



Universidade Estadual Paulista
“Júlio de Mesquita Filho”
Faculdade de Medicina de Botucatu

**MODELOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM BOTUCATU-SP:
CONDIÇÕES DE TRABALHO E OS SIGNIFICADOS DE
INTEGRALIDADE APRESENTADOS POR
TRABALHADORES DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE**

LILIAN MAGDA DE MACEDO

Botucatu
2013

LILIAN MAGDA DE MACEDO

**MODELOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM BOTUCATU-SP:
CONDIÇÕES DE TRABALHO E OS SIGNIFICADOS DE
INTEGRALIDADE APRESENTADOS POR
TRABALHADORES DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE**

**Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação
em Saúde Coletiva – área de concentração Saúde
Pública – da Faculdade de Medicina de Botucatu
– UNESP, para obtenção do título de Doutor.**

Orientadora: Profa. Dra. Sueli Terezinha Ferreira Martins

Botucatu

2013

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉCNICA DE AQUISIÇÃO E TRATAMENTO DA INFORMAÇÃO
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CAMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: **ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE**

Macedo, Lilian Magda.

Modelos de atenção primária em Botucatu-SP : condições de trabalho e os significados de integralidade apresentados por trabalhadores de unidades básicas de saúde / Lilian Magda de Macedo. – Botucatu : [s.n.], 2013

Tese (doutorado) - Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu

Orientador: Sueli Terezinha Ferreira Martins

Capes: 40600009

1. Cuidados primários de saúde. 2. Materialismo histórico. 3. Materialismo histórico. 4. Programas de assistência ao trabalhador.

Palavras-chave: Atenção primária em saúde; Integralidade; Materialismo histórico e dialético; Reforma do aparelho de estado; Saúde do trabalhador; Trabalho.



Επίγραφε



Da análise

Eis um problema! E cada sábio nele aplica

As suas lentes abismais.

Mas quem com isso ganha é o problema, que fica

Sempre com um x a mais...

(Mário Quintana)

Dedicatória

DEDICATÓRIA

*Dedico este estudo aos trabalhadores comprometidos e engajados, de uma forma ou de outra,
em lutas de resistência e transformação;
Em especial, aos trabalhadores que labutam em Unidades de Atenção Básica, responsáveis
por tantas acolhidas, acompanhamentos constantes, vínculos e, essencialmente, por
compreender, na prática, os sentidos e significados das palavras saúde, doença e cuidado.*

Agradecimientos

AGRADECIMENTOS

Minha gratidão aos meus familiares! Mesmo sem compreender exatamente os percalços, dissabores e alegrias inerentes a um trabalho acadêmico, souberam ter aceitação e, muitas vezes, paciência, para com minhas inúmeras ausências.

Meu eterno carinho, admiração e respeito aos escolhidos amigos com quem dividi muitos momentos de vida afetiva, relacional, profissional e acadêmica! Quero a eles dedicar este trabalho, dizendo-lhes da minha felicidade genuína por tê-los como companheiros do caminhar: à Regina e à Helô, em especial; mas também à Josélia e Helena, em particular!

Aos amigos e parceiros do Núcleo Cuesta da Abrapso, por tantos momentos de reflexão e descontração! Pela organização de tantas lutas, pelas viagens, encontros, risos soltos e, principalmente, pela aprendizagem de que a vida pode ser bem mais ampla do que nossa parcial rotina diária quer nos convencer.

Aos parceiros do Grupo de Estudos Saúde Pública e Saúde Mental, agradeço pelos preciosos debates que enriqueceram e construíram essa pesquisa.

À Juliana Pizano, Aninha, Renata e Rose, por todos os auxílios recebidos na etapa de coleta de dados desse estudo. Sem essas “amadas flores”, todo o processo realizado junto aos trabalhadores das Unidades Básicas de Saúde não seria possível.

Ao Wagner, por ter contribuído com seu cuidado e generosidade em muitos momentos nos quais o tempo não corria a meu favor.

À equipe de Assistentes Sociais e Psicólogas do Tribunal de Justiça de Itapetininga-SP: obrigada por tantos momentos de consideração para com meus estudos, por segurar tantas “barras” no cotidiano do trabalho e dos processos judiciais quando eu me recolhia para a escrita deste texto e para viagens de coletas de dados. Vocês também fazem parte dessas páginas.

Para Marta, minha terapeuta, obrigada pelas orientações e auxílios em meu processo de amadurecimento e fortalecimento emocional; caminhos nos quais a encontro tecendo um trabalho sério e comprometido.

À Dionísia, pela presença recente em minha vida e por tantos exemplos que materializam para mim muito dos significados e sentidos das palavras amizade, compromisso, e emancipação.

Enfim, à indispensável e querida Sueli: carinho eterno por tantos exemplos de generosidade, firmeza, dedicação incansável, destemor nas lutas, persistência e perseverança. Por dividir tantos momentos bons e muitos ruins; por ensinar que a vida é processo, é movimento constante, é transformação.

A todos vocês: gratidão genuína por me transformarem num ser humano mais livre, autêntico, alegre, perseverante e, fundamentalmente, em constante movimento!

Com variadas formas, coloridas com nuances diversas em cada momento de vida e em cada parte de minha totalidade, agradeço por me ensinarem a compreender e, essencialmente, vivenciar o que expressa o poeta como síntese daquilo que chamamos *amor e amizade*: gratidão pelos belos laços!

*"Então, o amor e a amizade são isso:
não prendem, não escravizam,
não apertam, não sufocam;
porque quando vira nó,
já deixou de ser um laço."
(Mário Quintana)*

Resumo



MACEDO, L. M. Modelos de Atenção Primária em Botucatu-SP: condições de trabalho e os significados de Integralidade apresentados por trabalhadores das Unidades Básicas de Saúde. 2013. 269 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, 2013.

RESUMO

Este estudo objetiva identificar e analisar os significados de Integralidade apresentados por trabalhadores da Atenção Primária à Saúde (APS) e suas correlações com as condições de trabalho e gestão nos modelos tecnológicos em que se encontram inseridos: Unidade de Atenção Básica sem Saúde da Família e Unidade Saúde da Família (USF).

O princípio doutrinário da Integralidade, conforme construído na Reforma Sanitária Brasileira (RSB) e impresso no Sistema Único de Saúde (SUS), abarca dimensões relativas à interdependência entre os âmbitos primário, secundário e terciário de cuidado; a articulação de ações preventivas e promocionais em saúde em todas as esferas de atenção e o olhar ampliado aos determinantes socioeconômicos do processo saúde-doença.

A Política Nacional de Atenção Básica, desde 1994 pautada na Estratégia Saúde da Família (ESF), pressupõe a efetivação dos princípios do SUS com a reorganização do trabalho das USF, mediante adscrição da clientela, territorialização, presença de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e de profissionais com formação generalista. Esse modelo assistencial coexiste, na realidade do município pesquisado, com tecnologias anteriores, estruturadas a partir das proposições das Ações Programáticas em Saúde.

As condições de trabalho e gestão da APS apresentam especificidades relativas ao vínculo com a administração direta ou com fundações estatais de direito privado. No contexto de Reforma do Aparelho Estado, com prerrogativas neoliberais de um Estado Mínimo e políticas sociais seletivas/focalizadas, identifica-se a reprodução, nos serviços públicos, de modelos gerenciais característicos da organização toyotista ou de acumulação flexível do capital.

A metodologia da pesquisa contou com aplicação de questionário aos trabalhadores de 16 unidades, entrevistas com dois gestores municipais e dois gestores de unidades de Atenção Primária e a realização de cinco grupos focais com as categorias profissionais ligadas diretamente à assistência. Os dados revelam uma intensificação do trabalho nas Unidades Básicas; além de mecanismos de gestão pautados no controle e na pressão pelo cumprimento de metas, desencadeando maior desgaste físico e mental aos trabalhadores.

A análise dos resultados fundamenta-se nas perspectivas teórico-conceituais e práticas do Processo de Trabalho em Saúde e da Psicologia Histórico-Cultural, fundamentadas no Materialismo Histórico e Dialético. A partir das categorias Trabalho/Atividade, Consciência e Alienação, foi possível identificar diferenças entre a organização de trabalho nos modelos de Atenção Primária, sem, no entanto, apontar-se relevantes distinções entre as concepções de Integralidade apresentadas por seus trabalhadores.

Na prática do cotidiano profissional, a efetivação do princípio da Integralidade se vê tolhida por impedimentos estruturais, econômicos e políticos, a partir da baixa integração entre os níveis de atenção no SUS e com políticas intersetoriais, conforme as discussões grupais nos revelam.

Constatou-se ainda relevante divisão entre a classe trabalhadora que atua nos modelos de Atenção Primária. A presença de diferentes gestores na administração do trabalho em Atenção Primária representa a expressão institucionalizada desta fragmentação. Esta constatação apresenta-se como característica da Reforma do Aparelho de Estado, deixando como legado maiores empecilhos para a organização de lutas dos trabalhadores por resistência e transformação nas condições de trabalho e da assistência à saúde.

Palavras-chave: Trabalho, Atenção Primária em Saúde, Integralidade, Reforma do Aparelho de Estado, Saúde do Trabalhador, Materialismo Histórico e Dialético.

Abstract



ABSTRACT

This study aims to identify and analyze the meanings of Integrality for employees of Primary Health Care (APS) and their correlation with the working conditions and management in the technological models in which they are inserted: Primary Care Unit without Family Health Program and Family Health Unity (USF).

The doctrinal principle of Integrality, as constructed in the Brazilian Health Reform (RSB) and present in the Unified Health System (SUS), includes dimensions related to the interdependence between the primary, secondary and tertiary care areas; the articulation of preventive and promotional health in all spheres of care and the expanded look at socioeconomic determinants of health-disease process.

The National Primary Care Policy, based in the Family Health Strategy (ESF) since 1994, implies the effectuation of the SUS principles with the reorganization of the USF work, by ascription of clientele, territorialization, presence of Community Health Agents (ACS) and generalist professionals. This health care model coexists, considering the reality of the researched city, with previous technologies structured from Programmatic Actions in Health.

The working conditions and management of APS have specificities related to their bond with the direct administration or with state foundations of private law. In the context of the State Apparatus Reform, with neoliberal prerogatives of a Minimum State and selective/focused social policies, the reproduction of management characteristic models of the Toyotist organization or flexible accumulation of capital can be identified at the public services.

The research methodology included a questionnaire to employees of 16 units, interviews with two municipal managers and two managers of Primary Care Unities, and the realization of five focal groups with professional categories that were directly related to health care. The studies results show an intensification of work in the Basic Unities, in addition to the presence of management mechanisms based on the control and on the pressure for achievement of goals, triggering physical and mental wear to the workers.

The analysis is based on the theoretical and conceptual perspectives and practices of the Work Process in Health Care and Historical-Cultural Psychology, founded in Dialectical and Historical Materialism. Through the categories Work/Activity, Consciousness and Alienation, it was possible to identify differences between the organization of work on the

models of Primary Care, without, however, detecting relevant distinctions between the concepts of Integrality presented by the employees.

In the daily professional practice, the effectiveness of the Integrality principle finds itself hampered by structural economic and political impediments, like low levels of integration between different levels of health care at the SUS and intersectoral policies, as discussions of the group revealed.

It was also found an important division between the working class on models of Primary Care. The presence of different managers in work administration in Primary Care represents the institutionalized expression of this fragmentation. This finding presents itself as a characteristic of the State Apparatus Reform, leaving a legacy of major obstacles to the organization of workers struggles for resistance and transformation of the working conditions and the health care.

Keywords: Work, Primary Health Care, Integrality, State Apparatus Reform, Worker's Health, Historical and Dialectical Materialism.

*Lista de
Quadros e
Siglas*



LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Modelos assistenciais à saúde.....	58
Quadro 2: Relação entre o Número de Trabalhadores lotados nas Unidades e a participação na pesquisa	114
Quadro 3: Relações entre Vínculos Trabalhistas e Instituição Contratante:	117
Quadro 4: Tempo de Trabalho na Unidade de Saúde atual e Instituição Contratante:	127
Quadro 5: Tempo de Trabalho na Saúde Pública e Instituição Contratante:	127
Quadro 6: Relação entre a Análise da Prática da Integralidade e o Modelo de Atenção	136
Quadro 7: Síntese dos apontamentos livres apresentados sobre a Integralidade	138
Quadro 8: Participantes do Grupo Focal de Auxiliares de Enfermagem da UBS s/SF .	140
Quadro 9: Participantes do Grupo Focal de Médica, Dentista e Enfermeiras da UBS s/SF	140
Quadro 10: Participantes do Grupo Focal de Médicas, Dentista e Enfermeiras da ESF.....	141
Quadro 11: Participantes do Grupo Focal de Agentes Comunitárias de Saúde da ESF.....	141
Quadro 12: Participantes do Grupo Focal de Auxiliares de Enfermagem da ESF.....	141
Quadro 13: Síntese dos Indicadores apresentados nas discussões referentes ao questionamento: “O que pensam sobre a Integralidade como princípio do SUS?”.....	145
Quadro 14: Síntese dos Indicadores apresentados nas discussões referentes ao questionamento: “Diferenças nos Modelos de Atenção Básica”	195
Quadro 15: Diferenças entre o modelo hegemônico de atenção à saúde e a ESF.....	197
Quadro 16: Síntese dos Indicadores apresentados nas discussões referentes ao questionamento: “Condições/Regimes de Trabalho identificados entre os Modelos de Atenção”	222

LISTA DE SIGLAS

ACS – AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE
ADEFIB – ASSOCIAÇÃO DOS DEFICIENTES FÍSICOS DE BOTUCATU
ADI – AÇÃO DIRETA DE INCONSTITUCIONALIDADE
AIS – AÇÕES INTEGRADAS DE SAÚDE
APO – ADMINISTRAÇÃO POR OBJETIVOS
APS – ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE
BIRD – BANCO INTERAMERICANO DE DESENVOLVIMENTO
CGR – COLEGIADOS DE GESTÃO REGIONAL
CLT – CONSOLIDAÇÃO DAS LEIS TRABALHISTAS
CONASEMS – CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE
CONASS – CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE
CONUS – CONSELHOS DE UNIDADE DE SAÚDE
CPMF – CONTRIBUIÇÃO PROVISÓRIA SOBRE MOVIMENTAÇÃO FINANCEIRA
CRAS – CENTRO REFERÊNCIA DA ASSISTÊNCIA SOCIAL
DAB – DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA
DRS – DEPARTAMENTO REGIONAL DE SAÚDE
ESF – ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA
FMB – UNESP – FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
FMI – FUNDO MONETÁRIO INTERNACIONAL
IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA
LOS – LEI ORGÂNICA DA SAÚDE
MARE – MINISTÉRIO ADMINISTRATIVO FEDERAL DA REFORMA ESTADO
MNNP – MESA NACIONAL DE NEGOCIAÇÃO PERMANENTE
MS – MINISTÉRIO DA SAÚDE
NOB-RH-SUS – NORMA OPERACIONAL BÁSICA DOS RECURSOS HUMANOS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
NOB-SUS – NORMA OPERACIONAL BÁSICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
OAB – ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL
OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE
OPAS – ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE

OS – ORGANIZAÇÕES SOCIAIS

OSCIP – ORGANIZAÇÕES SOCIAIS DE INTERESSE PÚBLICO

PACS – PROGRAMA AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

PCCS – PLANO DE CARGOS, CARREIRAS E SALÁRIOS

PROESF – PROGRAMA DE EXPANSÃO E CONSOLIDAÇÃO DA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA

PSF – PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

PTS – PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR

RAS – REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

RJU – REGIME JURÍDICO ÚNICO

RSB – REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA

SES – SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE

STF – SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL

SUDS – SISTEMAS UNIFICADOS E DESCENTRALIZADOS DE SAÚDE

SUS – SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

TCLE – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TCU – TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO

UBS – UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

USF – UNIDADE SAÚDE DA FAMÍLIA

Sumário



SUMÁRIO

Agradecimentos

Resumo

Abstract

Lista de Quadros

Lista de Siglas

Sumário

Apresentação – O nosso ponto de partida..... 25

Introdução – Atividade e Consciência: contribuições Teórico-Metodológicas da Psicologia..... 29

Capítulo 1 – O contexto da Atenção Primária à Saúde e suas Contradições..... 35

1.1 – Perspectivas históricas da APS e Concepções de Saúde-Doença..... 36

1.2 – A Reforma Sanitária Brasileira e o Sistema Único de Saúde..... 45

1.3 – O Processo de Trabalho em Saúde e os Modelos Tecnológicos e Assistenciais em Atenção Primária 52

1.4 – As Ações Programáticas em Saúde: linhas gerais..... 59

1.5 – A Política Nacional de Atenção Primária: a Estratégia Saúde da Família..... 63

Capítulo 2 – Integralidade em Saúde: breves apontamentos 68

Capítulo 3 – Transformações do Trabalho e Reforma Político-Administrativa do Estado 77

3.1 – A centralidade do Trabalho/Atividade na constituição do humano..... 78

3.2 – As Configurações do Trabalho e seus Novos Modelos de Gestão..... 82

3.3 – As Políticas Neoliberais de Estado e a Reforma Administrativa..... 86

Capítulo 4 – Objetivos, Materiais e Métodos 97

4.1 – Objetivos Propostos para a Pesquisa..... 97

4.2 – Instrumentos da Coleta de Dados e Participantes do Estudo 97

4.3 – Procedimentos Éticos 98

4.4 – Procedimentos de Coleta de Dados..... 98

4.5 – Procedimentos de Análise dos Dados 104

Capítulo 5 – Os Dados da Primeira Etapa: o Contexto Municipal.....	112
Capítulo 6 – A Integralidade e a Atenção Básica	143
6.1 – Comunicação e Interdependência entre os Níveis de Atenção.....	144
6.2 – O Olhar Ampliado e o Sofrimento do Trabalhador	161
6.3 – Vínculo, Acolhimento e Cuidado: Contradições do Processo de Trabalho nas Unidades de Atenção Básica	176
- Síntese do Capítulo	191
Capítulo 7 – Diferenças entre os Modelos de Atenção e Condições de Trabalho.....	194
7.1 – Atenção Primária e os Avanços da ESF	196
7.2 – Os Novos Modelos de Gestão e as Relações entre a Classe Trabalhadora ...	211
7.3 – Condições de Trabalho e Modelos de Gestão: Sofrimento e Resistência.....	220
– Síntese do Capítulo.....	237
Capítulo 8 – Breves apontamentos finais: novo ponto de partida	241
Referências Bibliográficas	251
Anexos.....	262

Apresentação

APRESENTAÇÃO

NOSSOS PONTOS DE PARTIDA...

A proposta deste estudo nasceu das inquietações vividas pela pesquisadora durante sua atuação profissional junto ao Projeto de Apoio Institucional desenvolvido pelo Departamento de Saúde Pública da Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB-UNESP) em parceria com a Secretaria Estadual de Saúde. O trabalho foi realizado junto aos gestores municipais organizados na região administrativa do Estado a partir dos Colegiados de Gestão Regional (CGR).

Intitulado “*Projeto de Apoio Institucional para o Desenvolvimento do Sistema de Saúde Regional visando o apoio e fortalecimento da capacidade de gestão dos Departamentos Regionais de Saúde de Bauru, Marília, Sorocaba e Registro*”, as atuações ocorreram no ano de 2011 junto ao CGR do DRS de Bauru.

A partir dos contatos com as problematizações dos gestores municipais quanto a realidade enfrentada na prestação dos serviços assistenciais; das supervisões e discussões coletivas entre o grupo de assistentes técnicos e os professores da universidade; considerando ainda os relatos e debates com os trabalhadores das RAS (Redes de Atenção à Saúde), em especial da APS (Atenção Primária em Saúde), foram se construindo dúvidas e inquietações que culminaram nesta proposta de estudo científico.

A questão mais presente delas dizia respeito às diversas instituições, com distintas naturezas jurídicas (públicas, privadas, mistas, organizações sociais, associações filantrópicas) a atuar no espaço da prestação de serviços em saúde nos âmbitos secundário e terciário e, mais recentemente, a exercer a função de gestão dos trabalhadores de muitas Unidades de Atenção Básica.

Essa constatação na realidade da atuação como assistente técnico causava estranhamentos e incômodos: identificar a prestação dos serviços públicos no SUS, com suas instituições construídas a partir das lutas de resistência e transformação de tantos trabalhadores, delegada e executada por entidades mistas ou privadas, em especial na Atenção Primária, era desconfortante.

As dúvidas sobre a legalidade deste cenário, a necessidade de compreender os contornos adquiridos por ele na realidade municipal; as inquietações frente às condições identificadas nos relatos, em especial pelas confusões e pouca clareza verificadas nas falas

dos trabalhadores vinculados ora a administração direta ora a associações e fundações estatais, conformaram os primeiros ensaios desta proposta de pesquisa.

Conforme se constatará ao longo das páginas dedicadas às análises dos resultados obtidos, a conjuntura de dúvidas e informações desencontradas, até mesmo entre gestores; de conflitos e tensões, permearam toda a elaboração deste texto, desde a sua proposição metodológica até a escrita de seus capítulos.

De fato, a compreensão de um contexto de parcerias solidamente estabelecidas entre os serviços estatais e as elites políticas e econômicas na realidade não só municipal, mas também nacional, só puderam ser descortinadas, em algumas de suas dimensões, a partir de categorias que contemplassem a totalidade social em que se encontram inseridas, seja no trabalho em saúde ou fora dele.

É assim que, até a redação deste texto, com a seleção dos pesquisadores, dos aportes teóricos e das produções bibliográficas da área da Saúde Coletiva e das Ciências Sociais e Humanas, conforme se apresentam nas próximas páginas, muitas foram as leituras, buscas, lacunas, inconsistências, e, porque não, incoerências encontradas.

Essa constatação não imprime um valor de “verdade acabada” ou de “teses dogmáticas” ao referencial teórico-metodológico, bem como às análises frente à realidade, aqui tecidas. Muito antes pelo contrário: constituem-se mais em pontos de partida, a fornecer mediações que auxiliam na compreensão da dinâmica do trabalho na APS, muitas vezes, marcada por sofrimento e resistências, apresentadas à pesquisadora durante seu exercício de estudo.

Nesse sentido, muitos limites se fizeram presentes em todo o percurso do trabalho, desde as proposições iniciais dos recursos técnicos a serem utilizados, até a própria utilização dos mesmos, tendo em vista atingir a maior totalidade possível com que se apresentava a realidade.

Limites impostos pela conjuntura de transições (a recente implantação da fundação estatal no município; alterações nos contratos trabalhistas e no número de profissionais nas Unidades de Saúde), bem como pela apropriação dos referenciais históricos da Saúde Coletiva pela pesquisadora, ao mesmo tempo em que o estudo se desenvolvia, para citar os mais amplos e relevantes.

A formação inicial da autora, no campo da Psicologia, no qual as primeiras aproximações com uma Saúde Comunitária se deram, assim como com os estudos da Saúde do Trabalhador, imprimiram interesses e sentidos pessoais atribuídos a uma pesquisa com trabalhadores da Atenção Primária.

As bases fundamentais de uma Psicologia Social Latino-americana, calcada nos pressupostos filosóficos e metodológicos do Materialismo Histórico Dialético, bem como de suas expressões teóricas na Psicologia Histórico-Cultural, compuseram igualmente as motivações da pesquisadora, construídas durante os anos da graduação e aliadas à experiência profissional descrita acima.

É dessa maneira que, neste estudo, as contribuições de uma corrente específica da produção de conhecimentos na área da Psicologia vêm dialogar com as proposições teóricas e práticas do Processo de Trabalho em Saúde de Mendes-Gonçalves (1979, 1994) e Schraiber (1997, 2000); constroem-se, assim, especificidades do pensamento sobre o processo saúde-doença a partir de ferramentas e matrizes marxistas e suas categorias de análise da realidade.

As contribuições da Psicologia aos estudos sobre a Atenção Primária e especificamente sobre os trabalhadores das Unidades Básicas, sua saúde e seu processo de cuidado, encontram-se, assim, presentes ao longo da história da pesquisadora, além de serem apontadas como essenciais nas pesquisas acerca da composição multiprofissional da área.

A pertinência que atribuímos a esse diálogo interdisciplinar nos estudos da APS dá-se pela própria complexidade com que é constituído esse campo de práticas e intervenções: em interdependência estreita com os movimentos da vida concreta, com suas riquezas singulares e suas mazelas particulares. Como nos ensina Mendes-Gonçalves (1979) a autonomização das técnicas da clínica médica apresenta baixa efetividade aí onde a saúde encontra a dinâmica da vida; desta maneira, intervenções em Atenção Básica serão tanto mais resolutivas quanto atenderem à criatividade, às contradições e aos movimentos da própria existência.

É com esta compreensão que gostaríamos de apontar algumas possíveis contribuições deste estudo: sua finalidade encontra-se na mesma medida em que essas páginas e, anteriormente, todo o processo de pesquisa, buscam descortinar expressões dos movimentos dinâmicos e contraditórios da realidade da vida dos trabalhadores das Unidades de Atenção Primária que colaboraram com sua realização.

Com essa intenção traduzida, se as páginas desse estudo possibilitarem a realização de denúncias quanto ao sofrimento e desgaste físico/mental com que se deparam os trabalhadores; se igualmente reproduzirem, como se mostrou na realidade concreta, o compromisso com que se dedicam ao exercício diário da função; se ainda oportunizarem elementos para continuadas reflexões quanto aos determinantes da Integralidade em saúde, algumas contribuições estarão deixadas para novos estudos e para as antigas lutas de seus trabalhadores.

Introdução

INTRODUÇÃO

ATIVIDADE E CONSCIÊNCIA: CONTRIBUIÇÕES TEÓRICO-METODOLÓGICAS DA PSICOLOGIA

A Atenção Primária em Saúde (APS) constitui-se em um campo de saberes e práticas determinado por complexidades que transcendem o escopo de estudos e intervenções das Ciências Médicas e Biológicas. Seus trabalhadores confrontam-se diariamente com exigências relativas à dinâmica própria da vida, o que implica que pesquisas dedicadas a este fenômeno possuam como imperativo a abertura ao diálogo com diferentes áreas.

A especificidade do presente estudo define-se, além da reiteração à interdisciplinariedade, por adotar aportes epistemológicos e metodológicos que concebem os produtos do trabalho humano, dentre eles as ações em saúde, como resultantes e determinantes de dimensões sociais e subjetivas pautadas na materialidade da vida.

A própria constituição do homem é definida nesta materialidade e concretude. Assim, neste capítulo dedicado a considerações introdutórias pertinentes à compreensão do fenômeno investigado, apontaremos alguns elementos essenciais a nos guiar nas formas de conceber o humano e sua subjetividade.

Destacamos que a necessidade de proposições teóricas e metodológicas que visem introduzir-nos no campo de saberes que delineiam esta pesquisa pauta-se em duas dimensões: uma relativa a formação da pesquisadora no campo da Psicologia Histórico-Cultural e a contribuição desta área à APS; e outra, essencialmente relacionada as ações e processo de trabalho em saúde concebidos como produções humanas e subjetivas.

Anteriormente aos apontamentos conceituais acerca das categorias analíticas essenciais da Psicologia que nos orientam, sinalizamos que as mesmas dizem respeito ao exercício teórico, portanto, abstrato, de sistematização e reprodução, no pensamento, do movimento do real, buscando ser a ele o mais fidedigna possível. O real será sempre mais rico e multideterminado que a compreensão que dele se tem; e a produção do conhecimento tanto mais coerente com seu objeto concreto, quanto maior o universo de suas multideterminações.

Na perspectiva marxista é necessário partir da aparência dos fenômenos analisados em busca de sua essência, que se revela e se esconde no aparente. Daí que, apreender o movimento do real em seu caráter *concreto pensado* exige que se captem as determinações que o constituem no *concreto abstrato* (KOSIK, 1967):

É preciso considerar-se, sim, as manifestações fenomênicas mais imediatas dos fatos da realidade em que se pretende atuar, mas considerá-las como ponto de partida e de chegada da investigação. É preciso, portanto, ultrapassar os limites dessas manifestações mais imediatas, para conhecer quais são suas raízes processuais, não imediatamente perceptíveis, que formem a totalidade onde tais manifestações são produzidas. Dizendo de outra forma, é preciso compreender o processo ontológico da realidade humana e de como esse processo tem se efetivado, historicamente, dentro das relações sociais de produção. (OLIVEIRA, 2005, p. 36).

Nessa perspectiva, a análise de qualquer fenômeno parte de sua expressão aparente, imediata, específica; expressão, pois, do *concreto abstrato*, que traz em si materializados elementos sínteses do universal. Importante considerar que esse movimento é sempre marcado pelos determinantes históricos e sociais concretos, e, igualmente, pelas liberdades postas aos sujeitos sociais, afirmando ser a história um campo rico de/aberto para as possibilidades (KOSIK, 1967; NETTO, 1997; OLIVEIRA, 2005).

Assim, esta pesquisa concebe o fenômeno da subjetividade, do humano, como expressão da materialidade e da história, dotado de mecanismos cerebrais complexos, de linguagem, de pensamento e teleologia, desenvolvidos a partir do trabalho.

Leontiev (1978b) nos sinaliza que o conhecimento humano fundado na atividade instrumental do trabalho é capaz de um *pensamento autêntico*. Entendido como processo de ***reflexo consciente da realidade em suas propriedades, ligações e relações objetivas***, incluindo aí objetos não imediatamente acessíveis ou visíveis. O que torna possível esse conhecimento são as mediações e o pensamento tem as mediações¹ como via.

Conjuntamente com o desenvolvimento do reflexo consciente, a atividade produtiva humana possibilitou o desenvolvimento da *linguagem*, derivada da necessidade do homem de comunicar-se, dizer e exemplificar algo acerca de seu próprio trabalho. Importante lembrarmos a característica gregária da natureza humana, daí a ação do homem no trabalho ter sempre uma dupla função: produtiva e comunicativa.

Ao mesmo tempo, o papel principal na comunicação passa dos gestos ao som da voz; assim aparece a linguagem sonora articulada. Tal ou tal conteúdo, significado na palavra, fixa-se na linguagem. Mas para que um

¹ A Mediação é uma categoria central da dialética, dando conta do conhecimento dos fenômenos em sua relação *mediato/mediato*. Como possibilidade exclusivamente humana, portanto, ontológica, a mediação não se constitui em um elemento de equilíbrio entre os polos opostos de uma relação, nem tampouco em um intermediário (“ponte”) entre o *mediato* e o *imediato*, na direcionalidade da superação ou de um avanço evolucionista - marcado por um determinado fim último e superior. (ALMEIDA, 2003). Trata-se, sim, de uma propriedade relacional, não encontrada nas coisas, mas em suas relações, na superação, por incorporação, do *imediato* pelo *mediato*; propriedade esta proporcionada pela capacidade exclusivamente humana de ascender ao plano do *mediato* e, assim, estabelecer relações de mediação com a natureza e com seus pares, promovendo transformações significativas na realidade que lhe cerca (MÉSZÁROS, 2001a, ALMEIDA, 2003).

fenômeno possa ser significado e refletir-se na linguagem, deve ser destacado, tornar-se fato de consciência, o que, como vimos, se faz inicialmente na atividade prática dos homens, na produção. [...] O elo direto que existe entre a palavra e a linguagem, de um lado, e a atividade de trabalho dos homens, do outro, é a condição primordial sob a influência da qual eles se desenvolveram enquanto portadores do reflexo consciente e “objetivado” da realidade. Significado no processo de trabalho, um objeto, a palavra distingue-o e generaliza-o para a consciência individual, precisamente na sua relação objetiva e social, isto é, como objeto social (LEONTIEV, 1978b, p. 93).

O desenvolvimento da cultura humana, mediante o trabalho, a consciência e a linguagem, possibilita-nos compreender a função do *instrumento* e do *signo* como mediadores do desenvolvimento. O papel que o instrumento realiza, no campo do trabalho, que permite ao homem controlar e transformar a natureza, é análogo ao uso dos signos no campo psicológico, como meio auxiliar para solucionar problemas/necessidades (lembrar, comparar, relatar, escolher etc). (VIGOTSKI, 2001).

Para Vigotski (2001), a diferença essencial reside na maneira como signo e instrumento orientam o comportamento humano. O instrumento conduz o objeto da atividade externamente, levando a mudanças no próprio objeto, dirigindo-se como meio para o controle e domínio da natureza. O signo, por outro lado, constitui um meio da atividade interna, dirigindo-se para o controle do próprio indivíduo; portanto, orientado *internamente*.

Com o processo de *internalização*, um processo que, num primeiro momento, é *interpessoal*, é transformado em *intrapessoal*, ou seja, novas conexões internas são formadas a partir de relações entre os indivíduos: a internalização das atividades historicamente desenvolvidas constitui o aspecto característico da psicologia humana; o salto de uma psicologia animal para a psicologia humana (VIGOTSKI, 2001).

É assim que as chamadas *Funções Psicológicas Superiores* abarcam fenômenos distintos como o domínio do desenvolvimento cultural e o pensamento: a linguagem, a escrita, o cálculo, o desenho; e as funções psicológicas superiores ditas especiais: a atenção e vontade voluntárias, a memória lógica, memória voluntária, a formação de conceitos (VIGOTSKI, 1995; 2001).

Como se pode evidenciar, o desenvolvimento das Funções Psicológicas Superiores, incluindo aí o desenvolvimento da linguagem e da consciência, encontra-se estreitamente relacionado ao Trabalho e às demais Atividades essenciais, tanto na perspectiva histórica do gênero humano-universal, quanto na perspectiva do desenvolvimento individual-singular. Sempre a partir das mediações da sociedade específica e suas formas de organização e formação social (a dimensão particular) que se tome como referência.

Leontiev (1978b) nos lembra dessa dialeticidade quando afirma: “Ela [a consciência] adquire particularidades diversas segundo as condições sociais da vida dos homens e transforma-se na sequência do desenvolvimento das suas relações econômicas” (p. 94). Assim, é necessário compreender como se “formam as relações vitais do homem em tais e tais condições sociais históricas e que estrutura particular engendra dadas relações. Devemos em seguida estudar como a estrutura da consciência do homem se transforma com a estrutura de sua atividade” (p. 98).

Ainda sobre a consciência, é importante salientarmos os elementos que a constituem: o conteúdo sensível (os processos cognitivos, a sensação, a percepção, a memória), a imaginação e o pensamento, o que possibilita conhecer o mundo circundante e utilizar, cada vez mais intencionalmente, os processos cognitivos.

Também por essas características, a consciência estabelece relações entre os objetos, incluindo sempre aí as emoções e os afetos. É assim que sua constituição se materializa nos *Significados* sociais e nos *Sentidos* pessoais.

Nesta pesquisa, uma das categorias analíticas centrais refere-se aos Significados como importante componente da estrutura da consciência dos trabalhadores das Unidades de Saúde pesquisadas e sua conformação na prática da função cotidiana. Leontiev (1978b) assim os conceitua:

A significação é a generalização da realidade que é cristalizada e fixada num vetor sensível, ordinariamente a palavra ou a locução. É a forma ideal, espiritual de cristalização da experiência e da prática sociais da humanidade. A sua esfera das representações de uma sociedade, a sua ciência, a sua língua existem enquanto sistemas de significações correspondentes. [...] No decurso de sua vida, o homem assimila as experiências das gerações precedentes; este processo realiza-se precisamente sob a forma da aquisição das significações e na medida desta aquisição. A significação é, portanto, a forma sob a qual um homem assimila a experiência humana generalizada e refletida (p. 100-1).

Ao nascer, o homem já encontra constituído todo um sistema de significações, do qual se apropria ao longo do processo de socialização e ao longo de toda sua história pessoal. Tal apropriação dá-se, no entanto, não de forma determinística e idêntica a todos os indivíduos. O *sentido pessoal* que cada pessoa atribui a sua experiência com as objetivações genéricas, seu colorido, seu tom emocional e afetivo presentes na vivência dos fatos concretos garantem a singularidade das subjetividades humanas.

O fato propriamente psicológico, o fato da minha vida, é que eu me aproprie ou não, que eu assimile ou não uma dada significação, em que grau eu a assimilo e também o que ela se torna para mim, para a minha personalidade; este último elemento depende do sentido subjetivo e pessoal que esta significação tenha para mim. [...] De um ponto de vista psicológico concreto, este sentido consciente é criado pela relação objetiva, que se reflete no cérebro do homem, entre aquilo que o incita a agir e aquilo para o qual a sua ação se orienta como resultado imediato. Por outras palavras, o sentido consciente traduz a relação do motivo ao fim. [...] Dito de outro modo, para encontrar o sentido pessoal devemos descobrir o motivo que lhe corresponde (LEONTIEV, 1978b, p. 102-4).

É dessa forma que um mesmo significado pode possuir diferentes sentidos, a depender de cada pessoa, de suas experiências e emoções desenvolvidas na particularidade de sua realidade. E é dessa mesma maneira que a consciência, com seus conteúdos sensíveis, significados e sentidos, medeia as atividades do homem na relação com a natureza, com o mundo externo, com seus pares e, porque não dizer, consigo mesmo.

Dotado de teleologia, ou seja, da antecipação no pensamento dos fins de suas ações, o homem, além de responder a suas necessidades biológicas, cria inúmeras necessidades sociais, constrói culturas, transforma e conserva relações sociais, apropria-se e objetiva seus produtos, sempre mediante *causalidades* (na expressão de Lessa, 2005b; 2006) e das *liberdades* e riquezas de *possibilidades históricas*.

O movimento dinâmico e dialético intrínseco à constituição do humano no homem apresenta-se em todas as suas produções sociais e históricas.

Como se poderá constatar, os diálogos e análises tecidas acerca da concepção de saúde e doença, do campo da APS em especial como locus privilegiado para a prática da Integralidade em Saúde, os princípios da Reforma Sanitária Brasileira (RSB), o papel do Estado na construção de políticas sociais e as expressões cotidianas dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro buscam expressar esse movimento contraditório e permanente.

Com esses princípios essenciais e introdutórios apresentados, destacamos a intenção de chegarmos às análises e reflexões derivadas dos dados desta pesquisa, com ênfases nas atividades dos sujeitos sociais, afirmando ser a história e a realidade das Unidades de Atenção Básica, mesmo que com limites inerentes ao contexto social e econômico, a partir da atuação de cada um de seus trabalhadores, ainda um campo rico e aberto para ampliar as possibilidades transformadoras e emancipadoras do homem, rumo à máxima apropriação da genéricidade humana.

Capítulo Primeiro



CAPÍTULO PRIMEIRO

O CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E SUAS CONTRADIÇÕES

Compreender o cuidado no Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS), pautado nos princípios da Integralidade, Universalidade, Equidade e Participação Popular exige que nos debruçemos sobre complexos e variados determinantes.

Dimensões que perpassam as necessidades sociais da população em seus grupos específicos; as condições gerais de vida; as políticas nacionais para o setor e suas formas de financiamento; a organização dos equipamentos institucionais e seus níveis de atenção; os serviços estruturados e respectivas demandas construídas; a natureza pública, privada ou mista das instituições com seus segmentos de classe; os trabalhadores; a gestão, dentre outras inúmeras mediações.

A compreensão das dimensões determinantes do cuidado pressupõe definições acerca dos conceitos de doença, reabilitação, prevenção e promoção em saúde, seus referenciais teórico-metodológicos, os processos ideológicos que os ensejam, bem como os marcos históricos e sociais que os consolidam. De maneira interdependente, exige análises referentes à participação das práticas em saúde na manutenção e produção de estruturas sociais vigentes em cada período.

Ao considerarmos a complexidade da totalidade social² e, em seu interior, as ações em saúde, tendo em vista suas transformações ao longo do tempo, identificamos a necessidade de um resgate histórico, mesmo que em linhas gerais, da constituição da Atenção Primária como componente importante da gestão em saúde: exigência coerente com a análise científica que busca contemplar a gênese e o processo de constituição de seu objeto de estudo.

Assim, os objetivos definidos para este primeiro capítulo teórico visam abordar: a historicidade da APS e suas concepções de saúde e de doença; o percurso histórico do SUS,

² A categoria Totalidade é fundante para a compreensão e coerência das relações existentes entre a história individual e singular com a realidade objetiva que lhe cerca; as relações entre a consciência individual e a realidade particular onde se engendra; a ligação indissolúvel entre a história dos fatos econômicos e sociais e a produção ideológica e científica (NETTO, 1997; MÉSZÁROS, 2001b; OLIVEIRA, 2005). A partir dela se evidenciam as relações entre a singularidade-particularidade-universalidade, já que o singular sempre contém partes do universal, do todo. Não somente o todo contém as partes, mas também as partes, as singularidades dos fenômenos contém elementos do universal. A particularidade, por sua vez, é o movimento que relaciona o singular com o universal; expressando em suas manifestações o universal e condicionando o modo de ser do singular (MÉSZÁROS, 2001b; OLIVEIRA, 2005). Assim é que “o singular, portanto, não existe em si e por si, mas somente em sua relação intrínseca com o universal que se faz somente através das mediações – o particular” (OLIVEIRA, 2005, p. 50).

na perspectiva dos movimentos sociais, entre eles o movimento da Reforma Sanitária (RSB), que constituíram as bases para sua implementação; os modelos tecnológicos de organização do trabalho no nível primeiro de cuidado à saúde, definidos na estrutura da política pública nacional.

A divisão dos objetivos citados e o formato de exposição dos conteúdos teóricos e históricos centrais a este capítulo obedecem a uma didática de exposição consoante ao desenvolvimento do pensamento singular da pesquisadora.

Dado que a apreensão teórico-científica é notadamente parcial, frente à riqueza do movimento do real, enfatizamos, antes de iniciarmos nossa revisão bibliográfica da área, que os conteúdos apontados acima se apresentam de maneira interdependente e dinâmica no cenário científico e nas práticas institucionais, não sendo possível compreendê-los de forma estanque e compartimentalizada.

1.1. PERSPECTIVAS HISTÓRICAS DA APS E CONCEPÇÕES DE SAÚDE-DOENÇA

A concepção de Atenção Primária em Saúde (APS) advém da necessidade de aproximar os serviços da população, acolhendo suas carências e atuando conforme os problemas apresentados por uma comunidade específica. Sua estruturação determinou-se em um cenário de crise econômica mundial, bem como de embates e tensões sociais nas lutas por melhores condições de vida para classe trabalhadora.

Os princípios e diretrizes dos cuidados primários encontram suas origens no relatório acadêmico de Bertrand Dawson, nos idos de 1920, na Inglaterra, com críticas às concepções e práticas em saúde defendidas por Abraham Flexner nos EUA.

O ideário de Flexner apresenta-se como um marco para a medicina científica, a partir de suas ênfases na pesquisa biológica, nas especializações clínicas, na cura e nos serviços hospitalares. Dawson, por sua vez, inserido no Sistema de Saúde Pública inglês, constrói evidências científicas quanto a resolubilidade ampliada da organização de serviços pautados em médicos generalistas, com equipes multiprofissionais, unidades locais, serviços regionais e ênfase em ações preventivas (ANDRADE et al, 2007; FRANCO; MERHY, 2007; COELHO, 2010).

O conceito de APS inclui, desta forma, as ideias de territorialização e adscrição da população de referência; assim como a prerrogativa do cuidado desde o primeiro contato até a responsabilidade continuada pela manutenção da saúde de uma dada população (ANDRADE et al, 2007), a chamada longitudinalidade da atenção.

A Conferência Internacional sobre os Cuidados Primários de Saúde, ocorrida em Alma Ata (ex-URSS) no ano de 1978, difundiu tal concepção, apontando os indicadores de saúde como fator associado e promotor do desenvolvimento econômico e social. De acordo com sua proposição, a APS tem como meta a justiça social; sendo válida para todos os países, independente de seu estágio de desenvolvimento, bem como dos formatos e modelos adotados em cada conformação nacional (ANDRADE et al, 2007).

O contexto econômico e social das décadas de 1960-1970 impôs aos governantes a definição de prioridades nos gastos públicos; em outras palavras, a formulação de plataformas políticas que objetivassem a retomada do crescimento e a minimização das desigualdades sociais. Os países capitalistas centrais, especialmente os Estados Unidos, enfrentavam, desde a Guerra do Vietnã, recessão econômica e racionalização de recursos; por outro lado, a geopolítica das relações multilaterais pautava-se pela plena vigência da Guerra Fria, desencadeada nos anos que se seguiram ao término da Segunda Guerra Mundial.

Em meio às crises financeiras da sociedade norte-americana, a proposta da Medicina Comunitária e da Atenção Primária despontava como necessidade complementar à Medicina Flexneriana hegemônica, dada a insustentabilidade do modelo de atenção médico-centrado e hospitalocêntrico, com seus altos custos operacionais e tecnológicos, aliada à constatação de sua baixa efetividade no controle e prevenção dos adoecimentos.

Por outro lado, o período representava a plena vigência de concepções relativas à prática da cidadania, que implicavam na perspectiva neoliberal do direito à saúde como direito ao consumo, fundamentado na necessidade de expansão da assistência médica, de recomposição das forças de trabalho e de premência da racionalidade econômica (SCHRAIBER et al, 1990).

Neste cenário de evidentes conflitos geopolíticos, o palco da Conferência de Alma Ata traduziu em suas discussões as disputas de interesses dos projetos políticos e ideológicos para o setor saúde e, de maneira mais ampla, para a organização da sociedade: de um lado, a defesa dos países de orientação socialista de que a APS se constituísse em uma estratégia de ampla reorganização do sistema de cuidados e das estruturas sociais; de outro, as orientações de países capitalistas por uma APS seletiva e focalizada em populações pobres, vulneráveis e exposta a riscos definidos epidemiologicamente (CONNIL, 2008; MELLO; FONTANELLA; DEMARZO, 2009; DALLA VECCHIA, 2011).

Apresentavam-se, assim, duas distintas propostas de Atenção Primária: as “verticalistas”, em defesa do direito individual à saúde e da seletividade das ações do Estado para conter mobilizações populares e acomodar os excluídos; e as “integralistas”, em defesa

da saúde como direito coletivo, salientando a transformação do modelo mercantilizado de cuidado, bem como as mudanças estruturais no campo político e econômico, sem as quais a ampliação da atenção à saúde não se efetivaria integralmente (BAPTISTA; FAUSTO; CUNHA, 2009; DALLA VECCHIA, 2011).

Os conflitos e disputas de interesse materializavam-se na concepção de saúde e doença defendidas: de um lado, as definições hegemônicas que tomam a perspectiva biológica, anatômica e patológica como instrumentais majoritários para a compreensão da doença e para as intervenções no corpo doente; de outro, a compreensão de adoecimento e recuperação como *processo* determinado por necessidades sociais que se apresentam de maneiras distintas, conforme a posição ocupada na produção social.

O auge desta polêmica, nos anos finais da década de 60, encontra explicação, fora da medicina, na crescente crise política e social que acompanha a crise econômica e com ela se entrelaça. [...] Por outro lado, o motivo principal, interno à medicina, que dá origem ao questionamento do paradigma médico-biológico, [...] deriva-se de uma crise da prática médica, já que parece claro, especialmente no cenário latino-americano, que a medicina clínica não oferece solução satisfatória para a melhoria das condições de saúde da coletividade. (LAURELL, 1982, p. 02).

Conforme nos aponta Laurell (1982), as lutas sociais dos anos 1960-70, com suas especificidades nas realidades locais, definiram uma época, especialmente no continente latino-americano. Um de seus traços refere-se a atitude de “suspeitar”, sob formas distintas e com alcances variados, do “modo dominante de resolver a satisfação das necessidades das massas trabalhadoras” (p. 02). Assim, novas correntes teórico-metodológicas e práticas de conceber a saúde e a doença passam a “formular uma compreensão diferente dos problemas, mais de acordo com os interesses populares e capaz de dar origem a práticas sociais novas” (p. 02).

Nesse contexto, identifica-se uma ampliação da compreensão de saúde e doença enquanto um processo determinado pelas condições sociais de produção da vida, a envolver dimensões que extrapolam as definições da biologia e da própria medicina e mantém interdependência estreita com a política, a economia, a cultura e a subjetividade. Assim, para se compreender a saúde e a doença pretende-se uma “explicação não na biologia ou na técnica médica, mas nas características das formações sociais em cada um dos momentos históricos” (LAURELL, 1982, p. 05).

É social na medida em que não é possível focalizar a normalidade biológica do homem à margem do momento histórico. Isso se expressa, por exemplo, no fato de que não é possível determinar qual é a duração normal do ciclo vital, por ser ele diverso em diferentes épocas. Isto leva a pensar que é possível estabelecer padrões distintos de desgaste-reprodução, dependendo das características da relação entre o homem e a natureza. (LAURELL, 1982, p. 12).

Assim, as ações em saúde, seja no cenário internacional, latino-americano ou nacional, foram construídas por dicotomias marcantes e contínuas, atinentes à perspectiva individual ou coletiva de sua abrangência. Nesse sentido, a trajetória da gestão à saúde, bem como do modo de organização do trabalho em saúde, reproduz os eixos dicotômicos do modo de produção social capitalista e seus interesses: indivíduo *versus* sociedade/coletividade, especialmente quanto à concepção de saúde e doença que lhe fundamenta.³

Essa constatação se materializa na história da produção de conhecimentos científicos. Conforme Laurell (1982) existem dois paradigmas hegemônicos e antagônicos a definir a concepção das enfermidades e suas consequentes formas de intervenções propostas, conformadas pelo *modelo monocausal* ou pelo *modelo multicausal*.

De acordo com a autora, as explicações que atribuem as causas dos adoecimentos a agentes etiológicos específicos (monocausais), não consideram adequadamente as condições sociais como determinantes. A interação entre agentes, hospedeiros e meio ambiente (multicausais) define, da mesma maneira, a saúde e a doença com enfoques estáticos.

A necessidade de desenvolver concepções que superassem os paradigmas anteriores e a dicotomia estabelecida entre saúde *versus* doença, indivíduo *versus* coletivo, clínico *versus* epidemiológico, exigia o desenvolvimento de novas perspectivas de conhecimento cujo objeto de estudos *ultrapassasse a noção de elemento social como um fator de risco para determinada doença*, e passasse a ser *concebido como seu elemento constitutivo*, sem perder de vista as especificidades e diferenciações entre o biológico e o social (LAURELL, 1982, p. 12).

³ De forma diversa do que se evidencia na lógica formal, a lógica dialética introduz e pressupõe o princípio do conflito e da contradição como lei fundamental da transformação; suas leis sintetizadas na *unidade e interpenetração dos contraditórios (lei da contraditoriedade)*, e na *negação da negação*, o demonstram com clareza (BHASKAR, 2001; OLIVEIRA, 2005).

A contradição é diferente do antagonismo, nela os polos opostos de uma relação não são incompatíveis, mas se autodeterminam reciprocamente a partir da alternância de seus momentos dominantes (ora um polo da relação se sobressai, ora o outro, num desequilíbrio constante e permanente, com possibilidades de superação).

A negação da negação postula exatamente o movimento da superação, a partir dos conceitos de teses, antíteses e sínteses permanentes na composição e evolução dos fenômenos, nos quais se modificam as estruturas com conservação de determinados elementos: portanto, se supera uma dada realidade por incorporação (BHASKAR, 2001; OLIVEIRA, 2005). Os elos das relações entre os opostos e os momentos do real apontados são possibilitados pelas categorias *Mediação* e *Totalidade*.

O estudo do processo saúde-doença coletiva enfatiza a compreensão do problema da causalidade, pois que, ao preocupar-se pelo modo como o processo biológico ocorre socialmente, em consequência readquire a unidade entre “a doença” e “a saúde”, dicotomizada no pensamento médico clínico. Isto ocorre porque, visto como processo da coletividade, o preponderante é o modo biológico de viver em sociedade, que determina, por sua vez, os transtornos biológicos característicos, isto é, a doença que assim não aparece separada daquele, mas ocorrendo ambos como momentos de um mesmo processo, porém, diferenciáveis. (LAURELL, 1982, p. 13).

Ao partir dessas considerações, a autora complementa, à frente:

[...] uma proposição sobre a interpretação da determinação do processo de saúde-doença tem que encarar a unidade deste processo, tal como o expusemos anteriormente, e seu caráter duplo, biológico e social. Isto significa reconhecer a especificidade de cada um e, ao mesmo tempo, analisar a relação que conservam entre si, o que implica em conseguir as formulações teóricas e as categorias que nos permitam abordar seu estudo cientificamente. (LAURELL, 1982, p. 15).

A produção de novas perspectivas teórico-metodológicas e práticas para o conhecimento do processo saúde-doença e, conseqüentemente, para suas intervenções, entrelaçaram-se às bases populares que lhe deram impulso e sustentação. Nos países da América do Sul dos anos de 1960, desenvolveu-se, assim, a Medicina Social Latino-americana como ciência comprometida com a transformação social.

Na contextualização da área verificam-se as divergências existentes entre a Medicina Social produzida no continente e as prerrogativas da Saúde Pública desenvolvimentista, caracterizando-se os princípios teórico-práticos que distinguem ambas as perspectivas em suas análises da determinação do processo saúde-doença.

La medicina social latinoamericana se desarrolla por la formación de grupos de académicos, practicantes e investigadores del campo de la salud que se unieron a los movimientos de trabajadores y de estudiantes y a las organizaciones populares disconformes con el modelo económico denominado desarrollista, que se implementó con intensidad en la década de los sesenta en América Latina. En su campo específico, los grupos ligados a la medicina social desarrollaron sus cuestionamientos en respuesta a la crisis de la salud pública, que se puso de manifiesto a fines de esa década. La salud pública también denominada desarrollista, que había sostenido que los efectos del crecimiento económico deberían llevar a un mejoramiento general de la salud, mostró sus limitaciones. Contrariamente a sus postulados, la observación de la realidad latinoamericana mostró un creciente deterioro de la salud pública, a pesar de que las economías latinoamericanas habían tenido un alto y sostenido crecimiento en las décadas anteriores. (BREILH et al., 2002, p. 129).

Como podemos constatar, a complexidade e riqueza das multideterminações presentes no movimento de conformação dos cuidados à saúde é definida por contradições, mediações ideológicas e disputas de interesses políticos e econômicos. As particularidades de cada momento histórico e a configuração de suas forças produtivas; as singularidades do desenvolvimento de cada nação e sua posição na divisão internacional do trabalho compõem as bases materiais de distintas concepções de saúde-doença, além de conformar a organização da Atenção Primária com suas específicas tecnologias.

Se a particularidade do contexto histórico das décadas de 1960-70 compunha as singularidades de reflexões e organização dos cuidados à saúde nos países latino-americanos; no cenário internacional, os embates e tensões entre as concepções “integralistas” *versus* as “seletivas” de Atenção Primária alcançaram a conquista da hegemonia das propostas setorial e societária defendidas pelos países capitalistas centrais.

Assim, a consolidação de uma concepção de enfermidade eminentemente biológica, que pauta as políticas de saúde em nossos dias, viu-se plasmada no ano seguinte ao do encontro de Alma Ata, com a realização da Conferência de Bellágio, na Itália de 1979. Financiados por organismos internacionais como o Banco Mundial, a OMS e a OPAS, os planejamentos e desenvolvimentos de plataformas de saúde em países de variados continentes representaram a defesa e difusão de metodologias pautadas em programas verticais voltados a grupos populacionais em situação de vulnerabilidade (FAUSTO; MATTA, 2007).

A noção seletiva surgiu da crítica feita à concepção de atenção primária integral defendida na Declaração de Alma-Ata, interpretada como uma concepção idealizada, muito ampla, e por isto com poucas chances de aplicabilidade e de ser realizada no prazo definido pelas metas do SPT 2000 [Saúde para Todos no ano 2000].

As principais críticas referidas à versão seletiva da APS apontavam para a característica de programas verticais não relacionados às causas sociais do processo de adoecimento, além de falarem da adoção de medidas paliativas e do distanciamento da noção de uma atenção integrada às demais ações desenvolvidas em um sistema de saúde. (FAUSTO; MATTA, 2007, p. 50).

Connil (2008) completa as considerações dos autores acima, destacando os motivos e interesses gerais que guiavam os países capitalistas centrais e seus órgãos financiadores na difusão de políticas seletivas para contemplar as desigualdades sociais.

Para a autora, a partir da Conferência de Bellágio, a OMS organizou-se em ações pautadas em concepções como “integração de serviços, participação, intersetorialidade” e, fundamentalmente, na “relação da saúde com o desenvolvimento econômico e social”: “esse discurso informará, de distintas maneiras e com distintos graus de intensidade, processos de

reforma em países com modelos de prestação de serviços tão diversos quanto Cuba, Moçambique, Canadá, Inglaterra, Espanha” (p. 58).

Enfatizamos, conjuntamente com as considerações acima, que as políticas de saúde não se restringem a ações ou programas adotados por governos específicos. Articulam-se às dimensões econômicas e sociais da realidade concreta. Representam, assim, o processo de tomada de decisão, pelo Estado, frente escolhas e interesses conflitantes de projetos de sociedade (COHN, 2007).

Somado a tal ênfase, recordamos que as políticas setoriais participam da produção material da vida e são geradoras de riqueza e de padrões de consumo no interior do capitalismo. Essa afirmação materializa-se, por exemplo, na prevalência de tecnologias específicas, de equipamentos e insumos “sofisticados/inéditos” atrelados à cadeia de cuidados, bem como no papel dos serviços de saúde para a manutenção e recuperação da força de trabalho; além de evidenciar-se na produção e reprodução de determinados valores sociais.

É assim que, para compreender as práticas de cuidado no interior da medicina e dos serviços, não se pode tomá-las isoladamente, mas faz-se necessário analisar as relações interdependentes que mantêm com as demais práticas sociais no interior de um modo de produção determinado (MENDES-GONÇALVES, 1979).

Outra especificidade do trabalho em saúde diz respeito à indissociabilidade entre produto (resultado) e o processo que o produz, como nos ensina Mendes-Gonçalves (1979): “Os agentes da prática médica são impensáveis dissociados de seus instrumentos de trabalho, da forma de organização da produção de seus serviços e das relações que o conjunto de suas práticas guarda com as demais práticas sociais” (p. 08).

A APS, nesse amplo contexto social, adquire dimensão concreta de apoio ao desenvolvimento econômico das nações, em período de recessão e estagnação, mas também de expansão e crescimento: contribui diretamente para a ampliação do acesso da população aos serviços e equipamentos de saúde, ao mesmo tempo em que organiza e racionaliza os recursos destinados ao setor. Nesse processo, igualmente produz e reproduz valores sociais.

Um exemplo de racionalização de ações e recursos pode ser evidenciado nas proposições da Conferência de Alma Ata relativas às ações mínimas da APS. A despeito de suas variações organizativas nos diferentes países, propõe-se como ações centrais: a atenção à nutrição adequada e ao saneamento básico; o cuidado à saúde da mãe e da criança, incluindo planejamento familiar; a imunização contra as principais doenças infecciosas; a prevenção

contra doenças endêmicas; e a educação sobre os principais problemas de saúde (OMS/OPAS, 1978).

De outra perspectiva, pesquisas pautadas em metodologias diversas apontam para os efetivos resultados na melhoria dos índices de saúde oportunizados pela APS. A mais referenciada delas, desenvolvida por Bárbara Starfield (2004) em doze países (construindo análises comparativas), conclui que nações com sistemas de saúde centrados na APS obtêm melhores resultados nos indicadores sociais e lidam melhor com os custos. Assim, aponta-se que políticas fundamentadas nos cuidados primários teriam a capacidade de enfrentar, mais diretamente, os agravos decorrentes das grandes iniquidades no acesso a bens e serviços.

Em consonância com tais prerrogativas internacionais, e, fundamentalmente, com os financiamentos do Banco Mundial, as políticas brasileiras desde 1980 têm incentivado, de maneira crescente, a Atenção Primária, objetivando fortalecer a descentralização administrativa e conferir responsabilidades aos municípios e suas comunidades.

No Brasil, adotou-se a terminologia *Atenção Básica* nos documentos oficiais, como se identifica na Portaria nº 648 de 28 de março de 2006, bem como nas Diretrizes Operacionais do Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão (Portaria 399/2006), e, atualmente, na Portaria 2488/2011; divergindo da terminologia adotada no contexto internacional e científico (BRASIL, 2006a; 2011).

Para Fausto e Matta (2007) essa escolha apresenta um posicionamento ideológico. A concepção de *Atenção Primária* predominante no cenário internacional adotava um caráter *seletivo e focalizado*, o que determinava resistência por parte de alguns atores sociais envolvidos na condução da política nacional desde a Norma Operacional Básica – NOB-SUS 01 de 1996, que “propunha para a Reforma Sanitária brasileira uma estratégia e um dispositivo de atenção integral à saúde e articulada ao sistema de saúde de base universal” (p. 61).

Neste estudo adotaram-se como sinônimos as terminologias Atenção Primária e Atenção Básica, sendo ambas encontradas ao longo deste texto, embora se verifique, com uma maior frequência, a denominação Atenção Primária, em consonância à literatura internacional.

Assim, do que vimos até aqui, o próprio conceito, o lugar e a função da Atenção Primária encontram-se marcados por determinações políticas e ideológicas diversas: pode significar tanto uma perspectiva inicial, primeira; quanto denotar uma compreensão simplificada, primitiva de modelo de assistência à saúde (BAPTISTA; FAUSTO; CUNHA, 2009).

As contradições que se evidenciam quanto à terminologia aplicada aos cuidados primários entrelaçam-se à reprodução das polaridades e desigualdades sociais propagadas pelos países capitalistas centrais e suas políticas neoliberais: um sistema de saúde voltado para as classes pauperizadas (pautado em uma Atenção Primária pública e mínima), em paralelo a um sistema de cuidados dirigido para a população que por ele pode pagar, gerido, portanto, pelo mercado privado.

Na realidade brasileira, a APS seletiva, pautada em extensão da cobertura com focalização em ações simplificadas, de baixo custo e com inclusão de áreas rurais foi responsável pela preservação da centralidade do complexo médico-hospitalar e do modelo de atenção mercantilizado e neoliberal de saúde (DALLA VECCHIA, 2011). A história da implementação dos serviços estatais no território nacional e seus interesses nos apresenta a materialização dessa análise.

Ao longo do Império a Saúde Pública nacional foi marcada por políticas sanitaristas/campanhistas destinadas ao saneamento dos portos e cidades e a contenção de doenças associadas às condições de vida. As ações em saúde materializavam, desta maneira, o pacto entre as elites e o Estado brasileiro para alavancar o desenvolvimento econômico e suas respectivas exportações (GARCIA, 1984).

Entre os anos 1900-1970, as alianças entre o mesmo Estado, as oligarquias regionais, as nascentes indústrias e fundações internacionais, determinaram práticas de cuidado definidas pelo binômio Medicina Previdenciária (e os serviços privados de assistência médica) *versus* Saúde Pública (restrita a ações destinadas ao saneamento das cidades) (GARCIA, 1984).

A história das alianças econômicas e ideológicas entre Estado e Capital, na década 1930, consolidou os grandes complexos hospitalares e o empresariado médico, na esteira do corolário “*saúde como direito de consumo*”. Consumo de poucos que por ele poderiam pagar, e, por outro lado, consumo dos trabalhadores formais, a partir de suas contribuições tributárias à Medicina Previdenciária (MENDES, 1995).

A Ditadura Militar, entre as décadas de 1960-1980, contribuiu consideravelmente com essa realidade ao pautar o discurso da racionalidade técnica-administrativa como diretriz para a ampliação, burocratização e modernização da política assistencial brasileira, responsável esta última pela redução das tensões sociais e pela garantia da governabilidade dos militares (YDA, 1994a; 1994b).

O modelo hospitalocêntrico e mercantilista, financiado pelo Estado, encontra seu ápice nos anos de 1970, com a crise da Previdência e a exigência, pelos setores organizados

da classe trabalhadora e da sociedade civil, de ampliação da assistência, universalização do acesso, democratização e descentralização da atenção (MENDES, 1995).

Assim, a história da saúde no Brasil, anteriormente ao SUS, identifica períodos marcados por ações de saneamento, controle de endemias e epidemias; campanhas e educação sanitária ora mais, ora menos higienistas; assistência médica restrita; atenção hospitalar filantrópica e religiosa; medicina previdenciária e os seguros de saúde. Modelos organizativos e tecnológicos conformes às necessidades do modo capitalista de produção da vida e suas especificidades no desenvolvimento da sociedade brasileira (SCHRAIBER et al., 1990; MERHY; ONOCKO, 2007; CAMPOS; BATAIERO, 2007).

A literatura científica relativa às políticas de saúde destaca que a conformação dos modelos assistenciais de cuidado à saúde faz referência a modos de gestar processos políticos, organizacionais e de trabalho, o que implicará sempre em uma tarefa tecnológica. Assim, modelos de atenção são, antes de tudo, processos políticos que se apresentam como tecnológicos (SCHRAIBER et al., 1990; MERHY; ONOCKO, 2007; CAMPOS; BATAIERO, 2007).

Cumprido considerar que os modelos apontados acima (campanhista, educação sanitária, medicina individual), atrelados às concepções de saúde-doença analisadas neste capítulo, coexistiram e coexistem em nossa política nacional, com maior ou menor ênfase. Trazem em sua estrutura a dinâmica contraditória entre público e privado, sempre orgânica ao trabalho em saúde. É, desta maneira, representativa da correlação de interesses e forças das dimensões sociais: Estado, trabalhadores e mercado privado/capitalista.

1.2. A REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

A realidade brasileira do período de fins dos anos 1960 e das décadas de 1970-80 assemelhava-se, em linhas gerais, às marcas paradigmáticas e sociais da América Latina de então, conforme apresentadas por Laurell (1982): contexto de ditadura militar, de militâncias políticas por transformações, movimentos sociais, engajamentos intelectuais e produção de conhecimentos teórico-metodológicos comprometidos socialmente, especialmente no campo da saúde.

A revisão literária científica e as reflexões teórico-analíticas descritas abaixo nos apresentarão, embora de forma limitada, considerações gerais pertinentes ao Movimento da Reforma Sanitária presente na realidade do país, suas implicações para a atual organização do

SUS e as contradições desse processo no interior dos modelos técnicos e assistenciais de organização do trabalho na Atenção Primária brasileira.

De acordo com Paim (1997), a formulação do projeto da Reforma Sanitária ocorreu de maneira consoante aos ideais de democratização da saúde desenvolvidos na segunda metade da década de 1970. Sua importância referia-se ao questionamento da concepção biologistica e individual de doença então hegemônica, além de apontar as relações entre a organização dos serviços de saúde e a estrutura social.

Ao partir de seus questionamentos ao modelo hegemônico de cuidado, o paradigma alternativo nascente nos anos de 1970-80 centrou-se em dois conceitos fundamentais: a determinação social das doenças e o processo de trabalho na saúde. Enfatizou a necessidade de transformações na totalidade da sociedade, no setor saúde e nas instituições estatais (PAIM, 1997).

Assim, o movimento sanitário propôs a construção de novos saberes, no campo teórico; como perspectiva ideológica, almejou transformações da consciência e como prática política, transformações nas relações sociais estabelecidas. Com a realização da 8ª Conferência Nacional, em 1986, lançou as bases para a conquista constitucional da “saúde como um direito de todos e dever do Estado”, garantindo no arcabouço jurídico-legal da Carta Magna de 1988 os princípios e diretrizes do SUS: cidadania, universalização do acesso, equidade, democracia, descentralização e participação popular (PAIM, 1997).

Paim (1997) nos aponta que no interior do movimento da RSB encontravam-se contradições importantes, com embates relativos aos próprios conceitos e princípios utilizados e seus significados, a depender dos atores sociais tomados como referência.

A divergência nas significações foi destacada na pesquisa de doutoramento de Rizzotto (2000). A autora apresenta os distintos significados das concepções de prevenção, descentralização e participação da comunidade, desenvolvidas, no contexto das lutas pela RSB: aqueles defendidos pelo Banco Mundial (financiador de projetos e políticas no contexto da saúde), por um lado, e pelos atores dos movimentos sociais, de outro.

Em nível internacional, a crise do Welfare State, nos países centrais, colocou na ordem do dia a discussão sobre descentralização, que emergiu como estratégia para diminuir a pressão e as demandas sobre o Estado. Nesse sentido, descentralizar significava transferir para as instâncias locais a responsabilidade pelo fornecimento dos serviços públicos, ao mesmo tempo em que deslocava o foco da pressão. [...] O conceito de descentralização que o Banco Mundial vem defendendo, aponta para a redução do escopo do governo federal, com o deslocamento da responsabilidade da assistência à

saúde às comunidades e às instâncias subnacionais, particularmente aos estados federados (p. 170-1).

De outra perspectiva e interesses, para os militantes envolvidos nos movimentos sociais, “descentralizar assumia também o significado de democratizar” (p. 171). Pautados nos pressupostos da Reforma Sanitária Italiana, as lutas militantes e populares condenavam a centralização, na defesa da “descentralização, participação popular e atuação local como sinônimo de democrático e progressista” (p. 171).

Essas estratégias, defendidas pelos movimentos sociais e por muitos setores da esquerda, que as viam como possibilidade de exercício da cidadania e como instrumento capaz de contribuir para a melhoria dos serviços de saúde, são também conceitos difundidos pelo Banco Mundial, que os apresenta com outra perspectiva histórico social, passando a fazer parte de suas recomendações para as reformas dos setores sociais, nos países “em desenvolvimento” (p. 171).

Além desses tensionamentos sociais, outras contradições que merecem destaques dizem respeito às particularidades do período histórico em questão. Ênfase importante é dada ao se apontar para alguns limites e obstáculos presentes no cenário brasileiro desde o princípio do movimento da Reforma Sanitária: a crise fiscal do Estado, a dívida externa, a recessão econômica e o financiamento dos serviços públicos (PAIM, 1997).

No contexto dos anos 1970-80, o cenário financeiro constituía-se em obstáculos para implantação das bandeiras de luta da RSB, conformado pela recessão econômica, aliada aos altos índices de inflação. No outro polo, as lutas políticas pela redemocratização e o fim da ditadura militar, com o consequente retorno dos direitos civis ao país, configurava esfera favorável à pauta da saúde como direito democrático e de cidadania.

A abertura política do início dos anos 1980, o fim da era militar e a preparação da transição democrática abriu caminhos para a inserção, no interior do aparelho de Estado, em suas diversas instituições, de militantes e intelectuais comprometidos com o movimento sanitário. No contexto da chamada Nova República, movimentos reformistas no interior do Estado passaram a pressionar por reestruturações nos serviços públicos, desencadeando os precursores do atual sistema nacional de saúde: as Ações Integradas em Saúde (AIS) e os Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS). (PAIM, 1997).

O chamado “dilema reformista” da RSB seguiu-se, assim, à abertura política do país, em que pese se fizesse presente nos embates do movimento sanitário desde suas concepções e conformações iniciais: seria possível conciliar a radicalidade do direito à saúde como conquista social e da cidadania com as posições políticas ocupadas no interior de um

Estado comprometido com os interesses do capital? (PAIM, 1997; DALLA VECCHIA, 2011).

Para Paim (1997) as contradições do “dilema reformista” do movimento sanitário exigiam ações de duplas vias: garantir conquistas intermediárias obtidas no limite de um Estado de Seguridade Social (incluindo aí os direitos à Assistência Social, à Saúde e à Previdência) e, de outro lado, não perder de vista os demais obstáculos referentes a um modelo de reforma social. Em outras palavras, o processo da RSB não pode ser compreendido sem as lutas pela politização da saúde.

Dessa forma, o desafio da RSB implicaria em pautar os âmbitos técnico e assistencial, mas também as práticas de saúde como práticas sociais e políticas.

Para que a crítica das práticas sanitárias transcenda o âmbito técnicoassistencial do setor saúde, [Paim, 1997] propõe avançar na discussão teórica sobre a organização tecnológica do trabalho em saúde, mas sem perder de vista a questão da totalidade concreta na qual se põem tais práticas. Isso permite uma análise das mediações e determinações do trabalho vivo imediato em saúde, ou seja, enquanto práticas de saúde que detêm tanto uma dimensão técnica quanto uma dimensão social. (DALLA VECCHIA, 2011, p. 167).

Dessa maneira, diante da análise do percurso teórico, político, institucional e societário da RSB, frente a seus avanços, retrocessos e conjunturas históricas encontradas nos anos 1990, Paim (1997) chama a atenção para a importância de se reafirmar as conquistas e avanços desencadeados e iniciados com o movimento sanitário: a unificação e descentralização das ações e as tentativas de mudanças consistentes no modelo assistencial hegemônico.

Ao destacar a “radicalidade” do projeto da RSB, tendo em vista a “consciência de que o mesmo integra uma totalidade de mudanças”, o autor alerta para o risco do “conformismo” ou do “conservadorismo”, na medida em que não se reconhece o *processo histórico*, reiterando-se sempre o que “não é a Reforma” (p. 15). Em suas palavras,

Se a leitura da crise do setor saúde efetuada pelo projeto da Reforma implicava a reorganização do sistema de saúde, a gestão democrática e o planejamento participativo, como não considerar, seriamente, os resultados alcançados nesses componentes técnico-institucionais? Se a unidade dialética entre a construção de um saber, a ideologia e as práticas tem uma história que precisa ser contada e ensinada, a unidade dialética da teoria da Reforma Sanitária com a práxis no sistema de serviços de saúde tem que ser, progressivamente, posta em prova gerando acumulações de fatos político-sociais. (PAIM, 1997, p. 15-6).

O movimento da RSB, com toda a complexidade e dinâmica consoantes às particularidades da vida concreta e material do período compreendido entre os anos 1970 e início da década de 1990, aliado às conquistas da abertura democrática e implementações da nova constituinte nacional, teve como legado os avanços jurídico-legais e, porque não dizer, institucionais, concernentes à implantação de um Sistema Único de Saúde.

Os direitos democráticos de acesso universal à saúde, da equidade e da participação popular, somados às prerrogativas de um Estado provedor e garantidor de serviços mais equânimes para toda a sociedade foram, assim, estabelecidos nas letras da Constituição Federal de 1988.

A concepção de saúde e doença desde uma perspectiva ampliada, compreendida em interdependência com as determinações sociais, as condições gerais de vida e de trabalho da população, com a qualidade da habitação e dos transportes, imbricada com as manifestações culturais, foi assim, manifesta no arcabouço jurídico constitucional. Definem-se as bases para as legislações ditas infraconstitucionais subsequentes, como a Lei Orgânica da Saúde (LOS) de número 8.080/1990 e a Lei nº 8.142/1990 que dispõe sobre a participação popular e os Conselhos paritários de Saúde (BRASIL, 1990a; 1990b).

O avanço constitucional oportunizado pelas lutas do movimento da RSB deu-se, no entanto, conjuntamente ao início da adoção das políticas neoliberais e de Estado mínimo nos anos de 1990. As bases universalistas da prestação de serviços de saúde financiados e executados pelo Estado, na prática, enfrentavam a poderosa correlação de forças das alianças político-econômicas garantidoras das elites nacionais e de seus projetos societários liberais.

O empresariado médico-hospitalar, a indústria farmacêutica e os demais conglomerados fortalecidos com o fomento estatal à industrialização, especialmente, na época da ditadura militar, aliados às lideranças políticas nacionais e internacionais, compuseram os quadros da denominada contrarreforma estatal.

Com a defesa do modelo neoliberal na oferta de serviços e a delegação para o mercado privado da maior parte das instituições assistenciais, instituíram-se as bases de um Estado mínimo e suas políticas seletivas: mais regulador e menos provedor dos serviços.

Segundo Dalla Vecchia (2011), na prática, o projeto neoliberal reinterpreta o universalizante arcabouço jurídico-legislativo constitucional e infraconstitucional do SUS, impondo uma oferta de serviços altamente discriminatória, seletiva para as diferentes cidadanias e fixadas na atenção médica.

Por outro lado e de maneira complementar, para as análises de Mendes (1995):

Na verdade, os reformistas tentaram avançar gerando estruturas e impondo novas responsabilidades a um Estado já incapaz de reverter o quadro social gerado anteriormente e exponenciado pela crise. [...] ou seja, por baixo do estridente e aparentemente consensualizado significante da reforma sanitária, construiu-se, competentemente, o projeto conservador de saúde.

No campo das políticas sociais, as estratégias de estabilização ou de **ajustes neoliberais** assentaram-se em três opções fundamentais: a **privatização**, a **descentralização** e a **focalização**. (p. 50. Grifos da pesquisadora).

Assim, consoante às prerrogativas internacionais quanto ao papel do Estado na manutenção da autovalorização do capital, de acordo ainda com a definição dos organismos financeiros fomentadores dos investimentos econômicos, especialmente o FMI e BIRD, definiram-se os formatos das políticas sociais e suas estruturas na particularidade nacional.

A privatização, conforme assinalada por Mendes (1995), consolidou-se com seus mecanismos de mercado pelo patrimonialismo ou, em outros termos, pela apropriação privada do Estado. A descentralização, defendida pelas bandeiras de luta da RSB, deu-se num contexto neoliberal, com diminuição do papel estatal redistributivo de riquezas e com maior permeabilidade aos clientelismos municipais. A focalização das políticas sociais, por sua vez, permitiu a chamada “neofilantropia”, a implantação de uma APS seletiva e a medicina simplificada fundamentada em grupos de risco.

Todos esses fatores contribuíram para a criação de um subsistema privado forte e de baixa regulação estatal na realidade brasileira. O subsistema público, por sua vez, com a consolidação do projeto neoliberal de saúde, viu-se compostos por três dimensões: de alta tecnologia, medicina supletiva e serviços públicos centrados na Atenção Primária. Todos os setores, porém, pactuados com o Estado, sendo financiados com os recursos públicos pelos serviços prestados (MENDES, 1995).

É dessa maneira que o modelo assistencial médico-privatista, construído e consolidado nos anos anteriores à Constituinte de 1988, vê-se substituído, no decorrer da década de 1990, pelo modelo neoliberal de saúde (MENDES, 1995); mantendo-se as hegemonias político-econômicas e ideológicas das elites nacionais, mesmo que com particularidades distintas.

Assim, a realidade contraditória da consolidação do SUS, trouxe consigo as marcas de uma inclusão segmentada da população atendida, conduzindo a política de saúde a um processo conhecido como “universalização excludente”. Isto é, os usuários atingidos pelo sistema público contemplam, nesse quadro, majoritariamente, os segmentos mais vulneráveis e empobrecidos da sociedade.

A construção da política nacional de saúde constitui-se, assim, de maneira paradoxal: por um lado se permite a ampliação do acesso aos serviços de saúde, especialmente com os investimentos em APS; por outro, no entanto, garante-se uma “cesta” mínima de recursos e de ações, muitas vezes tomada como “atuação pobre para a população pobre” (MARQUES; MENDES, 2002).

Outra marca da contradição que se delineia nas políticas de saúde neoliberais, refere-se às prerrogativas da descentralização administrativa e de prestação dos serviços, estando, no entanto, os recursos financeiros centralizados em nível federal.

O Departamento de Atenção Básica⁴, vinculado ao Ministério da Saúde (MS), constitui-se num bom exemplo dessa realidade: centralizam-se as diretrizes políticas a partir dos condicionamentos aos financiamentos a programas específicas. O repasse de verbas aos municípios, destinados para a Atenção Primária, por exemplo, desde 1994, faz-se consonante à implantação de Unidades de Saúde da Família (USF) e/ou de Programas Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em detrimento de outros modelos nesse âmbito de atenção (CONNIL, 2002; MELLO; FONTANELLA; DEMARZO, 2009).

O projeto neoliberal de saúde apresenta ainda outra contradição fundamental: o financiamento público restrito à APS, enquanto se evidencia a descapitalização dos demais níveis de complexidade, ou, o que se mostra mais evidente na prática atual, a transferência desses serviços para o setor privado, referendando, novamente, a segmentação dos usuários do SUS marcada pelos planos privados de saúde.

Como consequência, podemos identificar, nas práticas das Unidades de Atenção Básica, baixa integração e articulação desse âmbito de atenção com os demais níveis (secundário e terciário), definindo um contexto de desprezo à Equidade, à Integralidade e ao seguimento adequado das necessidades de saúde apresentadas pela população (CONNIL, 2008).

Com as palavras de Marques e Mendes (2002) é possível definir-se uma síntese deste cenário da política nacional de saúde desde os anos 1990, qual seja, a ênfase na Atenção Básica, enquanto principal ação do SUS:

⁴ De acordo com o site do governo federal: O Departamento de Atenção Básica compõe um dos cinco Departamentos da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde. É composto por cinco Coordenações: Acompanhamento e Avaliação, Alimentação e Nutrição, Gestão da Atenção Básica, Hipertensão e Diabetes e Saúde Bucal. Além de coordenar as ações Nacionais do Programa de Expansão e Consolidação da Estratégia Saúde da Família (Proesf).

Disponível em: http://dab.saude.gov.br/conheca_dab.php Acesso em setembro de 2012.

[...] essa estratégia não é distinta daquela recomendada por agências internacionais e por programas de cunho neoliberal, que priorizam as despesas de baixo custo, de preferência focadas na população de baixa renda. Essa preocupação, contudo, não exime o Estado brasileiro da responsabilidade de prover o conjunto das ações e serviços que integram o cuidado com saúde [...] o princípio da Integralidade, que garante o acesso à população a todos os níveis de atenção à saúde, não pode, em nome da Universalidade da Atenção Básica, ser esquecido. (p. 170).

A importância dessa revisão da literatura científica quanto às limitações e obstáculos à efetivação dos princípios da RSB, do SUS e das diretrizes da Atenção Primária na realidade nacional busca compor mediações para uma análise da complexidade do cuidado à saúde em sua relação com as demais práticas sociais.

O movimento contraditório da realidade e seu processo histórico nos permitem resgatar a centralidade do trabalho em saúde, ou, nas palavras de Paim (1997), reafirmar os principais ideais da RSB:

Aceitando-se a tese de que a Reforma Sanitária é construída por um movimento que articula as práticas teórica, política e ideológica numa luta contra-hegemônica, deve-se considerar, também, a hipótese de que parte significativa da Reforma Sanitária *se realiza* no plano técnico-institucional no encontro de indivíduos ou cidadãos com a burocracia e com os agentes das práticas de saúde. (PAIM, 1997, p. 17-8. Grifos no original).

A partir da busca pelas antinomias e unidades de contrários de todo o processo, bem como das bandeiras de luta dos movimentos sociais e da RSB, cumpre-nos refletir sobre as contribuições da APS para efetivar, na prática cotidiana, os ideais do SUS, tendo em vista sua proximidade com os usuários, e a respectivas propostas de mudanças no modelo curativo, hospitalocêntrico e biologicista de concepção e cuidado à saúde.

1.3. O PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE E OS MODELOS TECNOLÓGICOS E ASSISTENCIAIS EM ATENÇÃO PRIMÁRIA

Como pudemos depreender das discussões tecidas até aqui, as análises acerca da organização das práticas em saúde, bem como do processo de trabalho no interior das instituições, exige que sejam compreendidas as concepções de saúde e de doença que lhes subsidiam; demanda ainda a configuração de aportes filosóficos e a adoção de categorias pautadas em perspectivas teórico-metodológicas coerentes com seus pressupostos.

Nesta terceira parte de nosso primeiro capítulo, objetivamos discutir sobre os principais modelos tecnológicos e assistenciais presentes na realidade da Atenção Primária brasileira, suas características gerais e históricas, bem como os elementos estruturantes de sua composição como política nacional.

A escolha de um ou outro modelo de assistência para nos dedicarmos de longe tem a pretensão de esgotar o tema, mas antes, de apresentar suas linhas gerais pertinentes ao objeto de estudo dessa pesquisa. Assim, inicialmente, apontaremos os principais aspectos diferenciadores da *Programação em Saúde* ou *Ações Programáticas em Saúde*, responsável pela estruturação de tecnologias organizativas da Atenção Primária anteriormente à adoção da ESF como política para o setor.

O critério dessa escolha remete-se, essencialmente, a continuidade dos princípios e dos procedimentos técnico-operacionais deste modelo tecnológico nos serviços de Atenção Primária em nossa atualidade.

Posteriormente, apontaremos algumas considerações teóricas pertinentes ao Programa Saúde da Família e ao cenário histórico da instituição das USF como *Estratégia* norteadora das ações federais, tendo em vista a reformulação dos pilares do (ainda) hegemônico modelo médico-centrado de cuidado à saúde.

A importância das reflexões tecidas na última parte desse capítulo repõe um dos objetivos propostos para esse estudo: a comparação dos significados de Integralidade em Saúde apresentados por trabalhadores dos distintos modelos de Atenção Primária existentes no município pesquisado: as Unidades de Atenção Básica sem Saúde da Família (UBS s/SF) e as Unidades Saúde da Família (USF).

A análise dos significados da Integralidade apresentados pelos trabalhadores nos possibilita, a partir de seus indicadores, traçar considerações sobre em que medida a estruturação da APS contribui para a garantia de um modelo de atenção à saúde coerente com os princípios doutrinários do SUS.

A definição desse objetivo específico, lembramos aqui, inclui a abordagem dos significados da Integralidade a partir da Atividade e do processo de Trabalho desenvolvido nas Unidades de Atenção Primária participantes, bem como de suas respectivas gestões.

Assim, anteriormente às considerações sobre os citados modelos, teceremos pontuações atinentes à perspectiva teórico-metodológica em saúde que nos auxilia a compreendê-los, qual seja: o processo de trabalho e a tecnologia social do trabalho em saúde proposta por Mendes-Gonçalves (1979; 1994).

Para iniciar, a partir de uma perspectiva ampla e genérica de compreensão, destacamos as palavras de Silva Jr. e Alves (2007) nas quais podemos identificar um conceito de *modelo assistencial*:

O modelo assistencial diz respeito ao modo como são organizadas, em uma dada sociedade, as ações de atenção à saúde, envolvendo os aspectos tecnológicos e assistenciais. Ou seja, é uma forma de organização e articulação entre os diversos recursos físicos, tecnológicos e humanos disponíveis para enfrentar e resolver os problemas de saúde de uma coletividade.

Consideramos que no mundo existam diversos modelos assistenciais calcados na compreensão da saúde e da doença, nas tecnologias disponíveis em determinada época para intervir na saúde e na doença e nas escolhas políticas e éticas que priorizam os problemas a serem enfrentados pela política de saúde (p. 27).

Os modelos assistenciais, desse modo, compõem, dentre outros elementos, aspectos relativos à organização e processos específicos de trabalho, determinados por composições tecnológicas particulares no interior de sistemas de saúde devidamente contextualizados. É possível assim, retomarmos a centralidade do trabalho na construção da materialidade da vida e do próprio ser humano na (e a partir da) análise das tecnologias de cuidado em saúde.

Mendes-Gonçalves (1979), a partir de reflexões teórico-metodológicas relativas ao processo de trabalho em saúde, fundamenta-se em proposições marxistas da produção material na realidade da totalidade social. Assim, retoma o percurso histórico da prática médica e das ações em saúde à luz dos elementos estruturantes gerais do processo de trabalho em Marx, quais sejam: o **agente**, a **finalidade**, o **objeto** e o **instrumento** do trabalho.

Como ponto de partida, o autor destaca a fundamental distinção existente entre o *objeto de trabalho* (de uma forma geral) que tem por finalidade a transformação da natureza e aquele que se converte em objeto do trabalho médico, que consiste exatamente de uma apreensão (sempre parcial) das necessidades do sujeito com quem interage, ou do adoecimento do indivíduo doente.

O eixo fundante e definidor da singularidade do objeto de trabalho da prática médica (ou das práticas em saúde) consiste, assim, na inserção desse objeto como socialmente determinado, dado que o “corpo humano doente, jamais será natural”, tendo em vista que necessidades aparentemente naturais são, essencialmente, sociais, ao compor processos do trabalho coletivo. Além disso, coexistem no espaço do corpo, um objeto de trabalho e uma necessidade. Nas palavras do autor,

Não é correto, portanto, dizer-se, como acima que o objeto de trabalho médico resulta do desprendimento de um objeto de trabalho de suas conexões naturais, pois, na medida em que objeto e necessidade se confundem em um mesmo corpo, não é “natural” o objeto que a medicina toma para seu trabalho, mas carregado já de todas as determinações que marcam o corpo em sua existência social. Desse modo, o social está presente no trabalho médico de forma imediata, ainda que as formas históricas dessa “invasão” variem, em relativo contraste com os trabalhos que produzem bens que se destacam, no espaço e no tempo, das necessidades que os motivou. (MENDES-GONÇALVES, 1979, p. 24).

Ao longo de sua história, em especial com a transição para o capitalismo, a medicina toma para si, enquanto objeto de trabalho, em síntese e em linhas gerais, as estruturas de normatividade, “os modos de andar a vida” (referenciando-se em G. Canguilhem), das classes sociais; de tal forma que sua função social remete-se exatamente à reprodução da força de trabalho, de acordo com as condições materiais oportunizadas pelo estágio de desenvolvimento das forças produtivas e tecnológicas de cada período histórico.

Ao adotar pressupostos filosóficos e metodológicos marxistas, Mendes-Gonçalves (1979) aponta que os *instrumentos de trabalho*, por sua vez, exprimem não só soluções técnicas da relação homem-natureza, mas igualmente, manifestam as relações sociais aí subjacentes. Determinam, desta forma, o modo de proceder do trabalhador e indicam as direções que orientam suas finalidades.

Salienta-se aqui que, no interior das ciências médicas e das ações em saúde, existe uma tendência à autonomização da técnica (enquanto instrumental de trabalho), como se a mesma existisse desvinculada e independente da prática. No entanto, a eficácia da técnica só pode ser medida em sua relação com os objetivos sociais propostos para o trabalho (MENDES-GONÇALVES, 1979; 1994).

Os instrumentos de trabalho, no caso da saúde, dividem-se entre aqueles que se destinam à apropriação do objeto (a teoria, as construções diagnósticas sobre as patologias – a divisão intelectual no interior do trabalho) e aqueles que se destinam a efetuar mudanças no objeto (relativos aos instrumentais, locais de trabalho – divisão manual no interior do trabalho). (MENDES-GONÇALVES, 1979).

Usualmente, se concebe a tecnologia como conjunto operacional inédito (mais produtivos, mais eficazes) que intermedeiam o trabalho com a natureza; omite-se, porém, que as tecnologias compõem os instrumentos de trabalho e como tais, expressam relações sociais de produção. Para o autor, a conceituação de tecnologia pode ser descrita enquanto: “o conjunto de saberes e instrumentos que expressa, nos processos de produção dos serviços, a

rede de relações sociais em que seus agentes articulam sua prática em uma totalidade social” (MENDES-GONÇALVES, 1994, p. 32).

Assim, o conhecimento, o saber e as teorias científicas compõem formas tecnológicas de apreensão do objeto de trabalho, “ou, em um sentido mais preciso, a produção do objeto para o trabalho” (p. 62). Desse modo, na saúde e na medicina, há formas distintas de se elaborar conhecimento sobre o corpo humano, correspondendo a formas diferentes de se intervir no campo da prática, quais sejam: a clínica médica e a epidemiologia (MENDES-GONÇALVES, 1994).

[...] a expressão *saber* é tomada, neste texto, sempre na acepção mais concreta em que se refere à posse e à manipulação de objetos de trabalho no seio de processo de produção. Ainda que esses últimos [os objetos] possam ser considerados de forma menos ou mais determinada, mesmo no plano mais abstrato do processo de trabalho em geral, as formas de apropriação e manipulação dos objetos correspondem sempre a uma relação social e por essa via escapam do espaço relativamente indeterminado em que as características meramente epistemológicas das ciências podem ser apreendidas. O que se estará considerando prioritariamente é o saber e não as ciências em que ele pode estar embasado. (MENDES-GONÇALVES, 1994, p. 68).

Dessa forma, e de maneira bastante sintética, o autor enfatiza que, para se entender e intervir na doença, tomando-se a totalidade do processo saúde-doença, é preciso voltar o olhar para fora do corpo anatômico e fisiológico e suas compreensões cientificamente restritas. É necessário compreender os determinantes anteriores e externos a esse processo, que lhe são, no entanto, interdependentes: “ora, só é possível tratar com essas aparentes antinomias se as relações entre os diversos níveis de totalidade forem apreendidas dialeticamente, como unidades de contrários” (p. 86).

Assim, o saber é referido como tecnológico não apenas no que concerne a cada ato da produção em saúde, mas no tocante ao conjunto da produção dos serviços. Nesse sentido, as representações (em nosso caso, os significados e os sentidos pessoais) dos trabalhadores são igualmente constitutivas do trabalho, assim como são, também elas, ideológicas, rompendo-se com a dicotomia objetivo *versus* subjetivo nessas relações de produção.

Desse modo, Mendes-Gonçalves (1979; 1994) nos aponta que a medicina, assim como as práticas e modelos assistenciais em saúde não se conformam como “entidades” científicas autônomas e quase “mitológicas”, mas compõem elos do (e com o) trabalho coletivo em sua particularidade capitalista.

A relação que mantém com o conjunto dos outros trabalhos e práticas sociais por meio de seus produtos constitui a unidade de contrários de que são formados: sua existência e seu *modus operandi* tanto são produzidos pela sociedade capitalista, quanto reproduzem e modificam valores e comportamentos no interior dessa mesma sociedade.

No seio dessa unidade de contrários é que se inserem as práticas do trabalho na Atenção Primária, seus respectivos modelos assistenciais, suas concepções e saberes tecnológicos, assim como as relações que mantém com as demais estruturas do sistema de saúde. Processos de trabalho determinados pela totalidade das práticas sociais e, ao mesmo tempo, capazes de transformações nas esferas ideológicas, da consciência e das atividades individuais e coletivas.

Neste sentido, Baptista, Fausto e Cunha (2009), a partir de extensa revisão da produção bibliográfica sobre a APS no Brasil, nos destacam dois momentos de inflexão centrais nas reflexões e nos rumos da política para a área: os anos de 1970 e a pauta da promoção da saúde, prevenção da doença e necessidade da expansão da cobertura e socialização da medicina; e os anos 1990, a partir da inserção da ESF como central na agenda das ações tendo em vista a efetivação dos princípios doutrinários do SUS.

Assim, tendo em vista tais inflexões, dedicaremos as próximas páginas às explanações relativas à tecnologia organizativa do modelo assistencial das *Ações Programáticas em Saúde*, bem como quanto às proposições da ESF, desde 1994 adotadas como Política Nacional de Atenção Primária.

É necessário apontar, anteriormente, que a realidade brasileira da produção em saúde não se restringe aos modelos assistenciais analisados nessa pesquisa. Pelo contrário, diversos são (e foram) os modelos que se desenvolveram, desde os anos 1970, como prerrogativas alternativas aos cuidados hospitalocêntricos em saúde. De maneira próxima aos Departamentos de Medicina Preventiva das Universidades, com referenciais teóricos variados, contando ou não com financiamento de organismos internacionais, foram experienciadas distintas práticas organizativas no campo da APS.

O quadro 01 apresentado à frente nos demonstra um panorama geral dos modelos assistenciais em APS, suas matrizes teóricas, os avanços que conquistaram e a análise de algumas lacunas a ser objeto de reflexão na organização dos serviços.

Quadro 1: Modelos assistenciais à saúde.
(DALLA VECCHIA, 2011, baseado em TEIXEIRA, 2003)

	Ênfase	Origens	Fundamentos	Estratégias	Contribuições	Lacunas
Em Defesa da Vida	Modelo técnicoassistencial (acolhimento, vínculo, contrato)	Consultorias e assessorias promovidas pelo Laboratório de Planejamento e Administração de Sistemas de Saúde (LAPA) / Unicamp	Enfoque institucionalista, com resgate crítico de contribuições da psicanálise, existencialismo e marxismo	Problematização das práticas de saúde cotidianas (tecnificação do cuidado e medicalização social)	- Práticas clínicas mais acolhedoras - Cogestão do processo de trabalho em saúde - Mudança na concepção de necessidades de saúde do usuário	“Imagem-objetivo” do modelo de atenção à saúde -dimensão organizacional não é discutida
Ações Programáticas	Modelo técnicoassistencial (organização tecnológica do trabalho em saúde)	Prática assistencial de docentes e pesquisadores do Centro de Saúde-Escola Samuel Pessoa, vinculado ao Departamento de Medicina Preventiva / USP	Processo de trabalho em saúde (marxismo), epidemiologia social crítica (reprodução e produção social das necessidades de saúde), ética no cuidado à saúde	Construção coletiva do projeto de trabalho das equipes de saúde por meio da programação	- Mobilização para a educação continuada dos membros da equipe - Organização de ações preocupadas com a dimensão ético-pedagógica - Redefinição das necessidades sociais de saúde	Ações territoriais de prevenção de riscos e agravos não são consideradas
Vigilância da Saúde	Modelo de atenção (integralidade como meio para a equidade)	Experiências de gestão de distritos sanitários implantadas por secretarias municipais e estaduais de saúde com parceria de agências internacionais	Noção de distrito sanitário, noção de Sistemas Locais de Saúde (SILOS), planejamento estratégico-situacional, epidemiologia social crítica (análise da situação de saúde)	Integração das práticas de saúde no distrito sanitário (políticas saudáveis, ações de vigilância e práticas clínicas)	- Valorização da regionalização e hierarquização - Incorporação dos mapas de risco (micro-áreas) - Incorporação de problemas de saúde (planejamento e programação)	Propostas específicas sobre o processo de trabalho em saúde não são apresentadas
Saúde da Família	Modelo de atenção (expansão e qualificação)	Movimento da Medicina Familiar (EUA, década de 1960) e da Medicina Comunitária (década de 1970)	Articulação de noções e conceitos de distintas disciplinas da Saúde Pública e da Saúde Coletiva	Organização dos serviços, equipe multiprofissional e saúde, uso de informação epidemiológica, integralidade das práticas	- Oportunidade de mudança em larga escala do modelo de atenção à saúde (induzida por políticas de regulação e controle com a expansão da cobertura)	- Processo de expansão é desarticulado da regionalização e hierarquização - Proposta de redefinição do conteúdo das ações não é formalizada
Cidades Saudáveis	Modelo de atenção (promoção da saúde)	Enfoque da Promoção da Saúde (Conferência de Ottawa, 1986)	- Noções de risco e vulnerabilidade (problematização do conceito de saúde da racionalidade biomédica) - Redefinição dos valores associados à saúde (equidade, desenvolvimento sustentável, parceria, etc)	- Articulação intersetorial visando políticas públicas saudáveis - Organização de programas e ações que consideram um conceito ampliado de saúde	- Avanços no processo de descentralização - Experiências inovadoras de articulação intersetorial - Ampliação do envolvimento Comunitário	- Não encaminha os problemas mais específicos do modelo de atenção à saúde nem do modelo técnico-assistencial

1.4. AS AÇÕES PROGRAMÁTICAS EM SAÚDE: LINHAS GERAIS

A intenção com que propomos essa discussão longe está de analisar com profundidade a totalidade teórica e metodológica dessa forma de organizar o trabalho em Unidades de Atenção Básica. Assim já o fizeram seus próprios proponentes, com pontuações reiteradas de abertura ao diálogo.

Abordaremos especificamente suas proposituras tecnológicas na justa medida em que continuam presentes no *modus operandi* dos serviços de Atenção Primária, incluindo a estruturação da atual Política Nacional da Atenção Básica.

Elemento importante a apontar, de partida, refere-se ao período em que a Programação em Saúde foi construída, especificamente no estado paulista: de 1975 a 1987, aproximadamente. Assim é que suas abordagens e reflexões teóricas tangenciam a própria Reforma Sanitária e a consolidação do SUS.

Tal contextualização nos remete a um dos princípios ideológicos essenciais da proposta das Ações Programáticas, também bandeira de luta dos movimentos sociais da década de 1970: a universalização do acesso à assistência médica individual.

A figura do profissional médico (sanitarista como coordenador geral), pediatra e ginecologista, além do clínico geral, constituiu-se de maneira central nessa proposição, ao mesmo tempo em que, e na mesma medida, pressupunha a subordinação de suas ações ao saber coletivo e estruturado da Epidemiologia.

Nesse sentido, reiteravam-se os marcos da própria Saúde Coletiva nos quais a consulta médica se coloca enquanto mais uma das atividades de assistência à saúde, como uma atividade meio, menos como a assistência em si mesma (SCHRAIBER et al., 1990).

Nas descrições de Schraiber et al. (1990) trata-se “da abordagem da problemática da igualdade social através da pesquisa de um modelo assistencial assentado em uma ‘tecnologia do coletivo’, uma prática que se aproxime do seu objeto de intervenção e o transforme por meio de instrumental de caráter coletivo e das técnicas dele derivadas” (p. 31-2).

Nemes (1990) enfatiza que o ideal das Ações Programáticas encontra-se na concepção de integração sanitária: racionalidade de intervenção em saúde que busca articular as ações médicas e as ações coletivas, tradicionalmente cindidas na esfera científica e na prática das políticas e serviços responsáveis pelo cuidado.

A operacionalização de tal ideologia nas ações dos Centros de Saúde pautava-se na hierarquização dos serviços, a partir das concepções da História Natural das Doenças, de

Leavell e Clark (1976, citados por Paim, 1997), e seus três níveis de atenção: primário, secundário e terciário. Constitui-se assim, fundamentada em um dos fundamentos teóricos do Movimento Preventivista ou de Medicina Integral.

De acordo com essa perspectiva, os adoecimentos são concebidos em duas etapas: a pré-patogênica (concepção ecológica do processo saúde-doença; compreensão que abrange o contexto social/ambiental na análise do adoecimento, a partir da tríade agente-hospedeiro-ambiente); e a patogênica (concepção fisiológica e patológica do adoecimento já instalado, considerando a evolução das lesões/danos). (PAIM, 1997).

Daí a proposição dos distintos níveis de atenção, ou seja, de promoção-prevenção-proteção em cada uma das etapas: diagnóstico precoce, limitação do dano (recuperação) e reabilitação. Na etapa pré-patogênica a ênfase recairia sobre a prevenção da ocorrência; na fase patogênica, na tentativa de evitar sua evolução e, conseqüentemente, na diminuição dos agravos.

A Medicina Comunitária constituiu-se na estratégia adotada para operacionalização desta perspectiva teórica nos serviços de saúde. Suas principais características organizativas pautam-se na busca da racionalidade das ações, enfatizando a noção de regionalização e hierarquização dos serviços; na participação comunitária; multiprofissionalidade; programação; planejamento participativo e nos sistemas de informação em saúde (PAIM, 1997).

De acordo com Paim (1997) esse cenário teórico e de organização dos serviços desenvolvido no Brasil e nos países latino-americanos, com financiamentos da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), corresponderia ao renascimento, guardados os contextos e épocas distintas, dos princípios da Medicina Social da Europa do século XIX.

As Unidades Básicas de Saúde (os Centros de Saúde) deveriam ocupar-se de atividades de rotina (atendimento médico individual, vacinação, visita domiciliar, convocação de faltosos, exames laboratoriais) conforme os Programas e Subprogramas organizados a partir da noção de danos e grupos populacionais. As atividades eventuais, desenvolvidas a partir das demandas espontâneas ao serviço, constituiriam instrumental para a construção de novos programas, tratamentos individuais e formas de controlar doenças no coletivo (NEMES, 1990).

A Epidemiologia, enquanto recurso científico e tecnológico, é apresentada como mais capacitada para explorar outros ângulos das determinações da saúde e da doença, devendo, no entanto, articular-se aos conhecimentos da Clínica Médica na prática cotidiana do trabalho em saúde:

Na Epidemiologia o 'normal' é quase sempre uma taxa mantida ou decrescente, ou até mesmo controladamente crescente de doenças em população; nas ciências médicas o 'normal' é a ausência de doenças, apesar dos esforços contraditórios da definição de saúde da OMS. Naquela, a Saúde contém a doença, nestas, a Saúde é o oposto da doença. Naquela, o objeto de conhecimento e de trabalho é um processo contínuo com dimensões biológicas, psicológicas e sociais e situado no coletivo; nestas o objeto de conhecimento e de trabalho é uma alteração morfofuncional do corpo biológico individual. (MENDES-GONÇALVES, SCHRAIBER, NEMES, 1990, p. 43).

Ao pressupor a finitude dos recursos materiais e econômicos na esfera da atenção pública à saúde, e a necessidade de ordená-los para que atendam as necessidades de toda a população, a partir de critérios de igualdade e equidade, defende-se a racionalização das ações, pautadas em avaliações sistemáticas de indicadores de resultado e de processo, bem como nas análises dos sistemas de informações. Aqui, o princípio da igualdade de acesso apresenta valor a justificar critérios de controle da demanda programada sobre a procura espontânea e individual.

Nemes (1990) analisa a transição e substituição da proposta das Ações Programáticas em Saúde na Secretaria de Saúde de São Paulo, correlacionando-as com a crise dos repasses de recursos financeiros, a crise da Previdência e a ratificação do modelo médico privatista hegemônico, centrado, essencialmente, na consulta médica individual.

Relembra a autora que, nos anos de 1975 a 1981, aproximadamente, a área da Previdência Social (e seus financiamentos a estabelecimentos privados) detinha a maior fatia dos recursos destinados à saúde. Em 1982, situa-se o ápice da crise previdenciária, com a proposta estatal priorizando o uso da capacidade ociosa dos equipamentos públicos, sendo, então, repassados os valores dos convênios anteriormente mantidos com a medicina privada para as secretarias estaduais de saúde.

A contrapartida exigida das Unidades de Saúde, ainda de acordo com Nemes (1990), foi o aumento do volume da assistência médica, tendo como principal medida de efetividade e critério da resolubilidade a centralização em instrumentos da clínica individual: “o novo modelo assistencial, implementado a partir de [19]83, corresponde à assunção política desse reordenamento, à definitiva institucionalização do Centro de Saúde como serviço de assistência médica individual” (p. 110).

A contradição expressa pela autora persiste até nossos dias na estruturação das atividades da Atenção Primária, como se pode notar com facilidade nas expectativas da população trazidas para os serviços, somadas aos limites impostos ao processo de trabalho,

com consequências dificultadoras para a construção coletiva de objetivos mais amplos e, ao mesmo tempo, complementares à consulta médica individual.

Outro entrave para a ampliação das finalidades do processo de trabalho na APS (presente nos anos 1970 e também em nossos dias) refere-se aos interesses eleitoreiros, clientelistas e populistas de muitos políticos e suas gestões municipais, a utilizar os serviços de atenção médica como moeda de troca entre o voto-eleição e a saúde da população.

Mendes-Gonçalves (1994), na análise das características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de Centros de Saúde de São Paulo, organizados a partir da matriz tecnológica da Programação em Saúde, aponta este modelo assistencial como a terceira organização tecnológica construída no estado.

O primeiro modelo é apontado como a fase da “epidemiologia bacteriológica”, a desenvolver-se entre os anos 1889-1925, do qual decorrem estruturantes do trabalho destinados a intervenções mediante campanhas e políticas sanitárias. A causa dos adoecimentos vinculada essencialmente aos “agentes microbianos”, derivada dos avanços científicos de Pasteur, na França, permite: “a possibilidade de desvincular o estudo – e por decorrência a prática – das doenças infecciosas de seus determinantes de natureza social” (p. 110), oportunizando um corte dos “nexos entre a forma de organização social e a doença” (p. 111).

O segundo modelo tecnológico é referido pelo autor como as ações de “educação sanitária”, muito presentes nas práticas estatais entre os anos 1925-1960. Neste período, enfatiza-se a ideia de prevenção, tornando-se obsoletas as técnicas coercitivas, com substituição das práticas de saúde pública pela ênfase na assistência médica individual. Este momento coincide com o início da institucionalização da assistência vinculada à Previdência Social.

Sem esses antecedentes, contudo, não poderia gestar-se eficazmente o que aqui é tomado como o terceiro modelo tecnológico da Saúde Pública paulista, que se caracteriza centralmente pela *introdução da assistência médica individual* nos centros de saúde, subordinada à ideia de ação programática, na qual aquela aparece como *meio* de realização dos objetos, definidos epidemiologicamente sobre o coletivo. [...] Para este fim, é necessário situar o processo de incorporação da assistência médica individual, ainda que como meio – o que certamente a redefine como orientada para o coletivo – no quadro mais geral da *política de extensão da cobertura de serviços de saúde* implantada no Brasil em meados da década de 1970. (MENDES-GONÇALVES, 1994, p. 117-8, grifos no original).

Feitos os apontamentos essenciais referentes às Ações Programáticas em Saúde, apresentaremos a seguir os aspectos nucleares e históricos na composição da atual Política Nacional de Atenção Básica.

1.5 A POLÍTICA NACIONAL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA: A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Como apontado em momentos anteriores e abordado no capítulo terceiro com maior detalhamento, os anos 1990 foram marcados por políticas neoliberais, ajustes fiscais e intervenções mínimas do Estado no campo social. Definiram-se igualmente por avaliações do Banco Mundial e do Banco Interamericano de Desenvolvimento quanto à “expansão” e “inviabilidade” das políticas de Seguridade Social e seus princípios definidos a partir da Constituição Federal Brasileira.

Em amplo estudo bibliográfico e documental, Rizzotto (2000) nos apresenta elementos contundentes quanto às normativas dos organismos internacionais, condicionadas a financiamentos e a rolagem da dívida externa, pressionadoras e definidoras de políticas sociais seletivas e focalizadas coerentes com o ideário do Estado Mínimo. Perspectiva política implementada em nossa realidade a partir das Reformas Administrativas e de seu respectivo Ministério de Administração Federal e Reforma do Estado (MARE).

Em 1994, o Brasil define como Política Nacional de Atenção Primária, o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agente Comunitário de Saúde (PACS). Ambos com o objetivo de potencializar os princípios do SUS: prosseguir com a expansão do acesso aos serviços; consolidar a municipalização e coordenar a integralidade da assistência. E, fundamentalmente, propor a mudança no modelo mercantilizado e hospitalocêntrico de cuidados (BRASIL, 2003).

O PSF apresenta-se como um modelo focado na Unidade Familiar e constituído, operacionalmente, na esfera comunitária. Compete a ele coordenar e ordenar toda a rede de cuidados à saúde, regulando-a a partir das necessidades e carências da comunidade na qual está inserido, sendo essa sua ênfase para a proposição de tecnologias de organização do trabalho que efetivamente invertam a lógica médico-centrada e consumista de ações em saúde.

De acordo com a Portaria 1889/1997, que *Aprova Normas e Diretrizes do Programa Agentes Comunitários da Saúde e do Programa Saúde da Família*, os aspectos que caracterizam a reorganização das práticas de trabalho são: o caráter substitutivo das práticas

tradicionais das unidades básicas de saúde, a complementaridade e hierarquização; a adscrição de população/territorialização; a programação e o planejamento descentralizados; a integralidade da assistência; a abordagem multiprofissional; o estímulo à ação intersetorial, à participação e ao controle social; a educação permanente dos profissionais das equipes de saúde da família; e a adoção de instrumentos permanentes de acompanhamento e avaliação (BRASIL, 2003).

Desde estas definições, mediante os auxílios financeiros do governo federal na implantação de equipes de Saúde da Família houve grande expansão dessas Unidades de Atenção Básica em todo o país, especialmente nas áreas mais carentes economicamente e nas áreas rurais. Connil (2008) ainda destaca que sua adoção pelos gestores municipais deveu-se ao vazio programático diante da questão assistencial e ao sucesso do PACS.

Dessa maneira, desde os anos de 1997, a implantação das USF e do PACS foi uma tônica crescente entre as gestões municipais do país. Aliado ao sucesso na ampliação do acesso às ações básicas, aos atrativos políticos da proposta e aos auxílios financeiros oferecidos para a contratação das equipes, viu-se gestar, na realidade brasileira, a perspectiva de uma *Estratégia* de Atenção Primária, em substituição ao seu caráter pontual anterior, como *Programa*.

Em 2003, o governo federal consolida o *Programa* em *Estratégia*, numa alusão clara à proposta de transformação do modelo de atenção à saúde, tendo as USF como centro e instrumento de ação. Através do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família, o Proesf, se incentiva a transformação das Unidades tradicionais de Atenção Básica nos grandes centros urbanos; se reforça a política de recursos humanos; além de se propor metodologias e instrumentos de monitoramento e avaliação do processo e do desempenho da ESF.

Com a Portaria nº 399 de 22 de fevereiro de 2006, que *Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto*, se estabelece as responsabilidades de cada ente federado do Estado com as ações e serviços de saúde (Pacto de Gestão); e se enfatiza o papel da ESF como ordenadora de toda a RAS - Rede de Atenção à Saúde (Pacto pela Vida). (BRASIL, 2006b).

Nesta portaria, a APS é concebida como ponto de partida para a implementação das linhas de cuidado, sendo eixo estruturante das Redes de Atenção, tendo em vista sua função de comunicação e coordenação dos serviços ofertados em todos os âmbitos do SUS a cada indivíduo, mediante a definição de seu Projeto Terapêutico Singular (PTS).

No ano de 2011, é publicada a atual Portaria 2488, que aprimora a organização e os princípios da Atenção Primária pautada na ESF. Neste documento é enfatizado que, para a

efetivação do cuidado integral à saúde, a estratégia de ação política e prática da gestão constitui-se da organização de serviços em formato de Redes de Atenção, nas quais as Unidades de Primárias adquirem função essencial:

As RAS constituem-se em arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde com diferentes configurações tecnológicas e missões assistenciais, articulados de forma complementar e com base territorial, e têm diversos atributos, entre eles destaca-se: a atenção básica estruturada como primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado, e atendendo as suas necessidades de saúde. (BRASIL, 2011, p. 03-4).

De acordo com as considerações deste mesmo documento, os avanços e experiências acumuladas pelos entes federados do país, possibilitam definir os cuidados primários como se segue, em consonância às prerrogativas científicas para a área e à literatura internacional:

A Atenção Básica caracteriza-se por 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, 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. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. (BRASIL, 2011, p. 02).

Essa conceituação genérica encontra sua especificidade na descrição das atribuições relativas ao processo de trabalho das Unidades de Atenção Básica que prevê, além da territorialização: a implementação dos princípios da Programação em Saúde, o acolhimento com escuta qualificada e classificação dos riscos, a avaliação de necessidades e de vulnerabilidades, bem como a prestação de ações educativas e domiciliares, em conjunto àquelas intersetoriais, em parceria com os equipamentos da localidade de referência (BRASIL, 2011).

A estratégia de Saúde da Família visa à reorganização da Atenção Básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, e é tida pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais, representados respectivamente pelo CONASS e CONASEMS, como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica por favorecer uma

re-orientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolatividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade. (BRASIL, 2011, p. 12).

Quanto às especificidades de composição das USF encontramos, somada a prerrogativa da presença de médico e enfermeiro generalistas, a inclusão de um profissional de saúde bucal (cirurgião dentista), assim como seus respectivos auxiliares, além de doze ACS por equipe: “cada equipe deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000 pessoas [...]. Recomenda-se que o número de pessoas por equipe considere o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território” (BRASIL, 2011, p. 13).

Apresentadas as linhas gerais que fundamentam os dois modelos de APS presentes na realidade do município de nossa pesquisa, para encerrarmos, cumpre-nos destacar que a divisão didática apresentada entre o processo de trabalho no interior dos modelos assistenciais apresenta-se, na realidade, com formatos coexistentes, como já frisamos em outro momento.

Assim, os princípios operacionais defendidos pelas Ações Programáticas em Saúde encontram-se incorporados ao funcionamento das USF, da mesma maneira em que os pressupostos gerais da ESF encontram-se presentes na dinâmica dos trabalhos das Unidades de Atenção Básica ditas “tradicionais” ou “sem saúde da família”

Capítulo Segundo



CAPÍTULO SEGUNDO

INTEGRALIDADE EM SAÚDE: BREVES APONTAMENTOS

A concepção de Integralidade em saúde esteve presente desde as composições e lutas iniciais do movimento da RSB. Trazia consigo as prerrogativas de um olhar ampliado para os determinantes do processo saúde-doença. Outra diretriz importante na defesa do conceito pela RSB abarcava as noções de prevenção, dimensão tão fundamental ao cuidado quanto as intervenções reabilitadoras ou curativas, a serem desenvolvidas nos serviços saúde.

As lutas por um sistema de cuidados que contemplasse em seus princípios o conceito de Integralidade somavam-se às lutas pela democracia e cidadania. O texto da Carta Magna de 1988, síntese das conquistas do movimento sanitário e de seus limites, impostos pela correlação de forças da época, aponta como principais diretrizes do SUS o que se segue: “I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade” (BRASIL, Artigo 198, 1988).

Na atual Constituição Federal ainda constam os princípios do “acesso universal e igualitário aos serviços de saúde” como obrigação a ser garantida pelo Estado, objetivando a “promoção, prevenção e reabilitação” da saúde de sua população (BRASIL, 1988).

A concepção de Integralidade encontra-se defendida na perspectiva de articular as diversas dimensões, lógicas ou níveis de hierarquia dos serviços de saúde: articulação de ações assistenciais e preventivas a serem desenvolvidas em quaisquer dos âmbitos de prestação de cuidados à população, do primário ao terciário.

Ao considerarmos a história do movimento sanitário e a história da organização dos serviços públicos no Brasil, anteriormente às prerrogativas da atenção à saúde dispostas em 1988, podemos compreender, com maior clareza, os ideais da Integralidade enquanto um conceito articulador das diversas dimensões do processo saúde-doença. A prática cotidiana das instituições e de seu processo de trabalho, de outro ângulo, nos apresenta uma dimensão da complexidade e das dificuldades de efetivação desse princípio.

De fato, nos anos setenta, o antigo sistema de saúde se estruturou de modo polar: de um lado, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) se ocupou das ações assistenciais, organizando os serviços para responder à demanda espontânea; de outro, o Ministério da Saúde,

naquele arranjo, deveria se ocupar daquelas outras necessidades de saúde pública. Indiscutivelmente, tal arranjo não favorece a melhoria da saúde da população. A criação do SUS modificou esse arranjo institucional, mas não necessariamente transformou as práticas dos serviços, de modo a articular a prevenção e a assistência, como diz o texto constitucional. (MATTOS, 2004, p. 1413).

Em síntese, podemos considerar que uma das principais dimensões da Integralidade na prática cotidiana dos serviços constitui-se justamente na capacidade dos profissionais de saúde em responderem ao sofrimento/adoecimento manifestado e demandado pelos usuários, assim como, de modo articulado, identificar e ofertar, coerente e adequadamente a cada situação singular, ações ou procedimentos preventivos.

Para os profissionais, isso significa incluir no seu cotidiano de trabalho rotinas ou processos de busca sistemática daquelas necessidades mais silenciosas, posto que menos vinculada à experiência individual do sofrimento. Para os serviços, isso significa criar dispositivos e adotar processos coletivos de trabalho que permitam oferecer, para além das ações demandadas pela própria população a partir de experiências individuais de sofrimento, ações voltadas para a prevenção. (MATTOS, 2004, p. 1413).

Para Mattos (2004) um dos desafios e complexidades para a efetivação dessa articulação no cotidiano dos serviços refere-se à capacidade do profissional e da unidade de saúde, em especial na Atenção Primária, em compreender o contexto específico de cada “encontro” entre membro da equipe e seus usuários. A capacidade de “contextualizar” adequadamente o momento de vida, o “modo de andar a vida” de cada indivíduo, a fim de identificar momentos oportunos para a oferta de ações que visem prevenções de adoecimentos futuros. E, ainda, a habilidade de realizar “negociações” pertinentes que garantam igualmente a autonomia de cada pessoa.

Alguns indicadores dos avanços quanto ao conceito de Integralidade no exercício diário das ações em saúde são identificados pelo autor como experiências de concretização dessa “aparente utopia”. Em suas palavras:

A ideia de que nenhuma pessoa que entra num serviço de saúde deve sair dele sem uma resposta concreta desse serviço, ideia chave nas propostas de acolhimento, as teses que enfatizam a necessidade de uma escuta atenta por parte de todos os profissionais que atuam nos serviços de saúde (do segurança ao médico), as flexibilizações das rotinas sobre os fluxos dos usuários nos serviços de saúde de modo a permitir um desenho de um fluxo negociado para cada pessoa, as ideias de clínica ampliada, enfim, uma série de ideias e propostas tem sido formuladas e experienciadas em vários locais. Como também há muitos profissionais que, mesmo sem uma formulação

teórica da proposta, ou mesmo sem utilizar o termo, praticam a integralidade em seu cotidiano. (MATTOS, 2004, p. 1415).

Somando-se a essas importantes expressões da materialidade do conceito, Mattos (2006), em estudo sobre os sentidos da Integralidade, aponta que a garantia constitucional da saúde como dever do Estado, opunha-se às prerrogativas do debate internacional neoliberal propositor da redução dos gastos públicos: “Estávamos [durante as lutas do movimento sanitário], portanto, consonantes e concordantes com o papel de um Estado que garantisse um atendimento integral à saúde, abordagem que, de acordo com o Banco Mundial não funciona” (p. 50).

Vale ressaltar que um dos fatores que caracteriza o SUS brasileiro é o seu financiamento público, isto é, os gastos do Estado com a saúde como política social objetivando o atendimento integral à saúde dos indivíduos e da população em suas diferentes necessidades. Necessidades em saúde são, portanto, elementos constitutivos da concepção de Integralidade, embora não sejam os únicos definidores do conceito.

Mattos (2006) afirma que a Integralidade, como bandeira de luta do movimento sanitário, é um conceito polissêmico, “preche de sentidos”, sempre envolto na denominada “imagem-objeto”, que pressupõe aquilo que se almeja construir; a crítica que recusa a reduzir-se à aceitação do que já existe na realidade presente, portanto, à luta por transformação. Daí sua complexidade e um dos fatores de dificuldade em materializá-lo na prática cotidiana dos serviços de saúde.

Ao não propor exatamente uma definição unívoca para a Integralidade, Mattos (2006) apresenta, porém, traços gerais que a caracterizam, seja no âmbito das práticas profissionais, seja no âmbito da organização do trabalho em saúde:

[...] procuramos refletir sobre três conjuntos de sentidos do princípio de integralidade. Eles incidem sobre diferentes pontos: o primeiro conjunto se refere a atributos das práticas dos profissionais de saúde, sendo valores ligados ao que se pode considerar uma boa prática, independentemente dela se dar no âmbito do SUS; o segundo conjunto refere-se a atributos da organização dos serviços; o terceiro aplica-se a respostas governamentais aos problemas de saúde.

É possível reconhecer alguns traços de semelhança [...] que articulam todos esses sentidos [...] integralidade implica uma recusa ao reducionismo, uma recusa à objetivação dos sujeitos e talvez uma afirmação de abertura para o diálogo. (p. 61).

A Integralidade nas práticas profissionais está, portanto, essencialmente relacionada à recusa ao reducionismo; isto é, à compreensão da saúde e da doença apenas sob

a dimensão biológica, em detrimento das dimensões sociais e subjetivas. Relaciona-se a crítica à racionalidade médica como propositora de uma “medicalização social”.

No Brasil, o campo da saúde coletiva, em oposição à saúde pública preventivista norte-americana (de origem flexneriana), a partir de sua matriz de pensamento marxista, aponta tal reducionismo e fragmentação das práticas médicas como elemento constitutivo e consequente do modelo político e econômico neoliberal (MATTOS, 2006).

A Integralidade na organização do trabalho em saúde relaciona-se a revisão e reestruturação contínua do próprio processo de trabalho, com vistas a dar conta das diferentes necessidades dos indivíduos, não os concebendo somente como depositários de doenças ou como objeto das ações e programas que as unidades podem ofertar ou ofertam. Implica, assim, na horizontalização dos programas, articulando as demandas espontâneas que chegam até os serviços àquelas programadas:

E a demanda espontânea não se reduz a um perfil de morbidade, pois outras podem ser as razões dos que buscam os serviços de saúde.

Reconhecer isso nos remete a um outro sentido da integralidade: não é aceitável que os serviços de saúde sejam organizados exclusivamente para responder às doenças de uma população, embora eles devam responder a tais doenças. Os serviços devem estar organizados para realizar uma apreensão ampliada das necessidades da população a qual atendem (MATTOS, 2006, p. 57).

Para Machado (2007), ao considerar tais caracterizações sobre o conceito de Integralidade, uma definição possível de ser aplicada pode ser descrita como se apresenta abaixo:

A integralidade é um conceito que permite uma identificação dos sujeitos como totalidades, considerando todas as suas dimensões possíveis. A integralidade da assistência é entendida também como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do SUS (p. 336).

A utilização do termo Integralidade nesse estudo considera os preceitos e características gerais apontados e até aqui percorridos. Assim é que concebemos Integralidade na perspectiva da *Totalidade*, na busca de contemplar o maior número de determinações e mediações possíveis em sua constituição.

Na tentativa de traçar uma síntese do conceito, poderíamos afirmar que ele diz respeito às necessidades em saúde, necessidades diversas, dada às desiguais condições sociais e de classe que perpassam e engendram a realidade da população brasileira.

Carências, portanto, não somente biológicas e físicas, mas igualmente estruturais no que tange a condição de vida, de moradia, de trabalho em nossa realidade atual. As relações interpessoais e a subjetividade, além dos elementos culturais presentes em cada território específico sob a abrangência de determinadas comunidades.

Assim, para tratarmos da Integralidade sob essa concepção, há que se ampliar a própria concepção de saúde-doença, tomando-a como processo, recusando-se a compreendê-la enquanto unidades estanques e estáveis.

Implica igualmente na exigência de um olhar atento para os determinantes sociais e econômicos dessa processualidade, na revisão contínua do próprio trabalho em saúde, em busca da máxima autonomia possível dos indivíduos e da promoção da própria saúde, não restrita a discussões e reformas setoriais, mas exigindo a proposição de uma plataforma política e social.

Entende-se igualmente que o exercício da Integralidade no cotidiano dos serviços de saúde constitui-se em um desafio que necessariamente perpassa as condições gerais de trabalho, às políticas de recursos humanos, os regimes e vínculos trabalhistas, o processo de trabalho tal qual discutido por Mendes-Gonçalves (1979; 1994).

E exatamente por contemplar essa complexidade de mediações é que a Integralidade tem nas Unidades de Atenção Básica um locus privilegiado e ampliado para seu exercício e efetivação.

As reflexões apresentadas aqui em forma sintética podem, a nosso ver, ser tangenciadas com a produção bibliográfica acerca das necessidades de saúde e seus determinantes. Nessa direção, conforme Campos e Bataiero (2007), em análise sobre a produção científica do tema no período de 1990 a 2004, as demandas em saúde e sua interface com a Integralidade são institucionalmente determinadas e, na maioria das vezes, prescindem das reais necessidades dos indivíduos que ocupam o território, ganhando, assim, estatutos independentes.

De acordo com os autores, a Saúde Coletiva vem substituindo o protagonismo do sujeito da história por categorias como gênero, etnia, sexualidade, estilo de vida, etc, favorecendo uma leitura fragmentada da realidade. Referenciando-se à Ortega (2004, citado por CAMPOS e BATAIERO, 2007), temos que:

[...] a saúde perfeita passou a ser um valor utópico apolítico, “*meio e finalidade de nossas ações*” – é preciso ter boa saúde para viver, mas viver para estar saudável. Criaram-se, então, modelos ideais de sujeitos saudáveis, baseados em critérios biológicos, pautados no desempenho individual e estruturados no discurso do risco [...] essa responsabilização do indivíduo pela sua saúde reduz a pressão exercida sobre o sistema público a uma perspectiva de governabilidade neoliberal, ao mesmo tempo em que neutraliza problemas sociais, associa comportamentos saudáveis a valores mercadológicos, mercadorias passíveis de consumo individual (CAMPOS; BATAIERO, 2007, p. 614-5, grifos no original).

Schraiber e Mendes-Gonçalves (2000) em abordagem sobre as *Necessidades de Saúde e a Atenção Primária*, nos auxiliam com reflexões importantes a complementar as proposições sobre Integralidade apontadas acima e sua efetividade no locus privilegiado das Unidades Básicas.

Para os autores, a Integralidade e a “práxis emancipatória” nos serviços deve partir dos conhecimentos sobre a vida cotidiana, saberes tecnológicos (científicos e não científicos) relativos ao adoecimento e a recuperação, possibilitando que os trabalhadores possam ter ampliadas suas concepções do que sejam as necessidades de saúde expressas pelos usuários dos serviços.

A partir de uma perspectiva teórico-metodológica marxista, os autores apresentam que toda necessidade (ou carência) engendra um processo de trabalho correspondente, a fim de suprir as demandas originais. As intervenções profissionais em saúde também se tornam necessidades e se objetivam nos instrumentais, protocolos e operações do trabalho, enquanto soluções *antevistas*, pela população e pelos próprios trabalhadores em saúde, como adequadas, portanto, como respostas que visam suprir as carências motivadoras iniciais (SCHRAIBER; MENDES-GONÇALVES, 2000).

A satisfação de necessidades é um *valor* em nossa sociedade, valor reiterado pelo consumo, sendo que os serviços de saúde igualmente criam valores e suas respectivas urgências de consumo (SCHRAIBER; MENDES-GONÇALVES, 2000).

Como criadores de valores, reprodutores das necessidades de consumo e transformadores de determinados padrões sociais, é apresentada aos profissionais e instituições de saúde importante problematização: dada a autonomização das técnicas de conhecimento e, por suposto, das necessidades de saúde, como se desvinculadas de sua origem social, manifesta-se, por vezes, um desprezo às efetivas desigualdades das necessidades sociais em saúde (SCHRAIBER; MENDES-GONÇALVES, 2000).

Identifica-se, assim, uma naturalização e homogeneização das necessidades – uma reificação/coisificação das carências apresentadas pelos usuários às equipes que lhe são

responsáveis. Nega-se ou esconde-se, como fato ideológico importante, o caráter social determinante do processo saúde-doença.

As enfermidades e adoecimentos são tomados como iguais para todo e qualquer indivíduo (carências podem ser de muitos, e podem não representar uma pessoa em determinado tempo e espaço – ou, conforme os autores, apresentarem-se “por sobre os indivíduos”); portanto, independentes de sua posição de classe e de sua forma de andar a vida (SCHRAIBER; MENDES-GONÇALVES, 2000).

Assim, os serviços de saúde necessitam criar espaços de emergência de novas necessidades (aquelas silenciosas, não identificadas pelos usuários), resgatando e valorizando, para tanto, os conhecimentos da vida cotidiana relativos ao adoecimento e a recuperação (SCHRAIBER; MENDES-GONÇALVES, 2000).

Dessa forma, faz-se possível caminhar em direção à satisfação das necessidades atinentes à emancipação humana. Para a realização desses objetivos, rumo a efetivação da Integralidade, as Unidades de Atenção Básica se constituem um lócus privilegiado. Nas proposições de Schraiber e Mendes-Gonçalves (2000), exatamente por sua potencialidade relativa à proposição de valores que intencionem:

- evitar a redução de necessidades de saúde a processos fisiopatológicos (é preciso estar atento para a contraposição entre a complexidade científica das patologias e a complexidade tecnológica do trabalho: adoecimentos considerados simples em suas manifestações anatomopatológicas e em seu tratamento clínico podem trazer implicações complexas para sua efetivação prática no cotidiano: o exemplo da hipertensão arterial e do diabetes mellitus, constituem-se em referenciais importantes para a essa reflexão);
- revalorizar a busca por assistências totalizadoras do cuidado (o valor da relação profissional-usuário; a irreversibilidade da interdependência de coletivos: coletivos de usuários e coletivos de profissionais; as Unidades Primárias de Saúde como espaços privilegiados de humanização do cuidado);
- instituir a dimensão subjetiva como parte das inovações tecnológicas em serviço (a especificidade do cuidado primário, a envolver práticas múltiplas e complexas: perfil epidemiológico, regionalização, modos de andar a vida; a dimensão subjetiva como tecnologia essencial e possível na Atenção Primária).

As bandeiras de luta da RSB, a produção teórica e prática em saúde coletiva junto aos Departamentos de Medicina Preventiva, as conquistas jurídico-legais e a instituição dos serviços de Atenção Primária, definidores dos princípios da Integralidade, como apontados neste capítulo, desenvolveram-se no seio das contradições sociais do Estado brasileiro entre as décadas de 1980-1990.

Com o objetivo de apontarmos esse contexto específico e suas implicações para os resultados que este estudo apresenta, a partir da prática das Unidades de Atenção Básica na conjuntura do município pesquisado, dedicaremos o capítulo à frente às modificações no mundo do trabalho e suas repercussões na estrutura do Estado e seus serviços, formado por mediações fundamentais a compor o fenômeno aqui em análise.

Capítulo *Terceiro*



CAPÍTULO TERCEIRO

TRANSFORMAÇÕES DO TRABALHO E REFORMA POLITICO-ADMINISTRATIVA DO ESTADO

O objetivo que nos guia ao dedicarmos um capítulo específico sobre as características gerais do mundo do trabalho e suas transformações pauta-se na centralidade que adquire o *trabalho* na formação da cultura e na constituição do próprio homem. Pauta-se ainda na compreensão de que o processo de trabalho no interior das Unidades de Saúde traz consigo características semelhantes às aquelas apresentadas pela organização da produção na sociedade, com suas particularidades presentes nos diferentes momentos históricos.

Outra justificativa, fundamentada assim como as anteriores, em nossa abordagem teórica, refere-se à compreensão de que os significados apresentados pelos trabalhadores quanto ao conceito da Integralidade em saúde são constituídos na *Atividade*, no exercício do trabalho cotidiano que executam, assim como nas distintas maneiras de exercê-lo.

Os pressupostos teórico-metodológicos adotados neste estudo nos orientam para a análise das inter-relações estreitas entre a totalidade social da organização do mundo do trabalho e da produção da vida e as características organizativas e tecnológicas desenvolvidas pelas Unidades de Atenção Básica, especialmente a partir das mediações do papel exercido pelo Estado em cada momento histórico.

A interdependência existente entre as funções e *modus operandi* apresentados pelas instituições estatais, os conflitos capital *versus* trabalho e o formato das unidades de atenção à saúde, públicas ou privadas, se faz igualmente central em nossas perspectivas de análise, especialmente quando nos referimos às significações da Integralidade.

Dessa maneira, este capítulo apresenta, em bases teóricas sociológicas gerais, as perspectivas do mundo do trabalho e suas correlações com o papel e formato do Estado em sua função ora provedora, ora reguladora de políticas sociais e de saúde.

Importante retomarmos que as categorias teóricas abordadas são produtos do pensamento, portanto constructos abstratos e ontológicos que permitem a reprodução ideal do movimento real da sociabilidade.

Nesse sentido, “todas as categorias só adquirem o seu estatuto concreto se portadas pela de **práxis**” (NETTO, 1997, p.77, grifos do autor). A *Práxis* constitui-se no eixo nuclear da perspectiva marxista, gerador e criador da história humana, da formação do homem

e de toda sua produção social, econômica e artística, sintetizada no gênero humano: “precisamente sobre a concepção de homem como ser prático e social que repousa na ideia capital do **trabalho como forma modelar de práxis**” (NETTO, 1997, p.77, grifos no original).

3.1. A CENTRALIDADE DO TRABALHO/ATIVIDADE NA CONSTITUIÇÃO DO HUMANO

O Trabalho ocupa um lugar central na perspectiva marxista de análise da realidade. É ele o responsável pelo metabolismo constante de troca entre o homem e a natureza, pela transformação do macaco em homem, conforme Engels (1896/2004), pela constituição da cultura humana e, portanto, pela hominização do cérebro: é exatamente a partir de seu trabalho que o homem distingue-se dos demais animais e conquista o desenvolvimento da consciência.

Assim, o Trabalho é a categoria fundante do ser social, responsável primeiro pela humanização, rompendo com os limites e determinações das leis biológicas. É a atividade primeira, primária e externa; por não se restringir a um caráter utilitário da atividade, mas buscar a transformação é também denominada *Práxis*; sempre uma unidade teórica e prática, já que a teoria é guia da ação a partir de seu caráter consciente (VASQUEZ, 1977).

Antes de tudo, o trabalho é um processo entre o homem e a Natureza, um processo em que o homem, por sua própria ação, media, regula e controla seu metabolismo com a Natureza. [...] Ele põe em movimento as forças naturais pertencentes à sua corporalidade, braços e pernas, cabeça e mão, a fim de apropriar-se da matéria natural numa forma útil para sua própria vida. Ao atuar, por meio deste movimento, sobre a Natureza externa a ele e ao modificá-la, ele modifica, ao mesmo tempo, sua própria natureza. [...] Pressupomos o trabalho numa forma em que pertence exclusivamente ao homem. Uma aranha executa operações semelhantes às do tecelão, e a abelha envergonha mais de um arquiteto humano com a construção dos favos de suas colméias. Mas o que distingue, de antemão, o pior arquiteto da melhor abelha é que ele construiu o favo em sua cabeça, antes de construí-lo em cera. No fim do processo de trabalho obtém-se um resultado que já no início deste existiu na imaginação do trabalhador, e, portanto, idealmente (MARX, 1867/1986, p. 149-50).

Para Marx (1857/1978; 1867/1986), o trabalho é uma condição da existência do homem, independentemente de todas as formas de sociedade. Constitui-se sempre em atividade social e coletiva, produtora de riqueza e sociabilidades; criadora de instrumentos para satisfazer necessidades humanas e geradora eterna de novas necessidades (não restritas à

vida biológica, mas eminentemente sociais). O trabalho humano, assim, com o desenvolvimento da consciência, é dotado de finalidade e teleologia.

É dessa maneira que o homem *produz os meios, os instrumentos*, para a *satisfação* de suas *necessidades* a partir da Atividade específica e primária definida pelo Trabalho. A transformação da natureza, como já enfatizado nas palavras do próprio Marx, promove uma transformação na natureza do homem, em sua corporalidade, desenvolvendo e aprimorando seus órgãos do sentido, seu cérebro e suas conexões neurais (base material do psiquismo humano, como explicam os teóricos soviéticos da Psicologia Histórico-Cultural).

Caracteriza-se assim, outro tipo fundamental de Atividade, dita secundária, por seu caráter interno e mediatizado por signos, o que permite ao homem construir idealmente, em sua mente, o produto de seu trabalho, antes mesmo de executá-lo, numa atividade consciente e dirigida a determinados fins e objetivos (VASQUEZ, 1977; LEONTIEV, 1978b; VIGOTSKI, 2001).

Ele [o homem] não apenas efetua uma transformação da forma da matéria natural: realiza, ao mesmo tempo, na matéria natural seu objetivo, que ele sabe que determina, como lei, a espécie e o modo de sua atividade e ao qual tem de subordinar sua vontade. E essa subordinação não é um ato isolado. Além do esforço dos órgãos que trabalham, é exigida a vontade orientada a um fim, que se manifesta como atenção durante todo o tempo do trabalho [...]. Os elementos simples do processo de trabalho são a atividade orientada a um fim ou o trabalho mesmo, seu objeto e seus meios. (MARX, 1867/1986, p. 150).

Atividades primária e secundária constituem-se, portanto, interdependentes. É a partir da Atividade e somente por ela que se forma o humano genérico (o universal) no indivíduo singular; é por ela que cada homem se relaciona com o mundo externo e com seu mundo interno.⁵ A atividade é orientada por um objeto (externo ou interno), que busca responder sempre a uma necessidade (MARX, 1867/1986).

⁵ A abordagem dialética do singular-particular-universal adquire contornos esclarecedores quando se toma como referência a concepção da formação humana para o marxismo. Distante das compreensões idealistas ou místicas acerca da natureza da humanidade, postula-se que o homem não se torna humanizado ao nascer, mas somente a partir das apropriações que faz (a partir da/pela Atividade, pelo Trabalho que realiza) do conjunto das objetivações (produções culturais, linguísticas, comportamentais, da educação formal e não formal, artísticas, etc) da humanidade ao longo de sua história, isto é, apropriações das objetivações do gênero humano (HELLER, 1991, 2000). Com base nas obras de Marx, a autora afirma que o homem singular é um ser social, “uma síntese complexa em que a universalidade se concretiza histórica e socialmente, através da atividade humana, que é uma atividade social – o trabalho, nas diversas singularidades, formando aquela essência. Sendo assim, tal essência humana é um produto histórico-social e, portanto, não biológico e que, por isso, precisa ser apropriada e objetivada em cada homem singular ao longo de sua vida em sociedade. É, portanto, nesse vir-a-ser social e histórico que é criado o humano no homem singular. Como se pode depreender daí, a relação dialética singular-particular-universal é fundamental e, enquanto tal, indispensável para que se possa compreender essa

O Trabalho, enquanto Atividade vital essencial, enquanto Atividade primária, complexificou-se e transformou-se ao longo da história da humanidade, (em decorrência das modificações na realidade objetiva produzidas pelo homem, da produção de instrumentos/meios de ação cada vez mais aprimorados, do desenvolvimento da linguagem e das mudanças nas relações entre o homem e seus pares), promovendo diferentes formatos de organização social, marcados, por divisões técnicas e sociais da forma de produzir e reproduzir a vida.

Na atual forma capitalista de organização social o trabalho é marcado por seu caráter mercadológico, por constituir-se em uma mercadoria pela qual se promove a troca da força física do trabalhador (em um processo de *abstração* de suas características) pela forma dinheiro, num quantum definido (pela *abstração* do valor de uso e de troca dos produtos) como seu salário, o que possibilita sua sobrevivência a partir da compra/troca. Essa relação específica e determinada (particular) afeta o modo como cada indivíduo singular se apropria da realidade e a objetiva (MARX, 1867/1986).

É desta maneira que serão compostas as especificidades gerais da consciência humana sob a vigência do modo de trabalho no capitalismo, bem como a partir de seu nexos social pautado no valor de troca.

O fenômeno da alienação tem sua origem nas relações objetivas da produção e reprodução da vida material, expressando-se na consciência humana como a ruptura entre os sentidos pessoais e as significações sociais; outro exemplo dessa manifestação pode ser evidenciado na distância entre as perspectivas idealizadas que possuímos e aquilo que realizamos no real.

Na realidade da produção material e do trabalho vital humano, a alienação caracteriza-se como um *estranhamento*. Estranhamento e distanciamento objetivos do homem para com sua realidade, que se manifestam em distintas dimensões: com relação aos produtos ou objetos da atividade do trabalho; com relação à própria atividade que se realiza; e relativo a outros homens, além de relativo a si mesmo (autoalienação).

Marx, nos *Manuscritos Econômicos e Filosóficos* de 1844, é claro ao enfatizar um exemplo concreto de alienação: quanto mais o trabalhador produz, quanto mais aumenta a riqueza da humanidade, mais pobre se vê esse mesmo trabalhador. E isso dada à realidade da

complexidade da universalidade que se concretiza na singularidade, numa dinâmica multifacetada, através das mediações sociais – a particularidade” (p. 26).

A essência humana, portanto, é um produto histórico e social, não biológico, de maneira que precisa ser apropriada e objetivada por todo homem singular ao longo de sua vida em sociedade (particular); é nesse vir a ser social que é criado o humano no homem singular (HELLER, 1991).

propriedade privada dos bens de produção e da divisão da sociedade em classes: os proprietários e os que lhe vendem sua força de trabalho em troca de um salário (MARX, 1844/1989).

Se a força de trabalho é vendida/trocada, o próprio trabalhador se vê vendido/trocado, já que não existe sem sua corporalidade, sem seu trabalho, e nem tampouco se poderia adquirir um sem o outro. Assim, ao alienar-se de seu produto, dos objetos de sua produção, o trabalhador aliena-se do próprio processo de produção, de si mesmo e de seus pares.

Os objetos, as mercadorias não mais lhe parecem como criações suas, tomam vidas independentes dele. Sua atividade de transformação da natureza já não lhe pertence e isso passa a ser um fato *naturalizado*; o trabalho se lhe torna sofrimento e passividade, imposição. As apropriações genéricas, a fruição de toda a riqueza acumulada pela humanidade também já não lhe fazem sentido, suas necessidades passam a ser mínimas, empobrecidas. A emancipação humana fica comprometida, à medida que agora a preocupação essencial é com o *meio de vida*, e menos com a vida em si (MARX, 1844/1989).

De fato, o trabalho, a atividade vital, a vida produtiva, aparece agora ao homem como o único meio de satisfação de uma necessidade, a de manter a existência física. A vida produtiva, porém, é a vida genérica. É a vida criando vida. No tipo de atividade vital reside todo o caráter de uma espécie, o seu caráter genérico; e a atividade livre, consciente, constitui o caráter genérico do homem. A vida revela-se simplesmente como *meio de vida*. [...] A atividade vital consciente distingue o homem da atividade vital dos animais. Só por esta razão é que ele é um ser genérico. Ou melhor, só é um ser consciente, a sua vida constitui para ele um objeto, porque é um ser genérico. Unicamente por isso é que sua atividade surge como atividade livre. O trabalho alienado inverte a relação, uma vez que o homem, enquanto ser consciente, transforma sua atividade vital, o seu ser, em simples meio de sua existência (MARX, 1844/1989, p. 164-5).

O homem singular é afastado, distanciado, estranhado, da genericidade mesma, do homem universal, e isso justamente pelo fato de não se apropriar livremente dos avanços materiais, tecnológicos e artísticos da humanidade.

As expressões da alienação e autoalienação objetiva e subjetiva apresentam-se na realidade como algo externo, natural e incontrolável para os indivíduos; conforme Silveira (1989) constrói-se assim “sujeitos assujeitados”, na mesma medida em que os objetos e relações criadas pelos homens passam a tomar o lugar de “criaturas independentes”, portanto com indivíduos “coisificados”. Importante apontarmos que os mecanismos da alienação, o

fetichismo e a reificação⁶ são componentes inseparáveis da forma mercadoria, unidade central de análise e estruturação do capitalismo, independentemente da conformação que esse sistema adote.

Para finalizarmos essas reflexões, cumpre retomarmos a função da particularidade, nesse processo. Concebermos a condição alienada no contexto da produção da vida não implica tomarmos tal assertiva como prerrogativa imutável da universalidade humana, de sua ontologia, mas sim, como elemento atinente à particularidade da sociedade, especialmente a sociedade dividida em classes.

Oliveira (2005) versando sobre o distanciamento histórico entre a vida do indivíduo e o desenvolvimento do gênero humano nos lembra a seguinte consideração, com a qual encerramos a primeira parte deste capítulo:

Em outras palavras, tal dicotomia e tal distanciamento não são elementos ontológicos do desenvolvimento em que se estaria produzindo o humano no homem. De modo algum! Essa dicotomia e esse distanciamento constituem-se em questões surgidas por força de determinadas circunstâncias históricas em que aquele desenvolvimento vem sendo efetivado, o qual vem servindo a determinados interesses (de uma determinada classe) que se pretendem passar por universais. Não é, portanto, uma característica ineliminável do ser ontológico do homem. Sendo assim, tal dicotomia e distanciamento são elementos superáveis (p. 35).

3.2 AS CONFIGURAÇÕES DO TRABALHO E SEUS NOVOS MODELOS DE GESTÃO

O modelo capitalista de produção apresenta modificações na organização do trabalho, a depender de suas crises cíclicas, de momentos de expansão ou retração, de conjunturas geopolíticas e, fundamentalmente, dos avanços nas forças produtivas.

Assim é que temos a primeira Revolução Industrial (século XVIII), marcada pelo vapor, pela indústria química e pelos dispositivos mecânicos e, especialmente, pelo contexto político do Liberalismo. A segunda Revolução Industrial (século XIX), com o

⁶ Fetichismo caracteriza-se pelas relações, no capitalismo, que conferem aos objetos materiais certo status de naturalização. A doutrina do fetichismo e a teoria do valor encontram-se ligadas em Marx. Com a produção e troca de mercadorias capitalistas, “o trabalho ganha expressão como uma propriedade objetiva de seus produtos: como seu valor. [...] A ilusão do fetichismo brota da fusão da característica social com suas configurações materiais: o valor parece inerente às mercadorias, natural a elas como coisas” (GERAS, 2001, p. 149).

Reificação define-se por ser um caso especial de alienação na sua forma mais radical e generalizada. Caracteriza-se pela transformação “das propriedades, relações e ações humanas em propriedades, relações e ações de coisas” (PETROVIC, 2001, p. 314). O produto da ação humana, assim, os objetos, coisas e mercadorias são imaginados como “independentes” do homem, inatingíveis e fora de seu controle, governando, portanto, a vida dos indivíduos na sociedade capitalista, em particular. Daí que a reificação é analisada conjuntamente às categorias de alienação e ao fetichismo da mercadoria.

desenvolvimento da química, da eletricidade, do petróleo, do motor de combustão, e pelas organizações Tayloristas-Fordistas de produção.

Atualmente, se aponta a terceira e até a quarta Revoluções Industriais, marcadas pelo avanço científico, pelo advento da informática e pela chamada nanotecnologia, assim como pelos novos modelos de gestão caracterizados pela Acumulação Flexível do capital ou pelo denominado modelo Toyotista.

Todas essas realidades particulares da totalidade socioeconômica determinante da produção da vida humana trazem consigo implicações para o processo saúde-doença; tendo em vista que saúde e doença são determinadas pelo modo de vida de cada indivíduo singular e de sua classe social, de acordo com suas possibilidades e impossibilidades econômicas, sociais e relacionais, a partir da respectiva inserção no processo produtivo.

As implicações se referem igualmente às especificidades tecnológicas desenvolvidas para o cuidado à saúde e à doença. O Estado adquire funções específicas no fornecimento de serviços públicos de atenção à saúde: ora mais presente e atuante (especialmente nos contextos de crise e baixa lucratividade do capital), como nas políticas keynesianas e no Estado de Bem-Estar Social, ora com um pacote mínimo de intervenções, voltadas especialmente para as populações mais vulneráveis, visando evitar incontroláveis insurgências populares (como no contexto político do Liberalismo e do Neoliberalismo).

A cada período de consolidação e desenvolvimento do capitalismo, em seus movimentos cíclicos de baixa e alta produtividade, temos uma conjuntura de organização do trabalho nas fábricas e empresas, e um papel definido para o Estado na intermediação das relações sempre conflituosas entre capital *versus* trabalho (ANTUNES, 2001, 2009; DRUCK; FRANCO, 2007).

Um dos principais modelos de organização da produção no mundo do trabalho, desenvolvido ao longo de todo o século XX, baseou-se na produção em massa de mercadorias, estruturada em um trabalho parcelar e fragmentado, com decomposição de tarefas que reduzia as ações operárias, a fim de racionalizar os custos e combater o desperdício. Com a redução do tempo e o aumento do ritmo do trabalho construiu-se o máximo de acumulação de capital, consolidando-se a produção industrial e o setor de serviços a ela vinculados (ANTUNES, 2009).

Esse processo produtivo caracterizou-se, portanto, pela *mescla da produção em série fordista* com o *cronômetro taylorista*, além da vigência de uma separação nítida entre *elaboração* e *execução*. Para o capital, tratava-se de apropriar-se do *savoir-faire* do trabalho, “suprimindo” a *dimensão*

intelectual do trabalho operário, que era transferida para as esferas de gerência científica. A atividade do trabalho reduzia-se a uma ação mecânica e repetitiva. (ANTUNES, 2009, p. 39, grifos no original).

As proposições científicas do administrador Taylor encontravam-se “totalmente ausentes [de] qualquer consideração sobre as variações psicológicas e fisiológicas humanas correlacionadas à vida social, não sendo considerados, tampouco, os fenômenos de acumulação da fadiga” (SELIGMANN-SILVA, 2011, p. 37).

De acordo com as mudanças no processo de trabalho, determinadas pelas transformações nas relações sociais e pelos avanços tecnológicos do processo de produção, aliado às novas formas de gestão, a separação entre a concepção e a execução do trabalho viu-se aprofundada e aprimorada. Intensificou-se igualmente a desqualificação do trabalhador, tendo em vista o aumento do número de desempregos provocados pela automação das tarefas, e um consequente esvaziamento do sentido das experiências do trabalho pelos assalariados.

Em somatório a esse contexto, a organização rigidamente hierárquica e a pressão sobre os trabalhadores para maximização de seus esforços no cotidiano laboral passaram a ser efetivadas e viabilizadas por instrumentos psicológicos e psicossociais como a disciplina, as sofisticadas tecnologias de controle, as escamoteadas relações de poder, a gestão e instrumentalização dos afetos (BARRETO, 2006; ALVES, 2008; SELIGMANN-SILVA, 2011).

Assim, no ápice do desenvolvimento taylorista de produção,

[...] o absenteísmo e a busca de novos empregos foram resistências assumidas pelos trabalhadores insatisfeitos, juntamente com ações sutis voltadas para o boicote dos “enquadramentos” realizados pelos ritmos e regras impostos a partir da “organização científica do trabalho”. [Em resposta] a escola tayloriana e pós tayloriana não pode opor senão a repressão, a intimidação, a resistência física [...] Respondendo aos interesses patronais, surge uma nova política empresarial, entre os anos 1945 e 1950, apoiada na ideia de que, se as resistências que se opunham à maximização dos esforços produtivos decorriam de oposição e luta contra o patrão, será preciso fazer desaparecer essa luta por processos de integração econômica e ideológica. (SELIGMANN-SILVA, 2011, p. 169-0).

A crise da organização taylorista-fordista de produção (cujo epicentro ocorreu em 1929) construiu-se em meio a uma conjuntura de revoltas populares e pressão da classe trabalhadora por melhores condições de vida; somada a ocorrência das duas Grandes Guerras Mundiais. Em consequência deste conjunto complexo de determinantes e do contexto de recessão econômica vigente desde os anos 1930, desenvolve-se no Japão um novo formato de

organização do trabalho, denominado *toyotismo*. Na busca pela reestruturação produtiva do capital, o modelo foi rapidamente exportado para toda Europa e EUA, pós anos de 1970 (ANTUNES, 2001, 2009; DRUCK; FRANCO, 2007).

A conjuntura política e econômica desse momento é marcada pela queda do PIB mundial, em decorrência das crises do petróleo de 1973 e 1979; pela dramática queda do PIB dos EUA e aumento de sua inflação; pela derrota americana na Guerra do Vietnã e pela crise fiscal do Estado de Bem Estar-Social (ANTUNES, 2001, 2009; DRUCK; FRANCO, 2007).

Uma das principais marcas do toyotismo, contrastando-o ao taylorismo, é a flexibilidade da produção: produção do necessário, no menor tempo e custo, objetivando a redução dos estoques e o emprego crescente de tecnologias. Sua exigência é por trabalhadores polivalentes (e não mais especializados como no taylorismo), qualificados e multifuncionais, denotando uma intensificação do trabalho.

A empresa é concebida como uma “família”, exigindo dos trabalhadores, agora *colaboradores*, dedicação e amor pela função, bem como participação nos processos de avaliação de qualidade dos produtos, numa evidente ação de cooptação em tempos de desemprego estrutural (ANTUNES, 2001, 2009; ABRAMIDES; CABRAL, 2003; DRUCK; FRANCO, 2007; ALVES, 2008).

Outra característica importante diz respeito à reorganização das equipes de trabalho, pautadas agora por diminuição dos níveis hierárquicos (aumento das responsabilidades individuais); diminuição dos postos de trabalho; aumento da competitividade; flexibilização nas legislações trabalhistas e na garantia de direitos (ANTUNES, 2001, 2009; ABRAMIDES; CABRAL, 2003; DRUCK; FRANCO, 2007; ALVES, 2008).

O modelo toyotista propõe a reorganização da própria produção de maneira em que se fabrica na mesma medida do que se vende (eliminação dos excessos). Busca-se o engajamento dos seus trabalhadores e a criação de terceirizações para diminuição de custos. Atualmente, verifica-se a existência das quarteirizações nas grandes empresas (organizações responsáveis pela gestão dos diferentes contratos com as empresas terceirizadas). (ANTUNES, 2001, 2009; ABRAMIDES; CABRAL, 2003; DRUCK; FRANCO, 2007; ALVES, 2008).

Todo esse contexto, com sua política de *flexibilizações*, tendo em vista o aumento da *acumulação e a autovalorização do capital*, desenvolve-se entrelaçado às precarizações nas relações de trabalho, com a perda de direitos conquistados historicamente pela classe trabalhadora.

Destacam-se a diminuição dos contratos por tempo indeterminado e o aumento dos contratos com prazos determinados; o aumento das falsas cooperativas; a diminuição da qualificação e dos salários; a flexibilização das legislações trabalhistas; o aumento da informalidade e dos trabalhadores *part time* (ANTUNES, 2001, 2009; ABRAMIDES; CABRAL, 2003; DRUCK; FRANCO, 2007; ALVES, 2008; PIRES, 2008).

O cenário econômico desenvolve-se, ao longo da história, com relações interdependentes ao cenário político e geopolítico de cada época, considerando-se suas particularidades.

Assim, o cenário descrito acima a caracterizar o contexto toyotista de produção não pode ser compreendido sem as devidas mediações e conjunturas políticas apresentadas pelas prerrogativas do Neoliberalismo⁷, como se apontará nas linhas abaixo.

3.3 AS POLÍTICAS NEOLIBERAIS DE ESTADO E A REFORMA ADMINISTRATIVA

As principais marcas apresentadas pela política neoliberal referem-se às exigências de reformulação no papel do Estado e no tamanho da máquina pública: o corte dos gastos estatais com políticas sociais; a redução do número do funcionalismo; a não intervenção do Estado na economia; os contratos de prestação de serviços com aberturas para o setor privado; as parcerias comunitárias objetivando minimizar as responsabilidades estatais; a função reguladora e facilitadora (e não mais produtora de serviços) por parte das instituições estatais; em síntese, a denominada Reforma Administrativa.

Tais elementos podem ser encontrados e evidenciados, na realidade nacional, no “Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado”, datado de 1995, de responsabilidade do então Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE). O documento oficial define os objetivos e estabelece as diretrizes para a Reforma do Estado brasileiro. De acordo com suas prerrogativas, tal reformulação envolveria os seguintes problemas fundamentais:

⁷ Importante destacar que o cenário geral descrito nas páginas desse capítulo e sinalizador das características da Acumulação Flexível do Capital enfrenta, atualmente, a contradição das crises inerentes ao próprio capitalismo, no caso particular a que nos referimos, a crise mundial financeira e da produção desencadeada nos países do bloco europeu e nos Estados Unidos no ano de 2008 e ainda em curso. Diversas análises críticas sobre os determinantes e as consequências da atual crise econômica são desenvolvidas, enfatizando-se o caráter socializador dos prejuízos como de resto se evidencia no próprio *modus operandi* do capital: apropriação privada da riqueza produzida coletivamente e socialização dos prejuízos quando da ocorrência de “desajustes” e distorções acentuadas do sistema. Dentre outras bibliografias que se dedicam a análise do tema, destacamos os três primeiros capítulos do livro “*Capitalismo em crise: política social e direitos*”, organizado por Boschetti, et al. em 2010, tendo em vista as temáticas das políticas de Estado abordadas, na correlação com o objeto de estudo desta pesquisa.

[...] a delimitação do tamanho do Estado; a definição do seu papel; a recuperação da governança (a capacidade financeira e administrativa de implementar as decisões políticas); o aumento da governabilidade (capacidade de intermediar interesses, garantir legitimidade e governar).

Para dar corpo a essas questões e reconstruir o Estado, seriam inadiáveis o ajustamento fiscal duradouro; as reformas econômicas orientadas para o mercado; a reforma da previdência social; a inovação dos instrumentos de política social; e a reforma do aparelho de Estado, com vistas a aumentar a sua governança. (BRASIL, 1995, p. 16).

Estabelece-se com clareza a subordinação das políticas sociais de Estado às políticas econômicas. Em outros termos analíticos podemos apontar as considerações de Vieira (1992), nas quais, em síntese, “formando um todo, a política econômica e a política social apenas formalmente se distinguem e às vezes dão a impressão enganosa de que tratam de coisas muito diferentes” (p. 21).

Algumas implicações desse complexo contexto para o trabalho na Atenção Primária em Saúde é o que se busca traçar nesse estudo. Se é sabido, como bem apontou a Tese de doutoramento de Rizzotto (2000), que as políticas de saúde marcadas pela Atenção Primária atendem aos ditames dos financiamentos do Banco Mundial, como avaliar o contexto de Reforma do Aparelho de Estado e suas consequências para as práticas da Integralidade?

Quais as contradições encontram-se presentes? Quais embates e lutas de interesses? Como isso se expressa na atuação dos trabalhadores da Atenção Primária? Os resultados apresentados pelos dados colhidos e analisados neste estudo nos apresentam alguns indicadores importantes como respostas a esses questionamentos. Apontamentos limitados, dado o caráter sempre limitado (frente ao movimento do real) das pesquisas acadêmicas e do alcance de suas proposições analítico-propositivas, mas mediações e abstrações relevantes a compor o cenário do trabalho e do cuidado à saúde no interior das políticas de Estado capitalistas.

A reforma estatal dá-se, operacionalmente, por mecanismos de privatização, terceirização e da publicização, isto é, pela transformação das instituições públicas em entidades não-estatais. Ao governo executivo permaneceria a responsabilidade pela formulação, acompanhamento e avaliação das políticas sociais. Na ótica da Administração de Empresas, e em sua lógica, define-se uma administração gerencial, na qual o Estado afasta-se do campo da produção de bens e serviços para concentrar-se em uma função reguladora (RIZZOTTO, 2000).

Mecanismos jurídico-legislativos essenciais para a modificação da estrutura estatal e de seu funcionamento igualmente são implementados e passam a reger as relações entre a produção de serviços públicos, o planejamento e a contratação de pessoal. Citamos aqui a chamada Lei de Responsabilidade Fiscal⁸ (Lei Complementar 101 de 2000) que limita os gastos com servidores públicos em 60% da receita municipal (artigos 18 e 19); e a Lei nº 9.637 de 1998 que qualifica as organizações sociais e institui o Programa Nacional de Publicização⁹.

É nesse contexto geral, que a gestão dos serviços de saúde na realidade brasileira pode efetivar-se por diferentes modelos jurídicos: desde a administração pública direta; instituições ditas de administração pública indireta¹⁰; terceirizações (organizações sociais; organização da sociedade civil de interesse público – OSCIP); fundações de direito privado; e serviços privados (a partir de convênios filantrópicos ou contratos).

Quais as consequências da adoção de uma Administração Pública gerencial, inspirada na Administração de Empresas, para a consolidação dos princípios doutrinários do SUS, garantidos na Constituição Federal após extensos embates de interesses?

Como se manifesta a atividade principal das Unidades de Atenção Primária no contexto dos *contratos de gestão* estabelecidos entre *Fundações* de direito privado e o Poder Público Municipal? Quais as implicações de tais contratos para a prática dos trabalhadores de saúde em sua função nos espaços da Atenção Primária?

Questionamentos que nos perseguem e nos guiam nos caminhos e descaminhos desse estudo, no enalço dos objetivos e finalidades do trabalho científico: o desvelamento da realidade; a tarefa da criação e da recriação, na busca por possíveis mudanças ou transformações.

No contexto municipal no qual pautamos este estudo, encontramos um processo ainda em andamento e implantação (durante a coleta e análise dos dados da pesquisa), relativo

⁸ Lei Complementar nº 82/1995 - Conhecida popularmente como "Lei Camata", regulamentava o art. 169 da Constituição Federal, disciplinando os limites das despesas com o funcionalismo público a 60% dos gastos nos orçamentos Municipais, Estaduais e Federal. Revogada pela Lei Complementar 96/1999, que reorganizou os limites de despesas com pessoal após a aprovação da Reforma Administrativa (EC 19/1998), a qual por sua vez, foi revogada pela Lei Complementar nº 101/2000, conhecida como Lei de Responsabilidade Fiscal.

⁹ Sobre as modificações jurídicas que flexibilizam os direitos trabalhistas no Brasil e instituem novos modelos e prerrogativas de contratados de trabalho ver: Carelli, R. L. *Terceirizações e Direitos Trabalhistas no Brasil*. In: Druck, G; Franco, T. 2007.

¹⁰ Autarquias, Fundações Públicas (autárquicas), Fundações Estatais, Consórcios Públicos, Sociedades de Economia Mista, Agências Executivas, Agências Reguladoras, Empresas Públicas.

à gestão da Atenção Básica e de seus trabalhadores realizada por uma Fundação Estatal¹¹, isto é, uma Fundação Pública regida pelo Direito Privado¹².

As Fundações Estatais caracterizam-se como um novo modelo de gestão, acompanhado de uma base jurídico-institucional que o torna possível. Têm como prerrogativas a descentralização e especialização (ou seja, é exclusiva para a prestação de serviços sociais ao próprio Estado); sem fins lucrativos, com gestão contábil, gestão de pessoal e regime de compras das Empresas Estatais.¹³

Assim, tais organizações gozam de ampliada autonomia no campo gerencial, orçamentário, patrimonial e financeiro. A definição de suas metas e prazos, bem como de seus objetivos, direitos e obrigações, e suas vinculações ao poder executivo municipal dá-se por meio de instrumentos jurídicos tais como o *contrato de gestão*.

Lima (1996, citado por IBÁÑEZ et al., 2001), “define o contrato de gestão como instrumento gerencial originado da administração por objetivos (APO) ou administração sistêmica por objetivos e resultados” (p. 392). Referencia-se em André (1993) para apresentar outras características desse instrumental:

[...] o contrato consiste no estabelecimento periódico e sistemático de compromissos negociados e acordados entre o nível local e o central, acerca dos objetivos e metas para um dado período da gestão, com o intuito de **induzir à participação maior e à responsabilização na operacionalização dos referidos objetivos e metas**. Em contrapartida, a administração central concede à local maior autonomia gerencial **liberando-a do controle dos meios, que passa a ser realizado sobre os resultados alcançados** (IBÁÑEZ et al., 2001, p. 392-3, grifos da pesquisadora).

¹¹ Conforme esta pesquisa constatou, na realidade do município, o ano de 2009 foi marcado pela institucionalização de contrato de gestão entre a Fundação Uma Nova Iniciativa (UNI) e o Poder Público, tendo em vista a administração de variados serviços vinculados à Secretaria da Saúde. Implantada na cidade desde o ano de 1997, a partir dos financiamentos da OPAS em parceria com Departamentos de Medicina Preventiva, a Fundação Uni caracterizou-se, inicialmente, por objetivos relativos à integração entre serviços e ensino de graduação para formação em saúde. Com as exigências e limitações de contratações impostas pela Lei de Responsabilidade Fiscal, foi encampada pela Administração Direta e teve ampliado seu escopo para atuações junto à gestão do trabalho e dos trabalhadores em saúde. Maiores detalhes quanto a esse processo serão analisados no primeiro capítulo dedicado às análises dos dados deste estudo.

¹² Sobre o caráter recente da implantação de uma política de gestão da atenção básica e de seus trabalhadores a partir de uma Fundação Estatal, ou, a partir de administração indireta, na realidade municipal aqui analisada, cabe destacar com ênfase as palavras de Rizzotto (2000) acerca de seu objeto de estudo: “A análise de um período recente, se por um lado implica em dificuldades adicionais àquelas próprias das pesquisas dessa natureza, não favorecendo o distanciamento do objeto recomendado pelos historiadores, uma vez que os fenômenos podem não estar plenamente desenvolvidos no mundo real; por outro, possibilita o acompanhamento dos processos e a identificação de acontecimentos e de autores significativos, que muitas vezes ficam excluídos dos registros históricos” (p. 25).

¹³ As definições e caracterizações das Fundações Estatais aqui apontadas referenciam-se em material produzido pelo Ministério da Saúde e Ministério de Planejamento, Orçamento e Gestão (BRASIL, 2007b), intitulado: *Fundação Estatal: metas, gestão profissional e direitos preservado*. Conferir citação completa ao final deste texto, nas páginas dedicadas às referências bibliográficas.

O cenário administrativo e de gestão descrito acima alinha-se às características principais da reestruturação produtiva do trabalho e da acumulação flexível do capital.

Seligmann-Silva (2011) apoiada em diferentes autores clássicos da sociologia e psicopatologia do trabalho aponta que a autonomia e liberdade defendidas na reestruturação toyotista, na realidade, apresenta-se como “simulacro de plena democracia participativa” (p. 170), tendo em vista a ausência de acesso às fontes estruturantes de poder no interior das organizações: mantém-se centralizada as decisões, ao mesmo tempo em que se elaboram métodos e técnicas de intensificação do trabalho e disfarce do controle; aumento da dominação e superexploração que “logo se estendeu à subjetividade” (p. 172).

A dominação da subjetividade é descrita pela autora nos seguintes mecanismos presentes nas relações de trabalho no interior das instituições, sejam elas públicas ou privadas: internalização da dominação e introjeção do poder hierárquico, identificação plena com os ideais da organização, avaliações coletivas, cogestões e pseudo participações nas decisões (SELIGMANN-SILVA, 2011).

Além desses mecanismos, outras características particulares da subjetividade dos trabalhadores, seja na vigência completa das gestões toyotistas, seja ainda na coexistência de seus princípios com àqueles presentes nas organizações tayloristas-fordistas, referem-se às emoções marcadas pelo sentimento de humilhação e pela presença do assédio moral, conforme já apontavam as análises de Barreto (2006).

Para Barreto (2006) “as relações afetivas podem constituir indicadores de risco à saúde, na medida em que são autoritárias, intimidadoras e assimétricas” (p. 40), o que se intensifica na mesma medida em que se efetivam mecanismos sutis de responsabilização do trabalhador pelo seu adoecimento, numa “consciência invertida do mundo do trabalho” (p. 38).

Ao perseguir a hipótese e evidências acima descritas, a autora, em suas pesquisas e análises apresenta importante reflexão sobre as imbricações entre a afetividade/emoção, a relação saúde-doença, como prefere conceituar, e a hegemonia de práticas biologicistas e curativas em saúde:

A prática médica dominante persiste na busca exclusiva da doença “visível e mensurável” nos marcos da biologia do indivíduo, desconsiderando as condições históricas, econômicas e culturais; as relações sociais, os modos de produção e o modo de vida; as relações de dominação e submissão. Tudo o

que submete o outro a uma norma de vida inferior é risco à saúde, e aqui se inclui a mediação afetiva. (BARRETO, 2006, p. 51).

Outro importante aspecto relativo à organização toyotista de produção que não poderíamos deixar de abordar refere-se à chamada monetarização dos riscos e dos agravos à saúde, presente como prática geral nos locais de trabalho, impondo “nova cultura” e novos desafios à organização dos trabalhadores:

Essa análise pode ser estendida, a nosso ver, quando entram em questão a saúde e a integridade física e mental do trabalhador que, impregnado pela ação do aparelho ideológico da empresa, é levado a aceitar que as condições de insalubridade, os riscos de vida (periculosidade) e a própria penosidade do trabalho sejam pagos com dinheiro, em vez de exigir a transformação das condições de trabalho. A monetarização dos riscos, desse modo, se articula aos mecanismos psicológicos e psicossociais de negação do próprio risco, favorecendo mais ainda o êxito da dominação. Essa monetarização assume, assim, o caráter de fetichização. [...] Em suma: nessa fetichização, o dinheiro passa a ser o alvo do desejo, substituindo e obscurecendo o valor da saúde e da própria vida. (SELIGMANN-SILVA, 2011, p. 179).

A presença de tais características essenciais ao toyotismo, como vimos, encontra-se presente, e coexiste com as marcas do taylorismo-fordismo, em organizações e instituições de todas as naturezas, públicas ou privadas, com nuances e graus de resistência singulares por parte dos grupos organizados de trabalhadores e seus respectivos momentos e conjunturas históricas.

Esse contexto social e estatal marcado por flexibilizações no trabalho, por “flexibilizações” de direitos trabalhistas conquistados, definido como desresponsabilização do Estado e atribuição aos trabalhadores e às comunidades de responsabilidades gerenciais não é novo na realidade brasileira, nem tampouco na situação específica da saúde pública. Desde a implantação do SUS diversos foram os documentos oficiais, por exemplo, a chamar a atenção para tais elementos concretos da organização do trabalho em saúde.

Abaixo apresentamos alguns desses documentos referentes ao contexto nacional do SUS em suas temáticas relativas à gestão de trabalhadores, destacando-se algumas conclusões e recomendações pertinentes ao nosso objeto de estudo.

- *Princípios e Diretrizes para a NOB/RH-SUS*, produzido pelo Conselho Nacional de Saúde e Ministério da Saúde em 2002 (quarta versão) – aponta como questões fundamentais para a gestão do SUS a descentralização, o financiamento, o controle social e os recursos humanos, salientando que dentre essas, a que sofre maior desregulamentação no interior da

Política de Reforma do Estado, em nome de práticas de “antiengessamento da máquina pública”, é exatamente o setor de pessoal.

O documento analisa o agravamento das precárias condições de trabalho no SUS, presentes desde 1988: contratações sem concurso público (contratos em cargos comissionados para atividades permanentes); terceirizações (associações, empresas, cooperativas) para atividades públicas de caráter permanente; consórcios intermunicipais transformados em empresas particulares; contratos administrativos e contratação por tempo determinado para atividades rotineiras e não temporárias.

Trecho importante de seu relatório diz respeito à referência à II Conferência Nacional de Recursos Humanos, ocorrida na Brasília do ano de 1993, fruto da recomendação expressa da IX Conferência Nacional de Saúde de 1992. A citação encontra-se ainda nos argumentos de fundamentação para o documento, a qual reproduzimos aqui:

[...] as oportunidades de capacitação são escassas. Os salários são aviltantes. Os trabalhadores convivem, no mesmo local de trabalho e com a mesmas funções, com salários profundamente desiguais. Não existe, na maioria das instituições, um plano de carreira, cargos e salários compatível com as responsabilidades, riscos e encargos inerentes ao processo de trabalho da área de saúde. Esta situação conduz a uma enorme e explicável desmotivação dos profissionais de saúde descompromisso ético e social com os usuários e com o serviço público. Os trabalhadores querem assumir o seu papel de protagonista na transformação do setor (BRASIL, 2002a, p. 13).

- 11ª Conferência Nacional de Saúde – o Brasil falando como quer ser tratado. Relatório Final. Produzido igualmente pelo Conselho Nacional de Saúde, em 2002. Apresenta a Carta da Conferência, que discorre sobre o ajuste fiscal do governo federal de Fernando Henrique Cardoso (1995-2002), com destaques para a redução dos gastos públicos, privatização de empresas e serviços e precarização do trabalho (com diminuição da proteção social outrora garantida na Constituição de 1988).

Como proposta de “Agenda de Compromissos para a Efetivação do SUS e do Controle Social”, o documento aponta/defende, especificamente quanto aos trabalhadores e sua gestão, a seguinte recomendação: “contratação por meio de concurso público, centrada na profissionalização, na multiprofissionalidade, no aprimoramento continuado, no compromisso humano e social e em condições dignas de trabalho e salário” (p. 15). Sustenta, operacionalmente, a “implantação da Norma Operacional Básica de Recursos Humanos” e, na esfera política, advoga a definição de “mesas nacional, estaduais e municipais de negociação do SUS” (BRASIL, 2002b, p. 15).

- Recursos Humanos: um desafio do tamanho do SUS (2004). Relatório da pesquisa desenvolvida, no ano de 2003, pelo CONASS, com financiamento da OPAS e do Ministério da Saúde, sobre os recursos humanos nas Secretarias Estaduais de Saúde e sua gestão.

O estudo e seu documento apresentam três eixos prioritários: a despreciação do trabalho, o processo de formação e desenvolvimento de recursos humanos na saúde (os Polos de Educação Permanente) e a estruturação e organização da área de recursos humanos nas Secretarias Estaduais (SES). Define como situação de precariedade no trabalho em saúde, os contratos por tempo determinado e os vínculos trabalhistas com cooperativas (BRASIL, 2004).

- Programa Nacional de Despreciação do Trabalho no SUS; despreciaSUS. Documento do ano de 2006, produzido pelo Comitê Nacional Interinstitucional de Despreciação do Trabalho no SUS, pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde e pelo Departamento de Gestão e de Regulação do Trabalho em Saúde.

O referido Comitê, instituído a partir da Portaria 2430/2003, aponta, neste documento de 2006 o lançamento de cartilhas educativas contemplando o DespreciaSUS e a aprovação da Mesa Nacional de Negociação Permanente (MNNP), entidade paritária para a construção de políticas para o setor.

Conforme os números deste período, 600 mil eram os trabalhadores em situação de precariedades no interior do SUS, sendo que 20% a 30% dos profissionais da ESF apresentavam vínculos precários, em situação de insegurança, alta rotatividade, insatisfação profissional, comprometendo a dedicação e qualidade do serviço prestado.

Define-se aqui, como trabalho precário (na perspectiva do CONASS e CONASEMS): aquele que não garante direitos trabalhistas consagrados na Constituição seja a vigência do contrato pelo vínculo direto ou indireto.

A definição das Entidades Sociais para o mesmo trabalho precarizado é defendida como não apenas a ausência de direitos trabalhistas e previdenciários, mas também como aquele que prescinde do concurso público e/ou do processo seletivo para cargos permanentes ou empregos públicos (BRASIL, 2006c).

Ao Comitê Interinstitucional propõe-se, diante deste cenário, como perspectivas de atuação: indicar formas legais de contratação e propor mecanismos de financiamento que estimulem sua adoção; avaliar impactos da Lei Complementar nº101/2000; levantar formas de precarização do trabalho no SUS; monitorar a substituição do trabalho precário; apoiar e estimular discussões regionais/locais sobre o assunto (BRASIL, 2006c).

Ao considerarmos a especificidade das condições de trabalho na Atenção Básica, particularmente a partir da adoção da ESF, dados de pesquisa desenvolvida pelo Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde, em parceria com a Universidade Federal de Minas Gerais e a OPAS, a partir do Observatório de Recursos Humanos em Saúde, revelam alguns números importantes.

A investigação analisou variáveis que combinam: o agente contratante (do mercado ao órgão típico da administração pública direta); modalidades de vinculação dos profissionais (das mais “frouxas”, como contratos informais com prestadores de serviços autônomos, às mais protegidas, como o vínculo estatutário); e o montante da remuneração praticada (BRASIL, 2007a).

A coleta de informações envolveu as profissões ligadas diretamente à assistência, como médicos, dentistas, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem e ACS, perfazendo um total de 855 municípios, a partir de “*survey*” junto aos coordenadores municipais, por meio de Entrevistas Telefônicas Assistidas por Computador (ETAC) (BRASIL, 2007a).

Dentre os variados resultados discutidos, destacamos os seguintes:

➤ Nacionalmente, a livre contratação é o processo de recrutamento predominante para todas as categorias profissionais da Atenção Básica, com exceção dos ACS, para os quais a seleção pública é a forma mais utilizada (42%). Para os médicos a livre contratação é citada por 70% dos municípios, em 62,6% para os enfermeiros e em 61,4% para os dentistas (BRASIL, 2007a);

➤ As principais razões citadas para a utilização do regime CLT foram: facilidade de contratar, demitir e remanejar e avaliar perfil (14,2%), a defesa de direitos dos profissionais (9,7%), decisão do gestor (6,9%), terceirização (6,6%), a regulamentação da contratação do ACS que prevê a utilização do regime CLT através da Portaria 51/2006 (5,2%), a Lei de Responsabilidade Fiscal (4,9%), a instabilidade do financiamento (4,5%) e fixar os profissionais (4,5%). (BRASIL, 2007a).

De acordo com as análises de Girardi et al. (2010), a partir dos números de pesquisa desenvolvida em 2009, apresentados pelo mesmo Observatório de Recursos Humanos em Saúde, com a atuação do Comitê Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS, a situação da ESF apresentou quadro de melhorias. A análise corresponde a comparações entre as séries dos estudos desenvolvidos entre os anos de 2001 a 2009, com

destaque para 90% dos municípios em situação de contratações diretas dos profissionais vinculados a esse modelo.

A contratação direta de agentes comunitários de saúde foi a que registrou maior aumento, de 82,4% para 95,5% das administrações municipais, o que reflete importante focalização no período, no sentido de atenuar os efeitos da terceirização e do trabalho precário entre os agentes comunitários de saúde. Com efeito, a partir da promulgação da EC 51 de fevereiro de 2006, a contratação de ACS se tornou prerrogativa exclusiva do poder público. A redução da proporção de municípios que realizam contratação terceirizada é observada para todas as ocupações e profissões. Assim, a prática de terceirização da força de trabalho na ESF diminuiu de forma vigorosa na década e, nos dias de hoje, está em torno de 5% (6,9% para os médicos e 4% para dentistas). (GIRARDI et al., 2010, 16).

Este quadro de melhorias revela, desde outra perspectiva, que a principal via utilizada pelas gestões municipais para a regularização dos vínculos de trabalho não foi a criação de cargos e realização de concursos, mas “a solução transitória de criação de contratos temporários regidos por legislação especial” (p. 21). Com esse movimento, os municípios cumprem com os requisitos da legalidade junto aos Tribunais de Conta e aos Ministérios Públicos do Trabalho, “regularizando os vínculos por um tempo determinado”, enquanto “postergam para o futuro a solução definitiva do problema da precarização” (GIRARDI et al., 2010, p. 21).

A partir da conjuntura dos novos formatos de organização da produção e do trabalho apresentadas, do seu entrelaçamento com o papel das instituições estatais e suas políticas de salários indiretos à classe trabalhadora; considerando ainda os tensionamentos de mecanismos políticos que apontam críticas à hegemônica contrarreforma neoliberal, completa-se o quadro teórico que delineia nosso estudo.

Capítulo *Quarto*



CAPÍTULO QUARTO

OBJETIVOS, MATERIAIS E MÉTODOS

4.1. OBJETIVOS PROPOSTOS PARA A PESQUISA

Objetivo Geral:

Investigar as relações entre os significados de Integralidade apresentados por profissionais de saúde e sua vinculação com o trabalho nos diferentes modelos de Atenção Primária no município de Botucatu-SP: Unidade Básica sem Saúde da Família e Unidade Básica com Saúde da Família.

Objetivos Específicos:

➤ Analisar se existem diferenças entre os significados de Integralidade apresentados pelos trabalhadores das Unidades Básicas de Saúde com Saúde da Família (USF) e àqueles apresentados pelos trabalhadores das Unidades Básicas de Saúde (UBS) sem Saúde da Família, tangenciando suas possíveis implicações com a Gestão do processo de trabalho em Saúde;

➤ Identificar e analisar as diferenças (relatadas pelos trabalhadores) entre os Modelos de Atenção Primária, suas respectivas gestões e condições de trabalho, e as implicações para a prática da Integralidade.

4.2. INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS E PARTICIPANTES DO ESTUDO – CRITÉRIOS DE INCLUSÃO:

A proposta metodológica da presente pesquisa organizou-se em duas fases¹⁴, explicitadas com maior detalhamento nas páginas que se seguem:

¹⁴ A primeira etapa sinalizada (aplicação do questionário) orientou as demais (entrevistas e grupo focal), que ocorreram em ordem cronológica alternada ou aleatória, a depender das disponibilidades das equipes e do pesquisador responsável, bem como condicionalmente aos processos de estudo e análise e os eventos nos locais de pesquisa.

Primeiro Momento – Fase Exploratória:

- Aplicação de questionário envolvendo todos os trabalhadores de assistência à saúde lotados em Unidades de Atenção Básica de Botucatu;
- Entrevista Semiestruturada com o Gestor da Atenção Primária do Município e com o Gestor da Fundação Estatal responsável pelas equipes Saúde da Família;
- Entrevista Semiestruturada com o Coordenador Técnico de duas Unidades de Atenção Básica (uma USF e uma UBS s/SF) selecionadas e convidadas a participar da segunda etapa da pesquisa.

Segundo Momento:

- Grupo focal por categoria profissional envolvendo os integrantes das equipes de Atenção Primária selecionadas e convidadas a participar dessa fase da coleta de dados.

A opção pela divisão dos participantes por categoria profissional, em detrimento da realização de discussões com toda a equipe conjuntamente, pautou-se na necessidade de garantir um espaço em que todos pudessem se expressar livremente sem temores e/ou receios acerca de opiniões e avaliações daqueles que ocupam função de coordenação, por exemplo, ou possuam papel concebido socialmente como de maior conhecimento/poder na divisão técnica do trabalho em saúde.

4.3. PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Esse estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FMB-UNESP no dia 22 de fevereiro de 2010, conforme consta no OF. 074/2010-CEP.

4.4. PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

⇒ **Primeiro Momento** – Fase Exploratória: Mapeamento da Atenção Primária em Botucatu – o questionário como instrumento de coleta de informações.

Com o objetivo de mapear a situação e as características gerais da APS em Botucatu e de seus trabalhadores, foram entregues, a partir de reunião com Coordenadores

Técnicos, a todas as Unidades de Atenção Básica do município, questionários em número correspondente aos seus respectivos profissionais de assistência. Com a solicitação de alguns coordenadores, foi explicitada a proposta da pesquisa também na reunião de equipe de algumas Unidades de Saúde.

Uma data e local foram definidos em conjunto para que a devolutiva dos materiais fosse feita. Para o encontro com os Coordenadores Técnicos estavam prontos, portanto, os questionários impressos e devidamente distribuídos em envelopes correspondentes a cada Unidade de Atenção Básica. Os Termos de Consentimentos Livres e Esclarecidos (TCLE) para todos os participantes dessa etapa foram encaminhados anexos a cada questionário.

Todos esses procedimentos, desde a entrega dos materiais até suas devoluções, foram desenvolvidos entre o período de abril a julho de 2010.

Os itens de investigação do referido questionário objetivaram conhecer as características gerais e trabalhistas dos profissionais lotados na Atenção Primária e com exercício direto na assistência à saúde; sua compreensão acerca da Integralidade em Saúde e a prática dela no cotidiano da Unidade em que atuam, bem como sobre avaliações da atividade desenvolvida.

As questões relativas à avaliação do serviço seguiram a estrutura do instrumento *Primary Care Assessment Tool* (PCAT), elaborado por Bárbara Starfield e James Macinko (2003) e construído com vistas à avaliação da qualidade da atenção em unidades de cuidados primários à saúde. Este instrumento foi adaptado e validado para o Brasil por Almeida e Macinko (2003) por meio de sua aplicação em município de médio porte no Estado do Rio de Janeiro.

O PCAT se desdobra em dimensões de avaliação que perpassam os seguintes eixos: acessibilidade, porta de entrada, elenco de serviços, vínculo, coordenação, orientação familiar, orientação comunitária e formação profissional, com suas correspondentes definições (ALMEIDA; MACINKO, 2003).

A estruturação do questionário tal qual entregue aos participantes da pesquisa pode ser visualizado nos Anexos apresentados ao final deste texto.

Da análise dos questionários identificou-se a necessidade de compreender melhor a estruturação e história da gestão da saúde no município, dada suas parcerias com fundações e outras entidades. Assim sendo, foram antecipadas, para esse primeiro momento, a realização das entrevistas com gestores vinculados à administração direta (Prefeitura Municipal) e vinculados à Fundação Uni (atual gestora da ESF na cidade).

Além da necessidade apontada acima, buscou-se compreender com o respectivo gestor, os elementos dificultadores e facilitadores da Gestão do Trabalho na Rede Básica de Saúde e a prática da Integralidade.

O recurso da coleta de dados pautado no instrumento da entrevista semiestruturada considera que a mesma não se constitui em uma conversa despreocupada e neutra, mas sim em uma forma de coletar os fatos relatados; isto é, em uma conversa com propósitos bem definidos, que reforça a importância da linguagem e do significado da fala, e fornece dados subjetivos (MINAYO, 1994).

A entrevista pode ter um papel diferencial na medida em que um clima favorável e permissivo, amparado em uma postura aberta e compreensiva do pesquisador, pode possibilitar espaço adequado para repensar a realidade e as experiências vivenciadas, de acordo com as temáticas suscitadas por um modelo *não diretivo* ou semiestruturado.

A respeito disso, Sellitz e Wrightsman-Cook (1974) enfatiza que a *arte de entrevistar* “revela informações que são tanto complexas quanto emocionalmente carregadas, favorece o aparecimento de sentimentos subjacentes a uma opinião expressa”, exigindo-se, para isso, que as “circunstâncias propiciem ampla liberdade e honestidade de expressão” (p. 33).

Um viés característico do instrumento refere-se à maneira como o entrevistador é visto pelo entrevistado e como este último percebe o primeiro. Thiollent (1981) salienta a necessidade de considerar os aspectos sociológicos e políticos da entrevista, pois a relação entrevistador-entrevistado denota diferenças entre as pessoas e entre as trocas, como posições de classe, *status*, poder etc. Para o autor, a entrevista *não diretiva* propicia limitar essas diferenças, porque o entrevistador não propõe ao entrevistado uma completa estruturação do campo de investigação, como na entrevista dirigida:

[...] é o entrevistado que detém a atitude da exploração [...] a partir da instrução, o entrevistado define como quiser o campo a explorar... O indivíduo é considerado portador de cultura, que a entrevista não-diretiva pode explorar a partir das verbalizações, inclusive as de conteúdo afetivo. Os modelos culturais são progressivamente evidenciados a partir da revelação do uso de estereótipos e da influência dos grupos aos quais os indivíduos pertencem ou se referem em função de sua socialização (THIOLLENT, 1981, p. 85).

Os eixos propostos para o uso dessa técnica com os Gestores da Atenção Primária foram os seguintes:

I. diagnóstico geral dos trabalhadores da saúde;

- II. formas de seleção e relação contratual;
- III. gestão do trabalho: fatores dificultadores e facilitadores da Gestão do Trabalho na Rede Básica de Saúde e a prática da Integralidade; formação e qualificação dos trabalhadores em saúde;
- IV. plano de carreiras, cargos e salários;
- V. avaliação das condições de trabalho e vínculo trabalhista: se pudesse mudar algo, o que mudaria nas condições de trabalho das equipes de atenção básica do município (justificar a afirmativa).

⇒ **Segundo Momento**: Coleta de dados nas Unidades de Atenção Básica eleitas – o Grupo Focal como instrumento de coleta de informações:

As Unidades de Saúde convidadas a participar da pesquisa tiveram como critério de escolha o maior tempo de implantação dos serviços junto à comunidade de referência. Assim, foi realizada pesquisa junto aos gestores para conhecer a Unidade Básica de Saúde sem Saúde da Família há mais tempo existente no município, assim como a USF.

Essa escolha fundamentou-se em um provável maior vínculo por parte da população adscrita com o equipamento de saúde, procurando-o por diferentes motivos. No que tange à Unidade, justifica-se pela maior compreensão das problemáticas de saúde que atinge a comunidade.

Eleitas as Unidades e aceita a participação na pesquisa, os trabalhadores que exercem atividades ligadas à assistência direta à saúde da população foram convidados para participar dessa segunda fase, após compreenderem os objetivos propostos e, decidirem por assinar o TCLE. O convite e esclarecimento de dúvidas ocorreram nos espaços das reuniões de equipe das Unidades. No caso dos profissionais médicos da Unidade s/Saúde da Família, foi entregue carta-convite a cada trabalhador, tendo em vista a dificuldade de encontrar esse profissional em dias de reunião.

Os Coordenadores de Equipe igualmente foram convidados; foi rememorado o objetivo geral da pesquisa, esclarecidas as dúvidas e, com o aceite em participar, foram entrevistados com um roteiro mais longo, com vistas a compreender a dinâmica do cuidado integral possibilitado pelas atividades da Unidade.

Todos esses procedimentos foram desenvolvidos entre os meses de Agosto a Dezembro de 2010.

Importante apontar, quanto ao critério de inclusão das Unidades para a participação, que as USF foram implantadas, em sua maioria, conjuntamente, em 2003, não existindo diferença significativa de datas. Assim, elegeu-se a Unidade na qual a Enfermeira responsável estivesse nessa função há mais tempo (no caso do local da pesquisa, há seis meses), dada a grande rotatividade e mudança desses profissionais de sua Unidade de referência.

Fundamental igualmente destacar que o processo de registro digital (gravação) das atividades do Grupo Focal na Unidade s/Saúde da Família primeiramente eleita foi prejudicado, perdendo-se todos os dados. Tal variável adversa atrasou sobremaneira a totalidade do período de coleta de dados. Para evitar algum tipo de viés na discussão repetida das temáticas do Grupo Focal foi eleita nova Unidade s/Saúde da Família, atendendo o mesmo critério de tempo de instalação do serviço junto à comunidade. Após consulta à Enfermeira coordenadora e seu aceite, todo o processo junto aos profissionais iniciou-se novamente, agora com os dados devidamente registrados (gravados).

Os instrumentos de coleta de dados utilizados correspondem à perspectiva da triangulação¹⁵, ou seja, é lançado mão de técnicas diferentes de trabalho que possibilitam a busca pela compreensão, na totalidade possível, do objeto de pesquisa, em nosso caso: o significado da Integralidade e os modelos de atenção à saúde na Atenção Primária.

A escolha pelos instrumentos de coleta de dados priorizou a vivência direta de trabalho dos profissionais da Atenção Primária, bem como a compreensão a partir da fala/discurso dos trabalhadores sobre sua realidade na função e o cuidado da saúde da população sob sua responsabilidade.

Os dados obtidos por meio dessa triangulação foram analisados em suas complementaridades, sendo traçadas comparações entre as diferentes falas e concepções dos diferentes atores envolvidos com a gestão do cuidado no âmbito primário do SUS e as análises mediadas pela literatura científica que contemplam a dialética singular-particular-universal presente no objeto de estudo aqui delineado.

Grupo Focal:

A principal técnica proposta para conhecer as concepções, valores, opiniões dos trabalhadores da Atenção Primária ligados à assistência à saúde foi o Grupo Focal.

¹⁵ De acordo com Minayo (2004), o termo triangulação indica o uso concomitante de várias técnicas de abordagem e várias modalidades de análise, vários informantes e seus pontos de vista, objetivando verificação e validação da pesquisa.

Nosso objetivo com esse recurso foi captar a compreensão das equipes de saúde quanto à Integralidade como princípio do SUS, as Condições de Trabalho, incluindo aí os vínculos trabalhistas e a Atividade enquanto categoria da Psicologia Histórico Cultural e do Materialismo Histórico Dialético. Categoria formadora do humano no homem, responsável pela formação da cultura e pelo máximo desenvolvimento do Humano Genérico, conforme definição de Agnes Heller (1991, 2000).

Mais uma vez aqui, na construção de um roteiro norteador das discussões, nos orientamos pelas características gerais do princípio da Integralidade em saúde, como apontado anteriormente.

O Grupo Focal fez-se importante para a explicitação das contradições presentes na prática do trabalho em saúde, podendo ser aprofundados e confrontados os temas relevantes à atividade que se realiza:

[...] consiste numa técnica de inegável importância para se tratar das questões de saúde sob o ângulo do social, porque se presta ao estudo de representações e relações dos diferenciados grupos de profissionais da área, dos vários processos de trabalho e também da população (MINAYO, 2004, p. 129).

Vale enfatizar igualmente que esse recurso auxiliou no aprofundamento qualitativo de questões sociais, possibilitando reflexões conjuntas e autorreflexões mediadoras de práxis que almeja transformações sociais; a mediação das discussões propiciada por algumas questões norteadoras auxiliou na busca por se atingir o objetivo proposto e contribuiu com as finalidades da pesquisa.

Assim, os trabalhadores, por categoria, participaram de um ou dois encontros de seu Grupo Focal, número que variou conforme o tempo demandado para a abordagem de cada questão do roteiro e seu debate. Dessa forma, tivemos:

- Grupo Focal com Agentes Comunitários de Saúde – dois encontros;
- Grupo Focal com Auxiliares de Enfermagem e Auxiliares de Consultório Dentário – dois encontros com os integrantes da UBS sem Saúde da Família e um encontro com os integrantes da USF;
- Grupo Focal com Enfermeiros (as), Médicos (as) e Dentistas – dois encontros com os integrantes da UBS sem Saúde da Família e um encontro com os integrantes da USF.

A realização dos encontros ocorreu entre os meses de Fevereiro a Novembro de 2011.

O roteiro seguido para desencadear as discussões durante a atividade do Grupo Focal encontra-se em Anexo 01.

4.5. PROCEDIMENTOS DE ANÁLISES DE DADOS:

Como já exposto anteriormente, a análise do material buscou seguir os pressupostos teórico-metodológicos fundamentais do Materialismo Histórico Dialético, assim como de suas expressões essenciais presentes na Psicologia Histórico-Cultural, aportes filosófico-epistemológicos que embasaram esse estudo. Como principais categorias podemos citar: o trabalho/a atividade; a historicidade; a consciência; a alienação, a mediação e a totalidade.

De acordo com o método explicativo de Vigotski (1995) a análise psicológica na abordagem do Materialismo Histórico e Dialético possui três princípios essenciais:

- Analisar processos e não objetos, ou seja, buscar apreender a historicidade que constitui o fenômeno em questão; em nosso caso, compreender a significação de Integralidade de trabalhadores nos diferentes modelos de Atenção Primária em Botucatu-SP:

Si en lugar de analizar el objeto analizamos el proceso, nuestra misión principal sería, como es natural, la de restablecer genéticamente todos los momentos del desarrollo de dicho proceso. En ese caso la tarea fundamental del análisis sería la de volver el proceso a su etapa inicial o, dicho de otro modo, convertir el objeto en proceso. (p. 101).

- Explicar e não somente descrever, o que implica ir além da aparência, a fim de conhecer a totalidade do fenômeno, sua gênese e relações dinâmico-causais:

La segunda tese en que se basa nuestra concepción del análisis consiste en contraponer las tareas descriptivas y explicativas del análisis. Hemos visto que en la vieja psicología el concepto de análisis coincidía de hecho con el concepto de descripción y era contrario la tarea de explicar los fenómenos. Sin embargo, la verdadera misión del análisis en cualquier ciencia es justamente la de revelar o poner de manifiesto las relaciones y nexos dinámico-causales que constituyen la base de todo fenómeno. En esta proporción, el análisis se convierte de hecho en la explicación científica del fenómeno que se estudia y no sólo su descripción desde el punto de vista fenoménico. (VIGOTSKI, 1995, p. 101).

- Entender a fossilização do comportamento, ou seja, compreender o movimento contraditório que determina um comportamento, que muitas vezes se apresenta fossilizado, automatizado, estereotipado; compreender seu processo de transformação: uma análise do

desenvolvimento que reconstrói todos os pontos e faz retornar à origem o desenvolvimento de um determinado fenômeno:

La fosilización de la conducta se manifiesta sobre todo en los llamados procesos psíquicos automatizados o mecanizados. Son procesos que por su largo funcionamiento se han repetido millones de veces y, debido a ello, se automatizan, pierden su aspecto primitivo y su apariencia externa no revela su naturaleza interior; diríase que pierden todos los indicios de su origen. Gracias a esa automatización su análisis psicológico resulta muy difícil. [...] Por consiguiente, no debemos interesarnos por el resultado acabado, ni buscar el balance o el producto del desarrollo, sino el propio proceso de aparición o el establecimiento de la forma superior tomado en su aspecto vivo. Para ello, el investigador debe transformar frecuentemente la índole automática, mecanizada y fosilizada de la forma superior, retrayendo su desarrollo histórico, haciéndola volver experimentalmente a la forma que nos interesa, a sus momentos iniciales para tener la posibilidad de observar el proceso de su nacimiento. En ello, tal como ya dijimos antes, radica la misión del análisis dinámico. (VIGOTSKI, 1995, p. 101).

Os aspectos teórico-metodológicos desenvolvidos pela perspectiva vigostkiana, portanto, pressupõem o estudo do objeto da psicologia, isto é, o homem e suas funções psicológicas, a partir do Método Histórico Dialético, tendo como principais categorias conceituais a linguagem, o pensamento, os significados e sentidos, constituintes da consciência.

Em 1927, a partir de sua publicação “O significado histórico da crise da Psicologia”, o autor lança as bases para uma psicologia concreta, que estude, entenda e analise toda a complexidade de seu objeto considerando a mediação entre o Método Histórico Dialético e os fenômenos psíquicos, ou seja, esses últimos constituídos na inseparabilidade de sua base material, de sua formação dialética e de sua historicidade.

Proponho, pois, esta tese: a análise da crise e da estrutura da psicologia testemunha indiscutivelmente que nenhum sistema filosófico pode dominar diretamente a psicologia como ciência sem a ajuda da metodologia, ou seja, sem criar uma ciência geral; que a única aplicação legítima do marxismo em psicologia seria a criação de uma psicologia geral cujos conceitos se formulem em dependência direta da dialética geral, porque essa psicologia nada seria além da dialética da psicologia; [...] A dialética abarca a natureza, o pensamento, a história: é a ciência em geral, universal ao máximo. Essa teoria do marxismo psicológico ou dialética da psicologia é o que eu considero psicologia geral. (VIGOTSKI, 2004, p. 392-3).

Assim, a construção de um método de análise coerente com uma psicologia concreta, parte de uma crítica radical às visões reducionistas, objetivistas (empiristas) ou

subjetivistas, a partir das noções de historicidade, processo e mediação. O empírico é ponto de partida para se buscar a explicação do processo de constituição do objeto estudado.

Analisar um fenômeno, nesse sentido, significa compreender o seu processo histórico, conhecer sua gênese e suas relações dinâmico-causais, suas contradições e as transformações, sem perder de vista as relações com a totalidade. Assim, o método aqui descrito propõe a busca de **unidades de análise** e não a decomposição do fenômeno em elementos, uma vez que a unidade conserva em si a totalidade:

A psicologia que deseje estudar as totalidades complexas deve entender isso. Deve substituir o método de decomposição em elementos pelo método de análise que desmembra em unidades. Deve conservar essas unidades que não se decompõem e se conservam, são inerentes a uma dada totalidade enquanto unidade. (VIGOSTKI, 2001, p. 8).

A unidade, portanto, é um “produto de análise que, diferente dos elementos, possui todas as propriedades que são inerentes ao todo e, concomitantemente, são partes vivas e indecomponíveis dessa unidade” (p. 8).

Vigotski ainda esclarece que, para localizar essa unidade, é necessário encontrar o **significado** da palavra, pois as palavras são nossos pontos de partida para empreender a constituição da subjetividade. A palavra expressa na linguagem é a mediadora da subjetividade e, ao mesmo tempo, é um produto da prática social humana. Além dessas características, salienta o significado da palavra como fenômeno do pensamento e da linguagem, ao mesmo tempo, tendo em vista que a palavra sem significado seria um som vazio:

Por isso o significado pode ser visto igualmente como fenômeno da linguagem por sua natureza e como fenômeno do campo do pensamento. Não podemos falar do significado da palavra tomado separadamente. O que ele significa? Linguagem ou pensamento? Ele é ao mesmo tempo linguagem e pensamento porque é uma unidade do pensamento verbalizado. Sendo assim, fica evidente que o método de investigação do problema não pode ser outro senão o método de análise semântica, da análise do sentido da linguagem, do significado da palavra (VIGOTSKI, 2001, p. 10).

A palavra significada é entendida como unidade de análise, já que encerra as propriedades do pensamento, por se constituir como sua mediação. A palavra, os signos, constituem-se, assim, em instrumentos psicológicos, sendo instrumento tanto para a comunicação com os demais (atividade externa), como meio de representação do objeto na consciência (atividade interna).

A palavra e a linguagem mantém relação interdependente e estreitamente relacionada com o pensamento, que é sempre emocionado, e se expressa nas palavras com significado.

Ao tomar o *significado da palavra como unidade de análise*, é possível compreender a maneira como cada indivíduo expressa e codifica suas vivências. A fala, no entanto, é o ponto de partida; cabe ao pesquisador ultrapassar a aparência do discurso e ir em busca de suas determinações históricas e sociais, configuradas, no plano individual, como motivações, necessidades e interesses, para chegar ao sentido atribuído/constituído por cada ser humano, em particular, aos fatos e vivências.

Os significados, portanto, encerram as relações que a palavra pode conter, suas generalizações, seus conceitos. A atividade humana é, assim, sempre significada, representando uma unidade contraditória do simbólico e do emocional, já que todas as expressões humanas são, ao mesmo tempo, cognitivas e afetivas. Afetos e emoções são constitutivos e inerentes do atuar e pensar do homem (AGUIAR; OZELLA, 2006).

Importante considerarmos ainda que a constituição da consciência, composta por significados e sentidos, dá-se por meio da (e na) Atividade de cada indivíduo. A atividade, por sua vez, tem em sua base as necessidades e nos motivos, como pudemos explorar em capítulo teórico anterior.

Dessa forma, a compreensão da significação dos motivos capazes de satisfazer as necessidades que impulsionam os indivíduos, aliado a apreensão do processo por meio do qual os motivos se configuram, permite ao pesquisador avançar na direção da análise e apropriação dos sentidos pessoais. Esses entendidos como mais amplos, “por constituírem a articulação dos eventos psicológicos que o sujeito produz frente a uma realidade” (AGUIAR; OZELLA, 2006, p. 226).

Na presente pesquisa, nossa análise centrou-se na apropriação dos significados presentes nas avaliações, opiniões e valores expressos pelos trabalhadores da Atenção Primária, sem nos ocuparmos da busca da configuração de seus sentidos pessoais, o que exigiria o aprofundamento das entrevistas e outros recortes de estudos, tendo em vista a grande complexidade para a apreensão das zonas de sentido pessoais.

Indicamos, assim, a necessidade de explorar, em outras pesquisas, os sentidos presentes nas reflexões tecidas com nossos resultados, considerando a riqueza e a diversidade que já se indicam nos dados coletados.

Realizados esses apontamentos gerais sobre a perspectiva teórico-metodológica de nossa análise, podemos discorrer sobre os procedimentos desenvolvidos para a análise dos dados coletados.

Após a transcrição das entrevistas e das discussões realizadas no grupo focal, as atividades foram as seguintes:

- Leituras atentas e diversas do material coletado, considerando também leituras flutuantes. Este momento possibilitou a organização e o destaque dos temas mais frequentes relativos aos objetivos da pesquisa, sendo construídos, com eles, os pré-indicadores temáticos, precursores dos núcleos de significação.

Os pré-indicadores, de acordo com Aguiar e Ozella (2006) são temas diversos, caracterizados pela maior frequência (repetição ou reiteração), pela importância na fala, pela carga emocional, pelas ambivalências e/ou insinuações.

- Identificação de indicadores e conteúdos temáticos, que se constitui na aglutinação dos pré-indicadores encontrados no momento anterior, pela similaridade, complementaridade e/ou contraposição. Os conteúdos referem-se às fases e/ou momentos em que se inserem os dados destacados, as singularidades de cada momento histórico apresentado pelos participantes.

- Construção de núcleos de significação a partir dos resultados obtidos com os indicadores, representando, assim, os conteúdos e questões centrais apresentados pelos participantes como importantes; aqueles que motivam, geram emoções e envolvimento.

A composição dos núcleos de significação ocorreu por categoria profissional, considerando seus respectivos locais de trabalho. Assim, cada grupo focal desenvolvido teve, a partir de diversas leituras flutuantes do material transcrito, a organização dos dados obtidos em pré-indicadores, indicadores e, finalmente, em núcleos de significação.

No processo de análise dos dados considerando-se o referencial teórico da pesquisa, foi possível a articulação e discussão conjunta dos resultados obtidos, considerando o objetivo de comparação entre os significados identificados nos distintos modelos de Atenção Primária do município.

A análise se inicia por um processo intranúcleo, avançando para uma articulação internúcleos. Em geral, esse procedimento explicitará semelhanças e/ou contradições que vão novamente revelar o movimento do sujeito. Tais contradições não necessariamente estão manifestas na aparência

do discurso, sendo apreendidas a partir da análise do pesquisador. Do mesmo modo, o processo de análise não deve ser restrito à fala do informante, ela deve ser articulada (e aqui se amplia o processo interpretativo do investigador) com o contexto social, político, econômico, em síntese, histórico, que permite acesso à compreensão do sujeito na sua totalidade. [...] Nesse momento, temos a realização de um momento da análise mais complexo, completo e sintetizador, ou seja, quando os núcleos são integrados no seu movimento, analisados à luz do contexto do discurso em questão, à luz do contexto sócio-histórico, à luz da teoria. (AGUIAR; OZELLA, 2006, p. 231)

- Para facilitar a visualização dos principais conteúdos presentes (os indicadores), foi organizada uma tabela contendo os modelos de atenção à saúde (nas colunas) e as categorias profissionais que o integram na assistência direta (nas linhas), com esse cruzamento preenchido com o conteúdo dos respectivos indicadores, a compor os núcleos de significação construídos, possibilitando um olhar mais amplo para as diferenças e semelhanças entre os dois modelos de Atenção Primária e suas formas de compreender a realidade do trabalho, agora preliminarmente analisadas;

- Finalmente, no processo de análise realizou-se um diálogo entre o conteúdo dos núcleos de significação de cada função profissional com as proposições da literatura da área, à luz do referencial teórico-metodológico aqui adotado, bem como um diálogo comparativo entre os conteúdos apresentados em cada modelo de Atenção Primária à Saúde aqui em evidência. Importante destacar que tal diálogo visou perseguir alguns questionamentos apontados ao longo das discussões desse estudo, mediadores da construção de nosso objetivo e objeto de pesquisa:

- ✓ quais as implicações, para a prática da Integralidade nas Unidades de Atenção Primária, dos vínculos trabalhistas e suas gestões diferenciadas nos modelos de Atenção do município pesquisado?
- ✓ quais as consequências da adoção de uma Administração Pública gerencial, inspirada na Administração de Empresas, para a consolidação do princípio da Integralidade?
- ✓ as condições de trabalho e sua organização divergem nas Unidades de Atenção Primária com Saúde da Família e naquelas sem Saúde da Família?

Os resultados e discussões apresentados nos capítulos seguintes nos fornecem algumas respostas às perguntas acima; além disso, e de maneira melhor colocada, nos fornecem pistas sobre novas interrogações, pontos de partida, muito mais que de chegada,

considerando, mais uma vez, a riqueza do movimento do real, em especial, do papel dos trabalhadores e da dinâmica história na produção dos cuidados em saúde.

Capítulo *Quinto*



CAPÍTULO QUINTO

OS DADOS DA PRIMEIRA ETAPA – O CONTEXTO MUNICIPAL

De acordo com a página eletrônica da prefeitura municipal, Botucatu está localizado no Centro do Estado de São Paulo, aproximadamente a 235 km da capital paulista. Em termos populacionais, conforme informações do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a cidade passou de um contingente de 108.306 pessoas em 2000 para 122.659, em 2010.¹⁶

Destaca-se no ensino universitário por possuir campi da Universidade Estadual Paulista, UNESP, que oferecem vários cursos de graduação e pós-graduação nas áreas de Biomédicas, Veterinária, Zootécnica e Agrárias. O Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina atende população de todas as regiões brasileiras, o que faz da cidade uma referência para procedimentos de nível terciário e secundário na saúde. O perfil industrial conta com empresas voltadas para os ramos de produção de peças, celulose, fabricação de veículos coletivos, produções têxteis e processamento de café, basicamente.

No que se refere ao âmbito secundário dos serviços de saúde, conta-se com unidades vinculadas à gestão estadual e municipal, dentre elas: o Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS); o Centro de Atenção Psicossocial AD - CAPSad- álcool e drogas; as Residências Terapêuticas; o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO); o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST); e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), implantado no início de 2012.

As características demográficas, socioeconômicas, dos indicadores de saúde e qualidade de vida dos residentes no município são diversas e heterogêneas, sendo conhecidas as diferenças entre a população rural e urbana, ou mesmo entre aquela que vive na periferia ou nas regiões centrais. Assim, constata-se desiguais condições de moradia, renda, transporte e acesso aos serviços de saúde.¹⁷

No que tange à capacidade instalada referente ao âmbito primário de assistência, de acordo com o Plano Municipal 2010-2013, conta-se com **18 unidades** de atenção básica,

¹⁶ Disponível em: www.botucatu.sp.gov.br Acesso em novembro de 2011. http://www.censo2010.ibge.gov.br/dados_divulgados/index.php?uf=35 Acesso em novembro de 2011.

¹⁷ As informações detalhadas e especificadas conforme as Unidades de Atenção Primária do município e seus indicadores de saúde, em 2008, podem ser encontradas no documento Botucatu em Dados, disponível em: www.emv.fmb.unesp.br/publicacoes/saude_publica/botucatu_dados_2008.pdf

das quais duas estão localizadas na área rural e duas são gerenciadas pela Faculdade de Medicina – FMB-UNESP, quais sejam, Centro Saúde Escola Vila Ferroviária e Centro Saúde Escola Vila dos Lavradores.

A gestão dos cuidados primários organiza-se a partir de dois modelos técnicos e assistenciais, sendo **08 (oito)** as Unidades de Atenção Básica sem Saúde da Família, duas das quais em formato de Policlínicas (Cecap e CSI), que abarcam equipes multiprofissionais; e **10 (dez)** as USF, constituídas a partir do ano de 2003.¹⁸

Na primeira etapa da coleta de dados, apontada como de caráter exploratório, foi possível identificar as condições gerais das Unidades, no que diz respeito a seus trabalhadores, seja no aspecto quantitativo, seja no qualitativo. Para tanto, visitas a algumas instalações físicas foram realizadas na oportunidade da entrega ou recebimento dos questionários.

Nesse momento, pudemos constatar a imprecisão das informações, disponibilizadas pelos gestores municipais, sobre o número dos trabalhadores lotados nas Unidades, tanto no tocante à Administração Direta, quanto à Administração Indireta. Essa inconsistência relacionava-se à rotatividade dos funcionários, bem como às contratações e processos seletivos em vigência durante o período da pesquisa.

Dessa forma, o total de trabalhadores ligados à assistência à saúde sofreu diversas alterações no período de coleta dos dados, de maneira que, nesta análise, não contaremos com números exatos.

Os resultados obtidos com a etapa exploratória perfazem o número de **153 devoluções**, considerando-se os **263 questionários entregues** ao universo total das Unidades de Atenção Básica, à exceção de duas USF: uma delas por não efetuar a devolução do material e outra (situada em área distrital) por três tentativas frustradas de convite para a participação.

O Quadro 02 apresenta a relação estabelecida entre o número de trabalhadores diretamente ligados à assistência lotados nos distintos modelos tecnológicos de organização dos serviços e sua comparação com o total dos participantes voluntários que responderam ao questionário proposto.

¹⁸ Disponível em: <http://saude.botucatu.sp.gov.br/> Acesso em janeiro de 2012.

Quadro 2: Relação entre o Número de Trabalhadores lotados nas Unidades e a participação na pesquisa

Local Profissão	CMS¹⁹/Policlínica	Saúde da Família	Total de participantes	Nº total de profissionais nas unidades²⁰	Porcentagem dos participantes
ACS	02	42	44	63 ²¹	69,84%
Aux. Enfermagem	30	12	42	86	48,83%
Enfermeiro	11	07	18	26	69,23%
Dentista	13	04	17	26	65,38%
ACD	07	04	11	17	64,70%
Médico	13	07	20	45	44,44%
			152 ²²	263	

A partir da análise dos questionários devolutos, o primeiro resultado a nos chamar a atenção, nesta exploração inicial, referiu-se à preponderância de vínculos regidos pela Consolidação das Leis Trabalhista (CLT) na realidade do município: a maioria dos trabalhadores, embora submetidos a processos seletivos ou, em outros casos, a concursos públicos, vincula-se à administração pública a partir de registro e assinatura em carteira de trabalho, caracterizando vínculos formais, embora distintos do Regime Jurídico Único (RJU).

Para melhor compreensão dessa realidade jurídica e de seus condicionantes, realizamos pesquisas junto às páginas eletrônicas do Supremo Tribunal Federal (STF) e da Ordem dos Advogados do Brasil (OAB)²³, dando conta da seguinte conjuntura: desde a Constituição Federal de 1988, instituiu-se o RJU (estatutário) para os servidores de todos os níveis da federação, bem como para as autarquias destes entes federados. No governo Fernando Henrique Cardoso, em 1998, aprovou-se, entretanto, Emenda à Constituição (Emenda 19), que alterou a redação da Constituinte, desobrigando os entes federativos de contratações sob o referido regime.

¹⁹ Centro Municipal de Saúde, denominação do município para as Unidades de Atenção Básica sem Saúde da Família.

²⁰ Sem considerar duas unidades de Saúde da Família que não participaram da pesquisa. A referência priorizou os totais contabilizados pela prefeitura municipal, já que, quando da coleta dos dados, existia diferença significativa entre os números disponibilizados pela Fundação Uni e aqueles fornecidos pela prefeitura.

²¹ Dois Agentes de Redução de Danos contados como Agentes Comunitários de Saúde, no cômputo geral dos dados.

²² Uma pessoa não preencheu o item *profissão* constante do questionário.

²³ <http://direito2.com/oab/2007/ago/2/stf-suspende-artigo-da-cf-sobre-contratacoes> Acesso em março de 2012.

Neste cenário, alguns partidos políticos considerados de esquerda e oposição ao governo da época (PT, PC do B e PSB) ajuizaram uma ADI (Ação Direta de Inconstitucionalidade) no STF, visando revogar a Emenda 19. No ano de 2007 foi concedido, em caráter liminar, ganho de causa aos proponentes, instituindo-se novamente a prerrogativa constitucional válida desde a promulgação da ADI 2135, em agosto daquele ano. Aos trabalhadores contratados anteriormente a este período permaneceria legítimo o vínculo já estabelecido quando da nomeação, independente de sua natureza.²⁴

O cenário das contratações jurídicas e seus respectivos regimes no interior da saúde pública, assim como a conjuntura das administrações diretas e indiretas é alvo de posicionamentos divergentes por parte dos estudiosos, gestores, sanitaristas e juristas comprometidos com o SUS. Assim, coexistem análises e defesas quanto às vantagens imprescindíveis do RJU para a prestação dos serviços públicos, por um lado, enquanto que por outro, apontam-se a constitucionalidade e legitimidade do Regime Geral da Previdência atrelado à CLT.²⁵

Na defesa dos regimes trabalhistas vinculados à CLT situam-se análises referentes às multifacetadas dimensões da precarização no trabalho. Neste cenário, a conceituação de “trabalho atípico” (conceito contra-hegemônico à concepção de “trabalho flexível” difundida pelo toyotismo) implicaria em empregos por tempo determinado, jornada em tempo parcial, subcontratação, associações de autônomos ou cooperados, informalidade, dentre outros (PIRES, 2006; GIRARDI et al., 2010), aspectos não presentes nas “contratações protegidas” presentes no vínculo jurídico celetista.

Assim, os contratos regidos pela CLT na administração pública, seja sob gestão direta ou das organizações sociais/fundações, são considerados como “empregos típicos”, contando com a “proteção social trabalhista e previdenciária, direito à negociação coletiva e cobertura jurídico-legal especial” (GIRARDI et al., 2010, p. 13); portanto não precarizados, podendo, por suposto, obterem ampla defesa.

²⁴ A pesquisa não objetiva aprofundar os embates jurídicos e legislativos referentes às contratações trabalhistas presentes no SUS. As inúmeras controvérsias, bem como as prolongadas análises do campo jurídico são aqui apontadas somente a título de ilustração, tendo em vista a não propriedade da pesquisadora para análises mais coerentes e adequadas ao campo constituído pelo Direito Geral, Direito Público e Direito Trabalhista. Assim, apontamos a existência de equívocos e inconsistências neste aspecto como uma das limitações deste estudo.

²⁵ Quanto à defesa da legitimidade da CLT, assim como das Fundações Públicas Estatais conferir nota publicada pelo Médico Pediatra e da Saúde Pública Gilson Carvalho, disponível em: http://www.planejamento.gov.br/secretarias/upload/Arquivos/seges/fundacao_estatal/artigos/080703_PFE_Art_a_dministradas.pdf Acesso em setembro de 2012.

Discussão e posicionamentos contrários são apresentados por Lucieni Pereira no artigo “Fundações Estatais na organização do Estado brasileiro.” Revista do Direito Sanitário, São Paulo, v.10, n.1, pp. 98-135, 2009.

As análises nesta perspectiva não contemplam a pertinência para a prestação dos serviços de saúde, da permanência e estabilidade prevista aos trabalhadores da gestão pública a partir da prerrogativa do contrato estatutário, em especial, no que se refere à atuação em Atenção Primária. Para este âmbito de cuidado no interior do SUS, as características do RJU podem contribuir com condições objetivas para o estabelecimento de compromissos e vinculações específicas à relação entre trabalhadores-população das Unidades Básicas.

Este cenário controverso relativo às qualificações dos vínculos trabalhistas, com suas respectivas disputas de interesse no contexto judiciário e fora dele, rege a política de recursos humanos em saúde de grande parte das municipalidades brasileiras, assim como a realidade apresentada nos resultados iniciais deste estudo.

Os dados coletados nesta primeira fase corroboram os resultados de investigação anterior, pautada em metodologia epidemiológica de desenho transversal, desenvolvido por Braga (2007) junto à Rede Primária. Dos 378 funcionários que responderam ao questionário proposto (incluindo trabalhadores afastados da função), 87% eram vinculados à Administração Direta via CLT²⁶; gozavam de férias e não gastavam parcela significativa de seu salário para transporte.

Assim, a partir da constatação da hegemonia de vínculos celetistas nos resultados da pesquisa de Braga (2007) e nos dados apresentados nos questionários da presente pesquisa, foram antecipadas as entrevistas com os gestores da Secretaria de Saúde municipal, objetivando compreender melhor a particularidade da conjuntura em tela.

Dessa forma, nas linhas abaixo passaremos a descrever e analisar os resultados obtidos com o recurso da entrevista semiestruturada desenvolvida com representantes da administração direta, assim como com a gestão da fundação estatal em atuação no município (Fundação Uni).

²⁶ O período que compreendeu o estudo de Braga, desenvolvido entre os anos de 2005-2007, não corresponde à gestão dos trabalhadores da Atenção Primária a partir de vínculos com a Administração Indireta, tendo como empregador a Fundação Uni. Anteriormente ao ano de 2009, as contratações trabalhistas encontravam-se administradas por entidade filantrópica municipal, responsável pela gestão salarial e de encargos, tendo em vista a resposta da gestão municipal às limitações da Lei de Responsabilidade Fiscal.

Quadro 3: Relações entre Vínculos Trabalhistas e Instituição Contratante

Empregador/ Tipo de contrato	Prefeitura	Fundação Uni	Totais Absolutos	Percentuais
Estatutário	01	0	01	0,65
Celetista	70	74	144	94,12
Celetista Temporário	0	08	08	5,23
			153	99,99

O diálogo com os gestores municipais corrobora o cenário dos números descritos no Quadro 03, apontando posturas de naturalização de uma conjuntura trabalhista regida pela CLT na saúde pública, bem como a presença de tensionamentos jurídicos representados pela fiscalização do Ministério do Trabalho e suas respectivas normativas para a atuação junto aos serviços públicos.

- A Prefeitura não tem estatutário, mas todos estão caminhando pra estatutário: pela Lei Federal do Ministério do Trabalho, em breve, até o final do ano, provavelmente, todos serão estatutários. Mas hoje, a Prefeitura é CLT, com uma legislação própria, com algumas incursões de estatutários. É uma legislação própria da Prefeitura, do Município. (Gestora).

- Então, na Atenção Básica hoje a gente tem: CLT via Fundação Uni e CLT Prefeitura. (Gestor).

- Então, o que muda, na verdade, pra Prefeitura, é a questão da estabilidade. Alguns benefícios que acabam ocorrendo, porém, com possibilidades de Processos Administrativos, como é Lei 500 e outras coisas. Mas com uma maior estabilidade. O estatutário hoje, a proposta que nos foi apresentada, nada por escrito, tudo de fala, é a questão de aposentadoria mesmo... que é o benefício para o servidor. (Gestora).

(Administração Direta – Gestores, grifos da pesquisadora)

A compreensão das exigências legislativas e jurídicas, bem como de seus exatos conteúdos, não foi discutida durante a entrevista, tendo em vista seu objetivo: conhecer a gestão da Atenção Primária e suas respectivas implicações. A referência apontada pelos gestores e, posteriormente discutida nos grupos focais, quanto às mudanças do regime celetista para o estatutário, a desenvolver-se na administração direta, não teve, igualmente, exploração adequada, considerando-se os limites do conhecimento jurídico e legal da pesquisadora.

Aliada à necessidade de compreensão acerca da gestão da Atenção Primária, somou-se o objetivo de analisar os trâmites que ensejaram mudanças contratuais

(especialmente, em nosso caso, dos trabalhadores vinculados às USF), quais sejam: a modificação do estatuto de *empregador*, anteriormente exercido por *associação filantrópica municipal* e, posteriormente, por *fundação estatal*²⁷.

Qual a necessidade que ensejou tal mudança contratual? Quais os motivos do encerramento das contratações a partir da associação filantrópica? Como surge a fundação responsável pela empregabilidade atual de trabalhadores lotados em unidades de saúde de distintas finalidades?

Algumas respostas possíveis, aliadas a análises relativas ao contexto social internacional e nacional, encontram-se descritas no decorrer das páginas que se seguem.

Inicialmente, apontamos que, no tocante à citada “legislação própria” descrita acima pelos gestores, Girardi et al. (2010) nos apresenta considerações quanto à presença deste recurso jurídico em parcela significativa dos municípios brasileiros, em especial no que tange às contratações da força de trabalho vinculada à ESF, bem como as justificativas ideológicas para essa conjuntura nos serviços estatais:

No marco legal da administração pública vigente, para praticar contratos plenamente protegidos, não resta alternativa aos municípios senão a criação de cargos públicos em órgãos do poder executivo e o correspondente vínculo estatutário. A legalidade transitória e ainda precária do contrato temporário ou a transferência da operação de serviços essenciais como a atenção primária à saúde ao setor privado – a terceirização – são, no quadro, as únicas alternativas, no direito administrativo, que permitem a flexibilidade gerencial pretendida para a gestão eficiente dos contratos de trabalho, alternativas, diga-se de passagem, que não asseguram a proteção plena. (GIRARDI et al., 2010, p. 21).

Outra característica historicamente associada à força de trabalho em saúde vinculada à ESF, diz respeito à natureza de seus empregadores, definida em grande parte dos municípios a partir de vínculos com a administração indireta.

Sobre a hegemônica presença de organizações sociais na gestão dos trabalhadores das USF, cartilha explicativa organizada pelo Ministério da Saúde conjuntamente com o Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (BRASIL, 2007b), sinaliza que as chamadas *fundações estatais* não se constituem em realidade somente nos níveis primários da atenção à

²⁷ A terminologia aplicada à administração indireta referenciada nas fundações sofre variações, ora sendo empregados os termos fundação estatal, ora fundação pública, ora ainda fundação pública estatal, como se verifica nas seguintes publicações: http://www.planejamento.gov.br/secretarias/upload/Arquivos/seges/fundacao_estatal/artigos/080703_PFE_Art_a_dministradas.pdf e http://www.planejamento.gov.br/secretarias/upload/Arquivos/seges/fundacao_estatal/arquivos/081003_PFE_Arq_cartilha.pdf Acessadas em setembro de 2012.

saúde no SUS. Na origem, concebidas “visando a superação do estrangulamento na área hospitalar, seu objetivo era propor ajustes na gestão pública, utilizando mecanismos legais que permitissem maior autonomia sem abandonar o controle pelo Estado brasileiro” (BRASIL, 2007b, p. 04).

Inserida no contexto da Reforma do Aparelho de Estado, objetivando maior poder regulatório, fiscalização, avaliação criteriosa e, por consequência, a pretensão de “maior eficácia” e “eficiência” aos serviços públicos, as fundações são apontadas como um “novo organismo de administração pública, com flexibilidade e autonomia mais amplas do que as atuais autarquias e fundações públicas de direito público” (BRASIL, 2007b, p. 05).

A referida proposta organizativa pautada em gestões indiretas “não é exclusiva para hospitais ou mesmo apenas para a área de saúde. Pode ser criada para o exercício de funções estatais em que não seja necessário o uso do poder de polícia do Estado. Trata-se de um novo ente jurídico para compor a administração pública brasileira” (BRASIL, 2007b, p. 05).

As diferenças entre esse novo organismo da administração e a privatização dos serviços públicos é abordada pelo documento, frisando-se o papel regulatório do Estado. Outro ponto de destaque refere-se aos atribuídos “avanços” na gestão dos recursos humanos sob a vigência das fundações, com ênfase na eliminação da “precarização do trabalho, dos contratos por fundações de apoio, de outras terceirizações e dos baixos salários”, além de “forte motivação dos trabalhadores, com salários e direitos justos, com ganhos associados também à qualidade e aos resultados pactuados” (BRASIL, 2007b, p. 10).

Na realidade do município pesquisado, anteriormente ao estabelecimento de uma fundação estatal, iniciaram-se as implantações das equipes Saúde da Família em paralelo às já estabelecidas Unidades de Atenção Básica. As contratações dos trabalhadores específicos para a composição de USF foram viabilizadas, nessa ocasião, por convênios com associação filantrópica.

- Não tinha os cargos. Pra vir pra Prefeitura tinha que criar esses cargos e aprovar: ser aprovado o cargo de médico de 40 horas semanais, agente comunitário de saúde... (Gestor).
- E aí eles todos foram contratados pela ADEFIB [Associação dos Deficientes Físicos de Botucatu], nesse momento? (Pesquisadora).
- Isso. Pela ADEFIB. (Gestor).
- Porque na Prefeitura tem que se criar a vaga, criar o cargo. É um projeto de lei, que passa pela Câmara, cada vaga, cada cargo que é criado.... (Gestora).
- E foi a saída que se deu... Desde que começou a se implantar PSF, essa coisa de **convênio**. (Gestor).

- É. *Em todo o país, né. (Gestora).*
(Administração Direta – Gestores)

O processo explicativo apontado na entrevista dá conta de como os municípios, nos seus bastidores de gestão, organizaram-se, em grande parte do território nacional, para realizar a composição dos quadros da ESF, especialmente aqueles nos quais esse modelo era implantado em paralelo às UBS já existentes: a partir de *convênios* com *associações* (filantrópicas ou não) responsáveis pela gestão das verbas e caracterizadas, administrativamente, como empregadoras.

Importante salientar que a prática de estabelecimentos de convênios entre a esfera pública e organizações privadas e/ou filantrópicas não é nova, como demonstra a literatura da área. De acordo com a história de atuação do Estado na definição de políticas de saúde no Brasil, se anteriormente aos anos 1980 tal prática caracterizava-se eminentemente pela prestação de serviços financiados pelo poder público (MENDES, 1995); na atualidade, as instituições conveniadas responsabilizam-se também pela gestão dos trabalhadores e de seu processo de trabalho.

Conforme nos aponta Mendes (1995), desde os anos 1990 a organização da atenção à saúde brasileira é constituída por três subsistemas: o de alta tecnologia, de atenção médica supletiva e o subsistema público. Este último definido tanto por serviços prestados pela esfera estatal diretamente, quanto pelas esferas privadas pactuadas com o Estado, recebendo daí seu financiamento.

É assim que, direta ou indiretamente, consolidou-se no país, conjuntamente a Constituição Cidadã de 1988, o projeto neoliberal, definido por Mendes (1995) como a “reciclagem do modelo médico assistencial privatista” (p. 59).

Na atualidade, esta conjuntura encontra-se ideológica e legislativamente consolidada pelas limitações nas contratações diretas realizadas pela administração pública desde a Lei de Responsabilidade Fiscal (2000) e a promulgação da Emenda 19 à Constituição.

Historicamente, desde sua implantação no país, a força de trabalho do então PSF necessitou do estabelecimento de estratégias como “legislações municipais especiais” e terceirizações para que a política nacional se efetivasse.

Importante considerar que o esforço de grande parte das gestões municipais visando a implementação de equipes Saúde da Família, mesmo em localidades nas quais a rede de Atenção Básica já se encontrava relativamente estruturada, justificou-se, em muitos casos, mais pelo repasse de verbas condicionado a definição da Política Nacional, e, por

vezes, menos pela compreensão ideológica acerca do papel deste modelo assistencial na reestruturação dos cuidados à saúde no Brasil.

Nesse sentido, pode-se inferir que muitos gestores adequavam-se à implantação de USF em seus municípios sem a finalidade dirigida para o fato político de o modelo ter como eixo norteador a transformação da atenção hospitalocêntrica-curativa, como disposto na Portaria 648/2006 (BRASIL, 2006a) e na vigente Portaria 2488/2011 (BRASIL, 2011).

Essa realidade é abordada na literatura da área, salientando-se que desde o início da implementação de políticas sociais pelo Estado, seu mecanismo de garantias de aplicabilidade dá-se condicionado pelo repasse de verbas às demais instâncias federadas. O critério do financiamento, assim, encontra-se atrelado à descentralização do SUS.

A crítica central consoante a esta forma de execução de políticas estatais na saúde pública remete-se à constatação de práticas centralizadoras de decisões e recursos financeiros por parte da União enquanto se repassa responsabilidade e atribuições aos municípios. Para Marques e Mendes (2002), a partir de 1998, com a instituição do Piso da Atenção Básica, esta se tornou uma prática consolidada administrativamente:

Na medida em que esses recursos são vinculados aos programas incentivados pelo MS, como é o caso do PSF, não podendo ser direcionados para outros fins na área da saúde, muitas vezes os municípios enfrentam situações onde falta o necessário até mesmo para manter sua rede de unidades básicas, quanto mais para os demais serviços de atenção à saúde. Isso é o reflexo da política tutelada de descentralização, em que ao incentivar a despesa em determinados programas, impede que os municípios definam livremente sua política de saúde, introduzindo o paradoxo da existência da “pobreza”, em um quadro de recursos “abundantes” e garantidos pelos incentivos. (MARQUES; MENDES, 2002, p. 171).

Assim, consoante às limitações financeiras/orçamentárias dos municípios, bem como às suas diversidades regionais, e aos documentos oficiais, especialmente, o Relatório Final da 11ª Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 2002b), as normativas para a NOB-RH-SUS (BRASÍLIA, 2002a), o caderno CONASS Documenta 04 (BRASIL, 2004) e o relatório do Desprecariza-SUS (BRASIL, 2006c); em conformidade ainda com as restrições da Lei de Responsabilidade Fiscal, se identifica em escala crescente uma diminuição dos trabalhadores em contratação direta na Saúde Pública e na Atenção Primária, em específico.

Se a partir da revisão bibliográfica da área não podemos afirmar ser essa uma realidade inédita, os dados discutidos neste estudo evidenciam o agravamento desta conjuntura iniciada na década de 1980, amplamente referendada nos governos dos anos 1990

e em plena vigência a partir de 2000. Não sem contradições e tensionamentos dos movimentos de trabalhadores e intelectuais da Saúde Coletiva e Saúde Pública, no entanto.

Na realidade da pesquisa, desde a inauguração das USF, em 2003, os trabalhadores eram contratados por uma *associação* filantrópica destinada a receber o repasse de verbas e a realizar os pagamentos salariais, sem possuir uma função propriamente de gestão da organização do trabalho e de seu processo.

Contexto que sofreu essencial modificação, a partir da exigência federal de que as parcerias público-privadas fossem instrumentalizadas por **contratos de gestão** com *Organizações Sociais* ou *Fundações Estatais de Direito Privado*²⁸:

- A ideia é que funcione dessa forma: por exemplo: a Prefeitura... foram estabelecidas metas de trabalho; estão sendo estabelecidos programas, normas, regras... mesmo os programas de ascensão, de atendimento, que a Fundação deve cumprir. E isso tem um grupo de avaliadores pra verificar se a Fundação está cumprindo ou não. Senão, o contrato, teoricamente, ele é rompido. (Gestora).

- E da ADEFIB foi assim ou não? (Pesquisadora).

- Não! Da ADEFIB **era Convênio. Agora não é Convênio, é Contrato de Gestão.** (Gestor).

- E quem dita as regras, as normas é o Secretário da Saúde, é o Município. É a gestão municipal. (Gestora).

- É a gestão municipal que tá... como se fosse terceirizando pra ela fazer aquele trabalho? (Pesquisadora).

- Só que ela encomenda o trabalho: eu quero... eu estou te contratando para gerir tantas Unidades de Saúde: eu preciso que você preste assistência à saúde da criança, do idoso, mais isso e isso... dessa forma. E te dou o dinheiro pra você fazer isso. (Gestora).

(Administração Direta – Gestores, grifos da pesquisadora).

A partir da institucionalização das Organizações Sociais (OS) promovidas pela Lei nº 9.637 de 1998, com a criação do Programa Nacional de Publicização, e com o reforço Lei Complementar 101 de 2000, as contratações de novos trabalhadores além de serem indiretas, contam com a prerrogativa de que tais organizações ou fundações firmem com o poder municipal um *contrato de gestão*,²⁹ definidor de um plano de trabalho e, fundamentalmente, centrado em metas.

O projeto [das fundações estatais] tem como propósitos a eficiência, a qualidade e o compromisso com a manutenção dos princípios do SUS.

²⁸ As aproximações e distanciamentos estabelecidos entre Fundações Estatais e Organizações Sociais são melhor exploradas e analisadas em: Pereira, L. Fundações Estatais na organização do Estado brasileiro. **Revista do Direito Sanitário**, São Paulo, v.10, n.1, pp. 98-135, 2009.

²⁹ Durante a realização desta pesquisa, não foi possível termos acesso ao conteúdo do contrato de gestão citado, apesar de solicitações variadas aos coordenadores responsáveis.

Algumas das limitações hoje encontradas no SUS relacionam-se a duas grandes causas: financiamento insuficiente e gestão inadequada. O projeto tem por finalidade dar melhores condições para que os objetivos do SUS sejam implementados com mais profissionalismo gerencial e, sobretudo, com instrumentos mais ágeis. (BRASIL, 2007b, p. 08).

Importante retomarmos que os contratos de gestão originam-se dos instrumentos de gerência empregados na administração por objetivos ou administração sistêmica por resultados, conforme Ibañez et al. (2001). Sua principal finalidade é induzir a uma maior participação e à responsabilização na operacionalização de objetivos e metas. Em contrapartida, a administração central concede à local maior autonomia gerencial liberando-a do controle dos meios, que passa a ser realizado sobre os resultados alcançados.

Tais prerrogativas encontram-se respaldadas no novo modelo de gestão implementado nas organizações toyotistas de produção “enxuta” ou “lioofilizada”, conforme sinalizam diversos autores, dentre eles Antunes (2002). No que se refere à gestão em saúde, Campos e Campos (2008) nos apontam, em complemento, o seguinte exemplo:

O método denominado ‘atenção gerenciada’ (managed care), que vem sendo proposto para os serviços de saúde, é exemplar dessa tendência. Imagina diminuir custos e aumentar a eficácia do trabalho em saúde, retirando dos profissionais, particularmente dos médicos, a capacidade de decisão sobre o próprio trabalho clínico. Esse poder é passado aos gerentes, que por meio de minuciosos protocolos - padronização de condutas diagnósticas e terapêuticas – controlam e determinam o que fazer no cotidiano dos trabalhadores. (p. 233)

Em uma análise inicial e centrada no aparente, no concreto abstrato, os contratos de gestão entre administração direta e fundações de direito privado adquirem um caráter de avanço, de transparência, de compromisso com os resultados e maior eficiência dos órgãos do Estado. Portanto, um caráter de moralização dos gastos públicos, tendo-se em vista as prerrogativas ideológicas de eficácia e qualidade total.

Dada a hegemonia liberal que advoga a ação estatal mínima, visando a maior produtividade de renda e serviços, assim como a “excelência” no produto, os instrumentos da administração e gestão adquirem um imagem fetichizada. Tudo se passa como se, pelo simples fato de serem utilizados, *per se*, e na comparação com a ausência de controle de resultados anteriormente aplicada os executores do Estado adquirissem maior seriedade, responsabilidade e controle social, sendo assim referendados e naturalizados seus objetivos.

- E o Ministério da Saúde hoje **não aceita esse tipo de convênio. Tem que ser contrato de gestão, tem que ser Fundação.** Ou mesmo o Município arcar com as contratações. (Gestor).

[...]

- Existe uma discussão de que a Fundação Uni vai pegar tudo, a Atenção Básica como um todo. Existe uma discussão, inclusive amanhã vai ter uma reunião. (Gestor).

- Tem essa tendência, vocês acham, de migrar os trabalhadores? (Pesquisadora).

- É a proposta. (Gestora).

(Administração Direta – Gestores, Grifos da pesquisadora)

A necessidade do controle acerca das ações e programas do Estado, de seus gastos, da resolubilidade dos serviços fornecidos, não encontra, nesta pesquisa, defesa oposta: constituem-se, sim, em aspectos fundamentais a envolver a gestão pública e necessitam de fiscalização, regulação e avaliações sistemáticas por parte dos trabalhadores de saúde, dos usuários e da sociedade. Daí a constante defesa do princípio organizativo do SUS pautado no Controle Social, e a imprescindibilidade de sua atuação autônoma e desinstitucionalizada, a partir, fundamentalmente, dos movimentos sociais.

Nas análises relativas ao processo saúde-doença e no que tange à gestão do cuidado, porém, o próprio *processo de trabalho* é fator determinante; condição indispensável e imbricada aos indicadores e metas em saúde, assim como ao desenvolvimento de autonomia dos usuários. Desta forma, as atividades e *ações-meio* possuem a mesma relevância e centralidade que os resultados e metas a serem alcançados.

Mendes-Gonçalves (1979), a partir das análises marxistas dos elementos do trabalho, remete-nos à constatação de que o trabalho médico e, assim, o trabalho em saúde, é sempre um *serviço*, não assumindo forma autônoma como mercadoria, no mundo real. Daí que o ato de sua produção é indissociável ao ato de seu consumo: o que se consome é o próprio cuidado, com limitações para se estabelecer, em toda circunstância, as distinções entre *objeto* e *produto*; entre *produto* e *processo*.

Aliado a este aspecto, é necessário compreender os contratos de gestão em suas determinações macropolíticas, econômicas e ideológicas, sem as quais quaisquer melhorias nos indicadores de saúde e na racionalização e resolubilidade dos gastos públicos representariam uma análise parcial.

Com a reorganização das formas de trabalho na sociedade atual definidas pelos padrões toyotistas, a gestão (pública ou privada) dos trabalhadores e dos produtos/serviços é regida pelo padrão da “qualidade total”, da “transparência” e “corresponsabilização no controle”. Cumpramos repetirmos que tal reestruturação produtiva encontra-se como resposta às

crises de acumulação do capital, dado o esgotamento do modelo taylorista-fordistas, em que pese sem a extinção total de seus padrões de ação.

Vem daí o corolário que advoga maior controle dos gastos da máquina pública e minimização de seu escopo, objetivando o aumento da produtividade e o “padrão de excelência” dos produtos e dos serviços ofertados. Para a produção das mercadorias, a defesa da “qualidade total”, constitui-se como nos explica Antunes (2002), em uma “falácia”:

A necessidade imperiosa de reduzir o tempo de vida útil dos produtos, visando aumentar a velocidade do circuito produtivo e, deste modo, ampliar a velocidade da produção dos valores de troca, faz com que a “qualidade total” seja, na maior parte das vezes, o *invólucro*, a *aparência* ou o aprimoramento do *supérfluo*, uma vez que os produtos devem durar pouco e ter uma reposição ágil no mercado. (p. 26. Grifos no original).

Este cenário organizacional do mundo do trabalho sob as novas gestões da produção traz consigo violências embutidas, como nos mostra as pesquisas de Barreto (2006); Franco, Druck e Seligmann-Silva (2010), somados aos dados dos estudos de Seligmann-Silva (2011). Multifacetadas e diversas tipologias da violência expressas no assédio moral, nos transtornos e desgastes mentais, nas humilhações sofridas pelos trabalhadores, além de nos acidentes e agravos à saúde e à integridade física, como aprofundaremos à frente, nas reflexões oportunizadas pelos resultados obtidos nos grupos focais.

Os serviços públicos com suas especificidades determinam diferentes manifestações das análises tecidas acima, sem, no entanto, deixar de imbricar-se nelas e igualmente produzir e reproduzi-las, sempre com seus tensionamentos e de maneira não linear. Assim, as ações estatais e públicas encontram-se igualmente determinadas pelos condicionantes macroestruturais políticos, econômicos e culturais da sociedade atual.

Os *processos* de produção (de produtos ou de serviços/públicos ou privados) geram consigo *relações* determinadas, com suas articulações ideológicas referentes às interações interprofissionais: os papéis relativos ao poder e hierarquia, ou, em outras palavras, a divisão técnica e social do trabalho.

Desta forma, o trabalho em saúde não prescinde de suas divisões (técnicas e sociais) para desenvolver-se, conforme nos ensina Peduzzi (1998), embora seja sempre coletivo e não alcance suas finalidades em ações fragmentadas. A produção em saúde, assim, só pode ser definida pela sua articulação com as demais estruturas sociais e suas práticas, de acordo com Mendes-Gonçalves (1979).

A organização e gestão do *processo*, do *andamento* das atividades no interior das Unidades de Saúde, desta forma, constituem-se em elementos condicionantes ao desenvolvimento do cuidado ofertado, assim como o são as condições gerais em que exercem sua função os trabalhadores, independentemente de sua posição na divisão do trabalho.

Nesse cenário, temos instituído dois distintos empregadores e gestores atuando na Atenção Primária de grande parte dos municípios brasileiros, incluindo o local desta pesquisa. Na primeira etapa da coleta de dados, como dissemos, as gestões municipais encontravam-se em momento de contratações e/ou recontrações de trabalhadores, bem como de remanejamento para cobrir ausências em determinadas funções em diferentes âmbitos da atenção.

- *E tem diferença do celetista da prefeitura e do celetista da Fundação Uni? (Pesquisadora).*
 - *A estabilidade, né: a Fundação Uni não é concurso público, é processo seletivo. E a Prefeitura é concurso público. (Gestora).*
 - *Mas daqui pra frente a Prefeitura não vai mais fazer concurso público. Pra Secretaria de Saúde, não. (Gestor).*
 - *E qual que foi o último? (Pesquisadora).*
 - *Foi há dois anos [2008]. Os de auxiliares de enfermagem, administrativo, foi prorrogado e está válido, tanto que nós pedimos contratação agora. (Gestor).*
 - *Há dois anos tivemos concurso público pra Prefeitura e esses que estão acontecendo agora são Processos Seletivos para a Fundação. (Gestora).*
- (Administração Direta – Gestores).**

O diferencial essencial atribuído à estabilidade na função, garantida como direito atrelado às contratações estatutárias, além de possibilitar ao trabalhador benefícios integrais no momento de sua aposentadoria, constitui-se igualmente em garantia importante de novas contratações na administração direta, dada a prerrogativa do preenchimento de um *cargo* em vacância. Na medida em que um cargo existe e é desocupado, sua reposição passa a ser uma exigência, o que contribui com o caráter de permanência das políticas sociais.

Ao considerar a necessidade desse debate, especialmente no tocante aos direitos adquiridos e a vinculação dos trabalhadores às fundações estatais, o governo brasileiro apresenta as seguintes considerações: os contratos firmados mediante a “CLT não dará ao gestor da unidade o direito de demitir sumariamente”, por outro lado, salienta-se que “o servidor estatutário, desde a Emenda Constitucional nº 19, pode ser demitido por insuficiência de desempenho” (BRASIL, 2007b, p. 14).

Importante considerar que a ADI 2135 de agosto de 2007 e sua prerrogativa de contratação dos servidores públicos a partir do RJU, não implica, de acordo com alguns

juristas, extensão aos trabalhadores das fundações estatais, especialmente àquelas instituídas como de direito privado, portanto, não consideradas autarquias. Daí a possibilidade de omitir-se frente às exigências de estabilidade na prestação de funções públicas:

O Estado tem a opção de instituir fundações com personalidade de direito público ou privado. Na primeira hipótese, a fundação tem precisamente o mesmo regime jurídico das autarquias, sendo, por isso mesmo, chamadas de autarquias fundacionais. Essa interpretação é coerente com o intuito do legislador constituinte, que somente quis estender o Regime Jurídico Único e a estabilidade excepcional prevista nas disposições transitórias aos servidores que integram a administração direta, as autarquias e as fundações públicas, ou seja, aos servidores que têm vínculo com pessoas jurídicas de direito público. [...] A contrário sensu, os servidores que têm vínculo com fundações de direito privado não foram alcançados pelos referidos dispositivos constitucionais, exatamente pela diversidade de regime a que se submetem. (DI PIETRO, s/ano).

Lembramos que as fundações ou organizações sociais constituem-se, em sua maioria, de estatutos regidos pelo Direito Privado. Os quadros apresentados adiante (quadro 04 e 05) nos oferecem em números, essa realidade dos contratos de trabalho no município pesquisado e seus contratantes, bem como algumas características referentes ao tempo exercido na função pelos participantes que responderam aos questionários enviados.

Quadro 4: Tempo de Trabalho na Unidade de Saúde atual e Instituição Contratante

Empregador/ Tempo de Trabalho	Prefeitura	Fundação Uni	Totais Absolutos	Percentuais
Até 01 ano	06	21	27	17,65
01 a 05 anos	39	42	81	52,94
06 a 10 nos	12	19	31	20,26
Mais de 10 anos	14	00	14	9,15
			153	100

Quadro 5: Tempo de Trabalho na Saúde Pública e Instituição Contratante

Empregador/ Tempo de Trabalho	Prefeitura	Fundação Uni	Totais Absolutos	Percentuais
Até 01 ano	02	50	52	4,61
01 a 05 anos	06	05	11	36,84
06 a 10 nos	17	22	39	25,66
Mais de 10 anos	46	04	50	32,89
			152³⁰	100

³⁰ Uma pessoa não respondeu a questão.

Importante destacar que as entrevistas, bem como as discussões nos grupos focais, expressaram dúvidas, desconhecimentos e ansiedades dos trabalhadores quanto ao contexto de transições relativas aos vínculos contratuais (no que se refere à alternância de associação filantrópica para fundação estatal, bem do regime celetista para estatutário descrita como a ocorrer na administração direta).

(...) mas assim, qual que é a dificuldade, que eu sinto, né; quando eu comecei a trabalhar, eu estranhei muito isso, né: “ah, eu vou prestar um serviço pra prefeitura, mas não sou funcionária pública, né.” Até os meus pais, quando eu passei; mas depois, eu fui acostumando, né. Porque antes todo mundo que trabalha nos postos de saúde era funcionário público porque antes era só UBS, né. (Paula Lima)

(Unidade Saúde da Família - Agente Comunitário de Saúde).

Além das entrevistas realizadas com os gestores da Administração Direta, também foi desenvolvida essa técnica com a gestão da Fundação Estatal de Direito Privado com atuação na cidade.

O objetivo a nos guiar referiu-se ao conhecimento de sua história no município, seu planejamento e formas de atuação. Pautávamo-nos ainda na necessidade de aprimorar a compreensão acerca dos mecanismos administrativos adotados na relação com os trabalhadores, além de abordar pontos significativos do contrato de gestão estabelecido com o poder municipal.

- Então, desde 2009, quando a Fundação Uni se tornou uma Organização Social, ela ficou responsável pela gestão da Saúde da Família, Vigilância Ambiental, Saúde do Trabalhador e pelo Programa DST, HIV-AIDS.

Para 2011 a proposta é expandir e implantar em mais seis unidades o PACS.

Nossa ação tem sido ampla na Educação Continuada porque ainda temos uma formação e uma atuação muito biologizante, diferente da proposta de clínica ampliada, de projeto terapêutico singular. A ideia é fazer os treinamentos em trabalho, além do curso preparatório para aqueles que estão ingressando agora. (Gestora).

(Administração Fundação Estatal – Gestores)

Na definição dos objetivos, metas e propostas para o trabalho da fundação junto aos programas e serviços da saúde municipal foram destacadas suas origens, voltadas para a educação continuada em saúde, como consta em seu estatuto.

Os direcionamentos principais do estatuto de criação da Fundação Uni referem-se ao diálogo entre as constituídas instituições de ensino em saúde e as unidades e serviços de atenção da localidade. Conforme transcrito abaixo:

Art. 2º - A Fundação UNI rege-se pelos princípios de liberdade de pensamento e de expressão e tem como objetivo permanente o apoio à formação de profissionais, ao desenvolvimento do Sistema Local de Saúde e à organização da Comunidade, por meio da articulação de uma prática pedagógica inovadora, aliada a redefinição da atenção à saúde e das práticas sociais, em direção a promoção da saúde e da qualidade de vida. (FUNDAÇÃO UNI, s/d, p. 01).

Como já indicado anteriormente, a referida Fundação tem como foco a formação de profissionais de saúde em união com a comunidade, cujo desenvolvimento iniciou-se em 1992, patrocinado pela fundação americana W. K. Kellogg.

A fundação W. K. Kellogg tem seu contexto de origem na década de 1940-50 na sociedade norte-americana, conjuntamente com as reflexões e intervenções da Medicina Preventiva, Medicina Comunitária e Medicina da Família, voltadas às populações excluídas do mercado dos seguros de saúde e incentivadas pelas políticas keynesianas de Estado.

A partir das prerrogativas do cuidado primário à saúde voltadas para a América Latina e financiadas pela OPAS, fez-se presente na história do continente na década de 1970, contemporaneamente à criação dos Departamentos de Medicina Preventiva pelas principais Universidades de diferentes países. (PAIM, 1995; MENDES, 1995).

Neste cenário, importantes ressalvas são descritas por Paim (1995), especialmente no tocante a perspectiva histórica de instituições relativas às áreas acadêmicas, (como a Medicina Preventiva e da Família), ou destinadas a ações práticas (financiadas pela OPAS/Kellogg): todas elas ensejam discussões sobre projetos de intervenção no ensino e no serviço de saúde. No entanto, não são capazes de gerar correntes específicas de produção teórica.

Em razão das reflexões suscitadas por este cenário acadêmico, político e social no interior das instituições nas décadas de 1940 e 1950, entretanto, foi possível a emergência da Medicina Social Latino-americana; esta, sim, produtora de novos conhecimentos em saúde. (PAIM, 1995).

Como contribuição para a contextualização da ideologia que embasa os princípios da Fundação Kellogg podemos nos referenciar nas análises de Schraiber e Machado (1997) quando da realização de um balanço histórico sobre os trabalhadores de saúde. Chamam a atenção as autoras para a ênfase nos “recursos humanos como pessoas portadoras de saber”,

“como sujeito privado detentor de conhecimento complexo” (p. 283) que permeou a reforma médica dos anos 1940-50 nos Estados Unidos. Contexto no qual origina-se a Fundação Kellogg.

A difusão dos princípios e formas de atuação da referida Fundação para toda a América do Sul pressupunha, dentre outros elementos, a concepção de que “toda uma recomposição da prática médica [seria] esperada [e possível] tendo por base mudanças no ensino médico” (p. 283-4).

Observemos a natureza exterior ao trabalho desta proposição. Atribui à Educação o valor de determinante dos fenômenos do mundo do trabalho, ao supor a possibilidade de alterar os recursos humanos por anterioridade relativamente às condições concretas no trabalho e esperar que eles atuem como agentes de mudança da própria prática. Para problemas do tipo: fragmentação na assistência médica, elitização do consumo e restrição do acesso aos serviços; qualidade variável na produção dos cuidados; cuidados muito diferenciados pelos diversos segmentos populacionais; insuficiência “resolutiva” dos serviços; e, por fim, descontinuidade da assistência, o instrumento de transformação pensado foi exclusivamente o próprio trabalhador, com base na transformação de sua formação escolar. (SCHRAIBER; MACHADO, 1997, p. 284).

De acordo com esses princípios originários, a Fundação Uni encontra-se implantada desde 1997 em Botucatu, tendo, no entanto, ampliado seu escopo e diretrizes de atuação após ser encampada pela administração direta em 2009, não se restringindo às relações entre educação e serviços, mas incluindo a gestão do próprio trabalho em saúde.

Seus objetivos estatutários, bem como suas concepções e ideais encontram-se consoantes aos elementos de análise apontados acima por Paim (1995), Schraiber e Machado (1997). Alguns exemplos os ilustram com clareza, conforme a transcrição abaixo retirada dos objetivos descritos em seu Estatuto:

- I.- estimular e apoiar os movimentos de progresso e o desenvolvimento de atividades sincrônicas na educação, na prestação de serviços de saúde e na Comunidade;
- II - criar e difundir modelos passíveis de replicação, referentes a estes três campos: Universidade - Serviços de Saúde - Comunidade;
- III - apoiar modelos de integração docente-assistencial no âmbito do Sistema Local de Saúde, baseados no trabalho multidisciplinar e multiprofissional e na inovação de métodos pedagógicos;
- IV - promover o aprimoramento da formação profissional dos graduandos na área da saúde, adequando-os à futura prática profissional e às necessidades de saúde da Comunidade. (FUNDAÇÃO UNI, s/d, p. 01-02).

Ainda quanto aos objetivos da Fundação W. K. Kellogg e sua presença no estatuto da Fundação Uni municipal, temos a considerar, como alguns relatos nesta pesquisa sugerem, a ênfase apresentada no papel da formação escolar; centrada nas práticas, e, portanto, no pragmatismo das ações em saúde, cuja qualidade dos cuidados é atribuída à (in)adequada formação dos trabalhadores.

Embora concordemos com o fato de que a problemática da formação dos trabalhadores necessite ocupar função de merecido destaque para reflexões, críticas e transformações, é importante salientarmos a defesa, nesse estudo, de que a prestação de cuidados adequados no campo da saúde pública não se restringe à educação escolar e/ou à chamada educação continuada/permanente.

Assim, nos posicionamos em conformidade às análises de Schraiber e Machado (1997) quanto às relações entre educação, formação e trabalho no interior das unidades de saúde:

Observamos nessas proposições que há redução importante do problema. Elege-se o trabalhador como componente capaz de responder por toda a produção dos serviços e condições concretas do trabalho. Além disto, ele próprio surge como um mero aplicador dos conhecimentos adquiridos, uma vez que adquirindo outros conhecimentos ele, automaticamente, mudaria sua prática e o mundo do trabalho! Deixando mais claro, os problemas *do trabalho* são transformados em problemas apenas do desempenho pessoal e individual do trabalhador, como se fossem apenas problemas de seu *domínio em um saber-fazer*. Em segundo lugar, esse domínio de um saber-fazer, isto é, domínio de uma *efetiva tecnologia de trabalho*, reduz-se a *deter saberes ao término de uma capacitação escolar*. (SCHRAIBER; MACHADO, 1997, p. 284, grifos no original).

Além da ênfase na educação em serviço, os processos de compra de insumos e as licitações na realidade do município em tela encontram-se delegados à fundação estatal, desde sua constituição como organização social, em 2009, objetivando desburocratizar alguns trâmites financeiros e licitatórios. Assim, diversas são as atribuições da gestão dos serviços de saúde sob sua responsabilidade, expandindo-se, portanto, suas perspectivas de ação e suas atividades fins.

O Contrato de Gestão com a Prefeitura está sendo finalizado. A partir de agora a Fundação Uni também assumirá as compras relativas à Saúde... das Unidades. Então, isso também está sendo inserido no termo aditivo do Contrato de Gestão; provavelmente, nessa próxima quinta-feira³¹, ele será assinado. Isso é importante porque a Secretaria de Saúde tem dificuldade de

³¹ Entrevista realizada em setembro de 2010.

comprar, pois precisa fazer as licitações juntamente com as outras Secretarias da Prefeitura; e também tem que ver sempre o menor preço, com alguns fornecedores definidos pelas licitações. A Fundação Uni poderá ter mais liberdade para definir melhor os fornecedores e fazer compras com maior grau de autonomia.

Nós temos na Fundação uma Comissão de Auditoria, então, tudo isso é analisado também, além das auditorias do TCU... essa Comissão é composta por vários representantes: do Conselho de Saúde do Município, dos profissionais e representantes da Câmara Municipal também. (Gestora).
(Administração Fundação Estatal – Gestores)

Quanto à atuação junto a Atenção Primária, a gestora entrevistada enfatiza que o contrato de gestão pauta-se no objetivo de redução de indicadores epidemiológicos ruins, na otimização dos espaços de reuniões de equipe para definição de estratégias visando à alteração de tais índices, além de aproximar mais os trabalhadores dos distintos modelos tecnológicos, tendo em vista a minimização dos conflitos existentes.

A ênfase é colocada nos fins; portanto, nas metas e resultados, em detrimento e/ou de maneira independente de análises mais aprofundadas e reflexões coletivas quanto aos processos *meios* e a organização do trabalho específica de cada realidade da Unidade de Saúde.

A ideia é que a Fundação Uni se responsabilize pela gestão de toda a atenção básica. O contrato de trabalho não vai mudar, mas nós iremos gerir o trabalho das unidades todas e os trabalhadores de prefeitura serão “cedidos” para a Fundação Uni.

Estamos tentando reduzir esses abismos entre unidades Saúde da Família e Unidades tradicionais, até porque a ideia é fazermos a gestão de toda rede de atenção básica. Estamos fazendo reuniões conjuntas, não mais separando por modelo; os coordenadores também são os mesmos, tudo na tentativa de afinar o discurso também. Até porque as unidades tradicionais tem a proposta de se tornarem policlínicas fazendo um trabalho por região, serem equipes satélites. (Gestora).

(Administração Fundação Estatal – Gestores).

Conforme o relato acima nos mostra, conflitos entre os trabalhadores dos distintos modelos de Atenção Básica à Saúde se constituem em mote de preocupação para os gestores, exigindo estratégias de atuação específicas, em especial em contextos municipais nos quais a administração dos serviços possui duas ou mais instâncias executoras (administrações diretas e indiretas).

A gestão da Atenção Básica exige planejamentos adequados concernentes a toda RAS da localidade, como igualmente é apontado no relato da gestora. A necessidade de integrar os cuidados primários aos equipamentos secundários, realizado a partir de

modificações nas estruturas e escopos das UBS sem Saúde da Família, é ressaltada como fator estratégico, delegada sua execução à fundação estatal.

Importante ressaltar que a entrevista evidencia características pautadas pela a otimização do serviço, atendimentos de qualidade, definição de protocolos de ação e metas a serem cumpridos pelas equipes, estratégia de motivação dos trabalhadores, redução dos gastos públicos, fiscalização e maior controle sobre o trabalho.

- Está sendo difícil para o pessoal da prefeitura porque eles não passam por avaliação de desempenho depois de dois anos na função, então, eles não estão acostumados com isso e reclamam. Queremos que as Unidades também passem por auditorias, avaliação dos prontuários, essa é uma meta qualitativa.

É preciso trabalhar com os trabalhadores para mudar a ideia de que só porque é público os gastos são livres... o dinheiro é abundante... não é; precisamos quebrar com essa ideia, temos de ter controle dos gastos também. O serviço público acabou ficando distante desse controle do dinheiro, do financeiro, e também ficou distante do controle dos indicadores. (Gestora).

(Administração Fundação Estatal – Gestores).

A gestão dos trabalhadores, incluindo o Plano de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS), definido como requisito fundamental pelo Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS (BRASIL, 2006c), juntamente com a Mesa Nacional de Negociação Permanente (MNPN), é referendada como um *nó crítico* e como fator fundante para quaisquer análises e intervenções nos serviços de saúde, identificando-se diversidades de estratégias para sua abordagem, como se nota no trecho abaixo:

- Estamos trabalhando com a construção do PCCS, contratamos uma assessoria de empresa conceituada que está fazendo pesquisa de mercado para nos ajudar a definir os valores salariais e também para definirmos o perfil dos trabalhadores para cada cargo. Estamos finalizando isso porque no contrato de gestão com a prefeitura uma das exigências era que tivéssemos o PCCS da Fundação Uni.

Essa assessoria em RH também nos ajuda com a avaliação de desempenho dos funcionários, porque as equipes precisam ser premiadas por seu desempenho e isso precisa ser estabelecido. Temos que trabalhar com a motivação, mas não queremos estimular a competição, por isso pensamos no trabalho da Unidade, além das questões de cada trabalhador. (Gestora)

(Administração Fundação Estatal – Gestores).

No tocante *ao modus operandi* das Unidades de Atenção Básica de ambos os modelos tecnológicos e seu planejamento de ações, a entrevista denotou ênfase na

preocupação com os atendimentos eventuais ou extras, destacados como entraves à organização de uma agenda em saúde que prime pela *humanização*.

O maior controle dos trabalhadores no exercício da função foi lembrado como necessário, além de seus aspectos motivacionais. As deficiências advindas da formação profissional igualmente foram abordadas como intervenientes importantes para esse processo, conforme o trecho abaixo ilustra:

- A maior dificuldade com o trabalhador e a gestão do cuidado mesmo é que a formação não dá conta da integralidade na prática do dia a dia: não se sabe fugir do modelo queixa-conduta. E até a Universidade formar profissionais melhor preparados teremos de ir fazendo o treinamento no trabalho mesmo. Até por isso nossa ênfase atual é na organização dos protocolos, e pra várias patologias; com eles já fazemos processos de educação e podemos organizar as agendas; em 2011 nossa meta é começarmos com a agenda organizada com relação aos pacientes que estão agendados, que são demanda espontânea, os políquelos. E conseguir fazer de fato o acolhimento, a escuta qualificada, a humanização, que isso é algo que está distante da prática. (Gestora)
(Administração Fundação Estatal – Gestores).

Cumpre-nos lembrar, embora com o risco de repetições, que a realidade municipal analisada pelos gestores encontrava-se em transição durante todo o tempo da coleta de dados desta pesquisa. Desta maneira, muitas informações, comentários e indicações para organizações futuras dos serviços de saúde e de sua gestão retratam a realidade desta transição, fugindo ao alcance deste estudo identificar os resultados e/ou efetividades práticas de muitas delas, tampouco referendá-las ou abdicar delas *a priori*.

Algumas concepções gerais sobre o processo de trabalho nas Unidades de Atenção Básica, bem como sua avaliação e opinião por parte dos gestores foram evidenciadas com as entrevistas desenvolvidas. Assim, quando o questionamento referiu-se ao que *“mudariam, se pudessem, no atual processo de trabalho”*, princípios gerais definidores de ideologias determinadas puderam ser identificados.

- Acho que a nossa própria equipe de trabalho, que precisa ser ampliada, pois é muito reduzida. Precisamos ter interlocutores mais próximos das Unidades, por exemplo, um interlocutor para cada quatro Unidades de Saúde seria o ideal; isso para acompanhar mesmo o trabalho mais de perto. Outra coisa que seria muito importante e que eu já conversei com o presidente da Fundação e tenho tentado sensibilizá-lo para isso, seria um Supervisor de ACS. Existe muita dificuldade com essa categoria: tem pessoas que não tem empatia para lidar com a população, que são muito fechadas e isso dificulta o trabalho; também tivemos casos graves de profissionais que não cumprem com sua função; tivemos até casos de falsificação de assinaturas. ACS que não vai até a casa fazer a visita, que

quando vai não pergunta o que precisa... Então, precisávamos de um Supervisor para orientar melhor os relatórios desses profissionais, só a Enfermeira da Unidade que é responsável por muitas outras coisas não dá conta. (Gestora).

(Administração Fundação Estatal – Gestores).

Para os gestores da administração direta, as ênfases e mudanças necessárias recaíram sobre outros aspectos, conforme evidenciam os trechos abaixo:

- Eu acho que precisaria ter maior valorização dos profissionais; como pessoas mesmo. Trabalhar mais a humanização, sabe, espaços de discussão; espaços terapêuticos mesmo, para cuidado da saúde mental do trabalhador. E a questão da isonomia salarial, porque isso é o que mais pega. O que dá mais conflitos: como temos a mesma função, o mesmo trabalho a mesma vaga e recebemos diferente?(Gestora)

- Eu acho que teve pouco avanço. O PSF tem muita consulta de urgência e emergência, por exemplo, mudou pouco. Avançamos pouco. (Gestor)

- Hoje seria importante um modelo misto, com Pediatra e Ginecologista e um Clínico Geral integrado, para integrar as ações. Um médico 40hs para integrar, sabe. (Gestora).

- O PACS, sim, é que fez mudança de fato. Ele, sim é importante. O ACS traz problema todo dia, sabe. A questão é pegar isso e trabalhar isso de verdade. A população de Botucatu está acostumada com a UNESP. Sabe que Botucatu é bem servida de médicos, então não aceita muito o PSF. (Gestor)

(Administração Direta – Gestores)

A partir dos dados apresentados podemos afirmar que as entrevistas com ambos os gestores das Unidades de Atenção Primária nos auxiliaram a compreender melhor a organização e funcionamento da reforma do aparelho de Estado e suas especificidades em desenvolvimento na administração municipal. Contribuíram igualmente para a exploração quanto às origens, objetivos, planejamentos e metas gerais traçadas pela fundação estatal junto à realidade local dos serviços.

A despeito de não obtermos acesso ao contrato de gestão em seus termos, como salientamos anteriormente, avaliamos que a compreensão do cenário da gestão municipal foi possível e deu-se satisfatoriamente, especialmente em seu aspecto dinâmico, com seus movimentos e transições, atendendo-se os objetivos construídos para essa etapa da pesquisa.

Outro destaque relevante desta primeira fase exploratória a merecer análise preliminar, diz respeito às representações gerais *apresentadas pelos trabalhadores quanto ao conceito de Integralidade em Saúde* e de sua efetivação na prática cotidiana das Unidades de Saúde em que atuam.

Pudemos identificar a partir de respostas às questões abertas propostas nos questionários, dificuldades dos participantes em oferecer análises considerando reflexões sobre o papel da sua equipe e Unidade como um todo, não somente mediante posicionamento individual pautado em práticas e posturas profissionais isoladas.

Os resultados desta etapa nos permitiram evidenciar uma maior apropriação do conceito da Integralidade com a concepção referente à *Integralidade do Sistema*, a partir da necessária interdependência dos equipamentos da RAS e suas dificuldades cotidianas.

As demais respostas atribuídas a este conceito no questionário apresentado, como a *Integralidade das Ações* (promoção, prevenção e reabilitação em saúde) aparecem em um segundo plano na frequência das considerações realizadas pelos participantes.

Em contrapartida, apontamentos relativos à *Integralidade como olhar ampliado* aos usuários das Unidades, incluindo aí sua realidade familiar, envolvendo igualmente as condições comunitárias e sociais do processo saúde-doença, encontraram poucas referências, neste momento da pesquisa.

Os resultados gerais acima identificados puderam ser explorados nos grupos focais com maior profundidade, denotando correlações entre as respostas presentes na primeira fase com aquelas apresentadas pelos participantes da segunda etapa.

Nos resultados apresentados (Quadro 06) observamos que a maioria dos trabalhadores considera que o princípio da Integralidade é atendido em seu local de atuação, quando lhe é dirigida uma pergunta estruturada, contemplando três possíveis respostas: “sim”; “não” e “não sei, o conceito é confuso para a equipe”.

Quadro 6: Relação entre a Análise da Prática da Integralidade e o Modelo de Atenção:

Em sua avaliação, a Unidade em que você atua consegue olhar as pessoas que atende de uma maneira mais ampla, atendendo ao princípio da Integralidade do SUS?

Modelo de Atenção/ Prática da Integralidade	Policlínica/CMS³²	Saúde da Família	Totais Absolutos	Percentuais
Sim	38	57	95	62,50
Não	31	22	53	34,87
Conceito Confuso	02	02	04	2,63
			152 ³³	100

³² Terminologia oficial adotada pela Prefeitura quando da descrição das Unidades de Atenção Básica: Centro Municipal de Saúde.

³³ Uma pessoa não respondeu a questão.

No questionário enviado, após o item apresentado acima, foi solicitado que se explicitasse a compreensão que os trabalhadores possuíam sobre a Integralidade do cuidado. O Quadro 07 nos mostra avaliações descritas nas questões abertas; especificamente aquelas que melhor reproduziram a visão de um maior número de trabalhadores, explicitadas no questionamento quanto à Integralidade.

De maneira geral, uma constatação que emerge dessa análise preliminar refere-se aos avanços na compreensão do conceito de Integralidade expressos por participantes vinculados a equipes Saúde da Família.

Nas USF, de uma maneira direta, se faz menção à concepção de saúde-doença em uma perspectiva ampliada, cujo processo de trabalho precisa contemplar elementos da dinâmica familiar e comunitária da área adscrita, bem como as estratégias políticas dos gestores municipais. As falas destacadas (em **negrito**) no Quadro 07 apontam nessa direção.

A consideração sobre a incompreensão que a população manifesta acerca da dinâmica de funcionamento das USF foi enfatizada pelos participantes: a cultura das especialidades médicas e o consumo de serviços diagnósticos/laboratoriais vinculados determina uma espécie de “preconceito” para com o médico clínico geral, desencadeando uma maior procura por atendimentos nas Unidades tradicionais, com sobrecarga de trabalho aos seus profissionais.

Dos destaques sintetizados no Quadro 07 sinalizamos ainda as representações de desvalorização e descrédito para com o trabalho expressas pelos trabalhadores das Unidades sem Saúde da Família, notadamente pelas insuficientes, e algumas vezes precárias, condições físicas de seus espaços de atuação, mas também pela angústia e sofrimento identificados na baixa resolubilidade da atividade que desempenham, como se abordará mais à frente nos resultados das discussões grupais.

Quadro 7: Síntese dos apontamentos livres apresentados sobre a Integralidade

USF	CMS/Policlínicas
<i>O conceito é confuso para todos os funcionários.</i>	<i>O profissional não está preparado para essa compreensão.</i>
<i>Avaliamos o contexto familiar e social; pensamos no bem estar físico e mental. A gente tenta todos os dias dar o melhor de nós. Procuro sempre ouvir, tentar ajudar, me colocar no lugar do outro. Conseguimos porque temos o hábito de ouvir e ver como um todo. Aproveita-se muito nas reuniões de equipe.</i>	<i>Faltam profissionais na Atenção Secundária. Faltam profissionais na Atenção Primária. Visão medicocêntrica dos profissionais.</i>
<i>Número de vagas para atendimento não é suficiente. Depende muito do profissional. Falta um realinhamento estratégico da gestão – precariedade do modelo SF no município.</i>	<i>Os próprios funcionários não tem atendimento pelo SUS. Muitas coisas ficam só no papel. Profissionais também encontram dificuldades para ter exames e consultas.</i>
<i>As ações são sempre mais curativas que preventivas.</i>	<i>Existe uma grande demanda. Falta psiquiatra para atendimento da saúde mental.</i>
<i>A população não entende o que é PSF.</i>	

O sentimento de desamparo e não valorização também foram manifestos na avaliação de que os próprios trabalhadores do SUS, eles usuários igualmente do sistema público de saúde, identificam que suas necessidades não são supridas ao não se obter resposta na busca por exames e consultas, como expressa uma das sínteses dos participantes.

A identificação desses trabalhadores com a população que os procura, nesse aspecto, somada a outros determinantes aumenta o sofrimento no trabalho relatado em muitos momentos desta pesquisa.

Dada essa compreensão genérica e inicial do contexto administrativo municipal; de sua gestão da Atenção Primária; dos atores envolvidos na organização do trabalho nas Unidades de Saúde; do processo de contratações e vinculações trabalhistas dispostos na história recente da cidade; dos empregadores definidos anteriormente como *Associação* e agora como *Fundação*; bem como da explicitação desse movimento à luz do cenário político nacional e internacional, passaremos a nos dedicar aos resultados encontrados na segunda etapa desse estudo.

A proposição técnica de coleta de dados pautada nos Grupos Focais possibilitou aprofundarmos a compreensão quanto aos valores, avaliações e percepções dos próprios trabalhadores no que se refere à Integralidade, a própria Atenção Primária, bem como do processo de trabalho em equipe e suas condições objetivas nas Unidades de referência.

Analisar e sistematizar os significados presentes nas concepções dos participantes dos grupos considerando como eixo norteador a Atividade e o Processo de Trabalho de cada modelo tecnológico de Atenção Primária, bem como sua respectiva gestão e diretrizes políticas constitui-se no desafio maior da presente pesquisa.

Para a organização e apresentação do material coletado a partir da técnica do Grupo Focal, buscou-se construir **Núcleos de Significação**, como descrito nos procedimentos metodológicos, definidos a partir dos relatos dos integrantes. Com a finalidade de síntese dos resultados encontrados construiu-se uma tabela comparativa, oportunizando análises entre as Unidades participantes, para melhor visualizarmos e discutirmos os dados.

A disposição do material em seus Núcleos de Significação obedeceu, inicialmente, ao pertencimento dos integrantes à Unidade de Atenção Básica de referência, bem como às reflexões de seus participantes sobre os temas propostos.

A partir dos objetivos traçados para essa pesquisa, definidos como a investigação das relações entre os significados de Integralidade apresentados por trabalhadores de saúde e sua vinculação com o trabalho nos diferentes modelos de Atenção Primária, foram sistematizadas as discussões tecidas mediante dois questionamentos centrais do roteiro estabelecido para o Grupo Focal, quais sejam:

- ⇒ Eixo Atenção Básica e Integralidade: a proposição relativa ao princípio da Integralidade (*O que vocês pensam sobre a Integralidade como princípio do SUS?*);
- ⇒ Eixo Modelos de Atenção Primária e Condições de Trabalho: as três questões propostas (*Existem diferenças entre os dois modelos de Atenção Básica à saúde: unidades com saúde da família e unidades sem saúde da família? Quais? O que vocês pensam sobre o regime de trabalho ao qual estão contratados? Existe diferença entre os regimes de trabalho nos dois modelos de Atenção Básica presentes em Botucatu?*).

As concepções de Integralidade em Saúde foram analisadas na totalidade dos temas e debates de cada grupo focal, não se restringindo àquelas apresentadas como respostas diretas ao questionamento acima.

Assim, apresentaremos à frente os resultados e análises delineadas a partir de cada um dos Eixos citados, buscando, posteriormente, uma tecitura analítica que contemple suas correlações e interdependências, à luz dos objetivos aqui propostos.

Algumas características gerais da composição dos Grupos Focais foram sintetizadas nos quadros organizados a seguir, a fim de nos auxiliar na familiaridade com os participantes que contribuíram com o estudo, contemplando suas experiências de trabalho no campo da saúde.³⁴

Quadro 8: Participantes do Grupo Focal de Auxiliares de Enfermagem da UBS s/SF

Pseudônimo	Tempo de Trabalho na AB	Tempo de Trabalho na Unidade da pesquisa	Experiência em Unidade de outro Modelo(AB)	Experiência em outro serviço de saúde
<i>Cazuza</i>	22 anos	07 anos	Não	Não
<i>Ceumar</i>	20 anos	08 anos	Não	Sim
<i>Tulipa Ruiz</i>	16 anos	01 ano	Sim	Não
<i>Gal Costa</i>	06 anos	06 anos	Não	Sim
<i>Djvan</i>	07 anos	05 anos	Sim	Sim
<i>Virgínia Rosa</i>	18 anos	18 anos	Não	Não

Quadro 9: Participantes do Grupo Focal de Médica, Dentista e Enfermeiras da UBS s/SF

Pseudônimo	Tempo de Trabalho na AB	Tempo de Trabalho na Unidade da pesquisa	Experiência em Unidade de outro Modelo(AB)	Experiência em outro serviço de saúde
<i>Marisa Monte</i>	17 anos	08 anos	Não	Sim
<i>Biafra</i>	17 anos	17 anos	Não	Não
<i>Fabiana Cozza</i>	20 anos	05 anos	Não	Sim
<i>Teresa Cristina</i>	10 anos	02 anos	Não	Não
<i>Clara Nunes</i>	05 anos	01 ano	Não	Não

³⁴ Todos os nomes atribuídos aos participantes são fictícios, em consonância com os princípios éticos do sigilo e da preservação da identidade daqueles que contribuíram com pesquisa. Assim, foram substituídos por nomenclaturas artísticas de expoentes da música popular brasileira, em caráter aleatório e assistemático, obedecendo-se somente ao sexo de cada participante dessa etapa de estudo.

Quadro 10: Participantes do Grupo Focal de Médicas, Dentista e Enfermeiras da ESF

Pseudônimo	Tempo de Trabalho na AB	Tempo de Trabalho na Unidade da pesquisa	Experiência em Unidade de outro Modelo(AB)	Experiência em outro serviço de saúde
<i>Ivone Lara</i>	22 anos	06 anos	Sim	Não
<i>Betânia</i>	02 anos	05 meses	Não	Não
<i>Nara Leão</i>	03 anos	02 anos	Sim	Sim
<i>Adriana Calcanhoto</i>	01 ano	01 ano	Não	Não
<i>Maria Rita</i>	02 anos	05 meses	Não	Não

Quadro 11: Participantes do Grupo Focal de Agentes Comunitárias de Saúde da ESF

Pseudônimo	Tempo de Trabalho na AB	Tempo de Trabalho na Unidade da pesquisa	Experiência em Unidade de outro Modelo(AB)	Experiência em outro serviço de saúde
<i>Rita Lee</i>	05 anos	05 anos	Não	Não
<i>Ana Carolina</i>	03 anos	03 anos	Não	Não
<i>Paula Lima</i>	08 anos	08 anos	Não	Não
<i>Luciana Mello</i>	05 meses	05 meses	Não	Não
<i>Cássia Eller</i>	04 anos	04 anos	Não	Não
<i>Leila Pinheiro</i>	08 anos	08 anos	Não	Não
<i>Nana Caymmi</i>	05 meses	05 meses	Não	Não

Quadro 12: Participantes do Grupo Focal de Auxiliares de Enfermagem da ESF

Pseudônimo	Tempo de Trabalho na AB	Tempo de Trabalho na Unidade da pesquisa	Experiência em Unidade de outro Modelo(AB)	Experiência em outro serviço de saúde
<i>Elba Ramalho</i>	08 anos	01 ano	Não	Não
<i>Daniela Mercury</i>	02 anos	02 anos	Não	Não
<i>Zizi Possi</i>	03 anos	03 anos	Não	Não
<i>Zélia Duncan</i>	01 ano	01 ano	Não	Não
<i>Elis Regina</i>	04 anos	04 anos	Não	Não
<i>Ivete Sangalo</i>	02 meses	02 meses	Não	Sim

Capítulo Sexto



CAPÍTULO SEXTO**A INTEGRALIDADE E A ATENÇÃO BÁSICA**

Conforme definimos no capítulo teórico referente ao tema, a partir do acúmulo histórico produzido na área, Integralidade diz respeito às necessidades diversas em saúde, determinadas pelas condições sociais e de classe nas quais se encontram inseridos indivíduos, grupos e populações. Carências que compõem não somente dimensões biológicas, mas econômicas, inter-relacionais e subjetivas, além de culturais.

A partir dessa conceituação, a Atenção Primária constitui-se em locus privilegiado para a efetivação da Integralidade, tendo em vista práticas fundamentadas na proximidade e maior conhecimento da realidade do território adscrito, no acolhimento e no acompanhamento longitudinal aos usuários.

O processo de trabalho das Unidades Básicas de Saúde necessita, assim, organizar-se a partir de um olhar atento para os determinantes sociais e econômicos do processo saúde-doença, pautando-se na revisão contínua do próprio fazer, em busca da promoção da máxima autonomia possível dos indivíduos.

Aliada a essa especificidade, a Atenção Primária adquire função de coordenação das RAS, objetivando a efetivação da atenção integral a partir da estratégia de ação política e prática de gestão de serviços organizados em Redes, conforme a Portaria 2488/11 (BRASIL, 2011).

A partir dessa breve revisão, dedicamos este capítulo a análises que intencionam responder a um dos objetivos gerais traçados para nosso estudo: os *significados de Integralidade* apresentados por trabalhadores da Atenção Primária pertencentes aos distintos modelos tecnológicos da assistência à saúde em Botucatu-SP.

Os resultados obtidos a partir da mediação dos Núcleos de Significação serão expostos obedecendo ao critério da frequência com que se apresentaram nos debates dos grupos focais e suas respectivas análises. Dessa maneira, este capítulo estrutura-se guiado pelos elementos que compõem as respostas iniciais ao nosso objetivo geral.

Como significados de Integralidade presentes nas concepções dos trabalhadores da Atenção Primária encontram-se:

- ⇒ **Comunicação e Interdependência entre os níveis de atenção** - 1º Núcleo;
- ⇒ **O olhar ampliado à saúde e o sofrimento do trabalhador** - 2º Núcleo;

⇒ **Vínculo, Acolhimento e Cuidado: contradições do processo de trabalho nas Unidades de Atenção Básica - 3º Núcleo.**

6.1. COMUNICAÇÃO E INTERDEPENDÊNCIA ENTRE OS NÍVEIS DE ATENÇÃO

Ao lançarmos às categorias profissionais o questionamento: “*O que pensam sobre a Integralidade como princípio do SUS?*”, identificamos que o significado mais frequente da sistematização dos resultados em *Núcleos de Significação* referiu-se à *Integralidade do Sistema*.

De forma desvinculada do pertencimento a um ou outro modelo tecnológico de Atenção Básica, este significado mostrou-se identificado em todas as discussões grupais, como se verifica no quadro síntese apresentado abaixo (Quadro 13). A significação consolidada nas Unidades de Atenção Básica pesquisadas revela-se diretamente vinculada à dimensão de RAS, destacando-se aí as inter-relações complexas e nem sempre resolutivas entre os níveis de estruturação do SUS.

- São os preceitos do SUS, né? É... que toda a população tem direitos. A gente sabe que está no papel, mas nem sempre é realidade do dia a dia. Todos tem o direito à saúde, não é? Mas nem sempre, isso acontece. Existem falhas. Existem falhas porque não depende só de nós. Nós dependemos de outro serviço também, e nem sempre acaba resolvendo. Não tem uma solução pro problema, então, você se sente impotente. Integralidade seria assim: o paciente tem direito à consulta, direito à saúde, uma boa saúde. (Ceumar)

(UBS s/Saúde da Família – Auxiliares de Enfermagem).

- Que é muito bom, mas ainda está no papel. Não tem um lugar que a gente possa falar: não, aqui realmente a integralidade funciona. Porque muitas das nossas ações, a gente teria que dar continuidade porque depende dos outros serviços e acaba esbarrando na grande demanda, na falta de acesso. Isso acaba dificultado o seguimento do tratamento do paciente. Muitas vezes, a gente sabe que o paciente precisa daquilo e a gente não tem o que fazer, e aí a gente fica até um pouco frustrado, porque, como é a gente que tem esse vínculo com o paciente, é da gente que ele vai cobrar. [...] Então, você sabe que o paciente vai ficar com aquele problema e a gente não tem o que fazer. (Nara Leão)

(Unidade Saúde da Família – Médicas, Enfermeiras e Dentista).

Quadro 13: Síntese dos Indicadores apresentados nas discussões referentes ao questionamento: “O que pensam sobre a Integralidade como princípio do SUS?”:

	UNIDADE SAÚDE DA FAMÍLIA	UNIDADE SEM SAÚDE DA FAMÍLIA
ACS	- Desconhecimento/ Incompreensão; - Integralidade do Sistema; - Integralidade como Direito.	-----
AUX. DE ENFERMAGEM/ACD	- Desconhecimento/ Incompreensão/Não esclarecimento; - Olhar ampliado (para a família) – tentar entender o paciente como um todo; - Prática que depende da postura/vontade de cada funcionário; - Grande demanda e alta rotatividade dificultam o olhar ampliado; - Falta de capacitação como dificultador do trabalho.	- Integralidade como Direito e Direito não atendido; - Integralidade do Sistema.
MÉDICO/ ENFERMEIRO/ DENTISTA	- Integralidade do Sistema e suas dificuldades; - Possibilidade de olhar ampliado – indivíduo família e sua história; - Dificuldade da população para compreender o atendimento integral.	- Integralidade do Sistema; - Dificuldades na organização e condições de trabalho para alcançar a Integralidade do Sistema.

Na maioria dos debates realizados (em quatro dos cinco grupos focais) as dificuldades de integração das ações da Unidade de Atenção Básica com os demais níveis de cuidado foram destacadas com grande conotação afetiva, majoritariamente negativa: motivadora de revoltas e indignação, de desânimo/descrédito para com o trabalho desenvolvido, ou ainda de impotência frente às limitações na resolubilidade das demandas dos usuários.

- Porque assim, nós dependemos de outros profissionais; muitas vezes, a gente se sente impotente, porque poxa, se aqui é o início de tudo, se a pessoa tá procurando uma Unidade Básica é porque realmente ela não tá bem; pode ser de ordem psicológica, pode ser de outros fatores, né, e você vê que você não consegue solucionar, não depende de você. (Ceumar)

- Daí ele vem atrás da gente: dá a impressão que é a gente que não consegue. Só que não é isso. Então, aqui é complicado mesmo. Aqui... Se você não tiver jogo de cintura, como se diz, a gente enlouquece. (Gal Costa) (UBS s/Saúde da Família - Auxiliares de Enfermagem).

- Eu acho que assim, a nossa Unidade Primária seria mais resolvida e a população entenderia mais, se tivesse um seguimento correto. Porque a secundária, terciária, a gente depende deles. Ai, encaminhamento, exames, essas coisas, fica tudo empacado: porque demora. Ai o paciente retorna na Unidade reclamando. E acaba culpando o posto. Agendamento essas coisas

vem tudo com data de lá, não é a gente que resolve essas datas. E daí, na maioria das vezes, eles não compreendem porque que tá demorando. Aham que é a gente que não encaminhou. (Zélia Duncan)

- E aí que é a dificuldade porque aqui é o primeiro contato, mas aqui também é a resposta. Então, fica difícil, né. Você não tem a resposta pra dar; aí a pessoa fica insatisfeita, briga aqui e quem vai escutar é a pessoa que fica aqui. (Elba Ramalho)

(Unidade Saúde da Família - Auxiliares de Enfermagem).

Nos sistemas integrados de cuidado, ao âmbito primário são atribuídas diversas responsabilidades e competências, sistematizadas na atual Portaria 2488/2011. Muitas delas identificadas pelos participantes desta pesquisa como não possíveis de materializar-se por diversos impedimentos: sejam eles relativos às especificidades políticas de gestão municipal, sejam pela descapitalização dos demais serviços da rede. Contexto que determina sofrimentos e desgastes aos trabalhadores pela ausência de resolubilidade no exercício de sua função.

Dentre as responsabilidades atribuídas à Atenção Primária no interior das RAS encontram-se a coordenação do cuidado e a ordenação das redes de serviços existentes em cada localidade, incluindo a oferta de programas de saúde originados das necessidades específicas de cada população atendida.

III – Coordenar o cuidado: elaborar, acompanhar e **gerir projetos terapêuticos singulares**, bem como acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS. Atuando como o **centro de comunicação** entre os diversos pontos de atenção, responsabilizando-se pelo cuidado dos usuários em qualquer destes pontos através de **uma relação horizontal**, contínua e integrada com o objetivo de produzir a **gestão compartilhada da atenção integral**. Articulado também as outras estruturas das redes de saúde e **intersetoriais, públicas, comunitárias e sociais**. (BRASIL, 2011, p. 03, grifos da pesquisadora).

Para que a coordenação do cuidado aconteça, bem como o ordenamento das RAS, a legislação ressalta a existência de mecanismos, ferramentas e dispositivos de gestão sinalizados como orientadores da execução/operacionalização das ações na dinâmica cotidiana das Unidades de Atenção:

[...] gestão das listas de espera (encaminhamentos para consultas especializadas, procedimentos e exames), prontuário eletrônico em rede, protocolos de atenção organizados sob a lógica de linhas de cuidado, discussão e análise de casos traçadores, eventos-sentinela e incidentes críticos, dentre outros. As práticas de regulação realizadas na atenção básica devem ser articuladas com os processos regulatórios realizados em outros espaços da rede, de modo a permitir, ao mesmo tempo, a qualidade da micro-regulação realizada pelos profissionais da atenção básica e o acesso a

outros pontos de atenção nas condições e no tempo adequado, com equidade. (BRASIL, 2011, p. 03).

A integração e comunicação entre os equipamentos de saúde e até mesmo a citada regulação realizam-se na prática do município por dois mecanismos estratégicos fundamentais, amplamente apropriados pelos participantes dos grupos focais na significação de Integralidade do Sistema: a referência e contrarreferência. Formatos a serem desenvolvidos visando o seguimento dos usuários quando de sua utilização dos serviços e insumos disponíveis na rede de cuidados (GIOVANELLA; ESCOREL; MENDONÇA, 2003).

- Porque a gente tem a nossa resolutividade até um certo ponto; chega uma hora que não dá, tem que encaminhar; e na hora dessa encaminhar é um problema sério. (Marisa Monte)

- Pensando no SUS, né, como modelo: o atendimento integral em todas as áreas, primário, secundário e terciário, a gente não consegue. (Teresa Cristina)

- E pior de tudo, eu acho, é que a gente não tem a resposta depois, né. (Clara Nunes)

- É! Se ele vai, não tem esse feedback. (Marisa Monte)

- É; a gente não fica sabendo assim... o ideal é que voltasse; ou por escrito... (Clara Nunes)

- Não tem essa referência e contrarreferência. (Marisa Monte)

(UBS s/Saúde da Família – Médica, Enfermeiras e Dentista).

- Então, vamos ser se o que eu entendo de Integralidade, o que seria: como uma integração, uma união, né, que não tem, eu acho. (Rita Lee)

- Seria uma coisa completa. Integralidade, integral, seria completo. (Luciana Mello)

- Uma coisa complementa a outra. Eu acho que assim, você ter o contato, assim: você encaminha o paciente pra uma atenção terciária, você ter essa contrarreferência do que foi feito; você ter o acompanhamento do que tá acontecendo com esse paciente em outras atenções. Infelizmente, isso você não tem quase que nunca. (Ana Carolina)

- Até hoje eu só vi uma devolutiva. Pelo menos na minha área, só uma devolutiva. (Leila Pinheiro)

- E assim a gente poderia trabalhar melhor. Porque tem coisa que a atenção terciária poderia estar indicando pra nós pra gente poder estar trabalhando com esse paciente: pra aliviar, pra uma qualidade de vida melhor; ir complementando. A gente fazendo a nossa parte aqui, eles lá, mas tendo o contato, a troca. (Ana Carolina)

(Unidade Saúde da Família – Agentes Comunitários de Saúde).

De maneira independente do modelo tecnológico em que se encontram vinculados, os participantes revelam que se constituir no centro de comunicação entre os pontos da RAS é uma função distante da prática cotidiana das Unidades. A ausência de compreensão

acerca da importância da Atenção Básica e suas especificidades demonstradas pelos demais níveis de cuidado, encontra-se como um elemento determinante deste distanciamento.

A pouca valorização dos cuidados primários no interior do processo de produção em saúde compõe mediação importante para a análise deste fato destacado pelos trabalhadores. A base desse primeiro núcleo de significação é formada, assim, a partir das condições concretas do processo de trabalho desenvolvido.

Distantes de constituírem-se, na prática, em centros de comunicação e ordenadores do cuidado, a Atenção Básica acaba por transformar-se em executora de uma política seletiva, dando conta apenas de resoluções em saúde pautadas em problemáticas simples e iniciais.

A descapitalização dos níveis secundários e terciários, delegados essencialmente ao mercado privado, a partir dos seguros/convênios, e seus segmentos de classe, complementa a totalidade, na prática dos serviços, de uma Integralidade do Sistema não efetiva desde a significação apresentada pelos trabalhadores. Escassos investimentos públicos, por um lado, ao mesmo tempo em que se identifica que os mesmos recursos são empregados em subsídios e repasses ao setor privado/lucrativo.

Os entraves expressos na falta de vagas em especialidades no âmbito secundário e terciário, nas burocracias dos encaminhamentos, na ausência de seguimento, na grande demanda por atendimentos e consultas eventuais das Unidades, no descrédito sentido na população para com as ações da Atenção Primária, foram amplamente destacados.

Em consonância com pesquisa realizada por Giovanella, Escorel e Mendonça (2003) os trabalhadores identificam uma “ampliação da pressão da demanda por atenção secundária, com a extensão de cobertura da atenção básica” (p. 285), fato que, aliado às menores montas de investimento por parte do poder público nos demais níveis, propiciou a criação, em muitos municípios, de centrais de marcação e regulação, com cotas instituídas para exames e consultas especializadas, transformando-se a Atenção Primária em uma estratégia para economia de referências e redução de custos.

Contudo, o principal objetivo para o SUS não deve ser o da instituição do clínico geral da atenção primária como *gatekeeper*, ou seja, porta de entrada obrigatória que visa o controle e minimização de referências para especialistas com propósito de reduzir custos, como observado nos esquemas de atenção gerenciada (*managed care*). Nos esquemas de *managed care* estadunidenses, o profissional *gatekeeper* é cada vez mais utilizado para dificultar o uso de serviços especializados, o que pode ter como consequência a negação da atenção. (GIOVANELLA; ESCOREL; MENDONÇA, p. 287).

Em outra pesquisa, contemplando alguns elementos indicadores de avaliação da Atenção Primária, como a Integralidade e o Acesso, Connil (2002) enfatiza resultados determinantes da (des)qualificação do cuidado, com destaque para o dimensionamento inadequado entre quantidade e composição de profissionais e a demanda das Unidades; o perfil dos trabalhadores para a área, e elementos relativos à necessidade de melhoria no acesso. Aspectos que dialogam com os relatos de desabafo dos trabalhadores participantes dos grupos focais desenvolvidos neste estudo.

Os resultados no acesso, decorrentes do quantitativo insuficiente de recursos humanos e as dificuldades na referência, determinam uma situação que este estudo identifica como das mais relevantes. A barreira do acesso pode vir a dificultar a vantagens obtidas nos demais itens da integralidade, impedindo a realização do menos complexo por falta de tempo (prevenção, visitas). Havendo problemas na referência para especialidades, o mais complexo torna-se também difícil e a qualidade prejudicada. (CONNIL, 2002, p. 201).

Cumpramos destacar que exercer a microrregulação, o gerenciamento de consultas especializadas a partir da elaboração de um Projeto Terapêutico Singular (PTS) e, portanto, primando-se pela equidade, conforme consta na Portaria 2844/2011, não deve confundir-se com os esquemas de *managed care* e suas estratégias executoras de uma política seletiva e focalizada. Elementos que no cotidiano, porém, apresentam-se, muitas vezes, imbricados e complementares, conforme denunciam os dados encontrados no presente estudo.

Como sinalizam Giovanella, Escorel e Mendonça (2003), a adoção de uma perspectiva universalista e integral de cuidados primários pressupõe que seu “objetivo deve ser a assunção, pelos serviços de atenção básica, da responsabilidade pela garantia da saúde e da atenção integral de sua população adscrita” (p. 288).

Os relatos que compõem este primeiro núcleo de significação dão conta que, por não se sentirem capazes de realizar a contento seu trabalho, dadas as inúmeras restrições e limitações impostas pela inadequada relação com os demais níveis de atenção, os trabalhadores apresentam expressões de sofrimento e até adoecimento pessoal.

No caso específico das discussões desencadeadas pelos Auxiliares de Enfermagem de ambos os modelos, dadas às especificidades das atividades que desempenham, como a realização de pré-consultas e acolhimento, estando assim mais próximos aos usuários em sua chegada à Unidade, identificam-se sentimentos relativos a uma maior responsabilização pelo cuidado, bem como por respostas mais resolutivas. De maneira

concomitante, revelam-se culpabilizações individuais nos casos em que não se soluciona a demanda trazida pelos usuários.

Identificam-se, assim, condições que nos remetem à produção da “consciência invertida” do trabalho, conforme analisada por Barreto (2006), na medida em que se responsabiliza o trabalhador pelo cumprimento das funções da instituição, bem como pelo seu adoecer neste processo. Como os Auxiliares de Enfermagem igualmente desenvolvem ações no momento da pós-consulta, isto é, nos agendamentos para o seguimento da atenção, recebem dos usuários as maiores cobranças e, por vezes, o desabafo de muitas frustrações e revoltas.

- *E aí quem vai ter que ir falar “não”, é a gente. (Gal Costa)*
- *Ai sobra pra gente. (Djavan)*
- *Nós somos os transmissores. (Ceumar)*
- *Os transmissores e o saco de pancada na realidade, né. (Gal Costa)*
- *Mas nós podemos falar nós, os auxiliares, às vezes, a gente acaba sendo sobrecarregado porque a cobrança é muito grande em cima de nós. Principalmente pra aqueles que trabalham na pós consulta, no agendamento. Entendeu? Então assim, existem limites pra agendamento e a procura é grande. E assim, não supre. Acaba não suprimindo as necessidades da população. (Ceumar)*

(UBS s/Saúde da Família - Auxiliares de Enfermagem).

- *Na verdade, é importante porque a gente trata com a prevenção dos pacientes, prevenção da doença. Só que às vezes, ninguém entende muito bem; todo mundo acha que aqui é PS [Pronto-Socorro]; só não é uma Unesp da vida porque não tem espaço; se não, se tornaria. As pessoas pensam que a gente tem... ficam indignadas com algumas coisas que a gente não pode fazer, por causa que não entende que essa não é a nossa função. Mas a gente como posto de saúde a nossa função é prevenir as doenças. Isso que é proposto pra nós. (Daniela Mercury)*

(Unidade Saúde da Família - Auxiliares de Enfermagem)

A Rede de Atenção da municipalidade apresenta falhas estruturais de organização e acesso que, por vezes, são tomadas pela população e pelos próprios trabalhadores como atribuídas às responsabilidades individuais. Assim, pressionados pelos usuários que não encontram respostas efetivas para suas necessidades, pelas cobranças dos gestores, e pela frustração pessoal por não conseguir desenvolver o trabalho idealizado, os participantes significam a Integralidade pelas consequências das lacunas existentes na relação esgarçada entre a Atenção Primária e os demais níveis de cuidado.

- *Então, quer dizer, eu vou aqui no secundário e chego lá, o médico me atende e: uma cartinha pro posto de saúde. Primário. Ai volta aqui. Ai aqui,*

ele dá uma cartinha pedindo encaminhamento pra ir lá pro terciário. Olha só a burocracia. (Djavan)

- Pra vocês verem como é falta de comunicação; não teria de ter uma comunicação entre os três? O primário, secundário e o terciário? Ai fica essa guerra, né. Fica essa guerra: você manda pra lá, outro manda pra cá, e você volta pra lá... Tem paciente que foi pro pronto-socorro, voltou aqui, foi pra Unesp e voltou pro pronto-socorro, voltou pra cá; ficou uma semana no vai e vem. [...] Isso daí é um descaso, né. Descaso com a gente que é profissional e mais com o paciente. (Cazuza)

- Se você chega lá, por exemplo, eles não falam assim: “tá faltando o sexo, vamos colocar!” Não! É assim: “é o pessoal do posto que não colocou!”. Ai o paciente vem aqui e oh: vem reto em você! (Gal Costa)

- Os pacientes veem aqui: “a Unesp mandou!” Apontam o dedo na sua cara. (Djavan)

(UBS s/Saúde da Família – Auxiliares de Enfermagem).

O relato acima evidencia a identificação sentida pelos trabalhadores com os usuários que buscam atendimento na Unidade: solidarizam-se com a comunidade pelas dificuldades impostas ao cuidado, atribuídas, muitas vezes, aos excessos burocráticos. Sentem-se, por outro lado, também eles os depositários do “descaso” e intolerância da comunidade para com as ações realizadas, reproduzindo-se um ciclo determinado por relações de desconfiança e revolta.

A valorização da população para os serviços prestados pelo âmbito terciário na localidade da pesquisa encontra-se na mesma medida da desvalorização e dificuldades dos trabalhadores da Atenção Primária, incluindo aí as cobranças, desrespeitos e sofrimentos enfrentados, em especial por aqueles situados na “linha de frente” da atenção.

Além desses elementos dinâmicos, políticos, afetivos e inter-relacionais envoltos na relação comunidade-unidade de saúde, independentemente do modelo tecnológico em questão, identifica-se no relato dos trabalhadores, que “a relação horizontal e a gestão compartilhada da atenção integral” (BRASIL, 2011) encontra-se distanciada, na prática municipal, incluindo aí os conflitos de interesses entre a Atenção Primária e o âmbito terciário.

De acordo com os relatos, os trabalhadores dos cuidados primários encontram-se em relações hierárquicas, de poder e de confiança desfavoráveis, se comparados aos demais níveis. As pressões são sentidas pelas posturas “insatisfeitas” dos usuários, mas igualmente pela cobrança da gestão por um atendimento indiscriminado e curativo, empecilhos, portanto, para a organização do acesso e para a construção de planejamentos de ação. O trecho abaixo nos fornece uma ilustração de algumas consequências desta prática:

- [...] *precisa de ver os palavrões que eles falam pra você; isso, se eles não pegam você e levam você lá na Secretaria. Ai vem aquela “coisinha” pra você responder. Só que eles [os gestores] não chamam a gente pra gente falar o que aconteceu também, a gente é malhado. Olha, eu tô aqui há seis anos, eu nunca recebi um elogio. Tanto de chefia aqui da Unidade mesmo, como de lá da Secretaria.* (Gal Costa).

- *A gente não tem respeito de ninguém. A gente não tem elogio, né. Não tem elogio e nem respeito.* (Djavan).

(UBS s/Saúde da Família – Auxiliares de Enfermagem).

Somadas às pressões sentidas no relacionamento com a gestão, com a população e com os demais níveis de atenção, os Auxiliares de Enfermagem da Unidade sem Saúde da Família, revelam sentimentos de revolta e indignação. Muitas vezes, as queixas dirigem-se às denúncias e desabafos para com as posturas dos profissionais médicos que com eles dividem o mesmo local de trabalho.

- *É que se, às vezes, ele [médico] fizer uma anamnese mais detalhada, ele pode resolver aqui, mas ele não faz.* (Djavan)

- *Às vezes é um descaso do médico, do profissional do lado de dentro da mesa, que o paciente fica perplexo. Tem paciente que fala, porque eu fico na pós: “oh, Cazuza, não precisa marcar, não vou voltar mais.”* (Cazuza)

- *Daí ele vem e muda pra outro médico e o outro médico é a mesma coisa. Saí e muda pra outro... daí não tem mais, ele volta pro primeiro. E assim vai.* (Djavan)

- *Não arranja a solução, né.* (Ceumar)

- *É; fica na ilusão de que tá melhorando. Porque, às vezes, os profissionais médicos não têm é humanização, né. Falam tanto de humanização hoje, e eles não praticam isso. Acho que os médicos hoje nem conhecem o que é isso, porque eles não conversam com o paciente. Eles não dão atenção pro paciente. O paciente entra no consultório ele sai chorando.* (Cazuza)

(UBS s/Saúde da Família – Auxiliares de Enfermagem).

O diálogo aponta outro fator relevante das mediações que compõem a significação de Integralidade apresentada: a baixa resolubilidade das ações da Atenção Básica. De fato, a não identificação e intervenção em tempo oportuno, assim, como adequadamente, às problemáticas iniciais em saúde contribui para entraves no desenvolvimento e organização de toda a RAS.

Importante salientarmos que, exatamente pela constatação desta realidade na prática do SUS, e em resposta a ela, é que se constituiu o modelo Saúde da Família como uma estratégia para a revisão desta lógica, com a finalidade de buscar a efetivação dos princípios doutrinários do sistema de saúde a partir de uma melhor resolução da atenção já nos cuidados primários.

Se a percepção de descaso sentida pela prática dos profissionais médicos encontrou expressão específica nos relatos dos Auxiliares de Enfermagem, a não integração

dos trabalhos de especialistas como pediatras e ginecologistas e mesmo de clínicos gerais, mereceu destaque nas discussões grupais dos trabalhadores com formação universitária componentes da Unidade sem Saúde da Família pesquisada.

- Mas eu vejo assim: aqui, como o Biafra falou, cada um tem a sua especialidade, mas eu acho que eles poderiam conversar mais. Por exemplo, tem uma gestante que tá passando com a S, isso foi um caso que aconteceu: e ela tava com um caroço aqui no pescoço, né; então, assim, ela [médica] veio, me chamou, pra eu passar ela [usuária] com um clínico pra ver o que tava acontecendo. Então, assim, quer dizer, ela não poderia ter chamado a clínica lá e perguntado o que tá acontecendo? E vice-versa: às vezes, vai uma paciente com o clínico, ele fala: “isso é da gineco”, e volta com a enfermeira para depois voltar pro clínico, entendeu? (Clara Nunes).

(UBS s/Saúde da Família – Médica, Enfermeiras e Dentista).

Além dessas considerações reflexivas, em muitos momentos dos debates acerca da Integralidade evidenciaram-se apontamentos relativos a um trabalho desenvolvido, em ambos os modelos tecnológicos, ainda bastante médico-centrado. As relações hierárquicas e de poder existentes entre as categorias profissionais e as dificuldades relativas ao exercício de uma organização do trabalho integrada foram aspectos sinalizados como impedimento à resolubilidade das ações.

Na mesma medida em que os elementos citados demonstram, pela negação, os entraves à Integralidade, as especificidades da Atenção Primária no tocante às reais possibilidades de um acompanhamento longitudinal ao usuário, com conhecimento do seu “andar” por toda a rede de cuidado foram enfatizadas como função essencial e diferencial dos trabalhadores deste âmbito de atenção no interior do SUS.

Na comparação com os demais níveis e suas respectivas complexidades, como o hospitalar ou o ambulatorial, as vantagens da assistência primária atribuída à possibilidade de abarcar a totalidade das condições de vida do usuário são amplamente destacadas, incluindo aí a opção de muitos profissionais por atuar em unidades básicas.

- Eu trabalhava, na época, num hospital privado. Ai apareceu essa oportunidade na prefeitura. Prestei uma vez, não quis entrar: medo do desconhecido, sabe. Até que resolvi prestar de novo e entrei. Nunca tinha trabalhado em Unidade Básica, em Centro de Saúde. E no fim gostei, e tô a todo esse tempo atuando.

A gente começa a ter visão assim da população; quando você está num hospital privado, você não tem essa noção de dificuldade que a população tem; de como é usado o dinheiro público; de prioridade. Quando você tá fora desse contexto, você não tem essa noção. É diferente quando você está no hospital, né. A necessidade de prevenção... tudo isso você vê quando você está na Unidade de Saúde. (Marisa Monte)

(UBS s/Saúde da Família – Médica, Dentista e Enfermeiras).

O relato abaixo demonstra, sob outra ótica, as diferenças entre os níveis de atenção à saúde identificadas por uma trabalhadora recém-inserida na assistência primária. A partir da proximidade com a realidade dos usuários, dos vínculos estabelecidos e do conhecimento das demandas da comunidade decorrentes de posturas mais ativas realizadas pelos profissionais da ESF, em especial, foram destacados os avanços no cuidado oferecido, tendo em vista a especificidade de organização do trabalho:

- Você percebeu alguma diferença, Ivete, entre o seu trabalho antes [no hospital] e no seu trabalho de agora?(Pesquisadora)

- Ai, eu faz muito pouco tempo que eu estou aqui; mas eu não sabia, não tinha ideia que fosse assim que fosse o trabalho de um posto de saúde, né. De ir na casa! Vai avisar da consulta, vai avisar de que tem que trazer a criança pra vacina, não sabia que era assim. Pra mim, eu achei... nossa, o pessoal não tem o que reclamar, né. Do jeito que são cuidados! Eu não sabia que era assim. Eu falei: “nossa, a gente não tem conhecimento, né”. Porque muita gente não reconhece, né, acha que o SUS não é bom. Às vezes, falam... Mas é bem diferente! Nossa, como cuidam! (Ivete Sangalo)

(Unidade Saúde da Família – Auxiliares de Enfermagem).

A despeito da avaliação quanto às vantagens da Atenção Primária para o cuidado, bem como de sua contribuição na redução dos recursos públicos gastos em âmbitos terciários do sistema de saúde, a maioria das opiniões dos participantes dirige-se, porém, para as dificuldades de integração desse nível de atenção com os demais equipamentos da rede como o grande entrave à Integralidade a ser enfrentado. Salientando que, dentre os serviços, constituem-se as ações primárias no mais desvalorizado pela população e demais trabalhadores da saúde.

- Ser mais junto, na verdade, né. Porque parece que a gente é uma coisa e eles, outra. Na verdade, a gente é... mas tem que ir formando um elo ali, entre o primário, o secundário e o terciário. E não é assim: cada um faz o seu! E quando alguma coisa dá errado, sempre a culpa é do primário! (Paula Lima)

(Unidade Saúde da Família – Agentes Comunitários de Saúde).

Dentre as análises relativas aos determinantes da diferença de valoração entre os âmbitos do SUS, Silva Jr. e Alves (2007) chamam a atenção para a organização piramidal dos serviços em saúde, cuja lógica advém de um paradigma ainda vigente nas relações entre os equipamentos de cuidado e destes para com a população, contrariamente à “lógica e relações horizontais, com gestão compartilhada e articulada” (BRASIL, 2011):

De acordo com essa concepção [de sistema piramidal], os serviços terciários são mais valorizados, considerados mais complexos e resolutivos, já que concentram equipamentos e procedimentos e atendem às situações com maior risco de vida. Nesse âmbito, têm grande valor os conhecimentos técnicos necessários, sobretudo ao enfrentamento dos aspectos biológicos da doença e dos agravos à saúde, que são valorizados como verdadeiramente científicos.

Como, em geral, não há risco de morte e são poucos os equipamentos utilizados, os serviços básicos são entendidos como simplificados, portanto desvalorizados. (p. 36).

Faz-se fundamental apontarmos que a referida lógica piramidal encontra-se determinada, interdependente e inerente ao projeto neoliberal de saúde, com seus mecanismos e novas expressões, evidenciando a “reciclagem do modelo assistencial médico privatista”, conforme nos situa historicamente Mendes (1995, p. 95).

As políticas sociais de saúde são, sob a vigência deste modelo político-econômico, pautadas em uma universalização excludente, com sua consequente perpetuação de um circuito específico de “má qualidade ⇔ expulsão de setores organizados ⇔ baixa atividade reivindicatória ⇔ má qualidade”, e, fundamentalmente, calcadas nos subsistemas de cuidado de formato piramidal, com seus segmentos de classe atendidos (MENDES, 1995, p. 98).

De locus privilegiado para o exercício da Integralidade, as Unidades de Atenção Básica e seus trabalhadores se vêm pressionados a cumprir resolubilidades, expressas em metas a serem alcançadas, como se pudessem, sozinhas e de maneira isolada, ordenar e regular a integração entre os três níveis de atenção componentes do SUS; com suas contradições políticas e de financiamento, bem como com suas diferenças determinadas pelos segmentos de classe contemplados.

A inexistência de comunicação adequada entre os níveis de atenção, a ausência de contrarreferências, o desconhecimento dos trabalhadores dos outros serviços da rede para com a realidade da Atenção Primária (determinando relações verticalizadas) compõem, assim, os determinantes concretos da significação relativa à Integralidade do Sistema.

É. Porque que nem: manda o paciente ou o particular, ou a Unesp, eles não sabem da realidade do que a gente tem e do que a gente não tem aqui. (Cazuza)

- E falam pro paciente que tem! (Tulipa Ruiz)

- É. E o paciente vem com aquela ilusão de que aqui tem: “Não, mas lá falou que tem.” E vem com aquela receita... A gente fala: “mas a gente não trabalha nem com esse laboratório, não vem pra nós!” “Não, mas a Unesp falou que tem aqui”, sabe. Dá dó deles [usuários], porque eles ficam naquela sinuca... (Cazuza)

(UBS s/Saúde da Família – Auxiliares de Enfermagem).

O trecho transcrito acima corrobora resultados de pesquisas sobre os sistemas integrados de cuidado e a Atenção Primária. O estudo de Giovanella, Escorel e Mendonça (2003), financiado pelo governo federal a partir do Proesf e realizado em dez grandes centros urbanos, apresenta, como uma das conclusões o que se segue sobre a comunicação entre os equipamentos da RAS:

[...] um grande desafio do PSF e da atenção básica em geral é melhorar a comunicação entre profissionais da atenção básica e especialistas e com os serviços de pronto-atendimento e emergência. Os profissionais destes serviços têm formação, concepções e experiências distintas e estabelecer melhor comunicação exige também a ampliação da confiança dos profissionais da atenção secundária nos profissionais de atenção básica para que o especialista promova o retorno do paciente ao serviço de atenção básica. A troca de informações entre os profissionais é essencial para que se possa exercer uma função de coordenador dos cuidados ao paciente. (GIOVANELLA; ESCOREL; MENDONÇA, 2003, p. 286).

As relações entre os conhecimentos produzidos na Atenção Primária e aqueles necessários aos demais níveis de cuidado apresentam mediações complexas que perpassam a própria constituição da medicina enquanto ciência e a sua relação com as demais práticas sociais. Mendes-Gonçalves (1979) nos aponta para a historicidade da constituição da área enquanto campo científico, no qual a prática médica acaba por distanciar-se das demais práticas sociais, sendo compreendida socialmente como desvinculada de suas relações com o trabalho em si.

Enquanto trabalho, a prática médica, ou quaisquer intervenções em saúde, são determinadas pelos momentos essenciais das atividades: a finalidade, o objeto ao qual se aplica e os meios para sua realização, os instrumentos. Estes últimos exprimem não apenas soluções técnicas da relação homem-natureza, mas também específicas relações sociais, além de determinar o modo de se proceder as ações do trabalho (MENDES-GONÇALVES, 1979).

De acordo com Mendes-Gonçalves (1979), é exatamente a crença na eficácia absoluta da técnica e em seu poder ilimitado, a base mais sólida para a sustentação da medicina, *strito sensu*, e sua contribuição político-ideológica à reprodução das relações capitalistas: autonomiza-se a técnica na mesma medida em que se destitui o corpo e seu adoecimento de sua humanidade, “o processo de desumanização da doença do doente” (p. 32), como se existisse independente de suas condições de vida, de seu modo de andar a vida.

A absolutização e autonomização da técnica que permeia o trabalho médico, desenvolvida historicamente no lócus específico do hospital, com seu conjunto de tecnologias

duras³⁵, aliadas à cientificidade mítica da função médica e ao fetichismo do produto/mercadoria de sua atividade, contribuem para os distanciamentos e status e valorações diferenciados existentes entre o trabalho dos âmbitos terciários e aqueles desenvolvidos na Atenção Básica.

Importante salientarmos que a atuação com os cuidados primários exige a inter-relação com variados campos de conhecimento, sejam eles científicos ou não. As discussões sobre a importância de práticas intersetoriais ai se materializam, ganhando expressões com formatos concretos.

A interdisciplinariedade imprescindível a uma atuação resolutiva nas Unidades Básicas, somada à ampliação da concepção sobre o processo saúde-doença, incluindo os condicionantes gerais da vida humana, determinam uma contraposição às especificidades clínicas-hospitalares que, por diversas vezes, impossibilitam diálogos e relações horizontais na produção em saúde.

No espaço da Atenção Primária, a técnica não se mostra resolutiva de maneira isolada; não pode prescindir das relações intersetoriais, dos diálogos estreitos com o movimento da vida, com as diferentes formas de trabalho humano e sua produção de conhecimento, de saúde e de adoecimento; não é eficaz senão nas mediações interdependentes de sua função (e do produto de sua ação) com os demais trabalhos necessários às práticas sociais e, conseqüentemente, com seus produtos.

Aos empecilhos para o seguimento adequado da atenção ao usuário, para seu acompanhamento longitudinal, são atribuídas, pelos trabalhadores, algumas explicações e justificativas quando se destaca que a população não entende a forma de funcionamento da Atenção Primária e não reconhece, em grande parte das vezes, sua eficácia e até seus objetivos.

Em consonância com as análises de Mendes-Gonçalves (1979), o contexto macroeconômico e social a definir as diferenças de “valor” atribuídas aos serviços encontra-se aqui como mediação importante; apresentam-se assim dimensões relativas ao *concreto-pensado* a qualificar e ampliar as mediações muitas vezes imperceptíveis do *concreto-abstrato* e empírico apontado nas discussões grupais.

³⁵ De acordo com as teses centrais das produções teóricas de Merhy et al. (2007b) acerca do trabalho em saúde como *trabalho vivo em ato*, as tecnologias ai implicadas podem ser classificadas em: “leve” – “como no caso das tecnologias de relações do tipo produção de vínculo, autonomização, acolhimento, gestão como uma forma de governar processos de trabalho”; “leve-dura” – “como no caso dos saberes bem estruturados que operam no processo de trabalho em saúde como a clínica médica, a clínica psicanalítica, a epidemiologia, o taylorismo, o fordismo”; “dura” – “como no caso de equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas, estruturas organizacionais” (p. 121). Para maiores detalhamentos conferir também Merhy (2007a).

Identifica-se que a população não confia no atendimento da USF assim como se atribui à mesma população a responsabilidade pela ausência de práticas preventivas em seu cotidiano.

- Na realidade, o paciente não tem a segurança daquele médico, né, não confia. Por exemplo, hoje eu vou passar o meu filho com o Dr. M, por exemplo; amanhã eu vou passar com o Dr. M na ginecologia, é o mesmo; aí, eu tô com a pressão alta, eu vou lá, e é o Dr. M que está lá, então, eu acho que eles não têm aquela segurança: como uma pessoa vai atender tanto assim ao mesmo tempo? (Gal Costa)

- Eles mentem o endereço; pegam o endereço da tia ou da mãe e, traz aqui. A gente tá falando assim, de bastante demanda, mas, a gente tem muitas pessoas aqui, que não é da nossa área também. Porque eles não gostam, não entendem, aí volta aqui pra gente. (Tulipa Ruiz)

(UBS s/Saúde da Família – Auxiliares de Enfermagem)

- Eu acho que até o paciente ele tem dificuldade de entender esse atendimento global. Porque acho que a visão de saúde antes, o atendimento de saúde antes era muito diferente. Então, até pra população se acostumar a esse atendimento global, multidisciplinar, da família, leva um tempinho também. (Maria Rita)

(Unidade Saúde da Família – Médicas, Enfermeiras e Dentista).

A ênfase na significação de Integralidade do Sistema revela as contradições presentes no cenário social dos avanços da Política Nacional de Saúde, quais sejam: a definição de uma Atenção Primária, pautada na ESF, ordenadora de toda a RAS, ampliando o acesso universal à saúde com políticas seletivas, de um lado, e de outro, como nos alerta Marques e Mendes (2002) e Connil (2008), descapitalizando os níveis secundário e terciário em nome da transferência desses serviços aos planos de saúde privados.

Fausto e Matta (2007) apontam ainda outras análises, referenciando-as aos embates econômicos, políticos e ideológicos existentes nas concepções de Atenção Primária *seletiva* ou *integral*, desde a Conferência de Alma Ata.

As críticas à adoção de uma seletividade das ações do nível primário conforme as prerrogativas difundidas e financiadas pelos organismos internacionais (Banco Mundial, OMS) remetem-se, fundamentalmente, a não integração de seus serviços aos demais níveis de atenção e suas respectivas complexidades tecnológicas. De acordo com os autores, a própria OMS tem sido pressionada a rever suas considerações quando diante da ineficácia dos resultados de uma Atenção Primária seletiva, já que suas medidas não resultaram na redução da pobreza e no melhor acesso aos serviços públicos de saúde.

O desenvolvimento tecnológico no campo da saúde, o perfil demográfico da população, o surgimento de novas doenças, o retorno de velhos agravos, entre outras questões econômicas e socioepidemiológicas, que dão contornos ao quadro das condições de saúde de uma população, levam a crer que uma visão restrita de atenção primária não corresponde à realidade atual da atenção à saúde.

Atualmente, o quadro epidemiológico geral das populações é marcado pelas doenças crônicas, que cada vez mais compõem o conjunto de ações abordadas na esfera da atenção primária, pressupondo um cuidado integrado a outros níveis de atenção. Finalmente, o conceito ampliado de saúde, baseado na noção de direito de cidadania, amplitude e diversidade de recursos existentes para lidar com os problemas de saúde de nosso tempo, não comporta ações restritas na APS (FAUSTO; MATTA, 2007, p. 52).

Os resultados revelam quanto as ações na Atenção Primária seguem enfatizando um trabalho em saúde a partir da hegemonia de perspectivas médico-centradas, pautadas no modelo anatômico e clínico, bem como no consumo de procedimentos (MENDES-GONÇALVES, 1979). Contraditoriamente, essa realidade também traz consigo as mediações dos acúmulos históricos e dos grandes avanços conquistados nas ciências médicas e biológicas para a cura de variadas doenças, assim como o restabelecimento da saúde e a melhoria da condição de vida.

O avanço científico, porém, não é neutro ou isento de interesses, como a parcialidade da ênfase no modelo médico e hospitalocêntrico nos demonstram claramente.³⁶ Além disso, as necessidades em saúde situam-se em dimensões mais amplas do que aquelas restritas à biologia ou fisiologia humana como o próprio conceito de Integralidade aqui defendido advoga.

A significação referente à Integralidade do Sistema, como vimos, foi a mais frequente nos resultados decorrentes do questionamento acerca da compreensão do conceito por parte dos trabalhadores participantes dos grupos focais. Esse resultado constituiu-se de elementos concretos do dia a dia do processo de trabalho em saúde de ambos os modelos tecnológicos e definiu-se pelos seguintes indicadores (conferir Anexo 02):

- dependência da Atenção Primária dos demais serviços da RAS;
- não resolubilidade derivada das burocracias inerentes ao sistema e seu gerenciamento;
- ausência de seguimento/acompanhamento da situação do usuário;
- importância da prevenção, embora pouco efetivada na prática das Unidades.

³⁶ Para aprofundar as análises, pautadas na perspectiva marxista, do papel do médico e da medicina, especialmente na constituição do capitalismo, e sua função ideológica, econômica e política nesse sistema, consultar: MENDES-GONÇALVES, R. B. *Medicina e história: raízes sociais do trabalho médico*. 1979. 209 f. Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1979.

Os participantes dos grupos focais atribuem ao papel da prevenção de agravos um elemento importante a compor as especificidades da Atenção Primária. Os trabalhadores destacam, também neste aspecto, a interdependência entre níveis de cuidado do SUS: para que a Integralidade do Sistema se efetive é preciso que a Atenção Primária desenvolva-se a contento, bem como que a população compreenda sua importância e empreenda mudanças comportamentais e de hábitos.

Somados a esses aspectos a organização do próprio processo de trabalho no interior das Unidades, independentemente do modelo de assistência, igualmente encontrou destaque na avaliação dos trabalhadores, em especial os aspectos relativos à prevenção e suas práticas correlatas no cotidiano da Atenção Primária:

- *Apesar de eu sentir que está descaracterizando, né. A intenção da gente com esses extras e extras e extras... parece que a gente não visa mais a prevenção. (Marisa Monte)*
- *É! Fica muito mais o curativo, né. (Teresa Cristina)*
- *A parte de prevenção mesmo a gente tem dificuldade. (Clara Nunes)*
- *E mesmo conversando com o pessoal da Saúde da Família, que o intuito é promoção, prevenção, voltado pra isso, a gente vê que também não tá acontecendo isso, porque a demanda tá muito grande. (Teresa Cristina)*
- *... dos eventuais. (Marisa Monte)*

(UBS s/Saúde da Família – Médica, Enfermeiras e Dentista)

- *A gente tá tentando assim, não restringir, todos são acolhidos, mas a gente tá tentando fazer com que eles percebam que agora não vai ser mais assim: chegou, por qualquer coisinha, vai passar. Até pra que eles comecem a valorizar mais a consulta agendada que é o objetivo, eu acho, da Estratégia Saúde da Família: prioridade das consultas agendadas, onde a gente pode fazer prevenção e promoção, e o eventual que hoje é o carro chefe da unidade... ainda é... eu acho que é 80% do funcionamento da unidade, a gente tá tentando mudar isso. Mas eu acho que ainda continua sendo. (Adriana Calcanhoto)*

(Unidade Saúde da Família – Médicas, Enfermeiras e Dentista)

A partir dessas considerações acerca da centralidade do processo de trabalho nas atividades destinadas à prevenção, bem como para a composição das significações de Integralidade atinentes à Comunicação e Interdependência entre os níveis de cuidado do SUS, passaremos a considerar o segundo núcleo de significados presente nas concepções dos trabalhadores das Unidades Básicas participantes.

6.2 - O OLHAR AMPLIADO À SAÚDE E O SOFRIMENTO DO TRABALHADOR

O Núcleo de Significação relativo à Integralidade como olhar ampliado ao processo saúde-doença identifica-se pelos seguintes conteúdos das discussões grupais (conferir Anexo 02):

- necessidades relativas à saúde mental dos usuários;
- aspectos relativos ao olhar/compreensão da realidade familiar;
- maiores possibilidades/ efetividades do olhar ampliado na ESF;
- demandas psicossociais dos usuários;
- necessidades sociais relativas às condições de classe, renda e moradia;
- necessidades relativas ao contexto de trabalho dos usuários;
- impotência diante da falta de resolubilidade de necessidades sociais identificadas.

Quando nos pautamos na definição de Integralidade como expressão da produção científica e social *mais desenvolvida* (ou seja, aquela composta por múltiplas mediações para compreender o processo saúde-doença e para a construção de intervenções que objetivem a emancipação humana), identificamos que os significados mais próximos dessa *imagem-objeto* foram expressos por trabalhadores vinculados à USF.

De maneira geral, os resultados nos indicam a necessidade de contemplar a história familiar de cada usuário que busca a Unidade, prerrogativa da estruturação dos serviços na ESF, como amplamente apropriada pelos trabalhadores que compõem a USF, com destaque para a função dos ACS.

Eu acho que [a Integralidade] é entender o paciente como um todo, né. A gente tenta. Pelo menos tentar, a gente tenta. A gente conhecer melhor a família, através dos Agentes Comunitários ou dos laços que a gente tem mesmo aqui na Unidade. E tentar fazer o melhor pra aquela família. (Zizi Possi)

(Unidade Saúde da Família – Auxiliares de Enfermagem)

- Acho que a gente consegue ter um olhar ampliado. Por exemplo, o paciente vem pra uma consulta eventual: ele foi com uma queixa, sei lá, uma gripe; a gente consegue identificar: “nossa, é uma mulher, o papanicolau dela está atrasado.” Naquele momento, a gente não vai resolver o problema dela, mas a gente tem condições: “olha, vamos agendar um consulta pro papanicolau.” Ou mesmo, de ampliar pra família. Por exemplo, hoje eu fui fazer uma visita pra uma mãe que não estava levando as crianças pra fazer a vacina. A sala de vacina que me passou essa informação, aí a gente já conversou com a auxiliar de enfermagem que fez o acolhimento. Então, é assim, de ver toda a família, do individuo inserido dentro da sociedade e de

que pessoas são essas, quais são as histórias, de onde vieram; acho que isso a gente consegue fazer e acho que muito bem. (Maria Betânia)

(Unidade Saúde da Família – Médicas, Enfermeiras e Dentista)

As especificidades de uma formação profissional recente, no caso específico do grupo de Médicas, Enfermeiras e Dentista, contribuiu fundamentalmente para as reflexões tecidas por essa categoria. A totalidade atribuída ao conceito, bem como o papel da equipe na construção de valores junto a população, mostrou-se consoante às normativas da Política Nacional abordada em cursos de residências multiprofissionais em Saúde da Família e graduação em medicina com ênfase na Atenção Primária.

O trecho abaixo nos apresenta uma ilustração desta compreensão que possibilita avançar os limitados parâmetros anatômicos e fisiológicos. O diferencial do exercício de uma função profissional mediada pela compreensão das necessidades sociais determinantes do processo saúde-doença propicia finalidades distintas para a atividade realizada.

- Hoje mesmo, nossa agente comunitária tava preocupada com uma família que mudou há pouco tempo pra nossa área; e hoje a menina passou em consulta eventual. E como ela já tinha comentado comigo da situação: “olha, não conheço ainda, mas pelo que eu observei é assim, assim, assim...”; ai já consegui trazer a menina: ela foi com uma queixa ginecológica específica, ai eu já comecei a perguntar da família, qual é a renda dos pais, com quem eles contam, se tem uma rede de apoio, ai a menina já trouxe o problema de violência sexual que ela viveu há um tempo. Então, a gente começa a entender o paciente no todo mesmo. Pra mim seria muito mais fácil ela chegar, fazer o exame dela, tratar e tchau. Mas assim, se a agente comunitária não tivesse trazido pra mim essa situação, talvez eu não tivesse me atentado, não tivesse percebido essas outras demandas que ela tinha por trás. (Nara Leão)

(Unidade Saúde da Família – Médicas, Enfermeiras e Dentista)

A definição de atividades que busquem reverter a cultura dos encaminhamentos e criar condições objetivas para a resolubilidade da Atenção Básica, assim como a imprescindibilidade da intersetorialidade são debatidas como algumas das finalidades do trabalho realizado em equipe na USF.

As considerações retratadas nos exemplos dos participantes apresentam a importância de ser a Unidade Básica a responsável por gerir o PTS de cada usuário (BRASIL, 2011), tendo em vista suas especificidades e finalidades:

- E ao mesmo tempo, a gente consegue fazer uma intervenção voltada pra aquele paciente, né. Personalizada, vamos dizer assim. Porque a gente vai conhecer qual a realidade dele. Se ele tem uma rede de apoio, se ele não

tem. Muitas vezes, em outros locais, em outros serviços de saúde, a pessoa não vai ver isso. É aquele tratamento e pronto. A gente pode desenvolver várias ações pro tratamento do paciente, que facilite pra ele estar aderindo ao tratamento, né. Acho que o vínculo que a gente tem é muito importante. Eu que já trabalhei nas duas funções, área hospitalar e aqui, a gente vê que consegue desenvolver muito melhor o vínculo, o que ajuda no tratamento. (Nara Leão)

(Unidade Saúde da Família – Médicas, Enfermeiras e Dentista)

Necessidades relativas à ampliação do olhar, isto é, compreender o adoecimento para além das dimensões biológicas, de uma maneira que somente contemplando aspectos “externos ao corpo”, como nos aponta Mendes-Gonçalves (1979), pode-se se conceber com precisão a dinâmica das enfermidades, foram apontadas espontaneamente em variados momentos das discussões grupais. Alguns desses exemplos encontram-se abaixo:

- De estender pra outras ações na comunidade, de ir muito mais além. De conhecer o individuo, não por especialidade, mas como um todo: conhecer a história, a família dele. Porque hoje em dia a gente sabe que muito... a demanda que ele traz não é só de ordem biológica, fisiológica. Às vezes é psicossocial, né. (Maria Betânia)

(Unidade Saúde da Família – Médicas, Enfermeiras e Dentista).

- Tem gente também que tem ali como lazer. Às vezes também tem ali como um refúgio, né. Igual a paciente que tava com violência doméstica, então, ela ia pra Unidade pra não apanhar em casa. E ninguém sabia da equipe, mas começou a desconfiar, né: todo dia, não vem colher sangue, não vem medir pressão, não tem diabetes, não passa em consulta, não pega remédio, não participa de grupo: o que acontece? Ai que a gente foi resgatar a história que a gente conseguiu tirar dela que era por motivo de violência doméstica que ela entrava na Unidade. Ela tinha ali como refúgio porque ele não ia entrar na Unidade pra bater nela. E se ele entrasse, a Unidade, claro, ia intervir, ia ligar pra polícia. (Paula Lima)

(Unidade Saúde da Família – Agentes Comunitários de Saúde).

Porém, quando se propôs aos participantes o questionamento sobre as ações educativas e aquelas desenvolvidas com outros equipamentos da comunidade (a intersectorialidade), as respostas de todos os trabalhadores, vinculados aos distintos modelos, referiam-se a elas como inexistentes, exíguas ou pontuais

De acordo com os participantes, a única atividade intersectorial mais estruturada e com maior permanência na realidade das equipes refere-se às relações com instituições escolares no tocante à saúde bucal. Em ambos os modelos, práticas no campo da odontologia desenvolvidas com crianças foram apontadas como atividades educativas já incorporadas à dinâmica das Unidades na relação com a comunidade.

Dentre as dificuldades no desenvolvimento de atividades intersetores foram citadas a não adesão da população para ações grupais e preventivas. Em todos os debates, no entanto, foram relatados eventos, campanhas, ações em empresas, escolas, igrejas, dentre outras já desenvolvidas em alguns momentos da história das Unidades, embora sem possuir permanência no calendário das equipes.

- Acho que na verdade, não existe parceria, parceria. Porque é assim: “oh, aqui nós estamos com problema de tal coisa, vem aqui e fala sobre isso”, entendeu? Não existe assim: “ah, vamos então conversar com os professores, vamos trocar: ah, DST ou gravidez na adolescência...” é uma coisa assim, parece que tá tudo separado; ah, isso é da saúde, então, a saúde que venha aqui e fale com eles, e a mesma coisa aqui pra gente. A gente não tem uma troca, assim. Entendeu? (Clara Nunes)

- É mais ceder o espaço. (Biafra)

- O Conselho Tutelar tem momentos que até vai, a gente solicita visita pra acompanhar. Mas assim, a gente nunca recebeu relatório deles, pra dar continuidade. (Teresa Cristina)

- E o Serviço Social, às vezes, eles têm que fazer uma visita, eles pedem pra que a gente vá junto porque, às vezes, a gente conhece melhor a família. Mas só. (Marisa Monte)

- É muito pontual também. (Teresa Cristina)

(UBS s/Saúde da Família – Médica, Enfermeiras e Dentista)

- Eu acho que as ações educativas, na maioria das vezes, elas são pontuais. Por exemplo, nessa semana, é o dia mundial de luta contra a AIDS; a gente prepara alguma atividade na escola. Exemplo: teve a questão da gripe suína, então, a gente vai fazer orientação lá no projeto. A escola tem surto de piolho, né, então, aí eles solicitam, a gente faz alguma atividade. Mas na maioria das vezes, são atividades pontuais. Essa questão do grupo e das atividades a gente tá discutindo em reuniões de equipe. E como é uma vez por mês que acontece as reuniões, isso vai se arrastando. (Maria Betânia)

(Unidade Saúde da Família – Médicas, Enfermeiras e Dentista)

A perspectiva da intersetorialidade das ações, aliada aos conflitos entre as ofertas de serviços assistenciais às famílias e as demandas trazidas pelos usuários constituem-se em pontos de dissensos na relação Unidade-Comunidade, gerando, por vezes, fonte considerável de sofrimentos e desgastes aos trabalhadores.

As relações da equipe com a comunidade é delimitada pelo confronto entre a representação idealizada do programa [ESF], como modelo de atenção básica, organizado, sistêmico, que prioriza ações de promoção e prevenção, e a comunidade, segmento de excluídos sociais que apresenta precárias condições de vida e demanda consumo de serviços e ações, de maneira emergencial e imediata. (PEDROSA; TELES, 2001, p. 309-10).

De maneira semelhante às considerações de Pedrosa e Telles (2001), a realidade das condições de vida, moradia, trabalho e renda das famílias adscritas às Unidades Básicas

pesquisadas, associada à baixa integração entre as políticas intersetoriais no município, implicam em descompassos entre as demandas reais dos usuários e a definição de práticas das equipes de saúde.

Nesse aspecto, a própria concepção de prevenção necessita ser problematizada, tendo em vista que pressupõe uma normatividade biologicista muitas vezes distanciada da vida cotidiana da população e de suas reais necessidades. As unidades de saúde, constituídas e dotadas do poder relativo ao conhecimento científico e médico-centrado termina, nesta condição, por apartar-se dos determinantes sociais do adoecimento e da saúde ao centrar-se nos ideais preventivistas.

No tocante à efetividade do olhar ampliado às famílias no cotidiano do trabalho, importante sinalizarmos que no interior da USF existem divergências sobre a garantia dessa premissa, expressas pelas distintas categorias que compõem este modelo assistencial. Diferentemente dos apontamentos trazidos pelo grupo de Médicas, Enfermeiras e Dentista, por exemplo, as Auxiliares de Enfermagem enfatizam as dificuldades para a concretização dos pressupostos fundamentais da ESF, como esclarece o relato abaixo:

- Acho que não. Acho que não dá tempo; que nem a gente falou: a demanda é tão grande que você olha o indivíduo, você não olha a família. Que nem: o pai tá bebendo, a mãe, se prostituindo e o filho lá, morrendo de fome... ele vai vir no posto com dor de garganta... eu vou ver a dor de garganta. Entendeu? Eu não vou ver porque que tá acontecendo isso na casa; eu não tenho tempo; na verdade, a gente não tem tempo de ir lá. (Daniela Mercury)
- Assim, o cotidiano, a rapidez... a demanda é muita, o profissional é pouco; o que acontece, você até tem a motivação de fazer isso mas, às vezes, falta ali aquele tempo, aquela disponibilidade de sentar, conversar. Se chega aqui 50 extra, como você vai perguntar: "então, D. Maria, como a senhora tá na sua família?" Não dá. Você deixa de aplicar aquilo que você sabe que você tem que fazer. E acho que devido a isso, devido a muita demanda, devido ao tempo que a gente não tem. E aqui acaba virando um PS mesmo. (Elba Ramalho)

(Unidade Saúde da Família – Auxiliares de Enfermagem).

Dessa maneira, a significação de Integralidade enquanto olhar ampliado para o processo saúde-doença encontra-se determinada pelas condições objetivas do trabalho de cada categoria profissional, de maneira interdependente à posição social que cada uma delas ocupa no contexto institucional.

Assim, como evidenciam os resultados, os posicionamentos dos Auxiliares de Enfermagem destacam os escassos espaços e condições objetivas para o olhar ampliado à saúde na prática cotidiana. As discussões grupais enfatizam entraves, dentre outros fatores,

relativos à demanda por atendimentos eventuais e curativos, na maioria das vezes impeditivos ao planejamento de ações ampliadas.

Importante apontarmos que, a despeito da ênfase dada pelos Auxiliares de Enfermagem ao excesso de demanda, todas as categorias profissionais, de ambos os modelos tecnológicos, abordaram as dificuldades referentes ao grande volume de consultas eventuais e atendimentos curativos em variados momentos das discussões grupais.

- *É isso que a gente briga muito todo dia. O que a gente tá fazendo? Tá fazendo o serviço de urgência e emergência. Chega paciente na porta, entra, é atendido, tem o atendimento médico dele. A própria população fica feliz com aquele atendimento, que resolve, mas na verdade, só prolonga um problema. Tá bom tem direito, sim, mas vai resolver realmente? Ou vai entrar naquela porcentagem de problema que só estão se acumulando? É isso que tá difícil, é isso que a gente tá tentando orientar a população. E mesmo a gente mesmo. Porque é mais fácil pra gente fazer o atendimento físico. Fechar os olhos pro psicossocial e atender só o biológico: o desgaste é menor. Mas a gente sabe que não é esse o objetivo. (Maria Rita)*
 - *Não é esse o objetivo da Saúde da Família, né. (Adriana Calcanhoto)*
 - *Se a equipe da Saúde da Família, que tá lá pra resolver, não resolver, onde vai ser resolvido? Então, assim, é angustiante, às vezes. (Maria Rita)*
- (Unidade Saúde da Família – Médicas, Enfermeiras e Dentista).**

As necessidades sociais e econômicas que determinam o processo saúde-doença materializam-se, nas faces, corpos e subjetividades da população atendida, muitas vezes determinando sofrimento para os trabalhadores que com elas entram em contato cotidianamente. O escopo de atuação dos Auxiliares de Enfermagem, bem como dos ACS, dado o maior contato com as comunidades de referência e os estreitos vínculos com os usuários, evidencia, com maior concretude essa realidade.

Inseridos em um contexto do trabalho desgastante emocional e afetivamente, os trabalhadores destacam, além do sentimento de impotência para solucionar os problemas, a baixa autonomia que possuem para a efetivação de determinadas intervenções. Assim, como analisa Mendes-Gonçalves (1979), denotam-se relações de poder determinadas no processo do trabalho produtivo em saúde.

- *E até porque a gente, como Auxiliar, a gente não tem autonomia pra fazer muita coisa. Se eu pergunto pro paciente o que ele tem: “ah, isso e aquilo... então, agora você espera um pouquinho que tudo que você me falou, você fala pro médico...”. Vai adiantar? (Elba Ramalho)*
- *Ele só desabafou. (Daniela Mercury)*
- *É passado pro médico no caso; mas a gente, ali na hora, a gente não pode resolver nada. (Zélia Duncan)*

- *Pro paciente a gente não pode fazer muita coisa: a gente não pode mexer, não pode medicar. (Elba Ramalho)*
- *Às vezes, a gente até sabe: “tem que fazer isso”, mas não pode, não é procedimento nosso. (Zélia Duncan)*

(Unidade Saúde da Família – Auxiliares de Enfermagem).

Se o relato dos Auxiliares de Enfermagem destaca pouca autonomia nas ações, a função dos ACS é enfatizada por todos os participantes da pesquisa como essencial e garantidora dos avanços da ESF. O diálogo reproduzido abaixo apresenta avaliação desses próprios trabalhadores acerca da importância das atividades desenvolvidas na composição do segundo núcleo de significação aqui abordado.

- *Da nossa parte, nós somos os olhos da unidade na rua, a gente consegue buscar esse tipo de problema: aquela pessoa que tá lá no fundo, que a Unidade nunca vai ver, eu vejo, ela vê, ela vê; e consegue trazer e muitas vezes evitar. Eu acho muito importante o nosso trabalho. (Ana Carolina)*
- *E quando algo começa a aparecer na pessoa, a gente tem que ir em busca do que tá causando aquilo. Pra se tentar trabalhar pra evitar que aquilo se torne algo que agrave a saúde da pessoa. (Leila Pinheiro)*
- *Porque nós sabemos a realidade da família, a gente entra na casa dela. A gente entra na casa da pessoa; a gente sabe da vida dela. (Rita Lee)*
- *E você vai fazendo, você vai vendo o resultado: tem família que quando eu comecei a mãe tava grávida, hoje, a criança tá começando a ir pra escola. Então, assim, você participa da família. Se você ficar durante muito tempo você vê, você identifica. Então, assim, de grão em grão, você acaba resolvendo. (Ana Carolina)*

(Unidade Saúde da Família – Agentes Comunitários de Saúde)

A valoração da função refere-se exatamente à contribuição que os ACS fornecem à realização dos objetivos do modelo tecnológico de cuidado baseado na ESF; diz respeito à atribuição e responsabilidade de exercer o elo do conhecimento e aproximação entre comunidade-unidade/unidade-comunidade.

Como expressam os exemplos relatados, o conhecimento aprofundado que desenvolvem no cotidiano junto às famílias lhes possibilita apontar variados aspectos determinantes do adoecimento, bem como oportuniza a equipe possibilidades de construir propostas de educação e assistência mais adequadas à realidade concreta e às demandas dos usuários, seja articulando estruturas intersetoriais, seja na elaboração mais coerente de projetos de atenção.

- *Então, não adianta o médico chegar e falar: “viu, você precisa comer bastante fruta, fibras”, não sei o quê... pro intestino funcionar, sendo que a pessoa não tem nem o que comer dentro de casa. Então, a gente já leva isso pra eles. Então, tem alguns profissionais que são assim, mais centrados, que gostam do que fazem realmente, eles vêm atrás da gente e perguntam antes*

de tomar qualquer atitude, eles vêm atrás da gente e pergunta: “como é aquele paciente, ele tem condição de comprar?” (Ana Carolina)
(Unidade Saúde da Família – Agentes Comunitários de Saúde)

Impedimentos e entraves à prática dos ACS e dos demais membros da USF foram abordados na sequência das avaliações tecidas: sejam eles relativos às dinâmicas do cuidado no interior do processo de trabalho da equipe, sejam atribuídos à gestão municipal.

Análise genérica a nos conduzir nesses apontamentos referem-se aos questionamentos que lançam dúvidas quanto à composição multiprofissional das equipes Saúde da Família, em especial. No encalço de ampliar as categorias profissionais em atuação na Atenção Primária, a ESF terminou por centrar-se em trabalhadores médicos e enfermeiros, com inexistência de outras abordagens científicas que auxiliem na ampliação do olhar sobre o fenômeno da saúde e do adoecimento calcados na vida social.

A compreensão da dinâmica familiar, de sua realidade socioeconômica e cultural nas intervenções dos profissionais da USF, por meio das visitas domiciliares, por exemplo, demonstrou-se, muitas vezes, subsumida diante dos entraves à resolubilidade desse nível de cuidado e de suas ações, contribuindo para práticas fragmentadas e para o sofrimento e frustração do próprio trabalhador.

- E se faz, é assim: “como vai a família? Ah, tem isso.” Mas o que a gente pode fazer, né? Não tem muito o que fazer. “Tá com dor?” Mas você nem vai se aprofundar: “ah, vai melhorar, com fé em Deus...” (risos) Não cutuca, não cutuca a coisa... (risos)
Que nem, a gente tinha dois pacientes aqui que a gente sabe, um não poderia cuidar do outro. Dois pacientes que sofreram AVC e que não poderiam viver juntos sem uma terceira pessoa pra cuidar deles. E viviam juntos. A gente tentou entrar em contato com a família, a família não deu bola. Entrou em contato com a rede social, que é a assistente social que também deixou tão vago que, mais fácil se a gente nem tivesse corrido... e ficou elas por elas. O que nós fizemos: tentamos correr atrás. Mas fomos empacados na primeira instância... então... não dá pra fazer muita coisa.
(Daniela Mercury)

(Unidade Saúde da Família – Auxiliares de Enfermagem).

Cisões e rupturas entre o trabalho idealizado e o realizado são expressas nas relações entre o conceito de Integralidade e os atendimentos eventuais e curativos. Explicações são atribuídas à pressão da gestão para que todos os usuários recebam atendimento médico, denotando barreiras para a organização do acesso e para a prevenção; numa clara utilização eleitoreira e clientelista dos serviços da Atenção Primária.

- Enquanto que a gente no dia a dia, a gente tenta fazer o melhor, mas às vezes a gente se esbarra com a fadiga mesmo, sabe. Porque chegou, passou. Entendeu? E eu acho que assim, a própria prefeitura mesmo faz questão de colocar que tem que ser assim. Na última reunião que eu fui, me arguíram o seguinte, arguíram pra todos né: “tudo que chega está passando por vocês?” Ai eu falei assim: “tudo, não!” Se o paciente chegar lá, quer uma receita... o paciente tá lá e tá com uma mancha há cinco meses, não tá passando na hora... (Adriana Calcanhoto)

- Até porque a equipe, não é só o médico e o enfermeiro. (Maria Rita)

- E sempre foi assim, sabe. Nesse meu tempo de trabalho na saúde, sempre foi assim. Às vezes, assim, oscila. Às vezes, algum governo que faz uma pressão maior, outros um pouco menos. Mas sempre assim: que todo mundo tem que ser atendido... que... é político, não tem jeito. (Ivone Lara)

(Unidade Saúde da Família – Médicas, Enfermeiras e Dentista).

Em um resgate histórico e analítico a partir da literatura da Saúde Pública e sua organização no Brasil, Nemes (1990) já nos alertava para o fato de que desde 1982, com o ápice da crise previdenciária e a redução dos repasses de verbas aos hospitais privados, a política estatal enfatiza o aumento do volume da assistência médica individual nas Unidades Básicas. A principal medida de efetividade e critério de resolubilidade se refere, assim, exatamente à prática de uma clínica médica individual.

De maneira independente à tecnologia assistencial em Atenção Primária, este contexto constitui-se em entrave para a resolubilidade da demanda e para um cuidado pautado em práticas promocionais em saúde.

- Mas a gente tem uma política de saúde também que não tá visando isso [a prevenção] porque assim, a gente é obrigada a acolher todo mundo que chega aqui na Unidade. E, às vezes, o pessoal vai no pronto-socorro e vem com uma cartinha do pronto-socorro pra ser atendido aqui. Então, complica porque daí, se o paciente chega aqui, a gente tem que atender. (Clara Nunes)

- Mas eu acho que, na minha visão, politicamente, pros políticos, que na verdade são administradores, o que interessa é atender a massa, o povão, não deixar ninguém infeliz. Então, eles não têm noção nenhuma do que é certo, do que é errado; essa é a visão que eu tenho; então, a gente tá fazendo o que é politicamente legal, que é atender a massa, não ter reclamação, atender todo mundo... mas de que jeito? Entendeu? (Marisa Monte)

(UBS s/Saúde da Família – Médica, Enfermeiras e Dentista)

A constatação de Nemes (1990) persiste na estruturação das atividades da Atenção Primária, como se pode notar nas expectativas da população trazidas para os serviços (atendimento médico individual e curativo), somadas aos limites impostos ao processo de trabalho, com consequências dificultadoras para a construção coletiva de objetivos mais amplos e, ao mesmo tempo, complementares à consulta médica individual.

Outro exemplo atribuído a este contexto diz respeito à descaracterização de uma prática preventiva como finalidade do trabalho no interior das Unidades de Saúde, como nos mostra o trecho abaixo:

- Desde o cabeça lá, que é o prefeito... não que seja ruim esse prefeito; acredito que pra própria população ele foi até melhor que o outro. Mas assim, existiam pessoas dentro desse grupo, dessa gestão [2001-2008], que se preocupavam com esses detalhes: com o funcionário, com o vínculo com a comunidade, e essas pessoas mobilizavam as Unidades a agir. E hoje não tem uma pessoa assim; uma cabeça que fala: “bom, vamos fazer tal coisa...” Agora, o que eu percebo: se faz muita coisa assim, pra população nas ruas, né, eventos: “viva bem”, não sei o que lá... põe lá as barracas... Isso é prevenção? É; também é. Mas eu achei que isso acabou virando um espetáculo. Não é mais uma preocupação, acabou virando um evento. Não sei se isso é verdade, mas é o que eu enxergo. (Elba Ramalho)

(Unidade Saúde da Família – Auxiliares de Enfermagem).

Como apontamos no início deste segundo núcleo, significados de Integralidade relativos a um olhar ampliado às necessidades em saúde estiveram presentes com maior frequência nos debates dos trabalhadores da USF. Porém, conforme os resultados abaixo demonstram, esse conjunto de significações encontrou-se igualmente entre as concepções dos trabalhadores das Unidades sem Saúde da Família.

A ênfase apresentada pelos participantes vinculados aos distintos modelos, no entanto, apresentou-se com natureza diferenciada. Enquanto a USF destacou o núcleo familiar como maior exemplo de práticas cotidianas relativas ao exercício de um “olhar ampliado”, o conteúdo das significações da UBS sem Saúde da Família enfatizou as problemáticas relativas à saúde mental, pressionando a equipe a acolher e dar respostas às suas variadas expressões.

- O índice de psicotrópico aqui é muito alto; a gente que trabalhou na pós ali a gente percebe. (Djvan)
- Nosso índice de medicação [psicotrópica] aqui aumentou muito. (Cazuza)
- Nossa, é! Como cresceu! (Virgínia Rosa)
- Um livrinho de medicação aqui que a gente tem... olha! (Tulipa Ruiz)
- Não era assim. (Cazuza)
- E o que acontece com uma pessoa dessa? Ela tá com uma depressão leve, mas, começa a virar uma hipertensa, diabética... e uma coisa vai puxando a outra... e é assim que funciona. (Gal Costa)

(UBS s/ Saúde da Família – Auxiliares de Enfermagem)

- Acho que saúde mental, que é um serviço que tá na rede básica, mas que... pela falta de profissional ou porque eles... (Clara Nunes)
- ... tem que ser mais continuado. (Marisa Monte)
- Os profissionais eles vêm aqui duas vezes por semana; e daí nos outros dias, eles estão rodando as outras unidades. Então, assim, a demanda é muito grande e talvez, assim, a forma de atuar com essa demanda é nos

grupos, mas alguns pacientes não se adequam a isso... e acaba que... não tem... não dá pra oferecer um serviço assim mais individual pra cada paciente. E aí, acho que essa é uma demanda que os pacientes esperam mais da unidade e não tem como oferecer. (Clara Nunes)

(UBS s/Saúde da Família – Médica, Enfermeiras e Dentista)

Além da dimensão psicológica dos adoecimentos e do sofrimento psíquico da população atendida, foram destacadas questões relativas às difíceis condições de moradia e renda dos usuários adscritos, bem como as diferenças de classe e suas consequentes necessidades trazidas à Unidade a partir da materialização em carências por serviços de saúde.

- É encaminhado; às vezes, os coitados não tem um dinheiro pra pagar um vale transporte. (Ceumar)

- É uma vergonha. Recebe vale transporte, sessenta vale pra uma população. Tem pessoas, às vezes, que tá fazendo uma fisioterapia, precisa de dez... distribuí dez pra ela; acho um absurdo a quantia que vem. Tiram até sarro da população ao falar que o posto fornece vale transporte. Chega no dia e acaba. Acaba no dia. Sabe? Se você encaminha ele pra uma Unesp, ele necessita de um vale transporte, se não, eles não vão. Eles vão pegar daqui pra uma Unesp a pé? Às vezes com uma criança? (Djvan)

(UBS s/Saúde da Família – Auxiliares de Enfermagem)

- E fora que a gente tem uma área tão extensa e tão... que tem discrepância: ou é aquela coisa bem pobrezinha, perto do rio, onde dá a impressão que os pernilongos vão levar todo mundo... ou é casas muito boas. Tem casas muito boas por aqui. Então, tem esse tipo também de população. (Marisa Monte)

- Pessoal da indústria. Do Comércio. (Teresa Cristina)

- É uma população bem heterogênea. Tem os que frequentam nossa unidade e que tem plano de saúde. (Fabiana Cozza)

- Tem os que só vêm pra pegar medicação, porque já têm plano de saúde. É, na verdade, a gente acaba priorizando por necessidade mesmo. (Marisa Monte)

(UBS s/Saúde da Família – Médica, Enfermeiras e Dentista)

Os trechos abaixo evidenciam a identificação e sensibilização dos trabalhadores para com as demandas dos usuários que constantemente comparecem à Unidade, e, por isso mesmo, são considerados “poliqueixosos” ou “problemas”. Seja por não ter identificada/diagnosticada sua queixa, seja ainda pela expressão difusa com que a mesma se apresenta, são destacadas necessidades sociais e subjetivas, materializadas nas necessidades de saúde.

- E outra coisa, eu acho assim, na minha opinião, os pacientes que vêm em posto de saúde, eu tô falando daqui, mas geralmente, se for ver, é geral, a maior parte da população que frequenta o posto de saúde... frequentemente, que vem sempre no posto de saúde, é mais problemas psicológicos do que fisiológicos. (Djavan)

- *Eles querem conversar. (Tulipa Ruiz)*
 - *A gente que tá ali, a gente sabe, a gente percebe na conversa deles, sabe; na queixa deles você já percebe que não é nada fisiológico, é mais psicológico que essa pessoa tá precisando de ajuda. [...] Não tá tendo uma avaliação adequada pra distinguir o que é fisiológico e o que é... né; a maioria das vezes, o que o paciente é: é criticado, né, por trás fica falando: “Não sai daqui!” A gente mesmo fala, gente... a gente mesmo fala: “não sai daqui!” Não tem nada, você vê que não tem nada. Tem um problema ali, oh. Mas só que quem vai ver isso daí? Quem vai avaliar? Passa por médico, passa por enfermeira, passa por isso, passa por aquilo e ninguém vê nada... (Djvan)*

(UBS s/Saúde da Família – Auxiliares de Enfermagem).

A temática relativa à saúde mental dos usuários foi destacada igualmente pelos trabalhadores da USF, materializada no aumento do número de casos e nos altos índices de consumo de psicotrópicos. Na dinâmica do trabalho em RAS apontaram-se as implicações para a Unidade do fechamento do serviço ambulatorial de referência na cidade, encaminhando-se os usuários para acompanhamento junto à UBS mais próxima a sua moradia.

- *E a questão da saúde mental ela é bem presente na nossa comunidade. E a saúde mental ela tem feito um trabalho, mas é só um período na semana. São três profissionais que atuam; aí eles propõem uma lógica de matriciamento também; isso parece que não é muito claro pra equipe, não é muito claro pros próprios pacientes, né. E a demanda ela sempre bate na porta. Não é que não é oferecido, mas... acho que a questão da saúde mental, ela precisaria, não sei, de mais períodos, não sei também... É muita demanda. E acho que se for ver, a gente acaba criando uma demanda que a gente não consegue dar conta. (Maria Betânia)*

(Unidade Saúde da Família – Médicas, Enfermeiras e Dentista)

Assim, os trabalhadores da Atenção Primária, novamente de maneira independente ao modelo tecnológico em que se vinculam, sentem-se sem retaguarda para quaisquer ações relativas à saúde mental; com os médicos clínicos gerais por vezes reproduzindo as receitas dos medicamentos já em uso, outras vezes, recusando-se a atender e referenciando ao nível terciário.

- *E a Psicologia foi, assim, implantada faz pouco tempo, aqui, né? Que o pessoal dos psicólogos vêm aqui na Unidade. Não tem um psiquiatra. Não tem um psiquiatra na rede. Só vem os psicólogos, então, assim, na hora de passar uma receita... Que nem o ambulatório fechou. A maioria dos médicos de lá foi remanejada pro hospital e tal; os pacientes de lá eles encaminharam tudo pros postos de saúde. E aí, chega aqui, o que acontece: os clínicos vão ter que fazer receita pros pacientes. Só que chega aí, são clínicos, não são psiquiatras. Aí fica lá, mantendo aquela receita. Agora, se ele ficar aqui 15, 20 anos, vai ser 15 ou 20 anos*

tomando fenobarbital, rivotril, que não sei o que... que é a mesma receita. Não vai ter uma avaliação de um psiquiatra, né, não vai ter uma troca de medicação, de dosagem. Eu acho isso, na minha opinião, um absurdo, gente. O que tá acontecendo é um absurdo. (Djavan)
(UBS s/Saúde da Família – Auxiliares de Enfermagem).

Importante apontar a implantação no município do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)³⁷ no início de 2012. Composto por diversas profissões, dentre elas psiquiatras, psicólogos e assistentes sociais, seu objetivo destina-se a atuação em modelo de matriciamento junto às Unidades de Atenção Primária. Análises mais detalhadas acerca das relações específicas mantidas por este equipamento com as Unidades Básicas pesquisadas, porém, embora citadas, fogem às possibilidades e escopo deste estudo.

Os desafios de uma relação orgânica da área programática da Saúde Mental na interface com a Atenção Básica são abordados pela literatura da área e nas experiências cotidianas dos serviços. Bernardo e Garbin (2010) afirmam que “ainda que não se possa negar a existência de experiências que obtiveram êxito nessa integração, não é possível afirmar que exista uma organicidade na atenção em saúde mental em serviços não especializados” (p. 105), como é o caso da Atenção Básica.

Para as autoras, a estruturação das equipes Saúde da Família compõe um quadro a mais nas dificuldades referentes à superação do distanciamento da atenção à saúde mental em equipamentos de nível primário:

De um lado está a atual Estratégia Saúde da Família (ESF). Sem dúvida trata-se de uma proposta muito importante que se fundamenta na atenção integral e na territorialização, as quais, devemos ressaltar, também são conceitos chave para a atenção psicossocial, que está na base da política de Saúde Mental. Mas sua estruturação com base em equipes formadas apenas por médicos e profissionais de enfermagem “generalistas” parece dificultar o olhar para situações e problemas de saúde que, historicamente, ficaram apartados da atenção básica. Entre eles, incluem-se não apenas a Saúde Mental, mas também a Saúde do Trabalhador e as demais áreas que fazem parte da Vigilância em Saúde (saúde ambiental, sanitária, epidemiológica e controle de zoonoses). (BERNARDO; GARBIN, 2010, pp. 105-6).

A atenção à saúde mental da população adscrita constitui-se em dificuldade adicional, tendo em vista, dentre outros elementos, a ausência de retaguarda especializada efetiva, como descrito anteriormente pelos participantes.

³⁷ Estruturas compostas por equipes multiprofissionais que devem atuar como referência para um número determinado de equipes de saúde da família no sentido de realizar discussões de caso, atendimento compartilhado e, eventualmente, intervenções específicas com usuários e famílias encaminhadas. (BRASIL, 2008).

De modo a corroborar esses apontamentos os exemplos relatados pelos trabalhadores acerca da atenção à saúde mental são ilustrativos da complexidade tecnológica e relacional experienciada nas ações da Atenção Primária. Tal complexidade inclui desde a ampliação dos conceitos saúde-doença, à compreensão das necessidades sociais em variadas dimensões presentes na definição de Integralidade.

Na verdade, enfrentam-se [na Atenção Primária] desafios tecnológicos muito complexos para assegurar acolhimento e resolutividade aos problemas de vida inerentes ao contato com famílias, com grupos sociais, com a diversidade cultural e com problemas de vida (relações sociais, violência urbana, gravidez indesejada ou em adolescentes jovens etc). Essa complexidade só pode ser enfrentada com a articulação dos conhecimentos biológicos com outros, advindos de campos como a psicologia, a sociologia, a antropologia, entre outros. No entanto, muitos admitem a possibilidade de que profissionais menos preparados sejam suficientes para dar conta dos problemas mais simples e para encaminhar os mais complicados. Não reconhecem a especificidade nem a complexidade envolvida nesse trabalho. (SILVA JR.; ALVES, 2007, p. 36).

Silva Jr. e Alves (2007) apontam ainda o despreparo de muitos profissionais para a atuação junto às complexidades das demandas em Atenção Primária. Ao mesmo tempo, enfatizam a existência da cultura dos “encaminhamentos” na qual os gestores do SUS admitem profissionais “menos preparados” e/ou com perfis distanciados das necessidades específicas da atuação neste âmbito de cuidado.

Somado a isso temos o ensino em graduação que enfatiza as especialidades, em detrimento de uma formação generalista, especialmente na medicina, além da ausência de seleções adequadas na triagem de perfis mais afeitos às propostas do trabalho da Atenção Básica ou que contemplem as necessidades dos cuidados primários.

Durante as discussões do grupo focal das ACS encontramos relatos que exemplificam tais inadequações presentes em parte considerável da linha do tempo da USF em que atuam. As dificuldades com médicos em início de carreira e que não apresentavam perfil de compromisso com a Atenção Primária, a grande rotatividade dos profissionais que buscavam outros locais de trabalho, dentre outros aspectos, desencadearam entraves para todo o trabalho da equipe.

- Nesse caso específico, acho que a atenção que esse profissional tava dando, na época, era só pra um tipo de paciente. Psicólogo na verdade seria mais, e esqueceu que tem outras demandas: tem o diabetes, tem os hipertensos, tem as crianças... e acabava sobrando só pra enfermeira; a

enfermeira já tem várias coisas pra fazer, aumenta a demanda da enfermeira. Acaba não dando conta.

Às vezes, ficava fazendo o seu trabalho, era faculdade, era mestrado, e o paciente, que era o foco daquela pessoa ali acabava não atendendo. Às vezes, a gente tinha que mentir: eu mandava ele pra outro posto, pra eventual. (Rita Lee)

- Já aconteceu desse profissional não atender, não marcar agenda, e deixar só pra outra pessoa atender, e sobrecarregar a equipe. Isso que ela acabou de falar, de ficar fazendo outras coisas que ele poderia estar fazendo em outros momentos, ela ficava fazendo naquela hora. E também, nessa mesma época que eu entrei, também tinha um profissional que dormia; tinha profissional que ficava na internet, levava seu computador com internet e ficava na internet. (Cássia Eller)

(Unidade Saúde da Família – Agentes Comunitários de Saúde).

Na sequência dos debates sobre a linha do tempo da USF, evidenciou-se que a equipe encontrava-se, quando da realização dos grupos focais, em momento diferenciado, com atuações mais integradas e maior compromisso de seus membros para com as ações específicas desenvolvidas. Questionados sobre os elementos a justificar a mudança do quadro anterior, os participantes relatam a postura da gestão na reorganização do trabalho médico, pautada no aumento de salários e na flexibilização da carga horária dessa categoria.

- Então, foi uma questão bem política. Porque antes, assim, o que acontecia: sabe-se que médico não tem sobrando; tem que ganhar bem. Então, o que acontece, com esse novo governo que veio [2009-2012], melhoraram... não é que o salário do médico tava ruim, é que o médico, pela profissão dele, ele acaba ganhando mais, porque não tem tantos médicos assim; é aquela lei da oferta e da procura, né. Se não tem profissional, eles mesmos aumentam o salário deles. Não aumentava, a meu ver, porque não queria dizendo que não tinha dinheiro. Então, o médico pedia a conta porque arranjava uma oportunidade melhor. Demorava mil anos pra contratar outro. Quando saía um médico, até achar outro a população ficava super mal, porque ficava dois, três meses, quatro, cinco, seis, sem contratar médico, né. Ou quando contratava, era só pra cobrir os extras e pronto. (Paula Lima)

- E também ter mais flexibilidade com esse profissional. (Ana Carolina)

- Em alguns casos, o profissional compensa de outra forma o tempo que não está lá: faz uma campanha pra cumprir horário. Também facilitou o acesso do paciente: faz uma campanha em outro horário. (Leila Pinheiro)

(Unidade Saúde da Família – Agentes Comunitários de Saúde).

Importante lembrarmos que essa historicização abarca a transição da gestão da ESF de uma associação filantrópica para uma fundação estatal, conforme discorrido anteriormente, pautando-se o trabalho nas Unidades, dentre outros elementos, em um maior controle e fiscalização, assim como por responsabilização dos trabalhadores pelas metas a serem cumpridas.

Abarca igualmente a presença de profissionais com formação mais recente a ingressar nas USF, em alguns casos, provenientes de residências multiprofissionais em Saúde da Família, contribuindo para modificações na qualidade do trabalho desenvolvido.

6.3. VÍNCULO, ACOLHIMENTO E CUIDADO: CONTRADIÇÕES DO PROCESSO DE TRABALHO NAS UNIDADES DE ATENÇÃO BÁSICA

Após a análise dos Núcleos de Significação relativos à Integralidade do Sistema e Integralidade como olhar ampliado ao processo saúde-doença, outro Núcleo de Significados presente nos resultados da totalidade das discussões grupais vincula-se ao próprio *processo de trabalho nas Unidades de Atenção Básica* (conferir Anexo 02).

Como podemos identificar nos conteúdos listados abaixo, parcela considerável foi tangenciada nas discussões de nossos dois primeiros núcleos. As análises apresentadas neste momento buscam explicitar as relações entre significados vinculados à especificidade do processo de trabalho na Atenção Básica e que, ao mesmo tempo, nos remetem ao conceito de Integralidade.

Os indicadores constitutivos do terceiro e último Núcleo deste eixo referem-se aos seguintes conteúdos atinentes à dinâmica unidade-população:

- vínculos entre unidade e população;
- relações de confiança e identificação/referência;
- suporte afetivo/escuta aos usuários;
- questões relativas ao Acolhimento;
- cultura do pronto-atendimento;
- excesso de atendimentos eventuais;
- encaminhamentos excessivos;
- questões relativas ao trabalho médico-centrado;
- posturas individuais do trabalhador: interesses, sentidos, responsabilidades;
- fragmentação do olhar: cultura das especialidades e a formação profissional.

No dia a dia das ações das Unidades pesquisadas expressões da Integralidade puderam ser identificadas em diversos debates, mesmo que, na maioria das vezes, não se remetesse tais práticas ao conceito.

A especificidade dos trabalhos desenvolvidos pela Atenção Primária, em quaisquer de seus modelos de organização, por exemplo, foi destacada como potencializadora da Integralidade, especialmente quando se abordava os vínculos de confiança estabelecidos.

- *Predomina um bom vínculo nosso. Assim como a gente conhece eles, eles conhecem a gente também. (Cazuza)*
- *O paciente agradece. A gente chama ele pelo nome, ele chama a gente pelo nome. (Djavan)*
- *Te procura quando tem problema. Tem segurança. (Virgínia Rosa)*
- [...]
- *Porque, às vezes, o paciente precisa mais de uma conversa sua do que pegar um remédio. Ou de passar pelo médico. (Djavan)*
- *Eles se abrem com a gente; falam particularidades. (Ceumar)*

(UBS s/Saúde da Família – Auxiliares de Enfermagem)

- *Acho que, além disso, que a Betânia colocou, de ser a porta de entrada, concordo com ela, nesse sentido. Mas principalmente também, pelo vínculo que a gente cria com os pacientes; o vínculo que eles formam com a gente da equipe. E isso acaba facilitando o tratamento do paciente. Você poder estar indo na casa do paciente, conhecer o paciente, como mora... é também uma relação de confiança que eles tem com a gente, né. Então, chega lá na unidade: “ah, eu quero falar com a enfermeira Nara; quero falar com a Betânia”; ou, ela sabe quem ele tá procurando, tem o profissional de referência. O que é diferente dos outros níveis, né. (Nara Leão)*

(Unidade Saúde da Família – Médicas, Enfermeiras e Dentista)

De maneira diversa àquela identificada nos entraves para a resolução adequada das demandas dos usuários, todas as categorias profissionais destacam a boa qualidade dos vínculos mantidos entre a população e a equipe de saúde, identificando a procura da comunidade por orientações e cuidados na Unidade como sendo a primeira referência da maioria dos moradores das áreas adscritas.

Na descrição dos fundamentos e diretrizes da Atenção Básica formulados na Portaria 2488/2011, os processos de vinculação e adscrição são apontados como eixos definidores do trabalho, tendo em vista o princípio da corresponsabilização do cuidado, isto é, que profissionais e usuários identifiquem-se como responsáveis pelo processo saúde-doença de si próprio e de sua comunidade.

Encontra-se destacado igualmente o pressuposto inerente à construção de ações que objetivem a redução e/ou eliminação de iatrogenias decorrentes de muitas intervenções clínicas em saúde:

O vínculo, por sua vez, consiste na construção de relações de afetividade e de confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, permitindo o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde construído

ao longo do tempo, além de carregar em si um potencial terapêutico. A longitudinalidade do cuidado pressupõe a continuidade da relação clínica, com construção de vínculos e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente, acompanhando os efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos na vida dos usuários, ajustando condutas quando necessário, evitando a perda de referências e diminuindo os riscos de iatrogenia decorrentes do desconhecimento das histórias de vida e da coordenação do cuidado. (BRASIL, 2011, p. 03).

No caso dos ACS, em especial, o vínculo estreito mantido com os usuários, dada a própria natureza da função que exercem, demarca a existência de limites tênues entre a realidade da vida pessoal e profissional, por vezes, gerando sofrimento e maior desgaste emocional para esta categoria. Desta forma, cumpre-nos destacar os seguintes relatos apresentados nos debates destes trabalhadores durante os dois encontros do grupo focal realizado³⁸.

- Eu acho assim: é tanto bom, quanto ruim. Porque a gente não tem privacidade; por exemplo, eu fui num aniversário, sexta-feira, aniversário do meu sobrinho. Minha irmã teve que ir embora... chegou uma mulher e falou: “oi.” Nunca vi a mulher na minha vida. “Você trabalha no postinho, né?” Eu falei: “uhum! Entra, né, fica à-vontade.” Mas eu nunca vi a mulher. E até o menino dela falou: “é mesmo, né, mãe, ela trabalha no posto.” (Rita Lee)

- Uns dias antes do Natal eu fui no supermercado com minha mãe, ver o preço de um bolo que eu queria comprar. A mulher me viu ali e foi perguntar coisa do Bolsa Família. E é um momento meu ali, de lazer. Você tá saindo, pensando em outras coisas. Isso atrapalha a gente. E irrita. (Ana Carolina)

- Um dia uma paciente da minha área viu eu num barzinho sentada, conversando. E ficou olhando, assim. De cabelo solto, dando risada, né. Ela ficou olhando. Então, é complicado. (Cássia Eller)

(Unidade Saúde da Família – Agentes Comunitários de Saúde)

O principal instrumento de trabalho dos ACS constitui-se das visitas domiciliares. A eficiência de suas funções depende essencialmente das relações de confiança e proximidade com as pessoas sob sua responsabilidade, gerando envolvimento pessoal nas relações familiares, muitas vezes a partir de trabalho ininterrupto, além da exposição às precariedades das condições de vida da população atendida.

O estudo de Vilela, Silva e Filho (2010) aponta que, em muitas situações, a vinculação dos ACS aos indivíduos, seu engajamento pessoal e compromisso com o trabalho

³⁸ Para maiores aprofundamentos quanto ao adoecimento apresentado pelos Agentes Comunitários de Saúde e alguns de seus determinantes, recomenda-se a leitura de: RIBEIRO, S. F. R. **O sofrimento psíquico dos trabalhadores de uma Equipe de Saúde da Família na organização do trabalho**. 2006. 162 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista, Botucatu.

constituem-se no único recurso, quando a “continuidade da assistência não é possível, não é suficiente ou não atende às necessidades das famílias” (p. 300).

Como analisado anteriormente, os limites ao exercício da função da USF identificados na Integralidade do Sistema, na ausência de relações efetivas entre as políticas públicas intersetoriais e na não resolução das carências sociais apresentadas pelos usuários acabam por determinar tentativas de resoluções individualizadas e consequente maior adoecimento a esses trabalhadores.

A missão idealizada pelo Ministério da Saúde, difundida como uma saída aos problemas da população, ao deixar de considerar os obstáculos, as dificuldades e os impedimentos que se interpõem a essa missão, coloca os ACS diante de uma encruzilhada: apesar de internalizarem o discurso idealizado, sentem na prática que boa parte de suas mensagens podem cair no vazio, o que pode gerar impotência, frustrações e sofrimento. (VILELA; SILVA; FILHO, 2010, p. 300).

Outro aspecto determinante na significação de Integralidade no processo do trabalho das Unidades de Atenção Básica, citado por todos os participantes, refere-se à prática do Acolhimento. A importância de uma abordagem adequada quando da procura pela população, independentemente da realização ou não de uma consulta médica e/ou de um procedimento, foi apontada pelos trabalhadores como elemento a contribuir com o bom vínculo entre Unidade-Comunidade.

A escuta atenta e cuidadosa, o suporte afetivo, a atenção; enfim, o Acolhimento devidamente realizado constitui-se numa atividade do trabalho importante para a Integralidade e foi apontada como diferencial na dinâmica atual da Unidade sem Saúde da Família, especialmente no tocante à confiança estabelecida com os usuários.

- Eu acho que tem vínculo. Tanto tem vínculo que quando eles mudam de área, eles não querem mudar de unidade, porque eles fazem vínculo com os profissionais da unidade. Sei lá, é o que eu acho, não sei. [...] Melhorou muito [o vínculo] com o acolhimento. Porque assim, antigamente, o paciente chegava, tinha lá um número de ficha e acabava, acabava... e hoje não. Mesmo que ele não é atendido pelo médico, tem o acolhimento: “olha, dá pra esperar, você vem amanhã”; “não, não dá pra esperar, eu acho melhor você ir na Unesp.” A gente acaba encaminhando, né. Eles sabem que alguma coisa resolve, alguma coisa eles ouvem. Então, acho que mudou muito com o acolhimento. (Marisa Monte)

(UBS s/Saúde da Família – Médica, Enfermeiras e Dentista)

Os preceitos do trabalho na Atenção Primária pautados no vínculo e no acolhimento, destacados como importantes para a prática da Integralidade, somam-se à

relação de confiança abordada pelos debates dos Auxiliares de Enfermagem da UBS s/ Saúde da Família.

A organização de serviços que primem por orientações adequadas aos usuários, sem que a atenção corra o risco de cair em rotinas cristalizadas, dificultadoras de práticas de cuidado que almejem a construção de autonomias, além dos aspectos relativos às condições para a realização do próprio trabalho foram intimamente relacionados ao vínculo, à confiança e ao acolhimento.

O relato abaixo dá conta da experiência pessoal de uma das participantes, evidenciando a premência do estabelecimento de relações de confiança para que as orientações recebidas pela comunidade possam ser construídas de tal forma a lhes fazer sentido.

- Mas eu acho assim, se eles sentissem mais segurança no médico, eles não procurariam pra lá [Unesp e Pronto-Socorro] também.

[...] Se o profissional chegasse pra mim, naquela época, e: “oh, mãe, tá acontecendo isso... seu filho pode desencadear isso...” mas nada: “é três dias e oh”; “é soro fisiológico no nariz e tchau”; é isso! Não é isso que acontece? Se fosse uma orientação, tanto do médico quanto do enfermeiro: “oh, mãe, é três dias, vai acontecer isso mesmo...” que nem da vacina: “oh, três dias pode acontecer da perna ficar durinha, fazer isso, aquilo...” a mãe fica mais confiante. Mas a demanda é tão grande, que vira rotina: “oh, isso daqui é três dias e tal”. É porque virou rotina já. Eu falo isso porque comigo aconteceu isso, eu não acreditava no médico mesmo; eu fui na Unesp... fui... não confiei. (Gal Costa)

(UBS s/Saúde da Família – Auxiliares de Enfermagem)

Para que a atenção individualizada possa ser efetivada na atenção aos usuários, fundamentalmente a partir de uma organização do acesso aos serviços, com consultas agendadas e diminuição do número de consultas eventuais, aponta-se a necessidade de uma organização do trabalho que contemple a dedicação em tempo integral dos trabalhadores, o que exige maior número de profissionais e a prioridade a práticas de prevenção.

Os atendimentos eventuais ou extras, isto é, a demanda espontânea que chega à Unidade procurando atendimento emergencial, constituem-se na maior parcela das atividades das equipes de ambos os modelos de atenção. A dificuldade na manutenção de ações pautadas em atendimentos agendados, nos quais se realizem planejamentos visando a autonomia dos usuários, é característica do processo de trabalho evidenciada na maioria dos debates realizados nos grupos focais.

- Porque aqui eles têm atendimento na hora que quer; farmácia, médico, acho que dentista também. (Zélia Duncan)

- Até que se torna como um PS, né; a gente tem que prevenir, tem que fazer uma visita, mas chegou um monte de demanda e você não consegue sair. (Elis Regina)

- Então, o nosso papel de prevenção, ele acaba não sendo realizado. Entendeu? Que nem, o certo seria: verificar a pressão na casa de um paciente que não pode vir ao posto, pra poder fazer o mapa da pressão; não tem como mandar um funcionário pra lá... então, essa pressão que era pra ser vista, acaba não sendo: não faz esse controle, então, a pessoa fica sem controle de pressão e não tem como medicar ou passar um remédio: “ah, esse remédio tá fazendo efeito, esse não tá...”; entendeu? Por causa da demanda. (Daniela Mercury)

(Unidade Saúde da Família – Auxiliares de Enfermagem)

- Não é que não faz, a gente faz a prevenção, mas também faz o curativo, então, vem o paciente, lógico, a gente trabalha em cima disso; mas a gente poderia estar fazendo mais, coisa que a gente não tá conseguindo fazer. (Teresa Cristina)

- Então, descaracterizou. (Marisa Monte)

- E a população também acaba... porque a gente chama pra um grupo, por exemplo, o próprio diabético, que troca o aparelho, montamos os grupos, eles não vêm pra dar essa continuidade. (Teresa Cristina)

- Porque na verdade, se esse atendimento curativo que a gente tá discutindo, que tá sendo colocado aqui, num primeiro momento, ele existe, é porque nós somos obrigados a fazer aqui, porque, esse povo chega aqui, quando eles não têm o atendimento, os caras ligam lá; vão lá na Secretaria, daí, o chefe de lá, liga aqui: “vocês não estão atendendo por quê?” (Biafra)

(UBS s/ Saúde da Família – Médica, Enfermeiras e Dentista)

O esgotamento físico e emocional com que se deparam os trabalhadores é amplamente associado a um acesso desorganizado, aliado à pressão da gestão municipal para que todos recebam atendimento médico no momento em que procuram a Unidade.

Quanto a necessidade de organização da demanda tendo em vista o acesso e melhor qualidade de assistência, Schraiber et al. (1990) aponta que, diferente das práticas clínicas da “consulta”, de pronto-atendimento ou do cuidado médico individual, o escopo da Saúde Pública, a partir da Atenção Primária, deve orientar-se para busca ativa dos casos, diagnóstico precoce, ações terapêuticas e ações educativas.

Assim, a partir das demandas por atendimento médico podem ser desencadeados outros movimentos no interior de um mesmo ato assistencial, desde que a organização do acesso integre a rotina das Unidades Básicas. Dessa forma, se pretende a igualdade de condições de assistência para toda a população, somada às necessidades epidemiológicas de prevenção de doenças e promoção de saúde (SCHRAIBER et al., 1990).

Vale dizer, em outros termos, que se para o pronto-atendimento, por exemplo, um, e apenas um, diagnóstico encerra uma consulta, para a prática sanitária um diagnóstico é o começo de uma série deles: tanto quanto forem

necessários para apreender todas as situações de risco referentes ao(s) grupo(s) a que cada caso individual pertence. De igual forma, raramente uma consulta única pode satisfazer a necessidade sobre a qual se intervém, até porque esta não se reduzirá a necessidade demandada, tal como ocorre na demanda espontânea e “livre” de cada doente, prevista no modelo da “consulta”. Ao contrário, aqui a tecnologia de intervenção postula um processo de permanente estímulo a demandas nem sempre reconhecidas pelo doente como necessidade já dada, fundada na própria noção de prevenção e promoção de saúde. (SCHRAIBER et al., 1990, p. 27).

Paim (1995) sinaliza que a necessidade de intervenções de impacto sobre os perfis de morbimortalidade apresentados por uma dada população “não tem coexistência pacífica com o princípio da não rejeição à demanda” (p. 195), sendo fundamental, portanto, que os serviços de saúde, especialmente as Unidades Básicas, possuam papel ativo, antecipador de problemáticas a fim de chegar antes e atingir os conceitos de magnitude, vulnerabilidade e transcendência, conforme difundidos pela OPAS/OMS.

Ora, como considerar que a demanda espontânea possa ser o modo privilegiado de intervenção eficaz sobre o perfil da morbimortalidade? E os problemas de saúde da população que por motivos diversos não se constituem em demanda? [...] a integralidade das ações (cura e prevenção) por si só não assegura a mudança da lógica de organização da assistência que tenha como critério primordial o atendimento aos principais problemas de saúde da população. (PAIM, 1995, p. 195-6).

Schraiber et al. (1990) e Paim (1995) analisam que tais reflexões não se referem exatamente a uma dimensão meramente técnica das práticas em saúde, mas sim e, fundamentalmente, à organização social da produção dos serviços. Não se restringem, portanto, a uma reflexão sobre as articulações institucionais entre as redes de assistência médica ou, por outra, às dimensões da Integralidade.

De tal forma, os autores nos remetem aos debates e proposições da Medicina Social Latino-americana, nos quais as análises do processo de trabalho em saúde devem partir das necessidades sociais mais amplas que o justificam e com os quais são interdependentes: tanto construtores de demandas quanto construídos por elas.

Desta maneira, necessidades sociais são transformadas em problemas de saúde e devem ser compreendidas em seu caráter coletivo, no qual a prática dos serviços compõe igualmente o conjunto estruturado de produção material da vida: “Assim, as ações em saúde são práticas em saúde, portanto, prática social, em suas dimensões econômica, política e ideológica, que se articulam numa totalidade social” (PAIM, 1995, p. 197).

Quanto à tentativa de organização do acesso da população, com organização definida a partir dos atendimentos agendados, foi possível identificar maior iniciativa, e consciência relativas ao papel da equipe, nos trabalhadores vinculados à USF, especialmente no tocante ao planejamento de ações com o objetivo de educação da comunidade para a reorganização do próprio processo de trabalho.

Os relatos dos profissionais da ESF indicaram maior compreensão quanto à necessidade da Unidade, em conjunto, adotar postura de sujeito ativo na busca por mudanças desse panorama histórico quanto ao cuidado em Atenção Primária no município.

- Então, a gente tinha assim um número de faltosos muito grande. E isso foi incomodando porque o número de eventuais cada vez maior, o número de faltosos cada vez maior; e aqueles que passavam numa consulta agendada, que deveria ser de qualidade mas, pela demanda muito grande, não conseguia prestar essa assistência com qualidade, isso foi inquietando a equipe. Até que no final do ano a gente pensou, pensou e repensou várias vezes, até que a gente chegou na mudança que tá acontecendo hoje. A gente tem um dia na semana pra fazer o agendamento, que é segunda-feira de manhã, e a gente distribui pra cada médico 30 senhas. Então, o paciente chega sete da manhã, e naquele dia ele vai fazer o agendamento pra aquela semana, independente do problema dele. [...] No atendimento agendado a gente vai tá vendo ele como um todo. E não somente pensar numa coisa, tratar; pode ser que não resolva, ele vai ter que voltar. Então, foi essa a mudança que a gente fez. [...] Então, eu acho que o que mudou não foi nem a questão do acesso do paciente. O acesso continua o mesmo, mas a questão da equidade, porque a gente consegue atender aqueles que precisam. (Nara Leão)

(Unidade Saúde da Família – Médicas, Enfermeiras e Dentista).

De forma semelhante, dentre os modelos pesquisados, identificou-se que a USF apresentou maior consciência quanto ao seu papel na educação da comunidade para novas práticas em saúde, incluindo aí a importância do desenvolvimento da autonomia dos usuários para o seu autocuidado, além da busca pela equidade na atenção.

A atividade desenvolvida necessita de planejamentos, revisões e realinhamentos constantes, direcionando-se tanto para a realidade da dinâmica interna à equipe, quanto ao contexto comunitário para o qual ela se destina e com quem desenvolve sua prática.

- E além de todo atendimento de biopsicossocial, a gente tá lá pra orientar sobre essa nova forma de saúde pública que existe agora. Em Botucatu é recente a Saúde da Família. Então, até a população se acostumar, leva um tempo. Por isso que a gente briga bastante, porque tem bastante atendimento, como a Betânia falou, eventual, que o paciente vai lá quando tá precisando, quando tá doente. Ai falta entender que não é só quando está

doente. O mais importante é impedir que ele fique doente. Isso é importante.
(Maria Rita)

[...]

- Acho que a gente consegue trabalhar também a autonomia do paciente, dele se sentir responsável pela sua saúde. Acho que é uma maneira bacana. Não só eu vou quando eu tô com dor; eu vou porque eu preciso mesmo, pra fazer um acompanhamento, porque faz tempo que não vou e eu acho importante. Acho que é um acesso diferenciado. (Maria Betânia)

(Unidade Saúde da Família – Médicas, Enfermeiras e Dentista)

Mattos (2006) aponta a Integralidade como imagem-objetivo, portanto não como utopia, mas como aquilo que se almeja construir: a finalidade que parte do pensamento crítico que recusa a reduzir-se unicamente ao já existente. Se, por um lado, refere-se “a um valor que se expressa na forma como os profissionais respondem aos pacientes que os procuram” (p. 48), com ações não restritas às dimensões biomédicas; por outro lado, “em muitas situações a Integralidade só se realizará com incorporações ou redefinições mais radicais da equipe e de seus processos de trabalho” (p. 51).

Na dimensão da reorganização da atividade realizada, Mattos (2006) nos aponta as prerrogativas relacionadas à horizontalização dos programas e atendimentos aos usuários, ao diálogo entre a demanda espontânea e programada, bem como as políticas especiais que visam dar conta de problemas específicos de certos grupos e regiões do país.

Analogamente, quando se busca orientar a organização dos serviços de saúde pelo princípio da integralidade, busca-se ampliar as percepções das necessidades dos grupos, e interrogar-se sobre as melhores formas de dar respostas a tais necessidades. As necessidades de serviços assistenciais de uma população não se reduzem às necessidades de atendimento oportuno de seus sofrimentos. Como também não se reduzem às necessidades de informações e de intervenções potencialmente capazes de evitar um sofrimento futuro. As necessidades não se reduzem àquelas apreensíveis por uma única disciplina como a epidemiologia, ou como a clínica. Novamente, o princípio da integralidade implica superar reducionismos. (MATTOS, 2006, p. 62).

Na reflexão sobre o processo de trabalho das Unidades participantes, as condições objetivas relativas ao número de trabalhadores foram lembradas, já que se constituem em contexto oportunizador da revisão das atividades, em especial na USF. Foi assim que, no decorrer dos contatos com essa Unidade, após a coleta de dados, constatou-se que a exemplificada prática de organização do acesso foi dificultada/abandonada, dada a transferência de um dos profissionais médicos para outra unidade recém-inaugurada.

- Mas eu acho que isso também mudou pela própria mudança de estrutura do posto, porque assim: antes, era um profissional médico só. E não tinha como. Era uma população pra duas equipes de saúde que um médico só era responsável. Eu acho que não tinha como implantar qualquer mudança assim. A partir do momento que a gente tem uma estrutura formada, aí a gente pode mudar. Agora, se a gente não tem isso, a gente vai fazer o que dá pra fazer. Infelizmente é assim. E mesmo a cobertura de PSF não é 100%, né. Então, isso faz diferença. Acaba sobrecarregando uma unidade e o atendimento à saúde não é adequado e não tem como mudar, se não mudar a estrutura também. (Maria Rita)

(Unidade Saúde da Família – Médicas, Enfermeiras e Dentista)

Em oposição aos avanços consideráveis na reorganização do cuidado no âmbito primário, os relatos de outras categorias profissionais a compor a USF dão conta da prevalência de práticas desenvolvidas isoladamente, distanciando-se de planejamentos e intervenções conjuntas e em equipe.

Desta forma, nem sempre decisões tomadas no coletivo são implementadas igualmente por todos os profissionais da Unidade, variando conforme a divisão técnica do trabalho e a função ocupada por cada trabalhador nesse contexto. Muitas vezes, como demonstra o relato abaixo, alguns membros da equipe tomam posturas coerentes com as decisões coletivas e outros nem sempre a consideram. Realidade a desnudar relações de poder e hierarquia no interior das USF.

Posturas médico-centradas persistem nas ações junto à comunidade, com conflitos a expressar desvalorização de determinadas categorias profissionais. Além do desgaste ao trabalhador, o próprio processo de trabalho e sua organização junto à população são prejudicados, com entraves e implicações para todo o conjunto das ações desenvolvidas, bem como para a transformação do modelo de saúde biologizante, hospitalocêntrico e curativo ainda hegemônico na realidade nacional.

- Acho que acaba sobrecarregando a gente no sentido de que os médicos fazem tudo o que os pacientes querem. (Elis Regina)

- E, às vezes, você dá uma orientação de que era pra ser orientado aquilo e... (Zizi Possi)

- Você orienta do jeito que foi te orientado... (Elba Ramalho)

- ... que é eventual; que é só queixa aguda agora; aí, às vezes, ele entra no consultório e já sai com tudo. (Zizi Possi)

- Às vezes, é assim, falar a mesma língua, né; aquilo que for falado tem que ser cumprido. Lógico, que tem as suas exceções, de acordo com o bom senso que a gente vai usar; mas, às vezes, é usado: “ah, vamos fazer logo”.

E aí, acaba que a pessoa ela perde o vínculo com a técnica porque: “eu fui até ela, ela falou pra mim que não dava; eu vou até o outro, o outro resolve pra mim”; então, o problema era ela, não é o sistema. (Elba Ramalho)

(Unidade Saúde da Família – Auxiliares de Enfermagem).

Outro exemplo de conflito determinado pelas relações de poder e a divisão técnica do trabalho, tendo como consequência abusos de autoridade e sofrimento ou adoecimento do trabalhador pode ser identificado na seguinte transcrição retirada dos debates do grupo de ACS.

- *Porque na hierarquia eles estão acima da gente. (Nana Caymmi)*
- *Isso. A gente já chegou a ouvir assim: uma auxiliar de enfermagem e uma agente de saúde. A auxiliar falou isso, isso e isso, pra gente; e a auxiliar disse pra gente que falou isso e isso. Quando chega na enfermeira, a enfermeira fala assim: “em quem você quer que eu acredite? Em quem você acha que eu vou acreditar? No agente de saúde ou na auxiliar de enfermagem? É claro que na auxiliar de enfermagem”. Foi falado desse jeito. (Rita Lee)*

(Unidade Saúde da Família – Agentes Comunitários de Saúde).

No capítulo posterior teremos a oportunidade de aprofundar as análises acerca das pressões sentidas, especialmente pelos ACS, na relação com a coordenação da Unidade, mas também no relacionamento interpessoal com os demais membros da equipe de trabalho.

O resultado dos debates nos grupos focais aponta para a reprodução de expressões do assédio moral sofrido pelos coordenadores de Unidade e praticado pelos gestores da Saúde Família; em especial para o cumprimento de metas, a vigilância e controle dos trabalhadores.

Em escala hierárquica, evidencia-se a reprodução de constrangimentos e violências psicológicas, conforme a valorização salarial e o *status* da função exercida. Na Unidade sem Saúde da Família, os abusos de poder foram igualmente abordados, embora com ênfase na relação dos profissionais médicos para com os demais membros da equipe.

Quanto a esse aspecto, portanto, não foram identificadas diferenças entre os distintos modelos de atenção, existindo relações interpessoais e profissionais bastante desiguais, com valorizações, *status* e poder equacionados conforme a divisão social e técnica do trabalho em saúde.

As características de relações de trabalho desiguais em sua correlação de forças constituem-se em determinantes do chamado *desgaste mental no trabalho dominado*, conforme as pesquisas analisadas por Seligmann-Silva e colaboradores (2011).

Para a autora, a escalada da *globalização assimétrica*, a precarização social e do trabalho determinam a precarização da saúde mental, com ataques à dignidade, identidade e autonomia dos trabalhadores, em um consequente desgaste humano e mental, aprisionando os indivíduos a sentimentos de medo e submissão.

O conceito de desgaste mental emerge dos estudos do processo de trabalho, no qual a concepção está “vinculada à ideia de consumo do substrato e das energias vitais do trabalhador” (p.123), cuja proponente principal foi a médica e socióloga Asa Cristina Laurell, na década de 1980: “o desgaste é visualizado como produto de uma correlação desigual de poderes impostos sobre o trabalho e sobre o trabalhador, acionando forças que incidem no processo biopsicossocial saúde-doença” (SELIGMANN-SILVA, 2011, p. 135).

Os formatos atuais assumidos pelas novas formas gerenciais do trabalho, por relações marcadas pelo assédio moral, violências psicológicas camufladas e subsumidas sob as ideologias da participação e cooperação nos espaços laborais, os novos modos de controle e o aprisionamento da autonomia do trabalhador encontram-se presentes, como vimos, igualmente na administração pública e nas Unidades de Saúde pesquisadas.

A conjuntura do processo de trabalho das equipes multiprofissionais de saúde, marcada pela acumulação flexível do capital, é definida, conforme Peduzzi (1998), por uma “política de recursos humanos que não consegue implementar propostas e resolver problemas antigos” (como plano de cargos e salários, questões salariais, excesso de burocracia), “ao mesmo tempo em que já se defronta com uma nova agenda de questões”, a saber, a flexibilização das relações de trabalho (p. 87).

Contextos, de acordo com a autora, pouco favoráveis à articulação de ações de diferentes áreas que se encontram na composição das equipes multiprofissionais, mais favorecedores, portanto, de agregação de trabalho. Isto é, “contextos que vão reforçar menos a presença ativa e consciente e mais a alienação da dimensão coletiva do trabalho, assim como da relação entre trabalho e interação” (PEDUZZI, 1998, p. 87).

Conforme analisamos, existe semelhança entre os significados da Integralidade apontados na dinâmica interna das Unidades Básicas, especialmente no tocante ao excesso de demanda espontânea como dificultador para o cuidado qualificado. Em grande parte das discussões, a culpabilização à postura da população é enfatizada ou buscada como explicação para os entraves na realização da prevenção e do trabalho idealizado.

Em todos os debates destacou-se o elemento concreto de que a população “não está acostumada” e, por vezes “não gosta”, do modelo de cuidado generalista proposto nas equipes Saúde da Família, seja por desconhecer suas potencialidades, seja por preferir cuidados especializados com ginecologistas ou pediatras.

Em raros momentos das discussões grupais, se tangenciou que esta característica expressa pela comunidade reproduz as próprias demandas e *modus operandi* da sociedade

atual, a exigir/vender especializações, tecnologias sofisticadas, agilidades e rapidez, heterogeneidade e profusão de tarefas e afazeres, a cura e não o cuidado.

As exigências por atendimentos médicos e respostas farmacológicas, exames laboratoriais e diagnósticos, dentre outras posturas, constitui-se em formas de reprodução de determinadas relações sociais, como a valoração a procedimentos de alto custo, a hierarquia do saber médico, e a pronta recuperação da saúde para o retorno ao trabalho ou aos afazeres cotidianos e domésticos.

A subjetividade humana encontra-se determinada socialmente; definida, no capitalismo, por seu nexos social, o valor de troca, e suas consequentes relações sociais fetichizadas e reificadas (MARX, 1989).

As relações sociais são identificadas pelos indivíduos como “naturais”, prontas e eternizadas: o nexos social pautado no valor de troca se autonomiza e compõe o processo de estruturação psíquica e da subjetividade (MARX, 1989). A coisificação/reificação determina a maior parte das manifestações da vida humana, esvaziando de sentido pessoal as significações sociais construídas ao longo da história da humanidade.

Essa razão social mercantil, também, nada mais é do que o produto da história, e, portanto, da sociabilidade historicamente constituída pela relação dos homens entre si e com a natureza. Entretanto, muito antes dos homens poderem tomar consciência do fato de que esses resultados emanam de suas próprias relações sociais, já se apagaram os rastros de sua própria história. E lhes parece, então, que essa lógica pertence à coisa mesma, que resulta, pois de uma transcendência da coisa em relação aos homens e, o que cabe, portanto, é curvar-se diante dela. (SILVEIRA, 1989, p. 69).

A compreensão desta constituição do indivíduo nos remete a análises pautadas em relações concretas e cotidianas, distanciando-nos de uma concepção mítica e ideologicamente construída nas quais o livre-arbítrio humano o responsabilizaria única e exclusivamente por suas escolhas.

Dado que muitas prerrogativas no campo da saúde apregoam às decisões pessoais, a dimensão individual do cuidado, da cura e da prevenção, desconsiderando ou atribuindo menor importância ao contexto social que engendra famílias e comunidades, faz-se fundamental as considerações acerca da construção da subjetividade na sociedade capitalista.

As reflexões de uma das participantes da pesquisa, porém, não deixaram passar despercebido o contexto social apontado acima, com suas mediações e implicações na prática da Unidade:

- *Mas eu fico pensando, às vezes, também, como a sociedade modificou: a mulher trabalha fora... que momento que ela tem... que sair do serviço todo mês só pra acompanhar aquela criança, né? Acho que tem um pouco disso também. (Teresa Cristina)*

- *Ah, sim, de ter mudado a vida do... (Marisa Monte)*

- *... do trabalhador, né; o próprio homem, ele acaba ficando doente e não vindo. Tem paciente que a gente atende de TB [tuberculose], tudo, não deixam lá, não faltam pra vir na consulta; só quando estão bem ruins mesmo que acabam vindo... e tem um pouco disso. (Teresa Cristina)*

(UBS s/Saúde da Família – Médica, Dentista e Enfermeiras).

A dimensão da universalidade, na dialética singular-particular-universal que nos fundamenta, apresenta igualmente os avanços e acúmulos históricos de que a medicina e a saúde coletiva/saúde pública são dotadas, o que inclui toda sua tecnologia, mas também a possibilidade de que tais áreas contribuam para a emancipação humana, para maior liberdade e autonomia no acesso ao máximo de desenvolvimento social possível. Acesso para todos, acesso de todos.

Neste sentido, o papel das Unidades de Atenção Básica, em especial da ESF, na construção de novos valores sociais em saúde pode ser aqui destacado como um avanço importante.

As discussões referentes a este terceiro núcleo de significação abordaram outro elemento determinante da Integralidade: a formação dos trabalhadores da saúde e suas exigências. O grupo de Médica, Enfermeiras e Dentista da Unidade sem Saúde da Família apontou aspectos relativos às especializações na graduação de cursos de saúde, especialmente na medicina, como variáveis importantes na análise da efetivação de uma atenção integral.

Com a presença dos especialistas em pediatria, ginecologia e até mesmo com o clínico geral, a Unidade sem Saúde da Família tem sua organização de trabalho permeada por uma maior fragmentação, o que prejudica a visão da Integralidade do próprio usuário, conforme evidenciam os debates desenvolvidos nesse grupo em específico. Nesse sentido, a presença do generalista na ESF é valorizada, embora não garantidora *per se* de uma prática pautada na Integralidade.

- *Eu acho que é muito separado. Porque assim, logo que eu sai da Secretaria, que eu pensava a Saúde da Família, o médico que tá atendendo, vendo tudo, a família, o integral; eu tive, assim, essa dificuldade, sinto ainda um pouco: porque o clínico só atende o clínico; se tem uma queixa ginecológica, é o ginecologista; se é a criança, é o pediatra. Então, é assim, muito separado. (Teresa Cristina)*

- *Mas talvez, na parte médica, seja até o modelo, não; essas coisas não estão meio engessadas, às vezes? (Biafra)*

- Eu acho que é até de formação. Porque na formação tem aquela coisa, o estudante já sai pensando que ele vai ser especialista naquela coisa: no braço direito lá. (Teresa Cristina)

(UBS s/Saúde da Família – Médica, Enfermeiras e Dentista)

Ainda como fatores impeditivos da efetividade da Integralidade, encontram-se outras significações associadas ao processo de trabalho das Unidades de Saúde, ora atribuídas à postura da população, como vimos, ora atribuídas às posturas individuais dos funcionários. De fato, a postura individual de cada membro da equipe, pautada nos sentidos pessoais, componente da consciência humana (LEONTIEV, 1978a; 1978b), é aqui compreendida como importante constituinte das multiderminações de nosso fenômeno; pautados e constituídos também eles na atividade desenvolvida por cada trabalhador.

- Eu acho que tem funcionário que entende e funcionário que não. Vai depender da vontade de quem trabalha. Vai depender de quem se interessa, de quem vai atrás; tem funcionários e funcionários. Tem funcionário que é igual PS [Pronto-Socorro]: o paciente chega, atendeu e pronto acabou, não quer saber, não se envolve. Tem profissional que procura conhecer detalhe do paciente, como a Zizi falou, conhecer a família, o que acontece, porque está assim, o que causou isso daí. (Zélia Duncan)

(Unidade Saúde da Família – Auxiliares de Enfermagem).

Para finalizar, destacamos que a análise dos sentidos pessoais apresentados pelos trabalhadores das Unidades de Saúde pesquisadas ultrapassa os objetivos e escopo proposto para nosso estudo. Compreendemos, no entanto, que os mesmos constituem-se da “articulação dos eventos psicológicos que o sujeito produz frente a realidade”, podendo, inclusive subverter os significados, já que não submetidos estritamente a sua lógica racional interna. (AGUIAR; OZELLA, 2006, p. 226-7).

Sentidos e significados compõem ainda a unidade contraditória do simbólico e do emocional, considerando-se que todas as expressões humanas são, ao mesmo tempo, cognitivas e afetivas, e que afetos e emoções são constitutivos inerentes da atividade e do pensamento (VIGOTSKI, 2001). A partir dessa perspectiva teórico-metodológica e dos objetivos definidos para este estudo, consideramos a importância da continuidade de pesquisas que se dediquem aos sentidos pessoais dos trabalhadores relativos a seu processo de trabalho na Atenção Básica.

SINTESE DO CAPÍTULO INTEGRALIDADE E A ATENÇÃO BÁSICA:

Como síntese das questões essenciais que resultaram das discussões grupais, da construção dos Núcleos de Significação e de suas análises, podemos destacar o que segue:

- a significação de Integralidade, é referida por sua negativa, por aquilo que não se consegue efetivar na prática do trabalho, especialmente quanto à Integralidade do Sistema;
- a significação de Integralidade enfatizada é centrada na perspectiva médica e no não seguimento da atenção ao usuário pela ausência de vagas em especialidades; bem como na falta de integração das ações da Atenção Primária à rede secundária e terciária de atenção à saúde do SUS;
- aponta-se como justificativa para as dificuldades da prática da Integralidade do Sistema e/ou da Integralidade das Ações, em ambos os modelos tecnológicos, o aumento da demanda por consultas e as exigências políticas e eleitoreiras da gestão, além da cultura geral da população;
- as discussões tecidas pelos trabalhadores da Unidade sem Saúde da Família foram marcadas pela indignação e revolta quanto às condições de trabalho e quanto às posturas médicas, bem como pela não resolubilidade da atenção primária; com descrédito e apatia dos trabalhadores que encontram entraves objetivos para se vislumbrar como sujeitos ativos no seu processo de trabalho;
- a possibilidade de reorganização do processo de trabalho não se evidencia nas discussões apresentadas pelos trabalhadores da Unidade sem Saúde da Família, predominando a percepção de serem “refêns” das conjunturas de seu espaço de atuação;
- a referência à Integralidade como olhar ampliado é evidenciada nas reflexões dos trabalhadores de ambos os modelos de atenção, seja ao abordar as condições socioeconômicas de vida da população, seja ao apontar problemas relativos à saúde mental ou às dificuldades relativas às ações intersetoriais;
- a atuação da equipe da USF ao organizar o acesso dos usuários, restringir o número de consultas eventuais e aumentar àquelas agendadas, nos remete a uma maior iniciativa dos sujeitos como ativos no processo de trabalho realizado, demonstrada por seus trabalhadores;

- os relatos dos trabalhadores da USF nos remetem a questionamentos relativos à existência efetiva de equipes multiprofissionais na Atenção Primária, tendo em vista que as ações cotidianas ainda se encontram pautadas em especial nas normativas biologicistas centradas em categorias das ciências médicas e de enfermagem;
- por outro lado, as reflexões da USF apontam para a consciência quanto ao papel da Unidade na construção de novos valores relativos ao processo saúde-doença junto à população, em que pese as ações em saúde se restringiram à práticas preventivas, em detrimento das promocionais.

Capítulo Sétimo



CAPÍTULO SÉTIMO

DIFERENÇAS ENTRE MODELOS DE ATENÇÃO E CONDIÇÕES DE TRABALHO

Os resultados discutidos nesta análise referem-se aos seguintes questionamentos do roteiro desenvolvido com os grupos focais:

- ⇒ *Existem diferenças entre os dois modelos de Atenção Básica à saúde existentes no município: unidades com saúde da família e unidades sem saúde da família? Quais?*
- ⇒ *O que pensam sobre o regime de trabalho ao qual estão contratados? Existe diferença entre os regimes de trabalho nos dois modelos de Atenção Básica?*

Como pudemos constatar, na maioria dos debates, sem distinção de categorias profissionais, as respostas apresentavam-se inter-relacionadas, isto é: as diferenças tecnológicas entre os modelos de atenção referiam-se às condições, regimes de trabalho e gestão; ao mesmo tempo em que, quando apontavam esses aspectos, os trabalhadores traziam menções à estruturação da própria tecnologia organizativa de Atenção Primária.

As imbricações mencionadas indicam uma compreensão da realidade que identifica como sinônimos ESF e terceirizações.

O quadro síntese abaixo (Quadro 14) apresenta os indicadores apontados em cada grupo focal quanto às distinções identificadas entre os modelos tecnológicos de cuidados primários. Nesta síntese põem-se como fator recorrente, os avanços no processo de trabalho advindos do modelo Saúde da Família, percorridos em todos os debates desta segunda etapa da pesquisa, a partir de vários aspectos exemplificativos.

Como se pode identificar neste mesmo quadro sintético, os trabalhadores responsáveis pela “linha de frente” do cuidado, isto é, pela primeira abordagem aos usuários e pela maior proximidade com suas demandas, salientam os conflitos decorrentes das diferenças na gestão do trabalho e condições salariais entre os modelos, assim como os consequentes complicadores para as relações interpessoais.

A partir desses resultados, foi possível a sistematização dos núcleos de significados, com os quais estruturamos a organização deste capítulo:

- ⇒ **A Atenção Primária e os avanços da ESF - 1º Núcleo;**

- ⇒ **Os novos modelos de gestão e as relações entre a classe trabalhadora** - 2º Núcleo;
- ⇒ **Condições de trabalho e modelos de gestão: sofrimento e resistência** - 3º Núcleo.

Quadro 14: Síntese dos Indicadores apresentados nas discussões referentes ao questionamento: “Diferenças nos Modelos de Atenção Básica”:

	UNIDADE SAÚDE DA FAMÍLIA	UNIDADE SEM SAÚDE DA FAMÍLIA
ACS	- Avanços da Atenção Primária com a Estratégia Saúde da Família: realização de prevenção; compreensão mais ampla do usuário e de seu problema; presença do ACS; generalista X especialista; - Semelhanças e Complementariedades entre os modelos; - Diferenças nos Regimes de Trabalho – administração direta e indireta.	-----
AUX. DE ENFERMAGEM/ACD	- Avanços da Atenção Primária com a Estratégia Saúde da Família: realização de prevenção; presença dos ACS; procura ativa pelos usuários; ênfase no acolhimento; papel da enfermagem: assistencial e gerencial conjuntamente; generalista X especialista; - Rixas entre os trabalhadores da categoria pela prática do acolhimento na USF e pelas diferenças salariais.	- Gestão Municipal dispensa tratamentos e financiamentos diferenciados entre os modelos; - SF tem “andar” diferente: atendimento médico: clínico geral X especialista – população vinculada a especialistas; - Valorização da visita domiciliar dos ACS.
MÉDICO/ENFERMEIRO/DENTISTA	- Avanços da Atenção Primária com a Estratégia Saúde da Família: trabalho em equipe mais integrado – período integral dos profissionais; presença dos ACS; território adscrito menor; papel da enfermagem: assistencial e gerencial conjuntamente; - ESF - reorganização da AB para efetivação dos princípios do SUS.	- Diferenças nas Condições e Processos de Trabalho – SF com trabalho em equipe mais integrado: período integral dos profissionais; presença dos ACS; médico generalista; olhar à família; visitas médicas domiciliares; - Entraves aos Avanços da ESF: População mais vinculada a médicos especialistas; Proposta da USF descaracterizada no município; Falta integração entre clínicos gerais e especialistas.

7.1 – A ATENÇÃO PRIMÁRIA E OS AVANÇOS DA ESF

Os indicadores que compõem nosso primeiro núcleo de significação foram organizados como se segue (conferir Anexo 03):

- diferenças na composição das equipes de atenção básica;
- diferença no processo de trabalho dos modelos de atenção básica.

As características relativas ao processo de trabalho, responsáveis pelas condições objetivas para os avanços na proposta da ESF, foram abordadas pelos grupos de Médicos, Enfermeiras e Dentistas de ambas as Unidades, com destaque para a organização das ações no interior das equipes: trabalho multiprofissional como eixo central – período integral dos trabalhadores; presença de ACS; território adscrito com menor abrangência; presença do médico generalista; possibilidade de realização de visitas domiciliares.

Os relatos abaixo ilustram a compreensão dos trabalhadores de nível universitário vinculados a ambos os modelos de atenção, apontando os elementos elencados acima:

- Saúde da Família como você tem só um médico, então, ele vai ver a gestante, vai ver o bebezinho, vai ver a mãe, o pai, vai ver todo mundo; então, acho que essa parte de atender a família fica mais presente, né. E eles têm a visita também. Que na verdade, os médicos de Unidade Básica acabam não tendo; nem tem como fazer por causa dos períodos. Então, tem mais essa relação de atender a família, esse atendimento integral. (Clara Nunes)

- Os dentistas fazendo algumas palestras pra equipe; trabalhando a parte educativa junto com a equipe. Ações de hipertenso, diabético, junto, no grupo; trabalha, se envolve, assume algumas coisas. (Teresa Cristina)

- A equipe é um pouco mais integrada, eu acho. A equipe como um todo. Por exemplo, o auxiliar de enfermagem ele se envolve mais. Então, todo mundo que faz parte da equipe, todo mundo fica na reunião, então, acho que a equipe trabalha melhor essas questões. (Clara Nunes)

(UBS s/Saúde da Família – Médica, Dentista e Enfermeiras)

- O médico tá 40hs com a gente lá; na UBS não é assim. Mesma coisa o dentista. Não tem o dentista que fica o tempo todo na unidade, né. A gente tem essa facilidade também de trabalhar. Porque o médico da UBS geralmente ele tem outros vínculos dentro daquele período. O médico da Saúde da Família não. Tá com a gente o tempo todo. Se você precisa discutir um caso, você sabe que você tem com quem contar. Mesma coisa o dentista. Na hora que a gente precisa, a gente sabe que vai estar lá. A interação entre a equipe acontece. E a gente percebe isso nas falas das enfermeiras das UBS. Por exemplo, tem reunião de equipe, normalmente os médicos da UBS não participam. Nem os dentistas. (Nara Leão)

(Unidade Saúde da Família – Médicas, Dentista e Enfermeiras).

Importante destacar que esses aspectos constituem-se em avanços derivados de uma proposta política de atenção à saúde que intencione a transformação do atual modelo curativo e hospitalocêntrico. Desde uma compreensão materialista da história, não se concebe possibilidades de mudanças sem as transformações na organização e condições do trabalho, em parte garantidas institucionalmente na atual Política Nacional da Atenção Básica.

Os objetivos e finalidades da ESF pretendem concentrar-se nas mudanças do processo de trabalho, com a implementação de modificações tecnológicas e assistenciais, visando aumentar a resolubilidade das ações de saúde no âmbito da Atenção Primária. (SILVA; ATHAYDE, 2008). Distinções entre os princípios da ESF e o modelo hegemônico de atenção podem ser identificadas no Quadro 15.

Quadro 15: Diferenças entre o modelo hegemônico de atenção à saúde e a ESF

Modelo hegemônico	ESF
Saúde como ausência de doença	Saúde como qualidade de vida
Base em práticas frequentemente clientelistas, em que a prestação de serviços de saúde era realizada como favor e não como um direito do cidadão	Prestação de serviços de saúde como um direito de cidadania
Atenção centrada no indivíduo	Atenção centrada no coletivo
Centrado em ações curativas	Centrado na atenção integral à saúde, incluindo ações de promoção, proteção, cura e recuperação
Hospital como serviço de saúde dominante	Hierarquização da rede de atendimento, ou seja, garantindo níveis de atenção primária, secundária e terciária articulados entre si
Serviços de saúde concentrados nos centros urbanos dos municípios	Serviços de saúde distribuídos em todo o território dos municípios, permitindo acesso de toda população
Predomínio da intervenção do profissional médico	Predomínio da intervenção de uma equipe interdisciplinar
Planejamento e programação desconsiderado o perfil epidemiológico da população	Planejamento e programação com base em dados epidemiológicos e priorizando as famílias ou grupos com maior risco de adoecer e morrer
Não consideração da realidade e autonomia local, não valorização da participação comunitária	Estimulação da participação comunitária, garantindo autonomia nas ações de planejamento no nível dos territórios das equipes de saúde da família
Funcionamento baseado na demanda espontânea	Funcionamento dos serviços baseado na organização da demanda e no acolhimento dos problemas da população adscrita

Fonte: Andrade, Barreto e Bezerra, 2009

Ao analisarmos as comparações apontadas por Andrade, Barreto e Bezerra (2009) identificamos que dizem respeito a uma concepção idealizada de Atenção Primária pautada

em USF, mormente quando nos pautamos nos exemplos e relatos dos trabalhadores deste modelo trazidos nesta pesquisa.

Como se pode identificar nos exemplos descritos no capítulo anterior e nos que se seguem, as características relativas ao “modelo hegemônico” de assistência à saúde, sinalizadas pelos autores, ainda fazem-se presentes na realidade do município pesquisado, não sendo possível somente a estruturação de uma perspectiva de Atenção Primária revertê-las isoladamente.

Importante destacarmos que, sem a participação efetiva da comunidade, essencialmente a partir dos Conselhos de Saúde, as transformações institucionais sozinhas não apontam modificações efetivas nas condições e práticas de trabalho nas unidades de saúde, sejam elas relativas à ESF ou a outros modelos de APS.

Aliado aos aspectos relativos à organização do trabalho e suas finalidades, outra dimensão diferencial relatada pelos participantes da pesquisa refere-se ao número de famílias adscritas à Unidade e a seu território de abrangência, como se nota no relato dos ACS, bem como do grupo formado por Médicas, Enfermeiras e Dentistas da USF.

A normativa referente ao número limitado de usuários adscritos na USF, tendo em vista as diretrizes do acompanhamento longitudinal, das visitas domiciliares, do acolhimento e da prática da territorialização foi lembrada como fator essencial para os avanços em direção à efetividade da prevenção de doenças e promoção de saúde, bem como da Integralidade, conforme nos apontam os trabalhadores.

- Acho também que pelo próprio território de abrangência [da UBS s/ SF] assim, que é muito maior. Acho que acaba dificultando essa abordagem mais próxima do paciente e da própria equipe, assim. (Maria Rita)

(Unidade Saúde da Família – Médicas, Dentista e Enfermeiras)

- Outra coisa, a UBS atende mais de 20 mil prontuários: como eles vão fazer um trabalho? Nós, cada equipe tá com quatro mil, mais de quatro mil por equipe; então, assim, é diferente, tem a gente pra fazer um trabalho, levar as informações pro médico, pra enfermeira, tudo. Agora como vai fazer um trabalho com mais de 20 mil prontuários? Não dá, você entendeu? Às vezes, eu falo, se a gente, com quatro mil e pouco não consegue dar conta, imagina eles. A gente consegue fazer um trabalho mais abrangente porque além de ter nós, visitantes, a gente tem menos usuários. (Paula Lima)

(Unidade Saúde da Família – Agentes Comunitários de Saúde).

Para a substituição de práticas tradicionais em saúde conta-se com o aspecto diferencial do conhecimento aprofundado sobre a realidade local. A partir da compreensão das características socioeconômicas e culturais da comunidade seria possível realizar

planejamentos mais adequados, programação de atividades pertinentes, bem como o reordenamento do próprio processo de trabalho.

Ela [a territorialização] corresponde à definição da área de abrangência de atuação da equipe e ao cadastramento da população a ela referida. A partir disso se dá o acompanhamento das situações de exposição e agravos, das condições de vida, das ações programáticas desenvolvidas e da situação de saúde das famílias e da comunidade a ela vinculadas, melhorando a capacidade de identificação de desigualdade entre os diferentes grupos para melhor planejar as ações de saúde. (SILVA; ATHAYDE, 2008, p.31).

Esta especificidade do trabalho em saúde nos âmbitos primários contribui para uma concepção do processo saúde-doença menos reducionista, articulada às demais dimensões da vida e das práticas sociais. Possibilita ainda condições para desvelar a autonomização atribuída às técnicas médicas, a partir da devolução de uma caráter mais “humano” à “doença do doente” (MENDES-GONÇALVES, 1979).

A discussão sobre a extensão preconizada para a área adscrita, enfatizada pelos ACS durante os debates grupais, tem a importância de retomar a centralidade do processo de trabalho em saúde, incluindo aí uma de suas atividades fundamentais: o planejamento das ações ou a atividade dirigida para um fim.

- E a gente também tem aquela coisa de ter a obrigação de estar conhecendo a área. E fazer o levantamento de cada microárea e saber quais são os problemas que sobressaltam em cada microárea. E tem a territorialização que é visto a parte ambiental, tudo, né. A estrutura de cada microárea e os problemas que cada um apresenta, individuais. (Leila Pinheiro)

(Unidade Saúde da Família – Agentes Comunitários de Saúde)

- Também por trabalhar, eu falo Saúde da Família, né, mas acho que principalmente a Saúde da Família, por trabalhar com território, área de abrangência. Pra fazer aquilo que a comunidade precisa, conforme o que é significativo pra ela, conforme o perfil dessa comunidade. (Maria Betânia)

(Unidade Saúde da Família – Médicas, Enfermeiras e Dentista)

A comparação trazida à tona entre USF e Unidades sem Saúde Família relembra igualmente as impossibilidades do planejamento do processo de trabalho em cenários de sobrecarga e acúmulos de função derivados da expansão das áreas de referência frente à estagnação ou diminuição no número de trabalhadores das equipes.

- A verdade é o seguinte: teve um grande aumento da população, só que a Secretaria não enxerga, esse aumento. Então, são poucos profissionais, aumentando a população a cada ano; faz cinco anos que estou aqui,

imagina eles, eles sabem melhor que eu: quando eles entraram aqui era um tanto de gente, agora tá... e cada ano que passa vai aumentando, entendeu. [...] e é a mesma coisa, espaço físico decadente: olha, tá caindo tudo, embolorado, trincado, daqui a pouco tá caindo na cabeça da gente; dizem que iam reformar, aumentar a estrutura física, aumentar as salas, agora diz que não vai fazer mais nada disso. (Djavan)

(UBS s/Saúde da Família – Auxiliares de Enfermagem)

- É, porque já começa por aí: eles constroem uma Unidade pra um “x” de população; essa população vai criando-se bairros e o posto sempre o mesmo, mesmo número; que nem no caso do Biafra, aumentou um profissional, mas aumentou a população muito, muito, e o espaço físico começa a ficar insuficiente. Entendeu? (Marisa Monte)

(UBS s/ Saúde da Família – Médica, Enfermeiras e Dentista)

Importante destacarmos quanto a este aspecto, que não somente a Unidade sem Saúde da Família apontou essas dificuldades, como mostram os trechos transcritos acima, mas igualmente a USF participante da pesquisa enfrenta as adversidades desse contexto em seu dia a dia de trabalho, incluindo aí os desgastes emocionais dos trabalhadores pelos impedimentos ao cumprimento da finalidade atribuída ao trabalho em saúde.

- E tem problema que a gente vai enfrentar ainda, no acesso, é porque a população cresceu demais, a gente precisaria ter outra Unidade ali, né. Tem a minha área que tá crescendo, que é um loteamento. Tem outro loteamento que vai sair atrás do meu e vai chegar lá no posto. Então, a gente vai enfrentar ainda muito problema. (Ana Carolina)

- Porque não é só o número de casa, né, mas em cada casa mora um casal, tem um filho... (Luciana Mello)

- Um problema que a gente tem enfrentado é que falta funcionários novos. E assim, tá aumentando a população e a gente não tem previsão. E o problema de estar em falta também, de não estar completo também, é que não tem atrativo nenhum. Que atrativo você dá pra uma pessoa? É o salário. Não precisava ser um salário muito grande, um salário tão baixo assim, aí vai ficar faltando profissional mesmo. (Leila Pinheiro)

(Unidade Saúde da Família – Agentes Comunitários de Saúde)

Conill (2002), em estudo avaliativo da Atenção Primária realizada no sul do país, analisa que o acesso aos serviços constitui-se num indicador das tendências deste nível de cuidado no contexto brasileiro. Conjuntamente com a inadequação entre o dimensionamento das equipes, sua capacidade de gestão do cuidado e o número de população atendida.

Os resultados encontrados pela autora enfatizam “dificuldade para realização de visitas, grupos e seguimentos do paciente com curativos domiciliares, por exemplo.” (p. 198).

Além desses aspectos:

A problemática apontada pelos entrevistados na implantação do programa [Saúde da Família] pode ser classificada em três grandes blocos: recursos humanos, financiamento e aspectos gerenciais e organizacionais. Há um grande consenso quanto ao fato de que os recursos humanos constituem problemática central. Recrutamento, capacitação, motivação, supervisão e rotatividade foram os principais problemas apontados. [...] A este fato somam-se dificuldades pelas demandas psico-afetivas e de ordem ética que implicam a prática coerente com as propostas de saúde da família. [...] Aponta-se a necessidade de diminuir o número de famílias a serem cuidadas, além de realizar uma adequação de sua composição de forma a incluir outros profissionais. (CONILL, 2002, p. 196).

Os resultados desta pesquisa apontam dados semelhantes aos abordados pelos trabalhadores do sul país. De forma complementar e até paradoxal, porém, enfatizam aspectos relativos aos avanços da ESF e suas possibilidades de uma visão menos fragmentada dos indivíduos. Elementos esses centralmente relacionados à territorialização e adscrição de um número definido de famílias.

- Eu acho que na UBS o atendimento é fragmentado, né. Você tem o clínico, tem o ginecologista, tem o pediatra. E no PSF não tem essa divisão. E mesmo a função do médico, não é função do médico, é função da equipe inteira. (Maria Rita)

- E fica aquela coisa: é o pedacinho de cada um; a chance de passar alguma coisa despercebida é muito maior, quando fragmenta dessa maneira. Então, se é uma mulher, ela tem problema ginecológico e ela é hipertensa, ela não vai passar com dois médicos. Se tiver problema de saúde mental, coitada, ela vai passar com três diferentes. E ela tem um filho também, ele vai passar com o pediatra. Então, a chance de você entender ela fica mais difícil. (Maria Betânia)

(Unidade Saúde da Família – Médicas, Enfermeiras e Dentista)

- Porque a UBS é muito fragmentada, né, ela vê o paciente todo fragmentado. Então, se ele tá com aquela dor, aquele problema no braço esquerdo, ele tem o profissional que vai trabalhar com o braço esquerdo. Se ele tá com problema no dedão do pé, ele tem o médico que vai tratar daquele problema. Já a Unidade Saúde da Família, ela vai no todo do problema, ela vai resgatar toda a história de vida do paciente. Porque a UBS ela funciona como um pronto-socorro, né. Só vê a queixa da pessoa, dá um remédio e beleza. Na Saúde da Família é diferente. (Leila Pinheiro)

(Unidade Saúde da Família – Agentes Comunitários de Saúde)

Contradição importante analisada pela literatura da área aborda o desafio posto às equipes de Atenção Primária para a “construção de uma nova prática, com uma nova dimensão ética”, tendo em vista um cenário político-institucional “profundamente influenciado pelo modelo biomédico, seja na formação profissional, seja na prática assistencial hegemônica” (RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004, p. 441).

Nesta conjuntura, destaca-se a problematização referente à estrita padronização/normatização das ações da ESF, com poucas margens para o estabelecimento de processos de trabalho mais coerentes com as realidades municipais. Dessa forma, a composição profissional das unidades careceria de análises específicas, particulares a cada realidade regional.

Quanto aos trabalhadores que compõem às diferenças entre os modelos tecnológicos de Atenção Primária, os dados deste estudo revelam amplo destaque, nas discussões grupais, para a função dos ACS. Com atuação pautada nas visitas domiciliares esses profissionais possibilitariam a efetivação de práticas preventivas e promocionais em saúde.

- O número um, o primordial, é a presença do Agente Comunitário, que participa a vida da comunidade pra gente. Que traz a demanda. Eles que caminham dentro da comunidade; participam das problemáticas das pessoas. A gente tá dentro da comunidade, a gente sabe daquilo que vem até nós, mas a gente não sai em busca, né. Eles, na verdade, o papel deles fica muito nisso, de sair em busca das demandas e trazer pra nós; e a gente, dentro do possível, tentar solucionar. Essa é uma diferença bem grande. E a gente vê, assim, quando uma microárea tá descoberta, como é fundamental, o papel do Agente Comunitário. Porque acho que essa é a diferença gritante: que existe esse elo na Saúde da Família. E quando falta, como faz falta esse elo, né. (Adriana Calcanhoto)

(Unidade Saúde da Família – Médicas, Enfermeiras e Dentista)

- Eu acho que a saúde da família é muito bonita; de ir na casa, eles têm essa vantagem, né? De estar indo assim, porque a gente não consegue fazer, eu acho, essa parte. Eles estão em contato direto com o paciente. Eu acho que é uma coisa legal que eles fazem assim, conhecer a família; que é uma coisa assim que a gente na unidade básica não consegue fazer. (Ceumar)

(UBS s/ Saúde da Família – Auxiliares de Enfermagem)

Os resultados das discussões grupais apontam, em ambos os modelos tecnológicos, a valorização do instrumento de trabalho pautado nas visitas domiciliares, como um diferencial da ESF. A “diferença no andar” dos modos de organização da Atenção Básica, conforme sinalizado pelos Auxiliares de Enfermagem da Unidade sem Saúde da Família, apresenta a apropriação do significado social deste recurso técnico, embora a categoria denote pouco conhecimento sobre o funcionamento da ESF: com margens a algumas confusões e incompreensões, com o aponta o diálogo abaixo:

- Não, o andar mesmo da equipe é diferente; programas diferentes... (Ceumar)

- Horários: eles têm horários para entregar medicamentos. (Gal Costa)

- *Eles cuidam daquela família num todo: desde a criança até o mais idoso da casa, entendeu? Uma funcionária é responsável, não sei, por cada cem famílias ou uma coisa assim; durante esse mês, ela tem de dar conta dessas cem famílias que são cadastradas, que tem matrículas.*(Ceumar)
 - *Mas, também, eles não atendem pacientes extras, é isso?* (Gal Costa)
 - *Ah, é assim, extras não atendem, eles só atendem agendado; tem isso de diferente da gente também.* (Tulipa Ruiz)
- (UBS s/ Saúde da Família – Auxiliares de Enfermagem).**

Como analisamos no capítulo anterior, os Auxiliares de Enfermagem ocupam na divisão social e técnica do trabalho, a função de executores das ações, trabalhadores manuais, e encontram-se, muitas vezes, distanciados das reflexões políticas e organizativas em saúde, expressando confusões e incompreensões em especial quanto a atual Política Nacional de Atenção Básica.

Dadas às ausências de reflexões e planejamento de ações nos espaços de reunião de equipe, dado também às limitações da formação profissional e em serviço que não abordam o cenário político da área, mas restringem-se às informações e conhecimentos operacionais, a fragmentação da consciência e o isolamento operacional desses trabalhadores tende a persistir, quando não a agravar-se.

As reflexões de Schraiber e Machado (1997) sobre os trabalhadores em saúde inseridos em contextos de gestão caracterizados pelo toyotismo apresentam elementos fundamentais às reflexões tecidas acima:

E mais, esses profissionais têm, por natureza do ofício e conhecimento específico, processos de trabalhos singulares no qual, a absoluta rotinização, burocratização e indiferenciação não são “bem vindos”. A qualidade da assistência à saúde, portanto, demanda não apenas adequadas condições objetivas para seu desenvolvimento, senão flexibilidade de formas e dinâmica de reavaliação permanente de sua organização. Em suma, que seja vista como trabalho em processo, além de processo de trabalho. E aqui estamos nos referindo tanto ao conhecimento técnico-científico adquirido nas escolas profissionais e suas formas de atualização e aprimoramento, como, e principalmente, as condições de sua utilização em transformações dadas da realidade. (SCHRAIBER; MACHADO, 1997, p. 294).

Somadas a essas considerações, tendo em vista ainda que o trabalho em saúde constitui-se essencialmente em trabalho coletivo, ao mesmo tempo em que institucional, quaisquer um de seus lócus de atuação e/ou modelos tecnológico-operacionais que se tome como referência, pressupõem equipes multiprofissionais e a articulação de suas ações, trabalho em processo, portanto.

Trabalho em equipe de modo integrado significa conectar diferentes processos de trabalho envolvidos, com base em um certo conhecimento do trabalho do outro e valorização a participação deste na produção de cuidados; é construir consensos quanto aos objetivos e resultados a serem alcançados pelo conjunto dos profissionais, bem como quanto a maneira mais adequada de atingi-los. Significa também utilizar-se da interação entre os agentes envolvidos, com a busca do entendimento e do reconhecimento recíproco de autoridades e saberes e da autonomia técnica. (RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004, p. 444).

Portanto, toda a equipe, na pessoa de cada um de seus trabalhadores, necessita possuir o conhecimento e a compreensão relativos ao seu universo de atuação, bem como àqueles atinentes às dimensões políticas a determinar o contexto do trabalho coletivo em saúde, objetivando uma interação efetiva e consciente por parte de seus membros; compreensão e análise igualmente das inter-relações com o conjunto dos equipamentos do SUS e seus respectivos níveis de complexidade.

Os profissionais e as instituições necessitam ter clareza das condições vigentes, uma vez que as possibilidades de sucesso e fracassos não são exclusivas de seus desempenhos, mas também de características próprias dos serviços de saúde e das determinações histórico-estruturais. (RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004, p. 444).

A partir de tais determinantes recordamos que o estudo da “micropolítica” das práticas de saúde não pode prescindir de uma articulação com a “macropolítica” da totalidade concreta em que tais práticas se efetivam. Isso tendo em vista evitarmos culpabilizações e responsabilizações exclusivas aos trabalhadores ou à população. Do contrário, corremos os riscos de cair em um reducionismo ou em um relativismo que não favorecem uma efetiva análise das práticas em saúde.

Ainda quanto às diferenças entre os modelos tecnológicos na Atenção Básica, destacamos a interação entre os trabalhadores da USF, apontada, por suas categorias profissionais componentes, em específico, como uma diferença significativa no que tange à possibilidade de realização de atividades mais integradas, com maiores espaços de troca, incluindo ações coletivas.

- Eu acho assim, pelo fato, da gente ter mais disponibilidade de fazer a visita domiciliar, de ficar mais próximo do paciente. A equipe no Saúde da Família ela é mais preparada pra dar esse olhar. [...] Eu acho que a Unidade Básica de Saúde é mais impessoal. Você tá lá trabalhando, o paciente te procura. Você dá o atendimento pro paciente. E acabou. Tudo bem, ele vai agendar um horário da consulta dele, vai ser atendido e

acabou. Acabou e acabou. Não tem essa busca ativa como tem o Programa Saúde da Família. Por conta dos Agentes Comunitários. (Ivone Lara)

[...]

- Eu acho que por conta do trabalho em equipe mesmo. Na UBS você ouve falar em trabalho em equipe, mas acho que as funções são mais desarticuladas. Eu acho que cada um é na sua função. Acho que Saúde da Família, por mais que ele seja auxiliar de enfermagem, ele tá na pós-consulta hoje, amanhã ele tá na sala de vacina, então acompanha o paciente nas diversas áreas, né. Então, eu vejo que o trabalho em equipe mesmo, na Saúde da Família, ele acaba sendo mais efetivo, nesse sentido. O agente comunitário, o trabalho em equipe. (Maria Betânia)

(Unidade Saúde da Família – Médicas, Enfermeiras e Dentista)

As ações das equipes multiprofissionais, em especial na Atenção Básica, exigem considerações quanto aos aspectos relativos à divisão do trabalho, ao *status* de cada profissão, a posição de cada trabalhador no processo de trabalho da equipe, aspectos organizacionais, relações de poder, valores e normas relacionadas ao exercício da função e suas inter-relações com as demais práticas sociais.

Conforme nos afirma Peduzzi (1998), deslocada dessas condições particulares e concretas, a noção de equipe transforma-se num “símbolo mítico do ideal de prática em saúde ou em uma solução mágica apaziguadora dos conflitos entre as diferentes áreas profissionais” (p. 06). Sendo assim, as condições específicas da atuação em equipe dizem respeito à “divisão do trabalho, à desigualdade no trabalho, aos diferentes graus de autonomia profissional, a diversa legitimidade técnica e social dos vários saberes implicados e à racionalidade presente nas práticas” (p. 06).

A constatação dos avanços legislativos e operacionais na organização do trabalho da ESF, não implica que as USF somente por se organizarem multiprofissionalmente, realizem, na prática cotidiana, a difícil e custosa tarefa de romper com o cartesianismo histórico das ações em saúde, atuando de forma integrada e intencional.

A complexidade dessa tarefa é analisada por Peduzzi (1998), em especial ao enfatizar as condições concretas do processo de trabalho em saúde, definindo uma tipologia possível para a atuação multiprofissional: a) a equipe agrupamento, na qual se estabelecem ações justapostas e agrupamento de agentes; e b) a equipe integração, em que se expressa articulação das ações e interação dos agentes (p. 12).

A equipe agrupamento é caracterizada ainda pela presença de máxima autonomia técnica e independência do projeto assistencial pelo agente do trabalho; de maneira diversa, na equipe integração estão presentes a colaboração no exercício da autonomia e a definição de um projeto assistencial comum (PEDUZZI, 1998).

Em ambas, no entanto, estão presentes as diferenças técnicas dos trabalhos especializados e a desigualdade do valor atribuído a esses diferentes trabalhos, operando a passagem da especialidade técnica para a hierarquia de trabalhos, o que torna a recomposição e a integração algo diverso da somatória técnica. Nesse sentido, a recomposição requer a articulação das ações, a interação dos agentes e a superação do isolamento dos saberes e suas disciplinas. (PEDUZZI, 1998, p. 12)

A complexidade do trabalho em equipe e de suas dificuldades no interior das Unidades de Atenção Básica é composta ainda, dentre outros elementos, pela comunicação entre os trabalhadores, os conflitos interpessoais, os sentimentos e emoções; pela autonomia relativa de que são dotadas as práticas, bem como pela própria divisão técnica do trabalho, constituindo-se, assim, em temáticas desafiadoras para um cuidado Integral em saúde.

Produtora de valores, assim como reprodutora das relações sociais de produção, a medicina e o trabalho em saúde encontram-se, ao mesmo tempo determinados e determinantes das manutenções e/ou transformações na totalidade da organização social. Assim, as implicações para a produção dos cuidados em saúde no contexto da reestruturação produtiva do capital podem ser analisadas a partir das consequências que imprimem para a autonomia e criatividade dos profissionais, como nos indicam as reflexões abaixo:

Por outro lado, esse processo de especialização e coletivização leva à uma crescente busca de racionalização do trabalho: "a rotina das atividades, até então de cunho individual e artesanal, tradicionais da farmácia e medicina, por exemplo, é fato incontestável nas sociedades do fim do milênio. Situações, atividades, funções e tarefas desenvolvidas de forma tradicional e de exclusiva propriedade técnica do profissional, passam a ser executadas e planejadas por profissionais alheios à atividade, conferindo uma baixíssima possibilidade de criatividade. [...]"

A perda progressiva de amplas esferas de controle do trabalho e o constrangimento da histórica autonomia profissional é fato que podemos perceber quotidianamente nas organizações de saúde. A erosão da autonomia (técnica e econômica) é experimentada por todos os profissionais que atuam em organizações (empresariais ou estatais) de saúde, nas quais o assalariamento é uma situação dada. (SCHRAIBER; MACHADO, 1997, p. 295).

Conjuntamente com os elementos conjunturais do trabalho em equipe na Atenção Primária, a pesquisa de Dalla Vecchia (2011) nos sinaliza outras dimensões importantes: o planejamento de ações, a partir de reflexões coletivas nem sempre possui condições objetivas para desenvolver-se. Para tanto, seria necessário dispor-se de tempo, com compreensão adequada da imprescindibilidade dessa atividade para se perseguir a Integralidade da atenção.

A centralidade do processo de trabalho desenvolvido pela equipe raramente é questionada e refletida à luz das finalidades propostas para sua atuação.

A totalidade do trabalho de assistência na busca pela autonomia dos usuários se perde, restringindo-se a consciência às ações técnicas praticadas individualizadamente; portanto, com limitação para significações e para os sentidos pessoais atribuídos ao papel de cada profissional na composição específica das equipes multiprofissionais.

Dessa forma, sendo o trabalho em equipe uma diretriz organizativa para os serviços que compõem o SUS, configura uma característica desejável para a oferta de ações e serviços. Porém, não se deve perder de vista que haverá modalidades, graus e formas singulares de se trabalhar em equipe de saúde. [...] Ademais, em termos das regras péticas da LOS, a par das diretrizes organizativas são postos os princípios doutrinários do SUS, quais sejam, a universalidade, a integralidade, a equidade e o direito à informação. Nesse sentido, como diretriz organizativa, o trabalho em equipe não assegura, isoladamente, a efetivação do conteúdo concreto dos princípios doutrinários. Em outras palavras, o conteúdo das práticas de saúde não é diretamente problematizado simplesmente pela mudança na disposição dos elementos do processo de trabalho na forma de trabalho em equipe. (DALLA VECCHIA, 2011, p 191-2)

A importância da integração dos profissionais da USF, oportunizada pelas jornadas integrais de seus trabalhadores, desta forma, precisa ser analisada não de maneira isolada, *per se*, mas na composição com o processo de trabalho desenvolvido.

Ao retomarmos a historicidade do SUS, lembramos que a centralidade do trabalho em saúde e de seu processo apresenta-se, na maioria das vezes, desprezada. Tal fato não deve merecer uma avaliação naturalizada, tendo em vista que se difere de outros momentos da história nos quais a temática do trabalho foi tomada como central para estudos e intervenções, como nos ensina Teixeira (2003):

Uma revisão crítica da ‘produção acadêmica’ ao longo desse período [do início do movimento de RSB até a constituição das bases do SUS] certamente indicará que a temática do processo de trabalho em saúde ou a produção social dos serviços em suas distintas modalidades e formas de organização, foi sendo progressivamente deslocada dos centros das atenções, em virtude da proeminência que passaram a ter as questões de ordem jurídico-legal (em função do debate parlamentar sobre o direito à saúde e a legislação do Sistema Único de Saúde – SUS) e político institucional, particularmente a problemática do financiamento e a gestão do sistema público de saúde, o que reflete, inclusive, a dinâmica do processo político da RSB nos anos 1980 e a primeira metade dos anos 1990. (TEIXEIRA, 2003, p. 258).

É possível identificar, nessa perspectiva histórica do SUS, a ênfase nas questões gerenciais e administrativas iniciadas no governo Collor e Itamar Franco (com a municipalização e as Normas Operacionais Básicas – NOBS) e até mesmo com Fernando Henrique Cardoso, durante o qual o debate no SUS girou em torno do financiamento (CPMF e Emenda Constitucional 29). (TEIXEIRA, 2003).

Importante acrescentarmos que em todos os governos citados, durante toda a década de 1990, incluindo a primeira década de 2000 até nossos dias, vigorou e vigora um cenário político de Neoliberalismo, portanto de Reforma do Aparelho de Estado, de Organizações Sociais, Lei de Responsabilidade Fiscal, Acumulação Flexível do Capital e as teorias sobre o fim do trabalho ou seu caráter secundário na sociedade atual. Conjetura que torna contra-hegemônica qualquer discussão (científica ou não) sobre a centralidade da organização do trabalho na atenção à saúde.

Ribeiro, Pires e Blank (2004) apontam ainda outro elemento a somar-se na composição deste cenário, visando a análise da realidade das Unidades de Atenção Básica e seu processo de trabalho, qual seja:

[...] a descentralização implementada no âmbito do SUS gerou uma multiplicidade de sistemas municipais de saúde, diferentes entre si quanto à participação do setor privado, na provisão dos serviços ao SUS, nas configurações de rede adotadas em cada sistema, o que influi enormemente nos modelos gerenciais e na sua diversidade. (p. 442).

Somando-se às considerações discutidas até aqui, outro indicador presente na composição do Núcleo de Significação referente às diferenças nos modelos de atenção revela que as concepções, discussões e avaliações grupais, são apresentadas num cenário de rivalidades, rixas e conflitos, de responsabilizações individuais ou culpabilizações exclusivas aos gestores pelos entraves ao trabalho integrado em equipe.

- Tem divergência, né, entre UBS e PSF, porque UBS acha que PSF não faz nada, e ganha bem. Da mesma forma, o PSF acha que a UBS não faz nada, mas eles também fazem. Porque há diferença no trabalho que UBS e PSF faz. (Rita Lee)

- A Saúde da Família, acho, abrange muito mais. Não só a família, mas o ambiente que ela vive. O trabalho que ela tem. Como é a vida familiar, o contato com o filho, o contato com o marido. Se têm agregados na casa, como é. Tem um monte de coisas que se levanta e que na unidade básica não. Entra lá, o que você tem: “tô com dor de cabeça, então toma isso aqui; acabou e tchau.” E não tem a continuidade daquilo. Na Saúde da Família tem a continuidade porque o Agente continua indo lá pra saber como está o andamento. Tem o retorno pra equipe. (Ana Carolina)

(Unidade Saúde da Família – Agentes Comunitários de Saúde)

- *Eu sou atendida numa UBS. Eu, quando vim pra cá pra trabalhar no PSF, eu vi a forma de tratamento que é diferenciado. Eu acho que aqui a gente procura até demais do paciente. A UBS não, você não vai numa consulta; você não tem porquê: faltou, faltou; problema é seu que faltou. A gente não: “é uma gestante que faltou na consulta? Não, vamos correr atrás dessa gestante, por que ela faltou?” Entendeu? Então acaba, a gente, nesse lado da prevenção, correndo atrás do paciente. (Daniela Mercury)*

- *O acolhimento do paciente também é bem diferenciado. Aqui a gente acolhe, pergunta. Lá é: “o que você tem? Dor de barriga. Pronto. Próximo.” (Elba Ramalho)*

- *Eu acho que o PSF é mais acolhedor que a Unidade Básica. (Elis Regina)*

(Unidade Saúde da Família – Auxiliares de Enfermagem)

Por outro lado, a par dos avanços atribuídos à organização do trabalho na ESF e das rivalidades descritas, o funcionamento distante do preconizado para a organização das USF e suas dificuldades igualmente foram lembradas. As considerações apresentadas pelos trabalhadores envolvem dimensões essenciais relativas à gestão da Atenção Básica.

- *E assim, a forma de atuar, eu acho que deveria ter na Saúde da Família, mais grupos, ter mais ações educativas; mas, assim, por conta de muitas dificuldades de cada região, também assim, tem alguns lugares que conseguem fazer melhor, tem alguns lugares que não conseguem desenvolver tanto; entendeu? Mas eu acho que o principal aí seria essa questão do atendimento médico que é diferente, né. (Clara Nunes)*

- *E assim, algumas unidades que acabam tendo mais de um profissional médico... umas coisas que não é a característica da Saúde da Família, como a gente vê hoje no município; então, eu vejo, pelo menos na minha visão, não é o Saúde da Família como deveria, o que tá preconizado talvez, segundo as bases, as diretrizes. Não tem Agente Comunitário suficiente pra todas as áreas. Então, essa família também não está sendo acompanhada adequadamente.*

Então, sobrecarrega lá no posto. É um ciclo, né. E Saúde da Família que o médico deveria cumprir 40hs, a gente sabe que tem médicos que cumpre metade do período. (Teresa Cristina)

(UBS s/ Saúde da Família – Médica, Dentista e Enfermeiras).

Ao traçarmos uma comparação entre os modelos de atenção e seus respectivos grupos focais, verificamos a existência de semelhanças quanto aos aspectos descritos como impeditivos à realização dos princípios basilares da Saúde da Família conforme propostos na Política Nacional. Em consonância com outras pesquisas da área, o caráter de avanço da ESF, aliado às suas dificuldades estruturais, especialmente no tocante à gestão de seus trabalhadores, podem ser destacados.

Alguns estudos realizados com base na realidade cotidiana das equipes do PSF mostram essa prática como possuidora de um potencial positivo de mudança; outros, porém, mostram que existem grandes limitações para que isso ocorra. [...] Inúmeros [são] os impactos evidenciados em vários municípios ao longo da implantação do PSF [...]. Esses impactos se constituíram fatores motivadores da disseminação do programa pelo país. Destaque-se, porém, que uma série de condições envolvendo o processo de trabalho das equipes do PSF dificultam, deterioram e tornam vulnerável tal processo. (RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004, p. 441-2).

Na sequência da análise a compor este primeiro núcleo de significações, destacamos um conteúdo relativo não às diferenças entre os modelos de atenção, mas de forma oposta, às semelhanças e complementariedades existentes entre eles. Similaridades relativas à função de prevenção de doenças e promoção de saúde são atribuídas a quaisquer unidades de Atenção Primária.

De forma diversa da identificada na maioria das discussões grupais, essa significação foi a única a resgatar alguns elementos da historicidade da Atenção Primária, apontando, mesmo que de maneira indireta, para o fato de que várias podem ser as tecnologias organizativas do trabalho nas Unidades.

Este dado permaneceu sem referência na maior parte dos debates: com os participantes ora identificando a Saúde da Família como sinônimo de cuidados primários, sem as devidas contextualizações; ora associando as unidades tradicionais ou anteriores à ESF como modelos únicos de rede básica.

Em alguns debates se perde, inclusive, a própria noção de que as Unidades sem Saúde Família, existentes anteriormente a atual Política Nacional para o setor, são também elas equipamentos da Rede Primária, com as mesmas atribuições e funções já consensuais para esse nível de atenção.

Foi comum identificarmos denominações antagônicas entre “saúde da família” *versus* “rede básica”, terminologias e linguagens criadas no cotidiano para diferenciar e discriminar ambos os modelos e tentar justificar seus tratamentos diferenciados por parte da gestão municipal.

A transcrição abaixo demonstra o caráter indireto do resgate histórico apontado anteriormente, além de denotar a ideia da significação de semelhanças e complementariedades entre os modelos de atenção:

- Ah, eu concordo com o que as meninas disseram. Eu acho que a Atenção Primária é a prevenção, né, tanto o PSF como as UBS. Eu acho que talvez, tem muitos pacientes, né, que... pacientes que vieram de UBS que elogiam a UBS. Que a UBS, assim como no PSF, tem médicos e profissionais ruins

como os bons, tanto na UBS, quanto no PSF. Então, assim, esses serviços, se eles se complementassem, a UBS com o PSF... porque o objetivo quando veio o PSF pro Brasil inteiro era complementar; o que infelizmente não tá acontecendo, né. Um fica falando que é melhor que o outro, fica aquelas briguinhas que um atende melhor que o outro, em vez de complementar o serviço, né. Porque eu acho assim na UBS um ginecologista pode complementar nosso serviço, quanto o pediatra de lá, talvez, poderia complementar. É isso que muitas vezes não acontece. (Paula Lima)

(Unidade Saúde da Família – Agentes Comunitários de Saúde)

Com essa compreensão apresentada especificamente pelos trabalhadores do grupo focal compostos por ACS encerramos os apontamentos analíticos relativos ao nosso primeiro núcleo de significação constituído pela concepção dos participantes sobre as diferenças entre os modelos tecnológicos em Atenção Primária.

7.2 OS NOVOS MODELOS DE GESTÃO E AS RELAÇÕES ENTRE A CLASSE TRABALHADORA

O Anexo 03 apresenta exemplos e sínteses deste segundo núcleo de significação relativo à gestão das equipes; composto pelos seguintes indicadores:

- financiamentos diferenciados para os modelos de atenção básica;
- tratamentos diferenciados da gestão para com os trabalhadores dos distintos modelos de atenção básica;
- dificuldades relativas ao relacionamento entre equipes da atenção básica.

A partir desses conteúdos pode-se verificar que, ao discorrer e apresentar suas opiniões, valores e compreensões acerca das diferenças entre os modelos tecnológicos na Atenção Básica, alguns participantes denotaram variados conflitos relativos a como identificam a relação dos gestores municipais para com seus trabalhadores.

A diferença de tratamento dispensada pelos gestores da administração direta aos trabalhadores, conforme apontada pelos participantes, implica em desigualdades entre as Unidades de Atenção Básica, fator que, somado ao desconhecimento da Política Nacional para o setor, promove inseguranças e rivalidades, além dos conflitos derivados das questões salariais e de benefícios.

Os Auxiliares de Enfermagem são a categoria que evidenciou maior sofrimento e desgaste emocional no que tange a tais diferenciações de tratamento, seja por receberem os salários menores, no caso dos contratos via fundação estatal (relativos à ESF), e benefícios

igualmente reduzidos, na comparação, seja por sentirem-se mais pressionados de um lado pela cobrança da população, de outro pelas exigências dos gestores.

Na linha de frente dos atendimentos, juntamente com os ACS, os Auxiliares de Enfermagem de ambos os modelos expressaram inequivocamente os reflexos de uma política trabalhista diferenciada adotada no interior de um mesmo município: atribuições idênticas, responsabilidades semelhantes, unidades de trabalho com a mesma finalidade, em contraposição a salários e *status* divergentes, dando margem a conflitos afetivos, emocionais e relacionais diversos.

- O que a gente tem percebido é que é assim: principalmente quando a gente vai em reuniões fora da Unidade, existe sim, uma grande diferença entre Saúde da Família e Rede Básica; porque é assim, o jeito deles trabalharem é bem diferente do nosso, né. Mesmo assim, sendo pelo mesmo intuito, né: que é a saúde, né. Que de uma forma ou de outra, nós temos de promover a saúde, mas, equipes trabalham diferentes. Então, o que a gente tem percebido é que atualmente, o governo atual daqui da cidade tá investindo mais em quê? Na Saúde da Família. E a Rede Pública Básica, está sendo deixada de lado. (Ceumar)

- Então é assim, eles estão investindo muito assim: em cursos, em promoções, tudo Programa da Saúde da Família. Eles estão investindo mais no Programa da Saúde da Família e as Redes Básicas, estão ficando de lado; um dia em que você sai fora da Unidade que você vai participar de um curso ou qualquer coisa, você vê que realmente, existe grande quantidade de pessoas na área da Saúde da Família, e da Rede Básica, poucas, no curso. (Cazuza)

- Ainda agora, nós estamos sendo convidados mais vezes, porque há algum tempo atrás, imagine, nós éramos os esquecidos. Tinha certas coisas que pra gente da saúde, a gente não sabia nem se interessava, não chegava. (Gal Costa)

- Não tinha, não chegava até nós as informações; é nítido, é bem nítida essa diferença entre Rede Básica e Saúde da Família. (Ceumar)

(UBS s/Saúde da Família – Auxiliares de Enfermagem)

O diálogo nos transmite a avaliação e percepção de que as categorias de trabalhadores seriam diferenciadas, com distintas valorações sociais. O argumento salarial aliado a forma de organizar o trabalho encontram-se como elementos na busca de justificativas para as diferenças de tratamento e disparidades de financiamentos, conforme apontadas acima.

- Eu nunca sofri isso, né, mas eu vou falar o que falam, né, dessa discriminação: “ai, você PSF, e eu sou UBS”; “ah, quem é PSF é meio que jogado num canto; quem é da UBS, por ser da prefeitura, é tratado de uma melhor maneira.” (Daniela Mercury)

- Tipo assim, num grupo de capacitação. (Zizi Possi)

- Há uma divisão entre PSF e UBS. (Elba Ramalho)

- *Fica meio que dividido. Nós somos da mesma classe, né, Auxiliares de Enfermagem, mas somos tratados diferenciados no momento desses cursos. Parece que a gente é o “irmão mais pobre” e o outro o “irmão mais beneficiado”. (risos). (Daniela Mercury)*
- *Mas quem seria o “irmão mais pobre”? (Pesquisadora)*
- *Nós; o PSF. (risos). (Daniela Mercury)*
- *E por que vocês seriam os “irmãos mais pobres”? (Pesquisadora)*
- *Talvez seja isso também, o salário; a gente ganha menos, eles ganham mais; alguns vêm isso de forma preconceituosa, sei lá. O outro assim, a gente acolhe mais, o outro assim: “ah, não, não sei por que ficar perguntando as coisas pro paciente... não tenho nada a ver com isso.” (Elba Ramalho)*

(Unidade Saúde da Família – Auxiliares de Enfermagem)

Os trabalhadores da Unidade sem Saúde da Família queixam-se de que o envolvimento da gestão municipal seria mais comprometido com a ESF, materializando-se tal avaliação na inauguração de novas Unidades, bem como nas temáticas de cursos e formações em serviço. Na realidade concreta, esses são elementos relativos às ações voltadas para as prioridades da Política Nacional pautada no modelo Saúde da Família.

Os trabalhadores da USF por sua vez, por receberem salários menores, já que não acrescidos dos benefícios de uma progressão na carreira e de um plano de melhorias funcionais, somado a um contrato desvinculado da administração direta, denotam sentimentos de desvalorização e menosprezo pautados na realidade concreta das diferenças trabalhistas e salariais praticadas pela gestão.

- *Aqui nós somos... (Daniela Mercury)*
- *Classe operária. (risos). (Ivete Sangalo)*
- *Ela falou que nós somos a classe operária. (Elba Ramalho)*
- *E eles são a abelha rainha. (risos). (Ivete Sangalo)*
- *O interessante seria ver o que eles estão falando porque a gente fala do que a gente conhece. Que nem, pra eles também seria diferenciado, mas o que será que eles acham tão diferente aqui? Seria interessante saber a outra resposta. (Daniela Mercury)*
- *O que eu ouço falar é que eles se sentem assim, menosprezados, porque a gente tem essa amizade com as pessoas; o vínculo com o paciente, e lá não tem. Então, fica aquela coisa meio assim: “ah, eu sou a chata e eles são os bonzinhos...”. Eu tenho essa impressão de quando se fala de UBS e PSF: “Nós somos aqueles que acolhem mesmo, que abraça... e nós fazemos a mesma coisa, só que a gente não é encarado assim; a gente só não faz visita, não tem isso, mas também nós somos pessoas boas.” (Elba Ramalho)*

(Unidade Saúde da Família – Auxiliares de Enfermagem)

Esse contexto, aliado aos *modus operandi* específico e as prioridades de acolhimento, vinculação, corresponsabilização e territorialização atribuídas à ESF, gera conflitos variados, incluindo a percepção de que os embates seriam responsabilidades das

individualidades dos trabalhadores, recaindo-se sobre os desempenhos pessoais explicações atinentes a uma realidade macroeconômica e política mais ampla.

Os diálogos apontados pelas Auxiliares de Enfermagem de ambos os modelos de atenção quanto às diferenças de tratamento recebida dos gestores dão conta de algumas origens do sofrimento no trabalho. No contexto dos novos modelos de gestão, a desagregação de respostas coletivas dos trabalhadores, a pretensão da captura de sua subjetividade, a partir das políticas de gestão com individualização sistemática e o manejo de conflitos personalizado dão conta do que Linhart (2009) denomina de “precarização subjetiva”.

Desta forma, na maioria dos debates, quando se solicitava avaliações, opiniões e impressões acerca dos modelos de atenção, quase que imediatamente ouvem-se relatos acerca das diferenças nas contratações trabalhistas, em seus empregadores e gestões, bem com a diversidade de tratamentos recebidos, associando-se a realidade da ESF às administrações indiretas e suas fundações, como de resto tem se mostrado na literatura da área como uma realidade nacional (BRASIL, 2007a; GIRARDI et al., 2010).

É assim que as identificações entre “trabalhadores da saúde” se perdem e se esgarçam. Da mesma maneira que se evidenciam raros relatos que denotam consciência de coletividade entre as classes profissionais, incluindo aí dificultadores para a integração no interior de uma mesma equipe de Atenção Primária, bem como entre equipes.

Tal desagregação agrava-se em Unidades nas quais os trabalhadores possuem diferentes empregadores: como unificar uma luta por melhorias no trabalho se a percepção imediata da realidade é de fragmentação? Se existe divisão entre necessidades e divergências nas condições a que estão submetidos? Como identificar-me com o colega ao lado se o “patrão” é outro e as necessidades, na aparência, mostram-se tão distintas?

- A nossa equipe mudou muito, né, ela mudou 100%. Só tá eu e a Ana Carolina. Os agentes até que não sofreu tanta alteração, colocaram mais duas. Não foi tirado. Saiu a Talita, mas por uma coisa diferente do que tava acontecendo. Agora, das auxiliares, da administração ou foram demitidos ou foram transferidos, sem terem pedido, sem a vontade da equipe. Então, a gente perdeu, assim, quebrou o vínculo da equipe, entre a equipe; quebrou a equipe no todo.

Hoje existem categorias. Equipe de categorias. A categoria dos agentes. A categoria da enfermeira... do auxiliar administrativo, é assim. Existe essa diferença hoje... não existe uma equipe... é muito fragmentado. (Leila Pinheiro)

(Unidade Saúde da Família – Agentes Comunitários de Saúde).

O relato exemplifica a desintegração e fragmentação da própria classe trabalhadora, desarticulada e dividida nas lutas políticas no interior de uma mesma Unidade de Saúde. Tal contexto é intensificado no processo de contratações via administração indireta. Agrava-se também pela flexibilização legislativa dos direitos: pela presença maciça de contratos de trabalho por tempo determinado, além dos contratos definidos como prestações de serviços. Este um dos grandes efeitos devastadores para a organização dos trabalhadores, como bem apontado acima.

Os recursos possíveis são quase inexistentes. Os coletivos portadores de um outro sentido do trabalho, de outros valores, de outros projetos, desapareceram sob o jugo da modernização, levando consigo a solidariedade, a reciprocidade e a relativização das dificuldades e injustiças do trabalho que assumiam. [...] O assalariado é um indivíduo, uma pessoa sozinha, sem ajuda, e confrontada a imposições e ideais não ajustados às realidades concretas do trabalho. É nisso o que reside o que entendo por “precariedade subjetiva”. Dentro do próprio trabalho a modernização plantou agora os germes de uma insegurança generalizada, e conseguiu desfazer tudo que havia sido construído pelos assalariados a fim de conter e dominar a sorte difícil de assalariados inscritos na relação de subordinação jurídica que constitui o contrato de trabalho. (LINHART, 2009, p.10).

A compor este segundo Núcleo de Significação relativo à gestão das equipes, identificamos, nesta direção, conforme nos mostra o Anexo 03, que outro conteúdo, percorrido essencialmente pelos ACS, diz respeito às características do trabalho no interior da administração indireta dos serviços públicos. O relato abaixo nos apresenta uma amostra desta avaliação e de seus conflitos.

- O problema, na verdade assim, não é tanto o regime de CLT, é quem está por detrás dele: porque eles não permitem que a gente tenha acesso pra estar discutindo alguma coisa. A resposta única e taxativa deles é: estamos amparados pela lei, acabou, e ponto final. Eles não te explicam; Você não tem como discutir alguma coisa, eles não dão lado pra gente conversar. (Leila Pinheiro)

- E o que eu vejo nos funcionários da prefeitura, em geral, é quieto quem quer, porque eles têm mais alta voz pra falar, entendeu. Muitas vezes, o que a gente acha: se a gente falar, a gente acaba se prejudicando. Então, o que acontece, muitas coisas, a gente não tem liberdade pra falar, a gente acaba ficando quieto.

[...] Uma das coisas difíceis da terceirização que eu vejo, falando no serviço público, é a questão da conversa, né; porque a gente não tem uma coisa aberta pra conversa, não tem espaço. Não só aqui, no Brasil inteiro, quem trabalha com essa parte da Saúde da Família, ou quem trabalha num hospital que trabalha terceirizado por algum órgão, é difícil a conversa; é muito complicado. Por isso as pessoas desanimam. Às vezes desconta no paciente, não faz o serviço direito, entendeu. Isso não acontece só aqui. (Paula Lima)

(Unidade Saúde da Família – Agentes Comunitários de Saúde)

O diálogo expressa o sofrimento pela não identificação de recursos a manejar no intuito de construir comunicação e resolução efetivas para os impasses (do) no processo de trabalho. A perda de autonomia para a realização da atividade e para seu planejamento junto à equipe e junto à gestão municipal acarreta burocratização das funções, desencadeando, dentre outras, a criticada desqualificação do serviço público.

Seja na resolução de problemas pessoais, interpessoais e de relacionamentos no interior da equipe, seja na administração do próprio processo de trabalho, com espaços para mudanças no seu *modus operandi*, os trabalhadores demonstram não encontrar mecanismos de representação por parte de seus superiores, nem tampouco por parte de coletivos organizados, cenário que se agudiza e cronifica em gestões terceirizadas.

Dessa maneira, também se intensificam as expressões de uma subjetividade “assujeitada”, considerando-se que a realidade cada vez mais se apresenta aos trabalhadores como fenômeno “posto”, imutável, incontrolável e independente de suas vontades e interesses. O produto “estranho” a seu criador (MARX, 1844/1989).

Os sentimentos de insegurança, desmotivação para o diálogo, frustração pelo cumprimento inadequado ou pouco a contento dos princípios morais e ideológicos defendidos socialmente para o trabalho em saúde, materializam rupturas entre sentidos pessoais e a significação atribuída à função. Cisões quanto à consciência da responsabilidade de sua atividade na atenção ao processo saúde-doença, o interesse/motivação para “estar à altura de exercê-la” e as limitações decorrentes da organização e gestão do trabalho.

Os valores sociais atribuídos ao trabalho em saúde, de modo especial, delegados aos profissionais lotados nas USF, acabam por gerar outra dimensão de discriminações e sentimentos de injustiça, como se esse modelo tecnológico dos cuidados primários se constituísse no espaço por excelência da “humanidade” e “nobreza” de seus trabalhadores, como exemplificam as desigualdades entre os distintos modelos expressas nas avaliações discutidas acima.

O fato de que nos dias de hoje a interação médico-paciente continue sendo tal tipo de relação [a exigir disposição pessoal, correta conduta moral, responsabilidade e “honradez”], o que ocorre também para vários outros trabalhadores em saúde, contrasta, porém, com o fato concomitante de que a organização da produção dos cuidados passe a ter estrutura complexa empresarial, que terminará influenciando fortemente a conformação do trabalho a ser realizado. Isto, de certo, matiza tanto a base pessoal, quanto a base institucional-social de determinação do desempenho profissional. (SCHRAIBER; MACHADO, 1997, p. 290).

A percepção de impotência, de não ser ativo na definição de suas próprias atividades, de estranhamento para com os resultados de suas ações compõem o quadro de precarizações na organização e no processo do trabalho, seja na esfera das condições materiais e objetivas, seja na esfera subjetiva.

O que se deve entender, então, por “precariedade subjetiva”? É o sentimento de não estar “em casa” no trabalho, de não poder se fiar em suas rotinas profissionais, em suas redes, nos saberes e habilidades acumulados graças à experiência ou transmitidos pelos mais antigos. [...] É o sentimento de não ter recursos em caso de problemas graves, nem do lado dos superiores hierárquicos (cada vez mais raros e cada vez menos disponíveis), nem do lado dos coletivos de trabalho que se esgarçaram com a individualização sistemática da gestão dos assalariados e o estímulo à concorrência entre eles. (LINHART, 2009, p. 02).

Ressaltamos que na perspectiva teórica com a qual dialogamos, as dimensões objetiva e subjetiva da precarização no trabalho não se encontram em antagonismo, mas em interdependência estreita. Ao compreendermos a subjetividade como dotada de uma materialidade específica, como determinada pelas condições materiais de vida humana, e mediadora da atividade pela consciência, enfatizamos a indissociabilidade e interdependência dessas dimensões, embora distintas.

Os conflitos interpessoais no interior das equipes compõem um cenário de flexibilizações e precarizações na organização do trabalho em saúde com nuances complexas e multideterminadas. A tendência, no interior dos serviços públicos, como vimos, é a reprodução e ampliação da mesma lógica encontrada no trabalho industrial, pautada, na atualidade, em seus novos modos de gestão, marcados, na definição de alguns teóricos, por práticas gerencialistas (CAMPOS; CAMPOS, 2008).

- Mas agora, eu tô sentindo ainda mais, porque devido a essa lei de 2006, do governo federal, que os Agentes de Dengue e nós não pode ser terceirizado por causa da lei, então o que acontece, a gente vai trabalhar numa Unidade que só nós vai ser funcionário público. Então, eu já tô sentindo isso, já falei isso na minha cara. Então, a gente tá sofrendo um preconceito assim que você trabalhava num lugar que você não era funcionário público, aí você torna a ser, e o resto não vai ser, porque não tem lei que ampare. Eu entendo, porque se fosse o contrário, ia ser difícil pra gente também, mas eu acho que tudo tem um limite de respeito. Eu falei pras meninas, a tendência das relações é piorar. (Paula Lima)

(Unidade Saúde da Família – Agentes Comunitários de Saúde)

Desta forma, assim como na realidade da produção capitalista, diversas estratégias de racionalização são empreendidas a fim de tornar os serviços mais lucrativos e viáveis economicamente, na saúde pública se verifica algumas “saídas” para a mesma racionalização: “a introdução de inovações tecnológico-organizacionais; a redução da força de trabalho; a redução da força de trabalho qualificada; a redução dos salários; a precarização das condições de trabalho; a externalização; o autosserviço; dentre outros” (RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004, p. 440).

As terceirizações presentes na gestão de muitos trabalhadores vinculados a serviços e programas do SUS, como no caso da USF, constituem, assim, em estratégias de racionalização dos custos, compondo um quadro de vulnerabilidades, fragilidades e contradições marcadamente presentes na Política Nacional da Atenção Básica.

Quando essas medidas [de racionalização de custos] não são suficientes [para obtenção de maior viabilidade] no caso dos serviços privados, os serviços podem simplesmente fechar, como ocorre nas empresas capitalistas. Já no caso dos serviços públicos, dá-se a interferência de um complexo de fatores macropolíticos na escolha da estratégia de racionalização a ser empregada em cada momento histórico. Além disso, em situações que envolvem altos custos, a decisão de fechar o serviço torna-se mais difícil se envolver necessidades humanas básicas. (RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004, p. 440).

Como consequência deste contexto, encontram-se o sofrimento do próprio trabalhador, as instabilidades e inseguranças sentidas no exercício da função, o assédio moral de que é vítima, e, por vezes, reproduz em suas relações interpessoais, a precariedade subjetiva, conforme Linhart (2009). Além dessas, a desintegração dos agentes coletivos dificultando a luta por transformações, as diferentes violências psicológicas experienciadas coletiva e individualmente, em suma a falta de sentido pessoal atribuído ao trabalho exercido.

- Mas assim, a dificuldade que eu sinto, é assim, a questão salarial mesmo, né, a questão do vale que quase na sobe. A dificuldade que eu senti é de instabilidade do emprego mesmo, porque eu já vi muitas pessoas sendo demitidas porque elas mereciam, e pessoas, não. De várias Unidades: às vezes, por um problema bobo, de rixa, de fofoca, a pessoa perde o emprego, né. (Paula Lima)

(Unidade Saúde da Família – Agentes Comunitários de Saúde)

Na realidade política dos trabalhadores do município aqui em tela não encontramos nenhum agente coletivo de agregação das lutas e reivindicações por mudanças,

como sindicatos e/ou associações que exercessem essa função. As lógicas coletivas encontram-se distanciadas.

De acordo com Linhart (2009), no auge e hegemonia das organizações tayloristas de trabalho a gestão era marcada por uma lógica coletiva de domínio da atividade executada, dada a vigência dos princípios de economia de escala, concentração de empregados em fábricas imensas, políticas de gratificações padronizadas e de massa, além de condições similares de vida no trabalho, favorecendo a formação de entidades sindicais, reivindicativas e de luta.

Progressivamente foi se implantando uma individualização dos aumentos dos salários, formações personalizadas, critérios pessoais na grade de qualificação dentro das convenções coletivas. As competências, incluindo a habilidade, foram substituídas pelas qualificações e por fim, tornaram-se sistemáticas as entrevistas individuais para definir e avaliar os objetivos. Acrescente-se a isso a polivalência sistemática, a mobilidade, a flexibilidade, a criação de grupos de trabalho de diversas naturezas constituídos formalmente e pontualmente pela hierarquia, e se compreenderá facilmente que os coletivos espontâneos e quase clandestinos de assalariados se viram sistematicamente solapados e ultrajados. (LINHART, 2009, p. 07).

Nesse cenário engendrado e cronificado pelas crises cíclicas do capital em sua busca por valorização, constata-se as maiores violências exercidas pelos mecanismos do Estado contra os trabalhadores e sua organização.³⁹

Em tempos de crise aguda do capital e de maior uso dos recursos públicos para financiamento do setor privado é ainda mais necessária e urgente a defesa do SUS enquanto política universal e de salários indiretos da classe trabalhadora, além da denúncia de superacumulação dos lucros e socialização dos prejuízos, como bem se evidencia no contexto internacional e nos embates políticos de diversos países centrais ou periféricos.

E é ainda mais necessário, pertinente e urgente o resgate da importante centralidade do trabalho e dos trabalhadores, antagonicamente às teorias que propugnam o fim dessa categoria para análise e transformação da sociedade (LESSA, 2003a, 2003b).

Resgatamos aqui a distinção feita por Lessa (2005a, 2005b) entre a centralidade ontológica do trabalho, a centralidade cotidiana do emprego (que se apresenta no domínio do trabalho pelo capital para fins de produção de valor) e a centralidade política dos trabalhadores (que se coloca com base na análise da sua posição social como classe, dado o

³⁹ Para melhor conhecimento e análise referente a crise do capitalismo iniciada no ano de 2008 e ainda vigente, bem como para compreensão de suas implicações específicas para as políticas sociais, sugerimos a leitura de Behring, E. et al. (2010).

desenvolvimento das forças produtivas e das relações sociais). A crítica à centralidade do emprego implica na necessária defesa da centralidade ontológica do trabalho na produção de valores de uso.

A centralidade política da classe trabalhadora se faz tanto mais fundamental para a transformação da atual conjuntura capitalista quanto mais se identificam os antagonismos entre a superacumulação em contextos de aumento abissal das desigualdades econômicas e sociais. À medida que daí decorre uma consequente contraposição entre o processo de produção capitalista e o processo de trabalho voltado para os valores de uso e para emancipação do homem (LESSA, 2006; 2008a).

A força de trabalho empregada valoriza o capital por meio do trabalho abstrato no processo de produção. Neste sentido, a crítica ao capitalismo é uma crítica à centralidade do trabalho abstrato na objetivação da atividade consciente do ser humano sob o capital. No entanto, é justamente pela impossibilidade objetiva de submissão completa da atividade consciente que se põe a centralidade política dos trabalhadores (LESSA, 2006; 2008a; DALLA VECCHIA, 2011).

7.3 - CONDIÇÕES DE TRABALHO E NOVOS MODELOS DE GESTÃO: SOFRIMENTO E RESISTÊNCIA

Os conteúdos e significados componentes deste terceiro e último Núcleo referem-se aos debates e discussões grupais acerca do seguinte questionamento lançado a todas as categorias de trabalhadores participantes: *O que pensam sobre o regime de trabalho ao qual estão contratados? Existe diferença entre os regimes de trabalho nos dois modelos de Atenção Básica presentes em Botucatu?*

O Quadro 16 abaixo nos apresenta uma síntese resultante de todos os debates. A partir do cenário geral apontado pelos participantes em seus respectivos grupos focais, foi possível sistematizar o último núcleo de significação, composto, como se pode verificar no Anexo 03, dos seguintes conteúdos:

- Aspectos relativos às condições de trabalho, à carga horária, aos salários e benefícios e aos regimes trabalhistas;
- Dúvidas quanto ao regime trabalhista e suas transições;
- Organização da categoria para reivindicações (ACS);
- Aspectos relativos às relações interpessoais nas equipes de trabalho.

O primeiro conteúdo que se apresenta frequente (em todos os grupos, sem exceção) quanto às diferenças na condição de trabalho dos distintos modelos tecnológicos de Atenção Básica refere-se às questões Salariais, de Benefícios, às Jornadas de Trabalho e Plano de Cargos e Carreiras.

- *Eu sou F. Uni, então é assim, eu posso também, dependendo da chefia, mudar o meu horário; porque no PSF é começar às 07:30hs e sair às 17:00hs, já aqui não, aqui é as 07:00hs. Existe também aquele negócio do trabalho que também é diferente da prefeitura, né? A carga horária; nós não temos direito à falta abonada e eles têm. Então, o que eu vejo a diferença, é em que? É em horas semanais: 44hs semanais; pela fundação se eu não me engano é 40hs; então é assim, você trabalha menos horas, mas, você não tem direito à falta abonada que na prefeitura são seis faltas abonadas no ano. (Ceumar)*

(UBS s/Saúde da Família – Auxiliares de Enfermagem)

- *É o salário nosso com o do pessoal da prefeitura, nossa, totalmente diferente; inferior. (Daniela Mercury)*
- *A gente faz a mesma função, e até a mais porque a gente considera a prevenção até a mais. (Elba Ramalho)*
- *Mas vocês sabem quanto tá o salário de Auxiliar de Enfermagem na Unidade Básica? Eu não acho que seja muito maior que o nosso. (Elis Regina)*
- *É que eles têm os benefícios. Ai eles recebem o salário base deles, e com os benefícios que eles têm, o tempo de carreira, vai aumentando. (Elba Ramalho)*
- *Ah, sim. Ai tem o PCCS. (Elis Regina)*
- *E nós não temos isso. (Daniela Mercury)*

(Unidade Saúde da Família – Auxiliares de Enfermagem)

Quadro 16: Síntese dos Indicadores apresentados nas discussões referentes ao questionamento: “Condições/Regimes de Trabalho identificados entre os Modelos de Atenção”

	UNIDADE SAÚDE DA FAMÍLIA	UNIDADE SEM SAÚDE DA FAMÍLIA
ACS	- Transição dos regimes de trabalho – organização da categoria e relações dentro da equipe; - Avaliações sobre as contratações via Fundações de Direito Privado; - Diferenças salariais e nos benefícios entre os regimes de trabalho; - Consequências das diferenças de regimes para o posicionamento dos trabalhadores e para a estabilidade.	-----
AUX. DE ENFERMAGEM/ACD	- Salário inferior da categoria e maior trabalho; realizam também a prevenção; - Trabalhadores da SF são discriminados: salário, terceirização; - Diferença nos benefícios; - Presença de PCCS na administração direta – benefícios; - Estabilidade na administração direta; - Conflitos e dúvidas na transição de contratações trabalhistas – expectativa de contratação direta.	- Diferenças salariais, na carga horária e nos benefícios trabalhistas (valor do vale refeição e direito a abonos); - Ações judiciais coletivas contra a prefeitura e as inadequações nas remunerações; - Muitas dúvidas quanto a mudança para o regime estatutário.
MÉDICO/ENFERMEIRO/DENTISTA	- Boa experiência como celetista – experiências anteriores com contratos temporários e prestação de serviços; - Estabilidade na função avaliada na perspectiva pessoal e dificultadora para a gestão dos trabalhadores; - Aposentadoria – melhores condições no regime estatutário; - Presença de Prós e Contras no regime estatutário e no celetista; - Diferentes leis trabalhistas na administração direta – regime de transição para estatuto; - PCCS - administração direta.	- Diferenças nos Benefícios e PCCS na administração direta – atritos entre os trabalhadores; - Diferenças na remuneração e carga horária; - Diferenças na estabilidade dos profissionais na administração direta; - Vínculo com o Estado e a Lei 500 – jogo de empurra entre os gestores; - Mudança de celetista para estatutário: vantagem da aposentadoria integral.

O exercício das mesmas funções confrontado com carga horária diferente, salários e benefícios distintos foram os pontos mais destacados em todos os grupos focais, independentemente da categoria profissional. Na concepção dos Auxiliares de Enfermagem, as ênfases na prevenção atribuídas à ESF acabam por gerar uma sobrecarga de atividades, se comparada à remuneração recebida no modelo tradicional de Atenção Primária.

O diálogo abaixo apresenta como se encontrava a composição das equipes durante o período de investigação desta pesquisa, bem como os conflitos existentes entre

trabalhadores que exercem a mesma função, possuem objetivos idênticos para o trabalho, mas com diferentes remunerações, benefícios e jornadas de atuação:

- Porque assim: você tem profissionais da Prefeitura, contratados, e profissionais contratados pela Fundação Uni. No começo do Saúde da Família, todo mundo que tava no Saúde da Família era Fundação Uni; e a maioria das pessoas das Unidades Básicas eram da Prefeitura. E são regimes diferentes, né, de contrato, de horário, de tudo. Remuneração. Tudo. Só que agora, tá misturando. Então, nas Unidades Básicas tem profissionais da Fundação Uni e tem profissionais da prefeitura e na Saúde da Família também.

E têm vários outros conflitos, por exemplo, assim: a Marisa é prefeitura e eu sou Fundação Uni. Então, se a filha dela ficar doente, ela tem direito a 15 dias pra ficar com a filha dela. Eu não tenho direito, tenho direito a um dia só. (Clara Nunes)

- Sabe o que acontece assim: a gente tem uma funcionária aqui, uma auxiliar de enfermagem: de repente, tinha um posto Saúde da Família, perto da casa dela. Ela precisou ir, de início, emprestada. E falou: “é melhor pra mim, trabalhar mais perto.” Então, ela é uma funcionária municipal, concursada, prestando serviços nesse bairro, certo? Só que daí ela tem seis abonadas no ano, porque nosso regime dá direito; e as outras lá não têm; e aí começa aquela guerra de nervos: assim como a gente também sabe do lance do salário, que também difere. Que deixou todo mundo louco da vida no início... agora não me deixa mais, eu já cansei de brigar por isso. (Marisa Monte)

(UBS s/Saúde da Família – Médica, Dentista e Enfermeiras).

A conjuntura das contratações diferenciadas no interior do setor público, além de se constituir em estratégia de racionalização dos custos em saúde, é definida por Nogueira (1999) como possuindo duas naturezas: terceirizações internas e terceirizações externas. Os contratos de serviços entre esfera pública e privada se constituem sempre em uma terceirização: quando o contratado privado entra na relação utilizando a totalidade de seus recursos físicos e humanos para atender a clientela vinculada ao contratante público, caracteriza-se uma terceirização externa.

A novidade, de acordo com o autor, é a cessão do contratante (público) ao contratado (privado) de uma parte de seus próprios recursos materiais e humanos para que o serviço seja prestado, gerando o que denomina de uma semiprivatização, ou uma terceirização interna. (NOGUEIRA, 1999).

Na conjuntura macropolítica da Reforma do Estado, cujo corolário é a transformação de uma administração pública burocrática em uma gestão pública gerencial, com flexibilidade para o processo administrativo e diminuição dos gastos, identificam-se múltiplas soluções de flexibilização institucional e de gestão de pessoal.

Esse cenário com suas distintas formas de regulação trabalhista, além de dividir os trabalhadores, dificultando sua organização, a partir da desmobilização para lutas reivindicativas, determina prejuízos diretos ao próprio trabalho, desqualificação do serviço público, bem como adoecimentos físicos e mentais aos profissionais da saúde.

- E tem a rixas, né, principalmente entre as enfermeiras por conta da diferença salarial. Por conta do número de atendimentos que é realizado. (Leila Pinheiro)

- Os médicos de UBS, a gente sabe que eles ganham menos que os de PSF, então, acaba gerando essas brigas. O que ganha mais na UBS, acho que é o auxiliar de enfermagem, que ganha mais que no PSF. (Rita Lee)

- E tem outro problema que é a parte da contratação, né, que no PSF é tudo Fundação Uni. A Prefeitura, o médico e a enfermeira padrão ganham menos, mas tem a questão da estabilidade. (Paula Lima)

- Então, é rixa salarial, assim que eu vejo, rixa de número de pacientes, que a UBS tem mais pacientes que a gente, né, apesar que a gente faz um trabalho mais abrangente, né. Essa questão de contratação, de salário e de número de prontuários; o que eu vejo, nesse tempo de trabalho, é isso. O que eu vejo que tem mais briga são essas três questões, assim. (Paula Lima)

(Unidade Saúde da Família – Agentes Comunitários de Saúde)

A avaliação dos trabalhadores apresenta, na maioria dos grupos focais desenvolvidos, como vantagens dos contratos diretos com a administração estatal, senão os salários e benefícios, a importância da estruturação mínima de uma carreira em saúde, construída a partir dos Planos de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS), necessidade já descrita em muitos documentos oficiais como prerrogativa para a melhoria das condições de trabalho no interior do SUS. (BRASIL, 2002a; BRASIL, 2002b; BRASIL, 2004; BRASIL, 2006c).

- Mas assim, difere entre enfermeiros e médicos porque depois, os auxiliares, eles ganham menos, os da Fundação, do que ganham os da prefeitura.

Porque eles não têm plano de carreira; o funcionário municipal tem plano de carreira e os da Fundação não tem. (Marisa Monte)

- Quer dizer, não tem, mas quando entrou já Fundação foi montado um plano de carreira. (Teresa Cristina)

- É, mas não tem, não funciona; diz que tá em andamento, vai começar a funcionar. (Clara Nunes)

- Por conta do plano de carreira que na prefeitura tem uma ascensão, né, tem o biênio lá. (Teresa Cristina)

- Porque depois eles vão tendo um adicional por tempo e tal... (Marisa Monte)

(UBS s/Saúde da Família – Médica, Enfermeiras e Dentista)

No interior dos grupos focais de trabalhadores vinculados à administração indireta, destacou-se que o valor positivo atribuído ao regime de contrato celetista faz-se na

comparação a experiências anteriores, em relações contratuais de prestação de serviços, sem tempo definido, ou para execução de projetos determinados e pontuais no campo da saúde.

Essa realidade foi apresentada especialmente por médicas e enfermeiras da USF, com formação recente e há pouco tempo exercendo a função. Relatos que evidenciam a presença de vínculos trabalhistas flexibilizados e precarizados em diversas especificidades de serviços no SUS. Destacamos, assim, o caráter hegemônico de tal realidade, embora, conforme os documentos oficiais nos informam esse não seja um quadro inédito.

- Bom, eu, tô contente. Porque nunca na vida eu tinha tido uma carteira assinada. [...] Então, quando eu cheguei aqui e fui conversar e falaram o salário e falaram tudo e eu falei com meu marido: “mas eles não falaram em carteira assinada!” Ai ele falou: “mas isso já tá implícito!” Então, eu fiquei contente porque eu vou ter férias, décimo terceiro; tô contente. (Adriana Calcanhoto)

- Eu também dividido, viu, Adriana, da mesma opinião. Porque eu não tinha carteira assinada. Era tudo informal. (Maria Betânia)

- É muito ruim, isso, né, você não pode nem ficar doente. (Adriana Calcanhoto)

- Mas informal como você diz; por contrato de trabalho? (Pesquisadora)

- Não, não era contrato; era autônoma. (Maria Betânia)

- Prestação de serviço?(Pesquisadora)

- Isso, prestação de serviço. (Maria Betânia)

(Unidade Saúde da Família – Médicas, Dentista e Enfermeiras).

Assim, a realidade da produção dos serviços no SUS mostra-se definida por contratos de trabalho por tempo determinado em substituição a concursos públicos para cargos efetivos, desconsiderando-se a necessidade da estabilidade na função; prestação de serviços e pagamentos ao trabalhador como se constituísse “pessoa jurídica”; diversidade de leis trabalhistas no interior de um mesmo órgão público para “driblar” as limitações de contratação; trabalhadores “cedidos” ou “emprestados” para sanar ausências nos quadros; e contratações a partir de fundações estatais de direito privado.

Também estão presentes formas de vinculação diferenciadas, como a chamada Lei 500, amplamente utilizada pela esfera estadual de governo.

- Eu sou concursado do estado e estou à disposição da prefeitura. [...] E em alguns momentos, em vários momentos, as coisas se alternam: em algum momento, o estado passa a dar um tipo de aumento que passa a ser interessante; de repente, passam-se quatro ou cinco anos e tem uma defasagem. Como entrou aqui em Botucatu, o governo não quis incorporar em salário, mas deu como bonificações por fora, que eu não recebo, apesar de ter a isonomia e de exercer a mesma função que outros colegas. E em alguns momentos, a gente busca a prefeitura e os cara falam: “não, você é

do estado”; a gente vai lá no estado, os caras falam: “não, você é da prefeitura”. E fica aquele jogo, entre aspás, fácil, né. (Biafra)

- E seu vínculo é qual? Estatutário? Celetista? (Pesquisadora)

- É Lei 500, né. (Biafra)

(UBS s/Saúde da Família – Médica, Dentista e Enfermeiras).

A citada legislação refere-se à Lei 500 de 13 de novembro de 1974⁴⁰, que institui o *regime jurídico dos servidores admitidos em caráter temporário e dá providências correlatas*. Diz respeito à contratação de servidores públicos em caráter temporário que, em grande parte dos casos, permanecem na função por período indefinido. Não se encontram vinculados a seus respectivos cargos, mas à chamada *função-atividade*, ao emprego público, e podem ser exonerados quando assim avaliado como adequado pela gestão empregadora, embora não seja esta a prática na maioria dos serviços estatais.

Diante deste cenário diverso, dentre outras consequências para o cuidado em saúde, destacou-se as implicações para a integração, complementariedade e atuações conjuntas entre especialistas e clínicos gerais: lembrada por muitos participantes dos grupos focais como enriquecedora para o trabalho, essa relação, no contexto trabalhista atual, foi indicada como impedida de realizar-se na prática.

- A observação que eu tava querendo fazer, daquilo que você falou do pediatra dar uma... (Biafra)

- ... um suporte pra esse médico ai. (Fabiana Cozza)

- ... um suporte; eu ia comentar com você exatamente isso, que também vai esbarrar numa questão salarial, né.

Porque os valores pagos pro Saúde da Família é um, e o valor pago pro especialista, inclusive, é menor que o da Saúde da Família; então, chega num momento, isso do meu entendimento, que o especializado vai falar: “pô, eu vou ficar segurando o rojão do médico da família, vou estar complementado o que ele não faz e ele tá ganhando 2 “x” e eu tô ganhando “x”?” Então, ai cria um desconforto. (Biafra)

(UBS s/Saúde da Família – Médica, Dentista e Enfermeiras)

Apesar do destaque aos aspectos salariais, faz-se pertinente ressaltar que não são eles somente o fator a garantir uma organização do trabalho resolutiva, sendo necessário refletir sobre outros determinantes conjuntamente, incluindo aí, o tempo integral de permanência nas Unidades. Assim, lembramos que a carga horária dos profissionais médicos, na Unidade tradicional de saúde, perfaz um período menor, não implicando em dedicação integral à função.

⁴⁰ Conferir a legislação na íntegra, incluindo as modificações até o ano de 2007 no seguinte endereço digital: <http://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei/1974/lei%20n.500,%20de%2013.11.1974.htm> Também há informações em: <http://www.al.sp.gov.br/legislacao/norma.do?id=39651> Acessos em abril de 2012.

Além das considerações tecidas acima quanto às significações a compor o conteúdo Salários, Benefícios, Jornada de Trabalho e Plano de Cargos e Carreiras deste último núcleo de significação, outro apontamento relevante quanto às diferenças entre a gestão do trabalho em ambos os modelos de atenção diz respeito à Aposentadoria e suas condições específicas.

Lembrada por muitos participantes, a possibilidade e vantagem de concluir a vida profissional contando com um salário integral não deixa dúvidas nem tampouco é motivo de posições divergentes. A observação apresentada abaixo sintetiza a importância dessa garantia ao trabalhador:

- Sabe outra coisa que eu acho, questão do futuro: e quando eu me aposentar? Eu trabalho há trinta anos na empresa, eu ganho, vamos supor, 15 mil reais, e quando eu me aposentar? E é uma empresa que não tem complementação de aposentadoria, nem nada, quando eu me aposentar, eu vou receber o teto do INSS e eu acho que pro estatutário, isso não acontece. Isso que eles colocaram pra gente. (Ivone Lara)

(Unidade Saúde da Família – Médicas, Dentista e Enfermeiras).

Outro conteúdo importante a compor este último Núcleo de Significação, relativo às condições de trabalho, construído a partir dos apontamentos encontrados em todos os grupos focais, diz respeito à Estabilidade na função.

Mesmo quando os trabalhadores pontuam que ambos os regimes contratuais de trabalho (celetista ou estatutário) apresentam vantagens e desvantagens, prós e contras, de alguma forma equivalendo-se, a estabilidade é descrita como uma diferença importante entre os vínculos trabalhistas presentes nos distintos modelos de atenção em Atenção Primária.

Seu valor é tanto mais claro quanto mais se referenciam a discussões sobre posturas dos trabalhadores diante de momentos de impasse, em situações de conflitos de interesse com os gestores municipais, por exemplo, garantindo ao profissional um direito importante: o de manifestar-se, questionar as organizações definidas, organizar-se, além do sentimento de segurança no exercício da função.

- Mas eu acho que essa estabilidade faz diferença no dia a dia. A satisfação do próprio funcionário de estar ali e exercer a função dele... agora se você não tem segurança nenhuma no trabalho que você está exercendo, acho que faz diferença. Tem mais preocupações, além do próprio trabalho, né. (Maria Rita)

(Unidade Saúde da Família – Médicas, Enfermeiras e Dentista).

O valor da estabilidade para o serviço prestado à comunidade, como facilitador e potencializador de vínculos decorrentes da maior permanência do trabalhador, ao longo do tempo, na unidade de trabalho, bem como do planejamento de ações, não foi abordado espontaneamente pelos grupos de ambos os modelos aqui participantes.

Não se associa, direta ou imediatamente, a estabilidade trabalhista à suas implicações para a gestão do cuidado, para a prática da atenção à saúde da população, para a resolubilidade dos objetivos do trabalho, nem tampouco para a efetividade da Integralidade. É como se essas questões fossem cindidas na realidade: de um lado o trabalhador e sua estabilidade contratual, de outro lado, sem relações diretas, a função social do trabalho em saúde.

Para que este debate específico ocorresse, houve necessidade de mediação, ou de questão norteadora proposta pela pesquisadora em meio às avaliações tecidas pelo grupo. Quando se chama a atenção para as relações entre estabilidade e serviço prestado aparecem divergências entre as opiniões expressas pelos funcionários da USF.

Evidencia-se que a reflexão mediata traz à tona elementos de relevantes implicações para o trabalho desenvolvido, ora com destaques às posturas individualizadas dos profissionais, ora com ênfase à importância do sentimento de segurança no exercício da função.

- Então, assim, vocês destacaram que estão felizes pelo regime de trabalho [celista] porque anteriormente não tinham essa possibilidade [de carteira assinada], por vários motivos; e que esse regime, pessoalmente, dá conta. O estatutário tem outras vantagens, e estão se tornando agora, estatutário, aqueles que são da prefeitura. E pro serviço, vocês acham que tem diferença, um regime ou outro? (Pesquisadora)

- Acho que depende do profissional. (Nara Leão)

- Isso que eu ia falar; não adianta. (Ivone Lara)

- Porque o pessoal fala, ah, porque ser funcionário público... mas acho que depende muito do profissional, porque, que nem eu falei, eu acho que vai muito do profissional mesmo; pro posto de saúde, depende muito do profissional. Acho que talvez, alguns profissionais que sejam funcionários públicos há muitos anos, talvez, numa certa fase, acomodem em alguma situação, talvez a pessoa que é contratada pelo regime CLT não se permite a isso. (Maria Betânia)

(Unidade Saúde da Família – Médicas, Dentista e Enfermeiras).

Conforme o relato demonstra, a estabilidade na função do servidor público estatal é avaliada como atributo que, muitas vezes, é utilizado para justificar o não envolvimento e a falta de compromisso do trabalhador com o desempenho de suas tarefas.

Na difundida concepção de um Estado ineficiente e ineficaz, como uma gigantesca máquina pouco operacional e altamente onerosa à sociedade, por vezes, a bandeira de luta da estabilidade reveste-se de um caráter inverso e invertido, numa clara tendência a culpabilizar os funcionários públicos, estigmatizados com os antivalores da ociosidade, morosidade, inépcia, descompromisso e negligência.

- Assim, eu nunca fui estatutária. Mas assim: ah, funcionário pega atestado, funcionário falta, funcionário folga; ai você tem toda uma dificuldade de fazer alguma coisa com ele, porque ele era estatutário. Ele tem estabilidade. [...] Não sei, o trabalho como celetista agora, nessa gestão nova, que foi pra Fundação Uni, acho que até melhorou um pouco do que era antes. A gente consegue ter um pouco mais de autonomia. Eles criaram o regimento interno, então melhorou; a gente tá conseguindo se fundamentar melhor nas nossas condutas, não fica uma coisa pessoal: então, assim, não gosto daquele funcionário então, qualquer coisinha que ele faça eu dou advertência; o outro, que fez a mesma coisa, eu vou relevar. Não, o que é pra um é pra todos. Tá ali a gente tem que seguir o que consta no regimento. (Nara Leão)

(Unidade Saúde da Família – Médicas, Dentista e Enfermeiras).

A gestão do trabalho em saúde apresenta, assim, múltiplas determinações e complexas necessidades. Dada sua especificidade, conforme nos ensina Schraiber e Machado (1997), “o domínio do conhecimento científico não é o mesmo que dominar a habilidade tecnológica do trabalho. Por isso, por mais que aprimoremos a dimensão educacional, [...] a ação, se restrita a isto, apenas atingirá aspectos parciais do trabalho” (p. 289).

As dificuldades daqueles que exercem papel de coordenação nos equipamentos de saúde envolvem o escopo amplo das “habilidades tecnológicas” do trabalho em saúde, a constituir-se, como abordamos, das condições objetivas, salariais, da segurança na função, e das dimensões subjetivas, interpessoais, além do compromisso com a construção da autonomia dos indivíduos e com as lutas por uma Atenção Primária universal, equânime e integral.

As responsabilizações, portanto, se restritas à postura individual tão pouco dão conta das explicações e propostas de mudança no cenário do trabalho, constituindo-se em reducionismos, se não articuladas às decisões políticas. Por outro lado, qualquer projeto de intervenção e ação em saúde não poderá prescindir das características e atividades individuais de seus profissionais.

O trabalho parece depender ou ser desencadeado pela vontade do indivíduo, sujeito particular e privado. Este deve desenvolver no desempenho cotidiano virtudes (produto de sua correta conduta moral), como, por exemplo, da

“responsabilidade e honradez”. Por outro lado, se essas virtudes podem ser “aprendidas” no longo treinamento escolar, em razão do tipo de conhecimento que envolve (complexo e difícil, sobre pessoas), não podem ser exercidas por coação institucional, governamental ou comercial. A complexidade do saber envolvido exigiria essa disposição pessoal, até porque a prática é uma relação pessoal e direta do médico [e demais profissionais em saúde] com o cliente [e usuários das Unidades de Atenção Primária]. (SCHRAIBER; MACHADO, 1997, p. 290).

Na sequência das análises outro conteúdo recorrente na maioria dos grupos focais, independente da categoria profissional, refere-se às dúvidas quanto aos regimes trabalhistas e suas transições.

De uma perspectiva específica, temos aqui a conjuntura do município em tela que, conforme explicitamos, apresenta histórico de transições e mudanças nos contratos de trabalho de seus funcionários, especialmente desde a implantação da Saúde da Família, embora esta realidade também estivesse presente em momentos anteriores. Daí a descrição de relatos de desabafos, confusões e dúvidas variadas como resultados dos grupos focais.

Os participantes contratados diretamente pela administração pública municipal apontam as dúvidas e temores presentes na mudança em curso do regime celetista para o estatutário. Aqueles vinculados à fundação estatal relatam os muitos desencontros, expectativas e tensão quando da mudança da anterior associação filantrópica de quem eram “empregados” para posterior fundação estatal, com especial destaque para os debates e desabafos das Auxiliares de Enfermagem da USF.

O diálogo abaixo evidencia os conflitos, ansiedades e temores na mudança de convênios para contratos de gestão. Além de denunciar a pouca compreensão dos principais interessados, os próprios trabalhadores, quanto aos rumos de sua vida profissional.

De fato, em momentos de transição e indefinições, nos quais as burocracias legais e gerenciais imperam, tendo sempre a ameaça do desemprego como pano de fundo dada a realidade do trabalho desde os anos de 1980, as maiores angústias são experienciadas pelos trabalhadores.

- Porque a gente passou aí por uma fase de transição de uma [associação] pra uma Fundação: a gente não sabia se ia ser mandado embora e todo mundo ficou naquela ansiedade. E aí eles conseguiram achar lá uma resolução e conseguiram essa perspectiva aí da Fundação. Demorou. Isso gerou muita polêmica. A gente gostaria de ter passado pela prefeitura. Que nem os Agentes Comunitários: eles conseguiram uma brecha na lei de que o processo seletivo que eles fizeram daria pra colocar como funcionário público; a gente até esperava. (Elba Ramalho)

- Na verdade, acho que trocou Fundação por Fundação, né. Tinha vencido o contrato de trabalho, eu acho, da associação com a prefeitura e aí precisava de outra Fundação. E aí acharam a Uni. (Elis Regina)

- E acho também uma coisa de verba; uma coisa assim; existiam tantos boatos, na época, que a gente não sabia, cada hora falava uma coisa; foi complicado essa época. Porque a associação meio que parece que não queria mais esses funcionários, parece que deu pra entender isso. (Elba Ramalho)

(Unidade Saúde da Família – Auxiliares de Enfermagem)

O mesmo cenário de angústias, incertezas, ansiedades, temores e tensões é identificado pelos trabalhadores da administração direta, sofrendo esses a alteração na contratação trabalhista de um regime celetista para estatutário. Como se pode notar abaixo, algumas falas destacam bem algumas confusões: a informação nem sempre é compreensível; cria-se, assim, um clima de insegurança e desconfiança, com conflitos interpessoais e sofrimento individual.

- Olha, é que a gente não conhece o estatuto como está pronto, como a gente vai gostar de uma coisa que a gente não sabe? Quais são os benefícios? O que a gente vai perder? Já pensou a gente perder tudo? (Gal Costa)

- Principalmente a gente que já tá com um certo ano de casa? Eu tô com o pé atrás... eu vou ler e reler. (Cazuza)

(UBS s/ Saúde da Família – Auxiliares de Enfermagem).

Na tentativa de contrapor-se ou romper com uma situação de passividade, os debates evidenciaram que a categoria dos Auxiliares de Enfermagem da Unidade sem Saúde da Família demonstrou uma forma de mobilização pautada na dimensão jurídica. Diante dos impasses na mudança de regime trabalhista, bem como da não efetivação dos direitos salariais, como reajustes de acordo com a data-base, pagamentos de horas-extras realizadas, banco de horas, dentre outros, identificam-se buscas pela judicialização das ações reivindicatórias e das lutas desses trabalhadores.

A função do trabalhador como sujeito da história, portanto, ativo na luta por seus direitos é delegada ao Sistema Judiciário, como de resto se percebe em outras dimensões da vida em sociedade, como a judicialização e criminalização dos movimentos sociais; dos conflitos escolares, parentais, afetivos, das condições sociais; em suma, assim como constatamos debates sobre as práticas de medicalização da vida e da saúde mental, encontramos, atualmente, a idêntica manifestação de imposições normativas a partir da judicialização da vida no trabalho.

- A coisa aqui ela tá muito errada, né? O salário, a remuneração. Inclusive nós estamos agilizando e os advogados estão entrando com processo... tem um monte de coisas de anos e anos... ainda mais nós que temos a faixa de vinte anos pra cima de prefeitura, a parte nossa de regularização tem anos e anos de coisa errada: biênios, insalubridade... tem um monte de coisas erradas; a parte da prefeitura e em geral, a folha de pagamento do servidor, está tudo errado! (Cazuza)

(UBS s/Saúde da Família – Auxiliares de Enfermagem).

Ainda no que tange à significação referente às transições nas condições de trabalho e seus conflitos, os ACS, por sua vez, e de forma diferenciada, mesmo que também com embates judiciais, apresentaram relatos de organização política em suas ações.

Nas brechas legislativas e com elas nas contradições da história otimizadas e viabilizadas a partir das lutas organizadas da classe trabalhadora, os ACS, com a promulgação da Emenda Constitucional 51 no ano de 2006⁴¹, revelaram grande poder mobilizador e organizativo nos embates de interesses junto à gestão municipal.

- Como foi essa organização?(Pesquisadora)

- Nós mesmos. A gente se juntava num lugar. (Leila Pinheiro)

- É que um agente de saúde descobriu; daí passou pra outro, e foi passando pra outro e foi falando, e a gente foi se reunindo até que a gente conseguiu se mobilizar. (Rita Lee)

- Fazia reuniões à noite, depois do serviço; às vezes em algum local; a gente reservava a escola ali, e a gente se reunia pra gente estudar a respeito do assunto. (Leila Pinheiro)

- Quando a gente fosse brigar saber do que tava fazendo. Apesar de não ter saído essa greve ai, foi paralisação. Então, a gente fez isso antes, que era muito mais importante que o aumento do vale.

A gente não fez greve, a gente pediu uma reunião com o prefeito pra falar das nossas reivindicações. Pra falar dessa Lei. (Rita Lee)

(Unidade Saúde da Família – Agentes Comunitários de Saúde).

Todo o processo de organização, mobilização e lutas dos ACS do município, relatado em tom emocionado e afetivo nas discussões do grupo focal, encontrava-se em curso durante essa pesquisa: até a conclusão deste texto, alguns trabalhadores já haviam migrado para contratações diretas, enquanto outros ainda a realizariam.

As vitórias, porém, bastante comemoradas pela categoria, não foram experienciadas sem tensões no dia a dia do trabalho na Unidade de Saúde. Os conflitos com os colegas, bem como o aumento da fiscalização dos coordenadores e da gestão para com as

⁴¹ Dispõe sobre os Agentes Comunitários de Saúde e os Agentes de Combate às Endemias, acrescentando os incisos 4º, 5º e 6º ao artigo 198 da Constituição Federal. Pode ser conhecida na íntegra em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc51.htm Acessado em março de 2012.

ações desenvolvidas intensificavam a sobrecarga de trabalho dos ACS e seu sofrimento mental derivado de relações interpessoais esgarçadas e tensas.

- Uma coisa que a gente sente hoje: antigamente, a gente tinha um profissional que valorizava o nosso trabalho, apesar de algumas exigências excessivas. Mas ela valorizava no sentido assim: se fosse cobrado algo que não era do agente comunitário, ela brigava, ela enfrentava: “meus agentes não vão fazer porque não é função deles”. Não interessava se era pro prefeito, de quem fosse; ela sempre tava do lado do agente de saúde. E sempre era acessível a acordos internos. Enquanto que hoje: “eu tenho que ligar lá pra ver se pode.” Ou, eu preciso descontar hora: “Pra quê?” A gente não tem que dar satisfação; é problema pessoal que eu não quero dividir aqui, né. Hoje não tem isso. Não tem aquela preocupação com o estado mental, físico, profissional e familiar, financeiro do profissional. (Leila Pinheiro)

- Hoje é mais cobrança que qualquer outra coisa. (Cássia Eller)

- Os olhares hoje são assim, oh: “oh, que você tá fazendo aqui, nove horas já!” É lógico, ninguém é criança, todo mundo sabe suas obrigações. Ou então, se você sai no seu horário certinho, você acaba não encontrando a pessoa ali: “nossa, eu não vi você hoje o dia inteiro”. Como se fosse: “será que você veio mesmo ou você tá vindo só agora?”

E fica chato, uma coisa que fica chata. (Rita Lee)

(Unidade Saúde da Família – Agentes Comunitários de Saúde)

As hierarquias e divisões técnicas do trabalho na sociedade e na saúde em específico, definidas por escolaridades, mas, essencialmente, pelo *status* social da posição ocupada e função exercida; o cenário de competitividade exacerbada, individualismo, valorização da meritocracia; preconceitos e intensificação da fiscalização e controle sobre o trabalho são expressos e materializados nos conflitos, frustrações e sofrimentos relatados pelos ACS e parcialmente reproduzidos abaixo.

- A gente já sentiu que a mudança vai ser difícil, vai ser boa pra nós, no sentido financeiro, no sentido da estabilidade, no sentido dos benefícios, mas a gente pensa: porque são oito anos aí de sofrimento, no meu caso, no caso da Paula, ganhando uma merda, pra falar o português correto, se estressando, ficando doente, e tudo mais, só que, por outro sentido, a gente já percebeu que vai sofrer bastante em função da equipe. Porque existe aquela coisa de, por ser agente de saúde, você não ter um curso técnico, você vai ganhar mais: como? (Leila Pinheiro)

- A conversa que a gente ouviu foi a seguinte: “por que quem não tem estudo vai ter que ganhar mais que a gente que tem?” Eu tenho estudo. Como não? Eu estudei, né. Como não?

E a gente fica chateado com isso porque, da nossa parte, a gente achou injusto, porque, na época, diante da mesma situação, diante da incerteza do emprego, algumas pessoas tiveram que fazer concurso de novo, pra poder ficar, pra poder passar pra Fundação Uni... até foram todos lá participar da reunião, a gente falou que achava injusto só a gente passar, só que a gente foi dar a nossa cara à tapa, né. A gente ficou lá na frente, foi descontado do

nosso salário o meio período que a gente ficou lá na frente gritando, se desgoelando... a gente foi humilhado. A gente lutou. Não só por nós, mas ainda por quem vai entrar. (Ana Carolina)

(Unidade Saúde da Família – Agentes Comunitários de Saúde).

Nas avaliações e opiniões tecidas sobre as condições de trabalho em ambos os modelos de Atenção Primária, outro aspecto relevante de ser discutido diz respeito às denúncias, em tom de desabafo, realizadas pelos trabalhadores da Unidade sem Saúde da Família. As condições físicas inadequadas para a realização do trabalho a que estão submetidos imprimiram aos debates momentos de revolta e indignação.

Como salientam os próprios participantes dos grupos focais, independentemente da função realizada, a estrutura do local de trabalho interfere significativamente na organização e qualidade da atividade realizada. Longe de caracterizar-se como fator isolado e de importância menor, a resolubilidade da atenção, o acolhimento adequado aos usuários, a escuta qualificada e até mesmo as orientações e procedimentos desempenhados tornam-se distantes do idealizado pelos trabalhadores, constituindo-se, portanto, em fator de sofrimento.

É, porque a gente vê que o pessoal da Secretaria parece que não vive os problemas que a gente vive aqui: Não vive; não vem aqui pra ver: não vem aqui numa segunda de manhã, não vem aqui numa terça de manhã; que se o médico for fazer um xixi, quando voltar, não acha mais sala, é uma briga, não dá. Sabe, a gente entende como descaso. É um descaso. Eu fico muito triste com isso. É: “meu deus do céu, se eu tô lá hoje, eu não conseguiria atender num local daqueles, a gente tem que tomar uma atitude!” sabe, é isso que a gente não vê. (Marisa Monte)

- Que nem hoje, na pré-consulta, meu deus! Sabe quando você vem trabalhar... que nem, eu venho tranquila de manhã, mas chega uma hora que você fala assim: “nossa queria sumir daqui e não voltar mais.” Porque é o ambiente; não é por causa que tem bastante paciente. Tem. Mas a gente tá acostumado a atender.

Mas assim, a gente tem só aquela salinha pra atender e tem as pré-consultas pra fazer; daí todo mundo vai ali pegar prontuário; é muita gente na sala, você não consegue dar atenção direito pro paciente, entendeu... então, você fica nervosa porque você vê aquele monte de gente; e a gente vai dividindo, assim, eu atendi um adulto, a Marisa uma criança. (Clara Nunes)

- Tudo errado, na verdade. Porque a gente atende de um jeito que não é pra ser atendido. Porque o paciente também tem direito à privacidade. E a gente não consegue dar isso pra ele. (Marisa Monte)

(UBS s/ Saúde da Família – Médica, Dentista e Enfermeiras).

As condições inadequadas para realizar um trabalho considerado como de “boa qualidade”, incluindo aí a resolubilidade do cuidado, foram destacadas também quando as discussões versavam sobre o vínculo da população com a Unidade e sobre o primeiro serviço de saúde a ser buscado por ela.

Os desabafos identificados nos relatos apresentam a preocupação sentida pelos trabalhadores pela maneira com que sua atividade profissional é desenvolvida, consequência da responsabilidade e seriedade com que exercem sua função, diferentemente do que usualmente se apregoa no discurso da “falta de interesse e irresponsabilidade” do servidor público da saúde.

A melhoria do vínculo de referência da comunidade com a Unidade é relacionada à confiança sentida pelos usuários quando recebe uma orientação ou um procedimento adequado: quanto mais segurança identificada, melhor a relação entre serviço de saúde e população, bem como maior a referência delegada à Unidade. Para o que as condições físicas do trabalho exercem considerável interferência, conforme o diálogo abaixo explicita:

- Mas aí que tá, aí que eu falo: o vínculo. Mas aí, pra você ver, a gente não tem uma sala que a gente pode fazer uma “pré” legal; você vê, é tudo misturado lá, como você vai pegar a história do paciente, você vai atender o paciente com o médico pegando prontuário; outro atendendo aqui, a outra fazendo Bolsa Família, o médico querendo pegar o prontuário pra ir embora? Como você vai tirar a história do paciente?(Gal Costa)

- Que nem a pré consulta é a porta de entrada; é a recepção, depois ali a pré consulta. Ali ele entra pra pesar; vamos supor assim, ali ele teria que falar as queixas, mas queixa nenhuma... O que teria de ter? Um lugar adequado que médico ou enfermeira, ninguém entrasse lá enquanto a pré não estivesse pronta. Ali, quando tá fazendo a “pré” entra médico, entra outro, apressando pra pegar prontuário logo, pra ir embora; aí, não sai uma “pré” consulta de acordo. Você não consegue conversar com o paciente, você não consegue tirar história nenhuma dele, entendeu? Às vezes, a gente conversando você sabe se o paciente era problema psicológico, se precisava de uma ajuda psicológica... a gente aprendeu isso. E hoje, você não consegue colocar isso em prática. (Djavan)

- Aí o paciente não consegue sentir segurança. (Gal Costa)

- Você não consegue fazer seu serviço de acordo, porque não dá. (Djvan)

(UBS s/Saúde da Família – Auxiliares de Enfermagem).

Apesar das citadas limitações e dos desabafos emocionados e, a despeito delas, os trabalhadores de todas as funções referenciados na Unidade sem Saúde da Família, afirmam, em tom de resistência e valorização da função que o vínculo da população com a Unidade persiste; a identificação, o reconhecimento, a atenção e a procura pelos serviços ainda se fazem presentes de maneira estreita e com relacionamentos pautados na afetividade e solidariedade.

O mesmo desabafo pode ser identificado nos relatos de trabalhadores da USF, especialmente quanto ao vínculo estabelecido entre unidade-comunidade e a necessidade de construção de planejamentos que incluam as avaliações e contribuições dos profissionais que

vivenciam o dia a dia com os usuários, conhecendo de perto as dificuldades e sentindo-se como quem “tem o que dizer”.

Diferentemente do discurso de passividade, comodismo e indiferença que lhes foi atribuído, os trabalhadores da USF apresentam interesses e motivações em participar coletivamente das decisões e intervenções que objetivem cuidados primários mais resolutivos, fundamentados no vínculo, no acolhimento e na escuta atenta aos usuários.

Muitas vezes, porém, os processos participativos, coletivizados e democráticos das decisões no trabalho são revestidos, na opinião dos trabalhadores, por um “faz de conta”, no qual os canais de comunicação até podem encontrar-se abertos, mas nem sempre as ponderações e posicionamentos tecidos são de fato encarados com seriedade, sendo implementados e/ou abordados como contribuições efetivas e não meramente “formais” ao processo de gestão.

- Essa questão do vínculo também é necessário o vínculo com o trabalhador, né. Porque a gente é obrigada a ter um vínculo com uma pessoa que você nem conhece; e você que trabalha junto, cadê o vínculo que você tem ali na sua própria Unidade, na sua própria coordenação?

A gente não vai opinar por nada? É a gente que vive as situações aqui; é a gente que deveria, então, opinar em algumas coisas; ajudar pelo menos a pensar.

É; eles [gestores] estão lá disponíveis; não vou dizer pra você que não há acesso: “ah, eu quero conversar com a Cilene, ela não vai me atender...”; ela vai me atender a qualquer momento. Se eu quiser conversar com o prefeito hoje, ele me atende. Só que assim, acabou virando esse... isso que eu falei, parece que é um espetáculo! Você fala, fala, fala, mas adiantou você falar? Não resolveu. Então, você só se expõe. Você acaba se expondo e você fica como a pessoa que fala... mas daí as coisas não acontecem e parece que aquilo foi em vão! E você acaba não falando mais: “quer saber, vou calar minha boca e vou só obedecer.” (Elba Ramalho)

(Unidade Saúde da Família – Auxiliares de Enfermagem).

A avaliação apresentada acima pelos trabalhadores nos remete às características dos novos modelos de gestão na vigência do toyotismo: com a sofisticação de métodos e técnicas que ao mesmo tempo intensificam e disfarçam o controle sobre a atividade, mantendo “centralizado o poder, preservado através de estruturas tecnoburocráticas intocadas” (SELIGMANN-SILVA, 2011, p.172).

As transformações no conteúdo do trabalho associam-se às formas de autoridade adotadas: “o poder não se localiza mais numa multidão de chefias, como na forma original do taylorismo” (p. 173) e os trabalhadores passam a ter inclusive o direito de expressar suas ideias, fazendo sugestões para melhorar a produtividade, sem que isso caracterize, de fato,

participações efetivas na estruturação das relações de produção (SELIGMANN-SILVA, 2011).

Dessa forma, estabelecem-se novos mecanismos e novos formatos de intensificação da alienação, ou seja, do estranhamento do trabalhador com o produto do trabalho realizado, com seu processo e execução, com seus pares e consigo mesmo. Estabelece-se a exploração dos afetos e sentimentos como o medo, a alegria, a tristeza, a solidariedade, a vontade, a humilhação, de acordo com Barreto (2006).

Intensifica-se, assim, a produção do desgaste mental e físico e sua extensão para a exploração da subjetividade, determinando, conforme Alves (2008) sua “captura” ou sua manifestação “às avessas”.

Assim, encerramos este capítulo ressaltando os desabafos, relatos e avaliações tecidas pelos participantes desta pesquisa, com os quais pudemos ter um cenário de paradoxos e contradições, de avanços e retrocessos marcantes da Atenção Primária em seus modelos tecnológicos e na gestão de seus trabalhadores: exemplos de sofrimento psíquico, em muitas situações cotidianas, mas igualmente, de inúmeras manifestações de resistência demonstradas na relação diária com os usuários e nas lutas pela ampliação das finalidades atribuídas ao seu saber-fazer.

SINTESE DO CAPÍTULO DIFERENÇAS ENTRE MODELOS DE ATENÇÃO E CONDIÇÕES DE TRABALHO:

Como síntese das questões essenciais que resultaram das discussões nos grupos focais, da elaboração dos Núcleos de Significação e de suas análises, podemos destacar o que segue:

- as respostas e discussões desencadeadas pela temática das diferenças entre os modelos de Atenção Primária presentes no município mostraram-se homogêneas, no que se refere a comparação entre os grupos, dando conta de uma maior coesão das significações apropriadas pelos participantes;
- no tocante aos debates sobre as condições gerais de trabalho, igualmente identificou-se homogeneidade nas concepções, valores e opiniões dos participantes, com poucas variações nos significados apresentados;
- de maneira semelhante ao verificado nas análises sobre a Integralidade, os resultados deste eixo apresentam posicionamentos mais ativos relatados por

trabalhadores da ESF, implicando em significações que denotam maior iniciativa, especialmente nos aspectos relativos ao processo de trabalho no interior Unidade;

- em uma perspectiva geral, todas as discussões grupais avaliam o processo de trabalho da ESF e sua organização como “avanços” para a prática da prevenção e para o cuidado na Atenção Primária;
- o trabalho dos ACS e o instrumento das visitas domiciliares na USF refletem opiniões e valores eminentemente positivos e apresentados pela maioria dos trabalhadores participantes;
- a menor área de abrangência do território da USF e o período integral de permanência de seus profissionais junto à Unidade foram aspectos apontados como avanços para o processo de trabalho na Atenção Primária;
- os entraves à efetividade e resolubilidade da prática da prevenção foram semelhantes em ambos os modelos de cuidado pesquisados: alto índice de atendimentos eventuais, escassez de funcionários nas equipes, exigências da gestão municipal e perfil da população que busca os serviços de saúde;
- os empecilhos à realização adequada e a contento da função profissional foram destacados como fontes importantes de sofrimento físico e mental dos trabalhadores de ambos os modelos de atenção;
- a existência de duas formas distintas de gestão das unidades de saúde: uma pautada na administração direta e outra delegada à administração indireta, constitui-se em motivos de queixas, dúvidas, e significações diferenciadas quanto às condições gerais de trabalho, especialmente no tocante ao Núcleo de Significação Salários, Benefícios e Jornada de Trabalho;
- a presença, no município, de dois gestores distintos relativos aos diferentes modelos tecnológicos de cuidados primários, mostrou-se como determinante importante dos conflitos, desentendimentos, dúvidas e dificuldades interrelacionais e de classe existentes entre os trabalhadores de uma mesma Unidade de Saúde, bem como entre aqueles de Unidades diferentes;
- a diferença no financiamento destinado aos distintos modelos de atenção e o consequente “tratamento” diferenciado dispensado aos seus trabalhadores por parte das gestão do SUS foi destacada pelos participantes;

- exemplos de organização das categorias profissionais visando a melhoria das condições de trabalho e/ou a reposição de perdas salariais e de benefícios foram identificadas, seja a partir de representações às instâncias jurídicas, seja ainda a partir de mobilizações coletivas, como no caso dos ACS.

Capítulo *Oitavo*



CAPÍTULO OITAVO

BREVES APONTAMENTOS FINAIS – NOVO PONTO DE PARTIDA

Analisar as concepções grupais sobre a Integralidade, considerando como eixo norteador a Atividade e o Processo de Trabalho de cada modelo tecnológico, bem como sua respectiva gestão, possibilita ampliar as determinações que incidem sobre nosso fenômeno; em outras palavras, compreender as práticas em saúde como práticas sociais.

Conforme os resultados dos grupos focais nos indicaram, existe certa homogeneidade de significações relativas à Integralidade, com poucas variações identificadas na comparação entre USF e UBS s/Saúde da Família.

Dessa maneira, os trabalhadores significam o conceito de Integralidade como a comunicação e interdependência entre os serviços que compõem a RAS do município, bem como com suas dificuldades, materializadas no excesso de burocracias, na restrição ao número de vagas e, fundamentalmente, na desvalorização e desconhecimento das atribuições das Unidades de APS.

Os significados atribuídos com maior frequência à Integralidade do Sistema mostram-se como de apropriação mais difundida entre os trabalhadores da saúde e mesmo entre a população. Em outras palavras, quando se pensa na organização do SUS, as relações entre serviços primários, secundários e terciários são facilmente assimiladas, sendo ampla a concepção de interdependência entre âmbitos de complexidades tecnológicas diversas.

Esse núcleo de significados mostra-se, assim, com construção estabilizada ao longo do tempo, desde as proposições iniciais de um sistema nacional de saúde, conforme as bandeiras de luta do movimento sanitário, até às primeiras instituições organizativas do SUS após os anos 1990.

Anteriormente, encontra-se definido no acúmulo da literatura e da prática em saúde pública na esfera internacional, em especial, com as proposições do relatório de Dawson na Inglaterra de 1920, com as concepções de sistemas integrados de saúde (STARFIELD, 2004) e com a Conferência de Cuidados Primários em 1978.

Desta forma, o sistema de significações já instituído na prática dos cuidados à saúde ao longo da história da humanidade é apropriado e significado pelos trabalhadores na concepção de maior frequência com que expressam o conceito de Integralidade. Esta consideração vai ao encontro daquilo que Leontiev (1978b) define como significação: “a

forma ideal, espiritual de cristalização da experiência e da prática sociais da humanidade. A sua esfera das representações de uma sociedade, a sua ciência, a sua língua” enquanto sistemas de significações (p. 100).

Conforme apontamos nos capítulos teóricos anteriores, importante ponto na defesa do conceito de Integralidade pela RSB abarca as noções de prevenção, dimensão tão fundamental ao cuidado quanto as intervenções reabilitadoras ou curativas a serem desenvolvidas nos serviços de saúde (MATTOS, 2004). Essa compreensão também mostrou-se apropriada nas significações apresentadas pelos trabalhadores de ambos os modelos tecnológicos pesquisados.

As funções de prevenção aos adoecimentos foram lembradas como diferencial dos serviços prestados pelas Unidades Básicas; o excesso de demandas em atendimentos eventuais, porém, as pressões eleitoreiras da gestão, a cultura do pronto-atendimento, a baixa autonomia e escassez de recursos denotam empecilhos a esta atividade principal.

Os trabalhadores indicam responsabilizar-se pelo papel que possuem junto à saúde da comunidade, bem como pelas impossibilidades de exercê-lo por diferenciados determinantes conjunturais, contexto gerador de sofrimento e adoecimento no trabalho.

Importante salientarmos que, diante deste cenário, encontramos evidências de claros empecilhos para a efetivação das contribuições da APS à prática cotidiana dos princípios doutrinários do SUS. Anterior e conjuntamente às reflexões acerca da estruturação dos modelos assistenciais em Atenção Básica, os dados da pesquisa indicam que, para a garantia de um modelo coerente com a Integralidade, a Equidade e a Participação Popular, são necessários o enfrentamento de variados entraves relativos às condições de trabalho e sua gestão.

Dadas as limitações para a realização de práticas preventivas, a dimensão de Integralidade como promoção de saúde, por sua vez, não se viu referenciada e/ou enfatizada em nenhuma das discussões grupais.

A concepção de Integralidade da RSB, defendida na perspectiva de articular as diversas dimensões ou níveis de hierarquia dos serviços de saúde, isto é: articulação de ações assistenciais e preventivas em quaisquer dos âmbitos de prestação de cuidados à população, do primário ao terciário (MATTOS, 2004), encontra-se pressionada e limitada pelos inúmeros entraves ao processo de trabalho determinados pela lógica das políticas sociais sob a vigência de práticas contrarreformistas de Estado.

Por outro lado e de maneira paradoxal, nas ações cotidianas dos serviços, uma das dimensões importantes da Integralidade constitui-se justamente na capacidade dos

profissionais de saúde em responder ao sofrimento/adoecimento manifestado e demandado pelos usuários, assim como, de modo inter-relacional, identificar e ofertar a cada situação singular, ações ou procedimentos preventivos (MATTOS, 2004). Essa concepção foi evidenciada em nossos resultados como sendo buscada pelas equipes pesquisadas, independente de seus modelos de atuação.

Assim, as significações se apresentam semelhantes quando se referem ao olhar ampliado ao processo saúde-doença. Os trabalhadores de todos os grupos focais significam (no segundo maior número de frequência) Integralidade como olhar ampliado às condições gerais da vida dos usuários que procuram os serviços da Unidade.

As diferenças no interior deste núcleo dizem respeito às ênfases apresentadas e debatidas, abarcando a história de vida familiar e inserção comunitária, bem como questões relativas à saúde mental e às condições de renda e moradia de sua população adscrita.

Dessa forma, os trabalhadores evidenciaram compreensão quanto à interdependência das atividades da Unidade com a realidade concreta da comunidade em que se encontra inserida. Os resultados indicam que se faz presente em suas ações cotidianas a necessidade de diálogos intersetoriais, assim como a imprescindibilidade de políticas sociais efetivas, amplas e universais, para que a função da APS possa obter adequada resolubilidade.

Neste aspecto, gostaríamos de retomar os apontamentos relativos à desvalorização das ações da APS apresentadas pelos trabalhadores de todas as categorias como a concretizar-se nas relações entre a Unidade e os demais serviços do SUS, bem como na postura da população atendida.

Conforme analisado por Silva Jr. e Alves (2007), a “lógica e estrutura piramidal” do sistema de saúde pressupõe a valorização dos serviços terciários. Os sistemas piramidais constituem-se em expressões de uma política estatal neoliberal, com seus mecanismos de ênfase ao modelo assistencial médico, privado e segmentado em classes, centrado no hospital como instituição por excelência do cuidado. Por suposto, sustentado pelo modelo anatômico, patológico de conceber saúde e doença (MENDES, 1995; MENDES-GONÇALVES, 1979).

Determinam-se, assim, condicionantes macroestruturais impeditivos a um processo de trabalho em APS que almeje transcender aos reducionismos presentes na concepção de saúde-doença e em sua intervenção, como se propõe com o conceito de Integralidade (MATTOS, 2004, 2006).

Recordamos com Mendes-Gonçalves (1979) que a crença na eficácia absoluta da técnica e em seu poder ilimitado, é a base mais sólida para a sustentação da medicina no

capitalismo: autonomiza-se a técnica na mesma medida em que se destitui o corpo e seu adoecimento de sua humanidade.

No espaço da Atenção Primária, porém, a técnica não se mostra resolutive de maneira isolada; não pode prescindir das relações intersetoriais, dos diálogos estreitos com o movimento da vida; não é eficaz senão nas mediações interdependentes de sua função (e do produto de sua ação) com os demais trabalhos necessários às práticas sociais (MENDES-GONÇALVES, 1979).

A absolutização e autonomização da técnica que permeia o trabalho médico, desenvolvida historicamente no hospital, contribuem para os distanciamentos, *status* e valorações diferenciados existentes entre o trabalho dos âmbitos terciários e aqueles desenvolvidos na APS. A interdisciplinaridade imprescindível a uma atuação resolutive nas Unidades Básicas determina uma contraposição às especificidades clínicas-hospitalares que, por vezes, impossibilitam diálogos e relações horizontais na produção em saúde.

É dessa maneira que, para a efetivação dos princípios da Integralidade e dos cuidados primários, conforme bem analisou Paim (1997), fazem-se fundamentais transformações na atual estrutura social, sem perder de vista a totalidade concreta na qual se põem as práticas em saúde. É assim que o trabalho vivo imediato em saúde se materializa, enquanto ações que detêm dimensão técnica e social.

A presente pesquisa conclui, conjuntamente com esses pesquisadores, que a estruturação da APS e sua respectiva contribuição à efetivação dos princípios essenciais do SUS exige lutas por implementações de plataformas políticas relativas à totalidade social que se delineiem consonantes com as diretrizes de um saúde pública universal e equânime; ordenada conforme as reais necessidades de cada indivíduo e suas comunidades.

Nas comparações entre as propostas tecnológicas e assistenciais em APS, obteve-se como indicativo diferenças relevantes na organização do trabalho da USF.

Como encontrado em nossos resultados, a USF evidencia, segundo a maioria dos trabalhadores participantes, avanços na organização de seu trabalho que caminham na direção da efetivação dos princípios doutrinários do SUS, quais sejam: a adscrição e territorialização, jornada de trabalho em tempo integral, busca ativa dos usuários (visitas domiciliares) presença dos ACS e de profissionais com formação generalista.

É importante considerar que tais aspectos não se constituem como fatores inéditos e atinentes especificamente à ESF. Na verdade, os princípios fundamentais da Medicina Preventiva, Medicina Comunitária e da Medicina Social já os apontavam como centrais em uma lógica de trabalho pautada nos cuidados primários. Esses pressupostos igualmente

encontram-se caracterizados nas definições das Ações Programáticas em Saúde e mesmo na própria concepção de Atenção Primária.

No contexto da política brasileira para APS, a estratégia de financiamento voltada para a implantação de USF recoloca tais princípios desde a década de 1990, em especial após o ano de 1994. Paradoxalmente, adotam-se, como normativa estatal, investimentos em políticas seletivas e focalizadas, voltadas para gastos de menor monta no setor público, direcionados para populações vulnerabilizadas. Ao mesmo tempo em que se delega ao mercado privado e de convênios, serviços mais lucrativos, especialmente nos âmbitos secundário e terciário.

Ainda quanto à efetivação dos princípios do SUS pela APS, aos avanços na composição dos profissionais que atuam na ESF, a ênfase atribuída à territorialização e à longitudinalidade do cuidado, soma-se o papel ativo da equipe da USF pesquisada quanto a sua função na formação de novos valores em saúde junto à comunidade sob sua responsabilidade.

Conforme indicaram os resultados, dada a graduação recente dos profissionais participantes, dada ainda a formação em serviço com ênfase nos princípios da Saúde da Família e ao compromisso da equipe com a busca por mudanças, seu papel ativo junto às posturas apresentadas pela comunidade foram enfatizados. Citamos como exemplo os debates quanto às tentativas de reorganização do acesso aos serviços ofertados pela USF, bem como suas discussões visando o planejamento das ações.

Importante considerarmos, no entanto, que a realidade da USF pesquisada encontrava-se permeada por maior pressão da gestão tendo em vista o cumprimento de metas definidas pelos indicadores de saúde. De acordo com os dados encontrados na entrevista realizada com os gestores da administração direta e da fundação estatal, a prioridade definida para o trabalho na APS centra-se na alteração de indicadores em saúde, nos resultados, portanto, com prejuízo e/ou pouca ênfase ao processo de trabalho.

Como vimos, esta é a realidade das políticas de Estado a conformar o cenário da APS no Brasil, em especial com a vigência da Reforma Administrativa. Defende-se, assim, o corolário de maior “eficiência” dos gastos públicos, com gestão por resultados mediante a implementação das fundações estatais. Recursos amplamente utilizados nas administrações municipais como resposta aos limites da Lei de Responsabilidade Fiscal e como instrumento de maior “agilidade e eficácia” dos recursos investidos.

Entretanto, na perspectiva das análises em saúde que pretendam romper com o reducionismo, coerentes, portanto, com a imagem-objetivo da Integralidade, e no que tange à

gestão do cuidado, como vimos, o próprio *processo de trabalho* é fator determinante; condição indispensável e imbricada aos indicadores em saúde (MENDES-GONÇALVES, 1979).

Além dos sentimentos de pressão pelo cumprimento de metas apontado na análise das condições de trabalho de ambos os modelos tecnológicos e assistenciais presentes no município, os empecilhos à realização adequada e a contento da função profissional foram destacados como fontes importantes de sofrimento físico e mental dos trabalhadores.

Na tentativa de responder a um dos questionamentos propostos para este estudo, qual seja: *quais as consequências da adoção de uma administração pública gerencial para a consolidação do princípio da Integralidade?*, podemos afirmar que, num primeiro plano, as consequências referem-se à ***intensificação do desgaste mental e físico do trabalhador da saúde***; em um plano segundo, remetem-nos ao um ***maior distanciamento, na prática dos serviços, dos princípios da Integralidade***, muito embora sua descrição seja reproduzida e compreendida no discurso dos trabalhadores.

Outra questão de fundo que se definiu em nossa investigação diz respeito às *implicações, para a prática da Integralidade nas Unidades de Atenção Primária, dos vínculos trabalhistas e suas gestões diferenciadas nos modelos de Atenção do município pesquisado*. Algumas direções possíveis em resposta a essa inquietação podem ser derivadas das consequências para a atividade do trabalhador e para sua saúde decorrentes desse contexto e apontadas nesses resultados.

A existência de duas formas distintas de gestão das Unidades de Saúde, (administração direta e administração indireta) constitui-se em motivos de queixas, dúvidas, sofrimento e conflitos, em especial no tocante às condições gerais de trabalho, aos salários, benefícios e jornada de trabalho.

A presença, no município, de dois gestores distintos relativos aos diferentes modelos tecnológicos de cuidados primários, mostrou-se como determinante importante dos conflitos, desentendimentos, dúvidas e dificuldades inter-relacionais e de classe existentes entre os trabalhadores de uma mesma Unidade de Saúde, bem como entre aqueles de Unidades diferentes.

Assim, pudemos constatar que, por um lado tanto trabalhadores vinculados à administração direta quanto aqueles sob a gestão da administração indireta se encontram, no serviço público, pressionados pelo cumprimento de metas e prazos, em especial no tocante às mudanças nos indicadores de saúde. Por outro, os vínculos trabalhistas regidos por fundações

estatais de direito privado constituem-se em fonte de maior insegurança, conflitos e sofrimento para os profissionais.

A ameaça invisível da perda do emprego, o maior controle sobre a função realizada, as cobranças mais intensas e a menor flexibilidade para gerir as dinâmicas e os fatores novos ou adversos no cotidiano da Unidade de Saúde, assim como as comparações com as condições de trabalho vivenciadas sob a administração direta, conferem um clima de maior cooptação e, ao mesmo tempo, maior tensão entre os trabalhadores da USF pesquisada.

Se por um lado tais fatores caracterizam maior desgaste no trabalho a esses profissionais, de outra perspectiva, ao considerarmos a prática do serviço e os princípios da Integralidade, a qualidade da assistência à saúde “demanda não apenas adequadas condições objetivas para seu desenvolvimento, senão flexibilidade de formas e dinâmica de reavaliação permanente de sua organização” (SCHRAIBER; MACHADO, 1997, p. 294).

Tais características indicaram-se distantes da realidade de nossa pesquisa. Assim, desgastes potenciais derivados do trabalho puderam ser evidenciados em nossos resultados: a fadiga acumulada que impede a realização do pensamento criativo, do diálogo e leva a busca por culpabilizações individuais; a frustração pelo sentimento de desvalorização e pelo não cumprimento a contento da tarefa que lhe foi delegada; os desgastes simbólicos derivados dos impedimentos do relacionar-se, seja com o usuário atendido, seja com o colega trabalhador.

Outros desgastes, como apontado em inúmeros exemplos de desabafo dos trabalhadores, referem-se às relações de poder postas e perpetuadas no trabalho em saúde, impeditivas da criatividade tão necessária à função, assim como das habilidades afetivas e cognitivas (BARRETO, 2006).

Conforme nos aponta Seligmann-Silva (2011) institui-se a “gestão do medo” e com ela, a “instituição da insensibilidade”, o bloqueio dos afetos e a sobrecarga cognitiva, elementos de adoecimento individual e coletivo, entraves à Integralidade.

A partir da especificidade do trabalho em saúde, as características atribuídas a seus profissionais perpassam fundamentalmente a dimensão da subjetividade, da intersubjetividade, do cuidado ao paciente, do acolhimento, das relações de confiança e dependência entre o profissional e o usuário que necessita de seus saberes e intervenções. Valoriza-se socialmente, assim, a emoção, a empatia, a solidariedade, a “humanidade” do trabalhador que necessita de habilidades e perfis diferenciados dos demais trabalhadores. (SCHRAIBER; MACHADO, 1997).

Os valores centrais atribuídos socialmente à atividade/ao trabalho em saúde e, por suposto, aos seus trabalhadores, caracterizam sofrimento e até mesmo adoecimento quando

não se pode realizar a contento as finalidades da função, em nosso caso, quando não se consegue cumprir atividades voltadas para a prevenção, o cuidado e a promoção à vida.

Para encerrarmos, gostaríamos de destacar outra realidade evidenciada nos resultados aqui indicados: a **fragmentação da classe trabalhadora**, determinada por administrações distintas dos serviços públicos, pela variedade de vínculos trabalhistas e de seus empregadores. Assim, se no município pesquisado não se caracterizam, nos moldes formais, exemplos de trabalho precarizado, já que seus contratos pressupõem a proteção básica aos direitos adquiridos, identifica-se inexistência de organizações coletivas tendo em vista enfrentamentos e resistências.

É assim que os profissionais vinculados à USF não se identificam com aqueles que atuam na UBS s/Saúde da Família (e vice-versa), sendo verificadas rivalidades, conflitos e mesmo distanciamento entre trabalhadores que exercem funções semelhantes. Esta é a faceta mais prejudicial indicada pela divisão das funções públicas exercidas no interior dos serviços de saúde, materializada nas fundações estatais, na Lei de Responsabilidade Fiscal e nas terceirizações.

No contexto contrarreformista, troca-se a luta pelo serviço estatal, público e fornecido com qualidade, conforme identificado nas bandeiras RSB, por serviços, simplesmente; na maioria das vezes, mínimos, terceirizados a organizações sociais em nome da “agilidade, da eficiência, eficácia e do controle dos gastos”.

A alienação, produto de certa forma de organização da produção social da vida, com expressão máxima no capitalismo e com novos e sutis formatos advindos dos modelos de gestão toyotista, caracteriza-se assim, dentre os demais elementos apontados nesta pesquisa, na **fragmentação** não somente do **processo do trabalho** no interior das Unidades de Saúde, mas agora também entre os **modelos tecnológicos e assistenciais em APS** e suas distintas **gestões trabalhistas**.

Os tensionamentos da classe trabalhadora foram expressos na luta dos ACS; lutas e organizações coletivas pelo *direito* que somente assim passa a instituir de fato e no cotidiano o direito legislativo. Expressão da centralidade do trabalho e do trabalhador nas transformações possíveis em cada momento e contexto histórico, particular e singular.

Finalizamos com ênfases, nesse sentido, aos relatos emocionados apresentados pelos ACS quanto às lutas empreendidas e às suas conquistas.

Destacamos, com esses trabalhadores diferenciais na composição da APS brasileira, especialmente no tocante à efetivação dos ideais da Integralidade; por vezes, porém, aqueles que sofrem os maiores desgastes mentais e físicos no exercício de sua função,

a renovação das esperanças e dos embates que almejem efetivar os princípios universalizantes de uma Atenção Primária que prime pela máxima emancipação possível de cada usuário, indivíduo e família, que recorre a seus serviços.

O relato emocionado abaixo, com o qual encerramos este estudo constitui-se, assim, em nosso novo ponto de partida, a orientar-nos nas recordações de que as contradições presentes na realidade singular de cada trabalhador e cada Unidade de Saúde nos permitem, nas lutas coletivas de resistência e avanços, vislumbrar as conquistas da RSB e construir, na prática cotidiana dos serviços em saúde, a efetivação de seus princípios.

E é interessante, né, porque assim se não tem a Atenção Primária você vai direto pro pronto-socorro. E pronto-socorro já diz o nome, pronto socorro... só vai atender na hora que você tá pedindo socorro ali: uma dor, qualquer coisa. Vai atender aquilo ali e vai dispensar. E a Atenção Primária não. Logo que abriu o “Saúde da Família” eu tinha acabado de me casar, aí tinha a enfermeira F. no posto, eu ia nas consultas e eu falei pra ela, “ah, eu tenho vontade de engravidar...” aí, sabe, ela deu uma aula: “vem cá que eu vou te ensinar... o período fértil é assim... como é que é o seu casamento, você já construiu?” “não, tô construindo...”

Sabe! Toda aquela atenção em saber se eu já tinha uma moradia, com quem eu morava. Se eu me dava bem, se meu casamento era legal. E ensinou, né, como era ali o período fértil tudo... aí quando eu consegui engravidar, ela se envolveu ali feliz, com todas as minhas realizações.

Tinha grupo de gestante... eu aprendi a amamentar, eu aprendi tudo que eu não sabia. Porque assim, eu queria, mas quando chegou, eu falei assim: “meu deus, agora vai sair e eu não quero mais...” eu fiquei desesperada, morrendo de medo; fiquei em pânico.

Aí tinha os grupos de gestante que eu participava, aí fui aprendendo tudo isso, tudo que eu não sabia e não sabia mesmo... e fui aprendendo, né; tirei de letra: primeira viagem e eu já tirei de letra. E isso aí eu não ia encontrar em outro lugar. então... eu vejo que é muito importante a Atenção Primária.
(Luciana Mello)

(Unidade Saúde da Família – Agentes Comunitários de Saúde)



Referências Bibliográficas

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAMIDES, M. B.C; CABRAL, M. S. R. Regime de acumulação flexível e saúde do trabalhador. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 17, n.1, p. 3-10, 2003.

AGUIAR, W. M. J. A.; OZELLA, S. Núcleos de significação como instrumento para apreensão da constituição dos sentidos. **Psicologia: Ciência e Profissão**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 222-245, 2006.

ALMEIDA, J. L. V. A mediação como fundamento da didática. In: GRANVILLE, M. A. (org.) **Tópicos da Educação**. São José do Rio Preto: Mundial, p. 58-73, 2003.

ALMEIDA C.; MACINKO, J., Oliveira, E. Avaliação das características organizacionais dos serviços de atenção básica em Petrópolis: teste de uma metodologia. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 243-256, 2003.

ALVES, G. A. P. A subjetividade às avessas: toyotismo e a “captura” da subjetividade pelo capital. **Caderno de Psicologia Social e do Trabalho**. v. 11, n. 2, p. 223-239, 2008.

ANDRADE, L. O. M; BARRETO, I. C. H. C.; BEZERRA, R.C. Atenção primária à saúde e Estratégia Saúde da Família. In: CAMPOS, G. W. S. (org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. Editora Hucitec/Fiocruz, p. 783-836, 2007.

ANTUNES, R. Trabalho e precarização na ordem neoliberal. In.: FRIGOTTO, G.; GENTILI, P. (orgs.) **A cidadania negada**: políticas de exclusão na educação e no trabalho. São Paulo: Cortez, p. 35-48, 2001.

ANTUNES, R. As novas formas de acumulação de capital e as formas contemporâneas do estranhamento (alienação). **Caderno CRH**, Salvador-BA, n. 37, p. 23-45, 2002.

ANTUNES, R. **Os sentidos do trabalho**: ensaio sobre a afirmação e negação do trabalho. 10ª edição. São Paulo: Boitempo Editorial, 2009.

BAPTISTA, T. W. F.; FAUSTO, M. C. R.; CUNHA, M. S. Análise da produção bibliográfica sobre atenção primária à saúde no Brasil em quatro periódicos selecionados. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1007-1028, 2009.

BARRETO, M. **Violência, saúde e trabalho** – uma jornada de humilhações. São Paulo, Fapesp, EDUC, 2006.

BERNARDO, M. H. GARBIN, A. C. A atenção à saúde mental relacionada ao trabalho no SUS: desafios e possibilidades. **Rev. Bras. Saúde Ocupacional**, São Paulo, vol. 35, n. 122, p. 103-117, 2010.

BHASKAR, M. Dialética. In: BOTTOMORE, T. (org.). **Dicionário do Pensamento Marxista**. Rio de Janeiro: Jorger Zahar Ed., p. 101-106, 2001.

BOSCHETTI, I. Os custos da crise para a política social. In: BOSCHETTI, I; BEHRING, E.R; SANTOS; S. M. M.; MIOTO, R. C. T. (orgs.) **Capitalismo em Crise: Política Social e Direitos**. São Paulo: Cortez, p, 64-85, 2010.

BRAGA, L. C. **Condições de trabalho e saúde dos profissionais da rede básica de saúde de Botucatu-SP**. 2007. 138 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista, Botucatu. 2007.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm Acesso em: janeiro 2010.

BRASIL. **Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 1990a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm Acesso em: agosto de 2008.

BRASIL. **Lei 8142 de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. 1990b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm Acesso em: agosto de 2008.

BRASIL, Presidência da República, Câmara da Reforma do Estado, Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. **Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado**. Brasília, 1995.

BRASIL. **Princípios e Diretrizes para a NOB/RH-SUS: Quarta Versão**. Conselho Nacional de Saúde, 2002a.

BRASIL. **11ª Conferência Nacional de Saúde** – o Brasil falando como quer ser tratado. Relatório Final. Conselho Nacional de Saúde, 2002b.

BRASIL. Portaria 1889, de 18 de novembro de 1997. Aprova Normas e Diretrizes do Programa Agentes Comunitários da Saúde e do Programa Saúde da Família. In: **Legislação do SUS**. CONASS, 2003.

BRASIL. **Recursos humanos: um desafio do tamanho do SUS**. CONASS Documenta n. 4, Conselho Nacional dos Secretários de Saúde, 2004.

BRASIL. **Portaria nº 648 de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). 2006a

BRASIL. **Portaria nº 399 de 22 de fevereiro de 2006.** Divulga o Pacto pela Saúde–Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto. 2006b

BRASIL. **Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS – DesprecarizaSUS: Perguntas e Respostas.** Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho. 2006c.

BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Precarização e Qualidade do Emprego no Programa de Saúde da Família.** Belo Horizonte: Observatório de Recursos Humanos em Saúde NESCON/UFMG, 2007a.

BRASIL, Ministério da Saúde. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Fundação Estatal: metas, gestão profissional e direitos preservados.** Brasília: Ministério da Saúde, 2007b. Disponível em http://www.planejamento.gov.br/secretarias/upload/Arquivos/seges/fundacao_estatal/arquivos/081003_PFE_Arq_cartilha.pdf Acesso em setembro de 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde, **Portaria GM nº 154 de 24 de janeiro de 2008.** Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF, 2008.

BRASIL. **Portaria nº 2488 de 21 de outubro de 2011.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS), 2011.

BREILH, J.; IRIART, C.; WAITZKIN, H.; ESTRADA, A.; MERHY, E. E. Medicina social latinoamericana: aportes y desafios. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 12, n.2, p. 128-136, 2002.

CAMPOS, C. M. S.; BATAIERO, M. O. Necessidades de saúde: uma análise da produção científica brasileira de 1990 a 2004. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu-SP, v.11, n.23, p.605-618, 2007.

CAMPOS, G. W. S.; CAMPOS, R. T. O. Gestão em Saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. **Dicionário da educação profissional em saúde.** 2ª ed. Rio de Janeiro: EPSJV, p. 231-235, 2008.

COELHO, I. B. Formas de pensar e organizar os Sistemas de Saúde: os modelos assistenciais em saúde. In: CAMPOS, G. W. S.; GUERREIRO, A. V. P. **Manual de práticas da atenção básica.** São Paulo: Ed. Hucitec, p. 96-131, 2010.

COHN, A. O estudo das políticas de saúde: implicações e fatos. In: CAMPOS, G. W. S. (org.). **Tratado de saúde coletiva.** Editora Hucitec/Fiocruz, p. 219-246, 2007.

CONILL, E. M. Políticas de Atenção Primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1995-2000. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol 18 (suplemento), p. 191-202, 2002.

CONILL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, supl. 1, p. 7-16, 2008.

DALLA VECCHIA, M. **Trabalho em equipe na atenção primária à saúde**: o processo grupal como unidade de análise da dialética cooperação-trabalho coletivo. 2011. 238 p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2011.

DI PIETRO, M. S. **A fundação estatal de direito privado** não é afetada pela liminar do Supremo Tribunal Federal que restabeleceu a obrigatoriedade do Regime Jurídico Único na contratação de servidores.

http://www.planejamento.gov.br/secretarias/upload/Arquivos/seges/fundacao_estatal/artigos/080703_PFE_Art_liminarSTF.pdf Acesso em março de 2012.

DRUCK, G.; FRANCO, T. (orgs.). **A perda da razão social do trabalho**: terceirização e precarização. São Paulo: Boitempo Editorial, 2007.

ENGELS, F. (1896). Sobre o papel do trabalho na transformação do macaco em homem. In: ANTUNES, R. (org.). **A dialética do trabalho**: escritos de Marx e Engels. 1ª Ed. São Paulo: Editora Expressão Popular, p. 13-34, 2004.

FAUSTO, M. C. R.; MATTA, G. C. A. Atenção primária à saúde: histórico e perspectivas. In: MOROSINI, M. V. G. C. (org.) **Modelos de atenção e a Saúde da Família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, p. 43-67, 2007.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E. E.; JÚNIOR, H. M. M.; RIMOLI, J.; FRANCO, T. B.; BUENO, W. S. (orgs.) **O Trabalho em Saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Ed. Hucitec, p. 55-124, 2007.

FRANCO, T.; DRUCK, G.; SELIGMANN-SILVA, E. As novas relações de trabalho, o desgaste mental do trabalhador e os transtornos mentais no trabalho precarizado. **Rev. Bras. Saúde Ocupacional**, São Paulo, vol. 35, n. 122, p. 229-248, 2010.

FUNDAÇÃO UNI, **Estatuto**. Disponível em: www.fundacaouni.org.br Acesso em novembro de 2011, s/d.

GARCIA, J.C. Estado e políticas de saúde na América Latina. In: **Texto de Apoio**. Ciências Sociais 2: Rio de Janeiro, Abrasco, p. 13-97, 1984.

GERAS, N. Fetichismo. In: BOTTOMORE, T. (org.). **Dicionário do Pensamento Marxista**. Rio de Janeiro: Jorger Zahar Ed., p. 149-150, 2001.

GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; MENDONÇA, M. H. M. Porta de entrada pela atenção básica? Integração do PSF à rede de serviços de saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 278-289, 2003.

GIRARDI, S.; CARVALHO, C. L.; DER MAAS, L. W.; FARAH, J.; FREIRE, J. A. O trabalho precário em saúde: tendências e perspectivas na Estratégia Saúde da Família. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 45, p.11-23, 2010.

HELLER, A. **Sociología de la vida cotidiana**. Barcelona: Ediciones Península, 1991.

HELLER, A. **O cotidiano e a história**. 6ª ed. São Paulo: Paz e Terra, 2000.

IBAÑEZ, Nelson et al. Organizações sociais de saúde: o modelo do Estado de São Paulo. **Ciênc. saúde coletiva** [online], vol.6, n.2, p. 391-404, 2001.

YDA, M. A institucionalização da Saúde Pública: a racionalidade técnica. In: _____. **A cidadania negada**. São Paulo: Ed. Unesp, p. 57-76, 1994a.

YDA, M. O sonho dos sanitaristas e o retorno à racionalidade. In: _____. **A cidadania negada**. São Paulo: Ed. Unesp, p. 111-138, 1994b.

KOSIK, K. **A dialética do concreto**. São Paulo: Editora Paz e Terra, 1967.

LAURELL, A. C. A saúde-doença como processo social. Tradução: E. D. Nunes. **Revista Latinoamericana de Salud**, México, n.2, p. 07-25, 1982.

LEONTIEV, A. N. **Actividad, consciencia y personalidad**. Buenos Aires, Consciencia del hombre, 1978a

LEONTIEV, A. N. **O desenvolvimento do psiquismo**. Lisboa: Horizonte Universitário, 1978b.

LESSA, S. Trabalho, trabalho abstrato, trabalhadores e operários. In: BOITO, A. (org.) **Marxismo e Ciências Humanas**. São Paulo: Ed. Xamã, p. 259-268, 2003a.

LESSA, S. A imaterialidade do trabalho e o trabalho imaterial. **Revista Outubro**, n. 8, p. 27-46. São Paulo, 2003b.

LESSA, S. Trabalho e história. **Revista Trabalho, Educação e Formação Humana**. EDUFAL, p. 83-100, 2005a.

LESSA, S. História e ontologia: a questão do trabalho. **Revista Crítica Marxista**, v. 20, p. 70-89. Rio de Janeiro, 2005b.

LESSA, S. Trabalho, sociabilidade e individuação. **Revista Trabalho, Educação e Sociedade**, vol. 4, n. 2, Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 01-16, 2006.

LESSA, S. Trabalho e luta de classes na sociedade do conhecimento. In: JIMENEZ, S.; OLIVEIRA, J. L.; SANTOS, D. (orgs.) **Marxismo, Educação e Luta de classes**. Fortaleza: UECE/IMO/SINTSEF, p. 01-18, 2008.

LESSA, S. Trabalho imaterial. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2ª ed. Rio de Janeiro: EPSJV, p. 433-439, 2008b.

LINHART, D. Modernização e precarização da vida no trabalho. In: **Papeles del CEIC**, n. 43, CEIC (Centro de Estudios sobre la Identidad Colectiva). Universidad del País Vasco, 2009. Disponível em: www.identidadcolectiva.es/pdf/43.pdf

MACHADO, M. F. A. S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS – uma revisão conceitual. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 335-342, 2007.

MARQUES, R. M.; MENDES, A. A política de incentivos do Ministério da Saúde para a atenção básica: uma ameaça à autonomia dos gestores municipais e ao princípio da integralidade? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18 (suplemento), p. 163-171, 2002.

MARX, K. (1857). Introdução [à crítica da economia política]. In: GIANNOTTI, G. A. (org.) **Marx**. Tradução José Arthur Gianotti e E. Malagodi. 2ª Ed. São Paulo: Abril Cultural, p.103-125, 1978.

MARX, K. (1867). Processo de Trabalho e Processo de Valorização. In: _____. **O Capital**. Vol. 1. São Paulo: Abril Cultural, pp. 149-154, 1986.

MARX, K. (1844). O trabalho alienado. In: _____. **Manuscritos econômicos e filosóficos**. Lisboa: Edições 70, p. 157-172. 1989.

MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da Integralidade). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 05, p. 1411-1416, 2004.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos. In: MATTOS, R. A.; PINHEIRO, R. (orgs.) **Os sentidos da integralidade** na atenção e no cuidado à saúde. 4ª Ed. Rio de Janeiro: Abrasco/UERJ/Cepesc, p. 39-63, 2006.

MELLO, G. A.; FONTANELLA, B. J. B.; DEMARZO, M. M. P. Atenção básica e atenção primária à saúde - origens e diferenças conceituais. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 12, n. 2, p. 204-213, 2009.

MENDES, E. V. **Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas do Sistema Único de Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1995.

MENDES-GONÇALVES, R. B. **Medicina e história: raízes sociais do trabalho médico.** 1979 209 f. Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1979.

MENDES-GONÇALVES, R. B. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde.** São Paulo: Editora Hucitec/Abrasco, 1994.

MENDES-GONÇALVES, R. B.; SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B. Seis teses sobre a ação programática em saúde. In: LIMA, A. M. M. et al. **Programação em saúde hoje.** São Paulo: Hucitec, p. 37-63, 1990.

MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (orgs.) **Agir em saúde** – um desafio para o público. 3ª Ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (orgs.) **Agir em saúde** – um desafio para o público. 3ª Ed. São Paulo: Hucitec, p. 71-112, 2007a.

MERHY, E. E.; CHAKKOUR, M.; STÉFANO, M. E.; SANTOS, C. M.; RODRIGUES, R. A.; OLIVEIRA, P. C. P. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (orgs.) **Agir em saúde** – um desafio para o público. 3ª Ed. São Paulo: Hucitec, p. 113-150, 2007b.

MÉSZÁROS, I. Mediação. In: BOTTOMORE, T. (org.). **Dicionário do Pensamento Marxista.** Rio de Janeiro: Jorger Zahar Ed., p. 263-264, 2001a.

MÉSZÁROS, I. Totalidade. In: BOTTOMORE, T. (org.). **Dicionário do Pensamento Marxista.** Rio de Janeiro: Jorger Zahar Ed., p. 382-382, 2001b.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento.** Pesquisa qualitativa em saúde. 8ª Ed. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 2004.

NEMES, M. I. B. Ação programática em saúde: recuperação histórica de uma política de recuperação. In: SCHRAIBER, L. B. (org.) **Programação em saúde hoje.** São Paulo: Hucitec, p. 65-117, 1990.

NETTO, J. P. Relendo a teoria marxista da história. **Anais do IV Seminário Nacional** do Grupo de Estudos e Pesquisas História, Sociedade e Educação no Brasil – HISTEDBR. Campinas, p. 74-84, 1997.

NOGUEIRA, R. P. Políticas de recursos humanos para a saúde: questões na área da gestão e regulação do trabalho. In: SANTANA, P.; CASTRO, J. L. (orgs.) **Capacitação em desenvolvimento de recursos humanos de saúde.** Natal: EDUFRN, p. 443-450, 1999.

OLIVEIRA, B. A dialética do singular-particular-universal. In: ABRANTES, A. A.; SILVA, N.R.; MARTINS, S.T.F. **Método histórico-social na psicologia social**. Petrópolis: Vozes, 2005.

OMS, (Organização Mundial da Saúde). **Declaração de Alma Ata**. I Conferência Internacional de Cuidados Primários em Saúde, 1978. Disponível em: <http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf> Acesso em março de 2010.

PAIM, J. S. A reorganização das políticas de saúde em Distritos Sanitários. In: MENDES, E. V. **Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas do Sistema Único de Saúde**. São Paulo: Hucitec, p. 187-219. 1995.

PAIM, J. S. As bases conceituais da reforma sanitária. In: FLEURY, S. (Org.) **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos, p. 11-24, 1997.

PEDROSA, J. I. S.; TELES, J. B. M. Consensos e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, Teresina-PI, vol 35, n. 03, p. 303-11, 2001.

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação**. 1998. 270 p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1998.

PEREIRA, L. D. A gestão da força de trabalho em saúde na década de 90. **Physis: Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol 14, n. 02, p. 363-382, 2004.

PEREIRA, L. Fundações estatais na organização do Estado brasileiro. **Revista do Direito Sanitário**, São Paulo, v.10, n.1, pp. 98-135, 2009.

PETROVIC, G. Reificação. In: BOTTOMORE, T. (org.). **Dicionário do Pensamento Marxista**. Rio de Janeiro: Jorger Zahar Ed., p. 314-316, 2001.

PIRES, D. E. Precarização do trabalho em saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2ª ed. Rio de Janeiro: EPSJV, p. 317-328, 2008.

RIBEIRO, E. M.; PIRES, D.; BLANK, V. L. G. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 20, n. 02, p. 438-446, 2004.

RIBEIRO, S. F. R. **O sofrimento psíquico dos trabalhadores de uma Equipe de Saúde da Família na organização do trabalho**. 2006. 162 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista, Botucatu.

RIZZOTTO, M. L. F. **O Banco Mundial e as políticas de saúde no Brasil nos anos 90: um projeto de desmonte do SUS**. 2000. 265 p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2000.

SCHRAIBER, L. B. (org.) **Programação em saúde hoje**. São Paulo: Hucitec, 1990.

SCHRAIBER, L. B.; MACHADO, M. H. Trabalhadores da saúde: uma nova agenda de estudos sobre recursos humanos em saúde no Brasil. In: FLEURY, S. (Org.) **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos, p. 281-297, 1997.

SCHRAIBER, L. B; NEMES, M. I. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. (org.) **Saúde do adulto: programas e ações na Unidade Básica**. São Paulo: HUCITEC, 2000.

SCHRAIBER, L. B; MENDES-GONÇALVES, R. B. Necessidades de saúde e atenção primária. In: SCHRAIBER, L. B; NEMES, M. I. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. (orgs.) **Saúde do adulto: programas e ações na Unidade Básica**. São Paulo: HUCITEC, p. 29-47 2000.

SELIGMANN-SILVA, E. **Trabalho e desgaste mental: o direito de ser dono de si mesmo**. São Paulo: Editora Cortez, 2011.

SELLITIZ, C., WRIGHTSMAN-COOK. Questionários e Entrevistas. In:_____. **Métodos de pesquisa nas relações sociais** Volume II. São Paulo: EPU/EDUSP, p. 15-48, 1974.

SILVA, A. C. B; ATHAYDE, M. O Programa Saúde da Família sob o ponto de vista da atividade: uma análise das relações entre processo de trabalho, saúde e subjetivação. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 33, n. 117, p. 23-35, 2008.

SILVA JR., A. G.; ALVES, C. A. Modelos assistenciais em saúde: desafios e perspectivas. In: MOROSINI, M. V. G. C. (org.) **Modelos de atenção e a Saúde da Família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, p. 27-41, 2007.

SILVEIRA, P. Da alienação ao fetichismo – formas de subjetivação e de objetivação. In: SILVEIRA, P.; DORAY, B. (orgs.) **Elementos para uma teoria marxista da subjetividade**. São Paulo: Editora Vértice, p. 41- 76, 1989.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. 2ª Ed. Brasília: Unesco e Ministério da Saúde, 2004.

TEIXEIRA, C. F. A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 257-277, 2003.

THIOLLENT, M. O processo de entrevista. In:_____. **Crítica metodológica, investigação social e enquete operária**. São Paulo: Polis, p. 79-99, 1981.

VASQUEZ, A.S. **Filosofia da práxis**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1977.

VIEIRA, E. **Democracia e política social**. São Paulo: Cortez: Autores Associados, 1992.

VIGOTSKI, L. S. Análisis de las funciones psíquicas superiores. In:_____. **Historia del desarrollo de las funciones psíquicas superiores**. Tradução Lydia Kuper. Madrid: Visor, (Obras escogidas, III) p. 97-120, 1995.

VIGOTSKI, L. S. **A construção do pensamento e da linguagem**. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

VIGOTSKI, L. S. O significado histórico da crise da Psicologia: uma investigação metodológica. In: _____. **Teoria e Método em Psicologia**. Tradução Cláudia Berliner. 3ª ed. São Paulo: Martins Fontes, p. 203-417, 2004.

VILELA, R. A. G.; SILVA, R. C.; FILHO, J. M. J. Poder de agir e sofrimento: estudo de caso sobre Agentes Comunitários de Saúde. **Rev. Bras. Saúde Ocupacional**, São Paulo, vol. 35, n. 122, p. 289-302, 2010.

Anexos





UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU



Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Departamento de Saúde Pública

(14)3811-6552 - FAX (14)3882-3309 - Cep 18618-970 - Cx P. 549 - Botucatu - SP

UNIDADE DE SAÚDE: _____
Nº DE PROFISSIONAIS EM FUNÇÃO DE ASSISTÊNCIA: _____

QUESTIONÁRIO

Esse é um instrumento elaborado para fins de pesquisa científica.

É composto por questões de dados pessoais e gerais, sem ser necessário que você se identifique.

É composto também por algumas questões que envolvem o cotidiano de seu trabalho na saúde. Não existem respostas certas ou erradas, o objetivo é conhecer a sua opinião sobre elas. Assim, assinale as respostas que você avalia como mais coerentes com sua realidade de trabalho. Desde já agradecemos pela sua participação e colaboração.

1. Profissão/Função:

- ☐ Agente Comunitário de Saúde;
- ☐ Auxiliar de Enfermagem;
- ☐ Enfermeiro (a);
- ☐ Dentista;
- ☐ Auxiliar de Consultório Dentário;
- ☐ Médico (a).

2. Sexo:

- ☐ Fem. ☐ Masc.
- ☐ Fem. ☐ Masc.
- ☐ Fem. ☐ Masc.
- ☐ Fem. ☐ Masc.
- ☐ Fem. ☐ Masc.
- ☐ Fem. ☐ Masc.

3. Vínculo de Trabalho:

- ☐ Estatutário;
- ☐ Celetista (CLT);
- ☐ Contrato Temporário;
- ☐ Outro; Qual: _____

4. Tempo de trabalho na Saúde Pública:

- ☐ até 01 ano;
- ☐ de 01 à 05 anos;
- ☐ de 05 à 10 anos;
- ☐ mais de 10 anos.

5. Tempo de trabalho nessa Unidade de Saúde:

- ☐ até 01 ano;
- ☐ de 01 à 05 anos;
- ☐ de 05 à 10 anos;
- ☐ mais de 10 anos.

6. Qual é sua faixa salarial relacionada ao trabalho na Unidade de Saúde:

- () até R\$ 510,00
() de R\$ 510,00 à R\$ 1.000,00
() de R\$ 1.000 à R\$ 1.500,00
() acima de R\$ 1.500,00.

7. Em sua opinião, o acesso da população aos serviços da Unidade de Saúde em que você atua:

- () é amplo e atende a toda comunidade de referência, sem distinções de renda, idade, sexo, ou qualquer outra;
() é parcial, pois atende somente aquelas pessoas que chegam até a Unidade por conta própria, portanto, não todas as pessoas da comunidade;
() é mínimo, pois são atendidas somente alguns tipos de pessoas, como mulheres donas de casa e crianças, por exemplo.

Se quiser fazer alguma observação sobre essa questão ou sobre sua resposta utilize o espaço abaixo:

8. Em sua opinião, como é o grau de referência da Unidade em que você atua aos demais serviços públicos de saúde do município:

- () para cuidar da sua saúde a população em geral recorre primeiro a Unidade de Saúde do seu local de moradia;
() para cuidar de sua saúde a população em geral sempre recorre ao Pronto Socorro ou a um Pronto Atendimento ou ainda a algum outro serviço.

Se quiser fazer alguma observação sobre essa questão ou sobre sua resposta utilize o espaço abaixo:

9. Para você, como se dá a relação entre aquilo que a população do bairro precisa e aquilo que oferece a Unidade em que você atua:

- () a relação é ótima, pois os serviços/ações de saúde que os profissionais da Unidade disponibilizam para a população são aqueles mesmos que ela necessita;
() a relação é parcial, pois muito do que a população do bairro precisa em matéria de cuidado à saúde a Unidade não dá conta de ofertar;
() a relação é ruim, pois a maioria dos cuidados à saúde que a população do bairro precisa a Unidade não oferece.

Se quiser fazer alguma observação sobre essa questão ou sobre sua resposta utilize o espaço :

10. Em sua opinião, a Unidade de Saúde em que você trabalha oferece um cuidado extensivo às famílias dos indivíduos que atende:

- ☐ Sim, amplamente e como prática diária;
☐ Sim, mas somente em algumas situações específicas;
☐ Não, isso é raro em minha Unidade, por diferentes motivos.

Se quiser fazer alguma observação sobre essa questão ou sobre sua resposta utilize o espaço abaixo:

11. Em sua opinião, a Unidade que você atua realiza ações educativas em saúde junto à comunidade:

- ☐ Sim, com bastante frequência; nos seguintes espaços:

- ☐ Sim, mas somente em algumas situações específicas, por exemplo:

- ☐ Não, isso é raro em minha Unidade, por diferentes motivos.

Se quiser fazer alguma observação sobre essa questão ou sobre sua resposta utilize o espaço abaixo:

12. Em sua avaliação, a Unidade em que você atua consegue olhar as pessoas que atende de uma maneira mais ampla, atendendo ao princípio da Integralidade do SUS:

- ☐ Sim, buscamos compreender o indivíduo em suas muitas necessidades, não somente no campo da saúde ou da doença;
☐ Não, não conseguimos atender o indivíduo buscando compreender suas necessidades para além da saúde, por diferentes motivos;
☐ O conceito de Integralidade ainda é confuso para mim e entre os profissionais da Unidade.

Se quiser fazer alguma observação sobre essa questão ou sobre sua resposta utilize o espaço abaixo:



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU



Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Departamento de Saúde Pública

(14)3811-6552 - FAX (14)3882-3309 - Cep 18618-970 - Cx P. 549 - Botucatu - SP

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Momento Primeiro - Questionário)
Pesquisa: A Organização do Trabalho na Atenção Primária à Saúde em Botucatu-SP e a Gestão do Cuidado.

Esse estudo objetiva investigar as relações entre vínculo trabalhista (Regime Jurídico) dos profissionais da Atenção Primária e a Gestão do Cuidado em Saúde. É sabido que, desde a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), no final da década de 1980, a situação dos trabalhadores em saúde caracterizava-se pelos mais diversos vínculos e contratos de trabalho, determinando as formas de cuidado oferecidas à população.

Assim, através do Programa de Pós-Graduação (nível doutorado) em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP e, após autorização do Secretário Municipal de Saúde e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP, estamos desenvolvendo a pesquisa “A Organização do Trabalho na Atenção Primária à Saúde em Botucatu-SP e a Gestão do Cuidado”, com objetivo de investigar as relações entre vínculo trabalhista (Regime Jurídico) dos profissionais da Atenção Primária e a Gestão do Cuidado em Saúde.

É garantido o sigilo das informações, assegurando a privacidade quanto aos seus dados confidenciais. Considerando que sua participação é voluntária e que não terá nenhum tipo de gasto financeiro, não haverá nenhuma forma de reembolso de dinheiro. Caso tenha alguma dúvida a respeito da pesquisa, o pesquisador responsável está disponível para fornecer esclarecimentos antes, durante ou após o preenchimento do questionário (segue abaixo dados para contato).

Caso concorde em participar da pesquisa, você deve preencher os dados abaixo em duas vias e entregar ao Coordenador da Unidade. Após assinado pela pesquisadora, uma via será devolvida ao senhor (a).

Eu, _____ (nome completo), RG _____, concordo em participar da pesquisa “A Organização do Trabalho na Atenção Primária à Saúde em Botucatu-SP e a Gestão do Cuidado”, autorizando a utilização dos dados obtidos nessa pesquisa para eventual comunicação, publicação e/ou reprodução dos mesmos em trabalhos científicos, ressaltando o sigilo e a ética.

(município e data)

(assinatura do participante)

(assinatura do pesquisador)

Pesquisadora responsável: Lilian Magda de Macedo. e-mail: limagda@hotmail.com.

Orientadora: Profa. Dra. Sueli Terezinha Ferreira Martins. e-mail: stfm@fmb.unesp.br

ANEXO 01

ESTRUTURA DE TRABALHO – GRUPO FOCAL:

Retomar os objetivos propostos para a pesquisa.

Esclarecer sobre os objetivos da técnica do Grupo Focal.

Entregar Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (duas vias) – fazer leitura na íntegra.

Propor tempo mínimo de trabalho: 2 horas.

Parada breve após 01 hora de trabalho – lanchinho.

▪ Aquecimento:

⇒ Apresentação de cada participante:

1. Nome;
2. Tempo de trabalho na Atenção Básica de saúde;
3. Tempo de trabalho na Unidade de Saúde em que atua;
4. Por que escolheu a Atenção Básica e Por que a Unidade de Saúde atual?

⇒ **Eixo Atenção Básica e Integralidade:**

1. Qual a importância da Atenção Básica no SUS?
2. O que vocês pensam sobre a Integralidade como princípio do SUS.

⇒ **Eixo Indicadores de Avaliação da Qualidade da Atenção Básica:**

1. Como vocês avaliam o ACESSO da população aos serviços da Unidade de Saúde? (todos da comunidade têm acesso ao que a Unidade oferece; quais as facilidades e as dificuldades da população para chegar até a Unidade).

2. Para cuidar da sua saúde a população recorre primeiro a quais serviços; qual poderia ser uma justificativa para esse fato (REFERÊNCIA)

3. Como é o VÍNCULO estabelecido entre UNIDADE E POPULAÇÃO? (quais as maiores dificuldades e as maiores facilidades, relativas ao seu trabalho, para formar um bom vínculo com a população).

4. Os SERVIÇOS que a Unidade oferece atendem às NECESSIDADES de saúde da comunidade?

(os serviços/ações de saúde que os profissionais da Unidade disponibilizam para a população são aqueles mesmos que ela necessita; quais serviços/ações são pouco aproveitados; quais os muito aproveitados; existe algum serviço/ação que deveria ser desenvolvido pelos profissionais para essa população).

5. Como é a relação da Unidade de Saúde com os demais Equipamentos Sociais presentes na comunidade? (INTERSETORIALIDADE). Pedir exemplos.

6. Como vocês avaliam o Cuidado oferecido às FAMÍLIAS? Pedir exemplos.

7. Existem AÇÕES EDUCATIVAS desenvolvidas junto à comunidade? O que acham delas?

⇒ **Eixo Modelos de Atenção Primária e Condições de Trabalho:**

1. Existem diferenças entre os dois modelos de Atenção Básica à saúde: unidades com saúde da família e unidades sem saúde da família? Quais?

2. O que vocês pensam sobre o regime de trabalho ao qual estão contratados?

3. Existe diferença entre os regimes de trabalho nos dois modelos de Atenção Básica presentes em Botucatu?



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU



Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Departamento de Saúde Pública

(14)3811-6552 - FAX (14)3882-3309 - Cep 18618-970 - Cx P. 549 - Botucatu - SP

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Momento Segundo – Grupo Focal)
Pesquisa: A Organização do Trabalho na Atenção Primária à Saúde em Botucatu-SP e a Gestão do Cuidado.

Esse estudo objetiva investigar as relações entre vínculo trabalhista (Regime Jurídico) dos profissionais da Atenção Primária e a Gestão do Cuidado em Saúde. É sabido que, desde a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), no final da década de 1980, a situação dos trabalhadores em saúde caracterizava-se pelos mais diversos vínculos e contratos de trabalho, determinando as formas de cuidado oferecidas à população.

Assim, através do Programa de Pós-Graduação (nível doutorado) em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP e, após autorização do Secretário Municipal de Saúde e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP, estamos desenvolvendo a presente pesquisa.

É garantido o sigilo das informações, assegurando a privacidade quanto aos seus dados confidenciais. Considerando que sua participação é voluntária e que não terá nenhum tipo de gasto financeiro, não haverá nenhuma forma de reembolso de dinheiro. Caso tenha alguma dúvida a respeito da pesquisa, o pesquisador responsável está disponível para fornecer esclarecimentos antes, durante ou após a participação no grupo focal (segue abaixo dados para contato).

Caso concorde em participar da pesquisa, você deve preencher os dados abaixo em duas vias e entregar ao Coordenador da Pesquisa. Após assinado pela pesquisadora, uma via será devolvida ao senhor (a).

Eu, _____ (nome completo), RG _____, concordo em participar da pesquisa “A Organização do Trabalho na Atenção Primária à Saúde em Botucatu-SP e a Gestão do Cuidado”, autorizando a utilização dos dados obtidos nessa pesquisa para eventual comunicação, publicação e/ou reprodução dos mesmos em trabalhos científicos, ressaltando o sigilo e a ética.

(município e data)

(assinatura do participante)

(assinatura do pesquisador)

Pesquisadora responsável: Lilian Magda de Macedo. e-mail: limagda@hotmail.com.

Orientadora: Profa. Dra. Sueli Terezinha Ferreira Martins. e-mail: stfm@fmb.unesp.br

Comitê de Ética em Pesquisa: Endereço: Faculdade de Medicina de Botucatu - Universidade Estadual Paulista. Endereço: Distrito de Rubião Jr, s/nº Botucatu/SP CEP 18.618-000. Telefone: (14) 3811-6143.

ANEXO 02

NÚCLEOS DE SIGNIFICAÇÃO – INTEGRALIDADE E A ATENÇÃO PRIMÁRIA

PRIMEIRO NÚCLEO – INTEGRALIDADE E CUIDADO: LIMITES DE UMA POLÍTICA SOCIAL SELETIVA E FOCALIZADA.

INDICADORES:

1. Não resolubilidade. Dependência dos demais serviços.
2. Não resolubilidade. Burocracias.
3. Ausência de seguimento/acompanhamento da situação do usuário.
4. Importância da prevenção.

SEGUNDO NÚCLEO - INTEGRALIDADE: ENTRE O OLHAR AMPLIADO E O SOFRIMENTO DO TRABALHADOR

INDICADORES:

- 1 Necessidades relativas à saúde mental.
- 2 Aspectos relativos ao olhar/compreensão da realidade familiar
- 3 Possibilidades/ efetividades do olhar ampliado na unidade SF
- 4 Demanda psicossocial dos usuários.
- 5 Necessidades sociais relativas às condições de classe, renda e moradia.
- 6 Necessidades relativas ao contexto social e de trabalho.
- 7 Impotência diante da falta de resolubilidade de necessidades amplas (sociais, econômicas) identificadas nas famílias.

TERCEIRO NÚCLEO - INTEGRALIDADE: CONTRADIÇÕES DO PROCESSO DE TRABALHO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

INDICADORES:

- 1 Necessidades relativas aos vínculos entre unidade e população. Necessidades relativas às relações de confiança e identificação/referência. Necessidades de suporte afetivo/escuta. Acolhimento.
- 2 Não efetividade/impossibilidades para a realização da prevenção – cultura do PA; excesso de atendimentos eventuais.
- 3 Questões relativas às posturas individuais de cada trabalhador: interesses, sentidos, responsabilidades.
- 4 Fragmentação do olhar sobre o indivíduo; a cultura das especialidades e a formação profissional.
- 5 Questões relativas ao trabalho medico-centrado
- 6 Encaminhamentos excessivos – não resolubilidade da AB.

ANEXO 03

NÚCLEOS DE SIGNIFICAÇÃO – DIFERENÇAS NOS MODELOS DE ATENÇÃO BÁSICA E CONDIÇÕES DE TRABALHO

PRIMEIRO NÚCLEO - MODELOS TECNOLÓGICOS: O TRABALHADOR E SEU PROCESSO DE TRABALHO

INDICADORES:

1. Diferença no funcionamento/processo de trabalho dos modelos de atenção básica;
2. Diferenças na composição das equipes de atenção básica
3. Pouca compreensão quanto às diferenças dos modelos de atenção básica

SEGUNDO NÚCLEO - ATENÇÃO PRIMÁRIA: OS NOVOS MODELOS DE GESTÃO E AS RELAÇÕES ENTRE A CLASSE TRABALHADORA

INDICADORES:

1. Aspectos relativos ao trabalho terceirizado
2. Dificuldades relativas ao relacionamento entre equipes da atenção básica
3. Financiamentos diferenciados para os modelos de atenção básica
4. Tratamentos diferenciados da gestão para com os trabalhadores dos distintos modelos de atenção básica

TERCEIRO NÚCLEO - CONDIÇÕES DE TRABALHO E NOVOS MODELOS DE GESTÃO: SOFRIMENTO E RESISTÊNCIA

INDICADORES:

1. Organização da categoria para reivindicações (ACS)
2. Aspectos relativos às relações interpessoais nas equipes de trabalho
3. Aspectos relativos às condições de trabalho, à carga horária, aos salários e benefícios e aos regimes trabalhistas
4. Dúvidas quanto ao regime trabalhista e suas transições