

NOVOS MODELOS DE GESTÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E AS PENOSIDADES DO TRABALHO

*Renato Penha de Oliveira Santos**
*Filippina Chinelli***
*Angélica Ferreira Fonseca****

O artigo trata da reconfiguração do trabalho na Atenção Primária à Saúde (APS) a partir de mudanças implementadas pelo governo federal desde 2017, que agravam as circunstâncias de precarização do trabalho. Metodologicamente, inspira-se na etnografia de caso ampliado de Michael Burawoy, dialogando com estudos sobre a reestruturação produtiva e a Nova Gestão Pública (NGP), articulados ao conceito de penosidades. Utilizou-se a observação participante e entrevistas semiestruturadas com trabalhadoras de uma equipe de saúde de uma unidade básica do Sistema Único de Saúde (SUS) do Rio de Janeiro. Caracterizam-se como penosidades: exigência constante de mudanças na organização do cotidiano do trabalho e sobrecarga devido à extensa jornada de trabalho, e cobrança pelo alcance de metas a despeito das condições de trabalho. Ressalta-se a necessidade de continuar análises da reconfiguração do trabalho em saúde, considerando os impactos da Emenda Constitucional nº 95 (2016); da reforma trabalhista (2017) e da pandemia de Covid-19.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária à Saúde. Gestão do Trabalho em Saúde. Penosidade. Precarização. Reestruturação Produtiva.

INTRODUÇÃO

A saúde emerge como tema central na agenda e nacional e internacional, sobretudo a partir das décadas de 1970 e 1980, no quadro de disputas entre projetos políticos de bem-estar social e de ajustes neoliberais. Entretanto, os impactos sociopolíticos e econômicos, decorrentes da crise sanitária ocasionada pela Covid-19, reforçaram a mobilização global em torno das questões da saúde.

No Brasil, ao longo do enfrentamento da pandemia, o Sistema Único de Saúde (SUS), até então representado por amplos segmentos

da população, da grande mídia como altamente ineficiente, alcançou visibilidade positiva inédita. A hashtag VIVA O SUS esteve presente nas redes sociais e em cartazes frequentemente empunhados no ato da vacinação. Isso reflete a compreensão bastante generalizada tanto nos espaços científicos quanto entre a população em geral de que a pandemia não atingiu proporções ainda mais desastrosas pelo fato de o país contar com um sistema de saúde estruturado e presente em todo o território nacional.

No entanto, o destaque dado ao papel do hospital acabou por situá-lo, em particular, as Unidades de Tratamento Intensivo, como locus privilegiados do cuidado, identificadas como recursos importantes para salvar vidas. Em contraponto, é necessário destacar que parte do embate contra a pandemia foi travado na Atenção Primária à Saúde (APS) com ações de vigilância e educação em saúde, além do acompanhamento de casos menos graves e das situações clínicas pós-Covid-19.

A rede de APS no Brasil, cuja forma organizativa e assistencial prioritária é a Estratégia Saúde da Família (ESF), se orienta por uma lógica de articulação com a vida nos territórios

* Universidade Federal do Recôncavo da Bahia – UFRB. Centro de Ciência da Saúde – CCS
Avenida Carlos Amaral, R. do Cajueiro, 1015. Cep: 44574-490. Santo Antônio de Jesus – Bahia – Brasil. renatopenha@ufrb.edu.br
<https://orcid.org/0000-0001-5206-6392>

** Laboratório do Trabalho e da Educação Profissional em Saúde/Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz – RJ)
Rua Barata Ribeiro, 330, apto 302 – Copacabana. Cep: 22011002. Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil. pina.chinelli@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0003-1774-2732>

*** Fundação Oswaldo Cruz, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Laboratório de Educação Profissional em Atenção à Saúde
Avenida Brasil, 4.365 – Manguinhos. Cep: 21040-360. Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil. angelica.fiocruz@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0003-1694-1959>

e conta com unidades distribuídas no espaço, proporcionando grande capilarização e proximidade com a população. Desse modo, os trabalhadores da APS vivenciaram tantos problemas acarretados pela pandemia quanto o agravamento de situações que, desde o contexto pré-pandêmico compunham o cenário da saúde e do trabalho em saúde nesse nível de atenção (Giovannella; Franco; Almeida, 2020; Massuda, 2020; Morosini; Fonseca; Lima, 2018).

Tais situações nos remetem a problemas históricos da saúde pública, mas, igualmente, aos impactos de mudanças que vêm ocorrendo desde 2017 e que afetam diretamente a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) na sua forma de financiamento e organização política e assistencial, ou em como se concebem suas responsabilidades e seu papel (Brasil, 2017a, 2019a, 2019b, 2019c, 2019d). Tais mudanças marcam um possível fortalecimento do caráter privatizante da APS em oposição ao que vinha sendo “a face mais notável de um sistema de saúde orientado por princípios de universalidade, integralidade e equidade” (Morosini; Fonseca; Lima, 2018).

Nesse contexto de mudanças, o Ministério da Saúde autorizou a criação da Agência para Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (Adaps), instituição de direito privado com modalidade paraestatal (Serviço Social Autônomo), além da instauração dos Programas Médicos pelo Brasil (PMB), Saúde na Hora e Previne Brasil (Brasil, 2019a, 2019b, 2019c, 2019d).

Esse conjunto de normativas e a criação da Adaps são apontados como passos concretos na agenda da contrarreforma da saúde, que inclui: a) diferenciação entre equipes de Atenção Primária (EAP) e equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF), sendo facultada às primeiras a incorporação de dentistas, auxiliares e técnicos de saúde bucal, ACS e Agentes de Controle de Endemias (ACEs); b) redução ou mesmo supressão dos ACS nas equipes; c) mudanças nas cargas horárias mínimas das categorias profissionais; d) contratação e provi-

são de médicos registrados no país por meio de bolsa com duração de dois anos, posteriormente, por contrato CLT, ambos intermediados por uma entidade privada (Adaps); e) alteração do modelo de financiamento da APS, que deixa de contar com um valor fixo; e f) ênfase na dimensão biomédica do modelo de atenção (Brasil, 2017a, 2019a, 2019b, 2019c, 2019e, 2019f; Giovannella; Franco; Almeida, 2020; Massuda, 2020; Morosini; Fonseca; Baptista, 2020).

O financiamento foi redefinido, fundamentando-se na lógica de produtividade, com o repasse de recursos vinculados à capitação ponderada e ao pagamento por performance, instrumentos típicos da gestão privada que impactam o cotidiano dos diversos serviços públicos no Brasil, em consonância com o que é denominado de Nova Gestão Pública (NGP) (Teixeira, 2015). Ressalta-se que muitos desses novos elementos de gestão do trabalho estavam presentes também na reforma da Atenção Primária (2009-2016) do município do Rio de Janeiro (Soranz; Pinto; Penna, 2016).

Esse modelo de gestão e gerenciamento traz novas vivências e sentidos para o cotidiano do trabalho, intensificando o reforço ideológico da individualização não apenas na organização e no processo de trabalho, mas também na vida dos trabalhadores em geral, aí incluídos os da saúde, tanto do setor privado como do público (Dejours, 2015; Linhart, 2007).

Nessa perspectiva, Danièle Linhart, socióloga do trabalho, com base em seus estudos de campo na França, denomina essas situações no cotidiano do trabalho de “penosidades do trabalho”. Segundo a autora,

Os indivíduos que conhecemos durante a pesquisa designam como penosidades as dificuldades com as quais não conseguem lidar ou que não conseguem dominar, que surgem como estranhas à sua profissão, que encontram origem em lógicas profissionais diferentes das que os motivam, que se inscrevem em outro registro de valores, que não lhes parecem equitativamente divididas e às quais esses indivíduos não conseguem mais atribuir um sentido. São penosidades, porque lhes parecem injustificadas, quer elas firam sua identidade profissional ou sua

autoimagem, quer sejam vividas como um não reconhecimento das suas necessidades de fazer um trabalho de qualidade, verdadeiramente profissional (Linhart, 2011, p. 150).

De acordo com Linhart (2010, 2011) as penosidades são provocadas pela “modernização do trabalho”, que resultou em práticas de gestão similares entre serviços prestados por empresas privadas e serviços públicos de gestão estatal ou privatizados.

O objetivo do artigo é tratar das penosidades do trabalho identificadas no estudo de caso realizado com uma equipe da ESF em 2016, portanto, no contexto histórico da reforma da APS do município do Rio de Janeiro. Pretendeu-se compreender efeitos sobre os trabalhadores da agenda de contrarreforma na APS, implementada pela esfera federal desde 2017, e que atingem as esferas estaduais e municipais.

O estudo no qual se fundamenta este artigo se norteou pelas seguintes questões:

- 1) Quais as percepções dos trabalhadores de uma equipe de ESF a respeito da influência do modelo de gestão e gerenciamento sobre o cotidiano do trabalho?
- 2) Quais as características do cotidiano de trabalho de uma equipe de ESF no Rio de Janeiro? Quais aspectos poderiam ser apontados como penosidades no trabalho na ESF no Rio de Janeiro?

O artigo está estruturado nas seguintes seções: metodologia, seguida da contextualização da Reforma da APS no Rio de Janeiro (2009-2016) e do debate sobre a modernização da gestão do trabalho. Análise dos dados empíricos sobre o cotidiano do trabalho da clínica da família estudada no Rio de Janeiro, a partir do conceito de penosidades. Finaliza trazendo reflexões sobre os desafios para a APS no Rio de Janeiro e no Brasil no contexto da pandemia de Covid-19.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo qualitativo, sustentado no “estudo de caso ampliado” desenvolvido

por Burawoy (2014), e implica em quatro ampliações:

A ampliação do observador dentro das vidas dos participantes sob observação; a ampliação das observações através do tempo e espaço; a ampliação dos processos micro às forças macro; e, finalmente, mas não menos importante, a ampliação da teoria. Cada ampliação envolve um diálogo: entre participante e observador, entre os eventos sucessivos no campo, entre as dimensões micro e macro, e entre sucessivas reconstruções da teoria (Burawoy, 2014, p. 15).

Esse método se desenvolve a partir da perspectiva da ciência reflexiva que estabelece um diálogo entre o processo local e forças externas, envolvendo as percepções do observador e dos participantes. Logo, a observação participante é fundamental para o método de estudo de caso ampliado (Braga; Santana, 2009; Burawoy, 2014).

Em entrevista concedida a Taniguti, Tsunoda e Santos (2012), o autor aborda os aspectos centrais do método com base no qual desenvolve suas pesquisas de campo:

Estou interessado na forma como o contato com as forças macro modelam as situações micro. [...] Eu olho para as bases macro da microssociologia. Então, você pode dizer que essa é uma terceira extensão. Ou melhor, a primeira extensão é quando você vai até os lugares; a segunda, quando você estende isso também no tempo; a terceira é quando você estende do macro ao micro; e a quarta extensão é que não se constrói teoria da observação, mas sim se reconstruem teorias preexistentes. Você inicia com teoria e a reconstrói com base em suas observações (Taniguti; Tsunoda; Santos, 2012, p. 150).

Foram utilizadas a observação direta da organização e da dinâmica de trabalho na unidade de saúde, com registro em diário de campo e realização de entrevistas semiestruturadas com os trabalhadores de uma equipe da ESF, pertencentes à Clínica da Família Fidel Castro, localizada na zona norte da cidade do Rio de Janeiro, e à Equipe Cuba (denominações fictícias).

A pesquisa de campo foi realizada entre outubro e dezembro de 2016, durante o fi-

nal do governo do prefeito Eduardo Paes, do Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB – hoje, Movimento Democrático Brasileiro, MDB) que, após duas gestões, teria como sucessor Marcello Crivella, candidato do Partido Republicanos, de oposição. Ressalta-se que, desde 2021, Eduardo Paes é prefeito do Rio de Janeiro pelo Partido Social Democrático (PSD).

O estudo foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola Politécnica em Saúde Joaquim Venâncio e da Secretaria de Saúde do município do Rio de Janeiro.

As entrevistas foram gravadas, transcritas e analisadas sob a vertente temática da análise de conteúdo que considera que uma palavra, uma frase ou um tema comportam um feixe de relações, e a presença de determinados temas demonstra valores de referência e/ou modelos de comportamento que constam da fala dos entrevistados (Minayo, 2014).

O mesmo procedimento foi realizado com o diário de campo, extraindo-se os elementos essenciais para a posterior análise de conteúdo das informações obtidas, com foco no processo de inferências sobre os dados obtidos a partir de determinado contexto (Minayo, 2014).

Durante o processo de categorização, apresentaram-se significados e elaborações importantes para os objetivos de estudo que podem ser interpretados como “penosidades no trabalho”.

A equipe Cuba era composta pelas seguintes categorias profissionais: uma médica, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, três residentes de enfermagem, seis agentes comunitárias de saúde, uma odontóloga e uma técnica de saúde bucal, totalizando 14 profissionais, além da gerente da clínica, o que configura uma amostra de 15 sujeitos. Vale destacar ainda que as três residentes de enfermagem da Clínica não foram entrevistadas porque, estando à época ligadas ao Programa de Residências da Prefeitura do Rio de Janeiro, eram compreendidas pela legislação em vigor como profissionais ainda em formação.

Optou-se também por não entrevistar a gerente da clínica, visto que ela tinha ingerên-

cia sobre o processo de trabalho na unidade, o que poderia tensionar os demais profissionais que participaram da pesquisa. Então, de um total previsto de 12 pessoas que preenchem os critérios de inclusão, foram entrevistadas oito trabalhadoras, mulheres, com idade entre 25 e 60 anos, distribuídas da seguinte forma: cinco ACSs, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem e uma dentista, todas com carga horária de 40h/semana. Vale ressaltar que a profissional médica optou por não participar.

Quanto ao nível de escolaridade, seis profissionais cursaram técnico completo e uma delas frequentava à época um curso superior; duas tinham ensino superior completo e pós-graduação completa. Uma trabalhadora realizou residência multiprofissional em Saúde da Família e outra tinha especialização em odontopediatria, residência em odontologia e mestrado em Saúde Pública. Esses dados corroboram com outros estudos que apontam para uma tendência de feminização nas profissões e ocupações da área da saúde no contexto brasileiro e em outros países (Hirata, 2011; Matos; Toassi; Oliveira, 2013).

Sobre sindicalização, as entrevistadas relataram informações imprecisas quanto ao seu órgão de representação de classe, embora a contribuição sindical obrigatória fosse de conhecimento manifesto de todas. Essa informação condiz com o contexto de enfraquecimento dos sindicatos e das formas de representação dos trabalhadores, potencializado pelo fenômeno da terceirização (Druck, 2016).

As ACSs, diferentemente das demais entrevistadas, sabiam fornecer informações sobre os sindicatos que as representam. Neste grupo, cinco eram sindicalizadas há um ano e uma há cinco anos.

A REFORMA DA APS NO RIO DE JANEIRO (2009-2016)

Em 2009, foi lançado, pela prefeitura do Rio de Janeiro, o “Programa Saúde Presente”,

trazendo novas diretrizes para o aumento da cobertura da ESF no município que, naquele ano, era de 9,24% da população. O Programa significou o início de uma grande reformulação da rede assistencial de APS promovida pela Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro (SMSDC-RJ), o que permitiu, em 2016, alcançar a cobertura de 70% da população carioca, com cerca de 1.300 equipes de saúde da família implantadas (Santos, 2017).

A reforma foi organizada em seis eixos: “Mudança Organizacional e administrativa”, “Ampliação do acesso”, “Governança Clínica e gestão do acesso”, “Sustentabilidade e desenvolvimento”, “Coordenação do cuidado e *accountability*”, “Resposta a tempo e hora e Todos pelo SUS” (Soranz; Pinto; Penna, 2016, p. 1329-1330).

No que se refere à gestão municipal, o Rio de Janeiro foi dividido em dez áreas de administração e planejamento que correspondiam também aos distritos de saúde ou áreas programáticas (APs). Cada AP ou distrito dispõe de uma coordenação responsável pela respectiva administração, denominada Coordenação da Área Programática. Em 2009, no começo da gestão do prefeito Eduardo Paes, o município contava com 108 unidades de APS. Em 2017, ao início da gestão de Marcelo Crivella, o município tinha 231 unidades de APS (Rio de Janeiro, 2013, 2018).

Para corresponder aos eixos propostos pela reforma, houve a implantação e padronização do funcionamento das equipes que integravam a APS nas dez APs municipais, tendo sido então classificadas como Clínicas da Família e Unidades tipo A, 100% integradas por equipes ESF; unidades B, compostas por equipes ESF e equipes do modelo tradicional de APS; e unidades C, estruturadas em moldes tradicionais, ou seja, sem ESF (Carneiro, 2013).

Além disso, a SMSDC-RJ também criou a carteira de serviços com a descrição das funções e atividades que seriam executadas nas unidades, definindo a organização do acesso

da população adscrita com base na classificação de risco dos casos clínicos, nas propostas de linhas de cuidado (como hipertensão e diabetes) e nos ciclos de vida (como criança e idoso). Também, a SMSDC-RJ optou por um desenho de unidades com várias equipes de ESF sendo denominadas de “Clínicas da Família”, podendo haver a ocupação de mais de dez equipes, a depender da população e do território adscritos (Rio de Janeiro, 2010, 2011).

Ressalta-se que a reforma da APS no Rio de Janeiro foi inspirada em experiências de cidades olímpicas, no *National Health Service* (NHS) do Reino Unido e, principalmente, na reforma dos cuidados primários do Sistema Nacional de Saúde (SNS) de Portugal, realizada em 2005 (Martins; Carneiro, 2014; Santos, 2017). Dessa forma, a proposta de reorientação do modelo de APS no Rio de Janeiro apresentava características próprias, como a escolha do número de equipes de saúde atuando no mesmo espaço físico; a nomenclatura das unidades por clínicas da família; e as formas de gestão de trabalho na saúde, o que evidenciou diferenças e semelhanças com as PNAB de 2006 e 2012, e as experiências europeias (Brasil, 2006, 2012; Carneiro, 2013).

No entanto, cabe destacar que, para implementar essa reforma, a gestão municipal fez parcerias com Organizações Sociais de Saúde (OSSs), sendo a SMSDC-RJ responsável pelo financiamento, indução e regulação da política de APS, pelo acompanhamento e avaliação da execução das ações e serviços da ESF executadas pelas OSSs, conforme o estabelecido e previsto em contrato de gestão. Desse modo, as OSSs se tornavam responsáveis pela seleção, contratação, remuneração e demissão dos trabalhadores, bem como pela gestão do trabalho executado pelas equipes de ESF (Rio de Janeiro, 2009, 2010). Esses contratos implementaram ainda sistemas de avaliação e monitoramento das ações executadas, e estabeleceram cláusulas com as contrapartidas, os deveres e as obrigações das OSSs para com a Prefeitura do Rio de Janeiro. Os contratos eram

monitorados a partir de metas de produção e de indicadores de saúde estabelecidos no nível central da SMSDC-RJ (Martins; Carneiro, 2014; Santos, 2017).

No Contrato de Gestão do município do Rio de Janeiro, identifica-se, na especificação dos serviços, o forte controle e normatização da SMS em relação às OSSs. Ela acompanha a produção mínima de procedimentos esperados por cada profissional de saúde, alguns indicadores de boa prática clínica, o número máximo de pessoas cadastradas por equipe, a articulação com outros níveis assistenciais e a implementação das atividades de promoção da saúde e prevenção da doença. [...] Também os indicadores de monitoramento são pré-definidos pela SMS e algumas metas são pactuadas de acordo com especificidades locais (Silva; Escoval; Hortale, 2014, p. 3598).

No caso do modelo que foi implementado no Rio de Janeiro entre os anos de 2009 a 2016, os indicadores e metas a serem atingidos eram organizados em três componentes relacionados com a parte variável do recurso orçamentário repassado pela SMSDC-RJ para as contratadas, a cada trimestre (Rio de Janeiro, 2009). Esses componentes eram denominados e divididos nas variáveis (1, 2 e 3):

A parte variável 1 é composta por um conjunto de indicadores organizacionais e de produção relacionados à estrutura e organização das unidades de saúde que devem ser cumpridos pelas OS.

A parte variável 2 é formada por quatro grupos de indicadores e metas: acesso, desempenho assistencial; satisfação do paciente e eficiência, que devem ser efetivados pelas unidades de saúde. Cumprindo a pactuação, as unidades recebem um valor trimestral preestabelecido (R\$ 3 mil por equipe), aplicável na própria unidade de atenção primária por meio de ações de qualificação, no apoio à investigação ou no aumento das amenidades de exercício de funções da equipe multiprofissional.

A parte variável 3 é composta por indicadores de vigilância de grupos de usuários vulneráveis e de risco (mulher em idade fértil, gestantes, crianças menores de um ano e pessoas com diabetes, tuberculose e hanseníase) e por indicadores organizacionais que devem ser cumpridos pelas equipes de saúde da família com o apoio da gestão local e regional. O recurso orçamentário repassado para essa variável converte-se em uma parte do salário para os profissionais das equipes. (Martins; Carneiro 2014, p.106)

Nessa perspectiva, foram criadas ainda Comissões Técnicas de Acompanhamento (CTA) responsáveis pela avaliação do desempenho e dos resultados. Essas comissões, compostas por servidores públicos de nível central e das coordenações das áreas programáticas da SMSDC-RJ, têm foco nos resultados alcançados a partir dos indicadores de desempenho estabelecidos, confrontando as metas pactuadas e a relação custo-benefício no desenvolvimento das atividades e das ações previstas no contrato de gestão com as OSSs (Martins; Carneiro, 2014; Silva; Escoval; Hortale, 2014).

Ressalta-se que esses sistemas de contratação e de avaliação seguem o movimento internacional do capital, cuja lógica extrapolou o setor privado e se tornou presente mesmo em sistemas de saúde com forte base pública, tais como Reino Unido, Portugal e Austrália, incorporando o estabelecimento de metas e o pagamento por performance (*payment for performance*), tendo como base a parcelarização do trabalho e a instituição da lógica de recompensa ou punição, contribuindo para o processo de precarização do trabalho (Fonseca, 2013). Tais elementos compõem o contexto contemporâneo de precarização do mundo do trabalho e que englobam máquinas e dispositivos informacionais, coletivos híbridos do trabalho, promovendo novas relações flexíveis de trabalho, a perda de direitos e acentuação dramática do desemprego (Alves, 2007; Linhart, 2007).

Existem, nos serviços públicos de saúde do país, diversas modalidades de parcerias público-privadas (PPP) implementadas desde a reforma do Estado brasileiro, prevista no Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE) de 1995 (Chinelli, 2008; Chinelli; Lacerda; Vieira, 2011; Teixeira, 2015). Essa reforma possibilitou a transferência de responsabilidades anteriormente atribuídas ao setor público para entes não estatais e incentivou a adoção da lógica de gestão do setor privado pelo setor público, como o que ocorreu no modelo implantado na reforma da APS do Rio de Janeiro (2009 – 2016).

Importante destacar que, em 2017, houve mudança de gestão municipal com a eleição de Marcelo Crivella para a prefeitura (2017-2020) e, ao final desse ano, a rede contava com uma cobertura de ESF de quase 70%, com o total de 1.251 Equipes da ESF (EqESFs) implantadas e 231 unidades de APS, com previsão de ampliação entre os anos de 2018-2022 (Melo; Mendonça; Teixeira, 2019; Rio de Janeiro, 2018a).

No entanto, em 2018, é apresentado o plano “Reorganização dos serviços de atenção primária à saúde: estudo para otimização de recursos” (Rio de Janeiro 2018b), que propunha a extinção de 184 EqESFs e 55 equipes de Saúde Bucal, e a reorganização da rede com uma nova tipologia de equipes de acordo com a PNAB de 2017. As justificativas foram assentadas na possibilidade de melhoria de fluxos de trabalho e de produtividade diante do déficit orçamentário da saúde municipal que já existia desde o ano de 2017 (Melo; Mendonça; Teixeira, 2019; Silva, 2020).

Percebe-se que o déficit orçamentário advém da crise financeira nacional que, desde 2018, vem impactando também os repasses para o município do Rio de Janeiro. Isso resultou no desinvestimento na rede de saúde municipal com piora de diversos indicadores de saúde da cidade carioca, como redução de leitos para a internação e de consultas especializadas, enquanto, na APS, apesar da estabilidade de alguns indicadores como índice de cura para tuberculose, também houve piora de outros, como a quantidade de consultas pré-natais (O'Dwyer et al. 2019).

O argumento da crise financeira e da saúde do Rio de Janeiro levou à extinção de muitos contratos das OSSs pela prefeitura e à sua reorganização por meio de contratos realizados pela RioSaúde,¹ o que gerou a demissão

¹ A RioSaúde é a empresa pública de direito privado do município do Rio de Janeiro, vinculada à Secretaria Municipal de Saúde, que foi criada em 2013 e até 2018 era utilizada para contratação de profissionais de saúde para serviços de urgência e emergência e da área hospitalar. A partir de 2019, a Prefeitura do Rio de Janeiro encerrou diversos contratos com as OSSs na APS e substituiu por contratos com a RioSaúde (Rio de Janeiro, 2020).

e contratação de quase 5 mil trabalhadores que atuavam na APS em 2020. Vale destacar que a redução das equipes não foi acompanhada de redução das metas associadas aos indicadores de saúde. No entanto ocorreu a extinção do modelo de pagamento por performance e foram rebaixados dos tetos salariais para todos os trabalhadores, sendo a categoria médica a que sofreu menor prejuízo (Melo; Mendonça; Teixeira, 2019; Silva, 2020).

Dessa forma, até junho de 2020, a cobertura pela APS no Rio de Janeiro com EqESFs e equipes de Atenção Básica (EqABS) era de 47,36 %, abaixo da cobertura da APS no Brasil, que estava em 75, 41% (Brasil, 2021).

A MODERNIZAÇÃO DA GESTÃO DO TRABALHO E AS NOVAS/ANTIGAS PENOSIDADES NO COTIDIANO DO TRABALHO

Os serviços públicos, como os do setor saúde, acompanham o desenvolvimento da estruturação e organização do Estado Moderno nas sociedades ocidentais. Atualmente, vigora o que é denominado de Nova Gestão Pública (NGP) ou *managerialismo* ou, ainda, de *gerencialismo* (Carvalho, 2006; Chinelli, 2008; Hood, 1995; Sano; Abrucio, 2008) em referência à reorganização da esfera pública em moldes gerenciais, com a adoção de práticas de mercado e de gestão privada no setor público.

Ressalta-se também que a NGP surge num contexto histórico do pós-anos 1970, quando se inicia um conjunto de transformações estruturais no sistema capitalista, na tentativa de reverter a queda da taxa do capital. O desenvolvimento sem precedentes das tecnologias de comunicação e informação impulsiona as novas formas de organização flexível da produção e das relações de trabalho (a reestruturação produtiva), além do crescente processo de internacionalização e monopolização da economia em escala mundial (Alves, 2007; Antunes, 1999; Harvey, 2013). Esse é o cená-

rio de ascensão do neoliberalismo que implica na adequação dos aparelhos dos Estados aos preceitos liberalizantes da supremacia do mercado, ao mesmo tempo em que se propõe o arrefecimento da intervenção do Estado nas políticas públicas (Chinelli, 2008; Harvey, 2013; Hirata, 2011).

Obviamente que a NGP assume configurações diferentes nos vários países que adotaram essa concepção, em virtude dos diversos contextos socioeconômicos, culturais e políticos de cada país. No entanto, há convergência a respeito da crítica dos impactos nem sempre positivos dos arranjos institucionais da NGP no Estado Moderno, no que tange à execução e gestão das políticas públicas e às mudanças nas relações laborais presentes nos serviços públicos (Carvalho, 2006; Hood, 1995).

Os principais fundamentos norteadores da NGP são a administração pública voltada para resultados; a realização de contratos entre estruturas estatais e entes públicos não estatais para execução de determinados serviços; e criação de mecanismos institucionais de controle desses contratos por meio de critérios previamente estabelecidos, com o intuito de aumentar a eficiência dos serviços públicos prestados, além de evitar gastos abusivos (Carvalho, 2006; Fonseca, 2013).

Esses mecanismos estão no bojo da “modernização do trabalho”, pressupondo novas formas de racionalização da gestão e gerenciamento do trabalho nos serviços públicos, que reforçam o aumento da individualização e da polivalência dos trabalhadores, bem como o discurso da necessidade permanente de maior qualificação técnica para a realização de várias atividades e/ou funções (Chinelli, 2008; Dejours, 2015; Linhart, 2007).

Esse conjunto de transformações abre um campo de novas discussões sobre os sentidos do trabalho na contemporaneidade e seus impactos sobre o trabalhador, pois as diversas tarefas e a flexibilização do processo produtivo acentuam de forma grave as exigências físicas e psicológicas sobre os trabalhadores (Dejours, 2015).

Nessa perspectiva, estudos sociológicos franceses realizados após as reformas executadas pelo governo francês no regime de aposentadorias dos assalariados, em 2003, e o aumento de casos de suicídios nos locais de trabalho de grandes empresas como a Renault e da France Telecom, nos anos 2000, vêm apontando o que é denominado de penosidades (*penibilité*) no cotidiano do trabalho. Trata-se de um conjunto dinâmico de constrangimentos que fazem o trabalho se tornar insuportável ou insustentável para os trabalhadores, gerando sofrimento no ambiente profissional, colocando sua saúde em risco. Esses constrangimentos podem ser antigos ou novos e afetam a dimensão subjetiva dos trabalhadores (Fortino, 2012; Linhart, 2010).

As penosidades surgem do sentimento de confusão, injustiça, impotência e isolamento, a partir das dificuldades dos trabalhadores que não conseguem dominar ou perdem essa capacidade mediante seu ofício, em decorrência de lógicas organizacionais que interferem nas relações e nos sentidos do trabalho (Linhart, 2011). Logo elas sempre fizeram parte do mundo do trabalho, pois este se caracteriza “pelas restrições que ele impõe aos indivíduos e necessariamente constitui veículo de desacordos, dificuldades que ressoam em todas as dimensões da existência” (Linhart, 2011, p. 150).

A modernização das empresas e dos instrumentos técnicos e de gestão contribui para minimizar a dimensão coletiva do trabalho, mediante dispositivos como gestão personalizada com a instauração de horários variados, bônus e salários individualizados; difusão da lógica de prestações de serviços com próprios recursos do trabalhador; além das exigências em torno da mobilidade funcional e estímulos à competição sistemática entre trabalhadores (Fortino, 2012; Linhart, 2010; Metzger, 2011).

Cabe assinalar que a compreensão da relação entre penosidades e trabalho extrapola a sociologia e está presente no campo jurídico e, no Brasil, é objeto do direito público. A Constituição cidadã de 1988 prevê o pagamento do

adicional de penosidade, compreendido como dano distinto da periculosidade e da insalubridade. Contudo a indefinição das situações que caracterizam penosidades contribui para a ausência de regulamentação infraconstitucional, ocasionando um vazio jurídico. Assim, a garantia constitucional desse direito se torna inefetiva e seu exercício concreto passa a ser dependente de acordos e convenções coletivas (Dádiva, 2018; Sato, 1996), processo dificultado no contexto de flexibilização de direitos, fragmentação da classe trabalhadora e fragilização dos movimentos sindicais.

AS PENOSIDADES NO COTIDIANO DE UMA CLÍNICA DA FAMÍLIA NO RIO DE JANEIRO

As entrevistas e a observação direta da dinâmica do trabalho da equipe Cuba permitiram identificar situações tomadas como penosidades que foram agrupadas em: a) excesso de demanda de trabalho relacionada à extensão da jornada de trabalho; b) exigência constante de desempenhar atividades para as quais os trabalhadores não haviam sido contratados, o que produz polivalência e mais exploração do trabalho; c) e o sistema de avaliação do trabalho baseada em metas de desempenho.

As penosidades relacionadas a excesso/sobrecarga da demanda de trabalho

Sobre o excesso de demanda de trabalho, percebeu-se que não se tratava apenas do alongamento da jornada de trabalho, mas da quantidade de pessoas a serem atendidas nesse tempo no horário de trabalho, o que produz desgaste físico e emocional, e impede o controle do próprio tempo.

Quarenta horas, eu acho uma jornada muito pesada, principalmente pela forma como hoje está organizada. Você trabalhar de oito as sete, mesmo compensando, a compensação serve para você descansar.

Você fica dez horas numa clínica. Fora a coleta de sangue, que você tem que acordar cinco horas da manhã para estar aqui às sete. Por mais que você saia uma hora mais cedo, é muito cansativo. Além de trabalhar nos sábados, ainda que não esteja previsto no contrato, mas você tem que fazer e, depois, tirar essas horas (entrevistada 1, enfermeira).

A gente não dá conta. Porque são três dentistas, aproximadamente 30 mil pacientes, dez mil pacientes para cada dentista (...). A coisa é que a gente não consegue dar vazão de dez mil pacientes com um dentista, até porque o paciente, para o dentista, ele não vem uma vez e o problema está resolvido. Ele vem sete, oito vezes... tem uns que duas vezes a gente resolveu. Então, teria mesmo que diminuir essa proporção de pacientes por dentista, mas infelizmente não tem como. É algo utópico (entrevistada 8, odontóloga).

Após a implantação de novas formas de gestão e gerenciamento nos serviços públicos e, especificamente, na APS, percebe-se a presença de desgastes físicos e mentais provocados pela sobrecarga de trabalho. Nesse caso, tudo parece sugerir que se espera das trabalhadoras que consigam enfrentar situações inesperadas, inclusive aquelas relacionadas a questões específicas dos usuários, cuja solução escapa de seu controle, despertando sentimentos contraditórios relacionados à qualidade do atendimento *versus* o discurso da eficácia e eficiência acionado pelos diferentes níveis de gestão (Fortino, 2012; Linhart, 2010).

As penosidades da exigência constante de mudança/polivalência

Notou-se, entre as agentes comunitárias de saúde entrevistadas, insatisfação com as mudanças nas orientações de trabalho ou na variedade de outras atividades não previstas que são chamadas a cumprir e que têm que ser realizadas durante a rotina de trabalho, dificultando as previstas.

Eu acho que não é nem pelo horário ser grande, é por ter muita atividade, muito serviço que a gente tem que fazer para aquele horário, para compensar

[...]. Eu digo assim, é muita coisa para gente fazer. “Atualiza Bolsa Família” [...], uns serviços que dão para gente que é tipo flash, aparece, assim, na hora. Muita atividade para pouco, é muito serviço até para pouco horário e, às vezes, acaba não dando tempo de a gente ir na rua fazer visita (entrevistada 3, agente comunitária de saúde).

Às vezes, saio de casa com um plano: hoje vou chegar na clínica e vou no território, na casa de fulana, fulana. Mas a gente chega aqui e muda tudo, e às vezes não posso mais sair porque alguém tem que ficar para tomar conta de alguma sala, ou tem que ficar no acolhimento, ou tem que ir para algum grupo. Às vezes as coisas são muito em cima da hora. Não dá para planejar muito. Esse período se torna pequeno e confuso porque não dá tempo de fazer tudo e fica tudo muito embaraçado (entrevistada 5, agente comunitária de saúde).

A polivalência, as incertezas da flexibilidade, o ambiente de competitividade e a individualização, em detrimento das construções coletivas no trabalho, provocam, muitas vezes, a sensação de sofrimento moral dos trabalhadores. Adicionam-se a esse quadro os sentimentos de medo e submissão diante das possibilidades do desemprego e de exclusão no mundo contemporâneo do trabalho (Azevedo, 2013).

Denota-se que as penosidades presentes entre funcionários públicos e privados acabam consideradas, muitas vezes, como “estresse”. Contudo essa representação do sofrimento é um “guarda-chuva” que abarca sentimentos de medo; ansiedade e/ou insegurança; baixa autoestima; sensação de incompetência no trabalho, de isolamento e abandono mediante as adversidades e os conflitos do cotidiano do trabalho (Chinelli, Vieira & Scherer, 2019; Fortino, 2012; Linhart, 2007).

Tudo isso significa que, no capitalismo pós-industrial de recorte neoliberal, intensifica-se a exploração do homem que trabalha, predominando critérios de produtividade e de desempenho baseados no alcance de metas de cujo estabelecimento os trabalhadores não participam, conforme os preceitos presentes no espírito do toyotismo que trazem à tona uma nova estrutura da vida cotidiana de homens e

mulheres que trabalham (Alves, 2007; Ranieri, 2014).

O toyotismo e as tecnologias de comunicação e informação são fatores determinantes da flexibilização dos processos de trabalho, visto que possibilitam a aproximação das etapas de concepção, execução e controle, a partir da relação entre o homem e um posto ou tarefa, com progressiva incorporação de competências no processo produtivo e com forte controle de qualidade e rapidez – o denominado como processo *just in time* (Chinelli, 2008; Santana; Ramalho, 2010).

O trabalho em saúde não está alheio às transformações do capitalismo, mesmo considerando suas especificidades que envolvem majoritariamente forte teor subjetivo da produção do cuidado e interação importante entre trabalhadores e usuários (Souza, 2016).

As penosidades relacionadas ao sistema de avaliação do trabalho baseada em metas de desempenho

À época da realização do estudo de caso (2016), o município do Rio de Janeiro adotava, a partir de 2013, a prática do *accountability*,² apresentado como seminário de gestão, com a justificativa de que “as unidades de Atenção Primária realizem, além de uma prestação de contas, uma auto avaliação, apresentando o alcance dos seus objetivos no último ano, os problemas encontrados e propostas para a melhoria dos resultados” (Rio de Janeiro, 2014).

A referida prática foi apontada por vários entrevistados como produtora de penosidades relacionadas ao sistema de avaliação do trabalho, adotado no âmbito da reforma da APS do Rio de Janeiro entre 2009 a 2016.

² Soranz, Pinto e Penna (2016, p.1331) afirmam que esse era um dos aspectos de um “modelo organizacional mais flexível ou pluralismo institucional”, pautado no “modelo das organizações sociais; gestão para resultados e novas formas de *accountability*”. Sano e Abrucio (2008) especificam que esse modelo necessita de mecanismos de contratualidade de gestão, apoiada na transparência das ações governamentais, uma pluralidade de servidores públicos e mecanismos institucionais de controle.

Só posso falar de um desempenho de um funcionário a partir do momento em que consigo supervisionar e acompanhar toda a jornada de trabalho dele, durante um período que a gente estipula juntos [...]. Como é que a gente avalia a qualidade do serviço também? Porque o desempenho também está nisso. [...] Já li dois artigos sobre o *accountability* porque sei que ele é uma prática dos Estados Unidos que eles utilizam como um relatório de gestão e que é voltado mais para gestores a nível de secretaria e coordenação. Não tem experiência com unidades de saúde. Então é um troço totalmente adaptado que não tem nada a ver com a nossa realidade (entrevistada 1, enfermeira). Seria um bom desempenho se você pudesse suprir a necessidade do paciente, sendo que a gente sabe que tem paciente que tem muitas demandas. (...) assim, pelo menos uma vez por mês, se a gente pudesse dar uma visita de qualidade, sem pressa, se a gente pudesse conversar, sentar, porque muitas vezes também você vai fazer a visita e tem a cobrança, vamos dizer, das 150 visitas. Não tem nem condição de você fazer uma visita de qualidade, de sentar e ouvir o que o paciente está dizendo (entrevistada 2, agente comunitária de saúde).

Logo percebe-se que a utilização do *accountability* é controverso como instrumento de gestão e gerenciamento do trabalho. Como evento que traz ao espaço público e, portanto, ao julgamento coletivo o desempenho da equipe de saúde, esse dispositivo tende a ser um momento que não incita a reflexão para a prática dos profissionais e nem das equipes. Ao contrário, promove acirrada competição, uma vez que ocorre mediante os níveis hierárquicos mais elevados de gestão, distanciados do cotidiano do trabalho. Tanto o *accountability* como o pagamento por performance são fortemente estruturados a partir de lógicas quantitativas e com pouca abertura para mudanças e interpretações de acordo com suas especificidades locais ou a atuação das categorias profissionais presentes na ESF, constituindo, dessa forma, situações particulares de produção de penosidades aos trabalhadores.

Observou-se ainda ambivalência em relação ao uso do prontuário eletrônico, sobretudo em virtude desse sistema ser instrumentalizado para a avaliação do trabalho baseado em metas de desempenho. Em algumas entrevis-

tas, notou-se que os trabalhadores reconhecem a utilidade do prontuário eletrônico, porém as falhas na plataforma, a perda de dados e o foco somente nos dados quantitativos da produção resultam em frustrações e situações de estresse na rotina de trabalho.

Eu acredito que é para sistematizar melhor esses dados. Ele também acaba fornecendo um checklist mínimo, básico. Numa consulta de hipertensão, você tem que no mínimo verificar todos esses pontos (...) sinceramente, todos os erros que eu encontro até nas variáveis, porque eu sempre estou atenta aos relatórios, variáveis e às produções. Todos esses dados divergem, é sinalizado, mas o retorno é: ou você não tem o retorno ou o retorno é como se o erro fosse nosso. “Ah, você não registrou em tal lugar”, aí você vai lá ver e está lá o registrado. E aí você vai ver na compilação final e não tem. Eu me sinto mal porque parece que a gente está trabalhando e você não consegue ter um dado fidedigno do que você está fazendo, e aí também o gestor não se importa com isso (entrevistada 1, enfermeira).

A finalidade deveria ser que você coloque os dados lá e ele permaneça. Quando você procurasse, acessasse, encontrasse as informações que colocou ali. Mas isso não acontece porque sempre se perde, sempre some [...] porque eles não acham nada, aí pedem a gente para rever tudo, sair contando tudo. É difícil, porque são trabalhos dobrados. Você já fez aquele trabalho, já registrou aquilo. Então tinha que estar ali certinho para quando precisar, você ir ali e encontrar. [...] Aí você tem que ir no manual mesmo (entrevistada 5, agente comunitária de saúde).

Dejours (2008, p. 62) afirma que as tarefas ligadas aos serviços “requerem uma mobilização subjetiva por parte do trabalhador em registros invisíveis, uma vez que são relacionais e até mesmo intersubjetivos”. Ou seja, em muitas situações, só é avaliado o que é visível, como o número de atendimentos ou o volume de tratamentos, havendo, por exemplo, desconexão com a realidade do trabalho. Ainda conforme Dejours (2008), era preciso avançar bastante nos estudos sobre métodos de avaliação para a melhor compreensão do conteúdo das atividades relacionadas ao setor de serviço. Fonseca (2013), ao estudar a APS do Rio de Janeiro, assinala que os sistemas de informação, em particular os prontuários ele-

trônicos que assumiram destaque nesse modelo de gestão, induziram a invisibilização do trabalho ao subtraírem aspectos do processo e se centraram na consolidação de informações objetivadas e reduzidas.

No que se refere às especificidades da avaliação do trabalho em saúde, Fonseca (2013) afirma que esse processo, em qualquer situação, deveria reconhecer e respeitar as singularidades e as dinâmicas das instituições, criando modos próprios de alcançar suas finalidades nos seus contextos particulares, com a produção de sentidos para esses modos de agir como parte de um processo necessário de transformação das práticas de saúde.

O trabalho em saúde é altamente institucionalizado no SUS e apresenta grande complexidade, visto que há múltiplas conexões entre dimensões que envolvem gestores, trabalhadores e usuários, perpassando por questões próprias dos usuários, até a forma como a rede assistencial está organizada e as relações sociais estabelecidas na sociedade brasileira (Cecílio; Lacaz, 2012).

Parte dos serviços do SUS está sofrendo influência das novas estratégias de intervenção e de gestão enquadradas no modelo designado de “gerencialismo”. Essa concepção vem ganhando mais destaque na agenda dos governantes, em virtude do discurso da necessidade de governar de acordo com metas, com racionalização de recursos e uma suposta profissionalização da gestão (Cecílio; Lacaz, 2012).

A pandemia de Covid-19 e os desafios para APS no Rio de Janeiro e no Brasil

Cabe destacar que, nacionalmente, a APS vem passando por um processo de grandes mudanças desde 2017, como apontado no início artigo, que estão articuladas numa agenda de contrarreforma na saúde executada na esfera federal, em consonância com um contexto de austeridade fiscal (Massuda, 2020).

Essa agenda de contrarreforma do modelo assistencial da APS brasileira está ideolo-

gicamente baseada em experiências europeias e canadense, cuja síntese está expressa no documento “As bases para um novo sanitário” (Gusso et al., 2015). Em resumo, a reforma aponta para uma lógica de cobertura universal à saúde com financiamento público e prestação privada dos serviços por meio da contratualização destes, devendo estar centrados na prática médica e com remuneração de acordo com o cadastro de paciente, o que envolve sua captação e metas de desempenho relacionadas ao seu cuidado (Giovannella; Franco; Almeida, 2020).

A esse cenário se acrescentam os enormes desafios para a APS mediante a pandemia de Covid-19 no Brasil. No início de 2021, o país apresentava mais de 11 milhões de casos confirmados e mais de 266 mil mortes, e, destes, mais 209 mil casos e mais de 19 mil mortes na cidade do Rio de Janeiro, segundo dados de 9 de março de 2021 (Brasil, 2021).

Isso significa que, por mais que a cobertura da APS tenha crescido no país, não necessariamente essa situação se reverte em ações efetivas para lidar com a pandemia de Covid-19. Pode-se prospectar que o cenário de mudanças realizadas para a APS ao nível nacional e a austeridade fiscal podem ter impactado negativamente a prestação da qualidade do cuidado na APS e, conseqüentemente, contribuído para dificultar as ações de milhares de equipes que atuam na APS no combate à pandemia de Covid-19 no país. No caso do Rio de Janeiro, a situação pode ter se agravado também em virtude da crise na gestão da saúde municipal que se apresentava anteriormente ao contexto da pandemia de Covid-19.

Por fim, em relação ao cenário do trabalho no SUS e, especificamente, na APS no contexto da pandemia de Covid-19, Morosini, Chinelli e Carneiro (2020) afirmam que houve aprofundamento da precarização do trabalho no SUS em virtude da intensificação do trabalho e a constante vivência do adoecimento e das sequelas de muitos pacientes de Covid-19, além da morte nos casos graves. Essas autoras ressaltam que, apesar dessas situações serem

mais perceptíveis em hospitais e serviços de urgência e emergência, elas também estão presentes na APS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao analisar o conjunto das penosidades apresentadas neste estudo de caso no contexto da reforma da APS do município do Rio de Janeiro, percebe-se uma sinergia das mudanças no contexto geral do mundo do trabalho com os novos modelos de gestão do trabalho na saúde que reorientaram o modelo de APS da cidade, reconfigurando de forma radical o cotidiano do trabalho nas equipes de ESF locais. A isso se somam outras variáveis como a violência presente na área adscrita da unidade onde essas equipes atuavam, as falhas tecnológicas que ocorriam gerando problemas no uso do prontuário eletrônico e as relações interpessoais subjacentes à perspectiva gerencialista da organização do trabalho no sistema público de saúde, pautada na lógica privada de gestão. Note-se que este último aspecto está expresso nas dicotomias de cunho ético, como produtividade *versus* cuidado; produção de cuidado multidisciplinar *versus* produção de cuidado centrado em procedimentos; e trabalho em equipe *versus* trabalho individual.

No entanto, ao atentar para a “ampliação das observações através do tempo e espaço; a ampliação dos processos micro às forças macro; e, finalmente, mas não menos importante, a ampliação da teoria” (Burawoy, 2014, p. 15), percebe-se que as penosidades encontradas no cotidiano do trabalho de uma equipe de ESF trazem pistas e indícios qualitativos sobre percepções dos trabalhadores de saúde acerca dos efeitos desses dispositivos de modernização de gestão do trabalho no campo da saúde, mais especificamente na lógica do trabalho na ESF. Vale destacar que muitos desses elementos de uma nova racionalidade de gestão para a APS baseada na lógica de pagamento por desempenho, na ideologia da eficiência e da produtivi-

dade do serviço público, estão presentes nas diversas mudanças que estão propostas para o contexto atual da APS brasileira, como as novas formas de financiamento da AB e o Programa Previne Brasil.

Cabe ressaltar que, contrariando expectativas constituídas no século XX de que o desenvolvimento tecnológico aliviaria a carga de trabalho, o que se observa no contexto atual é que as tecnologias, em particular as digitais, contribuem para tornar ainda mais indistintos os limites entre tempo de trabalho e tempo livre/de não trabalho. Na APS, além da operação de sistemas de informação e da coleta de dados para alimentar esses sistemas, os grupos formados em aplicativos de mensagens instantâneas se tornaram um novo ambiente de trabalho, por meio do qual se dá o contato com usuários entre os próprios profissionais e de controle do trabalho, tornando o trabalhador permanentemente em observação, ainda que indireta. Nesse sentido, as tecnologias operam como braço auxiliar (forte) do processo de intensificação do trabalho.

É importante observar que, no contexto político-institucional do país, encontram-se elementos que antecederam as mudanças mais recentes na APS e impactam a reconfiguração do atual cotidiano de trabalho em saúde, como a Emenda Constitucional nº 95, de 2016, e a Reforma Trabalhista, de 2017, além da crise sanitária provocada pela pandemia de Covid-19, cujos efeitos ainda repercutem sobre a população e nos serviços de saúde.

Recebido para publicação em 09 de março de 2021
Aceito em 17 de outubro de 2022

REFERÊNCIAS

- ALVES, G. *Dimensões da reestruturação produtiva: ensaios de sociologia do Trabalho*. 2. ed. Londrina: Praxis, 2007. 288 p.
- ANTUNES, R. *Os sentidos do trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho*. São Paulo: Boitempo, 1999. 258 p. (Coleção Mundo do Trabalho).
- AZEVEDO, C. S. A sociedade contemporânea e as

possibilidades de construção de projetos coletivos e de produção do cuidado nos serviços de saúde. In: SA, M. C. *Subjetividade, gestão e cuidado em saúde: abordagens da psicossociologia*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013. p. 51-74.

BRAGA, R.; SANTANA, M. A. Sociologia pública: engajamento e crítica social em debate. *Caderno CRH*, Salvador, v. 22, n. 56, p. 223-232, 2009. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-49792009000200001>

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2017a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 23 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.992, de 28 de dezembro de 2017. Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2017b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3992_28_12_2017.html. Acesso em: 23 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Medida Provisória nº 890, de 1º de agosto de 2019. Institui o Programa Médicos pelo Brasil, no âmbito da atenção primária à saúde, e autoriza o Poder Executivo federal a instituir serviço social autônomo denominado Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2019. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/medida-provisoria-n-890-de-1-de-agosto-de-2019-208356620>. Acesso em: 23 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.539, de 26 de setembro de 2019. Altera as Portarias de Consolidação nº 2 e nº 6, de 2017, para instituir equipe de Atenção Primária – eAP e dispor sobre o financiamento de equipe de Saúde Bucal – eSB com carga horária diferenciada. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2019. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.539-de-26-de-setembro-de-2019-218535009>. Acesso em: 23 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do SUS, alterando a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2019b. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.979-de-12-de-novembro-de-2019-227652180>. Acesso em: 23 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.222, de 10 de dezembro de 2019. Dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previne Brasil. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2019c. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-3.222-de-10-de-dezembro-de-2019-232670481>. Acesso em: 23 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Política nacional de atenção básica. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2006. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM648_20060328.pdf. Acesso em: 10 jan. 2021.

BRASIL. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). *E-Gestor Atenção Básica: Informação e Gestão da Atenção Básica*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/ acessoPublico/relatorios/>

relHistoricoCoberturaAB.xhtml. Acesso em: 23 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Painel de casos de doença pelo coronavírus 2019 (COVID-19) no Brasil*. Brasília, DF: DATASUS, 2020. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>. Acesso em: 9 mar. 2020.

BURAWOY, M. *Marxismo sociológico: quatro países, quatro décadas, quatro grandes transformações e uma tradição crítica*. São Paulo: Alameda, 2014. 350 p.

CARNEIRO, C. C. G. *O trabalho do Agente Comunitário de Saúde e suas determinações: um estudo de caso do município do Rio de Janeiro*. 2013. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <http://saudepublica.bvs.br/pesquisa/resource/pt/tes-5583>. Acesso em: 31 out. 2018.

CARVALHO, M. T. G. *A nova gestão pública, as reformas no sector da saúde e os profissionais de enfermagem com funções de gestão em Portugal*. 2006. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) – Universidade de Aveiro, Aveiro, 2006.

CECÍLIO, L. C. O.; LACAZ, F. A. C. *O trabalho em saúde*. Rio de Janeiro: Cebes, 2012.

CHINELLI, F. *Trabalhadores ou parceiros? As novas formas de treinamento para o trabalho*. 2008. Tese (Doutorado em Educação) – Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro, 2008.

CHINELLI, F.; LACERDA, A.; VIEIRA, M. A reconfiguração gerencial do Estado brasileiro e os trabalhadores da saúde nos anos 1990. In: VIEIRA M.; DURAO, A. V.; LOPES, M. R. L. (org.). *Para além da comunidade: trabalho e qualificação dos agentes comunitários de saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. V. 1, p. 33-78.

DÁDIVA, Í. Regulamentação do adicional de penosidade: uma forma de garantir a integridade física e psíquica do trabalhador. *Jusbrasil*, Brasília, DF, 2018. Disponível em: <https://italladadiva.jusbrasil.com.br/artigos/563789073/regulamentacao-do-adicional-de-penosidade-uma-forma-de-garantir-a-integridade-fisica-e-psiquica-do-trabalhador>. Acesso em: 25 set. 2022.

DEJOURS, C. *A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho*. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2015. 222 p.

DEJOURS, C. *Trabalho, tecnologia e avaliação: avaliação do trabalho submetida à prova do real*. São Paulo: Blucher, 2008. (Cadernos de TTO, n. 2).

DRUCK, G. A terceirização na saúde pública: formas diversas de precarização do trabalho. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 14, p. 15-43, 2016. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00023>

FONSECA, A. F. *O trabalho do agente comunitário de saúde: implicações da avaliação e da supervisão na educação em saúde*. 2013. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2013, 233p. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/ icict/13932/1/ve_Angelica_Fonseca_ENSP_2013.pdf. Acesso: 20 ago. 2020.

FORTINO, S. Processo de vulnerabilização e danos ao ofício: a modernização do trabalho em questão. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, v. 37, n. 126, p. 213-224, 2012.

GIOVANELLA, L.; FRANCO, C. M.; ALMEIDA, P. F. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1475-1482, 2020. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.01842020>

GUSSO, G. D. F.; KNUPP, D., TRINDADE, T. G., LERMEIN, N. J.; POLI NETO, P. Bases para um Novo Sanitarismo. *Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade* v 10, n. 36, p. 1-10, 2015. Disponível em: <https://rbmf.org.br/rbmf/article/view/1056>. Acesso em: 23 ago. 2020.

- HARVEY, D. *Condição pós-moderna: uma pesquisa sobre as origens da mudança cultural*. 24. ed. São Paulo: Edições Loyola, 2013.
- HIRATA, H. Tendências recentes da precarização social e do trabalho: Brasil, França, Japão. *Caderno CRH*, Salvador, v. 24, p. 15-22, 2011. Número especial. <https://doi.org/10.1590/S0103-49792011000400002>
- HOOD, C. The 'New Public Management' in the 1980s: Variations on a Theme. *Accounting, Organizations and Society*, [s. l.], p. 93-109, 1995.
- LINHART, D. *A desmedida do capital*. Tradução de Wanda Caldeira Brant. São Paulo: Boitempo, 2007. 248 p.
- LINHART, D. Entrevista: Danièle Linhart. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 149-160, 2011. <https://doi.org/10.1590/S1981-77462011000100011>
- LINHART, D. Uma abordagem sociológica das novas penosidades no trabalho. *Seminário Internacional "Organização e condições do trabalho moderno: emprego, desemprego e precarização do trabalho"*. Campinas: Unicamp, 2010. Mimeografado.
- MARTINS, M. I. C.; CARNEIRO, C. C. G. Política de gestão do trabalho e a atenção em saúde: um estudo de caso sobre a experiência de contratualização da Atenção Básica no município do Rio de Janeiro. In: MARTINS, M. I. C.; MARQUES, A. P.; COSTA, N. R.; MATOS, A. (org.). *Trabalho em saúde, desigualdades e políticas públicas*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2014. p. 101-110.
- MASSUDA, A. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso? *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1181-1188, 2020. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.01022020>
- MATOS, I. B.; TOASSI, R. F. C.; OLIVEIRA, M. C. Profissões e ocupações de saúde e o processo de feminização: tendências e implicações. *Athenea Digital*, Barcelona, v. 13, n. 2, p. 239-244, 2013. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10183/118035>. Acesso em: 23 nov. 2015.
- MELO, E. A.; MENDONÇA, M. H. M.; TEIXEIRA, M. A crise econômica e a atenção primária à saúde no SUS da cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p. 4593-4598, 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320182412.25432019>. Acesso em: 24 ago. 2020.
- METZGER, J.-L. Mudança permanente: fonte de penosidade no trabalho? *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, v. 36, n. 123, p. 12-24, 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S0303-76572011000100003>
- MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.
- MOROSINI, M. V. G. C.; CHINELLI, F.; CARNEIRO, C. C. G.; Coronavírus e crise socio-sanitária: a radicalização da precarização do trabalho no SUS. In: SILVA, L. B.; DANTAS A. V. (org.). *Crise e pandemia: quando a exceção é regra geral*. Rio de Janeiro: EPSJV, 2020. p. 93-112. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/44928/2/Crise_e_Pandemia_EPSJV_2020.pdf. Acesso em: 10 jan. 2020.
- MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; BAPTISTA, T. W. F. Previsão Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica? *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 9, p. 1-20, 2020. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00040220>
- MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 11-24, jan. 2018. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811601>
- O'DWYER, G. et al. A crise financeira e a saúde: o caso do município do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p. 4555-4568, 2019. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.23212019>
- RANIERI, J. J. O fenômeno do estranhamento e a atualidade do conteúdo da crítica ao capital: ainda Marx. In: ANTUNES, R. (org.). *Riqueza e miséria do trabalho no Brasil III*. São Paulo: Boitempo, 2014. p. 107-119.
- RIO DE JANEIRO (cidade). *Guia de Referência Rápida – Carteira de serviços: relação de serviços prestados na atenção primária à Saúde*. Rio de Janeiro: SMSDC-RJ, 2011. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/137240/DLFE-228987.pdf/1.0>. Acesso em: 9 ago. 2017.
- RIO DE JANEIRO (cidade). *Plano Municipal de Saúde do Rio de Janeiro 2010-2013*. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil, 2009. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/3700816/4130215/PLANOMUNICIPALDESAUDE20102013.pdf>. Acesso em: 8 ago. 2017.
- RIO DE JANEIRO (cidade). *Plano Municipal de Saúde 2014-2017*. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil, 2013. Disponível em: http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/3700816/4128745/PMS_20142017.pdf. Acesso em: 8 ago. 2017.
- RIO DE JANEIRO (cidade). *Plano Municipal de Saúde 2018-2021*. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil, 2018. Disponível em: http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/7677780/4225104/PMS2018_VersaoPreliminar.pdf. Acesso em: 23 ago. 2020.
- RIO DE JANEIRO (cidade). *Manual de orientações para a expansão das clínicas da família*. Rio de Janeiro: SMSDC-RJ, 2010. Disponível em: http://subpav.org/download/biblio/SUBPAV_Manual_de_Orientacoes_para_Expansao_das_Clinicas_da_Familia.pdf. Acesso em: 9 ago. 2017.
- RIO DE JANEIRO (cidade). *Reorganização dos Serviços de APS: estudo para otimização de recursos*. Rio de Janeiro: SMSDC-RJ, 2018. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2018/12/9-projeto-de-reorganiza%C3%A7%C3%A3o-1.pdf>. Acesso em: 23 ago. 2020.
- RIO DE JANEIRO (cidade). *Saúde divulga calendário do 2º ciclo dos seminários de gestão – Accountability*. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde, 2014. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/exibeconteudo?id=4862774>. Acesso em: 19 ago. 2016.
- RIO DE JANEIRO. Conheça a RioSaúde. *Rio Prefeitura*, Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/web/riosaude/conheca-a-riosaude>. Acesso em: 10 jan. 2021.
- SANO, H.; ABRUCIO, F. L. The promises and results of new public management in Brazil: the case of social health organizations in São Paulo. *Revista de Administração de Empresas*, São Paulo, v. 48, n. 3, p. 64-80, 2008.
- SANTANA, M. A.; RAMALHO, J. R. *Sociologia do trabalho no mundo contemporâneo*. 3. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2010.
- SANTOS, R. P. O. *Metas, pra quê te quero? Algumas reflexões sobre os novos modelos de gestão e gerenciamento do trabalho e seus efeitos nos trabalhadores de uma equipe da Estratégia Saúde da Família no município do Rio de Janeiro*. 2017. Dissertação (Mestrado em Educação Profissional em Saúde) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/22904>. Acesso em: 31 out. 2018.
- SATO, L. As implicações do conhecimento prático para a vigilância em saúde do trabalhador. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 489-495, 1996.
- SILVA, B. Z. Pela DesCriminalização da saúde: reflexões sobre a crise da saúde no Rio de Janeiro-RJ e seu agravamento na pandemia. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio

de Janeiro, v. 30, n. 3, p. 1-9, 26 jun. 2020. <https://doi.org/10.1590/s0103-73312020300308>

SILVA, V. C.; ESCOVAL, A.; HORTALE, V. A. Contratualização na Atenção Primária à Saúde: a experiência de Portugal e Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 8, p. 3593-3604, 2014. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014198.11822013>

SORANZ, D.; PINTO, L. F.; PENNA, G. O. Eixos e a Reforma dos Cuidados em Atenção Primária em Saúde (RCAPS) na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1327-1338, 2016. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015215.01022016>

SOUZA, M. A. S. L. de. Trabalho em Saúde: como a lógica mercantil determina seu processo de precarização. In: BRAGA, I. F. et al. *O trabalho no mundo contemporâneo: fundamentos e desafios para a saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2016. p. 109-128.

TANIGUTI, G. T.; TSUNODA, F. S.; SANTOS, W. E. F. Entrevista com Michael Burawoy. *Plural*, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 149-160, 2012. <https://doi.org/10.11606/issn.2176-8099.pcso.2012.74457>. Acesso em: 19.08.2016.

TEIXEIRA, M. *Desenhos institucionais e relações de trabalho no setor público de saúde*. 2015. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2015.

NEW MANAGEMENT MODELS IN PRIMARY HEALTH CARE AND THE DIFFICULTIES AT WORK

Renato Penha de Oliveira Santos
Filippina Chinelli
Angélica Ferreira Fonseca

The article discusses the reconfiguration of work in Primary Health Care (PHC) based on changes implemented by the Brazilian federal government since 2017, which have aggravated precarious work conditions. Methodologically it is inspired by Michael Burawoy's expanded case ethnography, dialoguing with studies on productive restructuring and New Public Management (NGP), linked to the concept of difficulty. Participant observation and semi-structured interviews with workers from a health team from a basic unit of the Unified Health System (SUS) in Rio de Janeiro were used. Difficulty has been characterized as: the constant demand for changes in the organization of daily work and overload due to the extensive workday, and the demand for reaching established goals despite the work conditions. This paper emphasized the need to continue analyzing the reconfiguration of health work, considering the impacts of the Constitutional Amendment 95 (2016); the labor reform (2017); and the COVID-19 pandemic.

KEYWORDS: Primary Health Care. Health Work Management. Difficulty. Precarization. Productive Restructuring.

LES NOUVEAUX MODÈLES DE GESTION DES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES ET LA PÉNIBILITÉ AU TRAVAIL

Renato Penha de Oliveira Santos
Filippina Chinelli
Angélica Ferreira Fonseca

Cet article discute la reconfiguration du travail en Soins de Santé Primaires (SSP) selon des changements mis en œuvre par le gouvernement fédéral brésilien depuis 2017, lesquels aggravent des circonstances de la précarisation du travail. Du point de vue méthodologique, la recherche s'inspire de l'ethnographie de cas élargi, selon Michael Burawoy, en dialogue avec des études sur la restructuration productive et la Nouvelle Gestion Publique (NGP), liées au concept de la pénibilité au travail. Nous utilisons l'observation participante et des entretiens semi-structurés avec des travailleuses d'un établissement de soins de santé de base du Système de Santé Unifié brésilien (SUS) à Rio de Janeiro. Ont été caractérisées comme types de pénibilité: l'exigence constante des changements dans l'organisation du travail quotidien et la surcharge causée par la longue journée du travail; et la demande pour répondre des objectifs fixés sans considérer des particularités du contexte de travail. L'étude souligne la nécessité de continuer des analyses de la reconfiguration du travail en santé en consonance avec des impacts de l'Amendement Constitutionnel 95 (2016) ; de la réforme du travail (2017); et de la pandémie de COVID-19.

MOT-CLÉS: Soins de Santé Primaires. Gestion du Travail en Santé. Pénibilité. Précarisation. Restructuration Productive.

Renato Penha de Oliveira Santos – Médico de Família e Comunidade. Doutorando em Sociologia das Relações de Trabalho, Desigualdades Sociais e Sindicalismo no Centro de Estudos Sociais (CES) da Universidade de Coimbra, em Portugal. Professor efetivo do curso de medicina da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB). Mestre em Educação Profissional em Saúde pela Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz). É integrante das pesquisas: “Dimensões associadas da precarização do trabalho na Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, experiências e práticas para o seu enfrentamento” e “Condições de trabalho dos profissionais de saúde no contexto da Covid-19 no Brasil”, ambas ligadas à Fiocruz (RJ). As áreas de interesse acadêmico envolvem Atenção Primária à Saúde, Saúde Pública e Sociologia do trabalho.

Filippina Chinelli – Bacharel e Licenciada em História pela Universidade Federal Fluminense (1971), mestre em Antropologia Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (1977) e doutora em Educação pela Universidade Federal Fluminense (2008). É professora aposentada do Instituto de Filosofia e Ciências Sociais (IFCS) da UFRJ. Atualmente, é docente-pesquisadora no curso de mestrado em Educação Profissional em Saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz). Sua atividade como pesquisadora está ligada, sobretudo, às áreas da antropologia urbana, sociologia do trabalho e formação profissional. Atualmente, encontra-se engajada em pesquisas relacionadas ao campo de Trabalho em Saúde, com ênfase nos seguintes temas: trabalho e formação profissional em saúde; mercado de trabalho em saúde; qualificação profissional e trajetórias ocupacionais; precarização do trabalho e subjetividade.

Angélica Ferreira Fonseca – Mestre e doutora em Saúde Pública pela ENSP/Fiocruz. Professora e pesquisadora da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz). Exerce a função de editora científica e coordenadora editorial do periódico Trabalho, Educação e Saúde. Tem experiência em educação em saúde, pesquisa e ensino de políticas de Saúde. Atua, principalmente, nos seguintes temas: políticas de saúde, atenção primária à saúde; agentes comunitários de saúde, formação e trabalho em saúde; avaliação em saúde.

