprofundamento da precarização das condições e relações de trabalho na saúde que, de conjunto, fragilizam e ameaçam a continuidade da Estratégia de Saúde da Família.

4.2 A “upanização” da APS de Fortaleza

A análise das percepções levantadas neste estudo revelou que, da relação entre os vários elementos políticos, gerenciais e assistenciais que condicionam o modelo de atenção à saúde na APS de Fortaleza, no período, o fenômeno que melhor expressa a resultante deste processo é a centralização hegemônica da oferta de

ações e serviços de saúde, por meio da gestão direcionada do processo de trabalho das equipes de Saúde da Família (eSF), na atenção à demanda espontânea. Tal demanda composta, essencialmente, por eventos agudos ou crônicos agudizados, que necessitam de pronto-atendimento, levou-nos à caracterização de que estamos diante de um processo que convencionamos designar de “upanização” da APS.

A adoção deste modelo de atenção na APS de Fortaleza centrado na demanda espontânea, do ponto de vista da organização dos serviços, confronta-se com a chamada “dupla natureza” da ESF, no caso, o cuidado clínico e a promoção/prevenção de doenças, considerados essenciais para efetividade, equidade e racionalidade do cuidado na APS. Segundo Norman e Tesser (2015), o grande desafio diário das eSF tem sido encontrar um equilíbrio entre prevenção de agravos, promoção da saúde e tratamento do adoecer e, neste sentido, defendem a integração de ações criteriosas de promoção/prevenção com acesso rápido ao cuidado longitudinal na APS/ESF de modo que a operacionalização dos serviços de APS/ESF provenha fácil acesso aos usuários demandantes, de forma compatibilizada e sinérgica, com ações preventivas e promocionais criteriosas, de modo a evitar a competição entre ações preventivas ou promocionais com o cuidado ao adoecimento vivenciado nas agendas dos serviços.

A centralização da atenção na demanda espontânea parece guardar relação, por outro lado, com um processo político mais amplo, surgido com o avanço das políticas de ajustes neoliberais e contrarreformas do Estado, de construção dos chamados “sistemas de saúde eficazes”, como parte da política de “saúde global” de organismos como o Banco Mundial. Tal política baseada na ideia de um “novo universalismo” funda-se no argumento de que “os recursos públicos para a saúde eram e continuarão sendo escassos”. De acordo com este argumento, deve-se buscar “ampliar o ingresso de capital privado na área de saúde”, principalmente o capital financeiro, “expandir os seguros de saúde privados” e “consolidar a burguesia de serviços de saúde” ao mesmo tempo em que se redefine o “papel dos Estados nacionais no setor”. (LIMA, 2014 p. 233)

Além disso, a caracterização do processo de “upanização” da APS, confronta-se com o modelo de atenção apresentado no Plano Municipal de Saúde (PMS) 2014-2017 de Fortaleza, que define como tarefa de gestão da saúde, no período, a viabilização da “atenção em redes” de modo a garantir “a gestão do cuidado

na interface da Atenção Primária com os pontos de atenção secundários e terciários”. (FORTALEZA, 2017a, p. 14).

Esta decisão política de implantação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) exigirá, de acordo com o documento acima, o “fortalecimento da APS e mudanças no modelo de atenção” com o objetivo de garantir que sejam oferecidas respostas sanitárias “tanto às condições agudas, como às condições crônicas das pessoas” em todos os pontos de atenção “de acordo com o risco e complexidade dos problemas de saúde, tendo como base as diretrizes clínicas e protocolos estabelecidos”. (FORTALEZA, 2017a, p. 33)

A determinação das Redes de Atenção como principal estratégia organizativa do sistema municipal de saúde de Fortaleza está em conformidade com estudos de Mendes (2015). Para o autor, o “problema fundamental do SUS” seria a “incoerência entre a situação de saúde e o sistema de atenção à saúde, praticado hegemonicamente”, (MENDES, 2015, p. 19). Neste sentido, propõe que sejam implantadas as Redes de Atenção à Saúde (RAS) e nelas inserida a Atenção Primária em Saúde (APS), como forma de consolidá-la como “estratégia de organização do sistema de atenção à saúde”. (MENDES, 2015, p. 15)

O Plano Municipal de Saúde é o principal instrumento da gestão municipal do Sistema Único de Saúde (SUS). Nele devem estar explícitos os “compromissos da gestão municipal para o setor da saúde num recorte temporal de quatro anos” e refletidas as “necessidades de saúde da população”, em conformidade com a Lei Federal n.º 8.080, de setembro de 1990, regulamentada pelo Decreto Presidencial n.º 7.508/2011 e pela Lei Complementar n.º 141/2012. (FORTALEZA, 2017a, p. 12)

Nossa discussão se dará centralmente sobre o PMS 2014-2017 visto que o Plano seguinte, PMS 2018-2021 (FORTALEZA, 2017b), não alterou, em linhas gerais, o modelo de saúde adotado no primeiro quadriênio. Segundo o PMS 2014-2017, a partir de 2013, o município de Fortaleza comprometeu-se a “estruturar, implementar e gerir a Política Municipal de Saúde, a partir das Redes de Atenção à Saúde”, estratégia com foco na “superação da fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde” e no aperfeiçoamento do funcionamento político institucional do SUS com o objetivo de “assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços que necessita com efetividade e eficiência”. (FORTALEZA, 2017a, p. 14)

Para o PMS 2014-2017, as RAS são compreendidas como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde”, com diferentes “densidades

tecnológicas”, integradas por meio de “sistemas técnico, logístico e de gestão” e que buscam “garantir a integralidade do cuidado”. (FORTALEZA, 2017a , p. 31-32).

Esta concepção de redes de atenção, defendida por Mendes, é acrescida da condicionante apresentada pelo autor, de que, somente será possível “organizar o SUS em redes” se a APS estiver capacitada a desempenhar bem as funções resolutiva, coordenadora e de responsabilização das equipes de Saúde da Família pela saúde da população adscrita nas RAS. (MENDES, 2015 p. 16).

Esta proposta que coloca como tarefa da APS a coordenação das redes de atenção e sua instituição como estratégia de organização do SUS é designada pelo autor de “construção social da APS”. O objetivo da proposta seria, como dito anteriormente, enfrentar o “problema fundamental do SUS”, através da mudança do “modelo de gestão da oferta”, praticado no SUS, por um “modelo de gestão da saúde da população”.

a gestão da saúde da população é a habilidade de um sistema em estabelecer as necessidades de saúde de uma população específica, segundo os riscos, de implementar e monitorar as intervenções sanitárias relativas a esta população e de prover o cuidado para as pessoas no contexto de sua cultura e de suas necessidades e preferências. (MENDES, 2015, p. 16)

A “construção social da APS”, de acordo com Mendes (2015, p. 71) “implica o estabelecimento da coerência entre a estrutura da demanda e da oferta”. Neste sentido, deve-se partir do “estabelecimento da estrutura da demanda” procurando-se “adequar as respostas sociais a cada tipo de demanda específica por meio de uma estrutura de oferta singular”. Estruturada dessa forma e inserida em RAS, a APS seria o instrumento de enfrentamento do desequilíbrio (incoerência) entre oferta e procura por serviços de saúde.

A proposta de implantação do “novo Sistema de Saúde”, com mudanças nos modelos de gestão e atenção, anunciada pelo PMS 2014-2017, em conformidade com os estudos de Mendes (2015) atendia ao argumento de que, diante de uma situação de saúde expressa por uma “tripla carga de doenças” sendo parte de origem infecciosa e carencial, parte de causas externas e, uma outra, hegemônica, de condições crônicas, haveria necessidade de “restabelecer a coerência entre o Sistema Municipal de Saúde e a situação de saúde”. Neste sentido, seria necessário “integrar os vários pontos de atenção à saúde de forma a responder com efetividade, eficiência, segurança e qualidade às necessidades de saúde da população”. (FORTALEZA, 2017a, p. 31)

Sem desconsiderar a importância dos problemas de gestão das políticas e ações de atenção à saúde, vários autores defendem que o “problema fundamental do SUS”, responsável por sua crise histórica, longe de centrar-se na gestão incoerente ou inadequada da relação entre demanda e oferta de serviços, como defende a teoria que sustenta o PMS 2014-2017, localiza-se, essencialmente, no processo conjunto e interrelacionado de subfinanciamento/desfinanciamento crônico (OCKÉ-REIS, 2020; MENDES & CARNUT, 2020; FUNCIA & SANTOS, 2020; MENDES & MARQUES, 2009) e privatização/financeirização da saúde pública (BRAVO, 2018; PAIM, 2018; ANDREAZZI & BRAVO, 2014).

A base teórica que sustenta o PMS 2014-2017, ao centralizar a “crise do SUS” na gestão da relação entre oferta e demanda por atenção à saúde, exige uma reflexão crítica. No nosso entender, tal centralização está em conformidade com a proposta de “cobertura universal da saúde” ou de “novo universalismo” apresentada pela OMS no seu Relatório OMS-2000. Segundo Lima (2014, pp. 243-244), esse Relatório apresenta uma análise “convergente” com as proposições do Relatório do Banco Mundial “RDM 1997” que estabelece “a narrativa neoliberal como política oficial da OMS”.

O Relatório OMS-2000 critica a primeira e a segunda geração de reformas da saúde, atenção universal à saúde e atenção primária à saúde, respectivamente, e faz a defesa de uma terceira geração de reformas que convirja para um “novo universalismo”. Segundo o documento, a preocupação com a demanda das pessoas é característica da terceira geração de reformas “atualmente em marcha em muitos países” que inclui reformas tais como “fazer com que o dinheiro siga o paciente” e abandonar o costume de simplesmente “dar aos fornecedores um orçamento”. O relatório considera o “novo universalismo” uma noção que significa que, “em lugar de oferecer toda a atenção à saúde possível para toda a população” deve ser oferecido “a todos uma atenção essencial ou prioritária de alta qualidade, em vez de uma atenção mais simples e básica para os pobres, como na APS”, e que, além disso, seja definida, principalmente, “pelo critério de eficácia em razão dos custos”. Esse tipo de reforma, segundo Lima (2014, pp 246-247), ao incorporar a ideia de “responder às demandas”, busca, cada vez mais, “possibilitar o acesso dos pobres aos serviços de saúde por meio de subsídios”, principalmente, o “financiamento privado de seguro e/ou planos de pré-pagamento, em diferentes graus, a depender do país, e não somente pela prestação de serviços pelo poder público”.

Outros estudos avaliam criticamente o peso da lógica “gerencialista” do processo de regionalização e organização dos serviços em Redes de Atenção à Saúde (RAS), derivado do decreto 7.508/2011, que acompanha o modelo. Segundo Marques e Mendes (2014, p. 289), essa lógica, “criada pela reforma do Estado nos anos 1990 e expandido nos anos 2000”, alterou as bases do processo de descentralização equitativa das ações e recursos do SUS ao abandonar a discussão sobre a necessidade de transferências de recursos da união para estados e municípios e priorizar repasses para fortalecimento de regiões de saúde, por meio de um Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde (COAP). Na prática, o COAP acabou privilegiando “o estabelecimento de uma relação entre gestores do SUS e seus recursos de forma contratualizada, isto é, definida por metas, indicadores e resultados”.

Além disso, há necessidade de se refletir criticamente, a partir das contradições entre os objetivos anunciados e alcançados pelo PMS 2014-2017, sobre a inserção da APS nas RAS, tanto no sentido de sua conformação como instrumento de superação da “incoerência”, hegemônica no SUS, entre oferta e demanda por serviços de saúde quanto na sua consolidação como estratégia de organização do próprio sistema de saúde.

As percepções de conselheiros, gestores e trabalhadores das equipes de Saúde da Família (eSF) de Fortaleza revelam uma realidade da atenção à saúde com resultados opostos aos objetivos anunciados pelo PMS 2014-2017. Na avaliação coletiva destes atores, o modelo de atenção da APS foi centrado, de forma hegemônica, na assistência à demanda espontânea, de modo que, nesta conformação, acabou provocando mudanças profundas no processo de trabalho das equipes de Saúde da Família (eSF) a ponto de representar uma grave ameaça não apenas à consolidação, mas a própria continuidade da ESF no município.

... a gente começava a perceber que, aos poucos, o PSF estava sendo colocado em segundo plano. (CL3)

... Muitas vezes, favoreceu o corretivo, e o preventivo, que era as ações da Estratégia de Saúde da Família, acabou que ficando mais de lado. (GL2)

... a gente sentiu, foi que a gente estava mais dando prioridade às ações emergenciais, né. Tipo o DESP, né? Que é a demanda espontânea. Eles focaram muito na questão da demanda espontânea e perdeu o foco do PSF (TSF3D)

Um outro elemento importante de análise tem relação com os objetivos, presentes no PMS 2014-2017, da organização das ações e serviços em RAS a partir

da garantia de promoção de uma “integração sistêmica”, de ações e serviços de saúde com oferta de atenção “contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada”, e de um incremento ao “desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária”, bem como, com “eficiência econômica”. (CEARÁ, 2017, p. 32).

O objetivo da eficiência econômica, apesar de parecer menos importante em razão de sua localização no final do parágrafo, apresenta centralidade no discurso e nas práticas de gestão e atenção à saúde, mesmo quando surge de forma contraditória nas falas dos gestores...

Teve aí foi um congelamento de gastos e pega de cheio a saúde. Então, por esse motivo, a gente precisa muito buscar a eficiência. (GM)

A associação de objetivos de incremento de desempenho em termos de eficácia clínica e sanitária com “eficiência econômica”, determinante, segundo o PMS 2014-2017, para a organização do modelo de atenção em rede de Fortaleza, consolidou-se, segundo vários autores, como característica fundamental da forma de organização dos sistemas de saúde dos países da periferia do capitalismo com as contrarreformas dos Estados, dos anos 1990, operada a partir da intervenção, no setor, ainda nos anos 1980, de organizações como o Banco Mundial (BM) e da incorporação da Organização Mundial de Saúde (OMS) ao ideário neoliberal (ALMEIDA, 2014; LIMA, 2014; RIZZOTTO; 2014).

Podemos encontrar indícios deste debate sobre eficiência econômica das políticas de saúde ainda quando da crise capitalista dos anos 1970, caracterizada por alguns autores, como a primeira crise fiscal dos Estados, que, dentre outros efeitos, foi responsável por reduzir a crítica sobre a “crise da saúde”, a partir do questionamento da prática médica, em crítica sobre a “crise dos serviços de saúde”. Para Almeida (2014, pp. 190-191), esse discurso de “crise dos serviços de saúde” já trazia subjacente a preocupação com os “custos no setor e as tentativas de implantação de medidas de contenção do crescimento do gasto sanitário”.

A discussão sobre eficiência econômica nos gastos sociais foi elemento fundamental da política do Banco Mundial (BM) para a América Latina. A partir dos anos 1980, o BM, além de financiar projetos de investimentos, passou a “recomendar e supervisionar as políticas públicas dos Estados afetados pela crise internacional”. Com isso, ele tornou-se um dos agentes econômicos mais relevantes na imposição

de um consistente “pacote de ajuste fiscal e reforma estrutural” do conjunto dos países latino-americanos, nos anos 1980, e de mudanças na “organização, nos objetivos e nas funções das instituições de governo e de suas articulações com os mercados nacionais e globais”, ou seja, de “reforma do Estado”, dos anos 1990. (LIMA, 2014, p. 236; VILAS, 2014, p. 65).

O pacote de ajustes estruturais derivado do Consenso de Washington com metas de liberalização, desregulamentação e privatização provocou nos países da América Latina, ao contrário do que prometia, estagnação de mercados internos, crescimento da dívida externa e desequilíbrio do balanço de pagamentos. Tudo isso, aliado à diminuição dos investimentos sociais e do salário real, do aumento do desemprego e do agravamento das desigualdades na distribuição de renda, promoveu uma mudança discursiva do FMI e do BM, a partir dos anos 1990. Houve, neste período, uma atualização e incorporação à agenda neoliberal das discussões sobre “governabilidade” e “combate à pobreza”, de modo que a discussão, não ficou limitada apenas à “minimização do Estado”, mas, a um processo de “reconstrução do Estado” (LIMA, 2014, pp. 236-237)

... após as experiências desastrosas das políticas de ajustes estruturais nos anos 1980, o discurso sobre a “pobreza” foi submetido ao imperativo da construção do “Estado efetivo”, da necessidade de “revigoramento das instituições públicas”, da “focalização” das políticas sociais, da mobilização da “sociedade civil”, da “participação do povo”, da “descentralização”, da separação entre financiamento e provisão dos serviços na área social, entre outros fatores. [...] A preocupação com a governabilidade do setor saúde vai se expressar na ênfase em construir a capacidade “reitora” do Estado para a implantação de reformas no setor veiculadas pela OMS e BM, a partir dos anos 2000. (LIMA, 2014, p. 237)

Essa mudança “discursiva” dos organismos internacionais do Consenso de Washington (FMI, Banco Mundial e Departamento do Tesouro americano), dos anos 1980 para os anos 1990, atendeu, como visto, à necessidade de manutenção da estratégia de dominação e acumulação sob novas bases, diante das consequências nefastas da política neoliberal para os países da periferia do capitalismo. Ela coloca por terra, portanto, o discurso adotado pelos formuladores da contrarreforma do Estado brasileiro que afirmavam defender um modelo diferente do neoliberal, algo como um modelo “social-liberal” (PEREIRA, 1997).

Além disso, desnuda o discurso contraditório destes formuladores ao identificarem o SUS como a “experiência exitosa” das contrarreformas neoliberais dos anos 1990. Segundo Pereira (2009, p. 36-39), a descentralização, estabelecida a

partir da Norma Operacional Básica (NOB) 96 garantiu a “aplicação dos princípios da administração pública gerencial no SUS” ao promover a separação entre procura e oferta de serviços de saúde.

O modelo “gerencial” de descentralização do SUS, mais do que simplesmente separava a relação de troca estabelecida nos serviços de saúde, tinha o objetivo de segmentar a estrutura e os processos de gestão e atenção do SUS nos municípios, de modo a reduzir os custos da municipalização da saúde e ampliar a demanda por serviços privados de saúde, por meio da definição da Atenção Básica como responsabilidade municipal e da manutenção da dependência, dos níveis secundário e terciário dos municípios, pela oferta privada de serviços a partir da regionalização da atenção, como podemos observar em Pereira (2009, p. 38),

A procura ou o atendimento inicial e a triagem são realizados, geograficamente, por centros de saúde das prefeituras, de acordo com o local de residência da pessoa, enquanto a oferta é feita competitivamente por hospitais que não precisam estar no mesmo município.

Apesar de, na aparência, ter havido um fortalecimento da capacidade de gestão dos municípios que, com a descentralização promovida pela NOB 96 passaram a receber recursos antes usados para pagamento direto das AIHs (Autorizações de Internamento Hospitalar), pelo Ministério da Saúde, concretamente, a segmentação do poder de gestão, manteve intocada a necessidade de compra de serviços do setor privado. Segundo Pereira (2009, p. 38 e 39),

O prefeito, seu secretário de saúde, e o respectivo Conselho Municipal de Saúde administram todo o sistema. Sua autoridade é sobre o sistema de demanda; indiretamente, exercem poder sobre os hospitais autorizados a prestar serviços ao SUS, que podem ser estatais, organizações sociais, beneficentes ou privados.

A implantação das RAS exige, segundo o PMS 2014-2017, o fortalecimento da APS e mudanças no modelo de atenção de forma a garantir que sejam oferecidas respostas às condições agudas e crônicas das pessoas, nos vários pontos de atenção, de acordo com o risco e complexidade dos problemas de saúde, tendo como base as diretrizes clínicas e protocolos estabelecidos. (CEARÁ, 2017, p. 33)

A proposta de “construção social da APS”, além da passagem de um modelo de gestão da oferta de serviços para um modelo de gestão das demandas de saúde com base nas “necessidades da população usuária”, exige que se utilize

“modelos assistenciais, baseados em evidências, que estão sendo operacionalizados internacionalmente”, articulados pelo conceito de “condições de saúde” com “singularidades quando aplicados a eventos agudos e a condições crônicas”. (MENDES, 2015, pp. 16 e 17)

A defesa de modelos assistenciais, nos moldes da proposta de “construção social da APS” também parece convergente com os métodos de construção das análises presentes no relatório OMS-2000, na medida em que o documento defende que são as “provas científicas” e as “experiências exitosas” acumuladas por especialistas competentes que devem legitimar a correção de diagnósticos e proposições das políticas de saúde. (LIMA, 2014, p. 249).

A referência à proposta de “construção social da APS” como base teórico-metodológica para a formulação do PMS 2014-2017, é resgatada no próprio Plano ao afirmar que o município decidiu contratar uma consultoria especializada em Atenção Primária à Saúde para assessorar e “qualificar as práticas dos gestores e profissionais visando a operacionalização de mudanças necessárias nos processos de trabalho”. (CEARÁ, 2017, p. 36)

A influência da consultoria na definição da política de atenção é revelada em vários depoimentos de gestores da saúde do município...

... a parte das redes de atenção mesmo que ficaram... tentou-se construir, né, um desenho daquelas questões de redes de atenção à saúde, com a consultoria do Eugênio Vilaça. (GL5)

... tivemos uma consultoria do dr. Eugênio Vilaça que a gente passou a ter um modelo de atenção às condições crônicas, a gente começou a fazer estratificação de risco, implantar processos, microprocessos e macroprocessos, com a questão de territorialização, cadastro, né? de população. A gente conseguiu fazer uma reterritorialização de todas as unidades de saúde (GR3)

Principalmente em uma das regionais, onde estabeleceu-se uma “experiência-piloto” de implantação do modelo de atenção defendido pela consultoria...

... tínhamos estruturado processo de trabalho, além da questão de estrutura física melhorada, equipamentos, todo o processo que colocado aqui da consultoria do Dr. Eugênio com a questão da classificação do risco pras doenças agudas, estratificação de risco pras crônicas. E a gente conseguiu um agendamento mais inteligente porque passamos a ter o manejo dessas pessoas, a partir, das necessidades deles. (GR3)

Os conselheiros e trabalhadores de saúde, no entanto, avaliaram de forma bastante crítica a consultoria realizada no município, para implantação e execução do modelo de atenção...

A implantação desse novo modelo foi vertical. Não houve uma conversa: “vamos fazer isso”. Veio uma assessoria, de fora, implantar um modelo de atenção (CMT1)

Ele [prefeito] usou aquela consultoria do Eugênio Vilaça, que, pra mim, não poderia se aplicar aqui, porque a gente não tem uma cobertura, como tem em cidades do sul. (TSF2E)

...foi alguns treinamentos com relação ao protocolo de Manchester, a história da avaliação, classificação de risco, aí foi feita toda aquela questão do Eugênio Vilaça, o treinamento pra questão das doenças crônicas, [...] foi uma coisa que ficou muito assim, no campo teórico e na prática não foi bem como deveria ter sido (TSF4D)

... aquelas mudanças de fluxograma de atendimento baseadas naquela consultoria do Eugênio Vilaça. Foi caríssimo e para mim, ela não teve um êxito. Começou com uns modelos e esses modelos foram tentados harmonizar em todas as unidades. No entanto, eles não conseguem fiscalizar todas as unidades (TSF6E)

O modelo de atenção à saúde da população de Fortaleza, proposto no PMS 2014-2017, organiza-se como um duplo modelo, operado de acordo com o tipo de demanda, associada a uma condição aguda ou crônica. O modelo de atenção às condições agudas, estruturado por meio do protocolo de Manchester, modelo de triagem de risco utilizado na Rede de Atenção às Urgências e Emergências, busca identificar, no menor tempo possível, com base em sinais de alerta, a gravidade de uma pessoa em situação de urgência e emergência e definir o ponto de atenção adequado para aquela situação. Já o modelo de atenção às condições crônicas (MACC) estrutura-se em cinco níveis de intervenção: promoção da saúde, prevenção das condições de saúde, gestão da condição de saúde (Nível 3), gestão da condição de saúde (Nível 4) e gestão de caso e em três componentes integrados: população estratificada em subpopulações de risco; focos de intervenções de saúde e tipos de intervenções em saúde. (CEARÁ, 2017, p 33-34)

Atendendo ao diagnóstico de perfil de morbimortalidade de Fortaleza, as RAS selecionadas, pelo PMS 2014-2017, como prioritárias para implantação foram: a Rede de Atenção Materno Infantil (Rede Cegonha), a Rede de Atenção em Urgência e Emergência; a Rede de Atenção às Condições Crônicas (Diabetes, Hipertensão,

DST/HIV/Hepatites Virais, Câncer de Mama e Colo) e a Rede Psicossocial. (CEARÁ, 2017, p. 35)

Os elementos organizativos e de base teórico-metodológica do modelo de atenção propostos pelo PMS 2014-2017, contudo, não podem ser analisados dissociados de outras ações/decisões políticas que tiveram repercussão decisiva na estrutura e dinâmica da atenção à saúde na APS do município.

A Secretaria Municipal da Saúde de Fortaleza, em conjunto com a implantação do modelo de atenção, executou a partir de 2013, de acordo com o PMS 2014-2017, uma política chamada Plano Diretor de Fortalecimento da Atenção Primária contemplando ações de melhoria estrutural das unidades, nos processos de trabalho das equipes e no monitoramento e avaliação dos resultados. Em relação às ações de melhoria na estrutura das unidades de saúde, se propunha a aumentar a cobertura de equipes completas da Estratégia Saúde da Família (ESF); a construir, reformar e/ou ampliar unidades de atenção primária à saúde – UAPS; a adquirir mobiliário e equipamentos médicos e odontológicos; a implantar um sistema de Prontuário Eletrônico, Cartão SUS e ponto eletrônico para os profissionais, além de um sistema de videomonitoramento; a implantar o núcleo de atendimento ao cliente (NAC), postos de coletas de exames e a lista padronizada de medicamentos da APS. (CEARÁ, 2017, p. 35-36)

Outras políticas de saúde foram adotadas pelo governo, também em 2013, com impactos sobre a APS, como a ampliação/extensão do horário de funcionamento das UAPS para turno de 7 às 19 horas e a redução/readequação da jornada semanal de trabalho das eSF de 40 para 32 horas semanais como decorrência da reivindicação dos trabalhadores da ESF por reposição das perdas salariais.

A análise dos dados colhidos neste estudo aponta que a descaracterização dos princípios e objetivos centrais da Estratégia de Saúde da Família (ESF) seja um dos principais efeitos da política de centralização da oferta de ações e serviços de saúde na atenção à demanda espontânea, ou seja, de “upanização” da APS. Tal concepção se baseia na percepção de que com a aplicação desta política, a ESF, compreendida como estratégia de atenção da APS, afasta-se daquilo que a literatura internacional designa como eixos estruturantes deste nível de atenção, no caso, os chamados atributos essenciais: atenção de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado e atributos derivados: orientação familiar e comunitária e competência cultural (STARFIELD, 2002).

Além disso, este afastamento é percebido pelo conjunto dos entrevistados como uma grave ameaça à própria continuidade da ESF como política assistencial prioritária do município de Fortaleza e representa, em consequência, um poderoso obstáculo à consolidação da APS como estratégia organizativa do sistema de atenção à saúde como determinava o PMS 2014-2017.

O uso da expressão “upanização”, em parte, se deve à compreensão de que uma política de atenção à saúde conformada centralmente para a assistência prioritária à eventos agudos e/ou crônicos agudizados, componentes amplamente majoritários da demanda espontânea diária das unidades de saúde, assume características coincidentes com as diretrizes do programa de Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h). Mas é tributária também de percepções como estas...

... queriam pegar um sistema como a UPA e colocar aqui nos postos de saúde. (CL3)

... quando chega, você tá praticamente dentro de uma UPA. Eles dizem uma “upinha”. Porque é atendimento demanda espontânea. (CMT1)

São necessárias duas considerações prévias, antes de continuarmos. A primeira é que caracterizamos o processo de “upanização” do modelo de atenção da APS de Fortaleza como um processo essencialmente político com repercussões óbvias de caráter gerencial e, principalmente assistencial, como podemos avaliar em intervenções como estas que buscam justificar a decisão política tomada pelo governo.

... porque, na verdade, a Atenção Primária: o foco principal dela é a promoção da saúde, é a prevenção das doenças. Mas, infelizmente, nós temos uma parcela importante da população que está adoecida. (GM)

A segunda é que este processo de “upanização”, além de internamente expressar-se em diferentes níveis político-social, gerencial e assistencial, é também produto da interrelação do modelo de atenção com o conjunto das políticas implementadas pelo governo, no período, aí incluídos o modelo de gestão e as mudanças estruturais realizadas na APS do município.

A percepção desse processo de “upanização” da APS como ameaça concreta à ESF está presente, em graus variados, no discurso de todos os grupos entrevistados. Em algumas intervenções sob a forma do acrônimo DESP (demanda

espontânea), termo amplamente utilizado para designar as ações de atenção aos eventos agudos e crônico-agudizados.

A [política] mais importante, eu acho, a criação da DESP que é o acolhimento, né. Que é aquela demanda espontânea, que, na realidade, seria uma emergência no posto. (TSF4E)

... faz-se uma escala de DESP e os problemas de saúde, que são gigantescos estão lá. [...] em termos de saúde, houve um retrocesso muito grande. (CMT1)

Em outras intervenções como estas de gestores de saúde, a ameaça à ESF expressa-se por meio do processo de acolhimento da demanda espontânea, fragmentado, isolado e disposto em posição antagônica pela política de “upanização” do modelo de atenção.

... acabou diminuindo alguns programas da Estratégia de Saúde da Família pra aumentar o número de acolhimento. Realmente não tem aquela concentração total na Estratégia, né? Não deixou de existir. Existe. Mas, acredito que ficou um pouco sobrecarregado com o acolhimento. (GL2)

Existe aquele viés lá do Programa Saúde da Família que tava sendo desestruturado, com a questão do acolhimento. De fato, é bem sofrível pros profissionais que tão ali na ponta. Sobretudo, em unidades que têm uma demanda grande, como nós. (GL5)

... uma das grandes dificuldades que a gente enfrentou foi a implantação do acolhimento [...] a gente acabou sobrecarregando essas equipes, colocando muitas horas destinadas ao acolhimento. Ficando poucas horas para as condições crônicas. (GR5)

Alguns conselheiros de saúde expressaram em suas intervenções que a desconstrução da ESF já se apresenta como experiência presente e apontaram a incompatibilidade entre o modelo de atenção praticado nas UPA e o modelo que deve ser praticado pelas eSF nas UAPS.

Eu acho que o modelo mesmo de Estratégia de Saúde da Família ele foi totalmente desfeito dentro de Fortaleza. [...] tem várias dificuldades de ver aquele programa de visitas domiciliares, de ver aquela situação de visita domiciliar a acamados, de vacina, do dia-a-dia do agente de saúde também nas comunidades, né, a gente vê muitas dificuldades. (CMU3)

O sistema da UPA, o paciente vai e é atendido e ali termina o vínculo [...]. Já o Saúde da Família é diferente. A pessoa vem na unidade de saúde, ela é atendida e o atendimento é continuado na residência da pessoa, através do Saúde da Família. (CL3)

É no grupo de trabalhadores de saúde, entretanto, que os efeitos do novo modelo de atenção adotado pelo município, no sentido da ameaça à ESF, parecem ter sido sentidos de forma mais profunda.

... a principal mudança, dentro da Atenção Primária, foi esse modelo de atenção à população. Um modelo que desconfigurou, um pouco a atenção primária, no sentido em que as equipes se desconstruíram (TSF6E)

... o grande impacto foi esse. Ficamos meio que reféns mesmo do atendimento quase que de pronto-atendimento, de uma forma geral. Isso, fazendo valer tanto pra parte médica, odontológica e da área da enfermagem. (TSF2D)

... ele [prefeito] mexeu totalmente com a Atenção Primária, né? Em relação a colocar o acolhimento da maneira que foi colocado teve uma perda muito grande onde um trabalhador, simplesmente, perdeu todo o vínculo com a comunidade. Por quê? porque deu prioridade à demanda espontânea. (TSF1E)

O processo de “upanização” da APS afetou centralmente o processo de trabalho das eSF, de modo que, a realização de diversas ações preventivas e de promoção e dos programas prioritários da ESF ficaram impossibilitados de ser realizados.

... fica impossível a gente cobrir aqueles mesmos pacientes de TB, mesmo tanto de pré-natal, acompanhamento das crianças, se você tem que atender agora com metade da sua agenda na demanda espontânea. Que seria a emergência. (TSF4E)

Para os gestores, além da centralidade da demanda espontânea, outras decisões políticas também tiveram importância na conformação do modelo de atenção do município, como, por exemplo, a ampliação do horário de funcionamento das UAPS.

... a população ganhou com relação aos horários que foi estendido, né, que antigamente não tinha, não tinha essa mesma escala que é de 7 às 7 [horas]. (GL2)

... começou pela mudança de horário nas unidades básicas de saúde. É, uma unidade de saúde que funcionava de segunda à sexta-feira, de 8 às 17 horas, passou a funcionar de segunda à sexta-feira, de 7 às 19 [horas]. Então, todo mundo teve que se readequar a esse horário. (GR1)

Para muitos deste grupo, a ampliação do horário foi percebida como decisão política determinante para a ampliação do acesso da população aos serviços de saúde.

E quando o prefeito colocou o atendimento em 12 horas. 7 horas da manhã até às 19 horas. Eu acho que aumentou-se mais a possibilidade das pessoas poderem conseguirem consultas. (GR3)

... acredito que houve uma melhora, né? Assim, no geral, né. Pela questão do acesso, realmente, essa questão da ampliação do horário. (GL4)

O funcionamento das unidades de 7 às 19 horas, também, foi no governo dele. Então, isso, realmente, é o que deu mais assim, acessibilidade à

população, que está tendo acesso às unidades, por conta do trabalho, porque muita gente trabalha, nesse período, até 17 horas. (GR4)

Contudo, também entre os gestores há uma percepção de grave prejuízo à ESF quando se observa, de forma conjunta e articulada, a ampliação do horário de funcionamento com outras políticas adotadas pelo município para conformação do modelo de atenção centrado na demanda espontânea...

... afetou mais foi a questão da ampliação do horário de 7 às 19 [horas], né? Ampliou o horário de atendimento continuando praticamente com o mesmo número de equipes e ainda veio a questão da demanda espontânea, né, a famosa DESP. Que aí a gente teve que dividir o horário dos profissionais entre a demanda espontânea e a demanda programada. Eu vejo muito nas falas dos profissionais que assim: ah, a parte do PSF ficou prejudicada (GL4)

Outra política componente do modelo de atenção do município bem avaliada pelos gestores foi a ampliação das medidas de controle sobre a jornada de trabalho dos trabalhadores da saúde.

Essa questão da instalação do ponto [eletrônico] eu acho que ajudou bastante. Não é? Que acabou a gente conseguindo com que os profissionais ficassem o maior tempo possível na sua carga horária (GL6)

... a questão da instalação do ponto eletrônico [...] pra parte gerencial do planejamento isso também foi um ganho. (GL4)

... os profissionais tiveram outra visão do processo de trabalho foi quando foi cobrada a presença do profissional naqueles horários que eles não estavam na unidade. (GL1)

O aprofundamento do controle da jornada de trabalho é parte da política de controle do trabalho na saúde, central para o modelo de atenção à saúde implementado no município de Fortaleza. Tal política passa por diversos níveis que vão desde o controle micropolítico dos atos do processo de trabalho das equipes, até processos macropolíticos de ampliação do processo de precarização das relações e condições de trabalho...

... houve uma parametrização de agendas. O que é a parametrização? É a definição de horário de tempo para atender determinados critérios. O pré-natal tem um tempo. O planejamento familiar tem um tempo. A demanda espontânea tem outro tempo. (GR1)

Eu parametrizava minha agenda todinha. A minha equipe. Olha: eu tenho 3 mil pessoas na minha área. Dessas 3 mil, ela me dava a probabilidade de quantos hipertensos eu tinha, quantos diabéticos, quantos pré-natais iam surgir, quantas crianças, quantas puericulturas eu teria que fazer. Eu tinha

que botar até meu mês de férias dentro desta parametrização. Para organizar a agenda. (TSF6E)

Esta discussão sobre precarização das condições e relações de trabalho que discutimos inicialmente no tópico anterior e voltaremos a refletir mais adiante no capítulo específico sobre o tema pode ser resgatada em intervenções que expõem a política de precarização do trabalho das equipes, expressa no processo de contratação de trabalhadores de saúde sem vínculo estável, por meio de seleções públicas, e suas consequências em termos de longitudinalidade do cuidado e ampliação do acesso.

... um agravante, digamos também, é a questão de concurso. Porque, antes, foi feito um concurso anterior e os profissionais permaneciam os mesmos com aquele vínculo com a comunidade. E depois que aconteceram os processos de seleção de profissionais. (GR1)

... de enfermeiras, nós tivemos seleção pública. Então, até hoje, não temos problemas com enfermeira, porque, a forma de contratação, ela é muito rápida. (GR3)

... a gente, às vezes, pensa que o acesso ficou melhor. [...], porém, [...] Nós não estamos sentindo esse impacto na ponta. [...] até por conta das equipes de Saúde da Família. Porque como não teve concurso, não se colocou mais profissionais, a gente só aumentou a população. (CL5)

... a seleção pública. Não é correto. Pelo menos para o Programa Saúde da Família não é viável. [...] Porque o concurso público traz o elo do paciente com o médico. (CL6)

Em um contexto social e político de extrema precarização do trabalho, esta política de atenção à saúde do município acabou contribuindo para o agravamento do quadro estrutural de redução do número de trabalhadores médicos na composição das equipes de Saúde da Família (eSF), com impactos óbvios sobre a cobertura de saúde da população e a qualidade da atenção da APS do município. Na regional III, “experiência-modelo” de implantação do modelo de atenção, por exemplo, podem ser percebidos os efeitos desta situação...

... saímos de uma cobertura da regional III que era, em 2013, uns 25-26% pra 62%, no ano de 2016. Já, no ano de 2017, na segunda gestão do prefeito, nós caímos até o ponto de hoje, em que a nossa cobertura, ela tá, em torno, de 30% de cobertura. (GR3)

O elemento estrutural da carência de trabalhadores médicos é percebido, pelo conjunto dos entrevistados, de forma associada ao processo de precarização das relações trabalhistas.

... pela falta de médicos nas unidades, tem muitos médicos que não querem contrato pela prefeitura, que não tem garantias nenhuma. [...] que tá preferindo ficar no interior. (CMT2)

... a gente tá com pouco médico a um bom tempo, né? eu acho que a gente teve mais médico na época da... Luizianne, que na época dele. Porque a minha equipe é sem médico. Sempre sem médico. (TSF3E)

A gente tá com um problema muito grande na falta de médico, até na contratação que a gente tá procurando médico por RPA e não tem pra contratar. (GR4)

Para os conselheiros de saúde há clara contradição em uma política de ampliação do horário de funcionamento sem a contratação de mais trabalhadores de saúde.

O horário também, eu não acho muito correto, apesar do posto ficar até às 7 horas [da noite] aberto, eu acredito que deveria ter mais profissionais pra gente manter esse horário (CL6)

Esta decisão política de ampliação de ampliação do horário de funcionamento das UAPS para turnos ininterruptos de 7 às 19 horas, também foi percebida de forma contraditória pelos gestores quando, por exemplo, são expostos os vários impactos negativos sobre o trabalho das equipes de Saúde da Família, especialmente, sobre o acesso da população aos programas e ações da ESF.

... a questão da extensão era uma coisa bacana pro usuário. Depois das 17 horas ter acessibilidade ao usuário. Mas, pro serviço, pro programa, pra Estratégia complicou um pouco. Porque a gente sacrificou horas preciosas de hipertensos e diabéticos, de puericultura, por exemplo. (GL5)

... esse horário que a gente conseguiu ampliar de 7 às 19 horas, que acabou dificultando em relação à Estratégia de Saúde da Família. Diminuiu mais o vínculo. A comunidade, no seu território com os membros da equipe, eles começaram a vir muito para os eventos agudos. (GL6)

... a gente percebe que nos horários que são estendidos de 17 até às 19 horas, por exemplo, o fluxo dentro da unidade de saúde é bem menor do que o fluxo natural dos outros horários. (GR1)

... os médicos falam que perdeu muito o sentido de PSF. Porque eles não têm mais tanto tempo de fazer PSF, né? Agora, com esse horário estendido. (GL3)

A percepção da contradição entre a ampliação do horário de funcionamento das UAPS desacompanhada da necessária ampliação do número de trabalhadores/equipes de saúde, levantada pelos conselheiros de saúde, fica ainda mais clara quando se percebe, que, na realidade, houve redução do número de equipes de Saúde da Família completas, em razão, principalmente, da redução do

número de médicos nos quadros de servidores do município, de acordo com depoimentos dos próprios gestores.

... hoje, nós temos algumas equipes muitas delas incompletas [...] quando eu cheguei aqui em 2013, nós tínhamos, 56 equipes completas. Hoje, nós temos 80 equipes de Saúde da Família, mas só 43 estão completas, com médicos. (GR3)

Do ponto de vista dos trabalhadores, o processo de “upanização” da APS, teve importante papel mistificador da realidade dos serviços de saúde do município. A impressão de ampliação do acesso nas UAPS, por conta da extensão do horário de funcionamento das unidades encobria, na realidade, uma queda quantitativa e qualitativa da atenção promovida pela ESF municipal, visto que o centro das práticas de atenção das equipes foi direcionado para serviços de pronto-atendimento no processo de acolhimento da demanda espontânea.

... a gente sabe também que pega área descoberta, né? dá mais acesso à saúde da população. Essa parte é boa, mas colocar os profissionais do PSF pra fazer demanda espontânea de manhã e de tarde, tirou boa parte dos atendimentos. (TSF4E)

A percepção majoritária desse grupo é que a estratégica tarefa de acolhimento, colocada sob total responsabilidade dos trabalhadores de enfermagem, além de sobrecarregar esses trabalhadores, foi transformada em processo de triagem de pacientes, adotando características do modelo hospitalar de atendimento a urgências.

Eles acham que o acesso melhorou. Mas, ficou muito naquela questão queixa-conduta. E os pacientes, os grupos não têm mais a mesma adesão. Porque os hipertensos não querem, por exemplo, vir no seu dia. Querem vir renovar receita na DESP. (TSF4E)

... pode ter ampliado acesso a consulta, mas não ampliou o acesso a um atendimento de qualidade [...] numa consulta de emergência, você não pode pedir exame tal. São consultas que é pra demorar no máximo 15, 10 minutos. É previsto 10 minutos pra cada consulta dessa. Então, tipo assim: o paciente acaba não sendo bem atendido. (TSF2E)

... hoje, a gente tem uma demanda espontânea de Fortaleza inteira. As pessoas já não querem mais participar da rotina da equipe. Elas não querem pré-agendar uma consulta de acompanhamento. Elas querem vir, ser atendidas. (TSF4D)

Além disso, em um contexto de carência de médicos nas equipes, para os trabalhadores de saúde, a política de ampliação do horário de funcionamento das

UAPS acabou sendo geradora de recorrentes frustrações e insatisfações dos usuários, bem como, de episódios de violência contra os trabalhadores, principalmente contra as mulheres trabalhadoras de enfermagem, em razão da distância entre a propaganda governamental e a realidade material das UAPS.

... se criou uma perspectiva de uma coisa surreal. Que é um posto aberto de 7 às 7 [horas] e que tem médico direto. Aí, isso, quando a população chega aqui e vê que não é aquilo que se espera: frustra e ela agride a gente. É isso que acontece sempre. (TSF3E)

Outra política adotada pela prefeitura, vista como relevante pelos gestores de saúde na determinação do modelo de atenção foi a redução/readequação da carga horária das equipes de Saúde da Família de 40 horas para 32 horas semanais. Esta decisão, tomada pelo governo diante das reivindicações dos trabalhadores por reposição de perdas salariais, ainda em 2013, é resgatada, em muitas das falas dos gestores, como responsável por retrocessos na assistência.

... ainda teve a questão da redução da carga horária dos profissionais que antes era 40 horas assistenciais e, hoje, só são 32 horas. Aí juntando tudo isso aí complicou. (GL4)

... readequação da carga horária [semanal] pra 32 horas e 8 horas de educação permanente. Infelizmente não é cumprida essas 8 horas, mas de qualquer forma se tirou da assistência. (GR1)

Um outro elemento importante, extraído das falas, teve relação com os métodos, com as relações estabelecidas no processo de implantação e execução da política de atenção à saúde na APS.

A implantação desse novo modelo foi vertical. Não houve uma conversa: “vamos fazer isso”. Veio uma assessoria, de fora, implantar um modelo de atenção. (CMT1)

Eu não considerei que houve diálogo. Se houve algum diálogo foram entre os poderes de decisão, tipo assim: entre eles, a nível de secretaria. Porque é uma coisa que foi descendo. Foi bem assim, de cima pra baixo. Pra mim, não houve diálogo. (TSF2E)

... quando começou a DESP que veio de cima pra baixo, inclusive, a questão do horário, né. [...] esse horário de você descer e ficar no noturno foi “goela abaixo”, como se diz. Sem negociação. (TSF4E)

Analisando especificamente as mudanças no processo de trabalho das eSF e seus efeitos sobre a atenção oferecida pela ESF, foram levantados diversos

impactos do processo de “urbanização” da APS, em razão da mudança no perfil das ações da ESF, de ações integrais, preventivas e curativas, para as necessidades imediatas individuais.

A começar pela desorganização das rotinas das equipes e dos fluxos de acesso da população aos serviços que acabam provocando, muitas vezes, inviabilização da atenção às demandas crônicas. Uma expressão dessa situação está nos depoimentos que ressaltam as dificuldades de adesão dos grupos prioritários às atividades programáticas em razão da limitação da assistência ao processo de renovação de receitas.

... um hipertenso e diabético, ele em vez de ir pra consulta marcada ou procurar agendar a consulta, ele vai pro acolhimento, pra renovar receita. Então, pra população é ruim. Pro médico também é desgastante. (CMT2)

Bem como naqueles que demonstram mudanças nas relações estabelecidas entre equipe e comunidade em razão da desvalorização das consultas eletivas em oposição ao pronto-atendimento...

... criou o mau hábito, do usuário, de não fazer seu agendamento porque conta que tem a DESP [...] ele deixa pra vim na emergência e não faz o agendamento e aí isso atrapalha, porque aí o profissional não quer atender. (CL4)

Contudo, o principal impacto deste conjunto de decisões políticas e seus efeitos interrelacionados sobre a atenção à saúde da população se dá, conforme vemos nos depoimentos abaixo, no rebaixamento da qualidade da atenção em razão, principalmente, da redução das ações programáticas e de prevenção e promoção, conforme demonstram os indicadores de saúde.

... o que eu acho que pode ser que tenha impactado a questão dos indicadores é isso que eu já te falei: a questão da ampliação do horário, a questão da redução das horas assistenciais dos profissionais e a questão da DESP. [...] sobra [somente] 20 horas pra demanda programada. Hipertenso, diabético, gestante, criança, visita domiciliar e por aí vai. A parte coletiva que a gente tem que tá fortalecendo. Então... isso aí, complicou um pouco (GL4)

... a gente assim ficou sem programas que a gente fazia, como visita domiciliar que agora é só uma vez por mês, quando tem [...] a visita da puerpera até uma semana dos recém-nascidos, pra ver a situação domiciliar, a questão de higiene. (CMT2)

Tal queda na qualidade da atenção representa grave ameaça à saúde da população que necessita dessas ações, principalmente crianças, mulheres gestantes, puérperas e idosos portadores de problemas crônicos.

... hoje, eles colocam pra primeira consulta com 10 dias, que o bebê vá no posto. [...] tá se maquiando um acompanhamento, realmente, sério. Porque, se você vai na residência, você tá vendo toda a abrangência, né, questão de saneamento, questão de higiene, como que tá a família recebendo a criança. (CMT2)

... a gente tem sentido alguns impactos negativos, alguns dados, inclusive, do ano passado, não foram positivos em relação a mortalidade infantil. [...] enquanto profissional do PSF, da estratégia, com os colegas, o que a gente pensa assim, é que, de fato, a gente diminuiu um pouco mais o acesso à questão do programa em si, né. (GL5)

Porque a gente tá atendendo paciente, em vez da gente ter um tempo de atender os crônicos, a gente não tem tempo pra atender os crônicos, aí eles vêm agudizados pra o acolhimento. (TSF2E)

Por fim, um outro importante impacto se deu sob a forma de adoecimento dos trabalhadores em razão da sobrecarga de trabalho das equipes de saúde. Tal nível de adoecimento dos trabalhadores, principalmente enfermeiros, parece associado à ampliação da responsabilidade sanitária das eSF, da população adscrita à unidade, para o conjunto da população do município.

... pros trabalhadores é muito desgaste, principalmente, pra classe dos enfermeiros. [...] tudo é direcionado pra enfermeira que tá no acolhimento. Tá acontecendo adoecimento. (CMT2)

Do ponto de vista gerencial, a síntese dos grupos de conselheiros, gestores e trabalhadores apontou que o centro das políticas gerenciais da APS estava voltado à estruturação de um modelo de atenção centrado na demanda espontânea com base, principalmente, na inserção de discursos e práticas de gerenciamento privado na gestão da APS. O centro desses discursos e práticas é a gestão do processo de trabalho das eSF adotado pelo município, com a inserção de instrumentos de controle informatizados, métodos e técnicas “gerencialistas” e de discurso ideológico fundado na noção de eficiência.

... eu acho muito similar ao setor privado realmente hoje. [...] houve muita modificação realmente na forma de cobrança, de o próprio sistema que foi uma modificação, o sistema integrado. [...] antigamente, não era sistema informatizado. (GL2)

... a gente consegue melhores indicadores da população quando a gente consegue ter uma gestão eficiente. Então assim: a gente sempre precisa buscar eficiência. (GM)

Tal modelo de atenção, responsável pelo que chamamos de “urbanização da APS” e cujas bases conceituais e técnico-metodológicas foram apresentadas e estruturadas por consultoria contratada pelo município, como vimos anteriormente, foi avaliado, pelos trabalhadores, como inadequado à realidade da APS de Fortaleza em razão do distanciamento entre a proposta e a realidade do município.

Ele fez um fluxograma onde estava fora da nossa realidade. Onde, simplesmente, foi de cima para baixo, [sendo] que era pra ter sido ao contrário, ou seja, ter falado com os profissionais que estão na ponta. [...] hoje, nós somos obrigados a fazer um período só de demanda espontânea. (TSF1E)

Já foi alguns treinamentos com relação ao protocolo de Manchester, a história da avaliação, classificação de risco, aí foi feita toda aquela questão do Eugênio Vilaça, o treinamento pra questão das doenças crônicas, como ia ser a abordagem das doenças crônicas, né, a confecção das agendas, foi uma coisa que ficou muito assim, no campo teórico e na prática não foi bem como deveria ter sido. (TSF4D)

A percepção pelos trabalhadores desta distância entre um modelo apriorístico e a realidade material, ou seja, entre teoria e prática, é um dos elementos que possivelmente explique os limites do modelo de atenção implementado em Fortaleza.

...eles definiram o modelo que eles queriam trabalhar. Eles trouxeram como é que ia ser e disseram como a gente tinha que fazer, né. E foi feito. E aí, aos poucos, foram tentando entender como a coisa andou, mas meio que atropelado assim. (TSF4D)

Um outro elemento característico desse processo foi a natureza pouco dialógica e verticalizada da implantação do modelo de atenção que, em certo sentido, expressa como ficaram estabelecidas as relações de poder entre gestão e trabalhadores. As relações estabelecidas reforçam a caracterização de que estamos diante de um modelo em que há franca separação entre as instâncias de gestão e execução das ações, em que decisões gerenciais foram tomadas, muitas vezes, desconsiderando as posições e condições materiais dos trabalhadores e as práticas da ESF.

Uma sala para apoio de aleitamento materno. Mas, eles não perguntam aos profissionais daqui. Não. Inauguraram a sala e ainda vão mandar os

enfermeiros para capacitação. [...] Como? Se nem foi perguntado e questionado, nem vai vir um profissional específico. (TSF4E)

A implantação do modelo foi determinada, como deveria ser. [...] foram feitas reuniões com os profissionais, apenas, para definir escalas. (TSF4D)

Assumiu centralidade nesse modelo de gestão da atenção e do trabalho em saúde o uso de aparato tecnológico com base em sistemas informatizados integrados para controle do prontuário eletrônico, da agenda das equipes por meio da parametrização e controle da jornada de trabalho por meio do ponto eletrônico com o objetivo de organização com base em modelo empresarial de economia de escala.

... com os modelos de gestão: como parametrização das agendas, trabalhar com banco de horas, que são tudo, regimes que, geralmente, são usados no serviço privado, a gente observa que a gente começou a ofertar, a ampliar a oferta dos serviços. [...] Eu pude reconhecer quantos hipertensos, eu tenho no território, quantas gestantes. E eu pude redimensionar meu serviço baseado no público que me procura (GR6)

A gente tem um totem de avaliação aqui também. A gente verifica sistematicamente essa questão dos resultados. Não são os resultados que nós esperávamos. Infelizmente, não existe aquele reconhecimento. (GL5)

Além disso, foram estabelecidos processos gerenciais de planejamento e avaliação com uso de indicadores de saúde.

Sempre que necessário a gente faz avaliação. E a avaliação geralmente são de indicadores. Tanto que a gente faz avaliação de um indicador, depois faz o planejamento para uma estratégia. Depois a gente reavalia a estratégia para saber se deu tudo certo ou se não deu certo.(GR6)

... o que foi colocado pra gente no início foi que a gente ia passar por tudo isso e ia construir o Plano Gestor local da unidade. Pra quando o gestor chegasse na unidade, ele tivesse ali, a unidade nas mãos dele. Com dados fidedignos, todos os processos que tinham que ser feitos. (GL5)

As dificuldades de manuseio desses instrumentos de gestão são também demonstrativos de limites do modelo...

... o que eu mais sinto dificuldade hoje para poder trabalhar com atenção primária é trabalhar com os indicadores. Porque a gente não consegue ter a visão do território da forma como as coisas aconteciam antes. (GR1)

Em conformidade com o discurso “gerencialista” de estímulo ao mérito pessoal e à qualificação eminentemente técnica dos gestores, o governo realizou mudanças nos critérios de seleção e investimentos no processo formativo dos novos gestores.

... uma seleção com uma educação permanente dos gestores, coordenadores de unidades. [...] uma equipe técnica, não mais uma equipe compartimentada politicamente [...] A mesma coisa para os diretores executivos de hospitais, que foi feito também um processo seletivo e a questão da educação permanente [...] o MBA de gestão que tá sendo ofertado também para os nossos coordenadores. (CMG)

... os gerentes que hoje fazem parte do serviço de Fortaleza, todos passaram por processo seletivo. Então, hoje, se você for comparar, as empresas privadas, para você ser contratado por empresa privada, você passa por processos seletivos, onde é analisado currículo, especialização, experiência. Antigamente, o serviço público não tinha essa característica. (GR6)

Tais investimentos, no entanto, não foram suficientes ao que parece para qualificar o processo de gestão participativa que está na base do SUS. Ao contrário, algumas intervenções expõem um processo de fragilização do modelo de gestão participativa, com burocratização da participação dos gestores nos espaços de controle social e co-gestão das política de saúde, dificuldades de acesso a informações e limitação do poder político dos gestores locais em razão da predominância de processos de gestão verticalizados, como podemos observar nos diálogos abaixo.

A gestão participa apenas, participando da reunião local. *Há discussão sobre metas, a serem cumpridas?* Não. Não houve. Pelo menos nessa minha participação, não houve.” (CL4)

Qual o nível de participação da gestão no Conselho Municipal? Tem um representante. Não é a própria secretária. [...] eu acho que ela deveria acompanhar isso mais perto, eu acho que isso tem um caráter, dá um caráter mais de importância. (CMT1)

A análise de nível assistencial expõe o conjunto dos impactos sobre o trabalho das eSF decorrentes do modelo de atenção do município, caracterizado pela “upanização” da APS, com mais detalhes. O diálogo-confronto das sínteses dos grupos demonstrou que o modelo de atenção centrado hegemonicamente na demanda espontânea, ao limitar ou bloquear as ações de promoção e prevenção e os programas prioritários realizados pelas eSF, efetivamente, ameaça a continuidade da ESF no município.

... morreu o trabalho das equipes de Saúde da Família. Com essas mudanças, né, nessa gestão, principalmente, o acolhimento, o PSF não existe, praticamente. Ele não existe. [...] os programas, eles continuaram. Só que, com pouco tempo, pra você exercê-los. [...] você não vê o idoso. Você não vê adolescente. Você não vê entendeu? [...] E o acolhimento é o carro chefe. Né? Então, cadê o PSF? Cadê a prevenção e a promoção? [...] o que eu acho que mais sofreu foi a questão da educação e a questão do vínculo com a comunidade (TSF5E)

O que eu acho que afetou um pouco o trabalho das equipes é a questão da DESP na unidade de saúde, porque tirou o profissional da equipe pra atender a demanda espontânea. (CL4)

... por que que eu coloco tanto a demanda espontânea? porque ela impactou, exatamente, no atendimento da demanda programada. Certo? impactou como? uma gestante se sentir alguma coisa, ela não vai procurar a sua equipe, ela vai procurar o acolhimento. (TSF1E)

... tem um posto aqui vizinho que tem duas equipes. Não tem programas. Os programas são atendidos na demanda espontânea.(TSF4E)

... o pessoal da enfermagem, da medicina, algumas áreas ficaram prejudicadas porque eles tinham que ter o profissional no pronto-atendimento sempre, né. O profissional, ao invés, de fazer um atendimento na área, uma educação em saúde, uma orientação pra organizar o grupo de idosos e gestantes. Ele passou a ficar mais preso a esse pronto atendimento. (TSF5D)

Você tem que ficar em uma demanda espontânea, aguardando que o paciente chegue aqui. Eu acho que não é essa a função da Atenção Primária. A Atenção Primária, ela tem que sair. Ela tem que ultrapassar os muros do posto e ir atrás de paciente e ir fazer as promoções lá fora. (TSF6E)

... eu tinha atendimento de grupos, atendimentos que eu saía daqui [...], e simplesmente, por causa dessa priorização [...]. Eu tinha que estar dentro do posto para atender a demanda espontânea que estava chegando. (TSF6M)

Com a adoção pelo governo do modelo de atenção em diversas intervenções dos entrevistados, há uma percepção coletiva de rebaixamento da qualidade da atenção. Em algumas, de forma contraditória, a responsabilidade pela queda na qualidade parece recair sobre os trabalhadores.

...nossa gestão, hoje, quer ver números, não qualidade. Então, o que interessa a ela é quantidade e não qualidade. [...] Em 15 minutos, 20 minutos, você tem que atender o paciente. Não importa, se aquele paciente requer mais tempo. Por exemplo, tem paciente aqui [...] de saúde mental, com tendência ao suicídio. Então, que a gente não pode atender 15 minutos. (TSF1E)

A gente não faz uma consulta de qualidade, uma boa assistência não. Com isso vêm né? Aumentando os índices de sífilis, tuberculose porque você não consegue dá conta. Você não tem mais tempo. Médico e enfermeiro hoje não têm mais tempo. [...] isso ocasionou, ao longo do tempo, um grande problema, né? Que aí vêm aumentando os índices. (TSF6E)

... os profissionais de saúde não estão qualificados para acolher a comunidade. (CL2)

Alguns depoimentos dos trabalhadores, ao exporem as reais condições de trabalho, deixam patente a precariedade estrutural a que as equipes estão expostas.

A prevenção, também, tá difícil, porque as escolas pra ir, tudo é uma dificuldade, [...] Antigamente, a gente tinha balança. Hoje em dia, a gente não

tem [...] eu preciso fazer avaliação antropométrica. E a balança está com defeito. Já liguei pra regional. A regional disse que não podia fazer nada. Que [eu] arranjasse uma balança. [...] as crianças vão ficar sem avaliação antropométrica. Ano passado, eu fiz. [...] eu atendo 80 crianças, dessas 80 crianças, eu acho, que tinha uns 6 com obesidade. E a gente encaminhou pro pediatra. Esse ano, a gente não vai ter essa avaliação. (TSF3E)

Tal precariedade de condições está na origem do adoecimento dos trabalhadores, especialmente, dos enfermeiros e enfermeiras que, por decisão do governo, assumiram uma responsabilidade, que deveria ser da eSF, pelo acolhimento da demanda espontânea.

... o acolhimento, né, entre aspas, uma triagem, ela começa desde o portão. A pessoa ali que recepciona. Pelo pessoal do NAC. Vai passar pelos técnicos pra vir pra gente. Então, todo mundo faz o acolhimento. Mas, todo mundo tem medo. Hoje em dia, chegou um ponto que todo mundo tem medo. Aí joga tudo pra pobre coitada da enfermeira resolver. (TSF3E)

Importante sublinhar que a ameaça à continuidade da ESF que nos referimos tem relação com a conformidade das ações das eSF com os eixos estruturantes da estratégia, ou seja, com seus atributos, conforme mencionamos anteriormente. Há claro reconhecimento pelos atores da importância das ações e programas da ESF para o território.

Que seria a Saúde da Família? Seria a prevenção. Eu não preciso estar aqui, chegando doente. (...) e eu preciso também dialogar com outras políticas para que se possa fazer a prevenção, a promoção da saúde. (CL5)

Embora a gente saiba que uma unidade de saúde centraliza as ações, todo mundo tem como referência. Mas nada como o PSF mesmo, de fato. Você fazendo aquelas visitas ali naquela comunidade. Você trabalhando naquele dia-a-dia, entendendo melhor, fortalecendo os vínculos. (GL5)

Entre as equipes de saúde bucal, os efeitos do modelo de atenção sobre as ações e programas também foram sentidos, principalmente, sob a forma de hegemonização das atividades clínicas, da atenção individual em detrimento das ações de promoção e prevenção.

Impactou na redução dessas atividades [de promoção e prevenção] porque a gente ficou preso a uma agenda que, novamente, veio de uma forma verticalizada e que o conjunto de horas trabalhadas e executadas, pra essa finalidade, ficaram muito restritas a atividade clínica, propriamente dita. (TSF2D)

A parte das ações coletivas também teve uma redução porque como a gente teria que dar mais conta das outras equipes, acabamos ficando mais tempo no equipamento odontológico e não tendo tempo pra ir para as ações coletivas. [...] a demanda espontânea, ela foi priorizada, né, aqueles eventos agudos em detrimento dos pacientes crônicos. Acabou que esses pacientes ficaram sem controle. (TSF3D)

Como vimos anteriormente, uma das características centrais deste modelo de atenção centrado na demanda espontânea, estruturado em Fortaleza, é a precarização das condições de trabalho das equipes. Tal precarização está fortemente associada à redução do número de eSF completas, principalmente, em razão da carência de trabalhadores médicos.

... nós temos 6 equipes e nós temos 2 médicos. Se nós tivéssemos, pelo menos 4 médicos, né, já dava uma grande melhorada porque esses 4 médicos davam pra dá um suporte nessas duas áreas descobertas. [...] São 24 mil, trezentos e alguma coisa [usuários], pra 2 médicos. Não tem a menor condição. O nosso problema da nossa saúde, hoje, se chama contratação de médicos. (GL3)

... porque é sobre-humano, você ter 10 mil [usuários], onde era pra ter 4 mil e eu ter um profissional pra atender 10 mil. (CL5)

... quando tava com as equipes completas, a gente já tinha o acolhimento da demanda espontânea feita por equipe. Cada enfermeiro acolhia os pacientes da sua equipe que vinham com demandas que não eram pré-agendadas e conseguiam ter espaço na agenda pra colocar o atendimento desses pacientes. Concomitantemente, faziam o pré-natal. Faziam o atendimento dos programas que a gente chama, né? que são os das doenças crônicas e pré-natal e tudo isso. E... conseguiam organizar. (TSF4D)

Tal condição de precarização das condições de trabalho, além da ameaça à vida e saúde dos trabalhadores, expõe os gravíssimos riscos à vida e à saúde da população do município que depende do SUS. Ações e programas fundamentais de APS como pré-natal, puericultura, hiperdia, visitas domiciliares a acamados, etc antes realizadas pelas eSF, deixaram de ser oferecidos à população em razão dessa condição.

... pré-natal, nós temos gestantes de alto risco que estão em áreas descobertas por médicos que elas não estão conseguindo encaminhamento para o alto risco. Essa mulher, ela tem pressa de ir pra o pré-natal de alto risco. Mas, a gente não tem como fazer porque não tem um médico pra prescrever. (GL3)

... nesse novo modelo a puericultura foi reduzida bastante, a carga horária pra ela. E algumas equipes que têm uma demanda muito grande de crianças, tá sofrendo bastante por não ter espaço na agenda pra colocar, né, e os pacientes, os crônicos, assim, eles ficaram pra, realmente, tipo assim: só renovação de receitas. (TSF4D)

... muitos processos aparecendo de visita domiciliar, de pacientes que passam um ano e você não consegue ver, porque teve redução do carro também [...] o maior prejuízo foi em relação aos programas. Que eles continuam cobrando. Estão vendo que os índices estão subindo e, nós, não temos como dá conta de tudo [...] pelo menos seis enfermeiros, nós temos garantidos. Então, dá pra fazer aí pré-natal, puericultura e exame de

prevenção. [...] hipertensão e diabetes fica meio que, aquele negócio, da demanda. Grupo, nem pensar. (TSF4E)

Da unidade aqui, em particular, quase que todos eles [os programas] foram desfeitos. Outros grupos mais segmentados como de diabetes e hipertensão, meio que acabou, de uma forma geral, mesmo. (TSF2D)

... eu não tenho conseguido fazer prevenção. Que antes, eu fazia prevenção do câncer do colo do útero. [...] grupo de gestante. A gente tenta fazer, mas o médico não sai da sala. O médico não vai para o grupo, para participar. [...] Eu continuo fazendo puericultura? Continuo, mas não tenho grupo, está certo? Eu continuo fazendo pré-natal? continuo fazendo pré-natal, mas eu não tenho grupo. Existe um grupo? Existe, mas é o do posto todo, não tem da minha unidade só. Eu fazia grupo de tabagismo? Fazia, mas não tá tendo mais. (TSF6M)

Assim como ações de clínica ampliada, como o matriciamento de saúde mental, por exemplo.

A gente tinha também o matriciamento de psiquiatria [...] Essa parte aí, não tem mais. Essa parte aí de psiquiatria acabou total. Nem no CAPS tem mais psiquiatra, quanto mais aqui. (TSF4D)

Um dos efeitos deste processo intenso de precarização das condições de trabalho e atenção à saúde da população do município é a perda dos vínculos.

Ninguém tem vinculação com a equipe. Um mês é um médico, outro mês é outro. Não tem aquele seguimento, sabe? Como tinha antes. (TSF4E)

Resta claro que a análise política do modelo de atenção de Fortaleza precisa levar em conta todos os elementos apresentados anteriormente, mas além disso precisa observar suas influências recíprocas e a dinâmica associada com outros elementos. Como vimos, a política neoliberal atendendo ao programa de ampliação do lucro capitalista, atua por meio da contenção de gastos públicos na saúde (assim como em outras políticas sociais) e da ampliação da capacidade de intervenção privada no setor e tem como um de seus fundamentos o aprofundamento da precarização das relações e condições de trabalho.

A decisão por uma organização da APS com centralidade na demanda espontânea atende aos fundamentos da política neoliberal. Tal decisão associada à outras, como a ampliação do horário de funcionamento das UAPS e pela carência de trabalhadores médicos no município, no caso de Fortaleza, acabou ampliando a sobrecarga de trabalho do conjunto dos trabalhadores das eSF, especialmente dos/das enfermeiras, promovendo a redução das ações programáticas e de promoção

e prevenção das equipes de saúde e influenciando no avanço hegemônico do caráter curativo da APS de Fortaleza.

4.3 A burocratização para controle político dos conselhos de saúde de Fortaleza

Uma outra expressão da dimensão político-organizativa dos serviços de saúde do município, no período, foi o aprofundamento do processo de fragilização dos conselhos e conferências de saúde, por meio, principalmente, de decisões e intervenções políticas do governo que contribuíram para ampliar o processo de burocratização e o risco de esterilização política desses espaços. O resultado mais visível desse processo foi o aumento da precarização das condições de participação e controle social dos atores sociais do SUS sobre as políticas de saúde do município.

... o Conselho de Saúde, pra mim, hoje, tá servindo mais como uma peça de enfeite. (CL3)

... as coisas da saúde a gente só sabe mais pela questão de mídia. Porque quando você chega aqui no Conselho, você não vê, você não escuta, você não tem nada. (CMU2)

Para compreender as relações envoltas nas dimensões propostas neste capítulo, é extremamente relevante resgatar e analisar as condições de participação e controle social no município no período por diversos motivos. Seja pela relevância política do papel da diretriz da participação da comunidade na luta para efetivação do SUS, a partir da Lei 8.142/90, que regulamentou as conferências de saúde e definiu o papel do conselho de saúde como instância colegiada do SUS em cada esfera de governo, seja pela importância central dos conselhos de saúde para o controle social do SUS, ao possibilitarem a participação da sociedade na construção, operação e gestão das políticas públicas de saúde, seja pela importância estratégica dos conselhos de saúde no processo de reorganização da atenção à saúde (SILVA *et al.*, 2012; OLIVEIRA; PINHEIRO, 2010).

Apesar da relevância do papel das conferências e conselhos de saúde no processo decisório de definição das políticas de saúde, vários são os desafios percebidos no que se refere à formação e ao aprofundamento da cultura política das instituições participativas da democracia brasileira. Segundo Duran (2015, p 98), no caso dos conselhos de saúde, alguns dos desafios enfrentados no sentido da sua legitimidade, estão associados à “falta de definição clara sobre o papel social e político

das diversas representações conselheiras, a relação de indução política dos gestores e a tendência à burocratização do controle social”.

Tais desafios, como veremos, estão presentes também no caso dos conselhos de saúde de Fortaleza, sendo que, parece pesar como determinação destes, tanto os aspectos sócio-históricos relacionados à situação política da classe trabalhadora e da condição política e estrutural destes espaços de participação caracterizadas pelo avanço institucional e diminuição da capacidade de atuação dos movimentos sociais quanto, a política adotada pelo governo municipal que aprofundou as indefinições ou equívocos sobre o “papel social e político” dos conselhos de saúde e de suas representações, desestruturou ações e políticas efetivas de participação reconhecidas pelos trabalhadores e conselheiros como as rodas de gestão e estimulou os processos de burocratização do controle social.

Entre os conselheiros, apesar da valorização do papel de controle das políticas e ações de saúde e do reconhecimento dos espaços dos conselhos de saúde como espaços potenciais para o processo de organização e mobilização política em defesa de direitos sociais, há percepção, também, de que este papel de controle se dá, muitas vezes, em sentido contrário, ou seja, por meio da contenção das reivindicações e mobilizações populares.

Como é que o Conselho vai fazer esse diálogo? É organizando a comunidade, fazendo abaixo-assinado, dialogando com a comunidade. (CL5)

... pior, que a gente não tem, né [instrumentos de controle]. A gente se vira nos trinta ou nos dez. Do jeito que dá. E a gente tenta, infelizmente, camuflar coisas e andar, né, do jeito que dá. (CL2)

... a gente tinha formações para conselheiro. A gente tinha a fala dentro da comunidade. Porque o conselheiro não é pra ir lá só amenizar uma situação. Só dialogar quando a coisa tá crítica (CL5)

Entre os gestores, as percepções sobre os papéis dos conselhos de saúde se dão também a partir de alguns elementos contraditórios. Há, por exemplo, uma retórica recorrente de reconhecimento da importância dessas instâncias para o SUS, ao mesmo tempo em que é forte o discurso de que conselheiros não cumprem determinado “papel” social e político ou não têm compreensão dos limites de seus supostos papéis.

Acho que o meu papel é estar motivando para que eles se fortaleçam porque toda vida que eles vão buscar algo: eles estão buscando para a nossa unidade. (GL6)

Tem aquela cobrança do controle social mesmo, mas em alguns integrantes, a gente percebe que não entendem muito bem o que é o conselho, qual o papel do conselheiro. Acha que é só ter prioridade na fila da farmácia, na marcação da consulta. (GL5)

... a gente também observa uma fragilidade e uma incipiência dos próprios conselheiros de saúde, em entender, até onde eles podem participar. Então, eles não têm essa compreensão e, por não terem essa compreensão, a unidade também, na personificação do gestor, ele acaba não agregando. (GR5)

Em alguns casos, essa noção de papel aparece associada a algum tipo de representação formal em reuniões do conselho, ou seja, como representação burocrática.

... acho que o conselho deveria se ater mais a questão dos monitoramentos, que eu acho que é o que fortifica muito a questão do conselho. (GR2)

... tenho a impressão que diminuiu-se muito a participação dos conselhos nas unidades. Eles não faziam o que a gente se propunha a fazer enquanto conselheiro, né? De ter participação em reunião, atas e, também, em regional. (GR3)

Contudo, é nas percepções fundadas em concepções francamente equivocadas sobre atribuições e responsabilidades desses espaços, algumas delas previstas na própria legislação do SUS, que a caracterização de concepção politicamente rebaixada do governo sobre os conselhos fica mais evidente. Por exemplo, a percepção, de alguns gestores, de que o conselho de saúde deve apenas convalidar decisões tomadas pela gestão ou de que a atribuição de participação dos conselheiros no controle da política de saúde deve limitar-se a ser informado da decisão do governante.

A gente sabe que deve participar ao Conselho, [mas] não é nesse aspecto de escolha de modelo de gestão. O próprio Tribunal de Contas da União já deu um parecer dizendo que não há necessidade do Conselho aprovar. O Conselho tem que ser participado, mas a decisão é do gestor. [...] O Conselho, ele realmente valida a política. O Plano de Saúde está lá definindo a política de saúde, mas o modelo é uma prerrogativa da gestão em si. (GM)

Resta claro que diante de uma concepção limitada ou distorcida a respeito dos espaços de participação social, produto e efeito, de uma política municipal de gestão da saúde extremamente rebaixada em relação à diretriz da participação social do SUS, muitos reveses e desafios à participação serão levantados como veremos adiante. É importante considerar, antes de prosseguirmos, que os efeitos de tal

política são ampliados pelo contexto político mais amplo de avanço dos ataques sobre os direitos sociais e de recuo das lutas dos movimentos sociais...

A gente precisa melhorar nas formações das pessoas. Compreender toda essa política. Explicar que todos esses recursos que foram congelados, eles respingam agora em nós, com as situações que a gente agora não tem acesso à determinados médicos, à determinadas especialidades. (CL5)

A população tá tendo baixa participação em tudo. [...] eu comecei a perceber que não era só a gente. Você percebe de uma forma geral. (CMT1)

Analisando do ponto de vista de cada grupo pesquisado, percebe-se que em relação aos conselheiros de saúde há uma percepção clara do aumento da fragilização política dos conselhos e conferências de saúde derivado, em grande parte, do que afirmamos, ou seja, do aprofundamento do processo de burocratização destes espaços como produto de uma política deliberada de governo, bem como, pela situação política mais geral, de recuo nos processos de luta política dos movimentos sociais que, de conjunto, determinam condições precarizadas de participação e controle social das políticas de saúde do município.

... antes, para aprovar, era uma discussão muito profunda. A gente passava de semana dentro do Conselho, discutindo, porque não aceitava as propostas que vinha. Hoje não, [se] lê aquele relatório, na plenária do Conselho e aprova e pronto. Não se aprofunda na discussão. (CL6)

... o novo governo modificou esse sistema do orçamento participativo [...] ele fez uma seleção de quem vai falar. [...] isso tirou completamente, a questão da participação social. Eu acho que houve um retrocesso sim, nessa parte. (CL3)

A gente não vê muito essa efetividade dessa questão do que a gente decide em conferência ser colocado em Plano de Saúde. (CMU3)

Importante considerar, antes de continuarmos, que nossa caracterização de que estamos diante de uma política de governo, responsável pelo engessamento dos processos de participação e controle social, não exclui o caráter mais amplo, não apenas governamental, mas estatal desta política, como podemos observar na fala deste conselheiro em relação ao papel do Ministério Público...

... a gente tem, hoje, uma promotoria pública de saúde. Que trabalham mais como advogadas da gestão do que o papel delas de procuradora. [...] ela falou que a luz do fim do túnel seria as OS. Bom, ali, ela não era mais promotora. Ela estava sendo advogada da gestão. [...] Eu acho, hoje, que o Conselho de Saúde está abandonado, porque não tem mais a quem recorrer. (CL3)

A ampliação da precarização, segundo a percepção dos conselheiros de saúde, está associada a vários elementos estruturais e conjunturais da realidade dos espaços de participação e controle social. Um deles é a falta de autonomia financeira desses espaços para o efetivo controle social...

Pra gente é precário. O controle social pra se efetivar, [...] nós não temos a liberdade financeira. Que eu acho que o controle social que fiscaliza, que delibera políticas públicas, [...] que propõe políticas públicas para uma cidade que ela é a 5ª capital, nós teríamos que ter no mínimo a liberdade financeira pra gente andar sem tá com pires na mão. (CMU3)

Um outro elemento resgatado é a manutenção/aprofundamento de carências estruturais e de apoio técnico e financeiro para o acompanhamento e fiscalização das políticas e ações de saúde...

... é difícil porque a maioria dos conselheiros não têm, nós não temos expertise em todas as etapas, porque tem contábil, tem processual, tem n situações que é pra gente vê e a gente não vê. A gente cobra também da gestão, assessorias e a gente não conseguiu ainda. A gente cobra melhor condição dos conselhos. A gente não tem. (CMU3)

Falta carro, né, pra, de repente, fiscalizar. (CMT2)

Bem como a ausência ou os limites dos processos formativos de caráter técnico-político, reconhecida, inclusive pela representação da gestão municipal.

... eu até cobreí muito do regional, também do municipal, questão de capacitação. Que não fomos capacitados, né (CL4)

... É importante que todos os conselheiros sejam capacitados e seja uma capacitação permanente, porque cada vez que muda conselho, o certo era fazer já a capacitação. E isso não acontece no município de Fortaleza. (CL6)

... nós precisamos treinar o conselheiro. O conselheiro precisa aprender a ler o relatório de gestão [...] porque, quando você não conhece, você tem a tendência a criticar e dizer que tem uma coisa errada, porque você não sabe analisar [...] o Conselho Municipal tem que criar um mecanismo de educação permanente para os Conselhos Regionais com o acompanhamento do Municipal para os Conselhos Locais, nesse processo aí, senão a gente vai ter sempre dúvidas. (CMG)

E a desigualdade de condições de intervenção entre os conselheiros de saúde de diferentes segmentos representativos.

... eles [representantes da gestão] são livres, né, para ir para toda reunião. Para todas as reuniões do Conselho, das comissões e nós, como trabalhador

já fica mais difícil. Né? Porque é até questionado que vai muito pra reunião, né, e a gente é voluntário. (CMT2)

Tal caracterização não representa, naturalmente, posição unânime entre os conselheiros. Ela é atravessada por percepções antagônicas que traduzem um cenário contraditório das condições e relações de controle e que ampliam nossa compreensão da realidade.

Hoje é um conselho bem pulsante mesmo. Sempre foi, mas mais, porque eu acho que hoje, ele tem mais acesso (CMG)

Apesar da sensibilidade das percepções críticas advindas da experiência dos movimentos sociais de muitos conselheiros, várias dificuldades de manuseio de instrumentos de controle e cogestão como o Plano de Saúde, a Programação Anual de Saúde (PAS) e o Relatório Anual de Gestão (RAG) foram relatadas. A maioria delas como consequência das carências estruturais, ou seja, de processos formativos e de apoio técnico-político e financeiro relatados anteriormente.

... o Plano Municipal de Saúde para ser bem elaborado tem que ter uma política sabe? Intersectorial, vinculada aos outros órgãos do município. Isso ainda não é feito. Não é feito. (CMU1)

Você acha que os conselhos conseguem acompanhar o processo de controle com estes instrumentos (PAS e RAG)? Conseguem não. (CL6)

... discutia-se os relatórios de gestão. Ia para as comissões e as comissões iam pra o pleno. Mas, não se vê mais (CMU2)

... o que é que acontece muitas vezes? Esses relatórios de gestão chegam véspera de ser aprovado. [...] o debate é tudo de hora. (CMT1)

Tais condições objetivas geram um processo de engessamento político destes espaços que quando associadas a algumas políticas e ações de governo, são aprofundadas, ameaçando gerar um ambiente de esterilização política. Uma das expressões dessas políticas e ações é a prática verticalizada de gestão de se decidir previamente as políticas de saúde, sem a participação do conselho, e desconsiderar, em muitos momentos, decisões de conferências de saúde na construção dos planos de saúde.

O que se discute, nas conferências municipal, estadual e nacional, fica no papel. (CL6)

... o controle social, ele não participa dos planejamentos da saúde. Por quê? Porque, eu acho que pra eles, [...]. É coisa técnica, não é aquela coisa saída da população, do povo. [...] eles têm que achar que tem ser técnico. Só técnico, pra ninguém entender.[...] Chega o Plano Municipal de Saúde tudo

pronto pra ser aprovado. [...] aí como é que você pode ter controle? Não tem controle.(CMU2)

...ele [prefeito] deve ter feito alguma conferência, alguma reunião, algum seminário. Chamou outros gestores. Se espelhou em outras cidades. (CL2)

... a gente tenta participar dessas construções, é difícil, desses planos de saúde. Vem pra gente, já pronto, pra gente aprovar e a gente tenta, vê se tem alguma coisa de conferência. Tenta enxertar alguma coisa.(CMU3)

... o Plano Municipal de Saúde se tiver, uma ou duas coisinhas pontuáveis, porque o resto tudo é formatado pelo um seminário, pelo um encontro, pelo dois, três, quatro, cinco pessoas, que não são conselheiros. (CMU2)

Quando se trata do modelo de gestão híbrido público-privado, tais práticas são ainda mais evidentes como veremos com maior profundidade no próximo capítulo.

... porque eu acho que já veio pronta. Eu acho que o modelo já veio pronto. [...] As coisas vêm de cima. Elas não são conversadas, não são construídas juntos. Tem uma equipe pra pensar e dizer: olha, vamos fazer assim e chegou pra fazer. (CL4)

No Conselho [municipal]. As coisas aqui são colocadas de cima pra baixo. Quando uma organização social vai ser implantada aqui, a gente toma conhecimento, às vezes, pela mídia. (CMT1)

Além da percepção da tomada de decisão prévia, centralizada e hierarquizada, vários relatos de conselheiros resgatam denúncias de práticas de negociação de cúpula, manipulação de processos internos dos conselhos e conferências, esvaziamento das pautas e cooptação política de conselheiros que muitas vezes geram desconfiâncias mútuas nos processos de participação e controle social.

... é uma cooptação da gestão, de muitos conselheiros. É como eu tô lhe falando: não há uma liberdade de expressão. (CMT1)

Tem conselheiro mesmo eu sei que tem muitos conselheiros aí que fica calado, porque tem emprego e se falar, perde o emprego. (CL6)

A plenária toda foi contra as OS, mas aí o que acontece, o mesmo pleno que faz o Conselho Municipal de Saúde, que fez a conferência, se une ali e muda do dia pra noite o entendimento. (CL3)

... nem muitas coisas é repassado pro Conselho. Você tem que procurar, procurar da gestão.(CL4)

... os usuários, eu acho, não sei, de repente, não tão bem esclarecidos. Não sei de que forma eles, né, foram eleitos. Que manipulação, a troco de quê, né, que eles... a troco de qualquer benefício. (CMT2)

Tais políticas e condições materiais influenciam diretamente outros processos, esses de natureza mais fortemente subjetiva, como a sensação de inércia, de incapacidade dos conselhos de se constituírem como espaços de intervenção política efetiva, a desmotivação, a frustração e o esvaziamento da participação dos usuários que acabam reforçando o processo de ampliação do engessamento e esvaziamento político dos conselhos e conferências de saúde.

A gente sai procurando, explicando, chamando, mas as pessoas não querem participar. É difícil. O conselho [...] está fragilizado totalmente porque, [...] Eles alegam assim: conselho não resolve nada. Não adianta nada. (CL4)

... a gente vai fazer uma reunião de conselho e a gente não tem nem 30% da participação da comunidade. (CL2)

As pessoas estão perdendo a expectativa de participar das coisas. [...] não sei se é falta de interesse dos conselheiros e do movimento popular ou se é porque eles estão muito dependentes do prefeito. (CL6)

Em relação aos usuários, cada vez mais, a gente vê menos participação. É como se fosse a descrença no processo (CMT1)

Por fim, muitas deficiências estruturais e políticas dos conselhos de saúde, são tratadas de forma contraditória, por alguns conselheiros, como se fossem problemas morais e não políticos ou de organização interna desses espaços. Tal contradição ajuda a compreender os elementos que anunciamos anteriormente.

... as comissões, elas são elementos preponderantes e importantes. Embora deveriam ser melhor instrumentalizadas, mas isso é dentro do Conselho. Isso não é culpa da gestão. É nossa. Enquanto conselheiros de uma maneira geral, nós deveríamos estar mais presentes. [...] em nenhum momento a gestão orientou que não viesse, que não estimulasse. Ao contrário, procura fazer tudo que pode. (CMG)

Um elemento importante para compreensão das condições objetivas em que se encontram os processos de participação e controle social das políticas de saúde do município é a relação entre governo e conselhos de saúde. Do ponto de vista dos gestores de saúde, os conselhos são prestigiados pelo governo e têm acesso amplo às informações de gestão e aos meios materiais de controle das políticas e ações de saúde.

Foram eleitos mais de mil e quinhentos conselheiros. O próprio prefeito foi dar posse. [...] Ele veio ao Conselho Municipal de Saúde para discutir com os conselheiros. E dali saíram várias sugestões. [...] não tenho assim notícias, de que algum prefeito tenha vindo até algum Conselho Municipal de Saúde para discutir. [...] tenho certeza que o Conselho Municipal de Saúde se sente muito prestigiado pela gestão do prefeito Roberto Cláudio. (GM)

... a gente vem tentando fortalecer cada vez mais, empoderando o Conselho, dando condições, do ponto de vista administrativo, de suporte de pessoas para trabalharem lá. [...] A gente encaminha, inclusive com antecedência, o RAG para o Conselho. (GM)

As percepções dos gestores apontam ainda que a “política de gestão participativa” em curso, chamada de colegiado gestor, foi proposta pela consultoria e é baseada em fóruns de trabalhadores e gestores, mas sem a presença de usuários e que a realização das chamadas rodas de gestão, muito comuns na gestão anterior, ocorrem agora de forma esporádica, a depender da agenda da gestão municipal.

... a gente tinha o colegiado gestor que é o que o município preconiza, né? Que nós fizéssemos inclusive pela própria consultoria. Um representante ou dois de cada categoria e a gente se reunia sistematicamente pra debater aí, as problemáticas a muitas mãos. (GL5)

Roda de gestão: sempre que a gente recebe alguma demanda da Regional ou da SMS. Algo que a gente precise passar para toda a unidade. A gente já está marcando essa roda de gestão. (GL6)

A gente tem feito os fóruns temáticos [...] a gente convoca todas as associações e os trabalhadores que atuam nessa área: profissionais médicos, enfermeiros, dentistas também que trabalhem e tenham interesse por esse assunto. Aí a gente faz um fórum. (GM)

A política de participação representada pelos fóruns, apontada pelos gestores, não teve grande repercussão entre os trabalhadores quando se pediu uma avaliação sobre o tema. Para os trabalhadores, um dos elementos que melhor caracteriza as condições de participação e controle social da saúde, no período, foi o fim das rodas de gestão, espaços de participação que aglutinavam gestão local, trabalhadores e representação de usuários para organização das ações da unidade.

... a gente não tem aquele turno que a gente tinha antes, de fazer a roda. Entendeu? E aí, quando a gente precisa essas reuniões são em turnos de trabalho. (TSF1M)

O espaço [de participação] resume-se ao Conselho Local de Saúde [...] Porque as rodas de [gestão] mesmo que administrativa, que não deixava de ser um espaço que era alavancado problemáticas que iam surgindo no dia-a-dia, isso acabou. Acabou total mesmo. (TSF2D)

... roda de gestão não tem acontecido. O que tem acontecido é, às vezes, uma reunião que junta aqui tantos profissionais e faz uma reunião. Mas, uma roda de equipe, como se realizou antigamente [não]. (TSF2E)

Esse ponto aí, eu notei que ficou mais distante. Porque, antigamente, a gente sempre tinha de participar nas reuniões. Tipo a roda grande, com todo mundo. (TSF5D)

Para os trabalhadores de saúde há um processo de esvaziamento de parte dos conselhos locais, principalmente por parte dos usuários.

A gente tem muito pouca participação da população. O pessoal não tem muita fé nos conselhos. (TSF2E)

... o nosso Conselho, né, os usuários que foram eleitos, eles não estão mais assíduos, né? praticamente, só tá, a presidente, eu, coordenador e um agente de saúde. (TSF5E)

Além disso, apontam a carência de processos formativos dos conselheiros, como um dos problemas mais graves.

... eu já fui conselheira no interior, certo? Quando eu entrei teve curso, teve preparo, né? mas, aqui não aconteceu. Não aconteceu. [...] Porque tanto os usuários, como os profissionais, entram sem ter conhecimento de nada. [...] conhecimento, não tem Claudio. Não tem. E tem dificuldades exatamente por isso, por não ter conhecimento. O Conselho, ele é muito a questão da prática, da luta de ir atrás. (TSF5E)

Mesmo neste cenário de imensas dificuldades, os trabalhadores apontaram os conselhos locais como espaços com grande potencial político e efetivos para o avanço de algumas políticas e ações importantes para a unidade de saúde.

... vou lhe dizer um ponto positivo que está tendo aqui em relação ao Conselho. Com todos os efeitos. Ele não está 100% perfeito, mas quando eles querem, quando eles tinham objetivo, eles conseguem. (TSF1E)

... algumas reformas aqui que foram feitas. Algumas salas estão funcionando por exigência do Conselho. (TSF4E)

Tal potencialidade política dos espaços de participação do SUS, especialmente dos Conselhos de Saúde, esvazia-se à medida que avança o processo de burocratização, conduzido em Fortaleza, como política associada ao modelo de gestão híbrido público-privado como veremos adiante.

5 RELAÇÃO PÚBLICO-PRIVADA E GESTÃO DA APS DE FORTALEZA

Para além dos diversos obstáculos enfrentados, segundo Paim (2019, p. 21), é na “problemática relação público-privada do sistema de saúde brasileiro” que se expressa a contradição fundamental do SUS. Tal caracterização do autor tem por base, dentre outros, o crônico subfinanciamento do sistema e o “desfinanciamento” atual provocado pela EC 95 que atua no sentido da “contração de gastos no setor público”. Um dado ilustrativo desta condição é o fato de que a receita bruta das operadoras de planos de saúde, responsáveis pelo atendimento de aproximadamente 25% da população é superior ao orçamento do Ministério da Saúde, que precisa dar conta, minimamente, dos outros 75%. Outro dado, esse relativo às despesas do SUS, mostra que o aumento de 0,5% em valores reais entre 2012 e 2016 foi acompanhado da elevação da receita bruta dos planos e seguros de saúde privados em 27%. Em termos comparativos, em 2016, o per capita da média dos planos foi 2,55% maior que o do SUS.

A expansão da oferta de serviços públicos em três décadas de SUS foi acompanhada do crescimento do setor privado na prestação de serviços, no financiamento, nos arranjos da gestão como as Organizações Sociais (OS), Parcerias Público-Privadas (PPP), empresas públicas, entre outros; e, especialmente, no crescimento de empresas de intermediação, como as operadoras de planos e seguros privados de saúde, aprofundando a financeirização da saúde (PAIM, 2019 p. 20)

Importante considerar, como Ocké-Reis e Sophia (2009, p. 74), que tal crescimento do setor privado, especialmente, das operadoras de planos e seguros de saúde, não deriva de uma suposta “criação fracassada do SUS”, como divulga a retórica liberal; ao contrário, o crescimento dos planos de saúde foi enorme exatamente porque contou com incentivos governamentais no contexto do desfinanciamento do SUS, da crise fiscal do Estado e da ofensiva neoliberal.

Esta ação “intervencionista” do Estado na economia da saúde em prol de interesses do setor privado pode ser melhor compreendida tendo por base o que Mendes e Carnut (2020 p. 15) afirmam sobre o papel desempenhado pelo Estado no movimento do capital, ou seja, é necessário que se reconheça a natureza capitalista do Estado, visto que, ele “é o garantidor da manutenção da relação de produção”.

Este papel regulador da relação de produção capitalista deriva daquilo que Lênin (2011) revelou sinteticamente a respeito da natureza do Estado. O Estado “não é, de forma alguma, uma força imposta, do exterior, à sociedade”, mas, ao contrário,

é “produto da sociedade numa certa fase do seu desenvolvimento”. É também produto e manifestação do antagonismo inconciliável das classes, ou seja, o Estado aparece onde e na medida em que os antagonismos de classes não podem objetivamente ser conciliados. E, reciprocamente, a existência do Estado prova que as contradições de classe são inconciliáveis.

Partindo desses pressupostos, a análise da relação público-privada que estrutura o sistema de saúde brasileiro exige que se observe as diversas ações/intervenções conjunturais do Estado no sentido da acumulação capitalista e que tem, naquilo que Mendes e Carnut (2020, p. 11) denominam de “modalidades privatizantes de gestão das políticas sociais” um dos seus elementos centrais, principalmente a partir das contrarreformas neoliberais dos anos 1990.

As reflexões sobre a relação público-privada estabelecida no SUS de Fortaleza, em conformidade com o objeto deste estudo, foram realizadas tendo como base o conjunto das relações estabelecidas na construção do modelo de gestão híbrido público-privado da APS do município. São apresentadas, nesta seção, reflexões sobre as sínteses gerais dos diálogos/confrontos das sínteses dos grupos de entrevistados na dimensão relação público-privada e modelo de gestão da APS de Fortaleza, nos níveis de gestão político-social, gerencial e assistencial, divididos em 2 eixos de análise: O modelo de gestão híbrido como salto para a privatização e a centralidade da ampliação da exploração da força de trabalho na saúde.

Tal modelo de gestão, como já começamos a analisar no capítulo anterior, teve como fenômeno objetivo mais relevante a contratação, pelo município de Fortaleza, da Organização Social (OS) Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar (ISGH), a partir de 2013. Esse fenômeno local, contudo, expressa, de forma ampla, dois outros fenômenos históricos intimamente relacionados: o aprofundamento do caráter privado da relação público-privada estabelecida no modelo estrutural do Sistema Único de Saúde (SUS) desde sua constituição formal no final dos anos 1980 e a aplicação da política neoliberal de privatização da gestão dos serviços públicos de saúde iniciada, a partir dos anos 1990, com as contrarreformas do Estado brasileiro.

É também deste período histórico, o surgimento da chamada “Nova Gestão Pública” ou “Administração Pública Gerencial”, como alternativa ao modelo estatal hegemônico de administração burocrática, cujo discurso baseava-se na defesa de um Estado mais ativo, mais eficiente e com capacidade de promover desenvolvimento econômico (GUIMARÃES, 2012).

Segundo Dasso Jr. (2018), no Brasil, a transformação da Administração Pública burocrática, associada a práticas patrimonialistas, em uma Administração Pública gerencial fundamentada nos princípios da “Nova Gestão Pública” (*New Public Management*) iniciou-se com o Plano Diretor de Reforma do Aparelho de Estado (PDRAE) formulado por Bresser Pereira, em 1995.

Apesar da defesa aparente de um Estado “mais ativo”, o que se pretendia com a Reforma Administrativa do Estado, de caráter neoliberal, de acordo com Guimarães (2012), era a “adaptação da gestão pública à concepção de Estado mínimo” com suas funções restritas às atividades ligadas aos negócios jurídicos, segurança e administração próprios do governo. Para alcançar esse objetivo, o “novo” modelo de gestão pública deveria privilegiar a profissionalização e o uso de práticas de gestão típicas do setor privado com redução da capacidade interventora do Estado, mediada pela privatização e terceirização das atividades estatais, descentralização, desregulamentação, processos decisórios orientados pela análise de custo-benefício e desestímulo à participação social na gestão, inclusive no setor saúde.

Observando os diversos elementos de conformação do modelo de gestão da APS de Fortaleza e seus impactos sobre as políticas de saúde e as atividades de controle social; as condições e práticas de gerenciamento das UAPS, bem como, as condições de atenção à saúde nestes espaços, no período, podemos caracterizar este modelo de gestão como estrategicamente voltado a promover o avanço da agenda política de privatização saída das contrarreformas dos anos 1990, que como vimos, impôs aos países da periferia do capitalismo um modelo de Estado com política social “eficiente” no sentido da contenção de gastos públicos, de modo a ampliar as possibilidades de apropriação do fundo público pelo grande capital.

A promoção e efetivação dessa agenda política privatista apesar de vinda de fora, da esfera privada, se dá por dentro do Estado, através de decisões políticas que expropriam o controle público do próprio Estado sobre as políticas econômicas e sociais. Neste sentido, a chamada “terceirização” da gestão, representada pelo modelo das OS, apesar de expressar, na aparência, mera divisão de responsabilidades e poderes entre poder público e empresa privada, ou menos ainda, mera compra de “serviços mais eficientes de gestão” da saúde, em essência, dinamiza o processo de “expropriação” dos espaços, instrumentos, ações, políticas e poderes do Estado em favor de interesses privados.

Neste processo de expropriação, a OS ISGH, especificamente, atua como “alavanca” estratégica não apenas por atuar sobre as políticas estatais, mas por intervir, centralmente, sobre a relação capital-trabalho na saúde, ao possibilitar o aprofundamento da precarização das relações e condições de trabalho da APS. Essa intervenção se dá por meio, principalmente, da ampliação da oferta de força de trabalho precarizada e da pressão sobre as condições e relações de trabalho das eSF de modo a reduzir o custo da compra de força de trabalho no SUS municipal.

Importante considerar que o processo de precarização das relações de trabalho das equipes de Saúde da Família, no Brasil, avançou historicamente em linha direta com o processo de expansão da cobertura da Estratégia de Saúde da Família. Nogueira (2010, p. 28), analisando esse processo de expansão das equipes entre 1994 e 2009, revela que “em 2009, 5.251 municípios contavam com a atuação de equipes de saúde da família, representando 94% do total de municípios do país”, sendo que, nestes, “mais de 50% dos recursos humanos da estratégia de saúde da família são mantidos mediante contratos precários”.

Esse papel estratégico da OS é possibilitado, materialmente, por diversas funções táticas e instrumentais reveladas pelo material empírico. Uma delas, presente muito fortemente nas falas dos gestores, como veremos à frente, desmonta o discurso ideológico de “eficiência” que sustenta o modelo ao expor o caráter contraditório do papel da empresa nos processos de gestão e trabalho da ESF. Contratada para gerir “parte” das atividades da unidade de saúde e assim garantir “tempo livre” aos gestores para o exercício de sua “atividade-fim” que seria, segundo o governo, a gestão do processo de trabalho das eSF, o efeito concreto da estrutura da OS sobre os serviços, ao contrário, foi perda da autonomia tanto de gestores locais quanto de trabalhadores e queda na qualidade da atenção.

Uma das razões para esses efeitos pode ser encontrada na análise do dado empírico, de que o “tempo livre” dos gestores não foi acompanhado de processos formativos de gestão, perceptível, quando analisamos as dificuldades dos gestores de manipulação dos meios e instrumentos de planejamento, monitoramento e avaliação de indicadores e metas. Uma outra razão, desta feita, sobre o processo de trabalho das eSF tem relação com a avaliação, extraída dos dados, de que os “métodos inovadores” de gestão, implementados pela OS nos serviços, ao invés de tornar o processo de trabalho das eSF mais “eficiente”, ao contrário, em muitos sentidos, burocratizou-o, obstaculizando o acesso da população aos serviços de saúde da APS.

Pelos motivos expostos, as percepções da maioria dos atores entrevistados revelaram que este modelo de gestão híbrido público-privado com base nas OS representa uma ameaça concreta aos princípios, diretrizes e ações da ESF e do SUS.

5.1 Um modelo de gestão híbrido como salto para a privatização

A análise do modelo de gestão da APS de Fortaleza, promovida neste estudo, aponta que com a adoção do modelo de gestão híbrido público-privado, com base em OS, são potencializadas as condições para a hegemonização dos discursos e práticas de gestão privada neste nível de atenção, com efeitos crescentes sobre o processo de privatização do SUS.

... qual é a empresa que vai olhar pros princípios do SUS? Empresa privada? Me diga isso aí. (TSF5E)

Tal hegemonização representaria, neste sentido, um dos estágios da estratégia neoliberal de privatização do SUS que, por meio da consolidação e reprodução dos discursos e práticas gerenciais do setor privado, visa garantir a expansão da iniciativa privada sobre a execução de ações e serviços públicos de saúde e, principalmente, reduzir os gastos sociais do Estado com as políticas de saúde como forma de ampliar as possibilidades de apropriação do fundo público pelo grande capital nacional e internacional.

As percepções de gestores e trabalhadores sobre este fenômeno podem ser observadas abaixo.

... essas modificações conseguiram deixar bastante parecido mesmo, o serviço público com o serviço privado. [...] hoje é muito similar (GL2)

A gente pretende avançar para outros equipamentos. Uma vez que já existem estudos mostrando que é um modelo mais eficiente. (GM)

... têm certos postos de saúde que querem transformar em privado. Você vê o ISGH aí. É quase que um sistema privado dentro do sistema público. (TSF6E)

... existem alguns planos de saúde que estão querendo implantar o Saúde da Família, né? E a visão deles é a do Saúde da Família chegar para poder tirar mais do [...] prevenir, promover para evitar que vá, que a pessoa acabe tendo uma complicação e indo para o hospital. (TSF6M)

Importante considerar, antes de continuarmos, que em conformidade com o que apontamos no capítulo anterior, o modelo de gestão com base nas OS, expressa parte do receituário neoliberal de ajustes e contrarreformas imposto, a partir dos anos

1990, pelos organismos centrais do capitalismo, Banco Mundial e FMI, para os países da América Latina, cujo objetivo seria conformar um modelo de Estado periférico “eficiente” para a garantia do lucro capitalista. Esse elemento da eficiência estatal representou, como vimos, um giro discursivo na política neoliberal destes organismos, derivado da experiência catastrófica dos anos 1980, que tinha por base um modelo “ortodoxo” de Estado “mínimo”. Em suma, esse receituário impõe um “novo” modelo de privatização, cuja experiência das OS aparece como elemento qualitativo.

A relação formal estabelecida entre o município de Fortaleza e a OS ISGH foi estabelecida por meio dos contratos de gestão. Foram assinados entre 2013 e 2020, 3 (três) contratos de gestão (01/2013, 02/2014 02/2017) que sofreram diversas aditativas, com alterações de objeto, valores e prazos de vigência. (ISGH, 2020)

Apesar das mudanças ocorridas ao longo do tempo e dos aditivos, a “gerência dos macroprocessos de logística e sistema de apoio” da Rede de UAPS aparece como objeto de todos os contratos. O termo de referência do primeiro contrato (01/2013), por exemplo, informa que todas as diretrizes referentes à atenção à saúde, programas e ações assistenciais, bem como o controle e a avaliação do desempenho das metas e indicadores previstos no Contrato de Gestão, deverão ficar a cargo da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza (SMS), cabendo ao ISGH oferecer as condições necessárias ao alcance desses objetivos (anexo 2).

Ainda de acordo com o documento, a Prefeitura Municipal de Fortaleza buscará a gestão das atividades-meio, através do ISGH, com foco nos seguintes objetivos: eficiência e qualidade dos serviços prestados ao cidadão; maior agilidade para operacionalização dos serviços; dotação de maior autonomia administrativa e financeira, contribuindo para melhoria do gerenciamento dos serviços; utilização dos recursos de forma mais racional, visando a redução de custos e priorização da avaliação por resultados.

As especificações técnicas dos serviços a serem contratualizados, previstas no termo de referência do contrato de gestão 01/2013, estabelecem que constituem objeto dos macroprocessos de apoio e logístico: Serviço de Apoio e Diagnóstico Terapêutico – SADT; Serviço de Assistência Farmacêutica; Serviço de Atendimento ao Cliente; Serviço de capacitação e Educação Continuada e Gestão da logística e dos sistemas de apoio (anexo 2). Nestas, estão incluídos os serviços descritos no quadro 4, a seguir.

Quadro 4 – Descrição dos serviços contratualizados, com base no contrato de gestão nº 01/2013. Fortaleza, Ceará, 2020

UNIDADE	SISTEMAS DE APOIO	SERVIÇOS A SEREM CONTRATADOS
Unidades de Atenção Primária à Saúde, Centros de Atenção Psicossocial e Centros de Especialidades Odontológicas	Assistência Farmacêutica	Gestão da Central de Abastecimento Farmacêutico das unidades definidas, incluindo aquisição de medicamentos mensais e anuais, autorizados pela SMS-Fortaleza, armazenamento adequado, distribuição de medicamentos (segundo cota estabelecida para as unidades de acordo com o consumo médio indicado em Anexo 2), garantia da rastreabilidade.
	Diagnóstico e Terapêutico Eixo Laboratório	Ofertar SADT(laboratório), conforme as características da atenção primária, exclusivamente para os pacientes cadastrados, garantindo as fases pré-analítica em todas as unidades básicas no período matutino, analítica com entrega em até 48hs disponibilizada através de recursos de web services.
Unidades de Atenção Primária à Saúde, Centros de Atenção Psicossocial e Centros de Especialidades Odontológicas	Serviço de atendimento ao cliente	- Implementar o cadastro informatizado dos usuários, através do cartão SUS; - Manter atualizado as informações de atendimento para monitoramento na SMS;
	Capacitação e Educação Permanente	Aplicar os treinamentos e oficinas estratégicas para orientação do eixo assistencial de acordo com os protocolos e gestão da clínica definida pela SMS
	Melhoria da ambiência, execução da manutenção e fornecimento de insumos	- Melhorar ambiência, conforme o diagnóstico realizado pela SMS; - Executar um programa de manutenção predial e de equipamentos; - Suprir de todos os insumos destinados ao pleno funcionamento das unidades.

Fonte: Fortaleza, 2020.

Diversas percepções dos entrevistados resgatam esses elementos técnicos dos serviços sob responsabilidade da OS. Expressam, além disso, seus aspectos aparentes, mais visíveis, como os limites formais da intervenção privada ou

a divisão de tarefas entre as ações do poder público e as de responsabilidade da empresa.

... é só uma parte do processo que é gerido por OS. (GM)

... a gente chama de modelo híbrido, né? O ISGH, ele faz as atividades-meio, né, que vai de serviço de vigilância, recepção, limpeza, o atendimento ao cliente, a dispensação de medicamentos na farmácia. [...] As atividades-fim, elas ficam diretamente relacionadas à Secretaria que são os profissionais assistenciais, os gestores que são eles que desencadeiam, que executam, os processos de trabalho. (GR5)

... o ISGH é responsável pela questão do NAC, o laboratório, os exames, a farmácia, o fornecimento das medicações e o pessoal da limpeza e portaria. A questão dos profissionais de nível superior, a questão do atendimento médico, enfermeiros, é tudo com a SMS. (GR4)

... a ISGH [...] veio para o município também de uma forma bem assim, pontual, né, gerenciar farmácia, gerenciar a parte de insumos, gerenciar essa parte mais elevada da própria gestão da saúde. (CMU2)

Algumas falas ressaltam o aspecto do “apoio à gestão”, oferecido pela OS ISGH, ao mesmo tempo em que, contraditoriamente, revelam a disputa de poder de gestão entre a empresa e os gestores locais.

... não vejo o ISGH como uma empresa gerenciando a parte pública. [...] eu vejo como uma questão de apoio. (GL4)

...antes a gente tinha pessoas da prefeitura que faziam os serviços gerais, né? Hoje, a ISGH gerencia. Quer dizer: eu acho que ficou gente demais pra mandar. (GL3)

Algumas intervenções resgatam, também, elementos da divisão hierárquica da relação público-privada, ao defenderem que, apesar do modelo híbrido público-privado, existe uma primazia do poder público municipal, na gestão da saúde.

Existe uma determinação muito clara de que a gestão é do município de Fortaleza. Então essa coisa de você achar que gestão por OS, é você entregar a gestão: isso não é verdade. [...] Na verdade, é uma gestão compartilhada. E, hoje, no nosso entendimento, para o usuário e para os profissionais que ali trabalham é muito claro que o gestor é o município. (GM)

Não tem como estar me desrespeitando ou passando por cima de uma decisão do gestor local. Porque, realmente, dentro das unidades básicas, a gerência é do gestor local. A empresa está lá para também estar em acordo com o que o gestor determina, né? Mas desde que seja cumprido o que está também no protocolo. (GR6)

... quem define as funções do ISGH é o município. O ISGH só faz gerenciar. Então tem que se discutir isso. (CMU1)

Diferente dessas percepções que revelam uma aparente “clareza” sobre os limites formais de atuação da empresa e um “equilíbrio” na divisão de responsabilidades e atribuições, entre o poder público e a instituição privada contratada, o modelo de gestão híbrido público-privado da APS de Fortaleza foi caracterizado, pela maioria dos entrevistados, como organizado de modo hierarquicamente desigual, em favor da OS ISGH. Esse fenômeno pode ser observado, principalmente, a partir da análise das relações de poder estabelecidas nas unidades de saúde, entre a empresa e os gestores locais. Tal condição pode ser verificada em diversas expressões dos próprios gestores regionais e locais de saúde.

... a diferença é que o controle fica mais na empresa que fica responsável e a SMS é responsável por processos de trabalho. (GR4)

... a gente tem que realmente fazer valer a autoridade enquanto prefeitura, porque, muitas das vezes, a OS, ela não aceita, muitas das vezes, as críticas que são colocadas. (GR3)

E quando essa empresa foi contratada pela prefeitura, gerou um conflito muito grande de valores. [...] porque assim: eles chegaram coordenando esses núcleos, mas eles não se adaptavam, assim, eles não cediam à coordenação da unidade. (GR1)

...a gente sabe que eles [ISGH] estão dentro da unidade, então acaba entrando na gerência do gestor [...] a gente teve muito essa dificuldade do gestor, no entendimento do que ele poderia tá cobrando ou não. (GR2)

... em muitas unidades, o gestor tem conflito com o ISGH. Porque o ISGH acha que ele não faz parte da unidade, da UAPS [Unidade de Atenção Primária à Saúde]. (GL1)

...às vezes, chegam determinadas imposições, né. Que vêm, via ISGH e chega pra gente gestor. [...] eu fico me perguntando: mas isso deveria ser conversado com o gestor, com os profissionais, com o próprio controle social, né? (GL4)

... eles [trabalhadores do ISGH] vão receber [ordem] da coordenação? Eles ficam: ‘não, eu vou receber ordem da minha gerente’, né, que é a ADM. Do NAC, né? (GL3)

... se o coordenador local deixar realmente o ISGH com aquele poder todo, ele vai gerir uma boa parte da unidade de saúde. Aí sim vai diminuir mesmo o nosso poder, o nosso poder de administração (GL6)

Tal concentração de poderes nas mãos da OS também foi percebida e referida em diversos momentos por conselheiros e trabalhadores de saúde.

Hoje, nós temos uma empresa dentro da unidade saúde pra fazer os reparos, mas a gestão atual, a gestão local não manda. Não tem tanto poder quanto a própria empresa. (CL6)

Tem uma questão: ISGH manda na farmácia e a coordenação não manda na farmácia. Assim, não tem essa [de] gerenciamento diferente. (CMU2)

...é tudo assim: a ISGH não deixa. A ISGH não quer. [...] sendo que eles não estão na ponta. (TSF4E)

... a própria gestão [municipal] atual tem até dado muito poder para eles [do ISGH]. Muito poder para eles, sabe? De fazer com que eles tenham acesso. Tipo assim, por exemplo: de dizer o que você pode e não pode [fazer] até, inclusive, determinar quantos [pacientes] os médicos vão atender, o que os médicos vão fazer. Está entendendo? Eu sinto isso. (TSF6M)

A profunda desigualdade de poderes foi geradora de vários conflitos entre gestores locais e a administração da OS, principalmente, nos primeiros anos de implantação do modelo, quando foram, inclusive, denunciadas situações abusivas, como, por exemplo, o impedimento pelo ISGH da circulação de gestores locais, conselheiros e trabalhadores nos espaços da unidade.

A OS, ela cortou a autonomia da gestão [...] O coordenador ele, simplesmente, não tem acesso, por exemplo, à farmácia, né? Ao NAC. Certo? então ele não tem aquele acesso para poder dizer como é que queria que o negócio andasse. (TSF1E)

É um sistema meio privado, dentro do sistema público. Como assim, eu não posso circular dentro do posto? Eu não sou um gestor? Entendeu? Era meio complicado. (TSF6E)

... ninguém entrava na farmácia se não seja a ISGH. A própria coordenação não poderia entrar. (CL6)

...Nós temos relatos de interferência na gerência de unidades com a chegada dessa ISGH. [...] Nós tivemos muita dor de cabeça, né, trava da farmácia, nem coordenação, nem Conselho teria mais acesso. (CMU3)

... antigamente tinha uma situação tão delicada que o pessoal do ISGH proibia as pessoas de irem às farmácias. (CMU1)

... assim que eles [a OS] chegaram a gente não podia nem entrar no NAC. E a gente sempre estava ali por perto na tentativa de agilizar alguma forma da agenda, mudar agenda, pedir para colocar, tira uma pessoa, remaneja, e isso ficou bem fechado. Ficou só com eles mexendo. (GR1)

... tem uma dificuldade muito grande, até de ter, por exemplo: acesso à sala. Porque a chave [da sala] fica trancada na coordenação. (...) um certo tempo atrás que a gente chegava estavam as salas abertas, com o ar-condicionado ligado (...) Agora não: a gente tem que ir lá e assinar, dizendo que está pegando a chave. (TSF6M)

Algumas falas expõem indícios de que essa concentração de poderes da empresa sobre o conjunto das ações da unidade não era parte de uma política isolada, autonomamente construída pela empresa, mas parte componente da política da SMS.

... quando eu levei esse problema pro pessoal do ISGH que trabalhava aqui, a menina que representava, ela dizia que já vinha uma coisa da SMS. Então assim, às vezes, jogava a culpa pra OS, pra aquela questão, mas eu via que era uma coisa consensual deles. (TSF2E)

... ela [a ADM] colocou: não sou que eu estou determinando isso, mas a própria prefeitura que colocou que precisava ser assim para o ISGH seguir. (TSF6M)

Então isso aí não foi discutido. Veio de cima pra baixo. Então, é isso aí que eu acho que tem uma falha. Algumas coisas vêm mais assim: o que me dizem é que não é só o ISGH. Não é só o ISGH que determina. (GL4)

O conjunto das falas acima revela, nessa nossa aproximação com a essência das relações, dois aspectos fundamentais. O primeiro envolve a abrangência do poder de gestão da OS. A crise gerada pela concentração de poderes de gestão sobre a OS parece ter se resolvido com o tempo, mas, não no sentido de um reposicionamento e reequilíbrio na distribuição de poderes entre a empresa e a gestão local. Ao contrário, o informe público da OS, reproduzido abaixo, aponta que, o ISGH assumiu, com o modelo de “gestão compartilhada” do município de Fortaleza, a “prerrogativa” de gestão das atividades das unidades de saúde e, com isso, ao que parece, a primazia sobre o poder diretivo dos gestores locais e sobre o processo de trabalho das eSF.

Na gestão compartilhada o Estado ou o Município abrem mão de apenas uma das suas prerrogativas. **No caso da saúde, a administração das unidades.** Livre dessa obrigação, pode se dedicar ao planejamento, acompanhamento, fiscalização, controle e apreciação das prestações de contas das mesmas unidades, desempenhando um papel de "coordenador-supervisor". Podem dedicar-se mais também à elaboração, implantação e acompanhamento de políticas públicas destinadas, principalmente, à prevenção de acidentes, epidemias e endemias. Na gestão compartilhada, tudo é feito mediante contrato, com metas quantitativas e qualitativas e a OS apresenta garantias de que é capaz de cumprir o que estava previsto no contrato. (ISGH, 2020) (destaque nosso)

Um outro indício de que o município, através da SMS, assumiu uma posição de centralização da gestão das unidades de saúde tendo a OS como instrumento efetivo de gestão do conjunto das ações está no termo de referência do contrato de gestão 01/2013. Segundo o documento,

este modelo gerencial busca atribuir, no nível hierárquico de execução, **a implantação e desempenho de ferramentas inovadoras de gestão**, e à Secretaria da Saúde Municipal e a Prefeitura de Fortaleza, funções reguladoras de acompanhamento, controle e avaliação. (anexo 2)

O segundo aspecto tem relação com as medidas abusivas que proibiram o acesso de gestores, trabalhadores e conselheiros à espaços da unidade geridos diretamente pela OS. As falas dos entrevistados expuseram, com clareza, que o processo de privatização que assistimos não se expressa apenas na gestão, mas, nos vários espaços da UAPS, inclusive no espaço físico.

Algumas intervenções revelam um histórico anterior de funcionamento do ISGH com base em um modelo de gestão com controle total das unidades de saúde. Foi assim nos contratos de gestão de unidades do Estado do Ceará e, também, em algumas políticas do município de Fortaleza.

Essa OS sempre teve o controle total das unidades que ela gerenciava. Como é o caso das UPA. Nas unidades de saúde era um modelo misto. Eles ficavam responsáveis por alguns setores como farmácia, laboratório, coleta, né, de... e NAC. [...] foi uma dificuldade deles próprios conseguirem se ajustar a este modelo de que eles não tinham o controle total dos processos. Tinham que dividir com o gestor local da unidade. E com a própria regional. (GR3).

Algumas dessas experiências de “privatização” do espaço público ou de “abuso de poder” por parte da empresa aparecem nas intervenções dos entrevistados associadas ao processo de ampliação das dificuldades de acesso e de atenção da população aos serviços de saúde.

Chega uma mãe com uma criança muito doente. É... se não tiver o cartão do SUS e a identidade e o registro da criança não recebe a medicação. [...] o ISGH tá lá. Eles não deixam sair medicamento se não tiver uma receita. Eu acho certo. O que eu não acho legal é o paciente vir com uma receita do médico e lá ser rejeitada. (GL3)

A gente tinha um acesso mais fácil à farmácia. Se porventura tivesse um paciente que estivesse precisando naquele momento ali, daquela medicação, a gente podia pegar a medicação, pedir ao agente de saúde para entregar, pegava o soro de reidratação e podia fazer essa distribuição e quando eles [a OS] chegaram não. Tinha que ser tudo digitalizado. Tinha que ser tudo informatizado. (GR1)

... antigamente, qualquer receita que chegava, tanto do particular, como do SUS, eram entregues, os medicamentos. Agora não. Agora, eles estão restringindo muito essa questão aí. Tipo uma economia, né? economia dos medicamentos. (TSF3D)

Outra característica central das intervenções é a reprodução do discurso político-ideológico “gerencialista” que, objetivando justificar a decisão política pela OS, busca naturalizar a suposta eficiência organizativa do modelo privado de gestão e a efetividade dos resultados obtidos por esse modelo nas políticas de saúde.

... gestão por OS [...], se buscou esse modelo por se entender ser um modelo eficiente. [...] quando a gente compara a forma de contratação, aquisição de medicamentos, por exemplo, a gente encontra sim, muito mais eficiência. (GM)

O modelo da gestão privada, da OS, eles são modelos pensados em resultados, gestão por resultados. Então, eles são muito organizados em forma de planilhas, de fluxogramas. (GR5)

Eu acho, [que houve ganho de eficiência] notadamente, o laboratório. A coleta de exames melhorou com relação à recepção que é o NAC, né. Que eles passaram a ter, além da responsabilização de pessoal, a questão dos equipamentos. (GR3)

A naturalização de uma lógica de funcionamento abstrata do espaço privado ou de uma suposta superioridade desta lógica e de seus métodos e técnicas na gestão das políticas públicas de saúde é parte do discurso majoritário dos gestores da saúde do município.

Qualquer coisa que falte na atenção privada se for comprovado de que aquilo é necessário, é mais fácil de adquirir do que na Atenção Primária. [...] O particular já está dizendo é particular. Então você pode usar o dinheiro da forma que você quiser, mas a gestão pública tem muito isso: de demorar dar uma resposta efetiva. (GR1)

Foi muito bom, que a gente sabe das dificuldades de licitações, de compras de insumos, enfim. E com a OS isso se tornaria um pouco menos burocrático. (GR2)

... existem vários entraves com relação à contratação, licitação, uma série de coisas. Que as OS não têm esses entraves. Então, se ele quiser contratar com uma empresa, ele contrata bem fácil. A prefeitura tem que passar por uma série de medidas burocráticas [...] Porque tudo no setor público é engessado. E, no setor privado, ele tem essa liberdade, de contratação, de compra, que a prefeitura não tem. (GR3)

Porque a questão da compra de insumos, através da OS, ela é mais rápida do que se fosse por compra direta ou outro processo licitatório aí pelo município. Eu acho que é mais pela questão da desburocratização mesmo. Deu uma melhorada, né. (GL5)

Algumas intervenções chegam a construir caracterizações paradoxais sobre as lógicas organizativas do serviço público e do setor privado e a relação destas com os conceitos de burocracia e eficiência.

... Ele [ISGH] tem uma efetividade maior na cobrança, porque é tudo feito por documentos. De uma certa forma, a gente imitou, porque, realmente, o serviço público, ele é muito informal.[...] Se um funcionário pede alguma coisa tem que ser através de um número, né. Tem que abrir algum processo, pra que seja colocado no sistema que eles têm lá, né? De atendimento. E a prefeitura não tinha esse trabalho. (GR3)

Em termos concretos, a análise da eficiência de uma política se dá na observação da relação entre objetivos alcançados e utilização de recursos materiais. Quando olhamos para o conjunto dos contratos de gestão realizados entre o município e a OS ISGH percebemos que estamos falando de uma relação que envolve grande soma de recursos financeiros.

O município de Fortaleza, por meio da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), assinou, como vimos acima, diversos contratos de gestão com a OS ISGH desde 2013. Parte desses contratos tinham como objeto a gestão integral de Unidades de Pronto Atendimento (UPAS – 24 horas) e, outra parte, a gestão dos chamados macroprocessos da rede de Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) e Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Esses últimos realizados com a rede de serviços da Atenção Primária à Saúde do município, bem como, seus respectivos aditivos contratuais, de conjunto, somaram, no período, aproximadamente R\$ 659 milhões. (ISGH, 2020)

O contrato de gestão 01/2013, por exemplo, inicialmente orçado em R\$ 59,5 milhões, para o período de maio a dezembro de 2013, teve 2 (dois) aditivos posteriores, sendo que, um deles, ampliou o prazo de vigência por mais 8 meses, ou seja, até agosto de 2014, fazendo com que, ao final, o município tivesse que desembolsar R\$ 119 milhões. (ISGH, 2020)

O contrato de gestão 02/2014, cuja vigência estendia-se de setembro de 2014 a agosto de 2017 tinha valor inicial orçado em R\$ 281,4 milhões e teve 6 (seis) aditivos. O 1º aditivo alterou o objeto e aumentou o valor para R\$ 283,7 milhões. O 2º incluiu serviços de vigilância nas UAPS e aumentou o valor para R\$ 295,1 milhões. O 3º corrigiu o valor do contrato, passando-o para 299,9 milhões. O 4º incluiu 5 (cinco) novas UAPS como objeto do contrato e aumentou o valor final para R\$ 303 milhões. O 5º também incluiu mais 5 (cinco) novas UAPS, aumentando o valor do contrato inicial para R\$ 305,8 milhões. E, por fim, o 6º incluiu 6 (seis) novas unidades no objeto contratual, alcançando valor final de R\$ 309,4 milhões. (ISGH, 2020)

O contrato de gestão 02/2017, com vigência de dezembro de 2017 a novembro de 2018 e cujo valor inicial era R\$ 104,8 milhões, teve um primeiro aditivo realizado em seguida, aumentando o valor final para R\$ 106,7 milhões. Esse contrato alterou o objeto do contrato anterior (02/2014) acrescentando a gestão de macroprocessos de apoio e logística de unidades especializadas e sofreu novas modificações no objeto com esse 1º aditivo. Em dezembro de 2018, o município

assinou um aditivo a este contrato (chamado de 3º termo aditivo ao contrato 02/2017), prorrogando a vigência por mais 12 meses, de 1º de dezembro de 2018 à 30 de novembro de 2019, e alterando o projeto inicial para inclusão de 5 novas UAPS e uma policlínica, dentre outras. Além disso, esse aditivo acresceu o valor inicial em 12,1%, atingindo com isso um valor global de R\$ 120,6 milhões. (ISGH, 2020)

Outros 3 (três) aditivos ao contrato 02/2017 foram realizados em 2019. O aditivo nº 4 (quatro) que tinha por objeto a atualização do elenco de medicamentos previsto no contrato 02/2017 e ampliar o quadro de pessoal da assistência farmacêutica acresceu em R\$ 1,96 milhões o valor do contrato inicial e fazendo com que o valor global do contrato passasse à R\$ 122,6 milhões. O quinto aditivo que suprimiu parcialmente alguns serviços e provocou alterações no plano operacional retirando R\$ 2,76 milhões do valor inicial de modo que o valor global ficou em R\$ 119,8 e, por fim, o sexto aditivo, que prorrogou o prazo de vigência do contrato de 30 de novembro de 2019 até 30 de novembro de 2020, alterou o plano operativo e estabeleceu um valor de contratação, no período, de R\$ 110,6 milhões. (ISGH, 2020)

Uma primeira observação importante sobre o período estudado é a quantidade de renovações automáticas de contrato, com correções de valores, realizadas entre a SMS e a OS ISGH, entre 2013 e 2020. Nesse processo, mais do que o simples acréscimo de quase R\$ 154 milhões aos R\$ 505,1 milhões previsto nos contratos iniciais, o que, por si só, representa um aumento de 30% ante às previsões iniciais, percebe-se um avanço progressivo da OS da rede de atenção primária (CAPS e UAPS) para a rede especializada, a partir de 2017, acompanhado de um aprofundamento da aproximação entre o município e a organização social, a ponto do primeiro continuar recorrendo à processo de renovações automáticas de contrato, via aditivos, por diversas vezes.

Importante considerar que a prática do governo de renovação dos contratos de gestão, via aditivo, não é ilegal, entretanto abre, a perspectiva de, juntamente com os elevados custos financeiros desses contratos, servir de elemento material para avaliação crítica da relação estabelecida entre o ente público e a empresa privada.

Apesar de entendermos como indispensável, para a avaliação da eficiência do modelo de gestão com base nas OS, que se compare, objetivamente, a relação entre os custos financeiros dos contratos de gestão e os resultados obtidos em termos de qualificação da atenção à saúde da população, ressalvamos que não está dentre os objetivos deste estudo, tal análise comparativa.

Entre os trabalhadores, as avaliações positivas sobre o modelo híbrido de gestão baseiam-se mais em algumas mudanças estruturais nas condições de trabalho e atenção nas unidades de saúde.

... no privado a cobrança por produtividade é maior. Eu acho que [a OS] organizou a questão de medicamentos, falta menos medicação, praticamente eles não falta. (TSF1M)

... foi mais fácil se obter os insumos, [...] existe uma maior regularidade dos equipamentos, aliás, dos materiais odontológicos.[...] a gente não tinha essa manutenção. O ar-condicionado quebrava e passava meses e meses sem conserto. Agora não, já existe uma regularidade. (TSF3D)

Diversas intervenções dos grupos entrevistados contestam o discurso de superioridade da lógica privada e de maior eficiência do modelo de gestão privado, expondo o caráter contraditório da “naturalização” da relação direta entre eficiência e gestão privada ou entre burocratização e gestão pública.

Entre os conselheiros, as intervenções revelam as contradições de um modelo de gestão privado lento, caro e ineficiente. As percepções desses atores apontam que o processo de implantação e execução do modelo de gestão híbrido público-privado da APS de Fortaleza ocorreu em concomitância com o processo de construção ideológica da inevitabilidade e eficiência do modelo privado de gestão do SUS.

Por que foi criada a ISGH? pra não ter a história da licitação. Aí agora quando a gente cobra nos conselhos, que cobra porque é que tá faltando? 'Não. É porque tá sendo licitado'. [Como] se antes se dizia que a finalidade da ISGH era para não ter licitação? (CL6)

Pra mim, é mais gasto financeiro. [...] perguntei em reunião do conselho que me provassem. Né? Que um trabalhador terceirizado sairia mais barato que um trabalhador concursado. (CMT2)

... teria que ser feito um estudo aprofundado pra ver se realmente tá sendo eficiente, certo? Pra poder implantar. Aqui não. É implantado do jeito que quer. (CMT1)

Entre os gestores, as percepções apontam para um modelo de gestão privado burocrático, que desrespeita o direito à saúde da população e é ineficiente no cumprimento de suas responsabilidades e atingimento de suas metas.

... o ISGH, ele restringe muitas coisas, quando chega um paciente que tá precisando de alguma coisa na farmácia. Nós temos que fazer uma CI. Quando aquilo ali é direito da pessoa. [...] Tem a questão do conserto, eles, às vezes, demoram muito pra fazer um reparo. A gente passa mês sem uma

impressora, né? Eu acho que eles deviam ter mais agilidade em relação a isso. (GL3)

Eles teriam que dar suporte à unidade básica em pequenos consertos. Em pequenos danos. Eles teriam que reparar. E aí, eu não vejo eficiência nisso não. (GR1)

Entre os trabalhadores de saúde, o modelo de gestão privada apresentase de forma desorganizada, burocrático e ineficiente, principalmente, em razão dos custos elevados.

Organização, não vejo. Porque a organização, a coordenadora antigamente tinha. Fazia o papel da ADM e resolvia da mesma maneira, sendo [que] com menos burocracia. [...] acho um desperdício de verba com essas OS. Certo? Por quê? porque na minha percepção é um gasto onde o SUS já não tem esse valor todo. [...] Burocratização seria essa a palavra. [...] Eles só marcam o que está previsto na escala que a gente previamente dá. (TSF1E)

... na prática, ela [OS] ficou bem distante daquilo que, a princípio era a essência da proposta. Que era a questão da eficiência, da eficácia. (...) No setor da odontologia, o desabastecimento, ele é evidente, constante, sistemático. O desabastecimento, a falta de ordenamento na manutenção dos insumos. (TSF2D)

... a questão do ISGH, a gente tinha uma negociação com a coordenação para articulação da agenda, e de certa forma ficou mais truncado assim, ficou mais engessado. (TSF2E)

... fica tudo mais difícil. É cheio de protocolo. (TSF3E)

Quando quebra uma coisa que não é feita a manutenção, fica parado o serviço. [...] a gente não sabia o que a ISGH tava fazendo, porque não tava suprindo assim, né. Faltando tudo e paralisando... a gente chegou a ficar 3 meses aqui, sem atender. Com máquina de autoclave parada. Com tudo parado. Foi assim caótico. (TSF4D)

... no início da gestão, você achava que esse modelo poderia impactar e assim, mas com o tempo, ele foi degradando. E aí, as exigências, tinham muitas exigências e pouca qualidade.(TSF6E)

O conjunto das intervenções acima esvazia, em certo sentido, a justificativa técnica presente no termo de referência do contrato de gestão 01/2013 que embasa a decisão política pela contratação da OS. Segundo o documento, a equipe técnica da SMS após definir os objetivos estratégicos para organização da APS como coordenadora das RAS, de conhecer os elementos constitutivos das redes, de compreender os macroprocessos finalísticos, de apoio e estratégicos na gestão da APS, definiu as competências da SMS e identificou as necessidades de complementaridade de serviços nos macroprocessos de apoio e logística.(anexo 2)

A tendência à hegemonização do caráter privado do modelo híbrido que referimos no início deste tópico pode ser percebida no discurso de diversos atores e

sob diversos aspectos. Como por exemplo, nas práticas corriqueiras de gestão e atenção.

Eu acho que muito aquela história das metas. A gente acaba trabalhando como se fosse uma empresa. [...] eu venho de um conceito da Saúde da Família, da promoção da saúde. Não aquela coisa: “não, é porque agora vocês vão ser vistos como o cliente!”. [...] essa coisa de tratar o usuário como cliente, tira pra mim, um pouco do vínculo. [...] agora, eu vou me dirigir a uma empresa. Que vai gerir todo nosso recurso. Que é pouco. (CL5)

... o serviço público, ele perde a identidade quando, ele tá sendo, planejado ou, ele tá sendo desenvolvido ou até avaliado, né, por uma empresa. Uma coisa particular, né? Não sei se é sem fins lucrativos, entre aspas, que é o que dizem, né? mas, eu não acredito nisso. (TSF5E)

... o ISGH, ela entra em todas as partes da unidade, desde o NAC, desde a portaria até a... (CL1)

Ou ainda, na percepção das várias influências desse modelo, inclusive sobre a esfera privada da saúde e sobre os processos gerais de precarização/terceirização...

... o quê que eu vi em Fortaleza agora? um aumento muito grande das clínicas privadas. As clínicas populares. “Ah! Você vai gastar R\$ 50,00, R\$ 70,00”, mas, você até pode ter a consulta, mas você não vai ter como fazer o tratamento. (CL5)

Porque, hoje, a gente tá vendo uma terceirizada contratando outra e outra e outra. Uma só terceirizada comandando em vários setores, contratando outras empresas. Com este recurso todim, que se gasta com tanta empresa. Falta pra o município, ou seja, falta pra a saúde ou então, pra a própria educação. (CL6)

O ISGH, ele terceiriza essas ações também. Porque não dá, sabe? Ele terceiriza. (CMU1)

Contudo, a expressão mais concreta dessa hegemonização pode ser encontrada na decisão política do governo municipal, de março de 2019, de ampliar o acesso de outras OS aos serviços de saúde do SUS municipal e de transformar o modelo híbrido de gestão e atenção de algumas unidades de saúde em um modelo de gestão “totalmente” privado, com todas as ações e decisões relativas ao processo de trabalho/atenção à saúde ficando sob responsabilidade de uma OS.

... a gente quis ampliar esse modelo, inclusive pegando um posto de saúde e colocando só na administração por Organização Social, a policlínica nova, um hospital que a gente já vai colocar. (GM)

Hoje, se quer, porque quer, que a gestão seja toda por uma OS. [...] era para ter uns 3, 4, 5 meses de discussão, bem discutido com a população [...] Porque inicialmente, é dois, três postos de saúde, dois hospitais e depois é pleno, é geral, tudo. (CMU2)

Tão lançando agora um outro modelo que é o modelo mais utilizado, ultimamente, né, no Brasil que é se entregar à organização social, o equipamento todo. Como é, no caso de duas unidades de saúde, que passaram agora no Conselho. [...] Quando você entrega o gerenciamento total, você pode cobrar os resultados. (GR3)

A Organização Social Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina – SPDM assumiu o gerenciamento integral inicialmente de duas UAPS, que de conjunto possuíam quatro eSF, além de duas policlínicas e um hospital distrital. Mas o processo de expansão do modelo de gestão integral por meio desta OS vai além disso. Entre dezembro de 2019 e janeiro de 2020, estavam previstas as implantações de mais 19 UAPS, além de Equipes Multidisciplinares de Atendimento Domiciliar (EMADS) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAPS). (SPDM, 2020)

Tal decisão foi percebida como um risco para as condições e relações de trabalho, como veremos adiante.

... as unidades que vão ser geridas pela OS, né, como é que vai ficar esse atendimento? como é que é o modelo de lá? Como vai ser o profissional? E aquele que tá lá muito tempo trabalhando, como é? Ele vai ser dispensado? (CL5)

... essa OS nova agora, ela vai gerir também em cima dos próprios servidores públicos. Ela vai fazer a parte que a gestão era pra fazer. (CMU2)

Esse avanço no sentido da hegemonização do caráter privado apresenta sólida base ideológica já construída entre os gestores como vimos anteriormente e tem ampla reprodução por diversos meios, como, por exemplo, pelo discurso da inevitabilidade do fenômeno da gestão por OS ou da caracterização de que, para a população, são os resultados da atenção que interessam e não os meios utilizados.

Porque as OS não têm volta sabe. Aí é uma questão que não tem volta. (CMU1)

Se hoje, houvesse uma saída da OS, a prefeitura não tinha como dá um retorno do serviço que é ofertado hoje. (GL2)

Eu ouvi esta frase: “sem ela, sem nenhuma dessas OS...”, [...] Pra poder que o posto funcionasse, para ter a vacina, para que haja atendimento no laboratório, né? era preciso que essa OS estivesse aqui. (CL1)

... tem que se ver, se uma unidade de saúde total, [gerida por] uma OS e uma unidade de saúde pública, como é que elas funcionam. Porque quando a pessoa vai em uma OS, ela não vai perguntar se é uma OS, se é particular, se é pública. [...], ela quer ser bem atendida. (CMU1)

Uma importante relação entre meios e fins resgatada pelos discursos é a relação dos gestores com o contrato de gestão. Em algumas intervenções, alguns gestores demonstraram desconhecer o instrumento, ou seja, os termos que compõem o conteúdo dos contratos de gestão.

Eu tô na coordenação desde 2017. Mas, eu ainda não sei que existe esse contrato [de gestão], eu mesma ainda não vi. (GL3)

... eu não sei assim, a fundo como é esse contrato. Isso foi passado pra gente, mas é uma coisa tão grande, assim que eu não fui ler a fundo a questão desse contrato. [...] *Houve alguma discussão com a prefeitura sobre o contrato de gestão?* Não. A gente teve reuniões pontuais com o ISGH, né. Com representantes do ISGH. (GL4)

Mais grave, no entanto, é o fato resgatado pelos discursos dos gestores, de que não existe uma política de gestão do município que possibilite algum acompanhamento e monitoramento das ações e avaliação das metas a serem atingidas pela OS ISGH. A ausência dessa política gerencial revela-se condição inaceitável diante do fato de que o conjunto da legislação que regulamenta os contratos de gestão (lei municipal 8.704/03 e 10029/13) e que é reproduzido no conteúdo dos próprios contratos de gestão (cláusula 3ª, itens 17 e 19 do contrato 01/2013 p. ex.) determina que a OS tem obrigação de elaborar e encaminhar, à SMS, relatórios gerenciais de atividades na forma e nos prazos definidos pela secretaria e apresentar, ao término de cada exercício ou a qualquer momento, a depender de decisão da própria SMS, relatório de gestão da execução do contrato, contendo comparativos específicos das metas propostas com os resultados alcançados. (ISGH, 2020)

O argumento levantado em algumas entrevistas de que a falta de acompanhamento, monitoramento e avaliação das metas, pelos gestores regionais e locais, decorre da decisão política municipal de centralização do acompanhamento do contrato de gestão por comissão designada pela SMS, não afasta as repercussões de um processo que bloqueia a capacidade de gestão dos níveis local e regional e esvazia, ainda mais, o discurso da eficiência do modelo híbrido público-privado.

O cumprimento das metas do ISGH, previstas no Contrato de Gestão? Não. Eu não acompanho [...] O gestor não acompanha. [...] *Existe algum instrumento de avaliação das atividades, de análise das metas do ISGH proposto e encaminhado pela SMS aos gestores locais?* Não. Eu nunca recebi não. Eu nunca recebi. (GL1)

Há acompanhamento do cumprimento de metas? Do ponto de vista local, não. [...] a gente não tem esse acompanhamento direto não. Nem de dados financeiros, cumprimento de metas, não. A gente, às vezes, reclama bastante porque é algo que a gente imaginava estar no contrato, não chega pra gente. (GL5)

... o que a gente conhece de atingir ou não a meta é o que a SMS passa pra gente. [...] como existe um contrato de gestão onde aqueles insumos estão inseridos, [...] tem onde cobrar, a gente cobra, mas nem sempre a gente obtém sucesso. (GR2)

... não há um acompanhamento pela regional. Esse acompanhamento é feito pelos gestores do contrato do ISGH com a SMS. Quem faz esse monitoramento dos indicadores é uma comissão que é colocada pelo contrato de gestão. [...] não houve essa programação de metas do contrato de gestão do ISGH. [...] A regional não avalia nada. Nada. Nem financeiro, nem administrativo, com relação ao contrato. O contrato é só à nível central, essa avaliação. (GR3)

Além disso, foram levantados nas entrevistas graves problemas no processo de gestão do patrimônio público colocado sob gestão do ISGH. A maioria das intervenções revelou graves erros de interpretação dos gestores sobre a propriedade dos bens sob uso da empresa nas unidades de saúde. Para esses entrevistados, parte do patrimônio sob gestão da OS é de propriedade da empresa e existe uma espécie de “compartilhamento” patrimonial entre a prefeitura e a OS.

Essa interpretação equivocada choca-se com o parágrafo 2º do art. 14 da lei municipal 8.704/03 que determina que os bens públicos podem sim ser destinados às OS, mas, mediante permissão de uso, ou seja, não se permite transferência de propriedade do patrimônio público à OS. O contrato de gestão 01/2013, assim como todos os demais regulados por esta lei, estabelece como obrigação e responsabilidade da empresa o zelo pelos bens móveis, imóveis, equipamentos e instalações mediante termos de permissão de uso, “até sua restituição ao poder público” (ISGH, 2020)

Pode-se afirmar, pelo que expusemos, que neste processo de gestão do patrimônio estão presentes elevados riscos de perda ou desvio de patrimônio público municipal, caso não se corrija essas interpretações equivocadas e se cumpra a determinação legal de devolução dos bens patrimoniais ao município, ao final do contrato de gestão.

... hoje, nas unidades, existe um patrimônio compartilhado. Alguns equipamentos fazem parte do serviço que é ofertado pelas terceirizadas e outros são da prefeitura municipal de Fortaleza. [...] existe equipamentos que fazem parte da terceirizada que é tombado pela instituição. E existe os equipamentos que são da Prefeitura Municipal de Fortaleza que cabe a gestão local fazer o controle dele. Até porque se houvesse uma possível

divisão, onde a OS não fizesse mais parte, eles levariam somente os equipamentos que eles trouxeram pros serviços. (GL2)

... são dois inventários. O ISGH faz o que for deles e a gente faz o que tem nos nossos tombamentos. Eu sou responsável. Assino, inclusive, inventário. Mas, como eu te disse: dos bens, do município. Do ISGH, não. [...] Do ISGH, vem o pessoal do ISGH fazer isso aí. (GL5)

... Quando o ISGH entrou no sistema gerencial da prefeitura, eles... apresentaram, compraram alguns móveis, equipamentos. E aí, eles tinham um controle desse patrimônio. (GR3)

... tudo que tem aqui, é da ISGH. Desde a lâmpada, o ar-condicionado, computador, tudo. Assim, então a gente não sabe, eu não sei no que consta, o contrato com o ISGH. Eu não sei o quê que eles deveriam ter, né. Eu só sei, que não deveria faltar nada. Porque eu acredito que o dinheiro que eles recebem é suficiente pra suprir tudo. (TSF4D)

Uma outra questão importante levantada nas entrevistas foi o fato de que nenhum estudo ou pesquisa avaliativa do contrato de gestão foi realizada pelo município nesses sete anos de contratação. Tal condição não impediu, como vimos anteriormente, o município de avançar na celebração de um contrato de gestão que colocava unidades de saúde do município sob controle integral de uma OS.

Houve algum estudo, revelando o que mudou nos indicadores de saúde depois da chegada da OS? Não. A gente tem a ideia. [...] tua resposta é essa: tem hoje? Hoje, não tem. (CMG)

... se eu lhe disser que eu tenho isso [avaliação de indicadores] aqui contado, dessa forma: eu não tenho. Mas a gente tem, de forma indireta, alguns resultados apontando nesse sentido. [...] Fica muito difícil a gente medir aqui em Fortaleza porque a Atenção Primária toda não está neste modelo de gestão por OS. É parte dela. (GM)

[...] se a gente tem indicadores, se a gente mensura isso, a nível de regional, não. [...] mas, te dizer assim, em forma de indicadores, de mensurar isso, a gente não tem. [...] acho isso é uma fragilidade nossa, enquanto gestão, né. A gente tem que saber lidar com esses indicadores, tratar isso, né? Fazer planejamento em cima de melhorias. É isso que eu falo quando a gente trabalha com gestão de resultado. Gestão de qualidade é você ter esse dado. (GR5)

Um das promessas do governo com a adoção do modelo de gestão com base na OS era a redução da influência político-partidária sobre o funcionamento das unidades de saúde. Tal promessa tinha por base as críticas recebidas pelo governo anterior em relação à forma de atuação da antiga OS IDGS. As intervenções dos entrevistados mostram que tal promessa parece não ter sido cumprida.

A política partidária, ela interferiu muito na política de saúde. (CL5)

Nunca deixou de ter as empresas. E, sempre ligado a questões políticas, né. Ligado a vereador, ligados a cargos políticos. [...] quando veio a ISGH, a gente achou que, pelo menos, ia ser uma coisa mais isolada, ali. Ia afastar um pouco essa questão política. Mas, com o passar do tempo, a gente viu que não, que também havia questões políticas por trás da ISGH. (TSF4D)

... a central de marcação: pra mim, ela não funciona direito. Há muita intervenção política, entendeu? (TSF6E)

Por fim, o balanço geral do conjunto dos entrevistados apresentou caracterizações majoritariamente negativas sobre a conformação do modelo de gestão híbrido público-privado de Fortaleza. Como vimos, os discursos reproduzem conceitos e práticas do programa neoliberal, mas resgatam também suas contradições e, com elas, apresentam vários processos de luta e resistência ao modelo privatista. Destaque-se a precarização das relações e condições de trabalho das equipes de Saúde da Família e a ameaça aos princípios e diretrizes da ESF e do SUS, a manutenção e aprofundamento, em alguns casos, das dificuldades de acesso da população às ações e serviços, das práticas autoritárias de gestão e de mercantilização da atenção à saúde, da perda ou redução dos vínculos entre trabalhadores que cuidam e são cuidados no interior do sistema, etc. Ao mesmo tempo expressam a insatisfação e frustração com aquilo que os defensores do modelo prometeram e não cumpriram e com os métodos adotados pelo governo para garantir sua implantação.

Não teve melhora [com a chegada do ISGH]. Assim: o que eu vejo é pelo contrário. Assim, estou falando da minha realidade enquanto médica: vou pedir um exame e o exame não sai. Exame simples, tipo ultrassom. Uma dificuldade enorme. (TSF6M)

... a experiência com o ISGH, na ponta, não achei (...) um grande ganho. (CL5)

... vou tomar do contrato o que conheço do ISGH, se aquilo ali fosse cumprido pelo menos 80%, talvez melhorasse um pouco a saúde. [...] Parece que aquilo ali é muito bem enfeitado, para passar. Na hora que aquilo ali é aprovado [no Conselho], pronto, esquece tudo! (CL3)

... foi um casamento assim, entendeu, que não teve um rendimento bom, 100%, pode ter até uns 70 %, eu acho, mas deixa muito a desejar[...] que tem que realmente melhorar mais porque essa implantação deixou muito a desejar. (CL2)

... eu não me sinto satisfeito com a questão da entrada do serviço privado executando as questões públicas. (CMU3)

5. 2 A centralidade da ampliação da exploração da força de trabalho

A hegemonização do caráter privado do modelo de gestão híbrido da APS de Fortaleza atende a um dos objetivos centrais da estratégia neoliberal de privatização do SUS: a efetivação de meios e modos de ampliação da exploração da força de trabalho na saúde.

Observando a relação capital-trabalho, percebe-se que o modelo de gestão híbrido público-privado com base nas OS, apesar de parecer somente um modelo de “terceirização da gestão” pública dos serviços de saúde, até porque é assim que se apresenta, na realidade, atua estrategicamente como um instrumento potencializador dos processos de precarização, via terceirização/quarteirização das relações de trabalho na saúde e, conseqüentemente, potencializador da ampliação da exploração da força de trabalho, um dos pilares fundamentais da agenda neoliberal.

Com o modelo de gestão híbrido com base na OS foram criadas condições para um aprofundamento da precarização das relações de trabalho no SUS em razão da possibilidade, aberta pelo modelo, de diversificação da oferta de mão-de-obra e da ampliação da concorrência entre modelos de contratação no serviço público em favor de formas de contratação precária.

... tem a grande questão dos profissionais que trabalham como servidor. Você trabalha com terceirizado, com RPA então, tem vários perfis envolvidos dentro do serviço público. [...] Eu tenho terceirizada, que é o ISGH e tenho outra terceirizada, quase que quarteirizada, que posso dizer assim, que é a SERVAL.(GL2)

Elas [as OS] acabam retirando alguns postos de emprego dos trabalhadores, né. Porque poderia até, ter mais concursos pra os profissionais, mas como já tem as OS, né. Acredito que elas tiram esses espaços dos profissionais. (TSF2D)

...eu estive conhecendo o ISGH. Conheci todo o processo deles. [...] Há uma resistência lógica. Porque nós queríamos estar, todos nós trabalhadores, vinculados por meio de concurso público, por carreira única. (CMG)

As diversas formas de precarização da força de trabalho da saúde abertas com o modelo de gestão híbrido das OS (terceirização/quarteirização, contratação temporária, etc) e a imensa rotatividade proporcionada por ela influenciam, com peso significativo, o “mercado de trabalho” do sistema público de saúde. O avanço quantitativo e qualitativo do trabalho precarizado na APS de Fortaleza e no SUS, por extensão, pressiona para baixo o salário médio do conjunto dos trabalhadores da

saúde, ameaça direitos trabalhistas e previdenciários dos servidores públicos e possibilita a ampliação do controle do tempo e do processo de trabalho do conjunto dos trabalhadores da unidade, inclusive das eSF.

...vem muita rotatividade de profissionais, né,[...]. E aí teve que as pessoas retomar o processo de trabalho e você tem que tá sempre repassando o processo de trabalho, porque sempre pessoas novas tão vindo e tão entrando. (TSF4D)

Eles são treinados pra estar ali. E quando o profissional não atende ao perfil, eles são avaliados, são dados feedbacks, até chegar o momento do desligamento ou não. (GR5)

Este elemento do controle do tempo e do processo de trabalho dos trabalhadores individualmente e das equipes de saúde é um dos elementos mais valorizados nas avaliações do modelo pelos gestores de saúde e uma das expressões mais visíveis da superexploração da força de trabalho.

... as organizações sociais, que são instituições privadas, elas têm realmente o controle dos seus funcionários. O que eu acho que no setor público, infelizmente, não temos esse controle efetivo, como o privado tem [...] na organização social existe uma responsabilização maior do funcionário com relação ao seu trabalho do que o servidor público. (GR3)

Eles [trabalhadores do ISGH] se preocupam muito com a questão da pontualidade. A questão dos atrasos. De não estar ausente. Não estar colocando atestados. (GL6)

... muitas vezes, eles [profissionais de saúde] não têm o compromisso de chegar na hora aqui. Porque lá [na rede privada] não pôde sair no horário x. Lá eles têm que chegar no horário tal e aqui não. (GL1)

... um ponto muito positivo gerencialmente, eu tenho uma equipe que tá ali, preparada pra trabalhar todos os dias. Dentro dos horários que seguem o critério CLT. [...] eu particularmente sou a favor das OS. [...] o ideal é que fosse concurso público [...] Mas, na atual situação, a falta de recurso. Cada vez mais o sistema tem sufocado os profissionais que existe. (GL2)

... o ISGH, a nível de gestão, foi bem positivo isso porque a gente tinha muitas dificuldades de profissionais de nível administrativo (GR2)

...Se um profissional falta por adoecimento, qualquer coisa, na mesma hora é repostado. Né? Férias, alguma coisa assim, já tem um profissional pra substituir (GL4)

O caráter fortemente ideológico desse controle da força de trabalho na saúde faz com que até mesmo os trabalhadores que atuam nas instâncias de representação política da saúde avaliem como positiva essa condição.

... os funcionários, hoje, tá cumprindo horário, né. Se não cumpre horário, têm a falta. Que antes não estava acontecendo isso. Então isso foi uma melhora. (CL6)

Grande parte do posicionamento favorável dos gestores ao modelo de gestão com base na OS tem relação com o trabalho de gestão em si. Para uma parte deles, principalmente os gestores regionais, que não sofrem os efeitos da disputa de poder local, o “apoio à gestão” oferecido pela OS, através da figura da ADM, denominação dada ao equivalente ao “gerente administrativo” da empresa na unidade de saúde, alivia o peso da responsabilidade pela gestão de toda a unidade e permite ao gestor centralizar-se em atividades “típicas” de gestão.

... eu acho que foi muito bom pra pessoa do gestor. Porque, ele poderia se centralizar mais no processo de trabalho e monitorar indicadores e acompanhar os processos assistenciais. (GR5)

... existia uma sobrecarga de função do coordenador. E aí, eu percebi com a entrada das OS ou das empresas terceirizadas, a gente teve uma colaboração de outro setor, onde tinha supervisores que eram responsáveis pelo material [...] o coordenador passou a fazer o papel de fato que é gerenciar, acompanhar indicadores, estratégias de melhorar as agendas e de acesso ao serviço. (GR6)

... tenho o ISGH como um apoio grande. [...] a ADM é um apoio grande pra mim. [...] na questão da supervisão da limpeza, na manutenção dos equipamentos, computador que dá problema. Fico imaginando se não existisse a figura dela e do ISGH, né? Aí seria tudo com o coordenador. Eu acho que eu não daria conta. (GL4)

Porque a ADM é uma gestora também. Ela acaba gerindo a equipe dela dos privados, não é? Apesar de eu também ter como fazer isso, mas ela está respondendo muitas coisas deles. (GL6)

A oferta de meios, métodos e instrumentos gerenciais “rígidos”, hierarquizados, típicos de modelos administrativos centralizados, para ampliação do controle da jornada e do processo de trabalho é uma outra das expressões centrais do processo de precarização das condições de trabalho derivado do modelo de gestão com base nas OS. Os trabalhadores da ESF apontam, com suas percepções, as diferenças de condição de trabalho quando observada esta condição de perda de autonomia em relação aos tempos e a condução do processo de trabalho no ambiente “privatizado”.

... a cobrança é muito maior, né, num ambiente privado. Você sente medo de tropeçar. De fazer algo de errado. Aí, isso te limita muito [...] Aqui você já flui. Mas, não tem muito recurso e a gente tenta fazer o que pode. (TSF3E)

... a empresa privada te bota tipo no formol. [...] a Estratégia de saúde da Família, ela é uma coisa contextualizada. O serviço é contextualizado. Eu tenho que me organizar de acordo com minha área de abrangência. O médico, o enfermeiro, todo mundo, o dentista. E, no caso, a empresa privada,

ela não deixa liberdade pra fluir o PSF, a Estratégia de Saúde da Família. (TSF5E)

Lá [no setor privado], lógico que você tem que seguir a cartilha né? Muito diferente daqui que você ainda consegue liberdade para algumas ações. Lá não. (TSF6E)

... no setor público, a gente sofre um pouco, às vezes, com a demanda que é muito alta, precisa atender mais pacientes do que seria o ideal, mas, pelo menos, aqui na nossa unidade, a gente consegue organizar. (TSF4D)

Além da rigidez dos processos de controle dos trabalhadores, outros elementos da estrutura dos modelos privados de gestão são resgatados nas entrevistas, como as relações e as práticas de gestão de cunho hierarquizado e autoritário. Alguns relatos evocam práticas abusivas características dos contextos de superexploração do trabalho.

... aqui se reproduz de uma forma bem clara o modelo de hierarquia e de organização que acontece no setor privado. E, dentro desse processo de organização do trabalho é imperativo, a questão do autoritarismo, nas várias relações, independente do nível de formação do profissional que a gente está falando. Mas, o autoritarismo, ele é espelhado, principalmente, na questão do assédio moral. (TSF2D)

... a gente teve questões de assédio moral, nessa gestão, durante vários períodos com a questão do ISGH e eu vejo mais assim por essa instabilidade dos profissionais, se sentirem meio coagidos. (TSF2E)

Tais métodos e instrumentos de controle do trabalho foram fundamentais para a aplicação do modelo de atenção centrado na demanda espontânea, ou seja, de “upanização” da APS que analisamos anteriormente. Os impactos sobre o trabalho das eSF da relação entre os modelos de gestão e atenção, ora são percebidos com clareza, ora não.

... ele [prefeito] trazia o modelo que deu certo lá no sul e queria implantar aqui em Fortaleza. Como implantaram. Nesse modelo, que era essa parte de demanda espontânea e de demanda programada atrapalhou porque tipo assim: as agendas dos médicos ficaram limitadas a esse novo gerenciamento. Isso atrapalhou muito a Saúde da Família. (CL3)

O que entrava é porque assim: tudo tem que passar pelo ISGH para poder organizar as agendas. Então acho que isso dificultou. Certo? Porque tudo tem que procurar no controle eletrônico. Então, isso dificulta a gente ir pra área. (TSFM1)

... o que mudou foi a questão do modelo de [...] a mudança no processo de trabalho. Que aí, eu acho que não foi a ISGH. Foi a Secretaria de saúde mesmo, que mudou. O modelo de atendimento mudou. (TSF4D)

... nem sei lhe dizer se houve alguma mudança, porque antes do ISGH era uma outra né? Muda de nome, muda de personagem, mas o serviço é o

mesmo né? [...] a única mudança que houve foi assim, que eu lembro mesmo, eu acho que é a questão da DESP. (CL4)

Esta sinergia entre as ações de gestão da OS e o modelo de atenção podem ser resgatadas nas intervenções que revelam o controle da empresa sobre o processo de trabalho das eSF. Tais intervenções, reveladoras da perda da autonomia individual e da equipe de trabalho, são expressões da ampliação da exploração da força de trabalho. Revelam ainda um elemento que abordamos no tópico anterior, relativo à “disputa” entre a empresa e o gestor local pelo controle do conjunto das ações da unidade de saúde. Como afirmamos anteriormente, longe de dedicar-se somente às atividades de apoio à gestão, há elementos materiais que apontam para a primazia da OS na gestão dessas ações, inclusive no controle, mesmo que indireto, do processo de trabalho das eSF. Tal condição revela, por fim, a importância técnico-instrumental e política da OS para o modelo de gestão.

... eles [o ISGH] formataram horários de consultas, né? Consulta comum com 15 minutos. [consulta de] pré-natal era para ser em 30 [minutos], se fosse subsequente. Pré-natal de primeira vez, queriam que fizesse uma hora. É como se você transformasse, como se diz: a qualidade em quantidade. [...] Aí aumentou os índices de mulheres com sífilis, né? (TSF6E)

... eles [do ISGH] que marcam. São eles que controlam. São eles que: quando eu olho, está minha agenda toda aberta, sem me ter sido avisado. E eu: valha tem mais paciente do que realmente eu tinha determinado. Então assim: eu vejo que, pelo contrário, como eu disse: houve foi destruição. (TSF6M)

... veio esse negócio, assim, meio que imposto dos horários. Esse negócio de parametrização da agenda. Eles querem colocar até o tempo que você tem que atender. “ah! mas o pré-natal de seguimento tem 20 minutos.” Como assim? “um pré-natal de primeira vez, meia hora.” Onde a gente tem que fazer testagem rápida. (TSF4E)

... tinha lá um instrumento que eu não lembro mais o nome, que você, pela aquele instrumento ali, você ia calcular a porcentagem de criança, a porcentagem não sei de quê pra deixar tudo, tantas vagas pra... mas, não é assim. O território, ele tem vida. Ele muda. E aí, você vai viver em cima duma tabela, calculando porcentagem? (TSF5E)

Além disso, os trabalhadores denunciam aquilo que, neste estudo, se apresenta como uma contradição fundamental do modelo de gestão da APS de Fortaleza: o processo de burocratização das ações induzido pela OS. Os efeitos dessa “burocratização” sobre as ações da ESF e as condições de saúde dos trabalhadores são expressões dessa denúncia.

A farmácia funciona, mas, é também, muito burocrática. Muito burocrática. [...] o que mudou foi emperrar o serviço na equipe de Saúde da Família. [...] tirar daquele modelo de promoção e prevenção e trazer os profissionais amarrados em burocratização. (TSF5E)

... a questão do ISGH, a gente tinha uma negociação com a coordenação para articulação da agenda, e de certa forma ficou mais truncado assim, ficou mais engessado. (TSF2E)

... eles criaram protocolos que são sem nexos. A gente já brigou muito. Hoje em dia, a gente faz só rir porque senão a gente vai adoecer. Tá todo mundo aqui adoecendo. Todos os profissionais. (TSF3E)

Uma outra expressão da precarização das relações e condições de trabalho deste modelo de gestão é a redução das possibilidades de construção de vínculos dos trabalhadores entre si e com a comunidade, elemento essencial para o processo de trabalho na APS.

... quando o ISGH chegou, eu senti a questão da distância dos profissionais. Porque, antes existia uma integração melhor, sabe? Dos profissionais. O ISGH, ele cria uma barreira, né? a barreira até física, porque, eu, como funcionária, não posso entrar no NAC (TSF5E)

Eu esperava mais organização. De acordo com a promessa deles. Então, o que vejo? Eu vejo profissionais que vêm para nossa unidade de forma terceirizada. O que eu falei anteriormente: falta o vínculo (GL6)

Esta pressão sobre os servidores e demais trabalhadores do SUS impacta também nas relações de trabalho estabelecidas no setor privado de saúde em razão da influência dos salários e demais direitos dos servidores na determinação do salário-médio desse setor. Tais efeitos do modelo de gestão são extremamente importantes para a ampliação do lucro capitalista nos setores público e privado de saúde e para a apropriação privada do fundo público em razão da redução dos gastos sociais do Estado.

Esses efeitos econômicos da precarização das relações e condições de trabalho sob a forma de rebaixamento da renda média dos salários e de direitos dos trabalhadores de saúde têm relação com a centralidade, para o capital, do peso dos “custos” da compra de força de trabalho para a composição dos gastos gerais em saúde. Nesse sentido, tais efeitos tornam-se fundamentais para a redução dos gastos e investimentos estatais em saúde e, por meio da competição de mercado, também, para redução dos custos da compra da força de trabalho pelo setor privado. Não levantamos tais efeitos sobre os trabalhadores do setor privado em razão dos limites do objeto deste estudo.

Importante considerar que a “receita” obtida pela redução dos gastos e investimentos em saúde decorrente da precarização das relações de trabalho parece ser absorvida pela relação estabelecida entre o município e a OS. Tal possibilidade explicaria a percepção dos grupos de entrevistados de que o modelo de gestão por OS, além de mais burocrático, é mais dispendioso para o orçamento público que a administração direta dos serviços de saúde.

... se o pessoal administrativo fosse concursado, eu acho que o gasto seria menor. Na minha percepção seria menor. (TSF1E)

Eu acho que apesar de a gente imaginar que as OS são mais caras, porque eu acredito que seja mais caro, mas são empresas qualificadas para poder fazer o serviço. Eu acho que elas são qualificadas. (GR6)

A pressão exercida sobre os trabalhadores da saúde com a precarização carregada pelo modelo de gestão por OS serve também como base material para a reprodução do discurso, muito forte entre os gestores como vimos anteriormente, que associa a política de precarização do trabalho com a “eficiência” dos serviços de saúde.

A minha percepção vem no aspecto de desburocratizar [...] você contratar um profissional, existe toda uma burocracia, tem que ser concurso, processo seletivo e tal. Eu vejo as OS, elas têm competência para gerenciamento porque elas são especialistas nisso. (GR6)

Tal discurso ideológico garante a reprodução de um ideário naturalizante da exploração e, algumas vezes, degradante do trabalho em saúde.

... se eu for comparar até um dado de uma unidade que tem só enfermeira celetista, ela produz muito mais que um dado que eu tenho só enfermeiro estatutário. É triste porque eu sou enfermeira estatutária. Eu tenho uma unidade que tem 6 equipes. Uma delas, eu tenho enfermeira terceirizada. Então, ela chega a fazer 500 atendimentos/mês [...] na mesma unidade, com o mesmo público, a produção do estatutário é bem inferior, chegando, às vezes, à 50 % do que a outra produz. [...] eu vejo que, às vezes, os profissionais das empresas terceirizadas, elas acabam produzindo mais. (GR6)

A negação do impacto do modelo de gestão da OS sobre as relações e condições de trabalho das eSF é também um componente fundamental do discurso ideológico que encobre o processo de exploração. O discurso passa necessariamente pelo encobrimento da relação estabelecida entre o município e a empresa.

A gente tá aqui pelo mesmo ideal, não é? Que é prestar uma saúde de qualidade pro usuário, e tudo. Do ponto de vista de modelo empregatício, isso não influenciou muito. (GL5)

... como a OS não mexeu em atividades fins que foi a Estratégia de Saúde da Família mesmo, então assim, não teve impacto tão grande. Agora, a nível de atendimentos meio, eu acho que foi bem positivo. (GR2)

... à medida que ela paga pelo serviço prestado, estabelece indicadores, porque não é uma terceirização, é um contrato de prestação de serviços.(GR3)

... vejo que tem muito profissional contra as OS por achar que: “não, as OS vai tomar os lugares dos profissionais servidores!”. Acredito que seja mais a questão da prestação de serviço mesmo. É pra tá dando benefício à população. (GR4)

Outro componente do discurso ideológico aponta para a inevitabilidade do modelo de gestão híbrido com base na OS.

... se houvesse a saída das OS hoje, certo? Teria que ter um processo de adaptação, de profissional ou chamava pra um concurso público? Será que a prefeitura teria como manter isso, com novos servidores? Como é que seria o processo? (GL2)

A relação intrínseca entre modelos de gestão e de atenção e, no interior desta, entre condição de trabalho das equipes e condição de atenção à saúde da população deixa entrever os impactos da precarização das condições e relações de trabalho sobre a atenção à saúde na APS. Há uma percepção de piora nas condições de atenção à saúde nas UAPS, com a implantação do modelo de gestão público-privado na APS do município, com efeitos diversos.

Eu acho que não construí. Eu acho que destruí. Está certo? Até porque assim, por exemplo: na minha equipe, eu tinha um acolhimento acontecendo na minha equipe. Então assim: eu atendia. Eu acolhia os pacientes. E eu marcava os pacientes. Está certo? E a partir do momento em que chegou [o ISGH], eu não pude mais fazer isso. (TSF6M)

A percepção do caráter determinante deste modelo de atenção, centrado na demanda espontânea (DESP), na ocorrência destes efeitos está presente em várias intervenções, não apenas dos trabalhadores, mas também de conselheiros de saúde.

É porque a DESP tira, de certa forma, acho que dois turnos da equipe, né? Aqueles dois turnos que era só pra equipe passa a ser pra DESP. Aí, subtrai muito tempo do profissional [...] Em termos de práticas que mudou, foi só a questão da DESP mesmo. (CL4)

... não deram tanta condição àquele profissional. Porque eu pego um profissional (...) eu vou tirar ele lá da ponta. Lá do atendimento dele. Das visitas dele e vou colocar ele aqui pra fazer (...) demanda espontânea. (CL5)

... nós estamos trabalhando de uma forma que ela não é Saúde da Família, né? É assistencialismo momentâneo. As unidades de saúde hoje é mais pra quem chega, do que pra quem agenda, né? Sempre a gente vê por aí nas unidades que tem aquela quantidade de fichas do dia pro médico atender, né? uma demanda espontânea que acaba não sendo uma Saúde da Família. (CMU3)

Os grupos de conselheiros e trabalhadores de saúde apontaram diversos problemas assistenciais, sendo alguns deles muito graves, como a condição das ações programáticas, preventivas e de promoção de saúde das equipes de Saúde da Família. Nas intervenções, são expostas diversas ameaças ao trabalho e à atenção na APS, em razão do modelo de atenção centrado na demanda espontânea, principalmente sobre as ações programáticas, de promoção e prevenção como o programa de saúde materno-infantil, os programas de visitas domiciliares a acamados e puérperas, os grupos de hipertensos e diabéticos, de tuberculose e hanseníase, de adolescentes, etc.

... a puericultura, antigamente, ela era mais acompanhada. A questão da puericultura. Né? Que a gente fazia aquele acompanhamento de zero a seis meses. Eu acho que isso ficou muito deficiente. [...] aqui tinha acompanhamento com adolescente e a gente não tem mais. O adolescente só vem quando ele tá literalmente doente. (CL5)

... visita domiciliar não existe mais. [...] eu não falo mais nem do médico, falo do enfermeiro que tinha atividade de prevenção e promoção: não existe mais. [...] você vai fazer atividade de educação em saúde na escola, de higienização, de saúde bucal, as crianças não têm escova. (CMT1)

O hipertenso e diabético era acompanhado com médico e com enfermeira, né? Com o acolhimento, né, eles vão mais renovar receita. [...] Não existe mais a visita domiciliar semanal ou a visita da puérpera, né, que seria na... na primeira semana de vida da criança. [...] Existia maior controle dos pacientes de tuberculose. Tá? Que a equipe tinha mais condições de ver os faltosos. (CMT2)

Nós tínhamos pelo menos 50% do tempo pra serem utilizados na promoção em saúde, nas ações coletivas, as enfermeiras iam pras escolas, agora, está muito voltado pras ações de demanda espontânea, do acolhimento e do DESP, né? acabam as enfermeiras, não tão fazendo tantas ações coletivas, de promoção e prevenção que era o papel mais importante do PSF. (TSF3D)

Destaque-se nesse quadro, a percepção do risco de perda de vínculos entre as equipes e destas com as famílias cuidadas.

Perdeu um pouco do vínculo das práticas com o paciente. [...] Além disso, tem a questão dos ACS. Porque como você perde esse vínculo com o ACS e, às vezes, você não consegue: o paciente falta e você, às vezes, pede para o agente de saúde fazer a captação daquele, a busca ativa daquele paciente e, às vezes, você não consegue. Você não tem um vínculo mais com o agente de saúde. Você não vê mais ele. (TSF6E)

... profissional de Saúde da Família, ele tem vínculo com seus pacientes. E, às vezes, aquele vínculo, ele até melhora a saúde do paciente. (CL5)

... você deixa de andar mais no território, acompanhar as famílias, porque no DESP, os profissionais atendem áreas de todas as áreas. Então, ele perde um princípio básico da atenção primária à saúde que é o vínculo com aquela equipe. (CMT1)

Para os trabalhadores, a burocratização das ações das eSF provocada pelo modelo de gestão com base na OS está no centro desta percepção de piora do quadro de atenção à saúde.

É mais trabalhoso porque a gente precisa, por exemplo, preciso mudar minha escala: tenho que entrar em contato com a coordenação, pra coordenação entrar em contato com o ADM [...] então, a burocracia como eu estou lhe dizendo, um trabalho sempre tem mais dificuldade. [...] No meu ponto de vista, eles continuam fazendo o trabalho só que com mais burocracia. (TSF1E)

Mudou em tudo, né! A gente não tem mais a parceria que tinha antes de distribuição, de pedir pra liberar, de fazer. Às vezes, eu fazia uma receita e pedia. Agora não, nada. Agora é tudo via sistema. E olhe, e olhe lá. [...] a questão de tentar resolver o problema do paciente. Dificultou mais. Eu acho que antes a gente tinha mais uma abertura pra tentar resolver, pra liberar uma coisa. Pra tentar sanar o problema do paciente. (TSF3E)

Observando o conjunto das percepções a partir de cada grupo, podemos afirmar que para a maioria dos conselheiros de saúde o modelo de gestão da APS de Fortaleza atua promovendo aspectos variados da hegemonia material e ideológica do elemento privado na relação público-privada da saúde do município. As percepções majoritárias resgataram elementos que dialeticamente reproduzem e desconstróem a relação estabelecida na APS de Fortaleza entre o modelo de gestão público-privado e o modelo de atenção centrado na atenção à demanda espontânea.

Para os gestores de saúde, o modelo de gestão apresenta-se de forma contraditória, com a OS, por um lado sendo vista como um instrumento de apoio fundamental para reduzir a carga das responsabilidades de gestão e ampliar o controle sobre a jornada e o processo de trabalho dos trabalhadores da APS e, por outro, percebida como uma ameaça ao poder diretivo dos gestores. As percepções

majoritárias resgataram as dificuldades dos gestores articularem instrumentos de gestão associados à OS, como o planejamento e acompanhamento dos indicadores, o monitoramento e o balanço das metas estabelecidas no contrato de gestão.

Para os trabalhadores, o modelo de gestão com base na OS promoveu uma maior burocratização dos processos de trabalho e atenção à saúde, representando, neste sentido, uma ameaça ao direito à saúde da população e às condições e relações de trabalho na ESF. As percepções revelaram diversas ameaças à autonomia das eSF e à continuidade das ações programática de promoção e prevenção como parte da contradição entre o modelo de gestão eficiente anunciado pelo município e a realidade controlada e burocratizada dos serviços de saúde da APS.

6 RELAÇÕES E CONDIÇÕES DE TRABALHO EM SAÚDE NA APS DE FORTALEZA

As reflexões, neste estudo, a respeito das relações e condições de trabalho na APS de Fortaleza, foram construídas tendo como base o conjunto das relações estabelecidas no processo de trabalho das equipes de Saúde da Família (eSF) do município. Tais relações, como vimos no capítulo anterior, estão localizadas no centro dos efeitos do modelo de gestão híbrido público-privado com base nas OS, política estratégica para as contrarreformas neoliberais do Estado na saúde.

Serão apresentadas nesta seção reflexões sobre as sínteses gerais dos diálogos/confrontos das sínteses dos grupos de entrevistados na dimensão relações e condições de trabalho na APS de Fortaleza, nos níveis de análise político-social, gerencial e assistencial, divididos em dois eixos: um modelo de precarização das relações e condições de trabalho na saúde e segmentação política e perda de vínculos como expressões da precarização.

Analisando os elementos que envolvem as relações e condições de trabalho dos trabalhadores das UAPS e suas estratégias de participação e intervenção sobre o processo de trabalho na APS, bem como, as condições de gestão e de trabalho das eSF de Fortaleza, no período, podemos caracterizar o conjunto dessas relações como determinadas, centralmente, pelo aprofundamento e consolidação da precarização dessas relações e condições gerais e específicas de trabalho na ESF e no SUS, tendo a segmentação política entre os trabalhadores, representada, grosso modo, pelos distanciamentos e exclusões no interior da classe social e nos processos político-organizativos de participação social no SUS, e os consequentes, riscos potenciais e efetivos de perda de vínculos diversos entre os trabalhadores no interior da UAPS e no interior da eSF e destes com os demais trabalhadores que usam o SUS, residentes no território, como consequências mais significativas na atenção à saúde no município.

O processo de precarização das relações e condições de trabalho derivado da implantação dos modelos de gestão com base nas OS e de atenção com base na demanda espontânea, bem como, o conjunto de reformas administrativas e estruturais realizadas pelo governo municipal na APS parece ter promovido um aprofundamento das condições gerais de exploração da força de trabalho da saúde e, desta forma e neste sentido, atendeu ao objetivo estratégico de redução dos gastos estatais com as

políticas setoriais e sociais e a ampliação do processo de privatização do SUS, ou seja, é parte essencial do programa de contrarreformas neoliberais do Estado, como afirmamos no capítulo anterior.

Tais relações e condições parecem estar na base do cenário de segmentação política dos trabalhadores da saúde derivada dos diferentes níveis de segregação social e política concernente ao modelo atual de exploração capitalista. No caso específico da APS municipal, tal segmentação, derivada dos níveis crescentes de segregação entre os trabalhadores em razão dos modelos precarizados de contratação, pode ser resgatada, ainda que de forma bastante rudimentar, a partir das percepções sobre as dificuldades de construção de processos organizados de ação unitária nos espaços formais e informais de mobilização e participação política do SUS municipal. Tal condição precarizada de contratação parece associada ainda às percepções de ruptura e perda de vínculos diversos, essenciais para o trabalho em saúde, seja dos vínculos jurídico-trabalhistas, atacados diretamente pela política precarizante do município, seja dos vínculos políticos, de solidariedade entre os trabalhadores, seja dos vínculos sociais, com os demais trabalhadores cuidados pelo SUS e que compõem o território físico e político-social em que atua a ESF.

6.1 Um modelo de precarização das relações e condições de trabalho na saúde

As relações e condições de trabalho na APS de Fortaleza foram caracterizadas, pelo conjunto dos atores sociais, como conformadas por processos de precarização. Esses processos têm o objetivo de ampliar e aprofundar as condições de exploração da força de trabalho na saúde e, no caso da APS, expressam-se em níveis e graus variados entre os trabalhadores. Tais níveis de exploração sofrem significativa determinação dos vínculos contratuais jurídico-trabalhistas estabelecidos entre os trabalhadores e o Estado. Parecem associados, também, a condições de ameaça e/ou efetivação de processos de ruptura e perda de vínculos dos trabalhadores das eSF entre si e com a comunidade, como veremos adiante.

Diversas percepções resgatam aspectos desta condição geral de precarização. O município de Fortaleza possui desde 2013, dentro da estrutura de serviços da APS, trabalhadores de saúde com vinculações jurídico-trabalhistas diversas, sendo a maioria delas precarizadas. Apesar de hoje parte dos trabalhadores

das eSF estarem vinculados ao regime jurídico único do município, em razão do concurso público organizado pelo estado do Ceará em 2005 para o Programa de Saúde da Família (PSF) dos municípios e que, no caso de Fortaleza, resultou na convocação e efetivação progressiva, a partir de agosto de 2006, nos quadros de servidores do município, de aproximadamente 1.350 trabalhadores, divididos entre médicos, enfermeiros e dentistas, os demais trabalhadores componentes das eSF, auxiliares e técnicos de enfermagem e saúde bucal, agentes comunitários de saúde (ACS) e de combate à endemias (ACE), além do conjunto dos trabalhadores do Núcleo de Apoio ao Saúde da Família, atual, Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF), e, principalmente, os demais trabalhadores das unidades de saúde responsáveis pela recepção, manutenção, limpeza, organização administrativa, etc, historicamente, tiveram formas diversas de contratação, sendo a imensa maioria com vínculos precários diversos.

Parte desses vínculos precários estavam, e ainda hoje alguns permanecem, sob a forma do chamado Registro de Pagamento a Autônomo (RPA) e outros sob formas de contratos de trabalho com empresas de terceirização.

O trabalhador com vínculo sob a forma de RPA apresenta a forma mais precarizada de relação trabalhista, visto que, o trabalhador nesta modalidade, não tem sequer seu vínculo formal de trabalho reconhecido juridicamente pelo município. Apesar de cumprirem os mesmos deveres e obrigações dos demais trabalhadores da saúde, inclusive aqueles inscritos nas relações jurídicas estabelecidas na Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) que determinam a vinculação jurídica como trabalhador formal e não como prestador de serviços, os trabalhadores contratados por RPA não têm acesso sequer aos direitos trabalhistas cobertos por este regime.

As ações dos trabalhadores de denúncia da ilegalidade da relação jurídica estabelecida pelo município e as mudanças judiciais e legislativas ocorridas ao longo de tempo, fizeram com que o município aderisse a um novo instrumento jurídico-contratual, chamado contrato administrativo. Este modelo garante ao município uma modalidade de contratação de caráter temporário, ou seja, por tempo determinado, que, em muitos sentidos, representa uma formalização da condição precarizada do RPA, visto que, continua não garantindo aos trabalhadores acesso ao conjunto dos direitos trabalhistas previstos na CLT. Importante observar que esta adesão ao modelo do contrato administrativo não extinguiu a modalidade de contratação por RPA. Ela continua ocorrendo, inclusive com a contratação de trabalhadores das

categorias profissionais de nível superior da ESF, mesmo com disposição legal contrária.

A outra modalidade de vinculação dos trabalhadores das UAPS se dá por meio da OS ISGH. Alguns trabalhadores possuem contratos celetistas temporários diretamente com a OS e outros possuem vínculo indireto com a empresa por meio dos chamados contratos de terceirização. O processo de compra terceirizada da força de trabalho na saúde do município de Fortaleza foi fortemente impulsionado pelo modelo de gestão da saúde com base nas OS. Desde a gestão anterior, ainda no período do governo Luizianne Lins (2005-2012), já havia contratação nesta modalidade, pela OS IDGS contratada pelo governo à época. Com o governo Roberto Cláudio (2013-2020) e os contratos de gestão assinados pelo município com a OS ISGH, essa prática se aprofunda, com algumas mudanças formais em relação ao modelo anterior, mas guardando a essência do modelo que é a desvinculação jurídica direta do município com os trabalhadores da saúde.

A questão essencial do vínculo jurídico-trabalhista para a determinação das relações e condições de trabalho é mais um elemento que demonstra o equívoco de se considerar o modelo das OS como mera “terceirização da gestão” dos serviços de saúde. Ao assumir a responsabilidade pela compra de força de trabalho de empresas de terceirização de mão-de-obra, a OS, além de assumir o papel de quarteirização dos vínculos trabalhistas do trabalhador com o município, distancia os trabalhadores da saúde do acesso aos seus direitos sociais e trabalhistas e, principalmente, dinamiza os processos de compra precarizada da força de trabalho na saúde com consequências fundamentais para o avanço da política neoliberal como discutimos anteriormente, ou seja, apropriação do fundo público pelo capital por meio da privatização do SUS.

Vários relatos dos entrevistados reportam características destes diversos vínculos precários estabelecidos no município e resgatam a relação do processo de precarização com o modelo de gestão híbrido público-privado com base na OS ISGH.

A caracterização dos grupos é idêntica em relação ao profundo nível de precarização dos trabalhadores contratados por RPA.

... a gente sempre denunciou a forma de contratação do ISGH, inclusive, por RPA [registro de pagamento a autônomo] que era uma coisa muito complicada. (CL3)

Há diferenças, no entanto, nas percepções sobre os níveis distintos de precarização entre trabalhadores contratados por RPA e através da OS ISGH. Para a maioria dos gestores, a contratação pelo ISGH, apesar dos baixos salários, representa um avanço no processo de redução da precarização.

... você ter trabalhadores que poderiam estar até mais precarizados e a possibilidade de eles estarem dentro de uma instituição que assina sua carteira e dá seus direitos trabalhistas, embora os salários, eu acho ruim. [...] o avanço é no sentido de que a gente desprecariza um pouco. Não desprecariza tudo porque existe a diferença, né, do servidor público para o celetista que é quem tem sua carteira assinada pela lei da Consolidação das Leis Trabalhistas, né, pela CLT. [...] Eu acho que isso aí é uma subida na desprecarização do RPA para a carteira assinada. (CMG)

Os trabalhadores reconhecem a condição de extrema precarização do trabalhador contratado por RPA, mas defendem que os problemas do ISGH, que aproximam-no do nível de precarização do RPA, não estão localizados somente nos baixos salários, mas em problemas outros, como a insegurança jurídica, a instabilidade funcional e o desrespeito a outros direitos reconhecidos.

Às vezes, vejo o pessoal reclamando porque atrasa [o salário], né? o ISGH, o RPA, nem se fala. O RPA é triste, mas o ISGH, eu acho que eles têm até que uma boa condição nessa questão de fluxo salarial. Mas é a incerteza, né. A incerteza já houve várias trocas. Do nada, precisa mandar alguém não sei pra onde, aí eles saem. (TSF4D)

... a relação de trabalho dos que são vinculados, diretamente, com o ISGH [...] muitos direitos trabalhistas são rasgados. Como, por exemplo, o uso da necessidade de declarações e atestados médicos. [...] Eles teriam que compensar horas não trabalhadas, mesmo quando estão doentes. [...] tem alguns trabalhadores com essa relação de RPA. Em que o dia não trabalhado, é dia descontado, independente se seja isso inclui feriados, inclusive. (TSF2D)

A caracterização da precariedade das relações e condições de trabalho dos trabalhadores vinculados à OS ISGH diretamente ou indiretamente via empresa terceirizada também é reconhecida por todos os grupos.

... você vê uma visão de que ali eles estão sendo explorados. [...] isso prejudica porque é uma coisa de terceirização. (CMU2)

... as meninas [trabalhadoras vinculadas ao ISGH] só saem de lá, pro lanche de 15 minutos. Depois, correm e voltam pra lá. Elas, você não vê andando, se não for pra ir pro banheiro, por uma necessidade. Então, só pro única e exclusivamente, pro trabalho, elas vivem. (TSF3E)

Estão trabalhando, muitas vezes, fazendo a mesma atividade que um servidor, com diferenças salariais, com diferenças em relação às garantias no trabalho. Então acaba não tendo a mesma motivação que o outro. (GL6)

A condição de precarização dos trabalhadores vinculados ao ISGH pode ser melhor percebida quando comparada a algumas condições de trabalho dos servidores públicos.

Eu acho que as condições deles [trabalhadores vinculados ao ISGH] é pior do que a dos servidores. [eles] têm muito medo de perder o emprego. O trabalhador concursado é diferente. Ele tem seu trabalho, sua obrigação e tem sua liberdade. Ele também não se submete a certas coisas. E eles [do ISGH] tem que se submeter a tudo que mandam, bem caladinho, por medo de perder o emprego. É como se fosse assim, uma escravidão. Mesmo eles sendo contra, eles têm que fazer aquilo que a ordem vem lá de cima, para fazerem. (CL6)

A nossa realidade como servidor público nos dá esse direito, não sei até quando, da gente poder falar a verdade. [...] eu, como servidor público, eu não sou empregado de prefeito A ou de prefeito B. Eu sou empregado da instituição. (CL3)

... eles [trabalhadores do ISGH] lá é um sistema é, como se diz: você vai fazer o que eu mando, né? Já com os trabalhadores que são da prefeitura, é diferente. É outro discurso. É discurso mais de tentar: vamos participar. É mais participativo. (TSF6E)

Além dessa percepção, a partir da análise comparativa, várias são as expressões que revelam imediatamente as diferentes formas de precarização sofridas pelos trabalhadores com vínculo direto ou indireto com a ISGH.

... eles [trabalhadores vinculados ao ISGH] estão ali porque precisam daquele emprego, né? têm muitos que não podem tirar folga. [...] não têm os seus direitos garantidos. Muitos precisam ir no médico, alguma coisa assim. Eles têm que vim de manhã pra faltar de tarde. Eu sei que existe um controle muito rígido desses profissionais. [...] se faltar por algum motivo, eles perdem a produtividade. Aí, muitos deles, não querem faltar de jeito nenhum. Mesmo estando doentes. (TSF3D)

... eles [trabalhadores vinculados ao ISGH] sentem acuados, por essa questão de horário, de não poder faltar, não pode atrasar um minuto, não pode não sei o quê. (TSF4D)

Eu acho que eles [trabalhadores do ISGH] são sobrecarregados. Questão de folga, né, se eles tiverem folga porque é um feriado, eles têm de pagar as horas depois. [...] eu não entendo. Eu digo: como é vocês vão pagar se o posto está fechado? (TSF4E)

Eu acho que tem de qualquer forma uma coisa prejudicada. Porque a gente vê que eles [trabalhadores vinculados ao ISGH] não têm um salário bom. (TSF6M)

Além disso, são ressaltadas por parte dos entrevistados as descrições de situações abusivas envolvendo tanto a OS quanto as empresas terceirizadas contratadas.

... eu sabendo, como conselheiro, que já tava há 4 meses o pessoal da SERVVAL [empresa terceirizada pelo ISGH] sem receber dinheiro e 4 meses o pessoal das portarias sem receber dinheiro. (CL3)

Além, do assédio moral, existe uma sequência de normativas, pra aquele trabalhador ser chamado uma advertência. (TSF2D)

Para os gestores, como já vimos no capítulo anterior, prevalece a ideia das “vantagens” da precarização, advindas do modelo privado de gestão, principalmente, a possibilidade de dispor da oferta contínua e desembaraçada de força de trabalho.

... se eu não tivesse o profissional terceirizado pra minha limpeza, certo. Que ele faltou de manhã por qualquer motivo. [...]. Com uma dor de barriga, com o que for. A Prefeitura, se fosse servidor público, a prefeitura não tinha uma pessoa pra repor, certo? [...] a atual situação é essa. Não tinha profissional, porque, hoje, não existe concurso. Não teve concurso pra ter profissional. Com a terceirizada, certo? dez horas da manhã vem outra pessoa pra substituir aquele profissional e não deixar o posto sem atendimento. [...] a grande questão é ter a oferta de profissional presente, pra substituir e atender a demanda, sem prejudicar o atendimento ao usuário. (GL2)

Para os trabalhadores da ESF, como também vimos no capítulo anterior, a presença da OS representa uma ameaça à possibilidade de gestão autônoma do processo de trabalho da equipe, como podemos verificar no diálogo abaixo.

Você considera que a implantação do ISGH afetou, de alguma forma, direitos dos trabalhadores? Sim. Naquela questão de querer interferir no cronograma, no tempo que eu devo ter pro meu pré-natal, se eu achar que eu devo passar com a gestante a primeira vez. (TSF4E)

Além disso, também para os trabalhadores, as relações de trabalho estabelecidas no serviço público representam uma proteção importante contra o processo de exploração capitalista.

... se for um emprego no setor privado, eu acredito que seja pior, piores as relações de trabalho. Porque assim, eu acho que vai existir uma maior exploração do profissional. (TSF3D)

Em razão, principalmente, do direito à estabilidade de emprego. Tal condição é percebida como fundamental não apenas para o trabalhador da saúde, mas para a continuidade do cuidado, a manutenção dos vínculos e a qualidade dos serviços públicos de saúde.

... tem a estabilidade profissional, né? Assim: do emprego. Acho que também tem muito isso, essa questão da estabilidade do emprego [...] a gente percebe assim, muito isso. Uma hora, eu estou aqui com o profissional, de repente, ele não tá mais aqui. (CL5)

... você tinha os trabalhadores anteriores [que] já conheciam a comunidade. Muita gente foi deslocada. Mudou de unidade. Isso mexe muito (TSF6E)

A análise das condições de trabalho das eSF revela diversos aspectos da precarização do trabalho em saúde e seus efeitos sobre a fragilização da atenção, a começar pelas deficiências estruturais das UAPS, a carência de insumos e materiais e de trabalhadores médicos na composição das equipes.

... não tem como o dentista fazer uma simples extração, né? Porque não tem material. (CL1)

... hoje, a minha unidade de saúde tá sem ar-condicionado em cinco salas, mofo, não temos o carro da equipe [...] estamos sem médico em duas equipes. Nós somos 4 equipes e está faltando médico em duas.(CMT1)

... as condições da sala é muito precária porque quando chove acaba molhando dentro da sala. [...] tem muito mofo, as paredes estão mofadas. Os equipamentos já estão, bem assim, antigos. Precisando sempre de reparos, né. Pelo menos nessa unidade, como não houve reforma. Não houve troca de equipamentos. Então, ainda para com muita frequência. (TSF3D)

A gente tá sem receber escovas de dentes, creme dental, essas coisas, mas a gente tá se virando. Fazendo outras atividades. (TSF4D)

Um dos efeitos mais visíveis desses problemas estruturais é a interrupção constante das ações e serviços da eSF

... os paciente ficam sem atendimento, aí, a gente tem que tá dando satisfação pra eles, por que que para o atendimento? Isso aí, é um motivo de stress pro nosso trabalho. As condições são ruins, precárias. (TSF3D)

Apesar da importância dos elementos estruturais mencionados, há nas intervenções dos entrevistados um peso determinante para a caracterização da precarização das condições de trabalho das eSF associado ao modelo de atenção adotado no município, centrado no acolhimento da demanda espontânea e que caracterizamos neste trabalho como um modelo de “upanização” da APS.

A equipe de Saúde da Família parou de agir como era antes, [...] pra passar pra um atendimento, um pronto-atendimento. [...] algumas áreas ficaram prejudicadas porque eles tinham que ter o profissional no pronto-atendimento sempre, o profissional, ao invés, de fazer um atendimento na área, uma educação em saúde, uma orientação pra organizar o grupo de idosos e gestantes. Ele passou a ficar mais preso a esse pronto atendimento. (TSF5D)

... o acolhimento é a prioridade na cabeça deles, né? o acolhimento não pode. Você pode tirar folga em qualquer dia, você pode tentar desmarcar, remanejar, mas acolhimento você não pode deixar de fazer. [...] eu acho que o problema é esse. (TSF2E)

O caráter precarizante do modelo de atenção da APS do município atingiu principalmente a trabalhadora de enfermagem. Sobre essa trabalhadora, individualmente, recaiu a tarefa central do modelo, garantir o acolhimento da demanda espontânea da UAPS.

... a gente que conversa com companheiros de outras categorias, principalmente enfermeiros, eu acho que tem mais impacto. Maior impacto foi nessa categoria. (TSF5D)

... não tem como 40 pessoas, 50 batendo na sua porta, que é o que passa, em média, pelo enfermeiro. Não pelo médico, mas, na DESP, tem dia que passa mais de 50 pessoas por você. Não tem como você, até dá o anti-hipertensivo daquela criatura porque ele tá com a receita vencida. Mas, não tem como você fazer uma orientação, examinar um pé diabético direitinho. (TSF4E)

... você atende independente de que área for. Então acabou sobrecarregando alguns profissionais, porque a princípio não tinha para o enfermeiro, por exemplo, um limite de atendimento, então todo mundo que chegasse com um agravo agudo, o enfermeiro tinha que atender e tinha que classificar uma determinada quantidade porque o médico só iria estar na unidade por 6 horas. (GR1)

Completamente absorvidas pelo modelo de atenção centrado na demanda espontânea, as e os trabalhadores de enfermagem apresentam vários relatos de condições e situações que expressam a precarização derivada da sobrecarga de trabalho do cotidiano da categoria.

... eu não tive tempo mais, ficou um distanciamento muito grande dos agentes de saúde, né? a gente não tem mais tempo nem pra tá fazendo as reuniões que a gente fazia, reunião semanal. [...] Então assim, os pacientes estão vindo para o acolhimento e não dá tempo pra gente fazer isso. Fizeram, agora recente, um curso de diabético e hipertenso [...] falando sobre a gente avaliar o pé do paciente, toda vida que examinasse, aí eu digo: 'mal da tempo da gente conversar com o paciente, imagine examinar o pé', mas a gente tá tentando, né? mas, é muito frustrante. (TSF2E)

Minha agenda está cheia até novembro. Minha quantidade de hipertensos, diabéticos e prevenções, prevenções, eu acho que até setembro. Porque, eu sou só. Eu sou sozinha. (TSF3E)
Eu tô tão engolida pela demanda. Eu sou aquela que entra e do momento que entra até o que sai, eu não tô fazendo consulta agora, só porque faltou material. (TSF4E)

Aumento da sobrecarga de trabalho e em determinados momentos, a perda do vínculo com os pacientes. Hoje você, às vezes, não consegue demorar

porque você tem um limite x de tempo para atender um paciente. Você tem uma agenda cheia. (TSF6E)

As consequências dessa condição precarizada de trabalho da enfermagem foram extremamente graves para as ações da ESF, especialmente para as ações programáticas, de prevenção e promoção de saúde.

A gente tinha mais atuação, né? de prevenção, promoção, né? fazia uma coisa que eu acho que já não era a coisa maravilhosa, mas era a contento. [...] às vezes, consigo ir de 15 em 15 dias, ou então, consigo numa quinzena ir pra um canto, na outra quinzena ir pra outro. Mas assim, é descobrindo um santo pra cobrir outro. [...] Tem muitas equipes que deixaram de fazer puericultura. (TSF2E)

... eu tenho 12 horas de acolhimento. Que eu poderia tá numa escola. Que eu poderia tá fazendo uma visita domiciliar. Que eu poderia... em 6 horas dava pra atender... vou botar 15 minutos pra cada hipertenso e diabético, dá uns 20, 20 e poucos pacientes. Então, isso aí, diminuiu muito, né, o quantitativo de horas pra atendimento dos programas hipertensos, diabéticos, gestantes, né? crianças, né. A puericultura, que a gente faz até 2 anos. (TSF3E)

Contudo, para além dos efeitos sobre as ações de saúde da ESF, é sobre os corpos dos trabalhadores, principalmente das e dos trabalhadores de enfermagem que, segundo os relatos do conjunto dos entrevistados, parecem ter recaído, sob a forma de adoecimento, as consequências mais graves da precarização do trabalho da APS.

Tô vendo pessoas adoecidas. [...] profissionais adoecidos. Eu tô vendo profissionais sair daqui. Eles não eram pra estar doentes. Eles eram pra estar aqui em um ambiente bom. [...] O profissional teria que tá chegando aqui satisfeito [...] Ele poderia tá aqui, passar a valorização do trabalho dele enquanto remuneração. (CL5)

...a maioria da enfermagem, do corpo de enfermagem, estão adoentadas. Esse processo, esse modelo de atenção, ele está adoecendo, principalmente o corpo de enfermagem. (CMT1)
A gente tá ficando é doente também. Porque você vê a angústia das pessoas e você não pode fazer nada. (GL3)

... os profissionais, simplesmente, estavam adoecendo e estão adoecendo por estarem obrigando os profissionais a fazerem coisas que não tem condições. Sem dá condições de trabalho. (TSF1E)

A necessidade de aprofundar a reflexão crítica sobre a relação entre a precarização do trabalho na APS e o adoecimento físico e mental dos trabalhadores da ESF como decorrência do avanço dos modelos privados de gestão exigirá a construção de novos estudos.

6.2 A segmentação política e a perda de vínculos como expressões da precarização

A precarização das relações e condições de trabalho na APS, derivada dos modelos de gestão e atenção adotados pelo município de Fortaleza, repercutiu também sobre o processo de participação política dos trabalhadores de saúde. A análise do conjunto das percepções dos entrevistados revelou um intenso processo de segmentação dos trabalhadores e, conseqüente dificuldade de construção de ações unitárias nos espaços formais e informais de participação e controle social do SUS. Tal segmentação parece ter por base material as distintas relações e condições de trabalho derivadas dos tipos de vínculo jurídico-trabalhista estabelecido entre os trabalhadores e o município.

Essa condição de segmentação dos trabalhadores reforça o processo de exploração do trabalho e opressão política, principalmente sobre os trabalhadores mais precarizados, como no caso, dos trabalhadores vinculados direta ou indiretamente ao ISGH. Uma expressão dessa segmentação pode ser percebida no cotidiano dos processos de participação política da UAPS quando se analisa as condições de participação do trabalhador vinculado ao ISGH nos espaços dos conselhos de saúde.

Há algum trabalhador do ISGH como conselheiro local? Do ISGH, não. (CL1)

E os do ISGH, participam? Não. Quem ainda vai assim, é a ADM. [...] Sempre que tá ocorrendo reunião lá, tá tendo atendimento. Aí, não tem como largar o atendimento e participar da reunião. (GL3)

Os trabalhadores vinculados ao ISGH participam das ações, das atividades do Conselho Local? Não. Não participam. Só os profissionais. (TSF1E)

As razões para a exclusão dos trabalhadores vinculados à OS ISGH apontadas pelo conjunto dos entrevistados foram diversas e contraditórias. Alguns relatos buscam, ao que parece, naturalizar o processo de exclusão política destes trabalhadores dos espaços de participação social do SUS associando-o a uma condição “natural” derivada do tipo de relação de trabalho estabelecida e assumida individual e isoladamente. As intervenções acentuam o caráter precário, despolitizador e desumanizador desse tipo de trabalho em que não há espaço livre à participação social e política dos trabalhadores, visto que, todo o tempo deve ser voltado, estritamente, às atividades laborais, mas não revelam a origem desta condição, nem suas relações.

Eles não participam por quê? Tem o empecilho que eles não podem deixar a parte de atendimento do NAC. E, os outros funcionários, né, da limpeza, no caso, eles não participam porque tem que tá limpando, tem que tá trabalhando, e tudo. (CL2)

... é assim: pode, mas não pode. Porque não pode abandonar o setor [...] Ele até participa da reunião, mas se for um dia de movimento, aí já não dá pra participar da reunião, pra não deixar o setor sozinho. (CL4)

Trabalhadores do ISGH, é assim: eu nunca consegui envolver, assim, porque sempre tem a dificuldade da saída do local de trabalho. Eu nem mais lembro do ISGH nesses momentos.(GL4)

... eles já são mais diferentes da gente [...] Porque ficam duas classes trabalhadoras, com direitos diferentes, com salários... E aí, uns ficam desmotivados realmente por conta disso. (GL6)

... eles só participam quando são chamados pra dá alguma satisfação, porque isso mudou, por que agora isso tá assim? mas não no sentido de construção, mas só de repassar ou de se defender. Eles veem o conselho de forma negativa e, às vezes, nem participam. (TSF2E)

Não há participação deles, com relação a nenhuma discussão. Eles estão ali pra trabalhar. Eles só têm 15 minutos pra lanchar e eles têm que tá ali trabalhando. (TSF3D)

Outras intervenções, ao contrário, apontam essas mesmas características da natureza do trabalho precarizado, despolitizador e desumanizador mas, como processo associado à decisão política da empresa e do município e à condição social precarizada de vida e trabalho desses trabalhadores. Nesses dois elementos são localizados os reais obstáculos à participação destes trabalhadores nos espaços de participação social do SUS de Fortaleza.

... o pessoal do ISGH, os funcionários, são proibidos, por eles, de participarem dos conselhos. Aonde você for se você chamar algum representante da ISGH pra vir pra reunião, ele não vai. Porque ele é impedido de ir. Se for, perde o emprego [...] eu sinto um medo deles participarem. Só que eles não podem falar. Porque se falar você sabe. Se falar perde o emprego. (CL3)

... a gente tentou colocar conselheiro, né, como é empresa privada a gente convidou e eles foram proibidos de participar. Eles não têm liberdade de estar participando de reuniões, de conselho, é muito difícil pra eles. (CL6)

... a gente ouve deles, o feedback que a empresa não quer que eles participem [...] quando a gente cobra da empresa nessas reuniões que a gente tem gerência de contrato, ISGH e controle social, que é no pleno do Conselho, nas comissões, eles dizem que não, que até autorizam os funcionários a participar, mas na essência a gente não sente isso. (CMU3)

Ele não iria liberar, né, o trabalhador no seu horário de expediente ser liberado pra participar. Então isso já é uma maneira de impedir, né, maior participação. (CMT2)

Muito pouco. Nós temos funcionários no Conselho que são do ISGH, mas sentem dificuldades de ser liberados do setor. Sentem dificuldade na liberdade de expressão. (GL6)

Porque eles vivem, que a gente percebe, é como se tudo, qualquer coisa de discutir ou até de levantar um direito, é como se fosse cortado. Pra um deles tem dez esperando a vaga. E, como se isso ficasse muito claro. (TSF4E)

A segmentação derivada da precarização das relações e condições de trabalho manifesta-se no interior da luta política dos espaços de participação social do SUS como elemento de segregação entre os trabalhadores e em oposição às relações de solidariedade construídas historicamente pela classe trabalhadora.

... eu fico muito preocupada do edital que agora vai ter das eleições do Conselho, com relação aos trabalhadores de saúde ser do ISGH. Porque, pra mim, são prestadores [...] eles nunca vão ser contra a gestão. (CMT1)

... eu não vejo que eles tenham interesse em participar, a maioria. Menos aqueles que... realmente seriam uma moeda de troca. (CMT2)

Um elemento importante para a análise das condições de segmentação política dos trabalhadores da APS é a situação dos espaços formais e informais de participação do SUS na unidade de saúde. A percepção da maioria dos entrevistados é que existe um esvaziamento desses espaços de participação, em decorrência, principalmente, da política municipal que bloqueou a realização das rodas de gestão e desestimulou as rodas de equipe nas UAPS.

... antigamente, os outros profissionais, a gente sentava, parava meia-hora do trabalho e a gente conversava com todo mundo. Era mais fácil da gente se vê.(CL5)

Os trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família, por exemplo, participam? É difícil. São poucos os que participam. (GL3)

Com relação à participação dos profissionais das equipes, é assim: eles participam, mas assim, a gente tem que dá um empurrão, sabe? (GL4)

... antigamente a gente fazia rodas. [...] Hoje em dia, a gente não tem mais essas reuniões. [...] Existe a ânsia para voltar às rodas, mas aí fica muito difícil porque a gestão não permite. Ela não permite por quê? porque não pode parar a unidade de saúde. (TSF1E)

A gente não tem mais nem reunião. Antigamente, a gente tinha as reuniões de equipe e as reuniões do geralão. (TSF3E)

A gente não tem assim, uma reunião realmente, mensal com todo mundo, né, pra definir algumas coisas. Então é meio que uma coisa pontual. (TSF4D)

Essa roda era feita antigamente, né. Eu lembro que a antiga gestão era muito descentralizadora. [...] a gente fica muito agora em negócio de grupo de

whatsapp. Ninguém pode parar. Porque o problema é esse. Ninguém pode parar o serviço. (TSF4E)

Teve na outra gestão. Na outra gestão tinha roda de gestão. Era mensal, né, [...] Mas, depois não teve mais. (TSF5E)

Roda de equipe acontece porque, eu e a enfermeira, a gente peitou, e determinamos e está fechada minha agenda. Uma vez ao mês. A gente senta em equipe, monta, tenta planejar. [...] Roda de gestão já está mais difícil né? Assim: diz-se que existe uma vez por mês, mas não está acontecendo não. (TSF6M)

Quando analisamos o espaço dos conselhos de saúde, percebemos também uma condição de esvaziamento em relação à participação dos trabalhadores de saúde.

... qual é o nível de participação dos trabalhadores no Conselho? Olha, é quase zero. Aqui nós tínhamos, até mesmo por conta da agenda deles. Porque você tem agendamento e não vão deixar de fazer seu atendimento agendado pra ir pra reunião. (CL4)

Você considera que os trabalhadores estão participando desses espaços? Por mim e meus colegas mais próximos, acho que se tornou quase zero. (TSF5D)

Uma outra consequência muito significativa dos processos de precarização das relações e condições de trabalho nas UAPS se dá sobre as relações dos trabalhadores entre si e destes com a comunidade sob a forma de perdas de vínculos.

Tal desvinculação manifesta-se em nível trabalhista, revelando a ruptura dos vínculos da equipe de saúde como uma consequência da fragilidade dos vínculos jurídico-trabalhistas estabelecidos.

Porque ele faz tipo uma seleção, de dois anos. Aí, a gente cria laços, né, vínculos com a equipe e ainda mesmo assim, deixa a desejar porque além de não terminar vem outra equipe que, às vezes, vem faltando profissional, que tinha na outra. [...] o pior (...): é que, depois, quando a gente tá firmando o grupo, aí os profissionais saem, que agora a gente vai perder vários profissionais. (CL2)

... eu acho que ele acaba nem participando. Pra quê se ele vai ter aquele vínculo e daqui há pouco, ele vai embora. (CL5)

Logo eles vêem que não têm vínculo, não têm tanto vínculo assim. Que eles estão aqui hoje e posteriormente eles estão em outro local. Eles não se sentem motivados. (GL6)

Manifesta-se também nas práticas da eSF revelando uma ruptura de vínculos entre membros da equipe em seus processos de trabalho.

... acabou tudo. Hoje em dia, se eu quero falar com a enfermeira, porque... ou com a médica, porque eu vi que uma paciente, ela fez a curva pressórica e tá dando todo tempo alterado. É só o whatsapp. A gente conversa, entre si, pelo whatsapp, mas a gente não tem uma conversa. (TSF3E)

... na minha opinião tá retrocedendo. Tá avisando assim: esse vínculo de concursado, de ter a estabilidade, não só pensando no profissional mas na comunidade, na relação profissional-comunidade. Isso é coisa que vai acabar. (TSF5D)

A análise das percepções dos diversos elementos relacionados à gestão do processo de trabalho das eSF de Fortaleza demonstra que eles são atravessados pelas mudanças produzidas, neste nível, pelos modelos de gestão e atenção à saúde na APS.

Uma característica derivada do modelo de atenção é o uso de ferramentas eletrônicas de gestão como vimos anteriormente.

... com a questão da ferramenta, da tecnologia, eu consigo: primeiro, a questão da demanda por consulta especializada. Eu consigo ter mais facilidade. A questão da organização das agendas dos profissionais [...] houve dificuldades porque parecia duplo comando, que na hora da implantação se teve muita dificuldade com relação a isso. O profissional ficava sem saber a quem se dirigir. (GM)

O grande instrumento nosso, hoje, de controle é o prontuário. Eu consigo mensurar quantos atendimentos nós temos (...) Quantas marcações de consultas foram realizadas. Então, o serviço deles é todo através do prontuário eletrônico. (GL2)

A centralidade do modelo de atenção voltada à demanda espontânea determina as ações de gestão do processo de trabalho da eSF.

... é feita uma escala baseada no atendimento da demanda espontânea. E vai encaixando os horários dos profissionais, entre as categorias. Entre os médicos, entre os enfermeiros e não, dentro da equipe. A escala, ela não vem vertical dentro da equipe. Ela é horizontal entre os profissionais. (TSF4D)

O médico da minha equipe fazia um trabalho muito bom na escola. Que era aquela parte do PSE, mas aí se fechou muito a agenda dele que não podia mais fazer. (CL3)

... hoje, é difícil a gente se encontrar pra fazer reuniões de equipe, pra sentar, pra planejar. Hoje, é mais difícil, a questão das atividades de promoção à saúde, né. Porque você tem agendas, já é super apertada. Então, você ainda tirar um profissional. (GL4)

Para o conjunto dos entrevistados, as condições de gestão do processo de trabalho das eSF foram tornadas mais difíceis, precarizadas por condições diversas

como a perda de autonomia dos trabalhadores sobre a agenda de trabalho, as dificuldades de acompanhamento e supervisão técnica das atividades dos ACS.

Os agentes comunitários de saúde que são os grandes promotores de saúde na equipe, né, que estão lá, junto com a equipe, eles fragilizaram porque não tem mais nem o enfermeiro pra poder fazer a supervisão. (CMT1)

... o agente de saúde só está na unidade um momento, para poder bater o ponto, depois vai pra área. E, no dia seguinte é que ele vai apresentar aquela produção e não necessariamente ele apresenta para o enfermeiro. Então, isso acaba refletindo no gerenciamento aqui da Atenção Primária porque a gente não tem aquela supervisão adequada diária. (GR1)

... acho que me afetou no sentido de que eu não tenho gerência sobre a minha agenda. (TSF6M)

A inserção desses elementos como componentes da precarização do processo de trabalho das equipes de Saúde da Família amplia as possibilidades e necessidades de novos estudos sobre o tema.

7 SÍNTESES PROVISÓRIAS

O debruçar-se sobre a realidade dinâmica e complexa da Atenção Primária à Saúde (APS) de Fortaleza, em especial sobre seus modelos de gestão e atenção, de modo a analisar os impactos do programa neoliberal de contrarreforma estatal, iniciado no Brasil dos anos 1990, sobre o fenômeno estrutural da relação público-privada estabelecida no SUS, mostrou-se, desde o início, um imenso, árduo, intenso e gratificante desafio pessoal, profissional, acadêmico e político por três razões principais. A primeira delas, de caráter mais objetivo, tem relação com o conjunto de elementos epistemológicos, técnicos, políticos e sociais mobilizados pelo objeto, vários deles com implicações na vida da imensa maioria da população brasileira, nas condições de vida e trabalho dos trabalhadores que trabalham e usam o SUS e na luta política por direitos sociais, como, por exemplo, as repercussões da privatização crescente da APS sobre o trabalho e atenção oferecida pela ESF. A outra razão, mais subjetiva, tem relação com minha vida e com os sonhos, sentidos e sentimentos envolvidos neste processo reflexivo em razão, por exemplo, da relevância da luta política em defesa do SUS e dos direitos sociais das classes subalternizadas envolvida na discussão sobre o avanço neoliberal. Uma última razão, também subjetiva, tem origem na serena e humilde consciência dos estreitos limites deste pequeno estudo diante da importância e urgência do tema para as necessidades políticas imediatas e históricas da classe trabalhadora.

A análise dos impactos das contrarreformas neoliberais do Estado brasileiro se deu a partir do levantamento das aproximações e inter-relações entre o programa neoliberal e a política municipal de saúde adotada a partir de 2013 e, da reflexão sobre as determinações e condicionamentos dos seus modelos de gestão e atenção sobre o SUS municipal a partir das repercussões político-sociais, gerenciais e assistenciais percebidos, sentidos e expressos pelos conselheiros, gestores e trabalhadores de saúde da APS de Fortaleza. Neste sentido, políticas e ações governamentais setoriais como os planos municipais de saúde e os contratos de gestão foram avaliados, assim como as condições de acesso da população aos serviços de saúde na APS, a participação popular e o controle social, as possibilidades e dificuldades de gerenciamento das UAPS, as implicações dos modelos sobre o trabalho e o cuidado em saúde na Estratégia de Saúde da Família (ESF) e sobre as

condições de vida e trabalho dos trabalhadores da saúde, incluindo os riscos de fragmentação e desvinculação política e social.

De acordo com nosso estudo, a política de saúde do município de Fortaleza, que tem por pilares os modelos de gestão e atenção da APS, centralmente, aprofunda as dificuldades de acesso da população a serviços de saúde com base nos princípios e diretrizes da APS, avança no processo de precarização das relações e condições de trabalho das equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) ameaçando a continuidade dessa política essencial para o SUS e fragiliza e esvazia os espaços de participação e controle social, especialmente, os conselhos e conferências de saúde.

Tais impactos se devem, essencialmente, ao processo crescente de privatização da gestão e da atenção em razão da adoção de um modelo de gestão híbrido público-privado com base nas Organizações Sociais (OS) que funciona como instrumento de expropriação e controle privados da gestão e do trabalho na APS. Esse modelo subsidia e garante as condições de execução de um modelo de atenção à saúde voltado essencialmente ao atendimento das demandas espontâneas de saúde da população. Tais demandas, majoritariamente agudas e crônico-agudizadas, determinam a forma como as equipes de Saúde da Família (eSF) planejam e executam seus processos de trabalho, bem como, a forma como o conjunto da UAPS funciona, tendo a OS como centro de controle das ações de gestão das atividades. Organizadas para o atendimento dessas demandas, com instrumentos e práticas de gestão e protocolos de atenção típicos das políticas de pronto atendimento às urgências, as UAPS assumem características idênticas às Unidades de Pronto Atendimento (UPA), daí a caracterização do estudo de que estejamos assistindo um processo de “upanização” da APS. Os impactos dessa “upanização” da atenção foram sentidos e expressos de diversas formas, na dificuldade de acesso da população às ações programáticas e de prevenção e promoção de saúde das eSF; na piora das condições de acompanhamento da população adscrita, principalmente do público prioritário dos programas e, conseqüentemente, dos indicadores de morbimortalidade destes grupos; na sobrecarga de trabalho sobre a equipe, principalmente sobre as trabalhadoras e trabalhadores de enfermagem em razão da centralização das ações de acolhimento, transformada pelo modelo de atenção em ambulatório de atenção às urgências, sobre estas e estes individualmente; no adoecimento dos trabalhadores,

especialmente das e dos trabalhadores de enfermagem; na fragmentação e perda de vínculos com a comunidade e dos trabalhadores entre si, etc.

A análise do modelo de gestão híbrido público-privado da APS de Fortaleza expõe o papel estratégico da OS para a promoção da agenda política de privatização saída das contrarreformas dos anos 1990 que têm por base um “novo” modelo de Estado, mais “eficiente” na contenção de gastos públicos com as políticas sociais para deste modo ampliar as possibilidades de apropriação do fundo público pelos agentes do mercado, principalmente pelo grande capital financeiro. Expõe ainda o papel do gestor estatal, ou seja, dos governos na expropriação do controle público do próprio Estado sobre as políticas econômicas e sociais em benefício de interesses privados.

O mais importante, ao realizar esses “desvelamentos” expõe o caráter aparente da chamada “terceirização” da gestão, representada pelo modelo das OS, ao “demonstrar” que, longe de expressar mera divisão de responsabilidades entre o município e uma empresa privada ou ainda simples compra de “serviços mais eficientes de gestão”, em essência, o papel da OS está na dinamização do processo de “expropriação” dos espaços, instrumentos, ações, políticas e poderes do Estado em favor de interesses privados.

O estudo aponta ainda que o papel estratégico da OS não se dá “somente” por sua atuação sobre a política estatal de atenção à saúde mas por sua intervenção sobre a relação capital-trabalho na saúde, ao engendrar o aprofundamento da precarização das relações e condições de trabalho da APS, por meio, principalmente, da ampliação da oferta de força de trabalho precarizada e da pressão sobre as condições e relações de trabalho das eSF de modo a reduzir o custo da compra de força de trabalho no SUS municipal.

Um outro “apontamento” do estudo se dá sobre a discussão da eficiência privada na gestão dos serviços de saúde, sustentáculo ideológico do modelo de gestão com base nas OS, ao expor o caráter contraditório do papel da empresa nos processos de gestão e trabalho da ESF que, contratada para gerir “parte” das atividades da unidade garantindo condições para que os gestores locais pudessem realizar a gestão do processo de trabalho das eSF, promoveu na prática, o contrário, ou seja, perda da autonomia tanto de gestores locais quanto de trabalhadores de saúde e queda na qualidade da atenção quando observados os princípios e diretrizes da APS. As razões para esses efeitos práticos puderam ser encontradas, no estudo, nas dificuldades dos gestores de manipulação dos meios e instrumentos de

planejamento, monitoramento e avaliação de indicadores e metas, bem como nos “métodos inovadores” de gestão, implementados pela OS nos serviços, que ao invés de tornar o processo de trabalho das eSF mais “eficiente”, ao contrário, em muitos sentidos, burocratizou-o, obstaculizando o acesso da população aos serviços de saúde da APS.

Por fim, um outro “apontamento” relevante desta parte do estudo, não apenas do ponto de vista científico, mas político, é que este modelo de gestão híbrido público-privado com base nas OS representa, concretamente, uma ameaça aos princípios, diretrizes e ações da ESF e do SUS e, conseqüentemente, uma ameaça à continuidade dessas políticas de saúde.

Para este estudo, a intervenção da OS sobre a relação capital-trabalho na APS é determinante para o quadro de aprofundamento e consolidação da precarização das relações e condições de trabalho na ESF e no SUS, tendo dentre suas conseqüências mais relevantes, o adoecimento das/dos trabalhadoras, principalmente de enfermagem, e a segmentação política entre os trabalhadores de saúde com conseqüente ameaça de perda de vínculos diversos entre os trabalhadores no interior da UAPS e da eSF e destes com os demais trabalhadores que usam o SUS. Esse processo de precarização das relações e condições de trabalho parece promover um aprofundamento das condições gerais de exploração da força de trabalho da saúde como forma de atender ao objetivo estratégico de redução dos gastos estatais com as políticas sociais e a ampliação do processo de privatização do SUS, ou seja, como parte essencial do programa de contrarreformas neoliberais do Estado brasileiro.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, C. M. Reforma do Estado e reforma de sistemas de saúde: experiências internacionais e tendências de mudança. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p.263-286, 1999.
- ALMEIDA, C. M. O Banco Mundial e as reformas contemporâneas do setor saúde. In: ALMEIDA, C. M. **A demolição de direitos**: um exame das políticas do Banco Mundial para a educação e a saúde (1980-2013). Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde João Venâncio, 2014.
- ANDERSON, P. Balanço do neoliberalismo. In: SADER, Emir et al (Org.). **Pós-neoliberalismo**: as políticas sociais e o Estado democrático. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995. Cap. 1. p. 9-23.
- ANDRADE, L. O. M. et al. Atenção Primária à Saúde e Estratégia de Saúde da Família. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, Cap. 25. p. 783-836, 2006.
- ANDREAZZI, M. F. S.; BRAVO, M. I. S. Privatização da gestão e organizações sociais na atenção à saúde. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 12 n. 3, p. 499-518, set./dez. 2014.
- ANTUNES, R.; ALVES, G. As mutações no mundo do trabalho na era da mundialização do capital. **Educ. Soc.**, Campinas, v. 25, n. 87, p. 335-351, mai./ago. 2004.
- ANTUNES, R.; PRAUN, L. A sociedade dos adoecimentos no trabalho. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 123, p. 407-427, jul./set. 2015.
- APROVADAS mudanças na gestão de Organizações Sociais na Capital. **Diário do Nordeste**, Fortaleza, mar. 2019. Disponível em: <https://diariodonordeste.verdesmares.com.br/editorias/politica/aprovadas-mudancas-na-gestao-de-organizacoes-sociais-na-capital-1.2080427>. Acesso em: 05 mar. 2020.
- ARAÚJO, I. M. M. Direito à saúde e o neodesenvolvimentismo brasileiro. **R. Dir. Sanit.**, São Paulo, v.16, n.1, p. 128-145, mar./jun. 2015.
- ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n.11, p.2865-2875, 2012.
- ASSIS, M. M. A.; JORGE, M. S. B. Métodos de análise em pesquisa qualitativa. In: SANTANA, J.S.S.; NASCIMENTO, M.A.A. (Orgs.). **Pesquisa**: métodos e técnicas de conhecimento da realidade Social. Feira de Santana: Universidade Estadual de Feira de Santana, p.139-59, 2010.
- ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA O DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA. **Notícias**. Disponível em: <https://www.spdm.org.br/imprensa/noticias/item/3259-spdm-chega-ao-nordeste>. Acesso em: 10 mar. 2020.

BEHRING, E. R. Acumulação capitalista, fundo público e política social. In: BOSCHETTI, I. et al. **Política social no capitalismo: tendências contemporâneas**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

BEHRING, E. R. **Brasil em contrarreforma: desestruturação do Estado e perda de direitos**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Sistema de Nota Técnica do DAB**. Disponível em: <http://dab2.saude.gov.br/sistemas/notatecnica/frmListaMunic.php>. Acesso em: 06 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **PNAB: Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 108 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS): uma construção coletiva – trajetória e orientações de operacionalização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 10 de 3 de janeiro de 2017**. Redefine as diretrizes de modelo assistencial e financiamento de UPA 24h de Pronto Atendimento como Componente da Rede de Atenção às Urgências, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0010_03_01_2017.html. Acesso em: 06 mar. 2020.

BRASIL. Casa Civil. **Lei no 9.637, de 15 de maio de 1998**. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais. Disponível em: www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9637.htm. Acesso em: 05 mar. 2020.

BRAVO, M. I. S. **Serviço Social e Saúde: Formação e trabalho profissional**. Disponível em: www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/Politica_de_Saude_no_Brasil_Ines_Bravo.pdf. Acesso em: 18 jul. 2018.

BUSS, P. M. Saúde e desigualdade: o caso do Brasil. In: BUSS, P.M.; LABRA, M.E. **Sistemas de saúde continuidades e mudanças: Argentina, Brasil, Chile, Espanha, Estados Unidos, México e Québec**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995. 265 p.

CARDOSO, F. M.; CAMPOS, G. W. S. Reformas neoliberais, reforma sanitária brasileira e Fundações Estatais de Direito Privado: análise de documento da Fundação Estatal de Saúde da Família (FESF) - Bahia. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 97, p. 219-232, jun. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/ilson/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042013000200004&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 06 maio 2017.

CHAGAS, E. O método dialético de Marx: investigação e exposição crítica do objeto. **Revista de Filosofia**, v. 38, n.120, p. 55-70, 2011.

CHAUÍ, M. **Cultura e democracia**: o discurso competente e outras falas. 9. ed. São Paulo: Cortez, 2001.

CHESNAIS, F. Rumo a uma mudança total dos parâmetros econômicos mundiais dos enfrentamentos políticos e sociais. **Outubro**, São Paulo, n. 1, 1998.

CHESNAIS, F. As raízes da crise econômica mundial. **Em pauta**, Rio de Janeiro, n. 31, v. 1, p. 21-37, 2013.

CORDEIRO, H. Descentralização, universalidade e equidade nas reformas da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6, n. 2, p.319-328, 2001.

COSTA, N. R. A Estratégia de Saúde da Família, a atenção primária e o desafio das metrópoles brasileiras. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.21, n.5, p.1389-1398, 2016.

COM sessão na madrugada, vereadores de Fortaleza aprovam mensagens da reforma administrativa. **O Povo**, Fortaleza, 19 dez. 2014. Disponível em: <http://www20.opovo.com.br/app/politica/2014/12/19/noticiaspoliticas,3365583/com-sessao-na-madrugada-vereadores-aprovam-reforma-administrativa.shtml>. Acesso em: 06 maio 2017.

DASSO, J. R. A. E. **Nova gestão pública (NGP)**: a teoria de administração pública do estado ultraliberal. Disponível em: publicadireito.com.br/artigos/?cod=d05c25e6e6c5d489. Acesso em: 23 jul. 2018.

DESLANDES, S. F.; GOMES, R. A pesquisa qualitativa nos serviços de saúde: notas teóricas. In: BOSI, M.L.M; MERCADO, F. J. (Org.). **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004. p. 99-120.

DURÁN, P. R. F. Controle social, participação e representação no SUS estadual: um estudo de caso sobre o Conselho Estadual de Saúde do Rio de Janeiro (2003-2010). **Cadernos do Desenvolvimento Fluminense**, v. 5, p. 97-116, 2015.

DURÁN, P. R. F.; GERSCHMAN, S. Desafios da participação social nos conselhos de saúde. **Saúde Soc. São Paulo**, v. 23, n. 3, p.884-896, 2014.

EAGLETON, T. **Ideologia**: Uma introdução. Tradução de Silvana Vieira, Luís Carlos Borges. São Paulo: Boitempo, 1997.

ENGELS, F. **A origem da família, da propriedade privada e do Estado**. 9. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1984.

ESMERALDO, G. R. O. V.; OLIVEIRA, L. C.; ESMERALDO FILHO, C. E.; QUEIROZ, D. M. Tensão entre o modelo biomédico e a estratégia saúde da família: a visão dos trabalhadores de saúde. **Rev. APS**, v. 20, n.1, p. 98-106, jan./mar. 2017.

FERTONANI, H. P.; PIRES, D. E. P.; BIFF, D.; SCHERER, M. D. A. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n.6, p.1869-1878, 2015.

FORTALEZA. Secretaria Municipal da Saúde de Fortaleza. **Plano Municipal de Saúde de Fortaleza 2014 – 2017**. Fortaleza: Secretaria Municipal da Saúde, 2017a.

FORTALEZA. Secretaria Municipal da Saúde. **Plano municipal de saúde de Fortaleza: 2018 – 2021**. Fortaleza: Secretaria Municipal da Saúde, 2017b.

FORTALEZA. **Diário Oficial do Município de Fortaleza**. p. 1-4. Disponível em: <https://legislacao.pgm.fortaleza.ce.gov.br/images/e/ee/Lei8704-03.pdf>. Acesso em: 05 mar. 2020-a.

FORTALEZA. **Diário Oficial do Município de Fortaleza**. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a/ce/f/fortaleza/lei-ordinaria/2013/1003/10029/lei-ordinaria-n-10029-2013-altera-a-lei-municipal-n-8704-2003-que-dispoe-sobre-a-qualificacao-de-entidades-como-organizacoes-sociais-cria-o-programa-municipal-de-publicacao-e-a-comissao-municipal-de-publicizacao>. Acesso em: 06 mar. 2020-b.

FORTALEZA. **Diário Oficial do Município de Fortaleza**. 2013. Disponível em: <https://diariooficial.fortaleza.ce.gov.br/download-diario.php?objectId=workspace://SpacesStore/846d4fbf-7a40-4ba6-8a39-e800604a7c71;1.1&numero=15034>. Acesso em: 07 mar. 2020-c.

FOSTER, J. B. Financeirização do capital e crise. **Outubro**, São Paulo, n.18, 1. sem, 2009.

FLEURY, S.; OUVENEY, A. M.; MOLLER, R. C. Democratização do poder local e as dimensões da inovação em saúde: desafios metodológicos da investigação. In: FLEURY, S.; OUVENEY, A. M.; MOLLER, R. C. **Democracia e inovação na gestão local da saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2014.

FUNCIA, F.; SANTOS, L. Do subfinanciamento ao desfinanciamento da saúde: descendo as escadas. **Domingueira da Saúde**, n. 04, 2019. Disponível em: <http://idisa.org.br/domingueira/domingueira-n-04-janeiro-2019>. Acesso em: 5 fev. 2020.

GIL, C. R. R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n.6, p.1171-1181, jun. 2006.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. **Atenção Primária à Saúde**: seletiva ou coordenadora dos cuidados. Rio de Janeiro: CEBES, 2012.

GUIMARÃES, J. M. X. **Inovação e gestão em serviços de saúde mental**: incorporação de tecnologias e reinvenção no cotidiano dos Centros de Atenção Psicossocial. 2012. 286f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2012.

GRANEMANN, S. Fundações Estatais: Projeto de Estado do Capital. In: BRAVO, M. I. S. et al (Org.). **Política de saúde na atual conjuntura**: modelos de gestão e agenda para a saúde. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2007.

HABERMAS, J. **Dialética e hermenêutica**. Porto Alegre: L&PM, 1987.

IASI, M. Alienação e ideologia: a carne real das abstrações ideais. In: IASI, M. **Política, Estado e Ideologia na trama conjuntural**. São Paulo: Instituto Caio Prado Jr., 2017. p. 85-112.

IBAÑEZ, N. et al. Organizações sociais de saúde: o modelo do Estado de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.6, n.2, p.391-404, 2001.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICAS. **Cidades e Estados do Brasil**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/>. Acesso em: 05 out. 2018.

INSTITUTO DE SAÚDE E GESTÃO HOSPITALAR. **Contratos de Gestão**. 2016. Disponível em: <http://www.isgh.org.br/transparencia/contratos-de-gestao/contratos>. Acesso em: 06 maio 2017.

INSTITUTO DE SAÚDE E GESTÃO HOSPITALAR. **Convênios e Contratos de Gestão**. 2019. Disponível em: <https://www.isgh.org.br/transparencia/convenios-contratos-de-gestao>. Acesso em: 27 fev. 2020.

INSTITUTO DE SAÚDE E GESTÃO HOSPITALAR. **Transparência**. Seção: perguntas frequentes. 2020. Disponível em: <https://isgh.org.br/transparencia/perguntas-frequentes>. Acesso em: 10 mar. 2020.

JUNQUEIRA, L. A. P. Novas formas de gestão na saúde: descentralização e intersectorialidade. **Saúde e sociedade**, v.6, n.2, p.31-46, 1997.

KONDER, L. **A questão da ideologia**. São Paulo: Companhia das Letras, 2002.

LENIN, V. I. **O Estado e a revolução**. Campinas, SP: UNICAMP, 2011.

LESSA, C. F. M.; VETTORE, M. V. Gestão da Atenção Básica em Saúde Bucal no Município de Fortaleza, Ceará, entre 1999 e 2006. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.19, n. 3, p. 547-556, 2010.

LIMA, J. C. F. O Banco Mundial, a Organização Mundial de Saúde e o “novo universalismo” ou a “cobertura universal de saúde”. In: LIMA, J. C. F. **demolição de direitos: um exame das políticas do Banco Mundial para a educação e a saúde (1980-2013)**. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde João Venâncio, 2014.

LOBATO, L. V. C. **Políticas Sociais e de Saúde**. Rio de Janeiro: CEBES, 2012.

LOBATO, L. V. C.; GIOVANELLA, L. Sistemas de Saúde: origens, componentes e dinâmica. In: Giovanella, Lígia (Org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012.

LOWY, M. **Ideologias e ciência social: Elementos para uma análise marxista**. 7. ed. São Paulo, 1991.

MARQUES, R. M.; MENDES, A. O financiamento do Sistema Único de Saúde e as diretrizes do Banco Mundial. In: MARQUES, R. M.; MENDES, A. **A demolição de direitos**: um exame das políticas do Banco Mundial para a educação e a saúde (1980-2013). Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde João Venâncio, 2014.

MENDES, A. O fundo público e os impasses do financiamento da saúde universal brasileira. **Rev Saúde Soc.**, São Paulo, v.23, n.4, p.1183-1197, 2014.

MENDES, A.; CARNUT, L. Capital, Estado, crise e a saúde pública brasileira: golpe e desfinanciamento. **Estado, democracia e saúde**, Brasília, v. 22, n. 46, jan./jun. 2020.

MENDES, A.; MARQUES, R. M. O financiamento do SUS sob os “ventos” da financeirização. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.14, n.3, p.841-850, 2009.

MENDES, E. V. **Os sistemas de serviços de saúde**: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MENDES, E. V. **A construção social da Atenção Primária à Saúde**. Brasília: CONASS, 2015.

MINAYO, C. S. Hermenêutica-dialética como caminho do pensamento social; 2002. **Caminhos do pensamento**: epistemologia e método. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1992.

MINAYO, C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MINAYO, C. S. **O desafio do conhecimento**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

NOGUEIRA, R. P. O desenvolvimento federativo do SUS e as novas modalidades institucionais de gerência das unidades assistenciais. In: NOGUEIRA, R. P. **Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2010.

NORMAN A. H.; TESSER, C. D. Acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família: equilíbrio entre demanda espontânea e prevenção/promoção da saúde. **Saúde Soc.** São Paulo, v.24, n.1, p.165-179, 2015.

OCKÉ-REIS, C. O. Os problemas de gestão do SUS decorrem também da crise crônica de financiamento. **Educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 613-622, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462008000300012&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 09 fev. 2020.

OLIVEIRA, L. C.; PINHEIRO, R. A participação nos conselhos de saúde e sua interface com a cultura política. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, n.5, p. 2455-2464, 2010.

PAIM, J.S.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. **O sistema de saúde brasileiro**: história, avanços e desafios. Disponível em: https://actbr.org.br/uploads/arquivo/925_brazil1.pdf. Acesso em: 5 jul. 2020.

PAIM, J. S. **Reforma Sanitária Brasileira**: Contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: Edufba, 2008. 356 p.

PAIM, J. S. A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 10, p.1927-1936, out. 2013.

PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.23, n.6, p.1723-1728, 2018.

PAIM, J. S. Os sistemas universais de saúde e o futuro do Sistema Único de Saúde (SUS). **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n.5, p. 15-28, dez. 2019.

PEREIRA, L. C. B. **Administração pública gerencial**: estratégia e estrutura para um novo Estado. Brasília: MARE, ENAP, 1996.

PEREIRA, L. C. B. **A Reforma do Estado dos anos 90**: lógica e mecanismos de controle. Brasília: Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado, 1997. 58 p.

PEREIRA, L. C. B. Os primeiros passos da Reforma Gerencial do Estado de 1995. In: **Novos caminhos da gestão pública**: olhares e dilemas. Brasília, DF: CONSAD, 2009.

QUEIROZ, F. J. **1964**: o dezoito de brumário da burguesia brasileira, São Paulo: Sundermann, 2015. 192p.

RAMOS, A. L. P.; SETA, M. H. Atenção primária à saúde e Organizações Sociais nas capitais da Região Sudeste do Brasil: 2009 e 2014. **Cad. Saúde Pública**, v.35, n.4, 2009.

REZENDE, C. A. P. O Modelo de Gestão do SUS e as Ameaças do Projeto Neoliberal. In: BRAVO, Maria Inês Souza et al (Org.). **Política de saúde na atual conjuntura**: modelos de gestão e agenda para a saúde. Rio de Janeiro: Rede Sirius, UERJ, 2007. p. 26-42.

RIBEIRO, R. C. A construção de um município saudável: descentralização e intersetorialidade - experiência de Fortaleza. **Saúde e sociedade**, v.6, n.2, p.47-54, 1997.

RIZZOTTO, M. L. F. O Banco Mundial e o sistema nacional de saúde no Brasil. In: **A demolição de direitos**: um exame das políticas do Banco Mundial para a educação e a saúde (1980-2013). Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde João Venâncio, 2014.

ROMANO, C. M. C.; SCATENA, J. H. G.; KEHRING, R. T. Articulação público-privada na atenção ambulatorial de média e alta complexidade do SUS: atuação da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.25, n.4, p.1095-1115, 2015.

SANTOS, I. S. **O mix público-privado no sistema de saúde brasileiro**: elementos para a regulação da cobertura duplicada. Rio de Janeiro, 2009. 186 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2009.

SANTOS, A. M. **Gestão do cuidado na microrregião de saúde de Vitória da Conquista (Bahia)**: desafios para constituição de rede regionalizada com cuidados coordenados pela Atenção Primária à Saúde. 2013. 332 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.

SILVA, L. M. S.; SILVA, R. M. F.; LIMA, L. L.; FERNANDES, M. C.; OLIVEIRA, N. R. N.; TORRES, R. A. M. Análise da Organização e Funcionamento dos Conselhos de Saúde e a Gestão Participativa em Fortaleza, CE. **Saúde Soc. São Paulo**, v.21, supl.1, p.117-125, 2012.

SOUSA, M. F.; HAMANN, E. M. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta. **Ciência & Saúde Coletiva**, Brasília, v.1, n.14, p.1325-1335, jan. 2009. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v14s1/a02v14s1.pdf>. Acesso em: 02 maio 2017.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TRIVINOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

VILAS, C. M. O Banco Mundial e a reforma do Estado da América Latina: fundamentos teóricos e prescrições políticas. In: VILAS, C. M. **A demolição de direitos**: um exame das políticas do Banco Mundial para a educação e a saúde (1980-2013). Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde João Venâncio, 2014.

XIMENES, A. F. **A apropriação do fundo público da saúde pelas Organizações Sociais em Pernambuco**. 2015. 195f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2015.

ZIZEK, S. O espectro da ideologia. In. ZIZEK, S. **Um mapa da ideologia**. Rio de Janeiro: Contraponto, 1996. 337 p.

APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA GESTOR MUNICIPAL

1. Para você, de que forma a gestão do governo Roberto Cláudio (iniciada em 2013) conduziu o processo de reformas/mudanças administrativas relativas à gestão da saúde municipal? Quais as principais políticas adotadas? Quais os instrumentos de gestão utilizados? Quais os impactos em termos de efetividade e eficiência de gestão? Quais os impactos em termos de qualificação do acesso e da atenção à saúde?
2. Quais as condições objetivas de participação da sociedade civil através dos Conselhos de Saúde? Quais os limites? Quais as potencialidades?
3. Qual o nível de integração das propostas oriundas da Conferência Municipal de Saúde às políticas de saúde do município naquele período?
4. Que outros mecanismos/espços de participação popular foram construídos e que medidas foram efetivadas por estes espaços em termos de política municipal de saúde no período?
5. Qual a dimensão da participação do setor privado na estrutura dos serviços municipais de saúde? E na gestão dos serviços?
6. De que forma esses agentes privados intervêm na construção e na efetivação das políticas de saúde do município?
7. Quais as características e os impactos sociais de um modelo de gestão pública da saúde em Fortaleza? E de um modelo de gestão privado?
8. Quais os impactos desse “novo modelo de gestão” sobre a gestão e o trabalho na Atenção Primária à Saúde (APS) do município?
9. Quais as relações jurídicas e as condições de trabalho dos trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família (ESF)? E dos trabalhadores vinculados à Organização Social (OS) Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar (ISGH)?
10. Quais os avanços percebidos na gestão e na atenção à saúde com a presença do ISGH na gestão da APS? Quais os limites, problemas e desafios?

APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA GESTORES REGIONAIS E LOCAIS

1. Para você, quais as principais mudanças de caráter gerencial/administrativo ocorridas na gestão do governo Roberto Cláudio (2013-2018)? Qual o impacto delas sobre as Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS)?
2. De que forma foi transferida a gestão do patrimônio estatal das UAPS para a Organização Social (OS) Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar (ISGH)? Quais suas percepções desse processo?
3. Quais as principais características do gerenciamento público das UAPS? E do privado? E o impacto destes modelos sobre os serviços?
4. Quais as principais mudanças ocorridas nas práticas de gestão com a implantação do modelo privado de gestão via OS?
5. Quais mudanças organizativas e no aparato técnico no sentido da melhoria da qualidade de gestão (efetividade/eficiência) foram propostas com a implantação da OS? Quais foram efetivadas em Fortaleza, no período (2013-2018)?
6. Quais as mudanças nas práticas gerenciais na APS de Fortaleza? Quais os impactos dessas mudanças nos serviços?
7. Quais os espaços de gestão compartilhada da UAPS? Quais os instrumentos de co-gestão presentes?
8. Como se dá a participação dos trabalhadores da estratégia de Saúde da Família (ESF) nestes espaços de gestão? E dos usuários dos serviços? Quais as principais pautas discutidas? Como são encaminhadas?
9. Quanto aos trabalhadores do ISGH? Como participam? Quais suas pautas?
10. Qual sua avaliação sobre os impactos do modelo de gestão privada da OS ISGH sobre a saúde da comunidade?

APÊNDICE C - ROTEIRO DE ENTREVISTAS TRABALHADORES DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

1. Para você, quais as principais ações/decisões políticas e gerenciais da gestão do governo Roberto Cláudio (2013-2018)? Qual o impacto delas nas condições de trabalho e no acesso da população aos serviços de saúde do município?
2. Quais instrumentos/elementos gerenciais de nível central e local foram utilizados? Quais os impactos desses instrumentos nos serviços? Quais os impactos sobre o trabalho e as ações de promoção e prevenção?
3. Quais os principais programas e ações assistenciais dos serviços de saúde do município? Sobre que bases/princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) assentam-se? Qual o impacto para a população usuária dos serviços?
4. Você atua ou atuou no segmento privado do sistema de saúde do município? Quais as principais ações assistenciais realizadas? Sobre que bases/princípios assentam-se tais ações? Qual o impacto para a população usuária desses serviços?
5. Quais as principais mudanças ocorridas na assistência à saúde do município com a implantação do modelo de gestão privado por meio das Organizações Sociais (OS)? Quais as mudanças ocorridas na relação entre os níveis de atenção e organização dos serviços (central de marcação, sistema de referenciamento, central de medicamentos, logística, etc.)? Qual o impacto destas mudanças para as condições de trabalho e a atenção à saúde da população coberta?
6. Quais as mudanças ocorridas nas práticas da Atenção Primária à Saúde (APS) e da Estratégia de Saúde da Família (ESF) com a implantação da OS Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar (ISGH)? Que programas/ações foram implantados e executados e quais não foram mais realizados pelas equipes de Saúde da Família (eSF)?
7. Quais as condições e os espaços de garantia de direitos trabalhistas e de direito à atenção no município e no local de trabalho/assistência das eSF? Qual o nível de participação dos trabalhadores nestes espaços? Que mecanismos/instrumentos são utilizados pelos trabalhadores para garantia desses direitos?

8. Quais as condições/espacos de garantia de direitos trabalhistas e atençao à saúde da população oferecidas aos trabalhadores do ISGH? Qual o nível de participação destes trabalhadores nestes espacos? Que mecanismos/instrumentos são utilizados por estes trabalhadores para garantia desses direitos?

APÊNDICE D - ROTEIRO DE ENTREVISTA CONSELHEIROS DE SAÚDE

1. Para você, quais as principais ações/decisões políticas e gerenciais da gestão do governo Roberto Cláudio (2013-2018)? Qual o impacto delas no acesso da população aos serviços de saúde do município? Qual o impacto delas sobre as Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) e para a participação popular e o controle social?
2. Quais os instrumentos/elementos gerenciais de nível central e local foram utilizados? Quais foram produto dos espaços de co-gestão do município (Conferências de Saúde, outros)? Quais os impactos desses instrumentos nos serviços? Quais os impactos sobre o processo de participação popular e controle social?
3. Que instrumentos são utilizados pelo Conselho Municipal de Saúde (CMS) e Conselhos Locais de Saúde (CLS) para controle das ações/decisões de governo? Em que condições são construídas no CMS as Programações Anuais de Saúde (PAS) e Relatórios Anuais de Gestão (RAG)? Qual o nível de participação da gestão nestes espaços? E de intervenção sobre estes instrumentos de gestão participativa?
4. Quais os principais programas e ações assistenciais dos serviços de saúde do município? Sobre que bases/princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) assentam-se? Qual o impacto para a população usuária dos serviços?
5. Qual o papel e as relações estabelecidas entre o segmento privado do sistema de saúde do município e os serviços públicos? Sobre que bases/princípios se assentam tais ações? Qual o impacto para a população usuária destes serviços?
6. Quais as principais mudanças ocorridas na assistência à saúde do município com a implantação do modelo de gestão privado por meio das Organizações Sociais (OS)? Houve mudança qualitativa na gestão dos serviços (ganho de efetividade/eficiência)? Qual o impacto destas mudanças para a atenção à saúde da população coberta?
7. Quais as mudanças ocorridas nas práticas da Atenção Primária à Saúde (APS) e da Estratégia de Saúde da Família (ESF) com a implantação da OS Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar (ISGH)? Houve ganho ou perda de efetividade

- e eficiência das ações? Que programas/ações foram implantados e executados e quais não foram mais realizados pelas equipes de Saúde da Família (eSF)?
8. Quais as condições de acompanhamento e controle social sobre os instrumentos (contratos de gestão) e as ações realizadas pela OS ISGH? Quais os principais obstáculos a estas ações e quais os impactos destes para a atenção à saúde da população?
 9. Quais as condições/espacos de participação social e controle social oferecidas aos trabalhadores do ISGH? Qual o nível de participação destes trabalhadores nestes espacos?

APÊNDICE E - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos você a participar da pesquisa “gestão da atenção primária à saúde e contrarreforma do estado: análise da relação público-privada em Fortaleza” desenvolvida pelo mestrando Claudio Ferreira do Nascimento, sob orientação do Prof. Dr. José Maria Guimarães Ximenes. O objetivo geral do estudo consiste em analisar os impactos das contrarreformas neoliberais do Estado brasileiro sobre a relação público-privada do sistema de saúde, em especial, sobre os processos político-sociais, gerenciais e assistenciais da Atenção Primária à Saúde. Caso você aceite participar da pesquisa, deverá conceder uma entrevista ao pesquisador, a qual deverá ser gravada por meio de gravador digital, que será utilizada apenas para os fins desta pesquisa. A sua participação não é obrigatória, não lhe acarretará custos financeiros, nem você receberá remuneração. Poderá, a qualquer momento, desistir da participação sem prejuízos em sua relação com o pesquisador ou com a instituição em que estuda ou trabalha. Informamos que a presente pesquisa apresenta riscos mínimos relacionados ao constrangimento/desconforto em responder aos questionamentos, os quais serão minimizados pela garantia de privacidade na realização da entrevista, anonimato, sigilo das informações e garantia de poder se retirar da pesquisa sem prejuízos. Os benefícios da pesquisa, mediante a sua participação, são indiretos e dizem respeito a fomentar a discussão crítica sobre a relação público-privada na Atenção Primária à Saúde a partir das contrarreformas neoliberais do Estado brasileiro. Os resultados da pesquisa serão utilizados para confeccionar a dissertação do mestrando, requisito parcial, para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família. Serão divulgados na forma científica em congressos e periódicos científicos. Além disso, você está recebendo uma cópia deste termo onde consta o telefone do pesquisador principal, podendo tirar dúvidas agora ou a qualquer momento. Caso tenha compreendido e ACEITE participar voluntariamente da pesquisa, você deverá assinar este Termo de Consentimento, em duas vias, devendo receber uma cópia do mesmo e a outra fica com o pesquisador. Em caso de dúvidas ou desistência, poderá entrar em contato com o pesquisador Claudio Ferreira do Nascimento, pelo telefone (85) 987241871, ou com o Orientador Prof. José Maria Ximenes Guimarães, pelo telefone (85) 31019600. Em caso de dúvidas sobre questões éticas do estudo, entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa

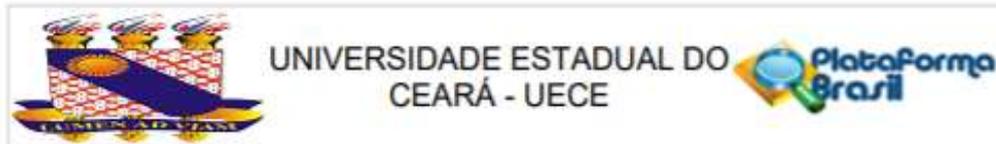
com Seres Humanos – CEP da UECE, na Av. Dr. Silas Munguba, 1700, Campus do Itaperi, Fortaleza-CE, telefone (85)3101-9890, e-mail cep@uece.br.

Fortaleza, _____ de _____ de 2019.

Participante

Pesquisador

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: GESTÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E CONTRARREFORMA DO ESTADO: ANÁLISE DA RELAÇÃO PÚBLICO-PRIVADA EM FORTALEZA

Pesquisador: claudio ferreira do nascimento

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 06381519.1.0000.5534

Instituição Proponente: Centro de Ciências da Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.230.177

Apresentação do Projeto:

Pesquisa qualitativa que busca refletir sobre a relação do Estado com as políticas sociais em geral e com as políticas de saúde, por meio de análise documental e entrevistas com integrantes do PSF.

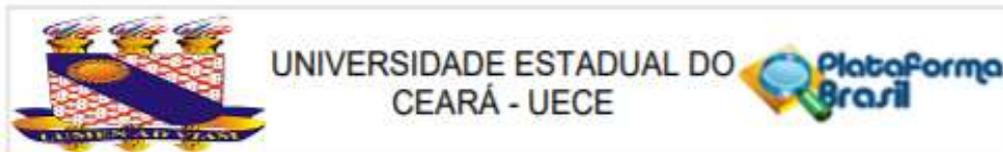
Objetivo da Pesquisa:

Os seguintes objetivos foram descritos pelo pesquisador:

Objetivo Primário: Analisar os impactos das contrarreformas neoliberais do Estado brasileiro sobre a relação público-privada do sistema de saúde, em especial, sobre os processos político-sociais, gerenciais e assistenciais da Atenção Primária à Saúde. **Objetivo Secundário:**

- i. Refletir sobre a natureza e os papéis do Estado na sociedade capitalista a partir da relação público-privada inerente ao sistema de saúde brasileiro e das contrarreformas neoliberais;
- ii. Analisar o modelo de gestão da Atenção Primária à Saúde vigente no município de Fortaleza, com eixo nos níveis político-social, gerencial e assistencial;
- iii. Descrever os marcos normativos e organizativos formais que configuram a relação público-privada no âmbito da Atenção Primária à Saúde do município de Fortaleza;
- iv. Discutir sobre possíveis impactos do modelo de gestão da Atenção Primária à Saúde sobre o trabalho e a atenção à saúde da população de Fortaleza.

Endereço: Av. Sias Munguba, 1700
Bairro: Itaperi **CEP:** 60.714-903
UF: CE **Município:** FORTALEZA
Telefone: (85)3101-9890 **Fax:** (85)3101-9906 **E-mail:** cep@uece.br



Continuação do Parecer: 3.230.177

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os seguintes riscos e benefícios estão descritos no projeto:

Riscos: A presente pesquisa apresenta riscos mínimos relacionados ao constrangimento/desconforto em responder aos questionamentos, os quais serão minimizados pela garantia de privacidade na realização da entrevista, anonimato, sigilo das informações e garantia de poder se retirar da pesquisa sem prejuízos.

Benefícios: Os benefícios da pesquisa são indiretos e dizem respeito, de modo amplo, ao fomento da discussão crítica sobre a relação público-privada da Atenção Primária à Saúde a partir das contrarreformas neoliberais do Estado brasileiro. Em termos específicos, este estudo é importante para ampliar a reflexão-ação sobre o impacto das políticas do Estado, no tocante à relação público-privada inerente ao SUS e, conseqüentemente, sobre as políticas e ações de saúde pública no Brasil; contribuir na avaliação dos obstáculos e potencialidades para consolidação da APS e da ESF, na compreensão do modelo de atenção e do sistema de saúde brasileiros e na busca da compreensão das condições e determinações do tipo de atenção à saúde oferecida pelo Estado brasileiro à população; bem como, contribuir na qualificação da intervenção política do conjunto dos trabalhadores que usam e trabalham no SUS no sentido da defesa do direito à saúde e na valorização e qualificação das ações da APS e da ESF.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa de caráter relevante no âmbito político-social, gerencial e assistencial da Atenção Primária à Saúde visando à reflexão-ação, valorização e qualificação das ações da APS e da ESF

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos de apresentação obrigatória estão de acordo com a Resolução 466 da CONEP

Recomendações:

Enviar relatório ao final da pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

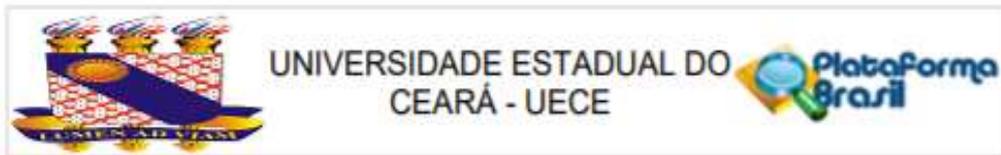
Aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
----------------	---------	----------	-------	----------

Endereço: Av. Silas Munguba, 1700
 Bairro: Itaperi CEP: 60.714-903
 UF: CE Município: FORTALEZA
 Telefone: (85)3101-9890 Fax: (85)3101-9906 E-mail: cep@uece.br



Continuação do Parecer: 3.230.177

Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1285184.pdf	25/03/2019 21:39:23		Aceito
Outros	CARTA_PARECERISTA_DO_CEP.pdf	25/03/2019 21:30:40	claudio ferreira do nascimento	Aceito
Outros	TERMO_ANUENCIA.pdf	25/03/2019 21:28:27	claudio ferreira do nascimento	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Claudio.pdf	27/01/2019 21:08:34	claudio ferreira do nascimento	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Mestrado_Claudio.pdf	27/01/2019 21:06:20	claudio ferreira do nascimento	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_claudio.pdf	27/01/2019 20:28:36	claudio ferreira do nascimento	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FORTALEZA, 28 de Março de 2019

Assinado por:
ISAAC NETO GOES DA SILVA
 (Coordenador(a))

Endereço: Av. Sítio Munguba, 1700
 Bairro: Itaperi CEP: 60.714-903
 UF: CE Município: FORTALEZA
 Telefone: (85)3101-9890 Fax: (85)3101-9906 E-mail: cep@uece.br

ANEXO B - TERMO DE REFERÊNCIA CONTRATO DE GESTÃO 01/2013 (P. 1-18)**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FORTALEZA -
SMS**

TERMO DE REFERÊNCIA PARA REALIZAÇÃO DO CONTRATO DE GESTÃO A SER FIRMADO ENTRE A PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA, ATRAVÉS DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FORTALEZA - SMS E O INSTITUTO DE SAÚDE E GESTÃO HOSPITALAR- ISGH, PARA GERIR OS MACROPROCESSOS DE APOIO E LOGÍSTICO, DA REDE DE UNIDADES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E CENTROS PSICOSSOCIAL.

MAIO DE 2013



PREFEITO DE FORTALEZA

Roberto Cláudio Rodrigues Bezerra

PROCURADOR GERAL DO MUNICÍPIO

José Leite Jucá Filho

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Maria do Perpétuo Socorro Martins Breckenfeld

**EQUIPE RESPONSÁVEL PELA ELABORAÇÃO DO TERMO
DE REFERÊNCIA**

COORDENAÇÃO: Lúcia Carvalho Cidrão

CONSULTORA: Maria Emi Shimazaki



I – DO OBJETO:

Pactuação de um Contrato de Gestão a ser firmado pela Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza – SMS com o Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar – ISGH, para gerir os macroprocessos de apoio e logístico, da Rede de Unidades de Atenção Primária à Saúde, Centros de Atenção Psicossocial e Centros de Especialidade Odontológicas, conforme relação constante dos Anexos VII e VIII.

Todas as diretrizes referentes à Atenção à Saúde, Programas e Ações Assistenciais, bem como o Controle e a Avaliação do desempenho das metas e indicadores previstos no Contrato de Gestão, ficarão a cargo da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza-SMS, cabendo ao ISGH oferecer as condições necessárias ao alcance desses objetivos.

Assim, a Prefeitura Municipal de Fortaleza busca a gestão das atividades meio através do ISGH, com foco nos seguintes objetivos:

- Eficiência e qualidade dos serviços prestados ao cidadão;
- Maior agilidade para operacionalização dos serviços;
- Dotação de maior autonomia administrativa e financeira, contribuindo para melhoria do gerenciamento dos serviços;
- Utilização dos recursos de forma mais racional, visando a redução de custos;
- Priorização da avaliação por resultados.

Ao ISGH caberá garantir a manutenção dos bancos de dados das Unidades junto aos sistemas de informações oficiais do Ministério da Saúde, SIS Pré-natal, Hiperdia, SIAB, SIHD e CNES, nos prazos estabelecidos e demais sistemas próprios do município, devidamente providos por este, caso a organização Social opte por desenvolver sistema próprio, este deverá satisfazer às especificações da Secretaria Municipal de Saúde, inclusive com a exportação dos dados para o sistema do Município.



II – DOS OBJETIVOS

1. Descentralizar as atividades de gestão da logística e dos sistemas de apoio, visando criar condições para a SMS direcionar seu foco de atenção e de esforços para as atividades fim de sua Missão;
2. Possibilitar a implantação do Plano de Reorganização da Rede de Atenção Primária à Saúde visando:
 - 2.1. Fortalecer a Atenção Primária à Saúde, como coordenadora e ordenadora das redes de atenção à saúde;
 - 2.2. Fortalecer a Vigilância em Saúde (epidemiológica, sanitária, ambiental e saúde do trabalhador)
 - 2.3. Implementar as redes de atenção
 - Materno infantil “cegonha”
 - Doenças cardiovasculares
 - Oncológica (mama e colo de útero)
 - Urgência e Emergência

III – JUSTIFICATIVA

A justificativa de firmar um Contrato de Gestão com o Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar foi em face das seguintes razões:

1. SITUAÇÃO ORGANIZACIONAL ATUAL

Número expressivo de unidades da Rede de Atenção Primária à Saúde, constituída de 92 unidades e de 14 Centros de Atenção Psicossocial, que estão sem o cumprimento de sua missão.

Esta rede de atenção encontra-se desorganizada, funcionando bem abaixo da capacidade instalada, sem articulação com os demais níveis de atenção, com péssimas condições ambientais de assistência e de trabalho, por não ter manutenção predial e nem de equipamentos faltando constante medicamentos, material médico, de expediente e outros insumos.

Não há lotação numérica de pessoal coerente com a missão das unidades, e não existe um controle da assiduidade e pontualidade dos profissionais, gerando daí uma grande deficiência na prestação dos serviços.



2. APOIO TERAPIA

DIAGNÓSTICO E

O apoio diagnóstico e terapêutico também é deficiente, não possibilitando aos usuários a garantia dos exames indispensáveis ao processo de diagnose estabelecido nos protocolos do Ministério da Saúde e nem a coleta de exames descentralizada em todas as unidades.

3. NECESSIDADES DE SUPORTE ADMINISTRATIVO PARA IMPLANTAÇÃO DO PROJETO DE REORGANIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, não dispõe de suporte administrativo para implantação do Projeto de Reorganização da Rede de Atenção Primária à Saúde. Para essa finalidade há necessidades do apoio administrativo de uma instituição que tenha experiência em gestão logística e em sistema de apoio na área da saúde.

A razão da escolha do Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar – ISGH para firmar com a SMS foi atender a esses requisitos.

Além do atendimento a esses requisitos o ISGH é uma organização acreditada no nível II, cujo título foi obtido da Organização Nacional de Acreditação, fornecido ao Hospital Waldemar de Alcântara, instituição por ele regido.

O ISGH também já é qualificado como Organização Social pelo Estado do Ceará e em razão disso é detentora de Contratos de Gestão bem sucedidos, firmados com o governo Estadual do Ceará, incluindo Hospitais Regionais da Rede Estadual e UPAS.

4. OUTRAS RAZÕES A CONSIDERAR NA NECESSIDADE DO APOIO LOGÍSTICO DO ISGH À SMS

As mudanças que vêm acontecendo no ambiente político-econômico e social do país, somadas às pressões da sociedade por serviços de melhor qualidade, e a necessidade de que os esforços do estado estejam concentrados nas atividades que lhe são específicas direcionam o setor público para a busca de novas formas de gestão, que possibilitem descentralizar e qualificar o desempenho gerencial na prestação de serviços públicos com maior agilidade e maior alcance, através de entidades públicas não-estatais competitivas, autônomas e flexíveis: as Organizações Sociais.

A construção de um modelo orgânico - institucional para o setor público no estado, suficientemente flexível para permitir o planejamento das ações a partir de políticas públicas bem definidas onde se possam antever o resultado da assistência a ser oferecida aos usuários constitui busca incessante dos governos a todos os níveis.

Esse modelo de administração pública, baseado no estabelecimento de alianças estratégicas entre o estado e a sociedade busca atenuar as distorções do modelo vigente, a fim de maximizar os resultados da ação social e geral. Propõe uma gestão

compatível com os objetivos, implicando, portanto, na adoção de mecanismos de concessão de autonomia e flexibilidade nas decisões.

As Organizações Sociais são entidades de caráter não-estatal idealizadas com contorno mais elástico, capaz de agilizar a administração de serviços a elas concedidos pelo estado, com planejamento de ações e metas previamente definidas em instrumento que regula o relacionamento entre as partes, possibilitando o acompanhamento e avaliação do que foi instituído pelo estado, garantindo o caráter público da assistência e os serviços oferecidos com controle social por parte da sociedade.

Ainda que constituídas como um ente de direito privado, as Organizações Sociais têm caráter eminentemente público, não havendo como se desviar dos objetivos no atendimento universal e gratuito à população porquanto, toda a sua relação com o governo, obrigações e deveres estão expressos em contrato de direito público.

A Organização gerencia e produz os serviços. O Gestor Público do Sistema de Saúde regula, fiscaliza e controla a atividade garantindo a integração essencial à integralidade da assistência.

Alguns Estados Brasileiros, principalmente o Ceará, têm firmado contrato de gestão com Organização Social, um exemplo é o Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar (ISGH), entidade de reconhecida expertise em administração de serviços de saúde, em unidades hospitalares e unidades de Pronto-Atendimento (UPAS) estabelecendo obrigações e deveres das partes, tem sido possível mudar o panorama assistencial do Estado, que se registra como positivo.

As avaliações técnicas e contábeis realizadas revelam que os hospitais gerenciados pelas OS tiveram, em 2004, custo médio de internação 25% menor do que as unidades de administração direta, embora com produtividade 37% maior.

Outro levantamento de importância da época refere-se à satisfação média de 95% de pacientes e acompanhantes. Além de exigir e acompanhar as metas de produção, o governo controla todo o gasto realizado pelas entidades. A cada mês a organização entrega à Secretaria relatório de atividades produzidas e relatório contábil acompanhado de extrato bancário detalhando a

movimentação financeira. Além disso, a prestação de contas das OS(s) passa também por avaliação da Corte de Contas do Estado.

A Análise de Saúde do Município de Fortaleza evidencia uma transição demográfica acelerada com o envelhecimento da população e uma transição epidemiológica com tripla carga de doenças: as doenças infecciosas e parasitárias, uma presença forte das condições crônicas e uma carga importante das causas externas. As doenças cardiovasculares são a primeira causa básica de óbitos, seguida de neoplasias e causas externas.

O Sistema Municipal não está estruturado da forma adequada para enfrentar esta realidade epidemiológica a qual exige uma atenção primária organizada, resolutiva, eficiente e coordenadora da atenção prestada aos usuários, próximo aos seus locais de moradia.

As equipes também não dispõem de um plano diretor de organização da atenção primária, nem de todos os protocolos para o desenvolvimento das ações.

Faltam também as linhas guia de atenção aos usuários para implantação das redes de atenção prioritárias, com as respectivas especificações das competências dos vários pontos de atenção e os fluxos de atendimento dos usuários a partir da unidade adscrita.

Uma parte dos recursos humanos existente, principalmente de nível técnico e administrativo era terceirizada, além de não haver o estabelecimento de um programa permanente de formação e educação permanente para profissionais de atenção primária à saúde.

Neste contexto faz-se necessárias mudanças no sentido de garantir o fortalecimento da atenção primária para que ela possa cumprir as três funções essenciais na perspectiva de ser coordenadora das redes de atenção à saúde:

- a função resolutiva de atender 85% dos problemas mais comuns da saúde;
- a função ordenadora de coordenar os fluxos e contrafluxos de pessoas, produtos e informações nas redes;
- e a função de responsabilização pela saúde da população usuária que está adscrita, às redes de atenção à saúde, às equipes de cuidados primários.

Só será possível um bom atendimento à população se a atenção primária à saúde estiver capacitada a desempenhar adequadamente essas três funções. É preciso, portanto investir na estruturação da rede de unidades de atenção primária melhorando as áreas físicas das mesmas, mobiliário, equipamentos, sistema de fornecimento de insumos, de medicamentos e material de expediente, bem como, organizar a coleta, realização e fluxo de entrega de exames de patologia clínica e de imagem.

É indispensável também investir em um sistema de informação em saúde que privilegie o prontuário eletrônico dos pacientes e que este interaja com os demais sistemas, podendo assim circular as informações de forma ágil e contínua.

Este direcionamento possui elementos suficientes para possibilitar uma melhoria na resolutividade e qualidade da prestação de serviços de atenção primária e como consequência uma melhoria na satisfação dos usuários e na situação de saúde da população atendida.

IV – ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS DOS SERVIÇOS A SEREM PRESTADOS PELO ISGH

Apresentamos abaixo as especificações técnicas dos serviços a serem contratualizados, que se constituem o objeto dos macroprocessos de apoio e logístico:

1. Serviço de Apoio e Diagnóstico Terapêutico – SADT;

2. Serviço de Assistência Farmacêutica;
3. Serviço de Atendimento ao Cliente;
4. Serviço de capacitação e Educação Continuada;
5. Gestão da logística e dos sistemas de apoio.

Na planilha abaixo estão especificados os serviços acima mencionados:

UNIDADE	SISTEMAS DE APOIO	SERVIÇOS A SEREM CONTRATADOS
Unidades de Atenção Primária à Saúde, Centros de Atenção Psicossocial e Centros de Especialidades Odontológicas	Assistência Farmacêutica	Gestão da Central de Abastecimento Farmacêutico das unidades definidas, incluindo aquisição de medicamentos mensais e anuais, autorizados pela SMS-Fortaleza, armazenamento adequado, distribuição de medicamentos (segundo cota estabelecida para as unidades de acordo com o consumo médio indicado em Anexo 2), garantia da rastreabilidade.
	Diagnóstico e Terapêutico Eixo Laboratório	Ofertar SADT (laboratório), conforme as características da atenção primária, exclusivamente para os pacientes cadastrados, garantindo as fases pré-analítica em todas as unidades básicas no período matutino, analítica com entrega em até 48hs disponibilizada através de recursos de web services.
Unidades de Atenção Primária à Saúde, Centros de Atenção Psicossocial e Centros de Especialidades Odontológicas	Serviço de atendimento ao cliente	- Implementar o cadastro informatizado dos usuários, através do cartão SUS; - Manter atualizado as informações de atendimento para monitoramento na SMS.
	Capacitação e Educação Permanente	Aplicar os treinamentos e oficinas estratégicas para orientação do eixo assistencial de acordo com os protocolos e gestão da clínica definida pela SMS
	Melhoria da ambiência, execução da manutenção e fornecimento de insumos	- Melhorar ambiência, conforme o diagnóstico realizado pela SMS; - Executar um programa de manutenção predial, e de equipamentos; - Suprir de todos os insumos destinados ao pleno funcionamento das unidades.

No Item XII, está demonstrado o Perfil Demográfico da população que se constitui a clientela da Rede de Unidades de Atenção Primária à Saúde e dos Centros de Atenção Psicossocial, dos quais vão demandar as necessidades de atendimentos, SADT e procedimentos básicos, demonstrados no item IX, representativo da demanda de serviços a serem prestados pelo ISGH.

O Contrato de Gestão disporá sobre os Bens Móveis e Imóveis disponibilizados para a Organização Social (OS) mediante Termo de Permissão de Uso específico. Em caso de extinção da OS, ou finalização do Contrato de Gestão, o patrimônio será retornado a Secretaria Municipal de Saúde, ou para outra OS qualificada na forma da Lei e autorizada a recebê-lo.

Os equipamentos/mobiliários serão recebidos por meio de comissão conjunta e a SMS somente realizará a troca/substituição após os mesmos terem cumprido sua vida útil determinada pelo fabricante.

As trocas/substituições efetuadas antes do prazo estipulado serão realizadas pela OS e incorporadas ao patrimônio da SMS/PMF. A manutenção dos equipamentos e mobiliários cedidos também será de responsabilidade da OS.

As atividades desenvolvidas deverão ser pautadas pelo acolhimento, humanização em todos os pontos de atenção da Unidade, com balcão de Atendimento ao Usuário, implantação de senha eletrônica e Cartão Municipal de Saúde.

As atividades relativas à Atenção Primária à Saúde deverão seguir as diretrizes do Plano Diretor de Atenção Primária à Saúde e serem realizadas por equipe multiprofissional e multidisciplinar, de segunda a sexta-feira, no horário de 7:00 as 18:00h, nos CSF, além de viabilizar posteriormente o atendimento no

Horário do Trabalhador, das 18h até às 22h de segunda a sexta-feira, sob a gestão da SMS.

A equipe técnica da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) após definir os objetivos estratégicos para organização da Atenção Primária à Saúde (APS) como coordenadora das redes de atenção à saúde, de conhecer os elementos constitutivos das redes, de compreender os macroprocessos finalísticos, de apoio e estratégicos na gestão da APS, definiu as competências da SMS e identificou as necessidades de complementaridade de serviços nos macroprocessos de apoio e logística.

Baseado nas limitações apresentadas pelos modelos predominantes de gestão e a experiência exitosa com o Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar-ISGH, Organização Social em Saúde que administra o Hospital Geral Dr. Waldemar Alcântara e o Hospital Regional do Cariri, além das UPAS de Fortaleza, definiu-se esse tipo de modelo para a gestão a fim de atender aos critérios estabelecidos pela SMS para os macroprocessos de apoio e logística da atenção básica.

Este modelo gerencial busca atribuir, no nível hierárquico de execução, a implantação e desempenho de ferramentas inovadoras de gestão, e à Secretaria da Saúde

Municipal e a Prefeitura de Fortaleza, funções reguladoras de acompanhamento, controle e avaliação.

O modelo de gestão que deverá se iniciar com a participação do ISGH será inovador, visando construir uma rede assistencial estrategicamente planejada, ágil e flexível, horizontalizada hierarquicamente, envolvendo a participação dos funcionários.

As Unidades deverão possuir Rotinas Administrativas de Funcionamento e de Atendimento escritas, atualizadas e assinadas pelo Responsável Técnico. As rotinas devem abordar todos os processos envolvidos na assistência que contemplem desde os aspectos organizacionais até os operacionais e técnicos.

As Unidades deverão possuir um único prontuário para cada paciente com as informações completas do quadro clínico e sua evolução, devidamente escritas, de forma clara e precisa, datadas, carimbadas e assinadas pelo profissional responsável pelo atendimento. Ao ISGH compete a estruturação e implantação do prontuário eletrônico a ser implantado na APS.

A SMS deverá implementar o Controle Social, por meio do Conselho de Saúde Regional, através das reuniões mensais, informando indicadores quantitativos e qualitativos, para avaliação e controle dos aspectos da assistência, permitindo que suas proposições sejam lavradas em livro de atas próprio e enviadas ao presidente do Conselho Municipal de Saúde.

V – DAS METAS A ALCANÇAR

Relacionamos abaixo as metas a serem alcançadas pelo ISGH, bem como seus respectivos indicadores de resultados.

1. SADT

- Controle de qualidade externo (Proficiência $\geq 85\%$)
- Entrega de resultados eletivos (Prazo de entrega em até 48%)

2. Assistência Farmacêutica

- Perda por validade (itens com validade esperada $< 1\%$)
- Cumprimento de Cronograma (Nº de entregas dentro do prazo de 85%)

3. Atendimento ao cliente

- Pesquisa de satisfação (Pesquisa em 20% dos atendimentos do dia)
- Cadastro atualizado dos pacientes atendidos de forma eletiva (Cadastro de pacientes eletivos)

VI – LOCAL E CONDIÇÕES DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

O local da prestação dos serviços é nas Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS), Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), nos endereços especificados nos Anexos VII e VIII deste Termo de Referência, obedecida a área de seu cadastramento.

Os medicamentos serão distribuídos mediante receita médica e entregues diretamente ao paciente ou a pessoa credenciada para essa finalidade.

Os exames serão realizados mediante aquisição médica, efetuada dentro da área de seu cadastramento.

Os serviços de atendimento ao cliente serão prestados em cada Unidade de Atenção Primária à Saúde, respeitando a área de cadastramento do usuário do SUS.

A Capacitação e Educação Continuada, será realizada de acordo com a demanda apresentada pela SMS, a quem compete a gestão de atenção à saúde, bem como o desenvolvimento dos programas e ações assistenciais.

VII – A ASSISTÊNCIA NAS UNIDADES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A Atenção Primária à Saúde no município de Fortaleza irá seguir as diretrizes do Ministério da Saúde que objetiva dar qualidade na atenção, visto que o fortalecimento da atenção primária é o eixo fundamental para a reorientação do modelo assistencial do SUS, sendo resolutivo para cerca de 85% das necessidades de atenção à saúde da população, e deverá contar com as seguintes intervenções:

- Na normalização da atenção primária à saúde através do Manual da Atenção Primária à Saúde;
- No diagnóstico local da atenção primária à saúde: os processos de territorialização, o cadastramento das famílias por riscos sócio-sanitários e a definição da situação local;
- Na implementação dos processos de trabalho, o que envolve os processos de humanização e acolhimento dos usuários, a organização da atenção programada por ciclos de vida e com base em riscos e a organização da atenção às urgências por graus de risco;
- Na implementação da vigilância em saúde através das ações de atenção primária em vigilância epidemiológica, vigilância sanitária e vigilância ambiental;
- Na implantação dos sistemas logísticos como o cartão SUS, o prontuário familiar eletrônico, as relações com o sistema de transporte sanitário e com a central de regulação;
- Na implementação do sistema de apoio diagnóstico e terapêutico;
- Na implementação do sistema de assistência farmacêutica, tanto nos ciclos logísticos quanto no uso racional dos medicamentos;
- Na implantação do programa de qualidade da atenção primária à saúde com o processo de certificação das equipes e com as oficinas de qualidade;
- No fortalecimento do controle social pelos Conselhos Locais de Saúde;
- Na implantação da gestão da clínica, através da elaboração e implantação das linhas-guia com a utilização da tecnologia de gestão de patologia - o que implica

a programação por riscos, o contrato de gestão, o sistema de monitoramento eletrônico, a educação permanente dos profissionais da atenção primária e de educação em saúde dos usuários – e da tecnologia de auditoria clínica.

- Realização e Operacionalização do Plano Diretor de Atenção Primária à Saúde que se dar por meio da:
 - Aplicação dos instrumentos de gestão da clínica;
 - Da realização do diagnóstico local da APS;
 - Programação e organização da assistência;
 - Monitoramento e o contrato de gestão;
 - Implantação do Programa de Educação Permanente e do Curso Básico;
 - Continuidade do incentivo financeiro e do investimento em infraestrutura e equipamentos.

VIII - CARACTERIZAÇÃO E OBJETIVOS DA ATENÇÃO À SAÚDE DA FAMÍLIA

A Saúde da Família deverá ser entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades de atenção primária de saúde.

Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade. O atendimento ambulatorial acontece das 7h às 17h, focando nos seguintes objetivos:

- Dar atendimento exclusivo aos cidadãos usuários do SUS, nos termos da legislação vigente;
- Atender os cidadãos com dignidade e respeito, de forma humanizada e igualitária, primando sempre pela excelência na qualidade da prestação dos serviços, adequando-os sempre a necessidade dos cidadãos-usuários;
- Facilitar o acesso dos cidadãos-usuários aos serviços ofertados, integrando-se de forma harmoniosa a rede pública de saúde do município;
- Manter o "Serviço de Atendimento ao Cliente", que analisará o nível de satisfação dos cidadãos nas Unidades;
- Aprimorar a prestação de assistência em atenção primária, especialidades e pronto atendimento por meio da aplicação de Protocolos Clínicos definidos pela Secretaria Municipal de Saúde;
- Desenvolver atividades preventivas e educativas dirigidas à população em geral, de acordo com as determinações da Secretaria Municipal de Saúde;
- Apoiar à realização de ações de vigilância à saúde, em especial, as ações de vigilância epidemiológica para os cidadãos atendidos nas CSF residentes no território de abrangência da unidade;
- Organizar processos de trabalho para orientar a permanente otimização dos recursos existentes buscando a eficiência e a efetividade do serviço.
- Apoiar a Implantação do Programa de Gestão da Qualidade, buscando a acreditação da unidade;

IX - CARACTERIZAÇÃO E OBJETIVOS DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS)

A Atenção Primária à Saúde no município de Fortaleza inclui ainda uma Rede de Atenção Psicossocial que deve ser entendida como substitutiva e não complementar ao hospital psiquiátrico. O CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) é o núcleo de uma nova clínica, produtora de autonomia, que convida o usuário à responsabilização e ao protagonismo em toda a trajetória do seu tratamento.

Os projetos desse serviço, muitas vezes, ultrapassam a própria estrutura física, em busca da rede de suporte social, potencializadora de suas ações, preocupando-se com o sujeito e a singularidade, sua história, sua cultura e sua vida cotidiana. Seu objetivo é oferecer atendimento à população, realizar o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários.

Os CAPS, entre todos os dispositivos de atenção à saúde mental, têm valor estratégico para a Reforma Psiquiátrica Brasileira. São serviços de saúde municipais, abertos, comunitários que oferecem atendimento diário, focando nos seguintes objetivos:

- Prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando as internações em hospitais psiquiátricos;
- Acolher e atender as pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, procurando preservar e fortalecer os laços sociais do usuário em seu território;
- Promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais por meio de ações intersetoriais;
- Regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação;
- Dar suporte a atenção à saúde mental na rede básica;
- Articular estrategicamente a rede e a política de saúde mental num determinado território;

Promover a reinserção social do indivíduo através do acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários.

X - DISTRIBUIÇÃO REGIONAL DA REDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS

As Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) e Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) estão distribuídos nas seis regiões territoriais de Fortaleza, denominadas de Executivas Regionais. Estas UAPS são responsáveis pela atenção primária para uma população estimada de 2.500.197 habitantes (IBGE/2010, SMS/CEVEPI/CIEVS/2012), a saber:

A – UNIDADES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE:

Secretaria Executiva Regional I - População: 371.036

Rua Dom Jerônimo, nº 20 – Otávio Bonfim

Número de UAPS – 12

1.UAPS FLORESTA	R. Ten. José Barreira, 251	Álvaro Weyne
2.UAPS LINEU JUCÁ	R. Vila Velha, 101	Barra do Ceará
3.UAPS FERNANDO FAÇANHA	R. Rio Tocantins, s/n	Jardim Iracema
4.UAPS CARLOS RIBEIRO	R. Jacinto Matos, 944	Jacarecanga
5.UAPS PAULO DE MELO MACHADO	R. Bernardo Porto, 497	Monte Castelo
6.UAPS JOÃO MEDEIROS DE LIMA	Av. Dom Aloizio Loshaid, 982	Vila Velha
7.UAPS PROF.REBOUÇAS MACAMBIRA	R.Creuzza Rocha,s/n	Jd.Guanabara
8.UAPS VIRGÍLIO TÁVORA	Av.Monsenhor Hélio Campos,s/n	Cristo Red.
9.UAPS GUIOMAR ARRUDA	R.Gal.Costa Matos, 06	Pirambu
10.UAPS FCA DOMINGOS DA SILVA	Av. Castelo Branco, 4707	Barra do Ceará
11.UAPS CASEMIRO LIMA FILHO	Av. Fco. Sá, 6449	Barra do Ceará
12.UAPS 4 VERAS	R. Profeta Isaías,456	Pirambu

Secretaria Executiva Regional II - População: 370.522

Rua Professor Juraci M. de Oliveira, nº 1 – Edson Queiroz

Número de UAPS – 11

1.UAPS AINDA SANTOS	R.Trajano de Medeiros, 813	Vicente Pizon
2.UAPS FREI TITO	R. José Cláudio Costa Lima, 100	Caça e Pesca
3.UAPS CÉLIO BRASIL GIRÃO	R. Prof. Henrique Firmeza, 82	Cais do Porto
4.UAPS MIRIAM PORTO MOTA	R. Coronel Jucá, 1636	Dionísio Torres
5.UAPS PIO XII	R. Belizário Távora, s/n	Pio XII
6.UAPS BENEDITO ARTUR DE CARVALHO	R. Jaime Leonel, 228	Luciano Cavalcante
7.UAPS FLAVIO MARCILIO	Av.Abolição, 4180	Mucuripe
8.UAPS ODORICO DE MORAIS	R.São Bernardo do Campo,s/n	Cast.Encantado
9.UAPS IRMÃ HERCÍLIA ARAGÃO	R.Frei Vidal, 1821	S.J.Tauape
10.UAPS PAULO MARCELO	R. 25 de Março, 607	Centro
11.UAPS RIGOBERTO ROMERO	R. Alameda das Graviolas, 195	Cidade2000

Secretaria Executiva Regional III – População: 367.612

Endereço: Av. Jovita Feitosa, nº 1264 - Parquelândia

Número de UAPS – 16

1.UAPS LUIS RECAMOND CAPELO	R. Mª Quintela, 935	Bom Sucesso
2.UAPS PROF. CLODOALDO PINTO	R. Bonward Bezerra, 100	Padre Andrade
3.UAPS CÉSAR CALS	R. Cel.Matos Dourado, s/n	Pici
4.UAPS METON DE ALENCAR	R.Perdigão Sampaio, 820	Ant.Bezerra
5.UAPS HERMÍNIA LEITÃO	R.Rdo Pinheiro Bastos, 278	Quintino Cunha

6.UAPS JOÃO XXIII	R. Júlio Braga, s/n	João XXIII
7.UAPS FCA PEREIRA DE ALMEIDA	R. Paraguai,s/n	Bela Vista
8.UAPS FERNANDA TÁVORA	R. Maceió,1354	Henrique Jorge
9.UAPS SANTA LIDUÍNA	R. Prof. João Bosco, 213	PQ Araxá
10.UAPS WALDEMAR DE ALCÂNTARA	R. Silveira Filho, 903	Jockey Clube
11.UAPS HUMBERTO BEZERRA	R. Hugo Victor, 51	Ant. Bezerra
12.UAPS ANASTÁCIO MAGALHÃES	R. Delmiro de Farias, 1679	Rodolfo Teófilo
13.UAPS JOSÉ SOBREIRA AMORIM	R. Des. Luís Paulino, 109	Henrique Jorge
14.UAPS IVANA DE SOUSA PAES	R. Virgílio Brígido, s/n	Presidente Kennedy
15.UAPS ELÍEZER STUDART	R. Tomás Cavalcante, 545	Autran Nunes
16.UAPS GEORGE BENEVIDES	R. Cândido Maia, 294	Ant.Bezerra

Secretaria Executiva Regional IV - População: 287.159

Endereço: Av. Dedé Brasil, nº 3770 - Serrinha

Número de UAPS – 12

1.UAPS PROJETO NASCIMENTO	R. Betel, 1895	Itapery
2.UAPS LUÍS ALBUQUERQUE MENDES	R.Benjamin Franklin, s/n	Serrinha
3.UAPS JOSÉ VALDEVINO DE CARVALHO	R. Guará, s/n	Itaoca
4.UAPS DE PARANGABA	R.Germana Franklin, 495	Parangaba
5.UAPS OCELO PINHEIRO	R.Elcias Lopes	Itaoca
6.UAPS OLIVEIRA POMBO	Trav. Rex, s/n	Pan Americano
7.UAPS ABEL PINTO	Trav. Goiás, s/n	Demócrito Rocha
8.UAPS GUTEMBERG BRAUN	R. Monsenhor Agostinho, 505	Vila Pery
9.UAPS LUIS COSTA	R. Marechal Deodoro, 1501	Benfica
10.UAPS FILGUEIRAS LIMA	Av.dos Expedicionários,3910	Jd.América
11.UAPS ROBERTO DA SILVA BRUNO	Av.Borges de Melo,910	Fátima
12.UAPS Mª JOSÉ TURBAY	R.Gonçalo Souto, 420	Vila União

Secretaria Executiva Regional V - População: 552.115

Endereço: R. Augusto dos Anjos, nº 2466 – Bonsucesso

Número de UAPS – 20

1.UAPS GALBA ARAÚJO	Av. Senador F. Távora, 3161	Genibaú
2.UAPS DOM LUSTOSA	R. A, s/n	Granja Lisboa
3.UAPS LUCIANO TORRES DE MELO	R. Delta, 365	Vila Manoel Sátiro
4.UAPS ABNER CAVALCANTE BRASIL	R. Joana Batista, 471	Bom Jardim
5.UAPS FERNANDO DIÓGENES	R. Teodoro de Castro, s/n	Granja Portugal
6.UAPS ZÉLIA CORREIA	R. Ant. Pereira, 1495	Pantanal

7.UAPS VIVIANE BENEVIDES	R. João Áreas, 1296	Vila Manoel Sátiro
8.UAPS GUARANY MONT'ALVERNE	R. Geraldo Barbosa, 3230	Granja Lisboa
9.UAPS EDMILSON PINHEIRO	Av. H, 2191	Granja Lisboa
10.UAPS MACIEL DE BRITO	Av. A, s/n, 1ª etapa	Conj. Ceará
11.UAPS LUIZA TÁVORA	Trav. São José, 940	Mondubim
12.UAPS PEDRO CELESTINO	R. Gastão Justo, 215	Maraponga
13.UAPS JOSÉ PARACAMPOS	R. Alfredo Mamede, 250	Mudubim
14.UAPS JOSÉ WALTER	Av. L, 1880 – 3ª etapa	José Walter
15.UAPS ARGEU HERBSTER	R. Cel. João Correia, 728	Bom Jardim
16.UAPS JURANDIR PICANÇO	R. Duas Nações, s/n	Granja Portugal
17.UAPS GRACILIANO MUNIZ	R. 106, 345	Conj. Esperança
18.UAPS JOÃO ELÍSIO HOLANDA	R. Juvêncio Sales, s/n	Aracapé
19.UAPS SIQUEIRA	R. Eng. Luís Montenegro, 485	Siqueira
20.UAPS PARQUE SÃO JOSÉ	R. Desemb. Frota, s/n	PQ São José

Secretaria Executiva Regional VI - População: 551.753

Endereço: R. Padre Pedro de Alencar, nº 1385 - Messejana

Número de UAPS - 20

1.UAPS PROF. JOÃO HIPÓLITO	R. 03, 88	Dias Macedo
2.UAPS TEREZINHA PARENTE	R. Nelson Coelho, 209	Lagoa Redonda
3.UAPS JANIVAL DE ALMEIDA	R. Coelho Garcia, 25	Castelão
4.UAPS VICENTINA CAMPOS	R. B, 145	PQ II Irmãos
5.UAPS EVANDRO AYRES DE MOURA	Av. Castelo de Castro, s/n	Jangurussu
6.UAPS JOSÉ BARROS DE ALENCAR	R. José Nogueira de Alencar	Pedras
7.UAPS GALBA DE ARAÚJO	Av. Recreio, 1390	Lagoa Redonda
8.UAPS MARIA LOURDES JEREISSATI	R. Reino Unido, 115	Conj. Tancredo Neves
9.UAPS CÉSAR CALS DE OLIVEIRA	R. Capitão Aragão, 555	Aerolândia
10.UAPS PEDRO SAMPAIO	Av. Iracema, 1516	Conj. Palmeiras
11.UAPS MANOEL CARLOS	Av. Des. Fausto Albuquerque	Jd. Das Oliveiras
12.UAPS ALARICO LEITE	R. dos Paroaras, 301	Passaré
13.UAPS HÉLIO GOES FERREIRA	Av. Eng. Leal Lima Verde, 453	Conj. Alvorada
14.UAPS EDMAR FUJITA	Av. Alberto Craveiro, 1480	Castelão
15.UAPS MESSEJANA	R. Cel. Guilherme Alencar, s/n	Messejana
16.UAPS ANÍSIO TEIXEIRA	R. Guarani, 355	Messejana
17.UAPS FCO MELO JABORANDI	R. Contorno Norte, s/n	São Cristóvão
18.UAPS MATOS DOURADO	R. Floriano Benevides, s/n	Edson Queiroz
19.UAPS PROF. MONTEIRO DE MORAES	Av. Evilásio Miranda, s/n	Sapiranga
20.UAPS WALDO PESSOA	R. Cap. Hugo Bezerra, 75	Barroso

B – CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS – CEO

1. CEO MESSEJANA	R. Cel. Guilherme Alencar, s/n	Messejana
2. CEO FLORESTA	R. Ten. José Barreira, 251	Álvaro Weyne