

UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL – UNISC
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO REGIONAL
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO REGIONAL

Aline Fernanda Fischborn

**TRABALHO E AUTONOMIA DOS TRABALHADORES EM SAÚDE:
UMA ANÁLISE A PARTIR DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA
NA REGIÃO 28 DE SAÚDE (RS).**

**Santa Cruz do Sul,
2016.**

Aline Fernanda Fischborn

**TRABALHO E AUTONOMIA DOS TRABALHADORES EM SAÚDE:
UMA ANÁLISE A PARTIR DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA
NA REGIÃO 28 DE SAÚDE (RS).**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional (Doutorado), área de concentração em Desenvolvimento Regional, dentro da linha de pesquisa “Estado, Instituições e Democracia”, da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC).

Orientador: Dr. Marco André Cadoná.

Santa Cruz do Sul,

2016.

F528t Fischborn, Aline Fernanda
Trabalho e autonomia dos trabalhadores em saúde: uma análise a partir da estratégia de saúde da família na Região 28 de Saúde (RS) / Aline Fernanda Fischborn. – 2016.
281 f. : il. ; 30 cm.

Tese (Doutorado em Desenvolvimento Regional) – Universidade de Santa Cruz do Sul, 2016.

Orientação: Prof. Dr. Marco André Cadoná.

1. Programa de Saúde da Família (Brasil). 2. Saúde do trabalhador. 3. Pessoal de saúde. I. Cadoná, Marco André. II. Título.

CDD: 610.7346

Bibliotecária responsável Edi Focking - CRB 10/1197

Aline Fernanda Fischborn

**TRABALHO E AUTONOMIA DOS TRABALHADORES EM SAÚDE:
UMA ANÁLISE A PARTIR DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA
NA REGIÃO 28 DE SAÚDE (RS).**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional (Doutorado), Área de Concentração em Desenvolvimento Regional, Linha de Pesquisa “Estado, Instituições e Democracia”, da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC).

Prof. Dr. Marco André Cadoná (orientador) – PPGDR/UNISC

Profa. Dra. Sílvia Virgínia Coutinho Areosa – PPGDR/UNISC

Prof. Dr. Moacir Fernando Viegas – PPGEduc/UNISC

Profa. Dra. Maria Lucia Frizon Rizzotto – PPGSP/UNIOESTE

Prof. Dr. Ivo Marcos Theis – PPGDR/FURB

*“De nada valem as idéias sem homens que possam pô-las em
prática.”(Karl Marx)*

*A todos que acreditam no SUS e lutam diariamente para a construção
dele.*

Agradecimentos

É o fim de uma etapa da minha vida e, assim como todos os ciclos quando se encerram, esse também deve ser celebrado. Celebrado com todos que colaboraram para que eu pudesse chegar ao fim dessa etapa, feliz, em paz e com saúde. Esse texto é dedicado a vocês.

Gratidão,

À energia do Universo dos meus mentores, anjos e protetores espirituais que estiverem sempre comigo ao longo de toda a minha jornada acadêmica. Porém na construção dessa tese de doutorado eles foram muito exigidos. Fortaleceram-me, deram paz, clareza de pensamento, determinação e alegria;

Aos meus pais, que sempre me apoiaram nas minhas andanças de vida, que não foram poucas, e que me proporcionaram acesso à educação de qualidade ao longo desses anos, me fortalecendo emocionalmente e me ajudando financeiramente;

Ao meu amado marido, companheiro de todas as horas. Leal, presente, confiante e otimista. Ajudou-me na elaboração dos gráficos, dos quadros, na configuração de textos, na conferência das referências bibliográficas e na transcrição das intermináveis entrevistas. Não esquecerei a fala de um professor do Programa, numa das primeiras aulas, quando afirmou que o índice de separação dos alunos de doutorado é muito alto. Brincadeira ou não, de fato tivemos alguns exemplos disso em nossa turma ao longo dos anos do Doutorado. Vencemos mais essa meu bem! Juntos como sempre! Obrigada por tudo, tu fizestes e fazes parte de todas as minhas vitórias;

Ao meu orientador, Marco André Cadoná, por compartilhar seu conhecimento, sempre com muita calma, paciência e tolerância. Por acreditar no meu potencial e me instigar a fazer o melhor que eu consegui nessa tese;

À minha turma querida do Mestrado/Doutorado 2013, colegas que viraram amigos, companheiros das aulas, das jantãs e festas, companheiros de caminhada. Estarão sempre no meu coração;

Aos trabalhadores da saúde da Atenção Básica da Região 28 de Saúde, propósito de estudo dessa tese, aos gestores, conselheiros de saúde e todas as pessoas que contribuíram para que a coleta de dados pudesse ocorrer da melhor forma possível;

Aos colegas do Núcleo de Pesquisa Social (NUPES), da UNISC, agradeço pela parceria na coleta de dados, que foi realizada com ética, com competência e com agilidade.

Às minhas alunas da graduação de enfermagem da UNISC, Naiete e Mariana, que se engajaram na proposta do NUPES e auxiliaram na coleta dos dados. Da mesma forma um agradecimento especial a minha aluna Verônica, que de forma voluntária me auxiliou na coleta dos dados secundários da tese (você disse que não queria nenhum pagamento pelo seu trabalho e apenas um agradecimento na tese; então, aqui está Verônica);

Ao Grupo de Estudo e Pesquisa em Saúde (GEPS), professores e bolsistas, pelo apoio e dicas ao longo da coleta da tese e da elaboração da tese;

Aos meus colegas do Curso de Enfermagem da UNISC, pela parceria, incentivo e pelos ajustes na minha grade de horários semestrais para que eu pudesse fazer o doutorado;

À UNISC, por ser a Instituição que me acolheu e que eu escolhi para exercer a profissão que eu amo.

Resumo

As questões abordadas na presente tese envolvem o tema trabalho e autonomia no trabalho em saúde. Trata-se de um estudo que atenta, por um lado, ao processo histórico de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil e suas implicações sobre o trabalho e sobre as condições de trabalho dos trabalhadores em saúde. Por outro lado, atenta às transformações que, desde as últimas décadas do século XX, ocorrem no trabalho e nas formas de organização do trabalho, em decorrência não somente de uma intensa revolução técnico-científica e de diferentes inovações organizacionais, mas, fundamentalmente, do modo como essas transformações técnico-científicas e organizacionais são integradas na dinâmica histórica de desenvolvimento das formações sociais capitalistas, em especial da formação social brasileira. A implantação do SUS, a partir dos anos 1990, ocorreu num contexto histórico no qual passaram a conviver lado a lado e não sem contradições projetos de humanização dos serviços de saúde, numa perspectiva de valorização dos trabalhadores de saúde e de construção de espaços de autonomia profissional, e projetos de reformas nos serviços públicos que se orientaram pela perspectiva não somente da desregulamentação, da privatização e da flexibilização das relações de trabalho, mas, também, da busca de eficiência e de qualidade nos serviços de saúde pautada por referências que se constituíram dentro de uma lógica de valorização do capital e, por conseguinte, de intensificação das formas de controle sobre o trabalho e sobre os trabalhadores. Assim, o problema de pesquisa se objetivou na seguinte pergunta: como, a partir de contextos concretos de organização do trabalho da Estratégia de Saúde da Família, os trabalhadores em saúde enfrentam os dilemas existentes entre a autonomia profissional e o estabelecimento de padrões de controle, de normatização e de padronização dos processos de trabalho? A análise sobre a autonomia dos trabalhadores em saúde foi fundamentada teoricamente a partir das contribuições do filósofo Cornelius Castoriadis e do historiador Edward Thompson e toma a categoria de experiência como uma categoria central na análise da problemática apresentada. A abordagem metodológica que sustenta a tese é o materialismo histórico. Os sujeitos da pesquisa foram os trabalhadores da saúde que atuam na Estratégia Saúde da Família dos municípios da Região 28 de Saúde do Rio Grande do Sul e que compõem a equipe básica de Saúde da Família, quais sejam: médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitário de saúde, totalizando 266 participantes. Além desses trabalhadores em saúde, também participaram da coleta de dados três gestores públicos municipais e três conselheiros dos Conselhos Municipais de Saúde dos municípios de Santa Cruz do Sul, Venâncio Aires e Vale do Sol; por fim, o gestor da 13ª Coordenadoria Regional de Saúde também foi sujeito da pesquisa. As técnicas de pesquisa adotadas basearam-se na “triangulação de dados”, adotando-se as seguintes técnicas de pesquisa: formulário de pesquisa, entrevistas semiestruturadas e observações. Somadas a essas técnicas, houve a análise documental e de dados secundários, em especial através IBGE e do DataSus, a fim de verificar a estruturação do mercado de trabalho na Região 28 de Saúde. Através desse aporte teórico e metodológico e da pesquisa de campo realizada nos espaços concretos do trabalho em saúde, a tese que é defendida é de que há condicionantes macrossociais, mas, também, vinculados à própria experiência histórica e regional de organização dos serviços de saúde que balizam a ação dos trabalhadores. Tais

condicionamentos limitam o trabalhador a agir conforme os preceitos preconizados pelos SUS. Percebe-se que apesar de serem limitados os espaços de autonomia no trabalho, eles não são ausentes. No movimento contraditório e dialético entre subjetividade e objetividade o trabalhador vai construindo espaços de autonomia, sempre conquistados através de uma ação ativa, inseridas em lutas coletivas históricas dos trabalhadores em saúde no País. Assim, a análise dessas questões tomou como pressuposto uma autonomia possível, a qual não pode ser pensada independente dos condicionamentos internos e externos implicados no processo de trabalho em saúde.

Palavras-chave:

Trabalhadores em saúde, Reestruturação do capitalismo, Sistema Único de Saúde, Estratégia Saúde da Família, Autonomia no trabalho em saúde.

Abstract

The issues addressed in this thesis involve the theme work and autonomy at work in health. This is a study that attempts, on the one hand, the historical process of implementation of the Unified Health System (SUS) in Brazil and its implications on the work and the working conditions of health workers. On the other hand, given the transformations that, since the last decades of the twentieth century, occurring at work and forms of work organization as a result not only of an intense scientific-technical revolution and different organizational innovations, but fundamentally the how these technical-scientific and organizational changes are integrated into the historical dynamics of development of the capitalist social formations, particularly the Brazilian social formation. The implementation of SUS, from the 1990s, occurred in a historical context in which came to live side by side and not without humanization projects contradictions of health services, with a view to recovery of health workers and building spaces of professional autonomy, and projects of restructures in public services that are guided by the perspective not only of deregulation, privatization and flexibility of labor relations, but also the pursuit of efficiency and quality in health services guided by references that constituted within a logic of capital appreciation and therefore to intensify the forms of control over the work and on workers. Thus, the research problem is aimed at following question: how, from concrete contexts of organization of work of the Family Health Strategy, health workers face the existing dilemmas between professional autonomy and establishing control standards, standardization and standardization of work processes? The analysis of the autonomy of health workers was theoretically based on the contributions of the philosopher Cornelius Castoriadis and historian Edward Thompson and takes the category of experience as a central category in the analysis of the presented problem. The methodological approach that supports the thesis is historical materialism. The research subjects were health workers who work in the Family Health Strategy of the municipalities in Region 28 Health of Rio Grande do Sul and that make up the core team of Family Health, which are: doctor, nurse, nursing technician and Community health workers, totaling 266 participants. In addition to these health workers also participated in the three data collection municipal administrators and three members of the Municipal Health Councils in the municipalities of Santa Cruz do Sul, Venancio Aires and Vale do Sol; Finally, the manager of the 13th Regional Health Coordination was also the subject of research. The research techniques adopted are based on the "data triangulation," adopting the following research techniques: search form, semi-structured interviews and observations. Added to these techniques, there was a documentary and secondary data analysis, in particular by IBGE, DataSUS and CNES in order to check the structure of the labor market in the Region 28 Health. Through this theoretical and methodological contribution and performed field research the concrete health work spaces, the thesis that is defended is that there are macro-social conditions, but also linked to the own historical and regional experience of organization of health services that guide the action of the workers. These constraints limit the employee to act according to the principles recommended by the SUS. It is noticed that despite being limited the autonomy of spaces at work, they are not absent. In the contradictory movement and dialectic between subjectivity and objectivity worker builds spaces of autonomy, always conquered by active action, set in historical collective struggles of health workers in the country. Thus, the analysis of these

issues has taken presupposed a possible autonomy, which can not be considered independent of internal and external constraints involved in health work process.

Keywords:

Health workers, Capitalist restructuring, Unified Health System, Family Health Strategy, Autonomy at work in health.

Lista de Quadros

QUADRO 01: PIB, PIB per capita, VAB – Indústria, VAB – Serviços, VAB Agropecuária e VAB – Serviços Públicos dos municípios da Região 28 de Saúde	112
QUADRO 02: Admissões e demissões ocorridas nos municípios de Santa Cruz do Sul, Venâncio Aires e Vera Cruz no período entre janeiro de 2013 e março de 2016	116
QUADRO 03: População residente na Região 28 de Saúde, por local de moradia	117
QUADRO 04: Domicílios existentes na Região 28 de Saúde, por municípios e por localização – meio rural e meio urbano	119
QUADRO 05: Média de moradores nos domicílios da Região 28 de Saúde, por localização dos domicílios – rurais e urbanos	120
QUADRO06: Sexo da população residente na Região 28 de Saúde, por município	121
QUADRO 07: População dos municípios da Região 28 de Saúde, por grupos de idade.....	122
QUADRO 08: População com 10 anos ou mais dos municípios da Região 28 de Saúde, por escolaridade	125
QUADRO 09: Escolaridade das pessoas com 25 anos ou mais e responsáveis em seus domicílios, nos municípios de Santa Cruz do Sul e de Herveiras	126
QUADRO 10: População dos Municípios da Região 28 de Saúde, por pessoas com 10 anos ou mais que frequentavam a escola	127
QUADRO 11: Domicílios localizados nos municípios da Região 28 de Saúde, por classes de rendimento	128
QUADRO 12: Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) nos municípios da Região 28 de Saúde no período entre 1991 e 2010	130
QUADRO 13: Gênero das pessoas com 10 anos ou mais ocupadas na semana de referência cuja atividade de trabalho principal era saúde humana e serviços sociais	135
QUADRO 14: Pessoas com 10 anos ou mais, ocupadas na semana de referência cuja atividade de trabalho principal era saúde humana e serviços sociais por município	137
QUADRO 15: Número de profissionais da área da saúde humana e serviços sociais por número de habitantes	138

QUADRO 16: Trabalhadores que atuam nas ESFs da Região 28 de Saúde, por percepções em relação a mudanças na organização da atenção básica em saúde em seus municípios 195

QUADRO 17: Trabalhadores de saúde que atuam nas ESFs da Região 28 de Saúde, por avaliação de suas condições de trabalho..... 201

Lista de Gráficos

GRÁFICO 01: Trabalhadores da saúde que atuam em ESFs na Região 28 de Saúde, por localização das ESFs em que atuam	167
GRÁFICO 02: Estratégias Saúde da Família na Região 28 de Saúde, por localização	167
GRÁFICO 03: Trabalhadores que atuam nas ESFs da Região 28 de Saúde, por sexo	168
GRÁFICO 04: Trabalhadores que atuam nas ESFs da Região 28 de Saúde, por renda média familiar	169
GRÁFICO 05: Trabalhadores que atuam nas ESFs da Região 28 de Saúde, por vínculo empregatício	170
GRÁFICO 06: Trabalhadores que atuam nas ESFs da Região 28 de Saúde, por formas de contratação.....	172
GRÁFICO 07: Trabalhadores que atuam nas ESFs da Região 28 de Saúde, por realização de horas-extras.....	173
GRÁFICO 08: Trabalhadores que atuam nas ESFs da Região 28 de Saúde, por inserção profissional	175
GRÁFICO 09: Trabalhadores que atuam nas ESFs da Região 28 de Saúde, por escolaridade	176
GRÁFICO 10: Trabalhadores que atuam nas ESFs da Região 28 de Saúde, por condição de estudo no momento da pesquisa	177
GRÁFICO 11: Trabalhadores que atuam nas ESFs da Região 28 de Saúde, por tempo que trabalham em saúde	178
GRÁFICO 12: Trabalhadores que atuam nas ESFs da Região 28 de Saúde, por tempo que trabalham na ESF em que atuavam no momento da pesquisa.....	179
GRÁFICO 13: Trabalhadores que atuam nas ESFs da Região 28 de Saúde, por resposta à pergunta “por que trabalhar em saúde”	185
GRÁFICO 14: Trabalhadores que atuam nas ESFs da Região 28 de Saúde, por desejo de continuar trabalhando na área da saúde	186
GRÁFICO 15: Trabalhadores que atuam nas ESFs da Região 28 de Saúde, por consideração do trabalho em saúde como um “trabalho diferente”	187

GRÁFICO 16: Trabalhadores que atuam nas ESFs da Região 28 de Saúde e que consideram o trabalho em saúde um “trabalho diferente”, por justificativa das respostas.....	188
GRÁFICO 17: Trabalhadores que atuam nas ESFs da Região 28 de Saúde, por percepção quanto à existência de espaços em seus locais de trabalho para sugestão de mudanças.....	202
GRÁFICO 18: Trabalhadores da saúde que atuam nas ESFs da Região 28 de Saúde, por avaliação da participação política dos trabalhadores da saúde na Região.....	226
GRÁFICO 19: Trabalhadores da saúde que atuam nas ESFs na Região 28 de Saúde, por participação em sindicatos.....	227
GRÁFICO 20: Trabalhadores da saúde que atuam nas ESFs da Região 28 de Saúde, por avaliação quanto à importância da representação política dos trabalhadores da saúde	228
GRÁFICO 21: Trabalhadores da saúde que atuam nas ESFs da Região 28 de Saúde, por percepções quanto à autonomia que têm no planejamento de seus trabalhos	238

Lista de Mapas

MAPA 01: Vale do Rio Pardo, com a identificação dos municípios que compreendem a Região Sul, a Região Central e a Região Norte do Vale	109
MAPA 02: Região 28 de Saúde, com identificação dos municípios que a compreendem e sua localização no Rio Grande do Sul	110
MAPA 03: Região 28 de Saúde e número de ESF (Estratégia Saúde da Família) por município	165

Lista de Abreviaturas e Siglas

AB – Atenção Básica

ACS- Agente Comunitário de Saúde

APS – Atenção Primária em saúde

CMS- Conselho Municipal de Saúde

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CONASS – Conselho Nacional de secretários de saúde

CRS – Coordenadoria Regional de Saúde

CRS – Coordenadoria Regional de Saúde

DATASUS – Departamento de Informática do SUS

ESF – Estratégia de Saúde da Família

ESFs – Estratégias de Saúde da Família

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDHM – Índice Demográfico Humano Municipal

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

NUPES- Núcleo de Pesquisa Social

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PNH – Política Nacional de Humanização

RSB – Reforma Sanitária de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UNISC – Universidade de Santa Cruz do Sul

VD- Visita Domiciliar

Sumário

1. Introdução.....	18
2. ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO EM SAÚDE E AUTONOMIA DOS TRABALHADORES	38
2.1. Do “padrão de acumulação fordista-keynesiano” ao “padrão de acumulação flexível”: as transformações contemporâneas no modo de produção capitalista	39
2.2. A organização do trabalho em saúde no contexto das transformações contemporâneas do capitalismo	67
2.3. A autonomia no trabalho em saúde: a construção de espaços dotados de liberdade na experiência do trabalho em saúde	92
3. TRABALHO E TRABALHADORES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA REGIÃO 28 DE SAÚDE (RS)	106
3.1. O campo de estudo: conhecendo a Região 28 de Saúde	107
3.2. A estruturação do mercado de trabalho em saúde na Região 28 de Saúde	131
3.3. A organização das Estratégias Saúde de Família na Região 28 de Saúde	158
3.3.1. Os trabalhadores em saúde que atuam nas Estratégias Saúde da Família	168
3.3.2. Formação e experiência profissional dos trabalhadores que atuam nas Estratégias Saúde da Família	174
3.3.3. Trabalhar em saúde: por quê?.....	183
4. TRABALHO E AUTONOMIA NO PROCESSO DE TRABALHO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	192
4.1. O processo de trabalho da Estratégia Saúde da Família: uma análise a partir dos trabalhadores que atuam nas Estratégias Saúde da Família da Região 28 de Saúde	192

4.1.1. A coordenação do trabalho nas Estratégias Saúde da Família	206
4.1.2. As equipes de trabalho e as relações de poder.....	211
4.2. A relação com as comunidades	219
4.3. Os trabalhadores de saúde e seus espaços de participação sociopolítica	225
5. POSSIBILIDADES E LIMITES DE UM TRABALHO COM AUTONOMIA ENTRE TRABALHADORES QUE ATUAM NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	231
CONSIDERAÇÕES FINAIS	248
REFERÊNCIAS	257
APÊNDICES	270

1. Introdução

As questões abordadas na presente tese estão relacionadas com o tema *trabalho e autonomia no trabalho em saúde*. Trata-se de um estudo que atenta, por um lado, ao processo histórico de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil e suas implicações sobre o trabalho e sobre as condições de trabalho dos trabalhadores em saúde. Por outro lado, atenta às transformações que, desde as últimas décadas do século XX, ocorrem no trabalho e nas formas de organização do trabalho, em decorrência não somente de uma intensa revolução técnico-científica e de diferentes inovações organizacionais, mas, fundamentalmente, do modo como essas transformações técnico-científicas e organizacionais são integradas na dinâmica histórica de desenvolvimento das formações sociais capitalistas, em especial da formação social brasileira.

Ao iniciar os estudos que resultaram na elaboração de um projeto e, posteriormente, na presente tese de doutorado, havia uma preocupação com a dinâmica de “apropriação política”, por parte dos trabalhadores em saúde, do processo de regionalização da saúde, numa perspectiva de construção de espaços de autonomia na prática concreta em saúde, realizadas nos diferentes locais de atuação profissional.

A revisão bibliográfica a partir de então realizada, mas, também, um levantamento exploratório realizado sobre trabalho e organização do trabalho em saúde na Região 28 de Saúde do Rio Grande do Sul,¹ orientou a atenção para o processo de trabalho em saúde e, mais especificamente, para o processo de trabalho realizado no âmbito da *Estratégia Saúde da Família (ESF)*. Aos poucos, ficou cada vez mais claro que o processo de trabalho implicado nessa *Estratégia* constitui um importante espaço/tempo de diferentes tipos de tensões entre controle/ normatização/ padronização/ racionalização administrativa do trabalho em saúde e a

¹ A 28ª Região de Saúde no Rio Grande do Sul compreende os seguintes municípios: Santa Cruz do Sul, Gramado Xavier, Herveiras, Sinimbu, Mato Leitão, Candelária, Vale do Sol, Vera Cruz, Venâncio Aires, Passo do Sobrado, Vale Verde, Rio Pardo e Pântano Grande (RIO GRANDE DO SUL, 2016). A caracterização da referida Região, em especial no que diz respeito à organização regional do trabalho em saúde, está apresentada no capítulo 03.

autonomia dos trabalhadores em saúde, propugnada essa pelos ideais, princípios e pressupostos da Reforma Sanitária que sustentou a construção do SUS.

Assim, a pergunta inicial foi aos poucos sendo delimitada a partir da preocupação com a atuação dos trabalhadores em seus contextos de trabalhos, nos locais concretos onde realizam suas atividades profissionais e com os espaços de autonomia possíveis nesses locais. Autonomia no sentido de construção de poder auto-instituente no processo de trabalho. Autonomia não tomada como um dado, como algo já presente na própria constituição do trabalho em saúde. Mas, também, não tomada como um ausente, como um impossível, em virtude dos condicionamentos estruturais de um trabalho que se realiza em contextos de organização capitalista do trabalho. Autonomia tomada como um problema, como uma questão a ser colocada e investigada.

Algumas perguntas, então, ganharam visibilidade. De que forma as transformações que ocorrem no mundo do trabalho desde as últimas décadas do século XX (desemprego, precarização das formas de empregabilidade, flexibilização e individualização das relações de trabalho), mas, também, nos modos capitalistas de organização do trabalho, se fazem presentes no trabalho e na organização do trabalho em saúde? Como o processo de regionalização da saúde, que afinal atribui maior importância aos municípios e às regiões na construção de políticas de saúde, condiciona e particulariza a estruturação dos mercados de trabalho em saúde, mas, também, os processos de organização do trabalho em saúde? A implantação do SUS, sua ênfase na valorização de espaços institucionais de participação e na “humanização” do trabalho em saúde, impulsiona ações coletivas entre os trabalhadores em saúde em defesa de espaços de autonomia profissional? Como a complexidade do processo *saúde – doença – intervenção* coloca-se, no âmbito do trabalho em saúde realizado nas ESFs, como um condicionante histórico para que os trabalhadores em saúde atuem com autonomia? Como a estruturação do trabalho em saúde nas ESFs, caracterizado pela organização de equipes e tendo a atenção básica (inclusive, com o estabelecimento de relações diretas com as famílias e as comunidades, através dos Agentes de Saúde) como foco, contribui para a construção de autonomia entre os trabalhadores em saúde? Que relações entre padronização e singularidades no processo de trabalho em saúde são geradas e impulsionadas pela variabilidade do processo saúde e doença, tal como concretizada nas equipes de saúde que atuam na ESF (desde o atendimento domiciliar, até os atendimentos ambulatoriais, realizados esses nas Unidades Básicas de Saúde)? Essas perguntas, então, foram aos poucos definindo os

contornos do estudo que seria realizado sobre *trabalho e autonomia no trabalho em saúde* e que, neste momento, é apresentado na forma de tese de doutorado.

É importante destacar que a criação do SUS inseriu-se num contexto de lutas de amplos segmentos da sociedade brasileira (classes populares e de trabalhadores, setores das classes médias) em favor do fim do regime autoritário (1964-1985) e da democratização do Estado brasileiro. Animados e impulsionados pela perspectiva de uma “reforma sanitária”, capaz de superar contradições historicamente presentes no campo da saúde no Brasil, aqueles segmentos sociais colocaram-se como protagonistas de um movimento social em favor de uma nova política nacional de saúde, efetivamente democrática, fundada no pressuposto de que a “saúde é um direito de todos e um dever do Estado”; e, em decorrência, capaz de afirmar a proposta de um sistema de saúde universal, descentralizado, público, com ênfase na “valorização da criação de novos espaços institucionais de participação, com poder deliberativo dos segmentos organizados da sociedade, constituindo-se assim uma estratégia de ampliar, no espectro social, as oportunidades de acesso ao poder”. (COHN, 1997, p. 233).

Baseado nos princípios da *universalidade* (“a saúde como um direito de todos e um dever do Estado”), da *integralidade* (“atendimento integral, com prioridade das atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais”, conforme artigo 198 da Constituição Federal, no seu inciso II), da *equidade* (“todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza”, conforme o artigo 5º da Constituição Federal), da *descentralização* (“as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único”, diz o artigo 198 da Constituição Federal) e da *participação social* (a “participação da comunidade”, atuando na formulação, no controle e na execução das políticas públicas de saúde), o SUS, ao ser institucionalizado pela Constituição de 1988, garantiu formalmente à população brasileira o direito à saúde, de forma universal e gratuita, financiada com recursos provenientes da União, dos estados e dos municípios (conforme artigo 195, da Constituição da República Federativa do Brasil, de 05 de outubro de 1988).

Naquele contexto histórico, preocupações com um trabalhador de saúde comprometido, engajado, com habilidades para o trabalho em equipe, com uma visão ampliada do conceito de saúde, participativo em seu processo de trabalho, estiveram presentes desde sempre nas concepções e nas propostas dos sujeitos sociais e políticos que protagonizaram o movimento pela Reforma Sanitária que resultaria na criação do SUS (PAIM, 2008). Porém, durante as décadas de 1970 e de 1980, garantir a criação de um *Sistema Único de Saúde*, com todas as suas implicações em termos de comprometimento do

Estado e dos governos (em suas diferentes esferas) com a sua execução, colocou as questões relacionadas aos trabalhadores em saúde e à organização do processo de trabalho em saúde no contexto do novo Sistema num plano secundário. (CONASS, 2011, p. 12).

Contudo, desde sua criação o SUS apresentou diferentes questões relacionadas ao trabalho e aos trabalhadores em saúde. Sua proposta de descentralização dos serviços, numa perspectiva de maior presença local dos trabalhadores em saúde e de atendimento integralizado dos serviços nas regiões (regionalização da saúde), por exemplo, colocou o desafio de estruturar mercados de trabalho em saúde capazes de atender as demandas municipais e regionais, em diferentes partes do País. A perspectiva de uma gestão participativa, de um trabalho em equipe, de uma concepção de saúde não voltada à doença, mas à promoção da saúde, colocou a necessidade de uma qualificação profissional dos trabalhadores em saúde comprometida com os pressupostos e com os objetivos do novo Sistema de Saúde. A própria estruturação do SUS, ocorrida num contexto histórico em que, no País, o neoliberalismo se tornou cada vez importante nas decisões governamentais (tanto no que diz respeito à amplitude de atuação do Estado quanto no que diz respeito à natureza de atuação estatal), resultou em diferentes tipos de tensionamento relacionados ao financiamento do Sistema, aos compromissos das diferentes escalas governamentais, à organização (racionalização x autonomia) do trabalho.

Assim, ainda no início dos anos 1990 as questões relacionadas ao processo de trabalho em saúde, à qualificação profissional dos trabalhadores em saúde (visando capacitá-los para a gestão participativa e para o trabalho em equipe), à inserção e à valorização dos trabalhadores no processo de promoção da saúde, ao comprometimento dos trabalhadores com os ideais e com os pressupostos do SUS, à estruturação de um mercado de trabalho compatível com os princípios do SUS (em especial, com o princípio da descentralização), passaram a ocupar crescentemente as preocupações acadêmicas, mas, também, as agendas políticas no campo da saúde no Brasil.

Nessa direção, inclusive, a regulamentação do Programa Saúde da Família (PSF), em 1994, como um Programa que propôs mudanças significativas na forma de assistência à saúde no País, através da implantação de um modelo de assistência primária comprometido com a promoção da saúde e, mesmo, com a educação das comunidades para uma atuação mais ativa na melhoria da qualidade de vida e de saúde das pessoas, já pressupunha trabalhadores em saúde capazes de atuar em equipe, de somar diferentes formas de saber, de acolher, escutar e oferecer respostas aos problemas de saúde das pessoas e das comunidades, de incorporar em

suas práticas profissionais os conhecimentos técnicos e científicos sem descuidar-se das particularidades e da diversidade (social e cultural) das diferentes populações e territórios.

Nessa mesma perspectiva, e visando aumentar o grau de responsabilidades compartilhadas entre os trabalhadores em saúde, entre esses e os “usuários” dos serviços de saúde, entre as diversas unidades e serviços de saúde, entre as diferentes instâncias que constituem o SUS, a política “Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização”, lançada pelo Ministério da Saúde em 2004, propôs a “valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão do SUS”, o “fortalecimento do trabalho em equipe multiprofissional fomentando a transversalidade e a grupalidade”, “o apoio à construção de redes cooperativas, solidárias e comprometidas com a promoção da saúde”, a “construção de autonomia e protagonismo dos sujeitos e coletivos implicados na rede do SUS”, a “corresponsabilidade” dos trabalhadores na gestão e atenção à saúde, o “compromisso com a democratização das relações de trabalho e valorização dos profissionais de saúde, estimulando processos de educação permanente” (BRASIL. Ministério da Saúde, 2014). Note-se, inclusive, que entre as suas “estratégias gerais”, no “eixo da gestão do trabalho”, a referida política propôs “a promoção de ações que assegurem a participação dos trabalhadores nos processos de discussão e decisão, fortalecendo e valorizando os trabalhadores, sua motivação, o autodesenvolvimento e o crescimento profissional”. (BRASIL. Ministério da Saúde, 2014).

É preciso notar, no entanto, que tanto a implantação do PSF, em 1994, quanto a implantação da Política Nacional de Humanização, em 2004, ocorreram num contexto histórico marcado não somente por profundas transformações no trabalho e nos modos de organização do trabalho e da produção, decorrentes e implicadas num processo de reestruturação do capitalismo em nível mundial, mas, também, de hegemonia do ideário neoliberal nas discussões acerca do Estado e da própria gestão e organização dos serviços públicos, inclusive os vinculados à saúde.

Com o objetivo de aumentar a produtividade do trabalho e do capital e aprofundar a lógica de produção de mais-valia na relação direta com o trabalho, ainda a partir da década de 1970 uma profunda transformação nos modos de trabalhar e de produzir passou a ser impulsionada pelas empresas capitalistas em todo o mundo, de diferentes setores econômicos e de diferentes formações sociais capitalistas. O aproveitamento das oportunidades proporcionadas pelas tecnologias informacionais e pelas inovações organizacionais (novos modelos de gestão, orientados pela busca de maior adaptabilidade e maior flexibilidade na organização do processo de trabalho e de produção), criou crescentes possibilidades de uso da

força-de-trabalho a partir do pressuposto do desengajamento, do enfraquecimento dos compromissos em relação às regulamentações sociais e políticas, da individualização das relações trabalhistas, da unilateralidade na definição das mudanças. (CADONÁ, 2009).

Vinculadas e implicadas ao processo de reestruturação capitalista nos modos de organização da produção e do trabalho, novos padrões de relações de trabalho passaram a ser cada vez mais influenciados pelo ideário neoliberal. Nesse sentido, em diferentes partes do mundo, os governos nacionais passaram a executar (ou passaram a ser pressionados para a realização de) reformas em suas legislações trabalhistas numa perspectiva da *desregulamentação* (revisão de legislação, com retirada do âmbito das legislações de direitos já alcançados pelos trabalhadores), da *privatização* (tendência de atribuir ao Estado maior responsabilidade na definição das relações capital – trabalho) e da *flexibilização* (transformação das relações trabalhistas em relações efêmeras, capazes de serem ajustadas e reajustadas de acordo com a dinâmica de valorização do capital).

Mais do que reformas neoliberais nas legislações trabalhistas e na estruturação dos mercados de trabalho, a partir dos anos 1990 se observou, também em diferentes partes do mundo, ações governamentais no sentido de “modernizar” os serviços públicos a partir de uma perspectiva neoliberal. A “racionalização dos serviços públicos”, através da redução das atividades até então de exclusividade do Estado, da transferência de serviços para a iniciativa privada, da busca pela eficiência dos serviços por intermédio da otimização dos recursos humanos e financeiros e da utilização de padrões de produtividade e de qualidade vinculados às empresas privadas, passou a ser um horizonte perseguido por reformas administrativas executadas ou pretendidas por muitos governos. (CARINHATO, 2008).

No caso específico da formação social brasileira, um projeto de reformas no Estado a partir de uma perspectiva neoliberal foi “apresentado” pelo governo de Fernando Collor de Melo (1990 – 1992) e alcançou preponderância política durante os dois governos de Fernando Henrique Cardoso (1995 – 1998; 1999 – 2002). Ainda que, no que diz respeito à reforma administrativa e à reforma social e trabalhista, não tenha tido o alcance que seus defensores pretendiam, aquele projeto alterou a legislação trabalhista, promoveu reformas no Estado e nos serviços públicos, chegando, evidentemente, à organização do trabalho nos serviços públicos de saúde (CONASS, 2011). A título de ilustração, cabe registrar que a partir dos anos 1990, muitas administrações públicas (em diferentes escalas, desde a nacional e chegando à municipal) passaram a praticar formas variadas de contratação e estratégias também variadas de gestão de pessoal, incluindo-se entre essas a contratação temporária, a

terceirização, bolsas de trabalho, utilização de estagiários, “contratos com entidades através de empresas ou cooperativas, contratos por órgãos internacionais, contratos privados lucrativos ou não lucrativos, contratos de gestão com organizações sociais, convênios com Organizações Sociais de Interesse Público”. (CONASS, 2011, p. 16).

Portanto, a implantação do SUS a partir dos anos 1990 ocorreu num contexto histórico no qual passaram a conviver lado a lado e não sem contradições projetos de humanização dos serviços de saúde, numa perspectiva de valorização dos trabalhadores de saúde e de construção de espaços de autonomia profissional, e projetos de reformas nos serviços públicos que se orientam pela perspectiva não somente da desregulamentação, da privatização e da flexibilização das relações trabalhistas, mas, também, da busca de eficiência e de qualidade nos serviços de saúde pautada por referências que se constituíram dentro de uma lógica de valorização do capital e, por conseguinte, de intensificação das formas de controle sobre o trabalho e sobre os trabalhadores.

Como indicado anteriormente, o trabalho em saúde não ficou alheio ao processo histórico de reconfiguração do trabalho, dos mercados de trabalho, das condições de trabalho que ocorreram num contexto de preponderância política do neoliberalismo. As transformações econômicas e políticas ocorridas nas últimas décadas do século XX também repercutiram na organização do trabalho em saúde e nas condições de trabalho nesse setor e, assim, na vida das pessoas que vivem do trabalho em saúde. Diferentes formas de tensionamentos no trabalho decorreram não somente de processos de flexibilização do trabalho na saúde, mas, também e inclusive, da elevação progressiva dos custos do cuidado em saúde (decorrente da incorporação dos custos dos produtos industriais ao valor do cuidado) que, num quadro de políticas estatais focadas e seletivas (em diferentes campos das políticas sociais, inclusive na área da saúde) criaram crescentes incompatibilidades entre um Sistema de Saúde fundado nos princípios da universalidade e da integralidade e a necessidade de financiamento para a efetivação dos serviços. (RAMOS, 2007).

Isso significa, portanto, que as tensões no mundo do trabalho em saúde e, inclusive, na rede básica de atenção, passam também pelas dificuldades de financiamento do Sistema. As dificuldades no financiamento de um sistema que se configura com uma rede hierarquizada de repasses orçamentários divididos entre União, estados e municípios, quase sempre repasses escassos e ineficientes, limita a possibilidade de ação do trabalhador, pois repercute tanto na remuneração de seu trabalho quanto nas condições de seu trabalho (por exemplo, os limites ao acesso a exames e a consultas especializadas), causando tensionamentos na relação interna

das equipes de saúde, entre equipes de saúde e usuários dos serviços públicos de saúde, entre equipes e gestores de saúde. (RIZZOTO, 2012).

Dificuldades de encaminhamentos especialistas, falta de exames, demora na realização de procedimentos de média e alta complexidade, ilustram essa realidade. A título de exemplo, em recente pesquisa realizada com os trabalhadores das ESFs do município de Santa Cruz do Sul, quando questionados sobre as principais sugestões que gostariam de fazer para os gestores públicos da saúde no município, a melhoria mais citada foi “agilizar o atendimento nas especialidades médicas”, o que ilustra o tensionamento que o trabalhador da saúde enfrenta no dia a dia de trabalho com a demora nos encaminhamentos médicos. (FISCHBORN, 2013).

É importante lembrar, também, que um financiamento ineficaz se traduz em salários não atrativos aos trabalhadores, tornando o serviço público, muitas vezes, desestimulante e temporário. De acordo com Souza (2010) e Pires (2008), a expansão da lógica mercantil compromete frontalmente a organização e a estruturação do trabalho em saúde, representando um deslocamento de sua real função no serviço público. A precarização do trabalho em saúde contribui decisivamente para os problemas enfrentados pelo setor público, tais como a falta ou o pouco compromisso dos trabalhadores com a instituição e com os usuários, a baixa qualidade dos serviços, a alta rotatividade de trabalhadores. (CONASS, 2011).

Os conflitos atravessam ainda a questão da formação acadêmica dos trabalhadores em saúde, pois, apesar dos cursos superiores incentivarem a interdisciplinaridade e proporcionarem diversas vivências no SUS, ainda se mostram frágeis no que diz respeito à formação de trabalhadores que se identifiquem com a rede pública. Muitas vezes, os profissionais recém-formados se inserem no contexto da atenção básica, mas somente de forma temporária, pois o objetivo maior e almejado é o alcance de uma formação especializada capaz de possibilitar uma remuneração maior e um maior controle sobre suas condições de trabalho. Os desafios em termos de formação profissional se relacionam também com uma formação que, de fato, capacite os profissionais para o trabalho em equipe, numa perspectiva da não-verticalização das ações e na desconstrução do modelo biomédico. A própria estruturação do sistema, que incorporou a terceirização dos serviços com matizes diferentes em número e formas de adoção, nas três esferas de governo, se torna preocupante para a formação harmônica das equipes e para a boa condução das políticas e práticas no conjunto do setor, em função de se tratar predominantemente de um trabalho coletivo. (CONASS, 2011).

Não se deve esquecer, também, que a própria regionalização da saúde proporciona contextos, condições e formas de organização de trabalho diferenciadas aos trabalhadores em saúde, na medida em que não há uma padronização ou regramento por parte do Ministério da Saúde na condução dos projetos e dos programas. Se, por um lado, a regionalização proporciona maiores espaços de atuação para os municípios e para as regiões, por outro lado também contribui para um distanciamento das ações e dos seus objetivos preconizados pela esfera federal. Por sua vez, tal dinâmica de descentralização das ações em saúde redesenha a organização do trabalho em saúde nas regiões, desde a forma de concretizar o atendimento via SUS ao usuário através da porcentagem de cobertura de ESFs até a definição de salários, de planos de carreira e de formas de contratação diferenciadas. As regiões, dessa forma, são espaços dinâmicos e repletos de peculiaridades sociopolíticas e econômicas, permitindo que se afirme que a regionalização da saúde desenha e (re) desenha realidades do trabalho em saúde. (GIRARDI et al, 2010).

Por exemplo, no que tange às formas de contratação da força de trabalho em saúde não há um padrão de contratação, pois se concretiza de diversas formas nos estados brasileiros e até mesmo dentro de uma mesma Região de Saúde. Essa precisa, assim, ser analisada e entendida nos diferentes contextos regionais e de acordo com o modelo de gestão adotado pelo estado, pelo município ou pela União. Note-se, nesse sentido, que a própria tendência de inserção de projetos de lei no Congresso Nacional, visando estabelecer legalmente um piso salarial nacional aos trabalhadores da saúde, encontra dificuldades de aprovação, pois se coloca, não raras vezes, na contramão dos interesses dos locais, das regiões, dos estados, configurando-se, assim, mais um desafio para a gestão do SUS. (CONASS, 2011).

Assim, na contratação dos trabalhadores em saúde, tanto em nível federal, estadual e municipal, as administrações se utilizam de várias formas de gerir a força de trabalho. Importante registrar, nesse sentido, a pesquisa de “Monitoramento da implementação e do funcionamento das equipes de Saúde da Família”, realizado pelo CONASS em 2001-2002, que apontou que, em 2001, entre 20% e 30% de todos os trabalhadores inseridos nas ESFs existentes no País apresentavam vínculos precários (CONASS, 2011). Corroborando esses dados, em pesquisa realizada no município de Santa Cruz do Sul em novembro de 2013 observou-se que apenas 1,1% dos trabalhadores da saúde que atuavam nas ESFs eram concursados, sendo que os demais atuavam de forma terceirizada, evidenciando-se, portanto, uma precarização nas formas de contratação do trabalho em saúde no município. (FISCHBORN, 2013).

Os tensionamentos indicados e presentes no trabalho em saúde não são, evidentemente, desconhecidos pela bibliografia que analisa trabalho e condições de trabalho em saúde no Brasil. Pelo menos desde a década de 1990, vários pesquisadores vêm se preocupando com a análise de diferentes dimensões desses tensionamentos. Contudo, evidencia-se na bibliografia especializada, com significativas repercussões, inclusive, na própria Política Nacional de Humanização, uma abordagem teórica focada na “micropolítica” do trabalho, que ressalta a conformação do trabalho vivo em ato, o encontro entre o usuário e o trabalhador, tornando o local e o momento do encontro como determinantes para mudanças no processo de trabalho em saúde.

Na perspectiva teórica referida no parágrafo acima, o trabalhador em saúde está configurado como o principal agente da dinâmica do trabalho em saúde, esperando-se um trabalhador dotado de liberdades, visto como protagonista das suas ações e de suas decisões, e indicando-se que o mesmo pode autogovernar-se, desde que empoderado no seu microespaço de trabalho. Assim, por exemplo, e nessa direção, Franco (2013) observa “que o trabalho em saúde é centrado no trabalho vivo, como trabalho em ato”, enfatizando que os próprios trabalhadores têm uma “força extraordinária”, capaz de ser mobilizada para “mudança na saúde, pois, considerando que o principal atributo do trabalho vivo é a liberdade, o autogoverno do trabalhador sobre seu processo de trabalho o coloca na posição de ser o principal agente de mudança”. (FRANCO, 2013, p.14).

Para os defensores da micropolítica, o debate sobre a “liberdade” dos trabalhadores é fundamental. Sobre essa discussão, Franco (2013) afirma que o trabalhador tem liberdade no seu microespaço de trabalho e suas escolhas são influenciadas por sua intencionalidade, suas propostas éticas e políticas. No que tange às normas e aos protocolos instituídos pela gestão, Franco defende que o trabalhador usa da sua liberdade inclusive para se deixar capturar e disciplinar seu modo de agir. Ou seja, a análise atenta para o microespaço, muitas vezes relativizando os condicionantes históricos, sociais e de classe que perpassam as “escolhas” do trabalhador. Ainda que afirmem haver uma contradição no processo de trabalho em saúde, a mesma é vista na relação entre sujeito – trabalhador da saúde, o que configuraria a formação da “subjetividade nômade ou aprisionada”. (FRANCO, 2013, p.245).

O foco é “manter a alta potência do trabalhador para agir no mundo do cuidado” (FRANCO, 2013, p. 251), seja lá o que de fato isso queira significar e como se conseguiria fazer isso. Pensa-se assim em uma dita liberdade que se estabelece no encontro com o outro, uma microliberdade que seria potencializadora.

Esse modo de pensar e problematizar o trabalho em saúde se tornou hegemônico nas duas últimas décadas, relativizando-se as análises das questões macrosociais, tais como, o processo de reestruturação capitalista no trabalho e como essa reestruturação condiciona o trabalho em saúde. Ainda que através da micropolítica se encontre uma perspectiva que questiona análises que tomam as macrorealidades como estruturantes das relações sociais, por outro lado é importante que suas teses sejam problematizadas, em especial a tendência de relativização dos condicionamentos externos do trabalho em saúde e a supervalorização do poder de transformação dos trabalhadores.

Entende-se, nesse sentido, que a compreensão do trabalho em saúde a partir da perspectiva da micropolítica encontra limitações que decorrem da ênfase dada ao “poder do trabalhador” e a possibilidade desse poder ser potencializado nos espaços de trabalho, garantindo-lhe maior autonomia. Ao enfatizar o olhar analítico do trabalho em saúde fundamentalmente no âmbito do momento do encontro entre trabalhador e usuário, apesar de ter mostrado avanços no campo da saúde, os teóricos que se inserem nessa perspectiva teórica desconsideram ou relativizam questões complexas que envolvem as situações políticas das relações sociais e que condicionam o trabalho e as ações dos trabalhadores em saúde. Ao atribuir ao “autogoverno do trabalhador sobre seu processo de trabalho” a possibilidade desse se colocar “na posição de ser o principal agente de mudança”, tal perspectiva teórica pode corroborar, inclusive, visões que tendem a individualizar as relações de trabalho em saúde, responsabilizando os trabalhadores pelos problemas cujas razões fundamentais estão relacionadas a condições que decorrem do modo como as políticas públicas e, em decorrência, o trabalho em saúde está estruturado.

É importante destacar que os espaços concretos de trabalho em saúde configuram-se como espaços de tensões e de contradições para os trabalhadores. Se, por um lado, os trabalhadores se veem inseridos em dinâmicas de democratização das políticas e de ações legalizadas pelas políticas públicas, numa conformação normatizada de trabalhar, sendo vistos por alguns autores como “agentes de mudança”, por outro lado convivem com a lógica de mercado que prioriza o lucro, introduz a visão econômica e administrativa ao trabalho em saúde pública, precariza as relações de trabalho, restringe o financiamento em saúde. Contraditoriamente, se por um lado a habilidade de trabalhar em equipe e de realizar um trabalho humanizado (segundo os princípios norteadores do SUS) são prerrogativas básicas dos trabalhadores em saúde, por outro lado tais exigências se inserem em um contexto de políticas de gestão centradas nos princípios da racionalização, da diminuição dos custos, de

afirmação de padrões de qualidade que quantificam as relações, de incentivo à eficiência, à competitividade e ao individualismo.

Diante disso, como pensar uma perspectiva de democratização das ações em saúde numa lógica de precarização e de intensificação do trabalho? O que de fato isso significa? Existe alguma alternativa entre a visão que atribui aos trabalhadores alto grau de autonomia e a visão que pensa ser incompatível a coexistência de democracia institucional e o trabalho produtivo? É possível conceber espaços de autonomia no trabalho em saúde em contextos de padronizações e de normatizações advindas das políticas de saúde e, mesmo, dos condicionamentos decorrentes de processos históricos de reestruturação capitalista no e do trabalho?

Para que se possa pensar em respostas ou em caminhos para esses questionamentos, a proposta de estudo apresentada nesta tese parte de uma visão segundo a qual a autonomia profissional possível não pode ser pensada independente dos condicionamentos internos e externos que implicam um processo de trabalho, no caso o processo de trabalho em saúde. É nesse sentido que a proposta de discussão sobre a autonomia dos trabalhadores em saúde será fundamentada teoricamente a partir das contribuições de dois teóricos que, em suas trajetórias de intelectuais preocupados com questões relacionadas ao trabalho e aos trabalhadores, contribuíram para a problematização da relação entre autonomia e trabalho a partir das experiências concretas e históricas dos trabalhadores: o filósofo Cornelius Castoriadis e o historiador Edward Thompson.

Castoriadis (1995) constrói filosoficamente o conceito de autonomia como autocriação, alertando que seria impossível pensar em uma conduta com completa autonomia em relação às condições sociais que a produziu, mas, da mesma forma, é impossível considerar a vida como produto acabado, fruto do determinismo, onde as possibilidades estão anuladas. Entende, assim, o conceito de autonomia não como algo dado ou pronto, mas como algo a ser construído, sendo que os espaços de autonomia não dizem respeito apenas ao ambiente de trabalho e às microações no processo de trabalho individual dos sujeitos, mas são constituídos através das relações sociais e políticas que o trabalhador mantém, marcadas por um processo histórico e em permanente construção. Os trabalhadores se desenvolvem e se constituem nesse contexto de tensões e de contradições históricas que permeiam o trabalho em saúde, e essas condicionam seu trabalho e sua formação.

Por sua vez, para Thompson a *experiência* é o espaço/tempo das vivências concretas dos sujeitos, que não se define de forma completamente autônoma, pois as ações sempre são

condicionadas por relações sociais de produção, mas permite que se percebam diferentes níveis de autonomia que se constroem pelo modo próprio como os indivíduos e os sujeitos coletivos se colocam no processo histórico (THOMPSON, 1981). Thompson propõe que, através da experiência, “a estrutura é transmutada em processo e o sujeito é reinserido na história” (THOMPSON, 1981, p.188), indo além, nesse sentido, das muitas interpretações que enfatizam as determinações estruturais das ações. E segue afirmando que as escolhas feitas pela sociedade não são “regiões autônomas” (THOMPSON, 1981, p.189), ou seja, as escolhas não são completamente livres e independentes do processo histórico que as envolve. Os condicionamentos existentes, porém, não são absolutos ou determinantes, afinal os espaços e as relações são vivos e dinâmicos e o trabalhador é um ser inacabado (FREIRE, 2008), podendo, assim, se adaptar à lógica de controle e de dominação ou, então, criar movimentos alternativos a essa lógica e construir espaços de autonomia.

As reflexões realizadas sobre trabalho e autonomia a partir das contribuições teóricas de Castoriadis e de Thompson foram fundamentais para a definição do problema de pesquisa e os objetivos que nortearam a pesquisa e os estudos que resultaram na presente tese. Problema que se objetivou na seguinte pergunta: como, a partir de contextos concretos de organização do trabalho em ESFs, os trabalhadores em saúde enfrentam os dilemas existentes entre a autonomia profissional e o estabelecimento de padrões de controle, de normatização e de padronização dos processos de trabalho? E objetivos definidos nos seguintes termos: - analisar as mudanças que ocorreram no trabalho e na organização do trabalho em saúde a partir da implantação do Sistema Único de Saúde no Brasil; - verificar em que medida as transformações que ocorreram no mundo do trabalho a partir das últimas décadas do século XX, não somente em termos de organização do processo de trabalho e de produção, mas, também, de estruturação dos mercados de trabalho, de relações de trabalho e de representação sociopolítica dos trabalhadores, se fazem presentes no trabalho em saúde no Brasil; - investigar o processo de regionalização da saúde na 28ª Região de Saúde (RS), em especial em relação aos condicionamentos históricos implicados tanto na organização do mercado de trabalho quanto nas relações de trabalho em saúde na região; - analisar as relações de trabalho e a organização do trabalho implicadas nas ESFs da Região 28 de Saúde (RS).

Para alcançar esses objetivos, de modo coerente com os pressupostos teóricos indicados, duas questões de ordem metodológica precisam ser esclarecidas: a primeira está relacionada à abordagem metodológica adotada para a realização da tese e a segunda está

relacionada aos procedimentos metodológicos utilizados para o levantamento dos dados que sustentam empiricamente a análise construída.

No que diz respeito à *abordagem metodológica*, não é demais afirmar que os resultados alcançados numa pesquisa estão, em grande parte, vinculados ao ponto de partida da pesquisadora e ao recorte teórico-metodológico utilizado tanto na construção da problemática quanto na coleta e na interpretação dos dados. A abordagem metodológica, então, expressa escolhas da pesquisadora, tanto no que diz respeito à sua visão acerca da realidade, da dinâmica histórica das sociedades e de seus condicionamentos para as ações sociais (individuais e coletivas), quanto no que diz respeito à sua visão sobre a ciência e sua importância não somente na compreensão da realidade, mas, acima de tudo, na transformação da realidade.

A abordagem metodológica que sustenta o estudo realizado e que aqui é apresentado em forma de tese de doutorado é o *materialismo histórico*. Sabe-se que o materialismo histórico compreende uma abordagem teórico-metodológica vinculada à tradição marxista de reflexão nas ciências sociais e que existe uma bibliografia vasta que esclarece o que caracteriza o materialismo histórico enquanto método, bem como suas implicações na construção do conhecimento científico. Não se pretende, nesta tese, fazer uma revisão dessa bibliografia, nem se ocupará um espaço muito grande para apresentar e justificar a utilização do materialismo histórico. Um método de abordagem define os contornos do olhar científico produzido e a coerência em sua utilização não se expressa em textos de apresentação do método, mas no modo como ele se apresenta ao longo da argumentação construída. Coerência que deve ser avaliada a partir de alguns pressupostos principais que definem o método de abordagem escolhido.

Esses pressupostos, aliás, são recorrentes nas análises que o próprio Marx realizou sobre o modo de produção capitalista, estando mais explicitamente apresentados numa famosa passagem de seu prefácio da “Contribuição à Crítica da Economia Política”:

[...]. A conclusão geral a que cheguei e que, uma vez adquirida, serviu de fio condutor dos meus estudos, pode formular-se resumidamente assim: na produção social da sua existência, os homens estabelecem relações determinadas, necessárias, independentes da sua vontade, relações de produção que correspondem a um determinado grau de desenvolvimento das forças produtivas materiais. [...]. O modo de produção da vida material condiciona o desenvolvimento da vida social, política e intelectual em geral. Não é a consciência dos homens que determina o seu ser; é o seu ser social que, inversamente, determina a sua consciência. [...]. Assim como não se julga um indivíduo pela ideia que ele faz de si próprio, não se poderá julgar uma tal época de transformação pela mesma consciência de si; é preciso, pelo contrário, explicar esta consciência pelas contradições da vida material, pelo conflito que existe entre as forças produtivas sociais e as relações de produção [...]. (MARX, 1983, p. 24-25).

Nessa passagem, Marx já definiu algumas das principais conotações do materialismo histórico, enquanto método de abordagem dos fenômenos histórico-sociais: a centralidade da práxis humana na análise, condicionada, mas, também, transformadora da realidade; o compromisso com uma análise histórica concreta, contrapondo-se à reflexão filosófica abstrata; a não aceitação da autonomia das ideias na vida social. (BOTTOMORE et. al., 1988, p. 254).

A partir desses pressupostos, Triviños (1992) enfatiza que as pesquisas que adotam o materialismo histórico como método de abordagem devem ter claro que algumas condições precisam ser atendidas: a) que a existência da realidade independente da consciência que se tem dela (a realidade, portanto, tem uma objetividade); b) que, além de ser objetiva, a realidade é dinâmica, está em permanente mudança; c) que a dinâmica da realidade não resulta de uma força externa, mas, ao contrário, é resultado da própria constituição da realidade, marcada que é por contradições; d) que os procedimentos de pesquisa adotados devem partir da contemplação dos fenômenos (do concreto), para, então, “penetrar” na dimensão abstrata dos mesmos, analisando-os em sua totalidade, nas suas partes constituintes, na relação entre as partes e entre essas e o todo (concreto abstrato) e, por fim, voltar-se ao concreto, agora não mais como uma realidade imediata, mas como uma “realidade concreta pensada”, compreendida em sua complexidade, nos seus aspectos essenciais e em suas possibilidades, naquilo que é universal e singular, necessário e contingente (concreto pensado). (TRIVIÑOS, 1992, p. 49 e seg.).

Nesse trabalho de compreensão dos fenômenos, num movimento que parte do concreto, voltando-se a ele como um concreto pensado, algumas categorias são fundamentais: a *totalidade*, a *historicidade*, a *mediação*, a *contradição*. Nesse sentido, compreender a realidade a partir de sua *totalidade* requer a apreensão de “um conjunto amplo de relações, particularidades e detalhes que são captados numa totalidade que é sempre uma totalidade de totalidades”; a partir da *historicidade* tem-se que a realidade não é abstrata, mas está situada no tempo e no espaço, é constituinte e constituída por relações que são históricas; essa análise requer, também, atenção às mediações entre as partes e o todo, pois a *mediação* permite que se estabeleçam as conexões entre os diferentes aspectos que caracterizam a realidade, já que “a totalidade existe nas e através das mediações, pelas quais as partes específicas (totalidades parciais) estão relacionadas, numa série de determinações recíprocas que se modificam constantemente” (MASSON, 2012, p. 4); e com a *contradição* compreende-se que a realidade, que está em constante mudança (do que resulta que ela pode ser transformada), tem

uma dinâmica que decorre de suas próprias contradições, da “presença de aspectos e tendências contrários” que permitem que a realidade passe de um estado para outro. (MASSON, 2012, p. 4-5).

É nesse sentido, portanto, que se coloca a pretensão de analisar o processo de trabalho em saúde, na forma concreta como se apresenta num determinado espaço/tempo de trabalho (o processo de trabalho presente nas ESFs da Região 28 de Saúde – RS), a partir de uma compreensão da própria dinâmica histórica do modo de produção capitalista e de como essa dinâmica condiciona o trabalho em sociedade, os modos de organização do processo de trabalho, as formas históricas de inserção dos indivíduos nesses processos de trabalho. Tem-se, portanto, que não somente o processo de trabalho em saúde é condicionado por essa dinâmica histórica, mas, também, as próprias possibilidades dos trabalhadores em saúde se constituírem enquanto sujeitos ativos no processo de trabalho que realizam, construindo espaços de autonomia e de afirmação de suas identidades a partir do trabalho.

No que diz respeito aos *procedimentos metodológicos* utilizados para o levantamento dos dados e que sustentam empiricamente a análise construída, pelo menos três esclarecimentos são importantes.

O primeiro deles está relacionado diretamente com os trabalhadores com os quais foram levantadas as informações e analisadas as experiências de trabalho em saúde. Esses trabalhadores em saúde são aqueles que atuam na *Estratégia Saúde da Família da Região 28 de Saúde do Rio Grande do Sul*. Como já afirmado neste texto de introdução, a Região 28 de Saúde é constituída por treze municípios e os trabalhadores que atuam nas ESFs (conforme definição do próprio Ministério da Saúde) são aqueles que compõem as equipes básicas de Saúde da Família, quais sejam: médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitário de saúde. Além desses trabalhadores em saúde, também participaram da pesquisa, sendo entrevistados, gestores públicos municipais, conselheiros dos Conselhos Municipais de Saúde e um gestor da 13ª Coordenadoria Regional de Saúde, localizada no município de Santa Cruz do Sul.

O segundo esclarecimento está relacionado com as técnicas de levantamento das informações que foram utilizadas na pesquisa implicada na construção da presente tese. Nesse sentido, foi adotada uma “triangulação de dados”, através das seguintes técnicas de pesquisa: formulário de pesquisa, entrevistas semiestruturadas e observação sistemática.

Em relação aos *formulários de pesquisa*, trata-se de um instrumento de pesquisa,

muitas vezes conhecido como “questionário” (a diferença é de natureza técnica, pois enquanto o questionário é um instrumento enviado – via correio ou por e-mail – para que o pesquisado responda, o formulário é aplicado diretamente por um pesquisador junto ao pesquisado), que, composto por “um número mais ou menos elevado de questões apresentadas por escrito às pessoas”, objetiva “o conhecimento de opiniões, crenças, sentimentos, interesses, expectativas, situações vivenciadas” de um determinado grupo de pessoas. (GIL, 1995, p. 124).

No caso do formulário utilizado nos trabalhos de pesquisa que resultaram na presente tese, o mesmo foi construído com questões abertas e fechadas, organizadas a partir dos seguintes eixos temáticos: a) o perfil socioeconômico dos trabalhadores em saúde; b) as trajetórias profissionais; c) as percepções dos trabalhadores em saúde em relação a mudanças recentes no trabalho em saúde; d) as condições de trabalho nas ESFs; e) a organização política dos trabalhadores em saúde. (O formulário de pesquisa aplicado encontra-se no apêndice B).

Os formulários de pesquisa foram respondidos por 266 trabalhadores que atuam nas ESFs na Região de Saúde em estudo. Trata-se de uma amostra que (se considerado que o universo de trabalhadores que atuavam em ESFs na referida Região era igual a 300 no momento em que a pesquisa de campo foi realizada) permite que os dados apresentados tenham uma representatividade estatística, com uma margem de erro de 2,02 pontos percentuais e com um nível de confiança de 95% (conforme cálculos utilizados na estatística para a definição de amostragem simples). Cabe notar, ainda, que a aplicação dos formulários de pesquisa foi realizada por uma equipe de pesquisadores, devidamente treinados para a aplicação do mesmo, e ocorreu em momentos de reuniões municipais que os trabalhadores que atuam em ESFs realizam periodicamente. Evidentemente, antes da aplicação foi estabelecido um primeiro contato com os coordenadores das ESFs em cada município para agendar a melhor data para a equipe preencher os formulários de pesquisa.

No que diz respeito às *entrevistas semiestruturadas*, trata-se de uma técnica de levantamento de dados focalizada num assunto sobre o qual o pesquisador define um roteiro com perguntas principais, que são complementadas por outras perguntas que surgem no momento mesmo da realização da entrevista, o que garante que as informações surjam de forma mais livre e não necessariamente condicionadas pela padronização de alternativas (MANZINI, 1990, p. 154). O roteiro das entrevistas semiestruturadas que foi utilizado encontra-se no apêndice C e, como pode ser observado, foi articulado a partir de alguns eixos centrais na discussão proposta pela pesquisa envolvendo o trabalho em saúde, as

transformações no mundo do trabalho, as especificidades regionais no trabalho em saúde e a organização do trabalho em saúde nas ESFs.

Foram realizadas oito entrevistas, compreendendo oito trabalhadores em saúde, sendo desses dois médicos, dois enfermeiros, dois técnicos de enfermagem e dois agentes comunitários de saúde. Os trabalhadores entrevistados atuavam, no momento da realização das entrevistas, em ESFs existentes nos municípios de Santa Cruz do Sul, de Venâncio Aires e de Vale do Sol. Tais municípios foram definidos para a realização das entrevistas em função de alguns critérios utilizados: a preocupação em considerar experiências localizadas também no meio rural (no caso, o município de Vale do Sol tem ESFs no meio rural); o interesse em conhecer experiências que aderiram a programas propostos pelo Ministério da Saúde (no caso do município de Venâncio Aires); a importância do município de Santa Cruz do Sul como polo de saúde na Região de estudo. Além das entrevistas realizadas com os oito trabalhadores referidos acima, também foram realizadas entrevistas: com os Secretários Municipais de Saúde dos municípios de Santa Cruz do Sul, de Vale do Sol e de Venâncio Aires; com um Conselheiro Municipal de Saúde de cada um desses municípios; e com a gestora da 13ª Coordenadoria Regional da Saúde. Assim, ao todo foram realizadas quinze (15) entrevistas. (Oito trabalhadores da saúde e sete gestores de saúde).

Em relação à *observação sistemática*, no decorrer mesmo da pesquisa se decidiu pela utilização dessa técnica de levantamento de dados, com o objetivo de ampliar a compreensão da realidade concreta do trabalho em saúde que ocorre nos ESFs a partir de uma observação direta do cotidiano de trabalho que se realiza nesses locais. A observação sistemática se caracteriza por ser uma técnica de levantamento de dados em que, sob o ponto de vista da participação do observador, o mesmo não interage com os ambientes/pessoas observados no momento em que realiza a observação (GIL, 2009, p. 106). Foram realizadas observações em três ESFs, situadas também elas nos mesmos municípios onde foram realizadas as entrevistas: uma observação numa ESF de Vale do Sol, uma observação numa ESF de Santa Cruz do Sul e uma observação numa ESF de Venâncio Aires.

O tempo de observação em cada ESF foi variável, mas nunca inferior a dois dias e as observações foram realizadas com base num roteiro (previamente estabelecido), estruturado a partir dos seguintes eixos: relação entre trabalhadores e usuários; relação entre os trabalhadores; relação entre os gestores e os trabalhadores; relação dos trabalhadores com a burocracia; processo de tomada de decisão dos trabalhadores. (O roteiro da observação encontra-se no apêndice D).

Destaca-se ainda que a pesquisa seguiu os trâmites éticos exigidos pela resolução 466/2012 sendo a pesquisa autorizado pelo Comitê de Ética e Pesquisa sob o protocolo 1.024.611. Todos os participantes receberam o termo de Consentimento Livre e Esclarecido. (O termo encontra-se no apêndice A).

Cabe destacar, ainda, que, além dos dados primários, foram levantados e analisados dados secundários, em especial através do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), do DATASUS (Departamento de Informática do SUS) e do CNES (Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde) com o objetivo de compreender as dinâmicas de implantação das ESFs na Região de Saúde estudada, bem como a estruturação do mercado de trabalho na referida Região. O número de habitantes dos municípios, sua divisão entre habitantes rurais e urbanos, o número de ESFs e de trabalhadores da saúde envolvidos nas ESFs de cada município e a porcentagem de cobertura de cada equipe de saúde são alguns dos dados secundários que foram investigados nessa etapa da pesquisa.

Por fim, cabe registrar que o texto da presente tese foi estruturado, visando atender aos objetivos propostos, em quatro capítulos, além desse texto introdutório e das considerações finais.

Assim, o segundo capítulo dedica-se tanto à análise do contexto histórico de transformações no mundo do trabalho a partir das últimas décadas do século XX, com destaque para as transformações que ocorreram no trabalho em saúde e, nesse sentido, para as próprias mudanças que ocorreram no Brasil a partir da implantação do SUS, quanto à análise da problemática teórica que norteia o estudo, ou seja, a relação entre trabalho e autonomia dos trabalhadores em saúde. Trata-se, portanto, de um capítulo dedicado à contextualização histórica da temática abordada, mas, também, à fundamentação teórica da tese desenvolvida.

O terceiro capítulo analisa as singularidades do trabalho em saúde na Região 28 de Saúde no Rio Grande do Sul. Nessa direção, o capítulo inicia com uma caracterização da Região e de como o trabalho em saúde está nela organizado, seguindo-se, já a partir dos dados secundários levantados, uma análise do perfil dos trabalhadores que atuam nas ESFs existentes na referida Região de Saúde.

O quarto capítulo, tendo como base principal os dados primários levantados, dedica-se à análise do processo de trabalho nas ESFs, tal como se realiza concretamente na Região de Saúde objeto do estudo. Dessa forma, a partir da análise da coordenação do trabalho nas ESFs, das relações de poder nas equipes de trabalho, das possibilidades e limites de atuação

na relação com as comunidades, das representações dos trabalhadores acerca de seus espaços de trabalho, as questões norteadoras da pesquisa realizada são enfrentadas, em especial no que diz respeito às dinâmicas de participação e de humanização do trabalho em saúde nas ESFs, dos condicionamentos regionais, políticos, sociais, técnico-organizacionais do trabalho em saúde realizado nas ESFs, da própria possibilidade (mas, também, dificuldades) de construção de autonomia a partir do cotidiano de trabalho vivenciado pelos trabalhadores nas ESFs.

No quinto capítulo, então, já considerando a análise dos dados levantados através da pesquisa realizada e à luz da contextualização histórica e da discussão teórica sobre trabalho e autonomia em saúde, volta-se à problemática apresentada (a construção da autonomia profissional num contexto de controle, normatização e padronização dos processos de trabalho) para aprofundar a análise da tese aqui apresentada: no contexto da reestruturação do trabalho e da organização do trabalho em saúde que ocorre já há a partir das últimas décadas do século XX, a organização do processo de trabalho em saúde tende a limitar os espaços de autonomia dos trabalhadores em saúde, tal como propugnado no processo histórico de construção do SUS.

Por fim, nas considerações finais são retomados os objetivos da tese, analisados os resultados alcançados através do trabalho realizado e apontados os limites e as perspectivas de novos estudos sobre o tema abordado, bem como indica recomendações de Políticas Regionais de Saúde.

2. Organização do trabalho em saúde e a autonomia dos trabalhadores.

O que descobrimos (em minha opinião) está num termo que falta: ‘experiência humana’ [...]. Os homens e mulheres também retornam como sujeitos, dentro deste termo – não como sujeitos autônomos, ‘indivíduos livres’, mas como pessoas que experimentam suas situações e relações produtivas determinadas como necessidades e interesses e como antagonismos, e em seguida ‘tratam’ essa experiência em sua consciência e sua cultura (as duas outras expressões excluídas pela prática teórica) das mais complexas maneiras (sim, ‘relativamente autônomas’) e em seguida (muitas vezes, mas nem sempre, através das estruturas de classe resultantes) agem, por sua vez, sobre sua situação determinada. (THOMPSON, 1981, p. 182).

O presente estudo, ao propor uma análise dos espaços possíveis de autonomia no trabalho em saúde, considera os contextos de padronizações e de normatizações que resultam das próprias políticas de saúde, mas, também, os condicionamentos estruturais que decorrem de processos históricos de reestruturação do modo de produção capitalista no e sobre o trabalho.

Como é possível pressupor a partir do historiador inglês Edward Thompson, na citação acima, trabalhadores e trabalhadoras agem de maneira (apenas) “relativamente autônomas” em seus locais de trabalho. Suas ações, nesse sentido, estão sempre sujeitas a algum grau de condicionamento, seja por dinâmicas de organização técnico-organizacional presentes nos locais onde atuam, seja por influência de relações sociopolíticas estabelecidas nos espaços de realização do trabalho, seja pelas relações sociais de produção predominantes numa dada formação social.

Para os fins da presente tese, desses pressupostos decorre que se inicie a reflexão com a análise do próprio contexto histórico de reestruturação do modo de produção capitalista, identificando-se algumas de suas características principais, tal como ocorre desde as últimas décadas do século XX, e suas repercussões sobre o trabalho e sobre os trabalhadores. Essa análise, então, contribuirá para uma melhor compreensão do que permanece e do que se diferencia no trabalho em saúde, especialmente quando contextualizado, na formação social brasileira, pela execução de políticas públicas de saúde que foram articuladas, não sem tensões e sem contradições, a partir da criação do SUS.

No presente capítulo, então, a análise de aspectos da reestruturação do modo de produção capitalista a partir das últimas décadas do século XX, as repercussões daquela reestruturação sobre o trabalho e sobre os trabalhadores, em especial sobre o trabalho e os trabalhadores em saúde, coloca-se como um ponto de partida para o enfrentamento da questão teórica principal desta tese: a autonomia no trabalho dos trabalhadores e das trabalhadoras em saúde. Como afirmado na introdução, autonomia não tomada como um dado, muito menos como um ausente; mas como uma construção histórica, vinculada à experiência concreta de trabalhadores e trabalhadoras em saúde, condicionada que é pelas configurações estruturais do trabalho nas sociedades capitalistas contemporâneas e, mais especificamente, na formação social brasileira. Autonomia, portanto, como um projeto, inacabado, presente enquanto ação que se projeta diante de relações sociais que restringem a ação, mas, ao mesmo tempo, impulsionam o desejo e o interesse de uma ação livre e criativa.

2.1. Do “padrão de acumulação fordista-keynesiano” ao “padrão de acumulação flexível”: as transformações contemporâneas no modo de produção capitalista.

Se houve alguma transformação na economia política do capitalismo do final do século XX, cabe-nos estabelecer quão profunda e fundamental pode ter sido a mudança. São abundantes os sinais e as marcas de modificações radicais em processos de trabalho, hábitos de consumo [...] poderes e práticas do Estado etc. No Ocidente, ainda vivemos uma sociedade em que a produção em função dos lucros permanece como o princípio organizador básico da vida econômica [...]. (HARVEY, 1993, p. 118).

Nas últimas duas décadas do século XX, grandes transformações ocorreram nas formas de organização da economia, da política, da cultura e da sociedade em todo o Planeta. A crise da experiência socialista no Leste Europeu e na Ásia, ao mesmo tempo em que indicou o término da polarização que caracterizou o século XX (entre sociedades socialistas e sociedades capitalistas), alimentou a crença de uma vitória do modo de produção capitalista, repercutindo não somente nas reflexões sobre as dinâmicas das sociedades contemporâneas, mas, também, nas práticas sociopolíticas dos movimentos sociais, das organizações sociais e políticas, dos partidos políticos, dos governos. A revolução técnico-científica, em especial nas comunicações/informações, criou condições históricas para que novas relações se estabelecessem a partir de novos referenciais de espaço e de tempo, não somente no campo econômico, mas, também, na cultura, na política, no cotidiano de trabalho e de vida. Um

processo de reestruturação do capitalismo redefiniu questões estratégicas e históricas do processo de reprodução do capital, com repercussões nos modos de trabalhar e de produzir, mas, também, nas formas de organização sociopolítica dos países capitalistas.

Existe uma vasta bibliografia que analisa as transformações que ocorreram a partir das últimas décadas do século XX e suas repercussões na economia, na política, nas relações sociais, na cultura. A partir de diferentes perspectivas teóricas e com diferentes compreensões acerca da dinâmica histórica que decorreu daquelas transformações. Nessa direção, várias e diferentes são as terminologias que expressam essas interpretações: “sociedade pós-industrial” (Domênico de Masi), “sociedade informática” (Adam Schaff), “modernidade líquida” (Zygmunt Bauman), “sociedade em rede” (Manuel Castells), “sociedade global” (Octavio Ianni), “globalização perversa e uma nova globalização” (Milton Santos), “mundialização do capital” (François Chesnais), “regime de acumulação flexível” (David Harvey), apenas para citar algumas que atentam para o que está ocorrendo, nesse contexto de transformações históricas, com o trabalho humano e com as formas históricas de organização do processo de trabalho.

David Harvey, autor da citação colocada na página anterior, propõe uma análise que está centrada, fundamentalmente, nas transformações que ocorreram na dinâmica histórica de desenvolvimento do modo de produção capitalista. Para o autor, existem duas grandes dificuldades “num sistema econômico capitalista”, que precisam ser “negociadas com sucesso” para que o sistema “permaneça viável” e se reproduza (HARVEY, 1993, p. 117): a primeira decorre “das qualidades anárquicas dos mercados de fixação de preços” e a segunda “deriva da necessidade de exercer suficiente controle sobre o emprego da força de trabalho para garantir a adição de valor na produção”. (HARVEY, 1993, p. 118).

Diante da primeira dificuldade, ao contrário do que afirmam os defensores do “dinamismo do mercado”, Harvey coloca que “a celebrada ‘mão invisível’ do mercado [...] nunca bastou por si mesmo para garantir um crescimento estável ao capitalismo” e que “algum grau de ação coletiva – de modo geral, a regulamentação e a intervenção do Estado – é necessário para compensar as falhas do mercado” (HARVEY, 1993, p. 118). Algum grau de intervenção do Estado, portanto, torna-se fundamental não somente para garantir certa estabilidade para a dinâmica de desenvolvimento da economia capitalista, mas, também, para a criação de condições favoráveis à lógica de reprodução e de expansão do capital.

A segunda grande dificuldade enfrentada “num sistema econômico capitalista” está diretamente vinculada à disciplina dos trabalhadores. Para que alguns objetivos sistêmicos do

modo de produção capitalista possam ser atendidos, em especial no que diz respeito ao aumento da produtividade do capital e do trabalho e ao aprofundamento da lógica de produção de mais-valia nas relações diretas entre capital e trabalho, torna-se necessário “disciplinar” quem vive do trabalho. Dificuldade que não é superada com facilidade, pois, como aponta Harvey, a familiarização dos trabalhadores com o processo de produção de mercadorias, a “disciplinação da força-de-trabalho” (ou o “controle do trabalho”) são questões “complicadas”, pois exigem “uma mistura de repressão, familiarização, cooptação e cooperação” dos trabalhadores, o que precisa ser organizado não somente nos locais de trabalho, mas “na sociedade como um todo”. (HARVEY, 1993, p. 119).

Para Harvey, então, o que se passou a partir das últimas décadas do século XX foi uma crise de um padrão de regulação e a emergência de *um novo padrão de regulação das sociedades capitalistas*, comprometido com um conjunto de novas e velhas respostas às duas grandes dificuldades enfrentadas “num sistema econômico capitalista”:

Aceito amplamente a visão de que o longo período de expansão do pós-guerra, que se estendeu de 1945 a 1973, teve como base um conjunto de práticas de controle do trabalho, tecnologias, hábitos de consumo e configurações de poder político-econômico, e de que esse conjunto pode com razão ser chamado de fordista-keynesiano. O colapso desse sistema a partir de 1973 iniciou um período de rápida mudança, fluidez e de incerteza. Não está claro se os novos sistemas de produção e de marketing, caracterizados por processos de trabalho e mercados mais flexíveis, de mobilidade geográfica e de rápidas mudanças nas práticas de consumo garantem ou não o título de um novo regime de acumulação nem se o renascimento do empreendimento e do neoconservadorismo, associado com a virada cultural para o pós-modernismo, garante ou não o título de um novo modo de regulamentação [...]. Mas os contrastes entre as práticas político-econômicas da atualidade e as do período de expansão do pós-guerra são suficientemente significativos para tornar a hipótese de uma passagem do fordismo para o que poderia ser chamado regime de acumulação “flexível” uma reveladora maneira de caracterizar a história recente [...]. (HARVEY, 1993, p. 119).

A análise da dinâmica histórica do capitalismo, em especial a partir da segunda metade do século XX, coloca-se num horizonte que a presente tese não consegue alcançar. De qualquer forma, mesmo que através da identificação de algumas características principais, torna-se importante analisar sobre como o “padrão fordista-keynesiano” enfrentou as duas grandes dificuldades indicadas por Harvey, sobre a crise daquele padrão nas últimas décadas do século XX e sobre as soluções sistêmicas adotadas pelo “sistema econômico capitalista” para superar aquela crise, do que resultou um novo padrão de desenvolvimento capitalista, denominado por Harvey “regime de acumulação flexível”.

Inicialmente, o “padrão fordista-keynesiano” está vinculado, como assinala Harvey, às transformações nos modos de organização da produção e do trabalho realizadas pelas

indústrias norte-americanas no início do século XX: “a data inicial simbólica do fordismo deve por certo ser 1914, quando Henry Ford introduziu seu dia de oito horas e cinco dólares como recompensa para os trabalhadores da linha de montagem” (HARVEY, 1993, p. 121). Transformações que originaram um “modelo fordista” de organização do processo de trabalho e da produção que, no contexto da análise do “padrão fordista-keynesiano”, compreende um amplo conjunto de estratégias capitalistas, organizadas visando aumentar a produtividade do capital e do trabalho e aprofundar a lógica de produção de mais-valia (produção de excedente econômico).

Como “modelo de organização da produção”, o fordismo é conhecido por impulsionar a produção em massa, a racionalização do uso dos diferentes elementos do processo de trabalho (matérias-primas, meios de produção, força-de-trabalho), o aproveitamento dos avanços técnicos e científicos proporcionados pela ciência já a partir do século XIX. David Harvey (1993), a partir de uma sistematização realizada por Erik Swyngedouw, identifica algumas características definidoras do modelo fordista de organização da produção: produção em massa de bens homogêneos; uniformidade e padronização, grandes estoques e inventários; testes de qualidade ex-post (após a produção); produtos defeituosos ocultos nos estoques; perda de tempo da produção por causa de longos tempos de preparo etc.; produção voltada para os recursos; integração vertical; redução dos custos através do controle dos salários. (HARVEY, 1993, p. 167). Enfim, um conjunto de características que inicialmente foram utilizadas pela indústria norte-americana, mas que, ao longo da primeira metade do século XX, se expandiram no Planeta, como referências não somente para a produção industrial, mas, também, para outros setores econômicos. (GOUNET, 1999).

Como “modelo de organização do processo de trabalho”, o modelo fordista também é conhecido por ter introduzido a linha de montagem, a racionalização das atividades dos trabalhadores através de estratégias da simplificação e da fragmentação das atividades, a imposição de uma disciplina rígida e de controle nos locais de trabalho, a separação (radical) entre as atividades de concepção e as atividades de execução. São características do modelo fordista que expressam uma dinâmica de planejamento capitalista do processo de trabalho, mas, também, de luta capitalista contra o poder e a autonomia dos trabalhadores no processo de trabalho; luta já presente nos séculos anteriores, mas que ganhou um impulso histórico a partir da segunda metade do século XIX e início do século XX. (GOUNET, 1999).

Nesse sentido, para uma melhor compreensão do significado histórico do modelo fordista de organização do processo de trabalho é importante a referência ao conjunto de

experiências de disciplinamento dos trabalhadores realizadas (também em indústrias norte-americanas, durante a segunda metade do século XIX e início do século XX) pelo engenheiro norte-americano Frederick Taylor (1856 – 1915).

Frederick Taylor quase sempre é lembrado como um engenheiro que racionalizou processos de trabalho através do controle de tempos e movimentos. No entanto, sua contribuição para o disciplinamento dos trabalhadores à lógica de valorização do capital foi muito além. Ao longo de sua experiência profissional, Taylor realizou um conjunto de estudos sobre: *desenvolvimento de pessoal*, defendendo que quando os trabalhadores são treinados eles tendem a produzir mais e com maior qualidade; *planejamento e atuação nos processos de trabalho*, afirmando a necessidade de estudos científicos de todas as operações que compreendem um processo de trabalho, buscando-se a “forma ótima” de realizá-las; *produtividade e participação dos trabalhadores*, argumentando a necessidade de estratégias de cooptação dos trabalhadores, para que possam cooperar com os objetivos da “organização capitalista”; *controle e normatização das tarefas*, defendendo um controle objetivo sobre as atividades, para as mesmas possam ser realizadas numa sequência racional e num tempo pré-programado, de modo que não haja desperdício de tempos e de movimentos. (RAGO, MOREIRA, 1985).

Esses estudos foram sistematizados pelo próprio Frederick Taylor, numa obra por ele escrita com o título de “Princípios de Administração Científica” (TAYLOR, 1990), e muitas vezes são traduzidos através da indicação de “três princípios básicos”:

Os princípios básicos do Taylorismo são: a) separação programada da concepção/planejamento das tarefas de execução. O administrador expropria o máximo do saber operário, reordenando-o a fim de atender às necessidades de acumulação do capital. As iniciativas e o trabalho cerebral são banidos das oficinas e centrados na administração superior. Segundo Taylor, “*os trabalhadores não são pagos para pensar, mas para executar*”; b) intensificação da divisão do trabalho. Graças ao estudo dos tempos e movimentos é possível decompor-se o trabalho em parcelas elementares e simplificadas e, assim, encontrarem-se maneiras mais rápidas e eficientes de executá-las (“*the on best way*”). Cada tarefa corresponde a um posto de trabalho e, graças a um criterioso processo de recrutamento, é possível destacar-se o operário mais adequado para ocupá-lo [...]; c) controle de tempos e movimentos, objetivando-se eliminar a “porosidade” na jornada de trabalho, isto é, o tempo não dedicado às tarefas produtivas. (CATTANI, 1997, p. 248. Grifos no original).

Assim, mais do que um conjunto de técnicas de controle de tempos e movimentos, o taylorismo é expressão um esforço amplo dos empresários capitalistas do final do século XIX e início do século XX no sentido de disciplinar os trabalhadores, retirando desses o poder no processo de trabalho através da expropriação dos seus saberes, da concentração do saber na

gerência, na imposição de normas e de valores voltados ao aumento da produtividade do trabalho, da criação de um tipo de trabalhador adequado à lógica de racionalização do processo produtivo.

O taylorismo foi incorporado à experiência de reestruturação produtiva ocorrida na indústria automobilística norte-americana no início do século XX, em especial nas indústrias de Henry Ford, formando um “modelo taylorista/fordista” de organização do processo de trabalho. David Harvey, também através da sistematização realizada por Erik Swyngedouw, identifica algumas características principais desse modelo: realização de uma única tarefa pelo trabalhador; pagamento baseado em critérios da definição do emprego; alto grau de especialização de tarefas; pouco ou nenhum treinamento no trabalho; organização vertical do trabalho; nenhuma experiência de aprendizagem; ênfase na redução da responsabilidade do trabalhador (disciplinamento da força-de-trabalho); nenhuma segurança no trabalho. (HARVEY, 1993, p. 167-68).

Nos termos que até então foi apresentado, então, pode-se afirmar que o modelo fordista atendeu, a partir do século XX, à “segunda grande dificuldade” enfrentada pelo “sistema econômico capitalista”, a saber, a disciplina dos trabalhadores. O modelo fordista, no entanto, teve uma amplitude maior. Enquanto experiência histórica de organização da produção capitalista, ainda no início do século ofereceu ao capital respostas à primeira grande dificuldade de um “sistema econômico capitalista”, qual seja, a regulamentação da dinâmica de desenvolvimento capitalista.

Ford acreditava que o novo tipo de sociedade poderia ser construído simplesmente com a aplicação adequada ao poder corporativo. O propósito do dia de oito horas e cinco dólares só em parte era obrigar o trabalhador a adquirir a disciplina necessária à operação do sistema de linha de montagem de alta produtividade. Era também dar aos trabalhadores renda e tempo de lazer suficientes para que consumissem os produtos produzidos em massa que as corporações estavam por fabricar em quantidades cada vez maiores. Mas isso presumia que os trabalhadores soubessem como gastar seu dinheiro adequadamente. Por isso, em 1916, Ford enviou um exército de assistentes sociais aos lares dos seus trabalhadores “privilegiados” (em larga medida imigrantes) para ter certeza de que o “novo homem” da produção de massa tinha o tipo certo de probidade moral, de vida familiar e de capacidade de consumo prudente (isto é, não alcoólico) e “racional” para corresponder às necessidades e expectativas da corporação [...]. (HARVEY, 1993, p. 122).

Ao propor esse controle sobre a “vida fora dos muros da fábrica” Ford não expressava somente uma preocupação enquanto capitalista da indústria automobilística: *se foram criadas as condições para uma produção em massa é necessário, também, que sejam criadas as condições para um consumo em massa*. Mais do que isso, Ford expressava um fenômeno que,

ao longo das primeiras décadas do século XX, se tornou cada vez mais consensual junto às forças econômicas, políticas e sociais comprometidas com a lógica de valorização do capital: alguma intervenção coletiva, visando enfrentar as crises cíclicas do capital, criar certa estabilidade, acomodar os interesses dos trabalhadores aos interesses do sistema econômico capitalista, não era apenas desejável, mas necessária.

Na experiência norte-americana, a “intervenção coletiva” na dinâmica de desenvolvimento da economia capitalista ganhou contornos mais precisos ainda na década de 1930, mais especificamente no governo de Franklin Roosevelt (1933 – 1945), que fez através do Estado (“New Deal”) “o que Ford tentara fazer sozinho”. (HARVEY, 1993, p. 122).

Em meio a contradições, dificuldades, conflitos bélicos e experiências de governos nacionalistas e totalitários que levaram à Segunda Guerra Mundial, a experiência norte-americana ganhou maior legitimidade teórica e política. A crescente hegemonia norte-americana no Ocidente, o também crescente convencimento das forças econômicas, sociais e políticas comprometidas com a reprodução do sistema econômico capitalista, a experiência socialista e os “perigos” por ela representados (na legitimação e, mesmo, sustentação de ações “antissistemas”), certamente foram fatores importantes para que um padrão fordista-keynesiano se tornasse hegemônico, como orientação política e ideológica na maioria das formações sociais capitalistas. E assim, o fordismo chegou “à maturidade como regime de acumulação” e, como tal:

[...] veio a formar a base de um longo período de expansão pós-guerra que se manteve mais ou menos intacto até 1973. Ao longo desse período, o capitalismo os países capitalistas avançados alcançou taxas fortes, mas relativamente estáveis de crescimento econômico [...]. Os padrões de vida se elevaram [...], as tendências de crise foram contidas, a democracia de massa, preservada e a ameaça de guerras intercapitalistas, tornada remota. O fordismo se aliou firmemente ao keynesianismo, e o capitalismo se dedicou a um surto de expansões internacionalistas de alcance mundial que atraiu para a sua rede inúmeras nações descolonizadas [...]. (HARVEY, 1993, p. 125).

De modo que, como afirma Francisco de Oliveira (1998), a partir da Segunda Guerra Mundial se afirmou um novo padrão de desenvolvimento capitalista, um “padrão de financiamento público da economia capitalista”, na medida em que o Estado passou a ter uma importância crucial tanto no financiamento da acumulação de capital quanto no financiamento da reprodução da força-de-trabalho, pois atingiu, pelo menos em alguns países capitalistas centrais, “globalmente toda a população por meio de gastos sociais” (OLIVEIRA, 1998, p. 19). Um “padrão de financiamento público da economia capitalista” que pressupôs que era

possível planejar o desenvolvimento econômico, evitar as crises sistêmicas do capitalismo, controlar os movimentos sociais e políticos impulsionados pelas contradições do sistema capitalista. (OLIVEIRA, 1998).

A dinâmica histórica de acumulação capitalista, no entanto, é propensa a crises e as soluções às crises capitalistas tendem a conduzir a novas crises. Esse pressuposto apresentado por Marx e Engels no “Manifesto do Partido Comunista”² faz sentido para a compreensão da dinâmica histórica de desenvolvimento do “padrão fordista-keynesiano” no período Pós-Segunda Guerra Mundial.

Assim, se aquele padrão de desenvolvimento capitalista se mostrou “funcional” para a dinâmica de reprodução do capital e os interesses do sistema econômico capitalista de enfrentar suas próprias dificuldades já a partir da primeira metade do século XX, durante a década de 1960 já havia sinais de seus limites. David Harvey assinala alguns desses sinais:

De modo geral, o período de 1965 e 1973 tornou cada vez mais evidente a incapacidade do fordismo e do keynesianismo de conter as contradições inerentes ao capitalismo. Na superfície, essas dificuldades podem ser melhor apreendidas por uma palavra: rigidez. Havia problemas com a rigidez dos investimentos de capital fixo de larga escala e de longo prazo em sistemas de produção em massa que impediam muita flexibilidade de planejamento e presumiam crescimento estável em mercados de consumo invariantes. Havia problemas de rigidez nos mercados, na alocação e nos contratos de trabalho [...]. E toda tentativa de superar esses problemas de rigidez encontrava a força aparentemente invencível do poder profundamente entrincheirado da classe trabalhadora [...]. A rigidez dos compromissos do Estado foi se intensificando à medida em que programas de assistência (seguridade social, direitos de pensão etc.) aumentavam sob pressão para manter a legitimidade num momento em que a rigidez na produção restringia expansões da base fiscal para gastos públicos [...]. (HARVEY, 1993, p. 135-36).

A questão é que já a partir da década de 1960, vários indicadores econômicos e sociais assinalavam a incapacidade do modelo fordista-keynesiano de atender às necessidades de reprodução ampliada do capital: estagnação econômica dos países capitalistas centrais, aumento dos índices inflacionários naqueles países, aumento da competitividade internacional, aumento dos gastos com mudança tecnológica, mudanças nos padrões de consumo (pressionando mudanças no modelo de produção fordista, resistente à diversidade e

²[...]. A moderna sociedade burguesa, que fez surgir como que por encanto possantes meios de produção e de troca, assemelha-se ao feiticeiro que já não pode controlar as potências infernais por ele postas em movimento. Há mais de uma década a história da indústria e do comércio não é senão a história da revolta das forças produtivas modernas contra as modernas relações de produção, contra as relações de propriedade que são a condição de existência da burguesia e de seu domínio. [...]. As relações burguesas tornaram-se estreitas demais para conter a riqueza por elas mesmas criadas. E de que modo a burguesia vence tais crises? De um lado, através da destruição forçada de uma massa de forças produtivas; de outro, através da conquista de novos mercados e da exploração mais intensa dos antigos. De que modo, portanto? Mediante a preparação de crises mais gerais e mais violentas e a diminuição dos meios de evitá-las. (MARX & ENGELS, 1989, p. 71-72).

à qualidade), crescente resistência dos trabalhadores em relação aos padrões tayloristas-fordistas de organização do processo de trabalho, crescente pressão dos trabalhadores pelo aumento e pela garantia de direitos sociais e trabalhistas. (HARVEY, 1993). O modelo fordista-keynesiano, que emergiu como possibilidade de resolver as duas grandes dificuldades do sistema econômico capitalista, passou a despertar uma crescente desconfiança nas forças econômicas, sociais e políticas representativas dos interesses do capital. Assim que:

A profunda recessão de 1973, exacerbada pelo choque do petróleo [...] pôs em movimento um conjunto de processos que solaparam o compromisso fordista. Em consequência, as décadas de 70 e 80 foram um conturbado período de reestruturação econômica e de reajustamento social e político [...]. No espaço social criado por todas essas oscilações e incertezas, uma série de novas experiências nos domínios da organização industrial e da vida social e política começou a tomar forma. Essas experiências podem representar os primeiros ímpetus da passagem para um regime de acumulação inteiramente novo, associado com um sistema de regulamentação política e social bem distinta. (HARVEY, 1993, p. 140).

A análise de Harvey permite perceber, portanto, que a partir das últimas décadas do século XX o sistema econômico capitalista foi profundamente reestruturado, tendo essa reestruturação dois eixos principais: uma reestruturação do “regime de acumulação”, compreendendo aqui um conjunto de transformações nos modos de produzir e de trabalhar, nas formas de organização das empresas, nos padrões de consumo, nos mercados de trabalho, na organização dos investimentos capitalistas; e uma mudança no “sistema de regulamentação política e social”, objetivada, fundamentalmente, numa nova configuração de regulação estatal na dinâmica histórica do capitalismo. Harvey indica como resultado daquele processo de reestruturação no sistema econômico capitalista, a emergência de um novo padrão de acumulação capitalista, por ele denominado “acumulação flexível”. Um modo de acumulação que:

[...] se apoia na flexibilidade dos processos de trabalho, dos mercados de trabalho, dos produtos e padrões de consumo. Caracteriza-se pelo surgimento de setores de produção inteiramente novos, novas maneiras de fornecimento de serviços financeiros, novos mercados e, sobretudo, taxas altamente intensificadas de inovação comercial, tecnológica e organizacional. A acumulação flexível envolve rápidas mudanças nos padrões do desenvolvimento desigual [...] criando, por exemplo, um vasto movimento no emprego o chamado “setor de serviços”, bem como conjuntos industriais completamente novos em regiões até então subdesenvolvidas [...]. Ela também envolve um novo movimento que chamarei de “compressão do espaço-tempo” [...] no mundo capitalista – os horizontes temporais da tomada de decisões privada e pública se estreitaram, enquanto a comunicação via satélite e a queda dos custos de transporte possibilitaram cada vez mais a difusão imediata dessas decisões num espaço cada vez mais amplo e variegado. (HARVEY, 1993, p. 140).

Para os fins da presente tese, é importante que alguns aspectos dessas duas grandes

transformações sejam abordados, em especial no que diz respeito às mudanças que ocorreram nos modos de organização da produção e do trabalho, nos mercados de trabalho, no processo de mundialização e de financeirização do capital, nos padrões de atuação do Estado.

Sob o ponto de vista da organização da produção e do trabalho, a partir das últimas décadas as empresas capitalistas promoveram, não sem contradições e com diferenciações significativas entre empresas, setores, regiões (HARVEY, 1993), um profundo processo de *reestruturação produtiva*, aproveitando-se das transformações técnico-científicas e organizacionais para aprofundar a lógica de valorização do capital, em especial na relação direta com os trabalhadores.

Naquele processo de reestruturação produtiva, as “inovações tecnológicas” e o aproveitamento das potencialidades que decorrem da revolução técnico-científica (em especial na área das comunicações/informações) permitiram dinâmicas de automação, maior controle sobre o processo de trabalho e sobre os trabalhadores, aumento da produtividade dos trabalhadores, mesmo a transferência de atividades antes realizadas por trabalhadores assalariados para os próprios consumidores.³

Não com menor importância, nas últimas décadas do século XX as empresas capitalistas promoveram profundas “inovações organizacionais” que, também de forma contraditória e descontínua, relativizaram pressupostos e princípios do modelo taylorista-fordista e se orientaram por “novos modelos” de organização da produção e do trabalho. Dentre esses novos modelos, sem dúvida, o “modelo japonês” tornou-se um “farol para o mundo” (GOUNET, 1998) e merece uma atenção especial na análise.

O “modelo japonês” é uma designação para a experiência de reestruturação produtiva que a indústria automobilística japonesa adotou a partir da década de 1950 e que, depois da década de 1960, em virtude dos ganhos de produtividade do capital e do trabalho, se colocou como uma referência, em todo o Planeta, para processos de reestruturação produtiva em empresas capitalistas, mas, também, em organizações públicas/estatais.

É muito simbólico afirmar, de início, que o modelo japonês foi gestado na Toyota, uma empresa japonesa que, ainda na década de 1940, enfrentou uma forte crise econômica, o que a levou a demitir 1.600 trabalhadores e a colocar como desafio para a sua gerência o aumento

³Um exemplo emblemático se encontra nos serviços bancários que, ao mesmo tempo em que aumentaram já a partir das últimas décadas do século XX, puderam ser – via tecnologias da informação – grandemente transferidos para os próprios correntistas; como ocorre, por exemplo, quando um indivíduo vai pagar suas contas nos caixas eletrônicos, num período passado serviço realizado com a mediação de um trabalhador assalariado.

da produção com o número reduzido de trabalhadores que permaneceram na empresa após as demissões (GOUNET, 1999). Foi naquele contexto que os engenheiros da Toyota, contando com a participação do estado japonês (subsídios, políticas de financiamento para o desenvolvimento tecnológico etc.), gestaram um conjunto de técnicas de organização do processo de produção e de trabalho que Thomas Gounet (1999), num esforço de síntese, apresenta em seis pontos:

1. “A produção é puxada pela demanda”, o que significa dizer que, ao contrário do modelo fordista (cuja produção era puxada pelos recursos da empresa), no modelo japonês a “empresa produz o que é vendido e o consumo condiciona toda a organização da produção”. (GOUNET, 1999, p. 26).

2. Há uma preocupação com a eliminação de tudo que possa significar desperdício (em transporte, na produção propriamente dita, na estocagem, no controle de qualidade), do que resulta a ideia de “estoque zero” – zero atraso, zero estoque, zero defeito, zero pane, zero papel. (GOUNET, 1999, p. 26;29).

3. Promove-se uma ampla flexibilização da produção e do trabalho, o que para os trabalhadores implica na flexibilização das atividades e das responsabilidades. Isso leva ao rompimento da relação “um homem/uma máquina”, típica do modelo taylorista-fordista e à intensificação do trabalho:

[...]. Na Toyota, desde 1955 um trabalhador opera em média cinco máquinas. Enquanto quatro delas funcionam automaticamente, ele carrega, descarrega, prepara a quinta. Se há duas máquinas para operar ao mesmo tempo, ele chama um colega. Isso tem duas consequências imediatas: o trabalho não é mais individualizado e racionalizado conforme o taylorismo; é um trabalho de equipe; a relação homem-máquina torna-se a de uma equipe de operários frente a um sistema automatizado; em segundo lugar, o trabalhador deve tornar-se polivalente para operar várias máquinas diferentes em seu trabalho cotidiano, mas também para poder ajudar o colega quando preciso. (GOUNET, 1999, p. 27).

4. Para organizar a produção de forma racionalizada, “instala-se o Kanban”, um sistema de comunicação (visual) que permite agilizar a produção de acordo com a demanda, mas, também, que a gerência possa ter um maior controle sobre a produção e sobre os trabalhadores. (GOUNET, 1999, p. 27).

5. Como o objetivo da empresa é produzir muitos modelos, mas com séries reduzidas, promove-se uma flexibilização nas tecnologias, nas máquinas, na organização, transformando a empresa num espaço flexível, que precisa se adaptar a cada nova mudança nos modelos e nas séries. (GOUNET, 1999, p. 27-8).

6. Visando racionalizar a produção, a empresa estabelece relações de subcontratação com fornecedores e, em função disso, impõe uma racionalização em toda a rede de empresas que se vinculam ao seu processo produtivo. (GOUNET, 1999, p. 28).

A bibliografia sobre o modelo japonês é muito vasta e, certamente, a referência às indicações de Thomas Gounet não consegue dar conta das implicações desse modelo em dinâmicas de reestruturação produtivas que ocorreram a partir das últimas décadas do século XX, nem de suas repercussões junto aos trabalhadores e nos processos de trabalho. Guilherme Xavier Sobrinho (1997) oferece outra síntese do modelo japonês, discutindo o conteúdo do modelo a partir do que chama de “cinco focos”, que merece atenção para uma reflexão do modelo sobre o trabalho e sobre os trabalhadores. Segundo o autor, na bibliografia que analisa o modelo japonês é possível identificar “cinco focos frequentes da atenção de quem o evoca”: relação capital-trabalho; organização do processo de trabalho; gestão de fluxos de materiais e informação; relações interempresariais e modo de regulação. (XAVIER SOBRINHO, 1997, p. 157-58).

Sob o ponto de vista das *relações capital-trabalho*, o modelo japonês se caracteriza por ser “um regime fabril calcado na cooperação entre capital, gerências e empregados”, implicando, nesse sentido, um “trabalhador subjetivamente engajado à empresa, com sentimento de identificação, compromisso e pertencimento a ela”, tendo como contrapartida da empresa (pelo menos no plano teórico) diferentes tipos de concessão, tais como “benefícios materiais e/ou simbólicos” e políticas de qualificação profissional (XAVIER SOBRINHO, 1997, p. 157). Sob o ponto de vista da *organização do processo de trabalho*, o modelo compreende um conjunto de técnicas e de princípios de organização do processo de trabalho, tais como “aumento da unidade de trabalho”, a “alternância de trabalhadores entre diversos postos”, o trabalho em equipe, maior responsabilização dos trabalhadores no processo (por exemplo, no controle de qualidade, manutenção de máquinas) (XAVIER SOBRINHO, 1997, p. 158). Sob o ponto de vista da *gestão de fluxos de materiais e informações*, também compreende técnicas e princípios de organização da produção, tais como o just-in-time (produzir no tempo certo a quantidade certa), o kanban (técnicas de comunicação no processo produtivo), o kaisen (controle de qualidade integrado no processo), sistema muda (eliminação de desperdícios) (XAVIER SOBRINHO, 1997, p. 158). Sob o ponto de vista das relações interempresariais, o modelo japonês propõe “o fenômeno da focalização”, cada empresa concentrando-se no que é sua “vocaçãõ” e terceirizando as etapas sucessórias. Princípio do qual decorre uma cultura de organização interempresarial que coloca

(no caso da indústria automobilística) as grandes empresas numa posição de quem define as condições de produção e de trabalho de uma “rede de pequenas empresas a elas ‘dedicadas’”. (XAVIER SOBRINHO, 1997, p. 158). E, por fim, sob o ponto de vista do modo de regulação, o modelo compreende um:

[...] aparato institucional [...] incluindo uma regulação do padrão do consumo, políticas fiscais, de crédito e poupança, canalização de investimentos [...] uma vinculação “quase simbólica” entre o Estado e os grandes grupos empresariais, sintetizada, na expressão do MITI (Ministério de Comércio Internacional e Indústria do Japão), como um “sistema de economia de mercado orientado por um plano” [...] (XAVIER SOBRINHO, 1997, p. 158-59).

Essas indicações explicativas do que caracteriza o modelo japonês são importantes para uma análise de suas implicações sobre o trabalho, sobre a organização do processo de trabalho, sobre os trabalhadores. Thomas Gounet, anteriormente citado, analisa algumas dessas implicações, afirmando que “o novo sistema de produção exige ainda mais do trabalho operário que o fordismo” (GOUNET, 1999, p. 29). Para o autor, “a intensificação do trabalho atinge o auge”, pois, no modelo japonês, um trabalhador compromete-se com mais de uma atividade, a gerência preocupa-se permanentemente com a intensificação do trabalho e uma nova cultura, a cultura do “gerenciamento *by stress* (por tensão)” se afirma nos locais de trabalho. Sobre essa última, vale a ilustração oferecida por Gounet:

[...]. Em toda a cadeia de produção há sinais luminosos com três luzes: verde, tudo em ordem; laranja, há superaquecimento, a cadeia avança com velocidade excessiva; vermelha, há um problema, é preciso parar a produção e resolver a dificuldade. Alguém poderia acreditar que o objetivo é acender em todos os setores um verde tranquilizador. Nada disso! Se a luz está verde é sinal de que existem problemas latentes, que não aparecem. É preciso acelerar o fluxo. Assim, a cadeia estará no limite da ruptura. Os problemas aparecerão. A empresa poderá remediá-los e elevar a produtividade, o desempenho [...]. É preciso portanto que os sinais oscilem permanentemente entre o verde e o laranja, o que significa uma elevação constante do ritmo de produção. (GOUNET, 1999, p. 29-30).

Além disso, Gounet registra duas outras formas de flexibilidade do trabalho e dos trabalhadores que são ilustrativas do alcance do modelo japonês a partir das últimas décadas do século XX. A primeira delas indica que a “flexibilidade da produção exige flexibilidade do trabalho e dos trabalhadores” e, nesse sentido, se o mercado oscila (ora a empresa vende mais, ora as vendas baixam) é preciso que a empresa possa contar com uma flexibilidade numérica das horas dos trabalhadores, o que se resolve de duas formas principais: “ou os operários são obrigados a fazer horas extras ou a empresa contrata assalariados temporários” (GOUNET, 1999, p. 30). A segunda delas indica que, para trabalhar em equipe, o operário precisa ser “polivalente”, ou seja, precisa ter diferentes competências (saber-fazer, saber-saber, saber-

gerencial, saber-comportamental), ainda que “os salários não são corrigidos à altura do aumento da qualificação”. (GOUNET, 1999, p. 30).

Sobre essa última flexibilidade, cabe o registro que o SENAI (Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial), sabidamente um importante espaço político e institucional utilizado pelos setores empresariais (da indústria) no Brasil para o desenvolvimento de suas políticas de “profissionalização” dos trabalhadores, adotou (ainda durante a década de 1990) um “modelo de formação profissional”, a partir do qual o desenvolvimento de competências técnicas, organizacionais, cognitivas não é relativizado, mas observa-se uma ênfase no desenvolvimento de competências comportamentais (ARAÚJO, 1997).

Segundo o referido modelo, denominado “Modelo PETRA” (Projeto e Transferência), a qualificação profissional deve compreender o desenvolvimento de cinco “qualificações-chave” (como “qualificações transversais”), a partir das quais são aplicadas técnicas com o objetivo de promover 39 qualidades pessoais nos estudantes (ARAÚJO, 1997), tal como segue: qualificação-chave *organização e execução do trabalho* – qualidades pessoais de “autossuficiência”, “capacidade de autoavaliação”, “capacidade de planejamento”, “coordenação”, “determinação”, “precisão”, “racionalização” e “zelo”; qualificação-chave *comunicação interpessoal* – qualidades pessoais de “cooperação”, “empatia”, “imparcialidade”, “integração”, “liderança emergencial”, “manutenção do diálogo”, “objetividade na argumentação”, “participação” e “receptividade”; qualificação-chave *autodesenvolvimento* – “capacidade de pesquisa”, “capacidade de solução de problemas”, “capacidade de transferência”, “expressão oral e escrita”, “generalização”, “leitura e interpretação de texto”, “leitura e interpretação de desenhos e circuitos”, “prontidão para aprender” e “utilização de técnicas de aprendizagem”; qualificação-chave *autonomia e responsabilidade* – “consciência de qualidade”, “consciência de segurança”, “disciplina”, “envolvimento”, “iniciativa”, “julgamento” e “reconhecimento das suas próprias limitações”; qualificação-chave *resistência à pressão* – qualidades pessoais de “atenção”, “capacidade de concentração”, “compensação de posturas físicas”, “flexibilidade”, “perseverança” e “prontidão para ouvir”. (ARAÚJO, 1997, p. 122-23).

Note-se, nesse sentido, que a “polivalência” dos trabalhadores sugerida pelo modelo japonês alcança um nível elevado de flexibilização dos conhecimentos e das práticas laborativas dos trabalhadores, exigindo deles a adaptação a valores avaliados como importantes para o desenvolvimento de uma cultura de competitividade e de valorização do capital. Muito simbólica a indicação de que uma qualificação-chave é a capacidade de

“resistir à pressão”. Num contexto histórico de flexibilidade numérica dos trabalhadores, de intensificação da competitividade, de “utilização decrescente do valor de uso das mercadorias” (do que resulta a necessidade de “inovar”, criar formas de introdução de novos “produtos” no mercado), espera-se que os trabalhadores não somente interiorizem noções como, por exemplo, “tudo é para ontem”, “é importante se antecipar”, “é importante se reciclar”, “as metas precisam ser alcançadas”, mas, fundamentalmente, que essas noções sejam naturalizadas como um “dever ser”, um pressuposto para a “empregabilidade individual”.⁴

Mas é importante perceber que as duas formas de flexibilidade do trabalho e dos trabalhadores, anteriormente referidas a partir das indicações de Thomas Gounet e de Guilherme Xavier Sobrinho, apontam para um pressuposto fundamental de realização do modelo japonês, qual seja: para que o modelo possa “funcionar” é necessária uma intervenção do Estado não somente na economia (atuação direta na construção de infraestrutura, política de crédito e de subsídios fiscais, investimentos em ciência e tecnologia etc.), mas, também, nas relações sociais e trabalhistas, visando criar condições favoráveis para que as empresas possam “flexibilizar” o trabalho em decorrência da “flexibilização da produção” (se as exigências, em termos de produção, oscilam de acordo com o mercado é necessária uma legislação que permita as empresas contratarem e demitirem – sem grandes custos – os trabalhadores temporários utilizados nos momentos de alta da produção; as relações de trabalho precisam, portanto, ganhar uma natureza efêmera).

Como afirma Ricardo Antunes (1999), uma das características fundamentais do modelo japonês se expressa através de movimentos de terceirização, por intermédio do qual as empresas buscam racionalizar o processo produtivo:

[...] preservando dentro das empresas matrizes um número reduzido de trabalhadores, mais qualificados, multifuncionais e envolvidos com o seu ideário, bem como ampliando o conjunto flutuante e flexível de trabalhadores com o aumento das horas-extras, da terceirização no interior e fora das empresas, da contratação de trabalhadores temporários etc., opções estas que são diferenciadas em função das condições do mercado em que se inserem. Quanto mais o trabalho se distancia das empresas principais, maior tende a ser a sua precarização [...]. (ANTUNES, 1999, p. 57).

⁴A Revista Exame, em matéria publicada no dia 03 de setembro de 2012 e assinada por Camila Patti, indica “5 atitudes para agüentar a pressão no trabalho”. Na matéria, a pressão é naturalizada como uma presença nos locais de trabalho, principalmente “nos últimos meses do ano”, quando “metas, prazos apertadíssimos e cobranças por resultados costumam assombrar empresas e profissionais”. A questão é que, “mesmo sendo uma realidade, é fato de que nem todo profissional consegue lidar bem com a pressão”. Diante dessa condição humana de trabalho, em que “a cobrança é contínua”, “os prazos vão expirar e a tendência, infelizmente, é de mais pressão vindo por aí”, os “especialistas” têm “dicas” para que o trabalhador possa “se organizar e dar conta do recado”: “ser transparente; “definir prioridades e negociar prazos”; “fazer um cronograma”; “desligar-se quando puder”. (PATTI, 2012).

Para que esse processo de terceirização se efetive, em especial nas condições indicadas por Antunes (“quanto mais o trabalho se distancia das empresas principais, maior tende a ser a sua precarização”), é preciso que o Estado não somente revise as regras existentes e que regulamentam as relações entre capital e trabalho, mas, também, que as torne mais flexíveis, garantindo que os capitalistas possam usar o pressuposto do desengajamento, da efemeridade, nas relações que estabelecem com os trabalhadores.

Vinculado a essas dinâmicas de flexibilização dos trabalhadores, das legislações trabalhistas, das formas de uso da força-de-trabalho, os próprios *mercados de trabalho* foram reestruturados, consolidando-se *tendências de fragmentação e de segmentação de ocupações*, das *formas de trabalho*, dos *trabalhadores*. No fragmentado e segmentado mercado de trabalho que se configurou, como tendência geral é possível observar, segundo a análise de Harvey, um “centro”, formado por trabalhadores que têm emprego “em tempo integral” e com um nível de segurança maior, e uma “periferia”, formada por dois grupos principais: o primeiro formado por trabalhadores que têm ocupações em tempo integral, mas com “habilidades facilmente disponíveis no mercado de trabalho”, o que o caracteriza por “uma alta taxa de rotatividade” e por um grau de insegurança bastante elevado; o segundo formado por trabalhadores “em tempo parcial, empregados casuais, pessoal com contrato por tempo determinado, temporários, subcontratação e treinados com subsídio público, tendo ainda menos seguranças no emprego do que o primeiro grupo periférico”. (HARVEY, 1993, p. 144).

Não sem contradições, esse processo de reestruturação dos mercados de trabalho implica diferentes tipos de precarização do trabalho, pois impõe para muitos trabalhadores uma condição de insegurança nos empregos (formas de empregabilidade temporárias, de meio expediente, casuais), de insegurança nos salários (não somente por que esses trabalhadores tendem a ganhar menos nesses empregos inseguros, mas, também, por que a efemeridade da ocupação tende a corroer a remuneração que recebem pelo trabalho realizado), de insegurança na contratação do trabalho (na medida em que, muitas vezes, essas ocupações não têm uma proteção legal, se realizam na informalidade) e, mesmo, de insegurança na representação sociopolítica, pois expressão de movimentos de dispersão, de fragmentação, de individualização das relações de trabalho, dificultando, não raras vezes, a construção de uma identidade de classe entre os trabalhadores. (HARVEY, 1993; ANTUNES, 1999).

Se um processo de precarização do trabalho já estava presente nos novos modelos de gestão do trabalho e da produção e nas novas configurações dos mercados de trabalhonas

últimas décadas do século XX, é importante destacar que o mesmo ganhou proporções ainda maiores na medida em que o capital se mundializou.

A “mundialização do capital”, evidentemente, tem implicações diversas e contraditórias, tanto sob o ponto de vista do trabalho, da organização dos mercados de trabalho, mas, também, nos padrões de produção e de consumo, mesmo nas dinâmicas (locais, regionais e nacionais) de desenvolvimento. Como explicava François Chesnais, ainda nos anos 1990, a mundialização do capital “traduz a capacidade estratégica de todo grande grupo oligopolista, voltado para a produção manufatureira ou para as principais atividades de serviços, de adotar, por conta própria, um enfoque e conduta ‘globais’”. (CHESNAIS, 1996, p. 17).

A adoção da “conduta global” pode ocorrer por diferentes razões: busca de novos mercados consumidores, consolidação da presença em mercados consumidores já existentes, aproveitamento de condições espaciais favoráveis à incorporação tecnológica, políticas públicas de atração ao capital, arranjos institucionais atrativos aos investimentos do capital (CHESNAIS, 1997; CASTELLS, 1999). Mas a “conduta global” decorre, também, da fuga de locais que exigem compromissos em relação à regulamentação econômica e social e a busca de espaços mais favoráveis para a acumulação do capital na relação direta com o trabalho: a busca de espaços com menores salários, com menor poder de organização política dos trabalhadores, com legislações mais permissivas para que o capital possa impor relações de trabalho mais “competitivas”.

Boaventura de Sousa Santos (1996), ainda na década de 1990 e analisando a “globalização da economia”, ilustrava esse processo de deslocamento da produção implicado na dinâmica de mundialização do capital. Segundo Santos, nas últimas décadas do século XX se assistiu “a deslocação da produção mundial para a Ásia consolidando-se esta como uma das grandes regiões do sistema mundial” (SANTOS, 1996, p. 289). Os exemplos registrados pelo autor são ilustrativos: em 1965, a América do Norte era responsável por 37,2% e a Europa por 34,5% da produção mundial de televisores; em 1989, essas participações diminuíram para 16,4% e 16,1%, respectivamente; enquanto isso, a participação da Ásia, que era de 14,2% em 1965, aumentou para 58,2%. (SANTOS, 1996, p. 289).

Observe-se, no entanto, que Santos refere-se a um período ainda anterior às transformações que ocorreram nas “sociedades socialistas” da Ásia, em especial a China, que a partir dos anos 1990 (e principalmente no início do século XXI) passou a ser o destino de

quantias volumosas de investimento do capital internacional.

Certamente a China é um exemplo emblemático desse processo recente de precarização do trabalho que decorre do deslocamento do trabalho impulsionado pela mundialização do capital. A China, pelo menos desde os anos 1990, se configurou como um espaço de utilização da força-de-trabalho absolutamente atrativo para os interesses do capital. Leslie Chang, no livro “As garotas da Fábrica” (CHANG, 2010), registra que nas fábricas chinesas é muito comum jornadas de 12 a 16 horas diárias e que os salários baixos, a falta de regulamentação trabalhista, o controle governamental sobre os sindicatos, a possibilidade de oferecer condições desumanas de trabalho são alguns dos atrativos para as empresas multinacionais. O relato de Chang sobre as condições de trabalho de Min (uma trabalhadora da fábrica Carrin Electronics, empresa com sede em Hong Kong e que fabricava despertadores, calculadoras e calendários eletrônicos que exibiam as horas do dia em cidades do mundo inteiro) é ilustrativo:

O dia na linha de montagem se estendia das oito da manhã até a meia-noite — treze horas de trabalho, mais dois intervalos para refeições —, e as operárias trabalhavam diariamente, semanas a fio. Às vezes, na tarde de sábado, não tinham de fazer hora extra, e era sua única folga. Ganhavam 400 iuanes por mês — o equivalente a 50 dólares — e quase o dobro disso com as horas extras, mas muitas vezes o pagamento atrasava. A fábrica empregava mil pessoas, em sua maioria mulheres, fossem adolescentes recém-saídas de casa, fossem mulheres casadas de mais de trinta anos. Podia-se avaliar a qualidade do local de trabalho vendo quem estava faltando: mulheres jovens, na faixa dos vinte anos, a elite do mundo fabril. Quando se via sentada na linha de montagem todo dia pelos próximos dez anos, Min ficava horrorizada. Ela tinha 16 anos.

Ela quis ir embora tão logo entrou na fábrica, mas havia se comprometido a ficar seis meses. Teria que aguentar, pois por enquanto ela não tinha muitas alternativas. A idade legal para o trabalho era 18 anos, embora com 16 e 17 fosse possível obter certos empregos com uma carga horária reduzida. De maneira geral, só mesmo um empregador em frontal desrespeito às leis trabalhistas — “as fábricas mais sujas mesmo”, dizia Min — contrataria alguém da sua idade.

Era proibido conversar no trabalho, o que podia acarretar uma multa de 5 iuanes. Os intervalos para ir ao banheiro duravam no máximo dez minutos, sendo necessário assinar uma lista. Min trabalhava no controle de qualidade, fiscalizando os produtos eletrônicos que passavam na linha de montagem, para ver se os botões funcionavam, as peças de plástico se encaixavam e as baterias estavam em ordem. Não era uma operária padrão. Estava constantemente tagarelando e cantando com as outras mulheres da linha. [...]. Por sua causa, a fábrica baixou uma norma limitando as idas ao banheiro a uma a cada quatro horas; a penalidade pelas violações era de 5 iuanes. (CHANG, 2010, p. 13-14).

Situações tão ou mais dramáticas às relatadas por Leslie Chang foram emocionalmente ilustradas num documentário dirigido por Marie-France Collard, *Operárias do Mundo*. O documentário acompanha o fechamento de empresas da multinacional Levi's na França e na Bélgica e o deslocamento da produção para países como, por exemplo, a Turquia, a Indonésia

e as Filipinas. A partir do documentário percebe-se, claramente, que, por um lado, o deslocamento do trabalho permite que a empresa mantenha a mesma produção com uma intensidade muito maior de exploração sobre o trabalho: segundo o documentário, somente o deslocamento da Europa para fábricas na Turquia representava lucros superiores aos 400% para a Levi's. Mas, por outro lado, o deslocamento do trabalho impõe às trabalhadoras europeias o desemprego e o subemprego, a fragilização de suas lutas sindicais, o comprometimento de suas rendas e de seus projetos (presentes e futuros) de vida; ao mesmo tempo em que cria empregos em outras partes do mundo caracterizados pela extrema precariedade, muitas vezes realizado em condições clandestinas (resultado de processos de terceirização), onde crianças e adolescentes podem estar trabalhando e os trabalhadores não têm condições minimamente dignas de trabalho, além de receberem salários extremamente baixos (o documentário apresenta o contracheque de uma operária da Indonésia, registrando uma jornada de trabalho de sessenta horas semanais, com um salário mensal de 76 euros no mês – 19 euros por semana de trabalho). (COLLARD, 2000).

É nesse sentido que se pode afirmar, com David Harvey, que no contexto da mundialização do capital a “queda de barreiras espaciais” implica numa valorização dos espaços, que se tornam, inclusive, bases a partir das quais a luta de classes se estabelece:

[...]. O aumento da competição em condições de crise coagiu os capitalistas a darem muito mais atenção às vantagens localizacionais relativas, precisamente porque a diminuição das barreiras espaciais dá aos capitalistas o poder de explorar, com bom proveito, minúsculas diferenciações espaciais. Pequenas diferenças naquilo que o espaço contém em termos de oferta de trabalho, recursos, infraestrutura etc. assumem crescente importância. O domínio superior do espaço é uma arma ainda mais poderosa na luta de classes; ele se torna um dos meios de aplicação da aceleração e da redefinição de habilidades a forças de trabalho recalcitrantes. A mobilidade geográfica e a descentralização são usadas contra um poder sindical que se concentrava tradicionalmente nas fábricas de produção em massa. A fuga de capitais, a desindustrialização de algumas regiões e a industrialização de outras e a destruição de comunidades operárias tradicionais como bases de poder na luta de classes se tornam o pivô na transformação espacial sob condições de acumulação mais flexíveis [...]. (HARVEY, 1993, p. 265).

Por fim, sem que com isso se pretenda indicar um fechamento da análise sobre o processo de reestruturação produtiva promovida pelo capital a partir das últimas décadas do século XX, cabe destacar outra característica daquele processo (também com repercussões significativas sobre o trabalho e sobre os trabalhadores): a *financeirização da economia*.

François Chesnais (1996) analisou o “movimento próprio da mundialização financeira”, do qual resultou (já no final do século XX) “o mais alto grau de mobilidade” financeira, numa condição histórica em que os investimentos externos diretos do setor

financeiro passaram a ser a principal forma de investimento externo direto em todo o Planeta (CHESNAIS 1996, p. 239). Segundo Chesnais, o movimento de financeirização do capital se iniciou durante as décadas de 1960/70, quando o sistema de Bretton Woods passou a ser crescentemente questionado, afinal o sistema econômico financeiro que, no período posterior à Segunda Guerra Mundial, criou um sistema nacional e internacional de regulamentação dos mercados financeiros (sob a hegemonia do dólar e dos interesses norte-americanos). Naquele momento, em que a própria crise do petróleo criou um grande ativo financeiro, mas que, também, a estagnação econômica impulsionou um crescente interesse nos grupos econômicos no sentido de buscarem formas de valorização puramente financeiras,

[...] certos governos [...] permitiram que o capital monetário concentrado começasse a se livrar dos entraves das legislações nacionais e a expandir-se sem mais ter de se submeter a medidas de controle e enquadramento da criação de crédito [...]. (CHESNAIS, 1996, p. 252).

Foi naquele contexto histórico também que, em busca de espaços atrativos de valorização, o capital financeiro internacional encontrou em muitos países do chamado “Terceiro Mundo” um local acolhedor, dando início a um processo de endividamento que, já durante a década de 1980, colocaria em crise a dinâmica capitalista adotada pela maioria dos países da periferia capitalista. Como foi o caso do Brasil, cujos governos militares encontraram no endividamento externo uma fonte de financiamento da dinâmica de crescimento econômico adotada na década de 1970 (mais especificamente, no período entre 1968 e 1974, no que ficou conhecido como “milagre brasileiro”, dado as médias elevadas de crescimento do Produto Interno Bruto no País); no início da década de 1980, o endividamento chegou a proporções em que os governos brasileiros passaram a ter crescentes dificuldades de pagamento, iniciando-se, então, um período de subordinação da ação governamental à lógica de valorização do capital financeiro. (CANO, 2000).

O “movimento de financeirização do capital” teve continuidade no final da década de 1970 e início da década de 1980, quando os governos dos Estados Unidos e da Inglaterra iniciaram um movimento de desregulamentação monetária e financeira que se consolidaria somente na década de 1990, através de “três elementos constitutivos no estabelecimento da mundialização financeira”: “a desregulamentação ou liberalização monetária e financeira, a desintermediação e a abertura dos mercados financeiros nacionais”. (CHESNAIS, 1996, p. 261).

Através da desregulamentação ou liberalização monetária e financeira os mercados

financeiros passaram a ser crescentemente condicionados pelos interesses do capital financeiro, inclusive relativizando o poder dos bancos centrais na própria definição das taxas (nacionais) de juros (CHESNAIS, 1996, p. 261-62). A desintermediação expressou um movimento de deslocamento dos investimentos particulares que, num contexto de crescente predomínio de uma lógica de mercado, procuraram “fundos que oferecem maior rentabilidade” (CHESNAIS, 1996, p. 263). Por fim, a abertura dos mercados financeiros nacionais expressou um também movimento histórico de crescente integração, promovida pelos governos nacionais, dos mercados financeiros nacionais no processo de mundialização do capital financeiro (abrindo-se uma fase em que esse capital passou a contar com uma liberdade nunca antes existente para “migrar” de mercado para outro). (CHESNAIS, 1996, p. 264).

A partir da década de 1990, “a incorporação dos chamados mercados financeiros ‘emergentes’ diretamente às redes de finanças” representou, então, uma terceira “etapa mais recente da mundialização financeira” (CHESNAIS, 1996, p. 265). Embora não sejam todos mercados novos, os principais mercados que marcam essa fase da mundialização do capital financeiro ganharam importância em virtude da crise da experiência socialista no Leste europeu e na Ásia, criando possibilidades realmente novas para esse tipo de capital. (CHESNAIS, 1996, p. 266).

A análise das repercussões do processo de financeirização da economia sobre o trabalho e os trabalhadores também se coloca num horizonte que essa tese não consegue alcançar. De qualquer forma, é importante registrar que já a partir da década de 1990 as facilidades de crédito criadas pelo mercado financeiro liberalizado, que também adquiriu grande liberdade para definição do “custo do dinheiro” que empresta, impulsionaram um endividamento muito significativo de parcelas significativas da população, em vários e diferentes países. Impulsionaram, por assim dizer, uma “cultura do endividamento”, grandemente facilitada pela própria ação dos governos, mas, fundamentalmente, pela ação “facilitadora do crédito” adotada pelo próprio capital financeirizado. Zygmunt Bauman, no livro “Vida a Crédito” (2010), ilustra essa cultura do endividamento nas sociedades contemporâneas, ao afirmar que o capital financeiro já criou nos indivíduos o “hábito, cultivado com cuidado e agora já bastante arraigado, de correr para os empréstimos cada vez que temos um problema para resolver ou uma dificuldade a superar”. (BAUMAN, 2010, p. 34).

Não é demais registrar que essa cultura do endividamento cumpre diferentes

“funcionalidades para o capital”. Ela está inserida no movimento mesmo do capital financeirizado que, com o alto grau de liberdade que alcançou, consegue impor “custos” para sua utilização que são altamente vantajosos para a valorização do capital (a título de exemplo, as taxas de juros do cartão de crédito no Brasil passaram dos 400% ao ano em 2015). Ela tem uma funcionalidade, também, no acesso ao mercado consumidor, criando condições favoráveis ao desenvolvimento da cultura consumista, sem a qual as crises do capital (crises de superprodução) se manifestariam ainda de forma mais intensa; exemplo disso pode ser encontrado na indústria automobilística no Brasil que, segundo dados da Associação Nacional das Empresas Financeiras das Montadoras (ANEF), tem apenas 28% de suas vendas efetivadas com pagamentos à vista, sendo o restante financiado (GABRIEL, 2011).

Mas a cultura do endividamento tem outra funcionalidade, tão ou mais importante do que as duas já registradas: ela, assim como a estratégia de Ford no começo do século XX, é um instrumento de cooptação dos trabalhadores, favorecendo a interiorização (da ilusão) de uma realização pessoal e coletiva (a utopia da sociedade do consumo) nos quadros históricos de produção e de reprodução das relações sociais capitalistas.

Contudo, certamente o processo de financeirização da economia, analisado em suas repercussões sobre os trabalhadores, tem uma importância maior quando se considera o grau de dependência dos Estados nacionais, em todo o Planeta, à lógica de valorização do capital financeiro.

Novamente, o caso brasileiro pode ser ilustrativo: quando se observa que, anualmente, o governo brasileiro “reserva” mais de 40% de suas receitas para o pagamento dos serviços da dívida pública, percebe-se também que, em detrimento dessa dependência, os gastos com saúde, com educação, com habitação, com criação de trabalho e de renda, enfim, com o planejamento e a execução de políticas públicas capazes de atender às necessidades da ampla maioria dos trabalhadores fica absolutamente comprometida. Segundo dados da ONG “Auditoria Cidadã da Dívida”, em 2014 o governo brasileiro (governo federal) “gastou R\$ 978 bilhões com juros e amortizações da dívida pública, o que representou 45,11% de todo o orçamento efetivamente executado no ano”; a quantia referida correspondeu, naquele ano, “a 12 vezes o que foi destinado à educação, 11 vezes aos gastos com saúde, ou mais que o dobro dos gastos com a Previdência Social”. (AUDITORIA CIDADÃ DA DÍVIDA, 2016).

Num contexto histórico em que o capital ganhou uma natureza predominantemente financeira e se tornou um capital mundializado, o que se observa, principalmente nos países capitalistas periféricos (como são os países latino-americanos), é uma vulnerabilidade externa

desses países que decorre de suas fragilidades diante da lógica de valorização do capital financeiro. Analisando essa dependência financeira nos países latino-americanos Marisa Amaral (2016) destaca que a maioria desses países, desde a década de 1990, vivencia uma espécie de círculo vicioso

[...] pautado numa dinâmica de atração de capitais externos de curto prazo para fazer face aos desequilíbrios no balanço de pagamentos – o que faz aumentar a dívida externa – sendo que isto é feito por meio da elevação dos juros domésticos – o que faz aumentar a dívida interna e, para além disso, desestimula investimentos produtivos e o próprio consumo, travando o crescimento e a produção de valor [...]. (AMARAL, 2016, p. 7).

Para dar sustentabilidade a essa lógica subordinada ao capital financeiro, os governos nacionais praticam políticas econômicas que perseguem “superávits primários”, “destinados ao pagamento dos juros e amortizações das dívidas e até mesmo para que a entrada de mais recursos possa ser garantida, tendo em vista a “confiabilidade” promovida por essas práticas. (AMARAL, 2016, p. 7). Práticas que, nas palavras de Marisa Amaral:

[...] fazem diminuir os gastos públicos e reduzir a intervenção do Estado mesmo (ou inclusive) nas áreas que são de sua responsabilidade por definição, o que significa fundamentalmente perdas sociais, de tal forma que esta esfera – e toda a dinâmica da economia nacional – passa a ser subordinada aos interesses e humores do capital financeiro globalizado. Tudo isto acompanhado de mais endividamento e de uma conseqüente e intensa transferência de recursos para o exterior – seja nesta forma de juros e amortizações, seja na forma de dividendos por parte das grandes empresas transnacionais que se instalam na periferia, seja na forma de royalties por conta da dependência tecnológica –, numa dinâmica incessante e extremamente nociva.

Ocorre, então, a perda de autonomia das políticas nacionais para esses países – o Estado se vê a serviço e à mercê do capital financeiro –, com uma forte restrição externa ao crescimento, que se explica pelos seus déficits em conta corrente e pela então necessidade de manutenção de altas taxas de juros como forma de atrair capitais que possam cobri-los, implicando em ampliação da dívida e do passivo externo dessas economias [...]. (AMARAL, 2016, p. 7).

É de fundamental importância que se constate que a financeirização da economia, o processo de mundialização do capital e, mesmo, a afirmação de novas formas de organização do processo de trabalho e da produção, somente tornaram-se possíveis num contexto de “políticas de liberalização, de privatização, de desregulamentação e de desmantelamento de conquistas sociais e democráticas, que foram aplicadas desde o início da década de 1980”. (CHESNAIS, 1996, p. 34).

Foi preciso, nesse sentido, uma investida histórica em favor do desmantelamento do padrão público de regulação das economias capitalistas, em especial no que diz respeito às políticas de regulação social que garantiram, fundamentalmente nos países capitalistas

centrais, um período (no pós II Guerra Mundial) de avanços sociais e trabalhistas. Ou seja, foi necessário que *um padrão neoliberal de atuação estatal* se expandisse no “mundo capitalista”.

Embora o neoliberalismo, enquanto movimento teórico, já estivesse presente no período posterior à Segunda Guerra Mundial (ANDERSON, 1995), enquanto orientação política e ideológica de governos, tanto de formações sociais capitalistas quanto de formações sociais socialistas (a partir da década de 1990), ganhou projeção global durante a década de 1970 e início da década de 1980, mais especificamente através do governo norte-americano de Ronald Reagan (1981 – 1989) e do governo inglês de Margareth Thatcher (1979 – 1990). (ANDERSON, 1995).

Ao longo da década de 1980, o neoliberalismo ganhou maior alcance na condução de políticas governamentais, projetando-se, no final daquela década e com a crise da experiência de socialismo real (nesse sentido, a queda do Muro de Berlim, em 1989, é simbólica), como ideologia política hegemônica, apresentada pelas principais instituições globais do capitalismo (FMI – Fundo Monetário Internacional; Banco Mundial) como base de sustentação de programas de governo capazes de oferecer às formações sociais não somente soluções para as suas crises, mas, também, estratégias de “inserção competitiva” na “economia mundial”, cada vez mais “globalizada”. (ANDERSON, 1995).

Teoricamente, o neoliberalismo pode ser definido como uma ideologia crítica ao chamado estado de bem-estar social e uma defesa de uma maior liberdade para o mercado poder definir as condições de desenvolvimento e de valorização do capital. Como afirma Reginaldo Moraes (2001),

Aquilo que se tem chamado de neoliberalismo, como dissemos, constitui em primeiro lugar uma ideologia, uma forma de ver o mundo social, uma corrente de pensamento [...].

O liberalismo clássico havia assestado suas baterias contra o Estado mercantilista e as corporações. Os neoliberais procuraram desde logo construir um paralelo com aquela situação, para justificar seu combate e apresentá-lo como a continuação de uma respeitável campanha antiabsolutista. Segundo eles, os inimigos vestiam agora outros trajes, mas revelavam as mesmas taras e perversões. Um desses inimigos era o conjunto institucional composto pelo Estado de bem-estar social, pela planificação e pela intervenção estatal na economia, tudo isso identificado com a doutrina keynesiana. O outro inimigo era localizado nas modernas corporações - os sindicatos e centrais sindicais, que, nas democracias de massas do século XX, também foram paulatinamente integrados nesse conjunto institucional. Além de sabotar as bases da acumulação privada por meio de reivindicações salariais, os sindicatos teriam empurrado o Estado a um crescimento parasitário, impondo despesas sociais e investimentos que não tinham perspectiva de retorno. (MORAES, 2001, p. 13).

No entanto, principalmente a partir da década de 1980 o neoliberalismo ganhou uma

conotação de “programa governamental”, constituído por um conjunto de princípios, pressupostos, de políticas que visaram (e visam) criar condições mais favoráveis à valorização ampliada do capital através da defesa de reformas comprometidas com a relativização de direitos sociais e trabalhistas alcançados pelos trabalhadores e, ao mesmo tempo, com a criação de condições mais favoráveis para que as empresas capitalistas (em especial, as grandes empresas capitalistas) alcancem maior “inserção competitiva” num contexto histórico de mundialização do capital.

Nesta perspectiva, para a América Latina é importante fazer referência ao conjunto de políticas (neoliberais) que, ainda a partir da década de 1980, passaram a ser “sugeridas” pelo Banco Mundial e pelo FMI aos governos nacionais, como condição de renegociação das dívidas e de oferta de novos empréstimos. Aquele conjunto de políticas foi sintetizado através de um “pacote” apresentado no final da década de 1980, conhecido como “Consenso de Washington”, um conjunto de dez políticas de governos: disciplina fiscal, reordenamento das prioridades dos gastos públicos, reforma tributária, liberalização do setor financeiro, manutenção de taxas de câmbio competitivas, liberalização comercial, atração de investimentos estrangeiros, privatização de empresas estatais, desregulamentação econômica e social e proteção a direitos autorais.(NEGRÃO, 1998, p. 43-45).

O “pacote neoliberal” imposto pelo FMI e pelo Banco Mundial não estruturou as ações governamentais nos países latino-americanos, mas, no entanto, a partir da eleição de forças sociais e políticas comprometidas com o ideário neoliberal, passou a condicionar a definição de agendas governamentais que, em muitos casos, se mostraram exitosas na execução de políticas de reestruturação do Estado a partir dos pressupostos neoliberais: redução e focalização de gastos estatais em áreas sociais; privatização de empresas públicas; concessão para a iniciativa privada de serviços públicos; reformas nas legislações trabalhistas e previdenciárias; políticas de atração aos investimentos do capital mundializado etc..

O caso brasileiro é ilustrativo, na medida em que durante a década de 1990 teve governos nacionais comprometidos com a execução de políticas neoliberais. Ainda que a orientação das políticas governamentais tenha sido “neoliberal”, o processo de democratização iniciado durante a década de 1980 dificultou a criação de condições históricas para que muitas das políticas neoliberais tivessem o alcance que seus defensores pretendiam que tivessem. Exemplo disso foram as propostas de reforma trabalhista e previdenciária que, mesmo colocadas nas agendas governamentais (do governo Collor de Melo – 1990 – 1992; dos dois governos de Fernando Henrique Cardoso – 1995 – 1998 e 1999 – 2002), encontraram

fortes resistências populares, sociais e políticas, e pouco avançaram naquele período. (CANO, 2000).

Não está entre os objetivos da presente tese entrar nas particularidades (das formações sociais capitalistas) de um fenômeno que se colocou como estrutural na afirmação, a partir das últimas décadas do século XX, de um novo padrão de acumulação capitalista.

No entanto, é importante destacar que, em nível global, o neoliberalismo alcançou crescente “trunfo ideológico” a partir dos anos 1990. (BORÓN, 1999). “Trunfo ideológico” que, na leitura de Atílio Borón, se expressou através de quatro movimentos principais: a) através da “avassaladora tendência à mercantilização de direitos e prerrogativas conquistadas pelas classes populares ao longo de mais de um século de luta, convertidos agora em ‘bens’ ou ‘serviços’ adquiridos no mercado (BORÓN, 1999, p. 9); b) através do “deslocamento do equilíbrio entre mercados e estado”, em favor do mercado e num movimento de “satanização” do Estado (BORÓN, 1999, p. 10); c) através da afirmação de um “‘senso comum’ neoliberal”, que não somente teve alcance nas crenças populares, mas, também, em amplos setores da sociedade civil e da sociedade política, num movimento de conformismo (social, político, ideológico) em favor de um “pensamento único” (BORÓN, 1999, p. 10); d) na vitória do pensamento neoliberal “no terreno da cultura e da ideologia”, que levou “amplísimos setores das sociedades capitalistas” à definição de “não existe alternativa” de organização política e econômica para além daquelas indicadas pelo ideário neoliberal. (BORÓN, 1999, p. 11).

Sob o ponto de vista do trabalho, da organização dos mercados de trabalho, das relações de trabalho, das formas de organização do trabalho e da produção, o neoliberalismo, onde efetivamente tornou-se política governamental e orientação das reformas econômicas e do Estado, colocou-se ao lado/afirmou/legitimou dinâmicas de precarização do trabalho, manifestas essas através do aumento do desemprego, do crescimento de formas precárias de empregabilidade, do comprometimento da renda dos trabalhadores, do distanciamento dos trabalhadores em relação à proteção legal do trabalho, da fragilização da representação sociopolítica dos trabalhadores.

Analisando o caso brasileiro, Márcio Pochmann afirma que a orientação neoliberal dos governos nacionais durante a década de 1990 mostrou-se “solidária ao desemprego” (POCHMANN, 2001, p. 114). Segundo o autor, naquela década os governos brasileiros adotaram um “projeto econômico de inserção competitiva no mercado mundial”, baseado no ideário neoliberal e tendo as ações governamentais direcionadas “à menor diferenciação possível entre mercados interno e externo”, “à modernização de grandes empresas”, “à

crescente dependência econômica e financeira do exterior” e “à passagem do Estado empreendedor para o estágio de regulador e focalizador das ações sociais” (POCHMANN, 2001, p. 114). Em decorrência, a estagnação econômica, a “reinserção externa” subordinada aos interesses do capital mundializado, a reestruturação das grandes empresas e o comprometimento da atuação estatal colocaram-se como corolários daquele “projeto econômico de inserção competitiva”, provocando o aumento do desemprego/subemprego, o comprometimento da renda dos trabalhadores, o comprometimento de serviços sociais realizados pelo Estado (saúde, educação etc.), o que caracterizou aquela década como uma década de “deflação social” no País (as gerações mais novas não conseguiram reproduzir, ao menos, a condição socioeconômica de seus pais). (POCHMANN, 2001, p. 119-121).

É importante enfatizar, portanto, que os governos que adotaram o ideário neoliberal comprometeram-se com um conjunto de “reformas estruturais” que, quando aprovadas, criaram condições mais favoráveis de reprodução dos interesses do capital em detrimento dos interesses dos trabalhadores. A execução das “reformas estruturais”, evidentemente, não obedeceu, nas diferentes formações sociais capitalistas, uma tendência clara e, em muitos países, a resistência oferecida pelos movimentos populares e de trabalhadores, impediu que as mesmas fossem executadas de acordo com a expectativa de seus defensores.

De qualquer forma, pelo menos desde a década de 1990, num contexto de vitória do pensamento neoliberal “no terreno da cultura e da ideologia” (como anteriormente referido a partir da análise de Atílio Borón), o neoliberalismo, em diferentes partes do Planeta, vem pautando reformas nas legislações sociais, trabalhistas, previdenciárias. E a orientação dessas pautas é muito clara: trata-se de desregulamentar, de privatizar e de flexibilizar as relações sociais e trabalhistas. Essa orientação, no que diz respeito às legislações trabalhistas, implica num esforço político e ideológico que tem o interesse de revisar direitos trabalhistas consolidados em lei em períodos anteriores (desregulamentar), garantir uma maior liberdade ao mercado na definição das condições a partir das quais o capital se relaciona com o trabalho (privatizar) e permitir às empresas (ou ao “mercado”) maior liberdade para que as normas, as regras, os acordos sejam definidos e redefinidos de acordo com as necessidades de valorização do capital, tornando, portanto, as legislações efêmeras (flexibilidade). (CADONÁ, 2015).

Para encaminhar uma primeira finalização dessa análise, pode-se afirmar que os aspectos aqui abordados definem apenas algumas características do “padrão de acumulação capitalista” que se configurou a partir das últimas décadas do século XX e que Harvey

denominou “padrão de acumulação flexível”. Evidentemente, além de não alcançarem a complexidade do processo de reestruturação do modo de produção capitalista nesse período mais recente, as características consideradas indicam tendências gerais de um movimento universal do modo de produção capitalista, a partir do qual as particularidades e, mesmo, as singularidades são impulsionadas às suas próprias dinâmicas de reestruturação e de adaptação/subordinação/resistência em relação ao padrão de acumulação flexível que se configura na história recente.

Harvey esclarece essas questões ao analisar como os espaços e os tempos mudaram com a “transição do fordismo para a acumulação flexível”. Segundo o autor, se no padrão de acumulação flexível o capital se mundializou e, nesse sentido, os capitalistas se tornaram “cada vez mais sensíveis às qualidades espacialmente diferenciadas de que se compõe a geografia do mundo”,

[...] é possível que as pessoas e forças que dominam esses espaços os alterem de um modo que os torne mais atraentes para o capital altamente móvel. As elites dirigentes locais podem, por exemplo, implementar estratégias de controle da mão-de-obra local, de melhoria de habilidades, de fornecimento de infraestrutura, de política fiscal, de regulamentação estatal etc., a fim de atrair o desenvolvimento para o seu espaço particular. Assim, as qualidades do lugar passam a ser enfatizadas em meio às crescentes abstrações do espaço. A produção ativa de lugares dotados de qualidades especiais se torna um importante trunfo na competição espacial em localidades, cidades, regiões e nações. Formas cooperativas de governo podem florescer nesses espaços, assumindo elas mesmas papéis desenvolvimentista na produção de climas favoráveis aos negócios e outras qualidades especiais. (HARVEY, 1993, p. 266).

Note-se que a análise de Harvey contempla duas possibilidades de ação/reação dos espaços locais, regionais, nacionais diante do processo de mundialização do capital (adaptação passiva e integração competitiva). No entanto, pelo menos mais uma possibilidade está colocada na história recente do modo de produção capitalista e expressa inúmeras experiências de resistência das classes populares e de trabalhadores comprometidas com a “construção de uma inserção diferenciada e alternativa no processo global de desenvolvimento contemporâneo” (BECKER, 2002). São experiências que, a partir da análise de Boaventura de Sousa Santos, precisam ser analisadas (numa perspectiva de uma “hermenêutica das emergências”) não apenas como experiências de resistência às lógicas de desenvolvimento propostas pelo capital, mas, também, de construção de formas diferentes e alternativas de desenvolvimento econômico e social. (SANTOS, 2002).

Além disso, mesmo seguindo a orientação proposta por Harvey, é importante notar que não somente os locais, as regiões, as nações agem/reagem em relação ao processo de

mundialização do capital (aqui tomado como referência de um movimento universal do modo de produção capitalista), mas, também, os diferentes grupos sociais, as diferentes instituições, os diferentes capitais (envolvendo aqui diferentes setores econômicos, diferentes empresas), as diferentes classes sociais localizadas nesses espaços locais/regionais/nacionais, do que decorre uma ainda mais complexa dinâmica histórica.

É com esse pressuposto que, na sequência, serão analisados aspectos que permitem pensar como o trabalho em saúde foi transformado (vem sendo transformado) no contexto das transformações contemporâneas do capitalismo, sem perder de vista as condicionalidades que decorreram da dinâmica de desenvolvimento do capitalismo na formação social brasileira, em especial a partir da década de 1980, quando o término de um longo período de regime autoritário-militar (1964 – 1985) abriu um período de democratização, mas, ao mesmo tempo, de crise do padrão desenvolvimentista, de experiências de governos que orientaram suas políticas pelo neoliberalismo, de crise dos governos neoliberais e de movimentos de retomada da perspectiva desenvolvimentista (essa última, no momento em que essa tese é escrita, em crise).

2.2. A organização do trabalho em saúde no contexto das transformações contemporâneas do capitalismo.

O trabalho em saúde é um trabalho essencial para a vida humana e é parte do setor de serviços. É um trabalho da esfera da produção não-material, que se completa no ato da sua realização. Não tem como resultado um produto material independente do processo de produção e comercializável no mercado. O produto é indissociável do processo que o produz; é a própria realização da atividade. A prestação do serviço – assistência de saúde – pode assumir formas diversas, como a realização de uma consulta; uma cirurgia; um exame-diagnóstico; a aplicação de uma medicação; uma orientação nutricional etc. Envolve, basicamente, a realização de uma avaliação clínica seguida da indicação e/ou realização de uma conduta terapêutica. (PIRES, 1998, p. 159).

As transformações que ocorreram a partir das últimas décadas do século XX no modo de produção capitalista repercutiram nas diferentes formas de trabalho humano. Claro que os diferentes setores de produção, os diferentes espaços econômicos, mesmo os diferentes locais de trabalho têm suas formas particulares de adaptação, de integração, de resistência ao processo de reestruturação do capitalismo. Assim, por exemplo, inovações tecnológicas e organizacionais podem ter repercussões diferentes sobre o trabalho e sobre os trabalhadores no interior de uma mesma empresa, em virtude da cultura organizacional, das formas de

adesão e/ou de resistência dos trabalhadores, das estratégias gerenciais e de atuação no mercado dessa empresa.

Mesmo assim, num contexto não somente de transformações tecnológicas e organizacionais, mas, também, de mudanças nas formas de regulação (estatal) da economia e das relações sociais e de trabalho, como tendência as características gerais do processo de reestruturação do capitalismo condicionam os modos de trabalhar e de produzir presentes nos diferentes setores, nos diferentes espaços econômicos, nos diferentes locais de trabalho.

No caso do trabalho em saúde, em que pese sua “essencialidade para vida humana”, mas, também, suas singularidades enquanto “trabalho vivo em ato” (uma condição em que “o trabalho humano no exato momento em que é executado é que determina a produção do cuidado”) (MERHY, FRANCO, 2009), ele “é parte do setor de serviços” (PIRES, 1998) e, enquanto tal (uma atividade histórica, social, transformada nas sociedades modernas em atividade de serviço), tem uma organização que é “multideterminada”.

A organização da estrutura assistencial institucional em saúde resulta de um processo histórico-social que tem múltiplas determinações: a) a cultura e o paradigma de ciência das diversas sociedades que, em cada momento histórico, influenciam o modo de entender o processo de saúde-doença, a organização dos serviços e como as doenças são prevenidas e tratadas; b) a história da organização das profissões no campo da saúde; c) os conhecimentos científicos já acumulados e os recursos tecnológicos disponíveis; d) as teorias de organização do trabalho e as características do modo de produção hegemônico; e) o grau de organização político-sindical dos trabalhadores de saúde; f) o arcabouço legislativo relativo ao papel do Estado no setor e às relações de trabalho; g) as demandas das classes sociais e de grupos em relação à saúde, sua capacidade de influenciar nas decisões e de obter conquistas. (PIRES, 1998, p. 19).

Considerar esse pressuposto é de grande importância para a compreensão das transformações que ocorreram, já nas últimas décadas do século XX, no trabalho em saúde, pois ele permite que se atente aos conflitos e às tensões que estão presentes no cotidiano de trabalho realizado nos diferentes locais de atuação dos trabalhadores, ao modo como as transformações científicas, tecnológicas e organizacionais definem (e redefinem) a organização do processo de trabalho, às questões que se vinculam às conjunturas políticas das diferentes formações sociais, às repercussões das mudanças estruturais no modo de produção capitalista sobre o trabalho em saúde.

As transformações estruturais que ocorreram no modo de produção capitalista (e que estão inscritas no processo histórico de afirmação de um “padrão de acumulação flexível”) impulsionaram mudanças significativas no trabalho em saúde a partir das últimas décadas do século XX. A integração de avanços científicos e tecnológicos na área de saúde, por exemplo,

foi enorme e crescente: “novos medicamentos e vacinas, próteses, órteses, exoesqueletos, máquinas e equipamentos para diagnóstico e intervenção, robôs cirúrgicos, informação e comunicação instantânea, portuário eletrônico único” (LORENZETI et. al., 2012, p. 436); desde as ações básicas de saúde até as ações de alta complexidade, os trabalhadores em saúde passaram a conviver mais intensamente com inovações científicas e tecnológicas que os desafiam a novos saberes e a novas práticas de cuidado. Na mesma direção, a lógica de financeirização e de mundialização do capital repercutiu nas formas históricas de atuação do Estado e, em especial a partir dos anos 1980, o endividamento público comprometeu as finanças públicas, com resultados degradantes para o desenvolvimento das políticas públicas, inclusive na área da saúde. Ao mesmo tempo, a “satanização” do Estado, num contexto de afirmação ideológica do neoliberalismo, legitimou uma permanente crítica aos serviços públicos e um crescimento dos serviços privados de saúde que, no caso brasileiro e num período recente, já respondem por mais de cinquenta por cento dos investimentos em saúde no País (somente os planos privados de saúde atendiam, em 2015, 30% da população brasileira). (KPGM, 2016).

Porém, no caso específico da formação social brasileira, é importante considerar que a partir da década de 1980 a organização dos serviços de saúde no País passou por transformações que decorreram, também, da criação do SUS, um sistema público de saúde que atribuiu legalmente ao Estado o dever de garantir saúde para toda a população do País (princípio da Universalização presente na Constituição de 1988). Assim, se é verdade que a partir da década de 1990 diferentes governos orientaram suas ações a partir do neoliberalismo, criando, inclusive, condições mais favoráveis ao avanço do capital privado na saúde do País, também é verdade que se observou a partir daquela década a implantação do SUS, do que decorreu não somente a expansão dos serviços públicos de saúde, mas, também, de um modelo público de saúde comprometido com valores e com lutas históricas de amplos setores da sociedade brasileira que, desde décadas anteriores, mobilizaram-se em favor de uma reforma sanitária no País.

Ou seja, em especial a partir das duas últimas décadas do século XX, no Brasil os mercados de trabalho, as relações de trabalho, a organização do processo de trabalho em saúde passaram a ser condicionados pela dinâmica global de reestruturação do modo de produção capitalista (inovações técnico-científicas e organizacionais, financeirização da economia etc.), mas, no entanto, num processo histórico mediado pela contraditória, tensa, marcada por conflitos, “democratização”(da saúde) no País.

O SUS foi criado num contexto de democratização da sociedade brasileira, tendo como protagonista um amplo movimento social e político que, em especial a partir da década de 1970, defendia um sistema de saúde com base nos princípios que a Constituição de 1988 consagrou (universalidade, equidade, integralidade, regionalização e hierarquização), numa perspectiva de rompimento com o modelo biomédico (o cuidado das doenças) e de afirmação de uma concepção de saúde comprometida com a promoção da saúde da população.

No contexto histórico de atuação do *Movimento Sanitário*, já na década de 1970 havia a compreensão de que o modelo de saúde então vigente (que priorizava “a medicina curativa centrada no hospital” e a “compra de serviços ao setor privado por parte do setor público”) não atendia as necessidades da maioria da população brasileira, expandia os empregos em saúde no setor privado, colocando os trabalhadores numa condição histórica de disciplinamento implicada na lógica de valorização do capital. Nesse sentido, já havia naquela década um diagnóstico do trabalho em saúde no País, no qual algumas características eram enfatizadas:

[...] a destacada incorporação de trabalhadores de nível médio e elementar, em especial os atendentes; a larga expansão do aparelho formador de nível superior, no segmento privado [...], tendo grande parte do corpo médico formado no período como referência a medicina especializada, tecnicizada, privatizante, distante do quadro social de saúde no Brasil; a construção da assistência médica privada nas figuras do médico e do atendente (mão de obra sem especialização e com níveis salariais mais baixos); a multiplicidade de empregos, especialmente para o profissional médico, combinando empregos em estabelecimentos públicos e privados com a medicina liberal; a sobreoferta de médicos nos grandes centros em contraposição à carência absoluta em pelo menos 10% dos 4.100 municípios brasileiros então existentes; o aumento da participação feminina no emprego setorial: a força de trabalho feminina passa de 41% para 63% do total do setor em uma década; o aumento de empregos no setor privado, em decorrência da política assistencial implementada no período, e o prolongamento da jornada de trabalho dos profissionais de nível superior em decorrência dos múltiplos vínculos e da baixa remuneração. (CONASS, 2011, p. 21).

Aquele diagnóstico e a compreensão de que um novo sistema de saúde iria exigir uma redefinição do próprio perfil dos trabalhadores em saúde, certamente foram importantes no amplo debate (em especial, nas Conferências Nacionais de Saúde) que antecedeu a elaboração da Constituição de 1988, na qual foi criado o SUS. Nessa direção, inclusive, a Primeira Conferência Nacional Temática de Recursos Humanos, realizada em 1986, expressou essas preocupações, ao propor para a discussão “três principais núcleos temáticos”: a valorização dos profissionais de saúde (inserção dos trabalhadores nas instituições de saúde; carreiras profissionais; formação de equipes de saúde; nova gerência de serviços); a preparação de recursos humanos (numa perspectiva de educação continuada, contemplando os diferentes

níveis de ensino e de atuação profissional); o compromisso social, numa perspectiva de desenvolvimento de uma “nova ética para os trabalhadores de saúde”, comprometida com a dignidade dos profissionais, com maior comprometimento na relação entre profissionais e usuários, com o rompimento em relação à “cadeia de fatos que originam o grau de descompromisso, precariedade e ineficiência” então observada nos serviços públicos de saúde. (CONASS, 2011, p. 22).

A partir da criação (sensível às discussões e demandas do Movimento pela Reforma Sanitária) e da implementação do SUS (década de 1990), então, se observou uma *nova dinâmica na organização dos mercados de trabalho em saúde* no Brasil, num processo histórico em que o grande destaque, sem dúvida, foi o crescimento dos empregos públicos (CONASS, 2011). Um crescimento que pode ser ilustrado pelos números apresentados por Machado, Oliveira e Moyses (2011):

O SUS – é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, sendo o único a garantir assistência integral e completamente gratuita para a totalidade da população [...]. O setor saúde é um ramo importante na economia brasileira – representa 4,3% da população ocupada no país gerando mais de 10% da massa salarial do setor formal e, em torno de 3,9 milhões de postos de trabalho (2,6 milhões vínculos formais, 690 mil sem carteira assinada e 611 mil profissionais autônomos (IBGE, 2009). Temos de considerar ainda a massa de profissionais diplomados que é acrescida a este universo a cada ano; de acordo com os dados do Ministério da Educação e Cultura – MEC, referentes ao ano de 2007 –, são cerca de 10 mil médicos; 8,3 mil dentistas; 32 mil enfermeiros; 11,9 mil farmacêuticos; 7,7 mil nutricionistas e 16 mil fisioterapeutas que concluíram seus respectivos cursos, totalizando 85,9 mil formandos, ou seja, 378 vezes maior que o total de 22.643 profissionais diplomados em 1992. (MACHADO, OLIVEIRA, MOYSES, 2011, p. 02).

Portanto, a partir dos anos 1990, tendo na implementação do SUS o acontecimento histórico mais importante, a organização do trabalho em saúde no Brasil apresentou diferentes transformações que, evidentemente, não podem ser apreendidas numa única análise, dada a complexidade que as caracterizam. De qualquer forma, e tendo em vista os objetivos da presente tese, cabe destacar algumas daquelas transformações, mesmo com o risco de apenas indicá-las, sem a devida e aprofundada análise que as mesmas merecem: a) a expansão da capacidade instalada, repercutindo no crescimento dos empregos; b) a municipalização dos empregos; c) a ambulatorização dos atendimentos; d) a maior qualificação das equipes de saúde; e) a feminização da força de trabalho; f) uma tendência de flexibilização nos vínculos empregatícios; g) as novas e complexas formas de organização do processo de trabalho em saúde.

Em relação à *expansão da capacidade instalada*, a partir dos anos 1990 observou-se

um crescimento no número de estabelecimentos e no número de empregos no País. Assim, por exemplo, enquanto que em 1992 havia no País 49.676 estabelecimentos e 1.438.708 empregos, em 2005 esses números chegaram aos 77 mil estabelecimentos e aos 2.566.694 empregos (MACHADO, OLIVEIRA, MOYSES, 2011, p. 03).

A variação se resume da seguinte forma: o número de serviços de saúde cresceu 55% com mais ênfase na esfera pública municipal que teve um incremento bruto de 128% na sua capacidade instalada – passando de 18.662 para 42.549 estabelecimentos. O setor privado teve uma variação no período de 41,3% acrescentando 9.331 estabelecimentos a sua rede. O grande freio de mão da expansão foram os serviços estaduais e os federais que apresentaram decréscimos acentuados de (-78,8) e (-24,7%), respectivamente. No setor privado evidencia-se com mais clareza este movimento de desativação (-28,1%), contudo, ainda se mantém à frente em termos da oferta – nada menos que 66,4% do total. (MACHADO, OLIVEIRA, MOYSES, 2011, p. 03).

Um dado importante a ser considerado a partir desses registros é que, apesar dos avanços tecnológicos observados no setor da saúde, no Brasil os empregos em saúde não diminuíram a partir dos anos 1990. Pelo contrário, aumentaram mesmo durante a década de 1990 (uma década em que o mercado de trabalho no País registrou altas significativas de desemprego), passando de “menos de quatrocentos mil empregos na década de 1970 para cerca de um milhão e meio em 1992 e, para mais de dois e meio milhões em 2005”. (MACHADO, OLIVEIRA, MOYSES, 2011, p. 04).

Certamente, o crescimento no número de empregos em saúde ocorreu devido à ampliação dos serviços públicos de saúde no País (implantação do SUS); a título de exemplo, em 1980 o setor público de saúde no Brasil compreendia 265.956 empregos, elevando-se esse número para 537.688 empregos em 1992, para 804.907 empregos em 1999 e para 1.069.440 empregos em 2005. (MACHADO, OLIVEIRA, MOYSES, 2011, p. 05). Mas, também, do próprio crescimento do setor privado, que em 1980 empregava 307.673 trabalhadores e passou a empregar 826.734 trabalhadores em 2005. (MACHADO, OLIVEIRA, MOYSES, 2011).

O sistema privado está organizado em dois segmentos: o de planos e seguros de saúde, também denominado “sistema suplementar”, que é de adesão voluntária, financiado com recursos de empregadores/trabalhadores (em casos de contratos empresariais coletivos) ou exclusivamente pelos indivíduos/famílias; e o de acesso direto “a provedores privados por meio de pagamento no ato da prestação de serviços assistenciais (OLIVEIRA, MACHADO, MOYSES, 2016, p. 02). Essas características tornam o setor, sob o ponto de vista dos empregos, dos tipos de vínculos empregatícios, da organização do processo de trabalho, um

sistema marcado por alta diversidade e alta complexidade. De qualquer forma, o sistema privado de saúde no País cresceu significativamente no Brasil a partir dos anos 1990, abrangendo, ao final da primeira década do século XXI, em torno de 42 milhões de “usuários” ou 22% da população brasileira. (OLIVEIRA, MACHADO, MOYSES, 2016, p. 02).

Em relação à *municipalização dos empregos*, registre-se, em primeiro lugar, que em 1992 os municípios representavam 41,6% do total de empregos públicos no Brasil, elevando essa participação para 68,8% em 2005 (MACHADO, OLIVEIRA, MOYSES, 2011, p. 06). O crescimento no número de empregos municipais ocorreu ao mesmo tempo em que os empregos estaduais em saúde cresceram muito pouco e os empregos federais em saúde diminuíram, passando de 113.987, em 1992, para “cerca de 106 mil postos de trabalho em 2005” (MACHADO, OLIVEIRA, MOYSES, 2011, p. 06).

De modo que a maior participação dos municípios na estruturação dos empregos em saúde no País ocorreu, fundamentalmente, em função das mudanças no perfil da assistência no Brasil a partir da criação do SUS; o processo de municipalização da saúde pública, implicada na criação e na implementação do SUS, criou as condições históricas para que os municípios assumissem maiores responsabilidades com a saúde pública no País e, conseqüentemente, com a contratação de um maior número de trabalhadores em saúde, do que resultou uma liderança do setor municipal na criação de empregos públicos em saúde já na década de 1990. (MACHADO, OLIVEIRA, MOYSES, 2011, p. 06).

A maior participação dos municípios na criação de empregos em saúde no Brasil tem implicações significativas na própria dinâmica do trabalho em saúde no País. Como registrou Denise Pires em sua tese de doutoramento, enquanto as instituições privadas de saúde têm um funcionamento que depende de uma “relação custo/benefício” favorável aos seus proprietários, as instituições públicas têm um funcionamento em grande parte condicionado pela “dinâmica do jogo político, o qual é um processo multideterminado” (PIRES, 1998, p. 234). Se a “dinâmica do jogo político” já é importante quando se pensa as políticas governamentais que se definem na esfera federal (que até podem se modificar num mesmo governo, mas cujas mudanças mais significativas tendem a ocorrer em momentos de mudanças de governos e, em especial, em momentos em que ocorrem alterações nas forças sociais e políticas hegemônicas no executivo), é muito mais importante quando se consideram as inúmeras experiências de governos municipais, nas diferentes regiões do País, não somente caracterizadas por diferentes orientações político-partidárias, mas, também, por diferentes culturas políticas, diferentes arranjos nas relações entre os governos e

instituições/setores/classes sociais.

Como ainda será indicado nesta tese, mesmo dentro da Região de Saúde objeto de estudo (a Região 28 de Saúde – RS) é possível observar diferenças significativas que decorrem, dentre outras razões, das orientações políticas dos governos municipais no que diz respeito às formas de inserção dos trabalhadores em saúde, às formas de organização do processo de trabalho em saúde, às formas de participação dos trabalhadores no processo de trabalho em saúde.

Quanto à *ambulatorização dos empregos em saúde*, trata-se de um fenômeno vinculado à diminuição de importância dos empregos hospitalares, mas, também, de um aumento dos empregos ambulatoriais que decorreu da implementação do SUS e da prioridade dada pelo mesmo à atenção básica de saúde. A “ambulatorização dos empregos em saúde” pode ser observada nos seguintes números: “em 1992, os empregos ambulatoriais somavam 512.299 e os hospitalares 926.409. Em 2005, estes números se alteram significativamente, ou seja, os empregos ambulatoriais dobram, passando para 1.226.714 e os hospitalares para 1.339.980”. (MACHADO, OLIVEIRA, MOYSES, 2011, p. 06).

A ênfase na criação de empregos na atenção básica, colocando-se como um fator importante para a “ambulatorização dos empregos em saúde”, não pode relativizar, no entanto, o fato de que os investimentos na saúde hospitalar não atendem às necessidades colocadas pela população do País, repercutindo, assim, na dinâmica de empregos hospitalares. No período entre 1992 e 2005, inclusive, houve diminuição no número de leitos no País, o que também reflete as dificuldades históricas de financiamento e de gestão das instituições hospitalares (MACHADO, OLIVEIRA, MOYSES, 2011, p. 03). Assim, se por um lado a ambulatorização dos empregos em saúde no Brasil pode ser lida como um fenômeno positivo, vinculado a mudanças que ocorreram nas concepções de saúde e de políticas de saúde a partir da criação do SUS, é preciso notar, também, que ela expressa contradições presentes na saúde do País, vinculadas às limitações das políticas públicas, à própria lógica mercantil presente na gestão hospitalar.

No que diz respeito à *qualificação das equipes de saúde*, é importante registrar que houve elevação da escolaridade dos trabalhadores em saúde a partir dos anos 1990, o que fica evidenciado quando são considerados os seguintes números:

[...]. Em 1992, o Brasil contava com 1.438.708 empregos de saúde. Se a análise for feita excluindo-se os empregos administrativos, o perfil do mercado se configura da seguinte forma: 451.303 (43,6%) de nível superior, 310.219 (30%) de nível

técnico/auxiliar e 272.846 (26,4%) de nível elementar. Já em 2005, estes percentuais se alteram positivamente passando para 45,6%; 39% e 15,3%, respectivamente. (MACHADO, OLIVEIRA, MOYSES, 2011, p. 07).

Os dados apresentados por Machado, Oliveira e Moyses permitem concluir que as mudanças ocorridas na saúde no Brasil a partir dos anos 1990, tanto relacionadas à implementação do SUS quanto relacionadas ao crescimento do setor privado, contribuíram para uma maior escolarização dos trabalhadores em saúde. Maior escolarização que ocorreu, certamente, condicionada pelas próprias mudanças que ocorreram na sociedade brasileira a partir do processo de abertura democrática e que, no campo da educação, impulsionaram maiores preocupações com a escolarização da população e com o desenvolvimento de políticas educacionais comprometidas com maior acesso a níveis mais elevados de escolarização (inclusive, o nível universitário).

Mas a análise anteriormente apresentada permite perceber que a elevação do grau de escolaridade dos trabalhadores em saúde não ocorreu somente por que houve um aumento de profissionais de nível superior, mas, também, por que houve a preocupação em aumentar a escolaridade do universo de trabalhadores (incluindo os trabalhadores de nível técnico) inseridos no sistema de saúde. Como exemplo, pode-se citar o Programa de Formação de Trabalhadores na Área de Enfermagem (PROFAE), que buscou transformar os “antigos atendentes de enfermagem (informais e de baixa qualificação) em técnicos de enfermagem plenamente legitimados”. (MACHADO, OLIVEIRA, MOYSES, 2011, p. 08).

Além disso, não se pode esquecer que a partir dos anos 1990 a formação dos trabalhadores em saúde se colocou como uma questão estratégica nas políticas públicas de saúde. Desde a criação do SUS, aliás, já havia grande preocupação com a formação dos trabalhadores em saúde, numa perspectiva não somente de aumento da escolaridade, mas, principalmente, de uma educação capaz de desenvolver determinados valores implicados nos princípios do SUS (um trabalhador engajado, com capacidade de trabalho em equipe, com uma visão ampla de saúde e capaz de superar o modelo biomédico de saúde, participativo em seu processo de trabalho) (PAIM, 2008). A partir dos anos 1990, no entanto, não somente a discussão sobre a formação dos trabalhadores em saúde se aprofundou, mas, também, o próprio Estado assumiu a responsabilidade com o desenvolvimento de políticas públicas nessa direção.

Karina Batista e Otília Gonçalves (2011), analisando “a formação dos profissionais de saúde para o SUS”, indicam que, desde o início da década de 1990, pelo menos três

momentos definiram as políticas públicas de educação dos trabalhadores em saúde (BATISTA; GONÇALVES, 2011). Num primeiro momento, as preocupações voltaram-se à formação específica para as equipes dos Programas Saúde da Família e impulsionaram, a partir de 1996, a discussão e a formulação de projetos estaduais de “formação de recursos humanos”, além da criação, em 1997, dos “Polos de Formação, Capacitação e Educação Permanente” para as equipes de saúde da família (BATISTA; GONÇALVES, 2011, p. 887). O segundo momento teve como marco principal a instituição da *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde*, em 2004, já como uma estratégia do SUS visando a “formação e o desenvolvimento dos trabalhadores para o setor” (BATISTA; GONÇALVES, 2011, p. 887). Por fim, o terceiro momento teve como marco principal o *Pacto pela Saúde*, lançado em 2006, a partir do qual as políticas de educação permanente ganharam, na mesma direção da gestão do SUS, um caráter local/regional, comprometendo os municípios e as Regiões de Saúde com o desenvolvimento de políticas de educação para os trabalhadores em saúde a partir das características locais/regionais. (BATISTA; GONÇALVES, 2011, p. 889).

Note-se, portanto, que a partir dos anos 1990 o Estado brasileiro assumiu a educação permanente dos trabalhadores em saúde como uma estratégia de desenvolvimento das políticas públicas de saúde. Não cabe nesta tese, nem há condições para isso, uma avaliação das implicações e dos resultados dessa já experiência histórica de definição de políticas (locais, regionais, estaduais, nacionais) de educação dos trabalhadores em saúde. De qualquer forma, a existência dessas políticas, somada ao aumento da escolarização dos trabalhadores em saúde, são indicativos das mudanças que vêm ocorrendo na educação dos trabalhadores em saúde, de possíveis avanços no que diz respeito ao desenvolvimento de competências, conhecimentos, valores vinculados aos princípios do SUS, mas, também, de desafios e de compromissos que vêm sendo atribuídos aos trabalhadores em saúde.

Destaque-se que o aumento da qualificação dos trabalhadores em saúde tem repercussões no processo de trabalho em saúde, pois, além do alcance de uma situação em que “80% da força de trabalho em saúde” apresentava (em 2005) “escolaridade compatível com a complexidade das atividades”, a mudança no perfil de escolarização também permite que a perspectiva interdisciplinar no trabalho em saúde avance:

[...] a bipolaridade ‘médicos/atendentes de enfermagem’, situação vigente durante décadas, que somava mais de 80% da força de trabalho [...] tende a se modificar [...]. Atualmente o trabalho em saúde tem sido desenvolvido por equipes multiprofissionais [...], requerendo cada vez mais a incorporação de novas especialidades. A centralidade médica deu lugar à interdisciplinaridade [...]. Para Machado (2000:138): “A equipe profissional que produz assistência à saúde é hoje formada em grande parte pela equipe de enfermagem, médicos, odontólogos,

farmacêuticos, biólogos, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, além das recentes inserções dos engenheiros biomédicos, economistas, sociólogos, entre outros que irão incorporar-se à equipe [...]. (MACHADO, OLIVEIRA, MOYSES, 2011, p. 08).

Ou seja, embora não se possa afirmar que o aumento de escolarização dos trabalhadores em saúde (inclusive uma maior presença de diferentes especialidades com maior escolarização de nível superior) altere, por si só, as relações de poder presentes num processo de trabalho em saúde, é preciso considerar que a bipolaridade “médicos/atendentes de enfermagem” é relativizada com a criação de equipes de saúde e com a participação de uma diversidade maior de trabalhadores com níveis superiores de escolarização; criando-se, assim, condições para que o próprio processo de trabalho seja alterado, numa perspectiva de multidisciplinaridade, de novas formas de participação das diferentes especialidades na gestão do trabalho em saúde, na própria significação que o trabalho de diferentes profissionais pode assumir no processo de trabalho em saúde.

Quanto à *feminização do trabalho* em saúde, trata-se de um tema que chama atenção dos estudiosos há décadas no Brasil, sendo importante não somente a análise do crescimento da participação das mulheres no setor de saúde, mas, também, “as especificidades do setor saúde que abriga um contingente expressivo de mulheres”. (MACHADO, OLIVEIRA, MOYSES, 2011, p. 09).

Sob o ponto de vista quantitativo, as mulheres já compreendem mais de 70% de toda a força de trabalho em saúde (MACHADO, OLIVEIRA, MOYSES, 2011, p. 08) e aumentaram a participação em diferentes profissões: de 11,6%, em 1970, para 35,9%, em 2000, entre os profissionais de medicina; de 11,3%, em 1970, para 50,9%, em 2000, entre os profissionais da odontologia; de 40,1%, em 1970, para 63,4%, em 2000, entre os profissionais da farmácia; além de manterem participação quase exclusiva na enfermagem – 90,4% em 2000. (MACHADO, OLIVEIRA, MOYSES, 2011, p. 08).

O crescimento da participação feminina, inclusive em áreas profissionais que tradicionalmente estiveram mais vinculadas aos homens (como é o caso da medicina), não representa uma superação de problemas históricos e relacionados à discriminação de gênero que estão presentes no trabalho em saúde. Pelo contrário, “existem inúmeras questões relacionadas à análise de gênero, que são apontadas por estudos relativos ao mercado de trabalho em geral, mas que não encontram análises correspondentes no setor de saúde”. (WERMELINGER et. al., 2010, p. 17).

Nessa direção, algumas perguntas ainda persistem entre os pesquisadores que analisam as relações entre gênero e trabalho em saúde: o quanto o aumento da escolarização das mulheres interfere na composição das profissões? Que mudanças, efetivamente, estão ocorrendo nas históricas desigualdades de gênero que caracterizam os mercados de trabalho (objetivadas em termos de desemprego, tipos de empregos, salários, acesso à proteção legal no trabalho, representação política)? Que mudanças estão ocorrendo nas relações de poder e até que ponto essas mudanças (quando ocorrem) garantem maior equidade entre homens e mulheres? Observam-se tendências de maior equidade (entre homens e mulheres) nas políticas de recursos humanos e que, afinal, definem as condições de mobilidade, de aumento salarial, de acesso a cargos de chefia? Essas e outras perguntas são expressivas de uma condição histórica em que as mudanças nas condições das mulheres no mercado de trabalho (inclusive no mercado de trabalho em saúde) não podem ser tomadas como um dado, mas, antes, como um problema a ser investigado. (WERMELINGER et. al., 2010).

Para os fins da presente tese, evidentemente, a presença das mulheres no trabalho em saúde é de grande importância. No trabalho realizado nas ESFs, as mulheres constituem a grande maioria (inclusive na Região de Saúde objeto de estudo da presente tese) e preocupações em relação às formas de inserção, às condições de trabalho, às relações de trabalho, aos espaços de poder precisam ser colocadas como permanentes nos estudos sobre trabalho e sobre a organização do processo de trabalho nesses locais.

No caso específico do trabalho de agentes comunitárias de saúde (afinal, profissionais que constituem o maior grupo de trabalhadores nas ESFs), a presença das mulheres é ainda maior. E, nesse sentido, cabe a pergunta sobre as razões dessa presença tão significativa de mulheres nessa atividade. Não é demais lembrar, a partir das considerações de Rocha, Barreto e Bevilacqua (2013), que embora “a agente de saúde” seja caracterizada como “elo entre a equipe de saúde e a comunidade”, o que ocorre efetivamente é que “o perfil que assume é diferente dos demais profissionais, o que acaba por hierarquizar as relações nas equipes de saúde, ficando a ACS subordinada às outras categorias profissionais” (ROCHA, BARLETTO, BEVILACQUA, 2013, p. 851). Na base dessas relações desiguais, que subordinam o trabalho das agentes comunitárias de saúde está, por exemplo, a “dicotomia existente entre o saber biomédico/científico e o saber popular”, valorizando o primeiro em detrimento do segundo e colocando as agentes comunitárias de saúde (muitas vezes constituídas por trabalhadoras sem formação científica na área da saúde) numa situação de fragilidade frente aos demais profissionais integrantes da equipe de saúde (portadores de diplomas universitários e/ou de

cursos técnicos). (ROCHA, BARLETTO, BEVILACQUA, 2013, p. 852-3).

Nesse sentido, considerar as relações de gênero na análise do processo de trabalho das Estratégias Saúde da Família é de fundamental importância, inclusive e principalmente se o objetivo é analisar relações de poder e autonomia dos trabalhadores nesses espaços de trabalho em saúde.

Em relação à *flexibilidade e à precariedade dos vínculos empregatícios* no trabalho em saúde, é importante destacar que “apesar dos avanços do SUS a precarização ainda se constitui como um problema relevante para a maior parte dos municípios brasileiros”. (MACHADO, OLIVEIRA, MOYSES, 2011, p. 10).

A partir dos anos 1990, num contexto de governos orientados pelo ideário neoliberal, a própria contratação do funcionalismo público (nas diferentes esferas de governo, desde a nacional até as municipais) passou a ser “flexibilizada”. Krein (2007) registra que, no período entre 1995 e 2005, as formas de contratação de serviços públicos não-efetivos cresceram de 8,9% (1995) para 18,3% (2005), em que pese a Constituição de 1988 e as decisões do Regime Jurídico Único terem estabelecido o concurso público como forma de ingresso no serviço público. Segundo o autor, no mesmo período houve aumento das terceirizações e dos contratos temporários nos serviços públicos. No caso das terceirizações, as mesmas foram motivadas pela promessa de maior eficiência na gestão privada, pela possibilidade de driblar a Lei de Responsabilidade Fiscal (os gastos com terceirização não precisam ser calculados como despesa de pessoal), pela maior facilidade dos administradores públicos utilizarem os terceirizados de acordo com seus interesses políticos e administrativos, pela inexistência de investimentos nos serviços públicos (KREIN, 2007). E, no caso dos contratos temporários, os mesmos foram viabilizados por legislações específicas e visaram dar conta de “necessidades emergenciais” (em especial na saúde e na educação), suprimindo a falta de profissionais concursados. (KREIN, 2007).

Portanto, durante os anos 1990, num contexto de políticas governamentais orientadas pelo neoliberalismo, a precarização do trabalho em saúde ganhou maiores proporções:

A política neoliberal de flexibilização da inserção do trabalhador no mundo do trabalho na década de 90 – adotada pelo governo federal e seguida, em boa medida, pelos governos estaduais e municipais – produziu efeitos deletérios no SUS. Verifica-se hoje nas instituições um volume enorme de contratações de serviços por terceirização.

O processo de trabalho e o mundo de trabalho estão se transformando de forma significativa, alterando a modalidade, forma de inserção e os vínculos de trabalho, a forma de remuneração e muito fortemente o modo de trabalhar configurando-se em

arenas competitivas, individualizadas em ambientes pouco saudáveis para se trabalhar. Esta concepção neoliberal que dominou a década de 90 calcava-se nos preceitos da flexibilização e na racionalização dos recursos. (MACHADO, 2006, p. 20).

O processo de precarização no trabalho em saúde durante a década de 1990, inclusive, foi amplamente registrado pela bibliografia que analisou transformações que ocorreram no trabalho, na organização do processo de trabalho, nos mercados de trabalho em saúde no Brasil. (Machado, 1992; Mendes-Gonçalves, 1993; Schraiber, 1993; 1995; 1996; Gitahy, 1994; Peduzzi, 2002; Pires, 1998).

Denise Pires, por exemplo, analisou como o “processo de reestruturação produtiva” estava influenciando (durante a década de 1990) o setor de saúde e, inclusive, a organização do processo de trabalho em saúde. Na conclusão de sua tese de doutoramento, Pires apresentou um conjunto de dezenove proposições (embora a autora tenha definido as mesmas como “considerações preliminares que precisam ser reavaliadas”), a partir das quais fez algumas indicações sobre o que estava acontecendo com o trabalho em saúde naquele período (PIRES, 1998, p. 233-43). Dentre suas conclusões, Denise Pires destacou que tanto nos serviços públicos quanto nos serviços privados, “quando os custos envolvidos na sua produção passam a ser inviáveis, economicamente”, diversas saídas estavam sendo utilizadas: a “introdução de inovações tecnológico-organizacionais”, a “redução da força de trabalho”, a “redução da força de trabalho qualificada”, a “redução de salários”, a “precarização das relações de trabalho”, a “externalização”. (PIRES, 1998, p. 234).

A partir dos anos 2000, embora tenha ocorrido uma diminuição no processo de precarização do trabalho, o mesmo não deixou de estar presente nas relações de trabalho em saúde no País, como atesta, inclusive, um documento do CONASS (Conselho Nacional de Secretários de Saúde), produzido em 2012, ao registrar a utilização da terceirização nos serviços de saúde no País:

O sistema de saúde brasileiro incorporou a terceirização de serviços com matizes diferentes em números e formas de adoção [...], mas o faz de modo igualmente preocupante para a formação harmônica das equipes e para a boa condução das políticas e práticas [...], dado o caráter do trabalho coletivo predominante nas práticas de saúde, tanto na assistência quanto nos setores responsáveis pela gestão [...]. (CONASS, 2012, p. 14).

O mesmo documento, num tom crítico à flexibilização das formas de contratação de serviços públicos no País, registra as diferentes estratégias que já a partir da década de 1990 (mas, também, ao longo da primeira década do século XXI) passaram a ser utilizadas na

gestão de pessoal na área da saúde pública:

[...] contratação temporária, terceirização por meio de serviços prestados, bolsas de trabalho, estágios, contratos com entidades através de empresas ou cooperativas, contratos por órgãos internacionais, contratos privados lucrativos ou não lucrativos, contratos de gestão com organizações sociais, convênios com Organizações Sociais de Interesse Público [...]. (CONASS, 2012, p. 16).

Ainda que reconheça que essas “modalidades de gestão de pessoal” estejam presentes, “de forma diferente”, “entre as próprias regiões e mesmo entre os estados de uma mesma região”, o documento do Conselho Nacional de Secretários de Saúde aponta para uma realidade nos municípios que se tornou mais “difícil”:

A situação dos municípios é mais difícil: em 2001, 20% a 30% de todos os trabalhadores inseridos na Estratégia Saúde da Família (ESF) apresentaram vínculos precários de trabalho e a maioria dos 190 mil trabalhadores em atividade no país apresentava inserção precária no sistema e estava desprotegida em relação à legislação trabalhista. (CONASS, 2012, p. 18).

E conclui que:

Ainda que nos últimos anos esses temas venham sendo discutidos e soluções sendo buscadas, em meio à diversidade de opções colocadas, as administrações públicas federal, estadual e municipal, a partir da década de 1990 e até os dias atuais, ainda lançam mão dos contratos de serviços pela via da terceirização, alternando com a abertura de concursos, para a incorporação de funcionários pelo RJU. No entanto, fica evidente que o fenômeno da diversidade de vínculos tensiona a convivência das equipes no interior dos serviços, comprometendo as boas práticas de gerência e acirrando conflitos, pela não observância, em alguns casos, das proteções trabalhistas, com reflexos na atenção à saúde da população. (CONASS, 2012, p. 18).

O tensionamento das equipes no interior dos serviços, registrado pelo documento do Conselho Nacional de Secretários de Saúde, tem repercussões sobre as condições de trabalho e são expressões, muitas vezes, de diferentes formas de conflitos e, mesmo, de sofrimento que muitos trabalhadores em saúde vivenciam em seus locais de trabalho, somando-se ao próprio sofrimento e dor que também podem (e estão) presentes no cotidiano de trabalho em saúde. Sentimentos tais como ansiedade, desgaste físico e mental, aliás, são comuns nas falas dos trabalhadores que lidam corriqueiramente com a vida e a morte.

Sentimentos que, inclusive, ficaram evidenciados em pesquisa realizada com trabalhadores e trabalhadoras que atuam em Estratégias Saúde da Família no município de Santa Cruz do Sul, durante o ano de 2013. Depoimentos como, por exemplo, “é um trabalho onde não pode ocorrer erros” e “a responsabilidade de trabalhar com vidas é muito maior” apareceram como justificativas para a afirmação de que “trabalhar em saúde é diferente”,

demonstrando sofrimento (sentido) pelo grau de responsabilidade, muitas vezes assumido pelos próprios trabalhadores na direção direta que estabelecem com os usuários e com as comunidades onde atuam. (FISCHBORN, 2013).

Nesse sentido, na mesma pesquisa no parágrafo acima, apesar de 61,7% dos trabalhadores da saúde terem afirmado que realizam pouco esforço físico no trabalho, no que tange o esforço mental a percentagem se elevou para 82,9% (FISCHBORN, 2013). Somado a isso, a mesma pesquisa registrou que 35,5% dos trabalhadores das ESFs do município de Santa Cruz do Sul entendem que o trabalho em saúde coloca-os sob algum tipo de risco, que são, para a maioria desses, riscos relacionados a problemas mentais, emocionais, stress e depressão (FISCHBORN, 2013); e 73,1% dos trabalhadores afirmaram que se sentem pressionados em seus espaços de trabalho (FISCHBORN, 2013), sendo esse um dado que coloca o trabalho em saúde numa condição histórica que guarda semelhança com o que tem se observado em várias atividades profissionais, num contexto de transformações tecnológicas e organizacionais mobilizadas em função do interesse de valorização do capital. (ANTUNES, 2013).

No que diz respeito à satisfação e à insatisfação no trabalho de trabalhadores que atuam na atenção básica, Lima et al. (2014) constatam que os principais motivos de insatisfação no trabalho em saúde, tanto nas ESFs quanto no modelo de atenção básica tradicional, estão relacionados às dificuldades nas relações, às dificuldades de colaboração de usuários, das famílias e das comunidades no plano assistencial, às dificuldades no processo de trabalho em equipe e às condições precárias de trabalho (déficits nos salários, jornadas excessivas de trabalho), sendo que entre os trabalhadores das Estratégias Saúde da Família o que predomina é a insatisfação decorrente da relação dos trabalhadores com os instrumentos de trabalho, com os ambientes de trabalho, com o espaço físico onde o trabalho é realizado. (LIMA et. al., 2014).

Os aspectos abordados até aqui e relacionados à dinâmica dos mercados de trabalho em saúde no Brasil a partir dos anos 1990, certamente são muito importantes para a compreensão das transformações que ocorreram no trabalho e na organização do processo de trabalho em saúde no Brasil a partir daquela década. No entanto, uma questão fundamental para os fins da presente tese ainda requer uma análise mais cuidadosa: que mudanças têm ocorrido no processo de trabalho em saúde, seja em função de inovações tecnológicas e organizacionais, seja em função das próprias políticas públicas na área da saúde adotadas com a implantação do SUS e a partir de políticas neoliberais?

Antes de considerar essa questão, é importante qualificar o que se entende por “processo de trabalho”. Nesse sentido, cabe registrar a análise de Pires (1998), para a qual o processo de trabalho em saúde:

[...] tem *como finalidade* – a ação terapêutica de saúde; *como objeto* – o indivíduo ou grupos doentes, sadios ou expostos a risco, necessitando medidas curativas, preservar a saúde ou prevenir doenças; *como instrumental de trabalho* – os instrumentos e as condutas que representam o nível técnico do conhecimento que é o saber de saúde e o *produto final* é a própria prestação da assistência de saúde que é produzida no mesmo momento que é consumida. (PIRES, 1998, p. 161. Grifos no original).

A própria definição de Pires já indica a dificuldade presente na análise do processo de trabalho em saúde, pois se trata de um trabalho cuja organização compreende uma diversidade muito grande. O trabalho em saúde ocorre em instituições públicas e privadas. Nas instituições públicas ocorre em hospitais, ambulatorios, unidades de saúde, estratégias saúde da família; nas instituições privadas ocorre em hospitais, clínicas, consultórios privados. Nessa diversidade, os elementos do processo de trabalho em saúde podem variar.

Assim, por exemplo, o processo de trabalho num hospital pode estar vinculado diretamente à cura de doenças, enquanto que numa ESF a cura não é a questão norteadora das ações, mas, antes, a prevenção de doenças/a promoção da saúde; num consultório médico, o grupo de profissionais que atuam pode ser restrito (podendo se resumir a um profissional – o médico ou o dentista, por exemplo), enquanto que num hospital, numa unidade básica de saúde, numa ESF atuam equipes de saúde; os instrumentos de trabalho, bem como os conhecimentos que estão implicados num processo de trabalho, se alteram entre os locais que se responsabilizam ou por baixa, ou por média, ou por alta complexidade (teoricamente, a relação mais duradoura dos agentes de saúde com indivíduos e comunidades requer um diálogo mais atento com os saberes e as práticas desses indivíduos e dessas comunidades do que o exigido numa consulta médica).

Talvez seja em função da diversidade de trabalhos em saúde que a bibliografia especializada tende a analisar condições específicas de organização do processo de trabalho em saúde (numa ou mais instituições, a partir do trabalho de uma categoria profissional, numa unidade básica de saúde, numa estratégia saúde da família). De qualquer forma, ainda durante a década de 1990 vários teóricos (CAMPOS, 1992; GONÇALVES, 1994; CECÍLIO, 1994, 2001; FRANCO, 1999, 2003; MERHY, 1994, 1997, 1998, 2002, 2013; PIRES, 1998) se ocuparam com a análise de dinâmicas de reestruturação produtiva, transição tecnológica e organização do processo de trabalho em saúde, permitindo que aspectos importantes das

mudanças que ocorreram desde então no processo de trabalho sejam indicados.

Os trabalhos de Denise Pires, por exemplo, ilustram uma tendência de reflexão teórica sobre o processo de trabalho em saúde que, desde os anos 1990, vem investigando as transformações no trabalho em saúde num contexto de inovações tecnológicas e organizacionais, implantação do SUS e de políticas neoliberais. Pires situa-se entre aqueles autores “que mostram o trabalho em saúde como parte de uma totalidade, que é histórica e socialmente determinada”. (PIRES, 1998, p.233).

Criticando as “abordagens estrutural-funcionalistas” e as análises deterministas que se inscrevem numa tradição de reflexão marxista, Pires destaca que a organização do processo de trabalho em saúde precisa ser considerada “como fenômeno social que implica e é resultante de relações sociais, do jogo político e da disputa de interesses entre os indivíduos e grupos sociais, de acordo com suas experiências de vida, inserção de classe e características culturais” (PIRES, 1998, p. 30). Uma análise, portanto, que está atenta às contingências do processo histórico, sem se descuidar dos condicionamentos estruturais.

A tese de doutorado de Pires, a partir da perspectiva teórica indicada no parágrafo acima, identificou a continuidade de um “modelo tradicional de assistência” durante os anos 1990 que, “ao invés de possibilitar avanço”, gerava “fragmentação e alienação” no trabalho em saúde (PIRES, 1998, p. 162). A continuidade de um modelo de assistência que, ao mesmo tempo em que resultava em fragmentação e alienação, reproduzia a hegemonia de profissionais da medicina sobre os demais profissionais, perdendo-se a “riqueza da percepção dos diversos grupos profissionais”, além da “integração interdisciplinar, que possibilitaria um salto qualitativo no patamar de conhecimento e na prática assistencial em saúde”. (PIRES, 1998, p. 162).

A reprodução daquele “modelo tradicional de assistir em saúde”, segundo Pires, estava vinculada: à “inexistência de mecanismos de controle da qualidade da assistência prestada”; à histórica organização das profissões de saúde, que legitimou “o processo de institucionalização da medicina como detentora legal do saber de saúde, e elemento central do ato assistencial”; ao distanciamento do conhecimento técnico da população, facilitando o autogerenciamento das instituições de saúde e dificultando o controle social sobre as mesmas; à perpetuação do papel de “paciente” para quem recebe a assistência (que, ao entrar na instituição perde sua identidade, precisando aceitar as regras impostas). (PIRES, 1998, p. 163-64).

Contudo, assinala Pires, a própria natureza do trabalho em saúde, ao mesmo tempo em que permite a reprodução de um modelo tradicional de assistência em saúde, também coloca barreiras para esse mesmo modelo. A dificuldade de um controle de todo o processo de trabalho em saúde, o domínio de conhecimentos especializados pelos profissionais, a necessidade dos médicos delegarem atividades a outros profissionais que (pelo próprio conhecimento especializado) mantêm certa autonomia, são fatores importantes de explicação das contradições inerentes naquele modelo assistencial.

[...] a produção do ato assistencial em saúde envolve um conhecimento sobre o processo que não é dominado pela administração da instituição e nem existe uma equipe de técnicos e gerentes que determinam qual é a tecnologia assistencial que será empregada e qual o papel de cada trabalhador [...]. Os profissionais envolvidos dominam os conhecimentos para o exercício das atividades específicas de sua qualificação profissional. Os médicos, ao mesmo tempo que dominam o processo de trabalho em saúde, delegam campos de atividades a outros profissionais de saúde, como enfermagem, nutrição, fisioterapia, etc. Esses profissionais executam atividades delegadas mas mantêm certo espaço de decisão e domínio de conhecimentos, típico do trabalho profissional. Tomam decisões, desde que elas não contradigam as decisões médicas [...]. (PIRES, 1998, p. 172).

Essas características do trabalho em saúde, no entanto, não relativizam as diferentes relações hierárquicas e de poder presentes nas instituições de saúde: entre médicos e demais profissionais, entre profissionais de nível superior e profissionais de nível médio e elementar; entre chefes e seus subordinados (PIRES, 1998, p. 173). Mas são fatores importantes para que o trabalho em saúde, realizado por diferentes profissionais, ganhe características peculiares, garantindo, inclusive e como indicado, espaços de autonomia para os trabalhadores.

Um ponto importante destacado por Pires naquela década de 1990 é que o trabalho em saúde era “majoritariamente institucionalizado, realizado em espaço ambulatorial ou hospitalar”, resultando num “trabalho coletivo no qual o médico é o elemento central, que detém o controle do processo assistencial e delega atividades a outros profissionais de saúde”. (PIRES, 1998, p. 101). De modo geral, os técnicos de nível superior mantinham “certo grau de autonomia profissional”, “não ocorrendo uma completa separação entre concepção e execução” e a “incorporação de tecnologia” não produzia “uma completa dependência do trabalhador à máquina ou à instituição empregadora. Os médicos determinam o *como* fazer, e, sem o seu trabalho, as máquinas não podem funcionar”. (PIRES, 1998, p. 101-02. Grifos no original).

Em que pese ter ressaltado a continuidade de um modelo tradicional de assistência, Denise Pires também identificou mudanças importantes no processo de trabalho em saúde

naquele período: “apesar do trabalho assistencial em saúde continuar sendo, prioritariamente, compartimentalizado, sem espaços de planejamento coletivo e de debate das diversas avaliações profissionais sobre o paciente” (PIRES, 1998, p. 175), algumas situações indicavam rompimento do modelo tradicional e “a possibilidade de um trabalho do tipo cooperativo”. (PIRES, 1998, p. 175).

Dentre essas situações, Pires registrava: “a realização de procedimentos conjuntos por membros da equipe de saúde”, “a formação de equipes de profissionais de saúde para o tratamento de problemas específicos ou para a realização de procedimentos especiais”, a “formação de grupos de estudos multidisciplinares”, a “implantação da folha única de registro” (onde todos os profissionais de saúde anotam na mesma folha), a participação de diferentes profissionais nos Serviços de Controle de Infecção Hospitalar e nas Comissões de Controle de Infecção Hospitalar. (PIRES, 1998, p. 175-76).

É preciso destacar, também, os estudos realizados desde os anos 1990 por Emerson Elias Merhy. Adotando uma perspectiva que passou a ser por ele denominada de “micropolítica”, Merhy, desde aquela década, enfatiza “o protagonismo dos sujeitos” no trabalho em saúde, afastando-se (e criticando) de análises que consideram de forma a priori as “estruturas de formação social” como fatores condicionadores do processo de trabalho em saúde; e destacando que o trabalho em saúde “é algo em permanente processo, de natureza dinâmica, e de mútua constitutividade” (FRANCO, MERHY, 2013, p. 112). Para Merhy, portanto,

A produção da saúde é dependente de trabalho humano em ato, configurado pelo Trabalho Vivo e na sua micropolítica, ou seja, o trabalho no exato momento da sua atividade criativa na construção dos produtos, através dos quais se realiza, ali. Nesse momento, é um processo essencialmente relacional, entre alguém e outros. Nessa relação há uma lógica instrumental operando, mas sobretudo há, em potência, nos espaços relacionais, virtualidades em acontecimentos, como atos de fala e escuta, toques e olhares, constitutivos desse processo de trabalho que produz o cuidado e nessa relação os sujeitos, que se encontram, fazem em conjunto, a produção da saúde. (FRANCO, MERHY, 2013, p. 109).

Em que pese essa preocupação teórico-metodológica, as análises de Merhy têm destacado a permanência da hegemonia de um “modelo médico” como “modelo tecnológico de intervenção na saúde”. (FRANCO, MERHY, 2013). Esse modelo está fundamentado, segundo análises de Franco e Merhy: na expansão do ensino clínico, na ênfase na pesquisa biológica, no estímulo à especialização médica; no “desenvolvimento significativo da indústria de equipamentos, que tem conseguido grandes avanços tecnológicos” (medicamentos, equipamentos para diagnósticos e terapias); num amplo trabalho de

marketing que não somente consegue colocar equipamentos tecnológicos no mercado, mas, também, forma opinião positiva em torno do modelo, influenciando os prescritores “no seu processo decisório, induzindo ao alto consumo dos seus produtos” (por exemplo, “o uso excessivo de recursos diversos de diagnose e terapia, sem eficácia nenhuma”). (FRANCO, MERHY, 2013, p. 114-15). Um modelo de saúde que, na visão de Franco e de Merhy, tem três efeitos imediatos no processo de produção em saúde:

- o primeiro, quanto à estruturação do processo de trabalho em saúde, que passa a operar centrado nas tecnologias duras e leve-duras, isto é, em máquinas e conhecimentos especializados [...];
- o segundo, é que a partir daí verifica-se uma baixa eficácia na resolutividade dos serviços de saúde, pois, a simplificação dos problemas de saúde, como problemas centrados no corpo [...] levam à construção de projetos terapêuticos reducionistas e parciais, ficando sempre um déficit de questões a serem resolvidas [...];
- o terceiro, os custos da saúde são majorados de forma extraordinária, na medida em que os recursos utilizados são de alto valor agregado e são usados de forma exacerbada, quanto à real necessidade do usuário. (FRANCO, MERHY, 2013, p. 115).

Ainda que hegemônico, ressaltam Franco e Merhy, o “modelo médico” entrou em crise (de financiamento) nas últimas décadas e, diante da crise, diferentes “soluções” passaram a ser propostas. Em relação aos serviços públicos de saúde, por exemplo, as soluções propostas incluem a minimização das políticas públicas, a adoção de ações mais focais (políticas públicas compensatórias) e a desoneração do Estado por serviços para setores que “podem” “arcar com os custos de suas necessidades de proteção” (terceirização e privatização de serviços públicos, antes estatais). (FRANCO, MERHY, 2013, p. 119). Nesse contexto de políticas neoliberais de saúde, as próprias políticas de saúde que enfatizam as ações na saúde básica passaram a ser “funcionais”, pois podem ser organizadas de modo a desonerar os espaços que se organizam com maior presença de equipamentos tecnológicos e conhecimentos especializados (força de trabalho que, por exemplo, recebe maiores salários). A “reestruturação produtiva” na saúde, nesse sentido, implica uma reorganização da produção da saúde, atribuindo maior importância a espaços que não exigem grandes investimentos, sem, contudo e necessariamente, alterar os modelos tradicionais de organização do trabalho em saúde.

[...]. Em muitos municípios onde o PSF foi implantado, observa-se a alteração nos processos de trabalho, que continuam operando a partir de uma razão instrumental, estruturados pelo ato prescritivo do médico, que induz ao alto consumo de procedimentos centrados nos profissionais. Mesmo as modalidades de PSF que atuam com uma aparente mudança na forma de produzir saúde, pois operam mais centralmente no território, focadas nos núcleos familiares e domicílio, o processo de

trabalho, na essência, pode não ter sido alterado [...]. (FRANCO, MERHY, 2013, p. 129).

A produção privada de serviços de saúde também é alterada, numa perspectiva de diminuição dos custos da produção e aumento da lucratividade das empresas. Franco e Merhy sugerem como exemplo “algumas empresas no campo dos planos de saúde”, a partir das quais é possível observar “situações paradoxais”:

- de um lado, provocam uma nova relação com o campo das necessidades de saúde [...] dos usuários, na qual a preocupação com o autocuidado coloca-se na possibilidade de se obter melhores resultados em relação à saúde, abrindo a perspectiva de autonomizar o usuário e, com isso, reduzir os riscos de agravos [...]
- por outro lado, essa não ruptura completada ou predominante, não leva efetivamente a um processo de produzir saúde marcado por uma real inversão das tecnologias de cuidado, que tenha alterado substancialmente o núcleo tecnológico do processo de trabalho [...]. (FRANCO, MERHY, 2013, p. 130).

Ou seja, por um lado essas empresas procuram gerenciar os serviços de saúde, de modo que os usuários não recorram tanto ao “sistema”, não utilizando espaços que oferecem tecnologias duras ou leve-duras (equipamentos tecnológicos e serviços especializados), o que, evidentemente, aumenta os lucros dessas empresas (afinal, o bom usuário para os planos de saúde é aquele que, de preferência, não utiliza os serviços, tendo o plano de saúde, nesse sentido, uma “função” de “seguro saúde”). Por outro lado, essas mudanças gerenciais na produção de saúde não impulsionam o rompimento de um modelo centrado no atendimento hospitalar, na especialização médica, no uso dos avanços tecnológicos, no processo de mercantilização do ato de cuidar.

Nesse contexto, uma indicação (em tom de conclusão) dos autores sobre o mercado de saúde no Brasil é muito significativa:

[...]. De um lado, o mercado que conta com a intensa produção de procedimentos centrada no profissional médico; de outro, o mercado que aposta na produção de um cuidado gerido, que só incorpora tecnologias duras, de custo crescente, sob a batuta de uma outra lógica (econômico-administrativa), que se realiza pela produção de produtos relacionais, como: mais controle sobre a gestão do cuidado, mais práticas de vinculação e referência entre profissional de saúde e usuário do serviço, práticas mais persistentes e permanentes, que visam diminuir riscos de utilização de tecnologias de alto custo, entre outros. (FRANCO, MERHY, 2013, p. 133).

A última estratégia indicada por Franco e Merhy (gerenciamento das práticas de cuidado), no caso dos serviços privados de saúde, pode levar a um controle maior (por parte das empresas no campo dos planos de saúde) inclusive sobre o trabalho de médicos (controle

do ato prescritivo do médico), o que pode ocorrer através de “protocolos técnicos” e auditorias administrativas, essas com poder de “autorizar procedimentos que fogem à norma previamente estabelecida”. (MERHY, FRANCO, p. 144).

A (rápida) indicação dos trabalhos de Denise Pires e de Emerson Merhy (esse, mais recentemente, com a participação de Túlio Franco) é importante para que se possa retomar a questão apresentada sobre as mudanças que ocorrem nas últimas décadas no processo de trabalho em saúde: que mudanças têm ocorrido na organização do processo de trabalho em saúde nas últimas décadas?

Mesmo que de locais teóricos diferentes, Pires e Merhy certamente contribuem com suas investigações para a indicação de algumas tendências principais: a permanência hegemônica de um “modelo tradicional” de saúde, que reproduz uma dinâmica de organização da produção em saúde centrada no profissional médico, decorrendo daí a permanência de relações desiguais entre os diferentes profissionais de saúde e dificuldades de avanço de propostas e de ações comprometidas com a interdisciplinaridade; a importância dos contextos sociopolíticos na condução de mudanças no processo de trabalho em saúde; a importância da indústria de equipamentos e dos avanços tecnológicos na produção da saúde; a afirmação de lógicas organizacionais comprometidas com uma perspectiva neoliberal de organização dos serviços de saúde (minimização do compromisso estatal com a saúde) e com a mercantilização da saúde (“financeirização da saúde”), do que decorre, inclusive, que experiências de saúde básica (dentre as quais, a própria ESF) tenham uma funcionalidade na busca de condições mais favoráveis para que a minimização do compromisso estatal possa efetivamente ocorrer; a presença de lógicas organizacionais que se utilizam de instrumentos, práticas, propostas oriundas de empresas privadas para a reestruturação dos serviços de saúde e da organização do trabalho em saúde.

Em relação a essas últimas (lógicas organizacionais de organização do processo de trabalho em saúde), cabe a referência (a título de ilustração) do levantamento realizado sob a coordenação de Kênia Silva, sobre trabalhos publicados no período entre 1992 e 2012 e relacionados com a temática “gestão de qualidade total em serviços de saúde” (SILVA et. al., 2015). No referido levantamento, a partir do qual foram encontrados 173 artigos e selecionados 25 para a análise, o trabalho coordenado por Silva conclui que muitas instituições de saúde “reconhecem a necessidade de investir em qualidade” e que “muitas ferramentas são utilizadas para auxiliar na identificação de falhas no processo a fim de melhorar a qualidade do serviço final” (SILVA et. al., 2015, p. 630-31). No entanto:

[...] muitas teorias e ferramentas utilizadas na gestão da qualidade total no setor saúde são baseadas em experiências adotadas pela indústria, que se pauta em instrumentos que não permitem abranger as complexidades e as peculiaridades a que estão envolvidas as instituições de saúde e carrega uma cultura mecanicista e uma padronização do processo de trabalho. Nas organizações de saúde, cada paciente possui uma demanda e uma reação diferente, o que dificulta a padronização do processo de trabalho e exige uma análise mais ampliada desse ambiente em que são oferecidos os serviços de saúde para que de fato a gestão da qualidade total aconteça nesses ambientes. (SILVA et. ali, 2015, p. 631).

A conclusão do levantamento coordenado por Kênia Silva indica a presença de dinâmicas organizacionais em instituições de saúde (tanto públicas quanto privadas) orientadas por inovações organizacionais muitas vezes (diretamente) vinculadas a experiências de reestruturação produtiva que as grandes empresas (de diferentes setores econômicos) promovem desde as últimas décadas do século XX, num contexto de afirmação do padrão flexível de acumulação capitalista. Dentre as ferramentas e indicadores de qualidade que o levantamento realizado apresenta encontram-se: o “fluxograma”,⁵ o “diagrama de causa e efeito”,⁶ o “brainstorming”,⁷ o “ciclo PDCA”,⁸ os “indicadores de desempenho”.⁹ Contudo, sob o ponto de vista dos programas de qualidade identificados merece destaque no levantamento realizado o “Programa 5S” (1. SEIRI – senso de utilização; 2. SEITON – senso de organização; 3. SEISO – senso de limpeza; 4. SEIKETSU – senso de padronização; 5. SHITSUKE – senso de disciplina), um programa de qualidade que surgiu no Japão, no mesmo contexto histórico de afirmação de um “modelo japonês de organização do trabalho e da produção” que se tornou referência de reestruturação produtiva (a partir das últimas décadas do século XX) para as empresas capitalistas, em todo o Planeta. (SILVA, 2015).

⁵“O Fluxograma é utilizado para descrever as ações reais de um processo desenvolvido em uma instituição e consiste em um diagrama com base em símbolos que procura apresentar as diversas etapas de um processo. Tem como objetivo ‘apresentar todas as etapas de um processo, de forma sequencial e planejada’.” (SILVA et. al., 2015, p. 625).

⁶“O Diagrama de Ishikawa ou Diagrama de Causa e Efeito ‘tem o formato de árvore e tem como objetivo identificar as relações entre causa e efeitos na busca de explicações e caminhos (causas) para resolver os problemas (efeitos). O diagrama mais utilizado é o 4Ms, com quatro categorias para identificação das causas: método, mão de obra, material e máquina’.” (SILVA et. al., 2015, p. 625).

⁷“O Brainstorming, também conhecido como Chuva ou Tempestade de Ideias ‘é uma técnica através da qual se faz uma pergunta acerca de determinado problema e a partir disso enumeram-se as possíveis causas para seu aparecimento’. Essa metodologia permite fazer uma abordagem inicial do problema e esgota as causas de determinado problema a partir da visão de um grupo”. (SILVA et. al., 2015, p. 625).

⁸“Ciclo PDCA, outra ferramenta bastante utilizada ao se falar em qualidade. Seu ‘objetivo é facilitar a análise, gestão e controle de um processo com foco em melhores resultados. Ele é dividido em quatro quadrantes, onde cada um representa um momento da análise ou monitoramento de um processo’.” (SILVA et. al., 2015, p. 625).

⁹“Os indicadores de desempenho são definidos como critérios explícitos, que devem alinhar as ações gerenciais aos focos estratégicos, acompanhá-las e conduzi-las para estabelecer alvos específicos e metas do processo diante de sua natureza, especificidade e dos objetivos estratégicos da organização.” (SILVA et. al., 2015, p. 625).

O Programa 5S tem como objetivo principal promover a alteração do comportamento das pessoas, proporcionando total reorganização da instituição, através da eliminação de materiais obsoletos, identificação dos materiais, execução constante de limpeza no local de trabalho, construção de um ambiente que proporcione saúde física e mental e manutenção da ordem implantada, apontando assim, para a melhoria do desempenho da organização. Deste modo, após a implantação do Programa 5S em um hospital de ensino, a percepção da equipe que participou da implantação se traduz essencialmente pelo contato que foi estabelecido entre as diferentes áreas da instituição a partir da implantação do Programa. A equipe apresenta também os aspectos que facilitaram e que dificultaram a implantação do Programa 5S, sendo que os primeiros aspectos estão representados pela meta institucional, pela mudança na cultura organizacional, pelo envolvimento da equipe multidisciplinar, pela sensibilização dos *colaboradores* da instituição e pela comunicação entre os diferentes serviços da instituição e os dificultadores estão demonstrados pela resistência inicial dos *colaboradores* frente às mudanças, pela falta de envolvimento da equipe médica, pela quantidade insuficiente de materiais/equipamentos utilizados para otimização do Programa e pela sobrecarga do Serviço de Manutenção da instituição [...]. (SILVA et. al., 2015, p. 626. Grifos meus).

O grifo na palavra “colaborador” não é por acaso. A palavra “colaborador”, que passou a ser amplamente utilizada pelas empresas nas últimas décadas, em substituição às palavras “funcionário” e/ou “empregado”, também está vinculada às inovações organizacionais que decorreram da experiência japonesa (SÓLIO, 2011), tendo naquela experiência um objetivo claro dentro na relação capital e trabalho: negar os conflitos entre capital e trabalho, criando uma cultura de cooptação/colaboração dos trabalhadores com os objetivos da empresa. Assim, no contexto da reestruturação produtiva ocorrida nas últimas décadas do século XX:

Não podemos esquecer que é a partir do fortalecimento do modelo neoliberal, (década de 70 do século XX) que se inicia esforço significativo no sentido de esmaecer conceitos como ideologia e diferença de classes. Os processos de comunicação organizacional, a serviço desse intuito, substituem o empregado/trabalhador, pelo colaborador. Essa será uma dentre fórmulas cujo objetivo é o de neutralizar as lutas operárias. Paralelamente, fortalecem-se as relações empresa/empresa, metaforizadas em “relação ganha/ganha” de interesses, onde o empregado passaria a ser um empreendedor e as empresas terceirizariam tarefas, livrando-se do ônus da relação empregado/empregador, que significa emprego. (SÓLIO, 2011, p. 10).

E a referência ao levantamento realizado sob a coordenação de Kênia Silva, nesse sentido, inclusive por compreender a produção bibliográfica do período entre 1992 e 2012 sobre gestão de qualidade total em serviços de saúde, torna-se importante *para a afirmação* de que uma dinâmica de reestruturação produtiva nos serviços de saúde (largamente influenciada pela reestruturação produtiva realizada pelas empresas capitalistas, no contexto de desenvolvimento do padrão flexível de acumulação), tanto em instituições públicas quanto em instituições privadas, vem sendo implementada desde os anos 1990. Ainda que marcada por

uma diversidade, esse processo de reestruturação produtiva implica a utilização de novas tecnologias e de novos conhecimentos resultantes dos avanços científicos e tecnológicos; implica, ainda, em estratégias de reorganização dos serviços (terceirização e utilização de diferentes formas de empregabilidade, privatização etc.); e implica a utilização de estratégias organizacionais que se inscrevem numa tradição de reestruturação produtiva que as empresas capitalistas privadas promovem desde as últimas décadas do século XX.

2.3. A autonomia no trabalho em saúde: a construção de espaços dotados de liberdade na experiência de trabalho em saúde.

Autonomia é [...] o projeto [...] que visa, no sentido amplo, ao nascimento do poder instituinte e sua explicitação reflexiva [...]. E, no sentido mais preciso, esse projeto visa à reabsorção *do* político, como poder explícito, *na* política, atividade lúcida e deliberada tendo por objeto a instituição explícita da sociedade [...] tendo em vista *fins comuns* e *obras públicas* que a sociedade se propôs deliberadamente. (CASTORIADIS, 1992, p. 148-49. Grifos no original).

A palavra autonomia (do grego, autônomo é “aquele que estabelece suas próprias leis”) refere-se, inicialmente, a experiências sociais fundamentadas no princípio da livre determinação (de um indivíduo, de um grupo) e, como indica Castoriadis na citação acima, implica “poder instituinte” e “explicitação reflexiva”, ou seja, atuação lúcida, deliberada e com capacidade criadora dos indivíduos e da coletividade. Nesse sentido, autonomia se contrapõe à heteronomia, uma condição em que é *o outro* (o estado, o aparato burocrático, os mecanismos de opressão e/ou cooptação, o proprietário da empresa etc.) quem define as condições de ação do indivíduo, limitando ou anulando nesse a participação livre e consciente.

Nas ciências sociais e humanas, o tema da autonomia remete a diferentes perspectivas teóricas, afirmando-se também diferentes visões acerca do que é autonomia e das condições que definem uma ação enquanto ação autônoma. Autonomia pode aparecer como um conceito vinculado à participação social, “à ideia de ampliação da participação política no que tange à descentralização e desconcentração do poder”, à capacidade de autocriação individual e coletiva. (MARTINS, 2002, p. 207).

No debate contemporâneo sobre o conceito de autonomia, tanto na filosofia quanto nas ciências sociais e humanas, o filósofo francês (de origem grega) Cornelius Castoriadis certamente tem uma contribuição significativa, não somente por que se ocupou com essa

reflexão ao longo de sua trajetória intelectual, mas, também, por que oferece uma construção teórica na qual a autonomia é um pressuposto ontológico, político e social, na autotransformação da sociedade numa direção de maior capacidade de autocriação consciente e deliberada.

Dissertar sobre a construção filosófica de Castoriadis em torno do conceito de autonomia não está entre os objetivos desta tese. No entanto, é importante ressaltar que Castoriadis se preocupou com o tema da autonomia já a partir da década de 1940, quando contribuiu para a crítica à experiência socialista da então União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS), mantendo essa preocupação até suas últimas publicações, no ano de sua morte (em 1997), mais especificamente nos seis volumes de sua série “As Encruzilhadas do Labirinto”.

Num primeiro momento, o conceito de autonomia em Castoriadis estava diretamente vinculado à ideia da autogestão, à reformulação do poder social de modo a garantir à comunidade dos trabalhadores liberdade e poder para a definição dos rumos e do sentido da produção e da própria sociedade. Situado no contexto da crítica à experiência socialista da URSS, com o conceito de autonomia Castoriadis criticava o stalinismo e a burocracia estatal do partido bolchevique no poder, afirmando a importância do resgate do projeto de gestão coletiva da produção e da vida social pelos trabalhadores, tal como percebia estar presente na obra de Marx:

A experiência histórica, e Marx e Lênin igualmente, ensinava que o desenvolvimento de uma revolução é essencialmente o desenvolvimento dos órgãos autônomos das massas – Comunas, Sovietes, Comissões de Fábrica ou Conselhos – e isto nada tinha a ver com o fetichismo das formas organizacionais: a ideia de uma ditadura do proletariado exercida por um partido totalitário era ridícula. A extinção de órgãos autônomos das massas e o exercício efetivo do poder por elas não é uma forma. Ela é a própria Revolução e toda a revolução. (CASTORIADIS, 1979, p. 14).

Sua trajetória de reflexão (sobre a ciência, a técnica, o capitalismo, a democracia etc.), no entanto, o levou a problematizar a relação entre autonomia e autogestão. “Autogestão e autogoverno de quê” pergunta-se Castoriadis, defendendo que “a auto-organização, a autogestão, só tem sentido quando ela combate as condições instituídas da heteronomia” (CASTORIADIS, 1987, p. 424). A noção de autonomia, então, passou a estar vinculada a um projeto societário em “que todas as condições da vida social devem ser postas em questão” e no qual a capacidade de imaginação criativa dos indivíduos e da coletividade é de fundamental importância:

Chegamos assim à ideia de que o que define uma sociedade autônoma é a sua atividade de auto-instituição explícita e lúcida – o fato de que ela dá a si mesma sua lei, sabendo o que faz. [...]. A sociedade, menos ainda que o indivíduo, jamais poderá ser “transparente” para si própria. Mas ela pode ser livre e refletida – e essa liberdade e reflexão podem ser, elas mesmas, objetos e objetivos de sua atividade instituinte. (CASTORIADIS, 1987, p 424).

No livro *A Instituição imaginária da sociedade* (CASTORIADIS, 1995), Castoriadis vincula a discussão da autonomia com os conceitos freudianos de consciente e inconsciente, defendendo a ideia de que a autonomia é uma nova relação entre consciente e inconsciente, sendo esse último o discurso do outro que foi introjetado no eu, falando por esse a partir de então. É essa regulação do outro sobre o eu que Castoriadis define como heteronomia ou alienação, que retira do sujeito a possibilidade de definição de sua realidade e de seus interesses/desejos. “A autonomia seria o domínio do consciente sobre o inconsciente” (CASTORIADIS, 1995, p. 123), quando se estabelece outra atitude do sujeito em relação a si mesmo, entre lucidez (do ego) e função imaginária (do Id); contudo, numa relação em que o consciente, sem eliminar as pulsões e os instintos advindos do inconsciente, tem o poder de decisão.

O *Outro*, ao qual Castoriadis menciona quando define a heteronomia, compreende não somente “outro indivíduo”, mas o outro encarnado na sociedade, na sua história e nas relações sociais. A autonomia, nesse sentido, se estabelece quando o “meu discurso tomar o lugar do discurso do Outro que é estranho a mim e me domina e fala por mim”. (CASTORIADIS, 1995 p.124).

Claro que, como “projeto político de instauração de uma sociedade autônoma”, a autonomia não pode ser apenas o objetivo (“um objetivo que queremos por ele mesmo”), mas também condição para que se possa projetar (autonomia “tanto por ela como para poder fazer coisas”) (CASTORIADIS, 1987, p. 425). E, nesse sentido, Castoriadis compromete a discussão sobre a autonomia com a discussão dos “valores substantivos”, criticando, inclusive, as sociedades capitalistas (e os regimes democráticos presentes nessas sociedades) e a incapacidade dessas sociedades na criação de “novos conteúdos de vida”, de “novas orientações”, sincronizados esses com as tendências que (percebia Castoriadis em “muitos setores da sociedade”) afirmam o desejo e o interesse de autonomia, de uma “libertação face às regras simplesmente herdadas” (CASTORIADIS, 1987, p. 425). Contudo:

[...] se a sociedade autônoma é a sociedade que explicita e lucidamente se auto-institui, que sabe que é ela própria que estabelece suas instituições e significações, isso também quer dizer que ela sabe que estas não têm nenhuma fonte além de sua

própria atividade instituinte e doadora de significação, bem como nenhuma “garantia” extra-social [...]. (CASTORIADIS, 1987, p. 427).

Nesse ponto, então, a discussão sobre autonomia em Castoriadis se vincula com a própria ideia de democracia. Não a democracia presente nas sociedades capitalistas, que Castoriadis criticou largamente em sua obra, vinculando-a à crise de valores, ao vazio e à perda de significações imaginárias, à dominação do poder econômico e à hegemonia das relações sociais capitalistas. Mas a democracia que, “quando é verdadeira”, apresenta-se como um “regime que explicitamente renuncia a qualquer ‘garantia’ última e que não reconhece nenhuma limitação a não ser a sua autolimitação” (CASTORIADIS, 1987, p. 427). Ao contrário de outros regimes políticos (autoritarismo ou totalitarismo, por exemplo), em que não é possível arriscar-se, a democracia:

[...] enfrenta permanentemente o problema de sua autolimitação, que nada pode “resolver” *a priori*; é impossível fazer uma constituição que impeça, por exemplo, que um belo dia 67% dos indivíduos tomem “democraticamente” a decisão de privar os 33% restantes de seus direitos. Poder-se-á inscrever, na constituição, que haja direitos inalienáveis dos indivíduos, mas não se poderá inscrever uma cláusula que vede absolutamente a revisão da constituição, e, se ela fosse inscrita, cedo ou tarde ela se acabaria mostrando inútil. A única limitação essencial que a democracia pode reconhecer é a autolimitação. E esta última, por sua vez, somente pode ser executada por indivíduos educados na, pela e para a democracia. (CASTORIADIS, 1987, p. 427. Grifos no original).

Uma democracia que somente pode se estabelecer se os indivíduos e a coletividade têm condições de participar ativa e conscientemente da tomada de decisões coletivas. O que, por sua vez, requer um movimento da sociedade no sentido de “criar” indivíduos que possam pensar livremente, com a possibilidade efetiva de atuarem por si mesmos, através da instituição de um espaço público de pensamento/ação aberto à interrogação, onde não há lei (instituição) imutável, onde haja real e legítimo espaço de questionamento sobre as leis e sobre os fundamentos das leis, enfim uma “sociedade constantemente no movimento de sua auto-instituição explícita”. (CASTORIADIS, 1979, p.33).

Observe-se que Castoriadis analisa a autonomia partindo de uma visão macrossocial. Porém, comprometido com a crítica a qualquer perspectiva determinista da história. A forma como (enquanto indivíduos) percebemos o mundo em nossa volta se relaciona com o agir coletivo na sociedade, e questões objetivas e subjetivas se integram constantemente em nossas percepções e em nossas ações (ambas são passíveis de modificações, tendo em vista que uma está entrelaçada com a outra em um constante movimento dialético). Contudo, como afirma Bittencourt (2008), analisando as produções teóricas de Castoriadis e Bourdieu, se torna

impossível pensar em uma atitude ou conduta que possua autonomia em relação às condições sociais que as produziu e, da mesma forma, considerar a vida social como fruto de um determinismo, onde não há possibilidade de uma ação potencial do sujeito ativo.

A dimensão social deve ser entendida enquanto pertencente a um tempo histórico, o *social-histórico* (CASTORIADIS, 1995 p.130.), que abarca toda a formação social dada, estabelecida, instituída; mas, também, como “o que estrutura”, “o que se institui”. A história das sociedades se apresenta de forma descontínua, intercalando momentos de criação intensa com fases de apatia ou regressão. Vivemos em uma sociedade heterônoma, segundo Castoriadis, mas que vislumbra dois caminhos possíveis na história: um de conformação com a situação, repetição de padrões, apatia; e o segundo, que abarca um despertar social e político, marcado pela vontade de liberdade e de recriação de um projeto de autonomia, o que exige um despertar da imaginação e do imaginário criador; um imaginário coletivo que tem potência de criação (criação de novas formas de ser), como um “imaginário social instituinte”. (CASTORIADIS, 2004).

Tal projeto transformador da sociedade só pode ressurgir no interstício dos próprios indivíduos que compõem essa sociedade, através de uma atividade auto-reflexiva e de um grau maior de compreensão (autocompreensão) dos indivíduos que formam a sociedade. Não é possível, através de uma explicação racional e antecipada, prever de antemão os caminhos da sociedade, pois não há leis que regem o imaginário social. E essa condição histórica é um pressuposto da autonomia, que precisa ser apreendido pelos indivíduos, num processo educativo “na, pela e para a democracia”. (CASTORIADIS, 1987, p. 427).

Esta educação [...] comporta necessariamente a aceitação do fato de que as instituições não são, tal como existem, nem “necessárias”, nem “contingentes, ou seja, a aceitação do fato de que não há nem sentido recebido como dádiva nem garantia do sentido, de que não há sentido a não ser o que é criado na e pela história. Ou seja, ainda, que a democracia descarta o sagrado, ou que [...] os seres humanos devem aceitar finalmente aquilo que eles jamais, até hoje, quiseram realmente aceitar [...]: que eles são mortais, que não há nada “do outro lado”. É somente a partir dessa convicção, profunda e impossível, da mortalidade de cada um de nós e de tudo que fazemos, que se pode viver como ser autônomo – e que uma sociedade autônoma se torna verdadeiramente possível. (CASTORIADIS, 1987, p. 428).

Essa rápida análise do conceito de autonomia em Castoriadis já permite que uma importante questão seja colocada: como falar de autonomia – enquanto poder instituinte; autodeterminação; atuação livre, deliberada e consciente; capacidade criadora dos indivíduos e das coletividades – no trabalho, se esse se objetiva enquanto trabalho assalariado ou, então, como atividade que é condicionada por lógicas organizacionais que visam racionalizar os

processos de trabalho, numa perspectiva de “maior eficiência”, “melhor qualidade”, maior lucratividade?

Certamente essa questão está presente no debate histórico que, em diferentes campos disciplinares das ciências sociais, se estabelece sobre trabalho e autonomia. Um debate no qual são encontradas tanto as teses que defendem que a autonomia no trabalho realizado sob relações capitalistas de produção é uma quimera (ou, então, uma forma ideológica de legitimar e mistificar relações sociais de exploração e de dominação), quanto as teses que defendem que a autonomia no trabalho traduz condições históricas de lutas, por parte dos trabalhadores, para não somente participarem, mas, acima de tudo, para alcançarem poder de autodeterminação no trabalho, ou seja, liberdade para determinar o conjunto ou parte do conjunto das relações que se estabelecem entre os diferentes elementos que compõem um processo de trabalho.

O trabalho é uma atividade essencial para o ser humano. Não somente por sua importância sociológica, enquanto atividade que, para a maioria dos indivíduos, é a principal fonte de renda, está na base do desenvolvimento de aptidões e habilidades, proporciona o acesso a contextos que se diferenciam do contexto doméstico, permite ampliar o leque de contatos sociais, contribui para e na construção da identidade individual e coletiva (GIDDENS, 2005, p. 306). Mas, também, e fundamentalmente, pela sua importância ontológica, enquanto atividade que estabelece a mediação entre o ser humano e a natureza, possibilitando que o ser humano, ao transformar a natureza, se transforme a si mesmo (atividade, ao mesmo tempo, de transformação e de autotransformação, de criação e de autocriação). É famosa a passagem na qual Marx define a natureza ontológica do trabalho:

Antes de tudo, o trabalho é um processo de que participam o homem e a natureza, processo em que o ser humano com sua própria ação, impulsiona, regula e controla seu intercâmbio material com a natureza. Defronta-se com a natureza como uma de suas forças. Põe em movimento as forças naturais de seu corpo, braços e pernas, cabeça e mãos, a fim de apropriar-se dos recursos da natureza, imprimindo-lhes forma útil à vida humana. Atuando assim sobre a natureza externa e modificando-a, ao mesmo tempo modifica sua própria natureza. Desenvolve as potencialidades nela adormecidas e submete ao seu domínio o jogo das forças naturais. [...]. Pressupomos o trabalho sob forma exclusivamente humana. Uma aranha executa operações semelhantes às do tecelão, e a abelha supera mais de um arquiteto ao construir sua colmeia. Mas o que distingue o pior arquiteto da melhor abelha é que ele figura na mente sua construção antes de transformá-la em realidade. No fim do processo do trabalho aparece um resultado que já existia antes idealmente na imaginação do trabalhador. Ele não transforma apenas o material sobre o qual opera; ele imprime ao material o projeto que tinha conscientemente em mira, o qual constitui a lei determinante do seu modo de operar e ao qual tem de subordinar sua vontade. [...]. (MARX, 1989a, p. 202).

Para Marx, portanto, o trabalho é uma atividade ontológica, definidora da natureza do ser humano. O trabalho transforma a natureza, imprimindo nessa um projeto humano (cultura), mas, ao mesmo tempo, está na base do processo de autoconstituição do ser humano enquanto indivíduo e enquanto coletividade.

Nas sociedades capitalistas, no entanto, a principal forma de trabalho humano é o trabalho assalariado. E, enquanto trabalho assalariado, é expressão de uma condição histórica em que os trabalhadores (assalariados) vendem sua capacidade de trabalho (força-de-trabalho) aos proprietários dos meios de produção que, visando aumentar o excedente econômico que investiram no processo de produção, procuram manter o controle (controle fabril) sobre o processo de trabalho. Nesse controle sobre o processo de trabalho, porém, controlar o trabalhador é de fundamental importância, pois é o trabalhador o “único elemento” do processo de trabalho que tem uma capacidade variável de criação de valor (“pode trabalhar mais do que consome”, mais do que recebe por uma jornada de trabalho), tornando-se a base sobre a qual se produz o excedente econômico que, afinal, resultam nos lucros dos proprietários dos meios de produção.

O trabalhador faz o contrato de trabalho porque as condições sociais não lhes dão outra alternativa para ganhar a vida. O empregador, por outro lado, é o possuidor de uma unidade de capital que ele se esforça por ampliar e para isso converte parte dele em salários. Desse modo põe-se a funcionar o processo de trabalho, o qual embora seja em geral um processo para criar valores úteis se tornou agora especificamente um processo para a expansão do capital, para a criação de um lucro. (BRAVERMAN, 1981, p. 55-6).

Torna-se portanto fundamental para o capitalista que o controle sobre o processo de trabalho passe das mãos do trabalhador para as suas próprias mãos. Esta transição apresenta-se na história como a *alienação progressiva dos processos de produção do trabalhador*; para o capitalista, apresenta-se como o problema da *gerência*. (BRAVERMAN, 1981, p. 59. Grifos no original).

Se essa condição é estratégica para os proprietários dos meios de produção, apresentando-se como uma questão de gerência,¹⁰ para os trabalhadores implica uma “alienação progressiva dos processos de produção”, ou seja, uma situação em que suas ações (a sua produção) não somente são definidas pelo outro (pela gerência), mas, também, têm um poder superior em relação ao próprio sujeito que as executa. E, portanto, coloca o trabalhador numa relação com o seu trabalho em que esse perde a capacidade de se colocar enquanto atividade de realização nas relações que permite o trabalhador estabelecer com a natureza (o

¹⁰Braverman lembra que “o verbo *to manage* (administrar, gerenciar) vem de *manus*, do latim, que significa mão. Antigamente significava adestrar um cavalo nas suas andaduras, para fazê-lo praticar o *manège* [...]”. (BRAVERMAN, 1981, p. 68. Grifos no original).

objeto da transformação), com o processo de seu trabalho, com os outros, com sua própria natureza. (MARX, 1989b).

E, como indica Braverman, a necessidade do controle sobre os trabalhadores é uma questão fundamental no sistema capitalista e os esforços, por parte dos proprietários dos meios de produção, no sentido de criar uma “disciplina fabril”, é uma condição histórica permanente nas sociedades capitalistas. Nesse sentido, os diferentes modelos de organização do processo de trabalho no capitalismo colocam-se como esforços históricos de criação e de afirmação de diferentes estratégias de controle e de disciplina fabril.

O modelo taylorista-fordista, por exemplo, é reconhecido por muitos autores como um modelo que aprimorou os mecanismos de controle fabril, através “de um rígido sistema repressivo no interior das fábricas, tirando, do trabalhador, o domínio que ainda detinha sobre o seu próprio trabalho” (FRANZOI, 1997, p. 44). Para Taylor e para Ford estava claro que o aumento da produtividade do trabalho e do capital dependia do controle do processo de produção, tirando dos trabalhadores a capacidade de conhecer e de definir o processo de trabalho.¹¹ Em decorrência, o modelo taylorista-fordista desenvolveu um sistema de controle sobre os trabalhadores, envolvendo a “coerção personalizada”, o “controle técnico” e o “controle burocrático”. (FRANZOI, 1997, p. 46).

Os chamados “novos modelos de organização do processo de trabalho” não rompem com a perspectiva de controle sobre o trabalho e sobre os trabalhadores presente no modelo taylorista-fordista. Novos mecanismos e novas estratégias de controle são desenvolvidos sem, contudo, romper com a natureza do processo de trabalho no capitalismo, enquanto processo subordinado à lógica de valorização do capital. Como já foi indicado nesta tese, o modelo japonês, por exemplo, envolve um conjunto de estratégias de cooptação dos trabalhadores e mesmo que suas propostas de organização do processo de trabalho compreendam a criação de espaços de “participação” dos trabalhadores, como é o caso dos “Círculos de Controle de Qualidade”, esses não podem ser vistos como espaços que garantem autonomia para os trabalhadores. Como afirma Sônia Larangeira:

Os Círculos de Controle de Qualidade (CCQ) fazem parte de uma vasta gama de programas de participação dos trabalhadores (humanização do trabalho, enriquecimento de tarefas, gerência participativa, grupos autônomos) [...] que têm

¹¹Henry Ford, por exemplo, entendia que o trabalho era fonte de riqueza e, em função disso, não poderia haver desperdício no processo produtivo, sendo a disciplina do trabalho um fundamento da produtividade. Em suas palavras: “Não há quase contato pessoal em nossas oficinas; os operários cumprem o seu trabalho e voltam logo para os seus lares. Uma fábrica não é um salão de conferências” (FORD, apud FLEURY, VARGAS, 1983, p. 27).

como objetivo envolver os empregados no processo produtivo, estimulando formas de organização do trabalho e de tomada de decisão, as quais, supostamente, aumentariam a satisfação e o saber do trabalhador. Os CCQs são criados por iniciativa da empresa e constituem-se de pequenos grupos de trabalhadores [...]. Os integrantes reúnem-se, voluntariamente, uma ou duas vezes por semana, fora do horário de trabalho, com o objetivo geral de discutirem questões de qualidade e de produtividade da empresa. Nesse sentido, há temas tácita ou explicitamente proibidos, como reivindicações salariais ou propostas de modificações no processo de trabalho. [...]. (LARANGEIRA, 1997, p. 40).

Embora os defensores dessas novas estratégias de envolvimento dos trabalhadores no processo de trabalho insistam que elas são formas de “democratizar o espaço de trabalho”, superando “a apatia e a insatisfação causadas pela alienação do trabalhador no processo de trabalho fordista-taylorista” (e no Japão os CCQs sejam identificados com “formas de autogestão”), as mesmas, de fato, “não se confundem com a organização da produção controlada pelos trabalhadores nem com os chamados grupos semiautônomos” (LARANGEIRA, 1997, p. 41). Nesse sentido, portanto, são formas de cooptação dos trabalhadores e se inscrevem numa tradição histórica comprometida com a flexibilização e a descentralização do controle gerencial, adotadas pelas empresas capitalistas num contexto da mundialização do capital e de crescente competição capitalista. Argumentar que esses “espaços de participação”, criados pelas empresas com o objetivo de envolver os trabalhadores em dinâmicas que visam aumentar a produtividade do trabalho e do capital, se confundem com “autonomia no trabalho”, é, assim, uma forma equivocada e redutora do significado de autonomia.

A referência à Autonomia, no sentido da autonomia no trabalho, também aparece [...] como forma de destacar a possível capacidade de o indivíduo definir estratégias próprias no seio da empresa. Trata-se, de modo geral, de uma utilização equivocada e empobrecedora do conceito, na medida em que destaca os pequenos espaços de autodeterminação e de intervenção no processo de trabalho, colocando-os no mesmo nível do poder empresarial de controle e de definição do conteúdo e do destino da produção social. (CATTANI, 1997, p. 28-9).

No sentido apresentado até agora, portanto, o trabalho assalariado é sempre subordinado ou controlado – por um chefe, por um conjunto de regras, por estratégias que visam a valorização do capital – e, então, de fato é uma “quimera” falar de autonomia do trabalho sob relações sociais capitalistas. A autonomia no trabalho somente torna-se possível numa condição histórica de superação das relações sociais capitalistas e, nessa direção, pressupõe a autogestão, o controle operário sobre o processo de trabalho e de produção. Ou seja:

O princípio da autonomia supõe a reformulação do poder da empresa, do esquema tradicional da autoridade e do seu corolário (disciplina fabril). A propriedade privada, fonte de dominação é substituída pela propriedade social dos meios de produção. A comunidade de trabalho passa a ser livre e responsável pela definição dos rumos e do sentido da produção. Autonomia refere-se, portanto, às situações de enfrentamento às formas econômicas e sociais dominantes e não às experiências de auto-exclusão (comunidades alternativas), aquelas que se adaptam nos interstícios do sistema (cooperativas, setor informal), bem como não àquelas que não contestam a proeminência do poder empresarial (cogestão). (CATTANI, 1997, p. 28).

Essa perspectiva teórica de análise da autonomia no trabalho (no capitalismo) enfatiza não somente os limites, mas, também, os esforços que podem ser observados na dinâmica histórica do capitalismo no sentido de reduzir e, mesmo, anular o poder dos trabalhadores no processo de trabalho. E, nesse sentido, sua importância está na afirmação de que a ressignificação do trabalho numa perspectiva de afirmação de sua natureza ontológica (portanto, numa perspectiva em que o trabalhador possa, efetivamente, ser instituinte nas relações que estabelece com a natureza, com o processo de trabalho, com os outros e com sua própria natureza enquanto ser humano) tem como condição (ainda que não necessária) a superação das relações capitalistas de produção.

No entanto, entende-se que os limites dessa perspectiva teórica está no não reconhecimento ou, então, na relativização do trabalho enquanto espaço/tempo de conflitos e de lutas. Se é verdade que há um esforço histórico, por parte dos proprietários dos meios de produção (ou por parte dos responsáveis pela organização do processo de trabalho), no sentido de controlar o trabalho e os trabalhadores, é também verdade que os trabalhadores historicamente não aceitaram passivamente esse controle, não somente reagindo às estratégias de dominação e de limitação/anulação da autonomia no trabalho, mas, também, agindo propositalmente no sentido da criação de espaços de participação e de poder capazes de garantir maior consciência, maior liberdade e maior capacidade de criação no processo de trabalho.

A história das lutas dos trabalhadores ensina que o fato do trabalhador estar submetido (oito ou mais horas por dia) às rotinas e às disciplinas do trabalho pode tornar inevitável que valores como a competitividade, a fragmentação, o isolamento, o individualismo sejam promovidos em sua consciência, impedindo ou dificultando a capacidade de reação e de reclamação de espaços de poder. Os espaços de trabalho, no entanto, também são espaços de percepção das formas de controle, das experiências de demissão ou de medo da perda do emprego (em tempos de crise), da discussão coletiva sobre questões relacionadas às condições de trabalho, às condições salariais etc. Os espaços de trabalho são também os espaços da

quebra das máquinas, do absenteísmo, do corpo mole, da dispersão, do boicote a determinadas ordens do supervisor, da reação contra demissões coletivas, da formação de comissões de fábrica, das greves etc. (SILVER, 2005). Além disso, a vida do trabalhador não se resume aos espaços de trabalho e suas experiências em suas famílias, em suas comunidades e/ou bairros, instituições sociais podem ser experiências de questionamentos e de construção de uma consciência social favorável às lutas por melhores condições de trabalho e de vida. (THOMPSON, 1987).

Nessa dinâmica de luta dos trabalhadores, portanto, a luta pela autonomia toma diferentes conotações, sendo uma luta contra o individualismo, a fragmentação, o isolamento dos trabalhadores, uma luta por espaços de discussão sobre as condições de trabalho, uma luta por maior controle sobre o processo de trabalho (portanto contra a hetero-organização do processo de trabalho). E ao estarem em luta os trabalhadores mostram-se seres ativos, seres em consciência, seres em práxis. E a autonomia, nesse sentido, não aparece como algo que se possua, que se aproprie e que se possa guardar como um bem conquistado. A autonomia, enquanto poder instituinte, se torna expressão dessa capacidade de reação, enquanto processo mesmo de resistência e enquanto espaço de revelação e de cultivo da capacidade humana de agir e de falar, de resistir e de propor, de aceitar e de criar.

A perspectiva teórica adotada nesta tese, portanto, atenta para as condições históricas de resistência, de lutas e de atuação ativa dos trabalhadores nos espaços comprometidos com a concepção e com a execução dos processos de trabalho, mesmo aqueles que estão subordinados à lógica de valorização do capital. Como afirmado, se é verdade que a superação integral da condição heterônoma imposta pelas relações sociais capitalistas de produção somente será alcançada com a superação dessas relações, também é verdade que através das lutas dos trabalhadores é possível construir espaços de participação e de autodeterminação no trabalho. Nessa perspectiva, pode-se afirmar que a autonomia no trabalho:

[...] traduz-se por: autodeterminação do trabalhador, responsabilidade ou liberdade para determinar os elementos da tarefa, o método do trabalho, as etapas, procedimentos, programação, critérios, objetivos, o lugar, a avaliação, as horas, tipo e quantidade de trabalho. Autonomia remete ao controle sobre estes ou alguns destes elementos. (ROSENFELD, 2005, p. 09).

A autonomia no trabalho, nessa perspectiva, compreende espaços (não isentos de conflitos e de lutas) de decisão e de intervenção no processo de trabalho, envolvendo, inclusive, as possibilidades de autocontrole e de participação na organização, bem como de

influenciar no processo decisório que define mudanças ou não na organização do processo de trabalho e nas condições de trabalho em geral.

E, nesse sentido, trata-se de uma perspectiva que encontra inspiração nas análises que o historiador inglês Edward Thompson faz das maneiras pelas quais se constituem os modos de vida e de consciência dos grupos sociais que resistem às relações sociais capitalistas (e, nesse sentido, às formas heterônomas de organização do processo de trabalho). Para Thompson, as relações sociais de produção no capitalismo, ainda que condicionem em grande parte o “fazer-se” trabalhador, não estruturam completamente o que é a experiência de trabalho e de vida dos trabalhadores. Essa é tecida através de lutas sociais, em dinâmicas históricas em que os trabalhadores não são passivos (não estão ausentes nas dinâmicas que estruturam os modos de vida e de trabalho), mas, ao contrário, através de suas experiências constituem consciência, capacidade de pensar sobre suas condições de vida e de trabalho, criando possibilidades efetivas de intervenção histórica. (THOMPSON, 1981).

Para Thompson, atentar para as experiências de homens e mulheres reais permite que se compreenda a relação entre ser social e consciência social. É pela experiência histórica que homens e mulheres definem e redefinem suas práticas e seus pensamentos.

A experiência entra sem bater à porta e anuncia mortes, crises de subsistência, guerra de trincheira, desemprego, inflação, genocídio. Pessoas estão famintas: seus sobreviventes têm novos modos de pensar em relação ao mercado. Pessoas são presas: na prisão pensam de modo diverso sobre as leis. Frente a essas experiências, velhos sistemas conceituais podem desmoronar e novas problemáticas podem insistir em impor sua presença. (THOMPSON, 1981, p. 17).

Através da categoria “experiência”, portanto, Thompson critica a tradição estruturalista (em especial, na versão do filósofo francês e marxista Louis Althusser), para a qual os sujeitos têm pouca importância na história e os acontecimentos sociais tendem a ser reduzidos a fenômenos econômicos. Assim, a noção de experiência permite que Thompson compreenda os homens e as mulheres como sujeitos na história:

[...]. O que descobrimos (em minha opinião) está num termo que falta: ‘experiência humana’ [...]. Os homens e mulheres também retornam como sujeitos, dentro deste termo – não como sujeitos autônomos, ‘indivíduos livres’, mas como pessoas que experimentam suas situações e relações produtivas determinadas como necessidades e interesses e como antagonismos, e em seguida ‘tratam’ essa experiência em sua consciência e sua cultura (as duas outras expressões excluídas pela prática teórica) das mais complexas maneiras (sim, ‘relativamente autônomas’) e em seguida (muitas vezes, mas nem sempre, através das estruturas de classe resultantes) agem, por sua vez, sobre sua situação determinada. (THOMPSON, 1981, p. 182).

Ao criticar as tradições estruturalistas, afirmando que essas negam a historicidade para elaborar argumentos de uma sociedade que em todo momento estrutura as ações dos indivíduos, Thompson defende que através de movimentos conflituosos e contraditórios surgem novas experiências e possibilidades que expressam as respostas humanas aos acontecimentos; e tais experiências são determinantes no sentido de exercerem pressão sobre a consciência social. Assim, na análise de Thompson o ser humano (os trabalhadores) é inserido como agente ativo do processo histórico, enquanto ser racional que se relaciona com as diversas instâncias e, apesar da formação de classe estar sujeita a condicionamentos históricos (das relações sociais de produção), ela se constrói num processo inacabado de lutas de classes no tempo. (THOMPSON, 1981).

As estruturas sociais são vistas por Thompson como limites e pressões na sociedade, mas não como determinantes no processo de formação social. “As maneiras pelas quais qualquer geração viva, em qualquer “agora”, “manipula” a experiência, desafiam a previsão e fogem a qualquer definição estreita da determinação” (THOMPSON, 1981, p.189). O autor faz um resgate cultural da sociedade inglesa e mostra como a religião e os costumes estão presentes nas lutas da sociedade e no cotidiano do trabalho, e vão se tornando elementos que tensionam os próprios condicionamentos históricos das relações de trabalho.

Thompson defende assim, uma metodologia de análise a partir da “história vista de baixo”, no qual o objeto do conhecimento é a história real, cujas evidências são sempre incompletas e imperfeitas. Sua perspectiva teórica ressalta, nesse sentido, a experiência gerada na vida material, sendo a análise dessa experiência fundamental para a compreensão das formas diversas de organização da vida social e do próprio sentido histórico da vida dos trabalhadores. Tendo em vista a experiência concreta desses sujeitos, a construção de seus conhecimentos e de suas práticas (no trabalho e na vida) mantém uma relação direta com a forma pela qual interpretam o mundo; suas experiências vividas, percebidas e modificadas são fontes históricas para a análise de sua formação. (THOMPSON, 1987).

Para Thompson (e nesse sentido se estabelece uma aproximação da perspectiva teórica adotada por Castoriadis em sua análise sobre a autonomia), “a luta política não se faz fora da história”, mas, antes, “é resultado das experiências criadoras concretas abrindo espaços autônomos que se instituem na sociedade” (ROMANI, 2013, p. 16). A história é o “resultado futuro de uma experiência coletiva pretérita, o qual não é dado a priori, e se constitui durante as lutas cotidianas da existência, no fazer-se”. (ROMANI, 2013, p. 16).

Trata-se, portanto, de uma perspectiva teórico-metodológica de grande importância para a compreensão da autonomia (possível) no trabalho, no caso da presente tese no trabalho que é realizado pelos trabalhadores e pelas trabalhadoras da Estratégia Saúde da Família. A autonomia não é tomada como um ausente, como uma quimera que somente poderia existir com a condição histórica de superação das relações sociais de produção presentes nas sociedades capitalistas. Mas, ao mesmo tempo, não é um dado, uma condição presente que decorre da natureza do trabalho em saúde, como um trabalho que está centrado no trabalho vivo e se opera com altos graus de incerteza, do que decorre a necessidade e a possibilidade dos trabalhadores, no ato mesmo de seu trabalho, definirem/acordarem as condições de realização de suas atividades laborativas. A autonomia é uma possibilidade, que se constrói na experiência concreta do trabalho, condicionada pelas relações sociais de produção, pelas diferentes e complexas mediações políticas, econômicas, sociais, mas, ao mesmo tempo, pela capacidade ativa dos trabalhadores que, com sujeitos históricos, podem e desenvolvem consciência criativa e produtora de conhecimento e de ação.

3. Trabalho e trabalhadores da Estratégia Saúde da Família na Região 28 de Saúde (RS).

Neste capítulo da tese pretende-se contextualizar a dinâmica (regional) de organização dos mercados de trabalho em saúde na Região 28 de Saúde (RS), atentando para características históricas, econômicas, socioespaciais dos municípios que a constituem, bem como para a importância dessas características tanto no que diz respeito à estruturação do mercado de trabalho em saúde quanto no que diz respeito à organização dos serviços vinculados às ESFs nos municípios e na própria Região.

O capítulo inicia com uma caracterização socioeconômica da Região 28 de Saúde, destacando-se alguns condicionantes históricos da formação de seus municípios, mas, também, alguns indicadores econômicos, sociodemográficos, mesmo dos mercados de trabalho, que permitem, por um lado, uma melhor compreensão de particularidades regionais e, por outro lado, uma já análise de desafios que se colocam para a organização do trabalho e para os trabalhadores em saúde na referida Região.

Na sequência, então, são apresentados alguns dados sobre a estruturação do mercado de trabalho em saúde, analisando-se como essa estruturação expressa características da formação socioeconômica e política da Região de estudo (a importância do município de Santa Cruz do Sul na Região, por exemplo), ao mesmo tempo em que indica diferentes dificuldades e diferentes desafios na e para a implantação do SUS (o que, evidentemente, repercute no trabalho e nas condições de trabalho dos trabalhadores em saúde).

Por fim, já considerando dados primários levantados durante a pesquisa implicada na construção da presente tese, apresenta-se um perfil socioeconômico dos trabalhadores e trabalhadoras em saúde que atuam nas ESFs da Região 28 de Saúde, momento que será aproveitado, também, para analisar como a Estratégia Saúde da Família foi até então implantada nessa Região de Saúde.

Cabe, ainda neste texto introdutório deste capítulo, esclarecer que os dados secundários nele utilizados foram coletados no Censo Demográfico de 2010 (IBGE, 2011), no

Cadastro Nacional de Saúde (CNES) e no Sistema de Informática do SUS – DATASUS. No DATASUS, particularmente, foram coletados dados sobre os trabalhadores e trabalhadoras em saúde que atuaram nos municípios da Região 28 de Saúde durante os períodos de 2005/2006 e de 2013/2014, com o intuito de melhor compreender a dinâmica do mercado de trabalho em saúde na Região (variação, por exemplo, no número de trabalhadores e trabalhadoras em saúde). Já os dados primários analisados resultaram da aplicação dos formulários de pesquisa, o que ocorreu durante os meses de abril e de maio de 2015; no total, foram aplicados 266 formulários de pesquisa, com médicos (as), enfermeiros (as), técnicos (as) em enfermagem e agentes comunitários (as) de saúde que atuavam nas 41 ESFs existentes na Região 28 de Saúde.¹²

3.1. O campo de estudo: conhecendo o trabalho em saúde na Região 28 de Saúde.

O processo de regionalização da saúde, ao atribuir maiores responsabilidades aos municípios e às regiões na construção das políticas públicas de saúde, colocou os espaços locais e regionais como importantes condicionantes não somente na estruturação dos mercados de trabalho em saúde, mas, também, das próprias dinâmicas de organização dos trabalhos em saúde. O Decreto 7508/2011 define/regulamente como Região de Saúde:

Espaço geográfico contínuo consituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitando a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde. (Resolução 01/2011).

Assim, para que se possa ter maior clareza sobre as singularidades na organização do mercado de trabalho em saúde, bem como das formas de organização do trabalho e de atuação dos trabalhadores e das trabalhadoras em saúde na Região 28 de Saúde, torna-se importante registrar alguns aspectos da formação histórica dos municípios que constituem a referida Região.

¹² Inicialmente, estava prevista a aplicação de 300 formulários de pesquisa, contemplando o universo de trabalhadores e trabalhadoras em saúde que atuavam nas ESFs da Região 28 de Saúde em 2015; no entanto, em função de afastamentos, férias, licenças, 266 trabalhadores/trabalhadoras efetivamente responderam o formulário de pesquisa. Como registrado no texto da introdução, esse número (considerando o universo de 300 trabalhadores/trabalhadoras e as fórmulas de construção de Amostragens Aleatórias Simples para estimação de proporções) garante estatisticamente que os dados sejam apresentados com um erro amostral de 2,02 pontos percentuais, num nível de confiança de 95%.

A Região 28 de Saúde compreende um total de treze municípios: Santa Cruz do Sul, Gramado Xavier, Herveiras, Sinimbu, Mato Leitão, Candelária, Vale do Sol, Vera Cruz, Venâncio Aires, Passo do Sobrado, Vale Verde, Rio Pardo e Pantano Grande, todos localizados na porção central do Rio Grande do Sul. Dentre os treze municípios, apenas o município de Gramado Xavier não pertence ao Vale do Rio Pardo (Gramado Xavier pertence à Região do Vale do Rio Taquari), embora, sob o ponto de vista de sua formação histórica e de suas características socioeconômicas, se observam semelhanças entre esse município e a maioria dos outros municípios (inclusive no que diz respeito ao vínculo com a cadeia produtiva do tabaco).

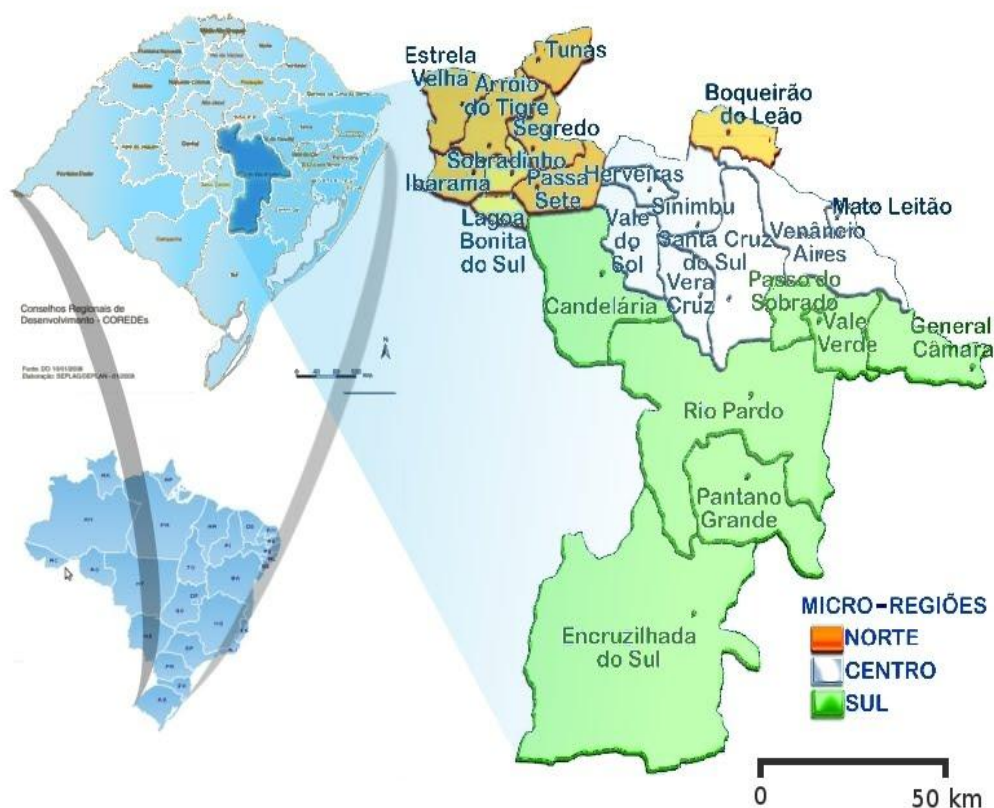
A Região objeto de estudo, portanto, está constituída por municípios que, em sua maioria, estão fortemente vinculados à formação histórica do Vale do Rio Pardo,¹³ uma região do Rio Grande do Sul que, embora heterogênea (econômica, política e culturalmente), tem na cadeia produtiva do tabaco uma referência importante, inclusive no que diz respeito à sua integração na dinâmica de desenvolvimento do capitalismo no Rio Grande do Sul e no Brasil.

A heterogeneidade do Vale do Rio Pardo é registrada pela bibliografia que analisa a sua formação histórica. Nessa direção, alguns autores costumam dividir o Vale do Rio Pardo em três “regiões”: a “região norte”, a “região central” e a “região sul” (VOGT, 2001; ETGES, 2001). A “região norte” é formada por pequenos municípios que têm na produção agrícola (e, em especial, na agricultura familiar) uma característica importante; é formada por descendentes de imigrantes alemães, italianos, portugueses e apresenta problemas relacionados “a alternativas econômicas que agreguem valor à produção do minifúndio” (ETGES, 2001, p. 354). A “região central” é formada por municípios que concentram o polo comercial e industrial de todo o Vale, mas, também, o maior complexo agroindustrial do tabaco do Planeta, localizado especialmente no município de Santa Cruz do Sul; é nessa região, também, que se encontram as principais referências da Região 28 de Saúde tanto no que diz respeito às instituições de formação dos trabalhadores em saúde (a principal Universidade da Região, a UNISC, tem sua Sede em Santa Cruz do Sul, onde oferece vários cursos na área da saúde – Enfermagem, Nutrição, Educação Física, Fisioterapia, Farmácia, Psicologia, Medicina, Serviço Social, Odontologia) quanto no que diz respeito às instituições de saúde (número e importância de hospitais; mercado privado de serviços de saúde). E a

¹³ A divisão política e administrativa da região do Vale do Rio Pardo compreende um conjunto de 23 municípios, a saber: Arroio do Tigre, Boqueirão do Leão, Candelária, Encruzilhada do Sul, Estrela Velha, General Câmara, Herveiras, Ibarama, Lagoa Bonita do Sul, Mato Leitão, Pantano Grande, Passa Sete, Passo do Sobrado, Rio Pardo, Santa Cruz do Sul, Segredo, Sinimbu, Sobradinho, Tunas, Vale do Sol, Vale Verde, Venâncio Aires e Vera Cruz.

“região sul”, por sua vez, compreende municípios que são caracterizados pela presença de médias e grandes propriedades agrícolas, tendo suas economias fortemente vinculadas à produção agropecuária. (ETGES, 2001; VOGT, 2001). (MAPA 01).

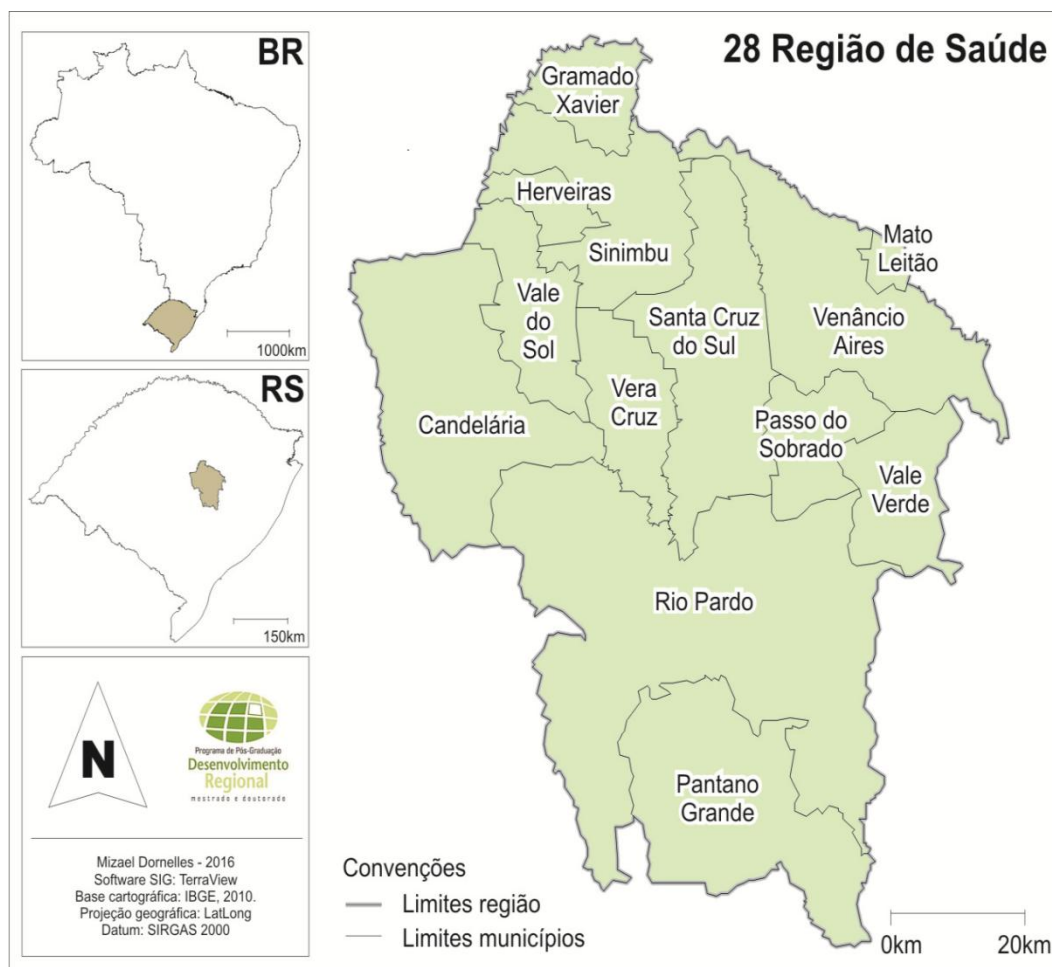
MAPA 01: Vale do Rio Pardo, com a identificação dos municípios que compreendem a Região Sul, a Região Central e a Região Norte do Vale.



Fonte: Conselho Regional de Desenvolvimento (COREDE) do Vale do Rio Pardo. In: <http://reciclagempolitica.blogspot.com.br/>

Como pode ser observado, portanto, a Região 28 de Saúde compreende municípios localizados na “região” central e na “região” sul do Vale do Rio Pardo, não tendo municípios situados na “região” norte. Cabe aqui destacar que a Região 28 de Saúde é resultado de decisões administrativas, num contexto histórico de construção das políticas públicas de saúde no Brasil a partir dos anos 1990, sendo gerida pela 13ª Coordenadoria Regional de Saúde, cuja Sede se encontra no município de Santa Cruz do Sul e cuja área de abrangência corresponde aos mesmos municípios que compreendem a Região 28 de Saúde. (Mapa 02).

MAPA 02: Região 28 de Saúde, com identificação dos municípios que a compreendem e sua localização no Rio Grande do Sul.



Fonte: Elaborado por Mizael Dornelles, em 2016, a partir de Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul.

Considerando, então, que os municípios que constituem a Região 28 de Saúde correspondem ao “centro-sul” do Vale do Rio Pardo, é importante destacar que, num primeiro momento, o município de Rio Pardo assumiu posição estratégica na formação histórica de toda a Região. O município de Rio Pardo, aliás, é um dos municípios mais antigos do Rio Grande do Sul. Até o século XIX, o território que compreende hoje o município era habitado por indígenas que, residindo nas áreas próximas dos Rios Jacuí e Pardo, cultivavam erva-mate, além de outros produtos alimentares e, inclusive, a criação de gado. A partir do início do século XIX, no entanto, a Coroa Portuguesa se interessou mais pela região (naquele período, já demarcando proximidades com a região fronteiriça da Colônia Portuguesa com as Colônias espanholas na América do Sul – Uruguai e Argentina) e, então, Rio Pardo ganhou projeção militar e, principalmente, comercial, se constituindo num “entreposto comercial” que

distribuía mercadorias vindas (por rio) de Porto Alegre para outras regiões do estado rio-grandense e, ao mesmo tempo, recebia mercadorias vindas dessas regiões que, então, se dirigiam para Porto Alegre. (VOGT, 2001).

A partir da segunda metade do século XIX, no entanto, o surgimento de novos municípios, a chegada de imigrantes europeus (em especial, os imigrantes alemães na região de Santa Cruz do Sul), a emergência de novas culturas produtivas na Região, entre outros fatores, contribuíram para que Rio Pardo, aos poucos, cedesse espaço econômico e político Santa Cruz do Sul. (VOGT, 2001).

A “Colônia de Santa Cruz”, aliás, desde a chegada dos imigrantes alemães, em 1849, se destacou por uma produção agrícola que não somente atendia às necessidades de subsistência dos agricultores e da própria Colônia, mas, também, a necessidades de mercado. Nesse sentido, ainda durante a segunda metade do século XIX a *produção do tabaco* ganhou projeção econômica, impulsionando uma produção agrícola para a troca comercial e, em consequência, fomentando uma atividade comercial e, posteriormente, uma atividade industrial em Santa Cruz do Sul. (BASSAN, 2002).

A referência (mesmo que sumária) à dinâmica de desenvolvimento do município de Santa Cruz do Sul ganha significado para assinalar como esse município, ao concentrar as indústrias do complexo agroindustrial do tabaco, ganhou proeminência na dinâmica de desenvolvimento de toda a Região de estudo.¹⁴

Note-se, inclusive, que o município de Santa Cruz do Sul compreende mais da metade do total do PIB do conjunto de municípios que constituem a Região 28 de Saúde. O quadro a seguir apresenta esses dados, indicando que somente o município de Santa Cruz do Sul era responsável, em 2013, por 55,2% do PIB total dos municípios que constituem a Região. Se considerados juntos, os municípios de Santa Cruz do Sul e Venâncio Aires respondiam, naquele ano, por 88,7% do VAB (Valor Adicionado Bruto) da indústria, 78,6% do VAB dos serviços, 28,8% do VAB da agropecuária e 56,4% do VAB dos serviços públicos produzido no conjunto dos municípios da Região 28 de Saúde. (Quadro 01).

¹⁴ Existe uma vasta bibliografia sobre o Vale do Rio Pardo, mesorregião do Rio Grande do Sul na qual a maioria dos municípios da Região 28 de Saúde pertence. A título de sugestão, consultar: VOGT, Olgário P. *A produção de fumo em Santa Cruz do Sul – RS (1849 – 1993)*; VOGT, Olgário P., SILVEIRA, Rogério Leandro Lima da. *Vale do Rio Pardo: (re) conhecendo a região*; ETGES, Virgínia E. *Sujeição e resistência: os camponeses gaúchos e a indústria do fumo*; MONTALI, Lilia. *Do núcleo colonial ao capitalismo monopolista: produção de fumo em Santa Cruz do Sul*.

QUADRO 01: PIB, PIB per capita, VAB – Indústria, VAB – Serviços, VAB – Agropecuária e VAB – Serviços Públicos dos municípios da Região 28 de Saúde (dados referentes ao ano de 2013).

Indicadores	PIB (%)	PIB per capita (R\$)	VAB Indústria (%)	VAB Serviços (%)	VAB Agropecuária (%)	VAB S. Público (%)
Municípios						
Candelária	4,7	17.963,51	1,9	4,5	14,1	8,6
Gramado Xavier	0,5	14.484,65	0,2	0,2	2,6	1,4
Herveiras	0,4	16.920,83	0,1	0,2	2,3	1,1
Mato Leitão	0,9	25.089,71	1,1	0,5	1,4	1,4
Pantano Grande	2,0	23.718,89	1,2	1,7	5,7	3,0
Passo do Sobrado	1,2	22.367,38	0,5	0,8	4,6	2,0
Rio Pardo	5,8	17.963,20	1,9	5,6	19,0	10,5
Santa Cruz do Sul	55,2	53.579,65	56,0	60,8	12,0	37,1
Sinimbu	1,3	15.516,44	0,2	1,2	5,0	3,1
Vale do Sol	1,6	16.857,92	2,8	1,2	6,9	3,3
Vale Verde	0,5	18.608,34	0,1	0,2	2,8	1,3
Venâncio Aires	21,4	37.384,46	32,7	17,8	16,8	19,3
Vera Cruz	4,7	22.345,59	3,8	5,1	6,7	7,7
Total na Região	100,0	-	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: IBGE, 2013.

A proeminência econômica do município de Santa Cruz do Sul não somente na Região 28 de Saúde, mas, inclusive, no Vale do Rio Pardo, está diretamente vinculada à produção de tabaco e à importância dessa produção na formação econômica do município e da própria Região. A bibliografia que analisa a formação histórica do município, aliás, costuma ressaltar a importância da produção do tabaco. Montali (1979), por exemplo, indica que, desde a chegada dos primeiros imigrantes europeu em Santa Cruz do Sul, alguns períodos principais se destacaram: o período de instalação do núcleo colonial (1849 – 1859); o período de emergência da produção simples de mercadoria (1860 – 1881), quando o artesanato e o comércio se estruturam na região, observando-se, também, o início da mercantilização da agricultura, a partir da qual a economia regional se articulou com o mercado capitalista (estadual e nacional); o período de integração da produção da região no mercado capitalista e a acumulação do capital comercial; o período da crescente dominação da produção pelo capital industrial (1918 – 1965); o período do domínio do capital monopolista (1965 – 1977), decorrente da crise da indústria fumageira santa-cruzense e a desnacionalização da mesma. (MONTALI, 1979, p. 94).

Essa dinâmica histórica, marcada por diferentes períodos, constituiu o processo de consolidação de uma Região fortemente dependente do capital monopolista, cuja capacidade de condicionamento está presente não somente na economia, mas, também, na cultura, na política, nas relações sociais em todo o Vale do Rio Pardo. Um processo histórico no qual, já no século XIX, a produção de tabaco ocupou centralidade na acumulação de capitais:

No processo de acumulação mercantil verificado em Santa Cruz do Sul, coube ao tabaco importante contribuição. Saindo da casa do produto rural, o fumo, assim como o restante do “excedente” obtido pelo colono, era transacionado na venda ou armazém existente na localidade ou no povoado (depois sede do município). Pela inexistência ou escassez de meio circulante, nos primeiros tempos houve a permuta de mercadorias [...]. Esse sistema, com o passar do tempo, foi aperfeiçoado e racionalizado, fazendo surgir as famosas “contas correntes” [...]. Do armazém, após fermentado, preparado e enfardado, o fumo era despachado, no lombo de animais de carga ou através de carroças, até Rio Pardo. De lá, seguia em lanchões pelo Jacuí até Porto Alegre. Posteriormente o transporte ferroviário foi responsável pelo fretamento do fumo da região para a capital do estado. Era em Porto Alegre que estavam estabelecidos os grandes atacadistas que, em última análise, eram os responsáveis pela colocação do produto no mercado interno brasileiro e no exterior. (VOGT, 1997, p. 92-93).

Se até o final do século XIX era o capital comercial que organizava a produção do tabaco na região de Santa Cruz do Sul, já a partir das primeiras décadas do século XX o capital industrial ocupou esse espaço, observando-se “um deslocamento do agente subordinador que é transferido da figura do comerciante para o da agroindústria fumageira” e a consolidação de um “sistema integrado” de produção (que condiciona uma relação de dependência dos agricultores que cultivam tabaco com a indústria fumageira). (VOGT, 1997, p. 101).

Já naquele começo do século XX, também, a emergência de uma “internacionalização” do setor fumageiro teve início, com a chegada, em Santa Cruz do Sul, da “The Brazilian Tobacco Corporation” (que antecedeu a Companhia Brasileira de Fumos em Folha e, posteriormente, a Souza Cruz, instalada em 1955) (VOGT, 1997, p. 101). Foi a partir da chegada do grupo inglês British American Tobacco, proprietária da empresa The Brazilian Tobacco Corporation, que o fumo Virgínia foi introduzido no Brasil e o processo de integração (subordinada) dos agricultores em relação à indústria aperfeiçoado. (VOGT, 1997).

Até a década de 1960, a produção agroindustrial do tabaco foi monopolizada pela Souza Cruz, com a participação de outras empresas, a maioria de capital local. (VOGT, 1997, p. 115-16). A partir daquela década, no entanto, o setor fumageiro foi profundamente internacionalizado, quando muitas empresas de capital local-nacional foram vendidas para

empresas estrangeiras, num processo que ficou conhecido como “internacionalização do setor fumageiro”:

Na década de 1960, em especial a partir de 1965, a indústria fumageira santa-cruzense entra em crise e, então, observa-se um processo de desnacionalização do setor. A crise da indústria fumageira de Santa Cruz do Sul é atribuída à política anti-inflacionária praticada pelo governo brasileiro, especialmente a partir de 1964 (golpe militar) [...]. Ao mesmo tempo em que criava dificuldades para pequenas e médias empresas, o governo federal acenava ao capital estrangeiro com políticas de favorecimento [...]. Enfim, foi criada no país uma política de incentivos à entrada do capital estrangeiro [...]. (CADONÁ, 2002, p. 251).

O crescente domínio do capital internacional na indústria fumageira na região de Santa Cruz do Sul “determinou mudanças significativas na produção de fumo no município e na região”, tanto na relação entre a indústria com a produção agrícola quanto na organização da produção industrial e na comercialização do tabaco para o mercado nacional e internacional:

[...]. Na relação com os produtores agrícolas de fumo, as multinacionais passaram a ter um maior controle sobre a produção, com políticas de financiamento, assistência técnica, controle da qualidade do fumo; na comercialização do fumo, as multinacionais passaram elas mesmas a comprar o fumo junto aos produtores agrícolas, eliminando os intermediários; no processo de industrialização, as multinacionais otimizaram a produção através da mecanização e de um maior controle sobre os processos de trabalho e de produção [...]. (CADONÁ, 2002, p. 253).

O processo de internacionalização da indústria fumageira se consolidou nas últimas décadas do século XX e os poucos grupos econômicos que monopolizam a produção do tabaco (Souza Cruz, Philip Morris, Universal Leaf Tobacco, Aliance One International, Japan International Tobacco) passaram a ter crescente importância não somente na organização das atividades econômicas de toda a região de Santa Cruz do Sul, mas, também, em outras dimensões do desenvolvimento da referida região.

Um aspecto importante a ser destacado, nesse sentido, é que a produção de tabaco no Brasil apresentou um forte crescimento a partir das últimas décadas do século XX: enquanto que, em 1980, o Brasil produziu 372.970 toneladas de tabaco, essa produção aumentou para 447.980 em 1990, para 557.110 em 2000 e alcançou as 792.390 toneladas em 2007 (AFUBRA, 2008). Um crescimento que, evidentemente, teve repercussões na dinâmica de desenvolvimento de toda a região de Santa Cruz do Sul (e, nesse sentido, da maioria dos municípios que constituem a Região 28 de Saúde).

Um exemplo dessa repercussão se observa no número de famílias agrícolas que cultivam tabaco. No Rio Grande do Sul, esse número subiu de 60.490 famílias, em 1995, para 95.410 famílias em 2009. Um crescimento que foi estendido aos estados de Santa Catarina

(que em 1995 tinha 54.860 famílias cultivavam tabaco, aumentando esse número para 58.150 em 2009) e do Paraná (que tinha 17.330 famílias que cultivavam tabaco em 1995 e viu esse número subir para 33.020 famílias em 2009). Ou seja, considerando os três estados da região Sul do Brasil (responsável, afinal, por mais de 95% da produção de tabaco no Brasil), o número de famílias de agricultores que cultivam tabaco subiu de 132.680, em 1995, para 186.580, em 2009. (AFUBRA, 2009).

Há de se destacar, também, que as principais plantas de processamento das empresas de tabaco estão instaladas, principalmente, nos municípios de Santa Cruz do Sul, de Venâncio Aires e de Vera Cruz, “onde se processam cerca de 80% da produção de tabaco do Sul do Brasil” (SILVEIRA, 2015). Em Santa Cruz do Sul, de igual forma, estão localizadas as principais entidades de representação de interesses, tanto de trabalhadores quanto das indústrias fumageiras, como são os casos do Sindicato das Indústrias do Tabaco (SINDITABACO) e da Associação dos Fumicultores do Brasil (AFUBRA). (SILVEIRA, 2015).

O próprio mercado de trabalho na região de Santa Cruz do Sul tem um dinamismo que, em grande parte, depende da organização da produção do tabaco. Como é conhecido, “a agroindústria fumageira reproduz constantemente seu capital dentro de um processo produtivo que se caracteriza pela sazonalidade” (VOGT, 1997, p. 201). Nessa direção, durante os primeiros meses de todos os anos a indústria fumageira recebe o tabaco produzido pelos agricultores para ser processado, necessitando, nesse período, de um maior número de trabalhadores (contrata trabalhadores que, na região, são conhecidos como “safristas); no segundo semestre, quando então o tabaco já foi processado, a indústria fumageira “desliga” os trabalhadores safristas, ficando apenas com os trabalhadores “efetivos”. Essa dinâmica de organização do processo produtivo da indústria fumageira repercute diretamente na dinâmica dos mercados de trabalho da Região, em especial dos municípios onde as indústrias fumageiras estão localizadas.

Assim, se considerados os dados sobre emprego e desemprego nos municípios de Santa Cruz do Sul, Venâncio Aires e Vera Cruz (onde estão localizadas as indústrias fumageiras), durante os primeiros semestres dos anos o número de trabalhadores admitidos é bem superior ao número de trabalhadores desligados, invertendo-se a situação nos segundos semestres. O quadro a seguir ilustra essa dinâmica, tomando como referência os dados do CAGED (Cadastro Geral dos Empregados e Desempregados), do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), e o período entre janeiro de 2013 e abril de 2016. (Quadro 02).

QUADRO 02: Admissões e demissões ocorridas nos municípios de Santa Cruz do Sul, Venâncio Aires e Vera Cruz no período entre janeiro de 2013 e março de 2016 (por semestre).

Admissões e Desligamentos Período	Admissões	Desligamentos
2013:		
Janeiro – Junho	31.403	19.593
Julho – Dezembro	17.119	27.370
2014:		
Janeiro – Junho	30.304	19.088
Julho – Dezembro	17.257	28.047
2015:		
Janeiro – Junho	25.800	14.178
Julho – Dezembro	14.601	22.814
2016:		
Janeiro – março	14.226	5.785

Fonte: CAGED. Ministério do Trabalho e Emprego, 2016.

Embora os dados apresentados não sejam suficientes para uma análise da complexidade que envolve a dinâmica de desenvolvimento do município de Santa Cruz do Sul e, ainda mais, dos municípios que constituem a Região 28 de Saúde, eles já indicam uma questão de grande importância para a compreensão da regionalização da saúde e, também, da organização do trabalho e dos mercados de trabalho em saúde na referida Região: Santa Cruz do Sul, especialmente, tem uma “importância regional”, pois, ao mesmo tempo em que articula toda a Região com circuitos nacionais e internacionais de produção, coloca-se como uma referência para os seus municípios, seja do ponto de vista da organização da economia, do comércio, dos serviços, seja da própria construção das políticas públicas.

É importante notar que a maioria dos municípios da Região 28 de Saúde é constituída por pequenos municípios, muitos deles com uma população essencialmente rural. Expressam, nesse sentido, características importantes dessa Região, pois constituída por alguns municípios que têm uma produção industrial mais desenvolvida, além de atividades de serviços e de comércio (casos, em especial, de Santa Cruz do Sul e de Venâncio Aires) e a maioria dos municípios que têm nas atividades agrícolas (além de um comércio e de serviços que atendem necessidades locais) suas referências econômicas principais.

Para uma melhor compreensão dessas características e das diferenças existentes entre os municípios da Região 28 de Saúde é importante que sejam registrados alguns dados (além

dos que já foram apresentados, diretamente vinculados à economia), em especial relacionados à população e que, afinal, são importantes para a compreensão das demandas que são colocadas para as políticas públicas de saúde na Região e, em consequência, para a própria estruturação dos serviços de saúde: população por município, a localização da população (meio rural e meio urbano), a renda das famílias, a escolaridade, a distribuição da população por gênero, mesmo a dinâmica do IDHM (Índice de Desenvolvimento Humano Municipal) a partir dos anos 1990.

Sob o ponto de vista da população, o conjunto de municípios da Região 28 de Saúde compreendia, segundo os dados do último Censo Demográfico realizado pelo IBGE, em 2010, uma população total de 327.158 habitantes. Considerando a estimativa realizada pelo IBGE para o ano de 2015, essa população já chegou aos 345.317 habitantes (IBGE, 2016). O quadro a seguir apresenta os dados do Censo Demográfico de 2010, indicando que somente nos municípios de Santa Cruz do Sul e de Venâncio Aires (os dois mais populosos) residiam 56,3% da população total da Região; por outro lado, oito dos treze municípios da Região tinham população inferior aos vinte mil habitantes. (Quadro 03).

QUADRO 03: População residente na Região 28 de Saúde, por local de moradia. (Censo Demográfico de 2010).

Local de moradia Município	Urbana		Rural		Total	
	n	%	n	%	n	%
Candelária	15.715	52,1	14.456	47,9	30.171	100,0
Gramado Xavier	529	13,3	3.441	86,7	3.970	100,0
Herveiras	384	13,0	2.570	87,0	2.954	100,0
Mato Leitão	1.621	41,9	2.244	58,1	3.865	100,0
Pantano Grande	8.314	84,0	1.581	16,0	9.895	100,0
Passo do Sobrado	1.429	23,8	4.582	76,2	6.011	100,0
Rio Pardo	25.614	68,1	11.977	31,9	37.591	100,0
Santa Cruz do Sul	105.190	88,9	13.184	11,1	118.374	100,0
Sinimbu	1.437	14,3	8.631	85,7	10.068	100,0
Vale do Sol	1.249	11,3	9.828	88,7	11.077	100,0
Vale Verde	882	27,1	2.371	72,9	3.253	100,0
Venâncio Aires	41.400	62,8	24.546	37,2	65.946	100,0
Vera Cruz	13.320	55,5	10.663	44,5	23.983	100,0
TOTAL	217.084	66,4	110.074	33,6	327.158	100,0

Fonte: IBGE, 2011.

Note-se, nesse sentido, que da concentração da população em alguns municípios mais urbanizados resulta que, no conjunto, a população da Região 28 de Saúde seja, em sua

maioria, uma “população urbana”: em 2010, 66,4% da população da Região residiam em espaços urbanos e 33,6% residiam em espaços rurais. No entanto, dos treze municípios da Região, sete deles tinham populações que residiam, em sua maioria, no meio rural; destes, Gramado Xavier, Herveiras, Sinimbu e Vale do Sol tinham mais de 80% de suas populações residindo nos espaços rurais. Assim, na Região são os municípios com maior população que têm índices maiores de urbanização, com destaque para os municípios de Santa Cruz do Sul (88,9%), Pantano Grande (84%), Rio Pardo (68,1%) e Venâncio Aires (62,8%).

Essa distribuição demográfica entre os municípios e na Região 28 de Saúde, ao mesmo tempo em que é expressão de sua dinâmica de desenvolvimento, já é indicativa de algumas singularidades relacionadas aos serviços de saúde, da organização do trabalho e dos mercados de trabalho. Trata-se de uma realidade regional que, embora tenha a maioria da população residindo nos espaços urbanos, tem também uma forte presença de uma população rural, resultando daí a necessidade de condições específicas de planejamento e de execução das políticas de saúde. Sabe-se que no meio rural a extensão territorial aumenta a distância entre os locais dos serviços de saúde e os locais de moradia da população; isso, além de dificultar o acesso aos estabelecimentos de saúde, também repercute no trabalho da equipe de saúde, em especial, do agente comunitário de saúde que, ao fazer as visitas domiciliares, precisa enfrentar grandes distâncias territoriais; da mesma forma, o horário das visitas precisa ser mais flexível, para que seja possível encontrar as pessoas em casa (antes ou após o trabalho na lavoura).

A distribuição da população no território dos municípios é importante, também, para notar a disposição dos domicílios, afinal unidades de atendimento quando se pensa em ESFs. Nesse sentido, o quadro a seguir apresenta esses dados, indicando que a tendência observada na distribuição da população é a mesma no que diz respeito à distribuição dos domicílios, o que significa dizer que naqueles municípios que têm a maioria da população residindo em espaços rurais também há um maior número de domicílios localizados nesses espaços. (Quadro 04).

QUADRO 04: Domicílios existentes na Região 28 de Saúde, por municípios e por localização – meio rural e meio urbano. (Censo Demográfico de 2010).

Local do domicílio Municípios	Rural		Urbano		Total	
	n	%	n	%	n	%
Candelária	4.867	46,7	5.545	53,3	10.412	100,0
Gramado Xavier	1.026	84,8	184	15,2	1.210	100,0
Herveiras	771	83,9	148	16,1	919	100,0
Mato Leitão	780	58,7	548	41,3	1.328	100,0
Pantano Grande	545	16,2	2.827	83,8	3.372	100,0
Passo do Sobrado	1.539	74,2	535	25,8	2.074	100,0
Rio Pardo	4.133	32,5	8.589	67,5	12.722	100,0
Santa Cruz do Sul	4.258	10,5	36.274	89,5	40.532	100,0
Sinimbu	2.656	83,7	516	16,3	3.172	100,0
Vale do Sol	3.087	87,5	442	12,5	3.529	100,0
Vale Verde	833	71,6	331	28,4	1.164	100,0
Venâncio Aires	8.400	36,5	14.607	63,5	23.007	100,0
Vera Cruz	3.517	44,0	4.476	56,0	7.993	100,0
TOTAL	36.412	36,7	75.022	63,3	111.434	100,0

Fonte: IBGE, 2011.

Os dados relacionados à distribuição dos domicílios ganham importância para uma análise do tamanho das famílias na Região 28 de Saúde e, inclusive, das diferenças entre domicílios localizados nos espaços rurais e domicílios localizados nos espaços urbanos. Nesse sentido, como pode ser observado no quadro a seguir, de modo geral os domicílios localizados nos espaços rurais têm uma média mais elevada de moradores: com a exceção dos municípios de Mato Leitão, Pantano Grande e Rio Pardo, nos demais municípios os domicílios rurais apresentam um maior número de moradores (Quadro 05). Um dado a ser destacado nesses números é que a média observada na Região (inclusive nos espaços rurais) é menor do que a média de moradores observada pelo Censo Demográfico de 2010 para o Rio Grande do Sul e, também, para o Brasil: segundo o Censo Demográfico de 2010, a média de moradores por domicílio no Brasil em 2010 era de 3,4 e no Rio Grande do Sul de 3,02 (IBGE, 2011); média que, na Região 28 de Saúde, somente se observa nos domicílios localizados nos espaços rurais.

QUADRO 05: Média de moradores nos domicílios da Região 28 de Saúde, por localização dos domicílios – rurais e urbanos. (Censo Demográfico de 2010).

Médias de moradores por domicílio Municípios	Média entre os domicílios rurais	Média entre os domicílios urbanos	Média entre os domicílios do município
Candelária	2,97	2,83	2,89
Gramado Xavier	3,35	2,87	3,28
Herveiras	3,33	2,59	3,21
Mato Leitão	2,87	2,95	2,91
Pantano Grande	2,90	2,94	2,93
Passo do Sobrado	2,97	2,67	2,89
Rio Pardo	2,89	2,98	2,95
Santa Cruz do Sul	3,09	2,89	2,92
Sinimbu	3,24	2,78	3,17
Vale do Sol	3,18	2,82	3,13
Vale Verde	2,84	2,66	2,79
Venâncio Aires	2,92	2,83	2,86
Vera Cruz	3,03	2,97	3,00
Médias na Região	3,02	2,89	2,93

Fonte: IBGE, 2011.

A presença de municípios que têm a maioria da população residindo em espaços rurais atribui à Região 28 de Saúde outras características importantes. Uma delas está relacionada com a presença de mulheres e de homens e, como pode ser observado no quadro a seguir, indica que nos espaços rurais confirma-se um fenômeno já identificado pela bibliografia que analisa a dinâmica de desenvolvimento de regiões rurais no Sul do Brasil: a masculinização da população. Observe-se, nesse sentido, que os municípios cujas populações urbanas constituem maioria tendem a ter um maior número de mulheres, enquanto que os municípios cujas populações residem predominantemente nos espaços rurais tendem a ter um maior número de homens. (Quadro 06).

QUADRO 06: Sexo da população residente na Região 28 de Saúde, por município. (Censo Demográfico de 2010).

Gênero Município	Homem		Mulher		Total	
	n	%	n	%	n	%
Candelária	14752	48,9	15.419	51,1	30.171	100,0
Gramado Xavier	2044	51,5	1.926	48,5	3.970	100,0
Herveiras	1543	52,2	1.411	47,8	2.954	100,0
Mato Leitão	1937	50,1	1.928	49,9	3.865	100,0
Pantano Grande	4909	49,6	4.986	50,4	9.895	100,0
Passo do Sobrado	2996	49,8	3.015	50,2	6.011	100,0
Rio Pardo	18318	48,7	19.273	51,3	37.591	100,0
Santa Cruz do Sul	56943	48,1	61.431	51,9	118.374	100,0
Sinimbu	5217	51,8	4.851	48,2	10.068	100,0
Vale do Sol	5597	50,5	5.480	49,5	11.077	100,0
Vale Verde	1652	50,8	1.601	49,2	3.253	100,0
Venâncio Aires	32643	49,5	33.303	50,5	65.946	100,0
Vera Cruz	11.749	49	12.234	51	23.983	100,0
TOTAL	160.300	49	166.858	51	327.158	100,0

Fonte: IBGE, 2011.

Evidentemente, as diferenças não são tão significativas. No entanto, já indicam tendências que são expressões de outros fenômenos presentes nos espaços rurais gaúchos como, por exemplo, um êxodo maior de jovens e mulheres (RAUBER, 2010). E, mais importante, indicam dinâmicas que afetam a vida individual, das famílias, das comunidades: a composição dos membros familiares, a presença dos “solteirões”, os espaços de socialização, uma sobrecarga de trabalho para as mulheres (devido ao menor número e a configuração de famílias patriarcais), a falta de oportunidades (especialmente para jovens) etc. (CAMARGO, ABRAMOVAY, 1999; RAUBER, 2010). No campo da saúde, esses dados indicam realidades onde há necessidades maiores no que diz respeito não somente a morbidades, mas, principalmente, a questões socioculturais que se vinculam ao universo masculino.

Além disso, cabe registrar que o Ministério da Saúde preconiza, através da Política de Saúde do Homem e da Mulher, ações e programas específicos, tanto para homens quanto para mulheres. Entre as ações da saúde da mulher incluem-se os preventivos de câncer de colo de útero e de mama, o planejamento familiar, o pré-natal e puerpério; entre as ações da saúde do homem, há ações de detecção precoce e prevenção do câncer de próstata e demais doenças prevalentes na população masculina, bem como prevenção de violências e acidentes. Tais

ações são atribuições da equipe de saúde, sendo que os encaminhamentos necessários devem ser feitos pela ESF ou Unidade Básica de Saúde de cada município.

Com a mesma importância dos dados anteriores, as idades da população da Região 28 de Saúde indicam realidades que desafiam o pensar e o planejar as políticas públicas, inclusive as da área da saúde. Por um lado, há de se destacar a presença de uma percentagem significativa de crianças e adolescentes, sabidamente uma população que, historicamente, merece uma atenção especial no campo da saúde. Na Região 28 de Saúde, como registrado no quadro a seguir, a população com até 14 anos compreendia, em 2010, 20% da população total. (Quadro 07).

QUADRO 07: População dos municípios da Região 28 de Saúde, por grupos de idade. (Censo Demográfico de 2010).

Grupos de Idade Municípios	00 – 09 anos	10 – 14 anos	15 – 29 anos	30 – 59 anos	60 anos ou +	TOTAL
Candelária	13,0	7,9	22,6	40,7	15,8	100,0
Gramado Xavier	17,1	10,0	25,2	37,5	10,1	100,0
Herveiras	14,9	7,8	28,5	38,0	10,7	100,0
Mato Leitão	11,2	7,7	22,7	42,6	15,8	100,0
Pantano Grande	14,3	9,4	22,6	39,3	14,3	100,0
Passo do Sobrado	11,7	6,8	23,6	42,6	15,3	100,0
Rio Pardo	13,0	7,9	23,4	39,9	15,8	100,0
Santa Cruz do Sul	11,8	7,4	25,1	42,6	13,1	100,0
Sinimbu	11,6	7,8	22,8	40,6	17,1	100,0
Vale do Sol	12,1	8,3	23,6	41,1	15,0	100,0
Vale Verde	12,4	7,2	20,5	41,3	18,6	100,0
Venâncio Aires	11,4	7,7	24,1	42,6	14,3	100,0
Vera Cruz	12,3	8,1	23,8	41,6	14,2	100,0
TOTAL	12,2	7,8	24,1	41,6	14,3	100,0

Fonte: IBGE, 2011.

Certamente, esse dado já é expressão de uma diminuição desse grupo de idade, pois, como se observa em todo o Brasil, o número de filhos por família vem diminuindo nas últimas décadas, inclusive nas famílias localizadas nos meios rurais. De qualquer forma, em 2010 esses 20% representavam 65.248 pessoas com até quatorze anos que residiam nos municípios da Região 28 de Saúde.

As crianças necessitam de atendimentos especializados nos serviços de saúde, que incluem vacinação, consultas de puericultura, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, promoção de saúde e prevenção de agravos, bem como consultas curativas.

Nesse sentido, as ESFs, enquanto um espaço importante de organização dos serviços de saúde, precisam estar preparadas para o atendimento desse público específico, pois, via de regra, as consultas curativas são realizadas pelo médico da família, e se necessário a criança é encaminhada para um pediatra.

Sabe-se que a mortalidade infantil é um dado preocupante no que tange à saúde mundial e vem sendo fortemente combatida através de programas e ações de saúde que, no Brasil, entrelaçam diversos Ministérios, como é o caso do Programa Bolsa Família, Saúde na Escola e Primeira Infância Melhor.

O relatório *Níveis e Tendências da Mortalidade Infantil 2015*, realizado pela UNICEF, Organização Mundial de Saúde (OMS), Banco Mundial e o Departamento da ONU para Questões Econômicas e Sociais (UNDESA), aponta que o Brasil é um dos 62 países que alcançaram a meta de redução da mortalidade infantil, estipulada pela Organização das Nações Unidas (ONU), por meio dos Objetivos do Milênio. De 1990 a 2015, o Brasil reduziu em 73% a mortalidade infantil: há 25 anos eram registradas 61 mortes para cada mil crianças menores de cinco anos; esse número caiu para 16 mortes (a cada cem mil) após esse período. (BRASIL, 2016).

Por outro lado, é importante destacar também a participação da população idosa na Região 28 de Saúde. Como indicado no quadro 07, na Região 14,3% eram pessoas com 60 anos ou mais; esse índice se elevava em alguns municípios, chegando aos 18,6% em Vale do Sol e 17,1% em Sinimbu. Esse grupo de idade merece também destaque, não somente por que indica um processo de envelhecimento presente na Região, mas, também, em função da necessidade presente e futura de planejamento das políticas públicas de saúde, visando atender às necessidades dessa população, sabidamente em idades que requerem maiores e especiais cuidados.

Assim como as crianças, os idosos são considerados, nas políticas públicas de saúde no Brasil, pertencentes a um grupo prioritário de atendimento. Na Região 28 de Saúde, os idosos representam uma percentagem da população que é maior daquela apresentada no Rio Grande do Sul (13,6%) e no Brasil (10,8%) (IBGE, 2011).

O envelhecimento exige das equipes de saúde estratégias específicas de atuação e, nesse sentido, o número de idosos na Região, se analisado como tendência, certamente expressa uma condição que deve receber maior atenção. O envelhecimento, ao vincular as pessoas a determinadas doenças crônicas (em especial, diabetes e hipertensão), potencializa

outras doenças vinculadas àquelas, como, por exemplo, doenças vasculares e cerebrais, doenças cardíacas e renais, entre outras. Ou seja, “em geral, as doenças dos idosos são crônicas e múltiplas, perduram por vários anos e exigem acompanhamento médico e de equipes multidisciplinares permanentes, além de intervenções contínuas”. (BRASIL, 2002, p. 11).

Não se deve relativizar, nesse sentido, o fato de que os idosos tendem a necessitar mais frequentemente os serviços de saúde, em função dos problemas relacionados com a faixa etária. Estudos apontam que a maioria dos idosos no Brasil não possui planos de saúde privado, evidenciando a necessidade de estruturação do SUS e da preparação técnica de profissionais e serviços para atender essa demanda específica (BATISTA; ALMEIDA; LANCMAN, 2011). Nesse sentido o grande número de idosos na Região 28 de Saúde deve ser um dado a ser pensando em termos de organização dos serviços de saúde e de estruturação de suas equipes de saúde.

Por fim, cabe registrar ainda três outros dados relacionados às condições socioeconômicas da população da Região 28 de Saúde: a escolaridade, a renda familiar e o IDHM (Índice de Desenvolvimento Humano dos Municípios).

Em relação à escolaridade, um primeiro dado que merece destaque é o alto índice de pessoas com 10 anos ou mais que têm escolaridade de, no máximo, fundamental incompleto (incluindo-se aqui as pessoas que não sabem ler e escrever). O quadro a seguir apresenta esses dados, indicando que no conjunto dos municípios 54,4% das pessoas com 10 anos ou mais (em 2010) não tinham uma escolaridade superior ao ensino fundamental incompleto, chegando esse índice aos 77,2% em Herveiras, aos 71,8% em Sinimbu, aos 74,1% em Gramado Xavier, aos 71,8% em Vale Verde. (Quadro 08).

QUADRO 08: População com 10 anos ou mais dos municípios da Região 28 de Saúde, por escolaridade. (Dados do Censo Demográfico de 2010).

Escolaridade Municípios	Sem instrução ou F. incompleto	F. Completo ou M. Incompleto	M. Completo ou S. Incompleto	Superior completo	Não determinado
Candelária	64,3	17,9	14,2	3,5	0,1
Gramado Xavier	74,1	15,0	8,7	2,2	-
Herveiras	77,2	12,9	8,0	1,8	-
Mato Leitão	56,7	20,8	19,2	3,1	0,2
Pantano Grande	64,3	16,7	15,7	2,3	0,9
Passo do Sobrado	65,7	17,3	14,5	2,4	-
Rio Pardo	56,3	18,6	19,5	5,2	0,4
Santa Cruz do Sul	43,1	17,5	28,2	10,9	0,3
Sinimbu	77,1	11,5	9,2	2,2	0,1
Vale do Sol	75,0	14,0	9,1	1,9	0,1
Vale Verde	71,8	18,6	7,5	2,1	-
Venâncio Aires	56,4	19,8	18,1	5,2	0,5
Vera Cruz	55,3	21,1	18,2	4,8	0,6
Total	54,4	18,1	20,6	6,6	0,3

Fonte: IBGE, 2011.

Esses dados sobre a escolaridade indicam níveis de desigualdades existentes na Região 28 de Saúde, expressando, também, uma dificuldade histórica da população (em especial, a população residente no meio rural) de acessar determinados bens essenciais, como é o caso da educação escolar. Note-se, inclusive, que na outra ponta, que contempla as pessoas com 10 anos ou mais que tinham ensino superior completo, apenas 6,6% se encontravam nessa situação na Região; mesmo nos municípios onde existem instituições de ensino superior (como é o caso de Santa Cruz do Sul e de Venâncio Aires) os índices de pessoas com ensino superior eram baixos: 10,9% em Santa Cruz do Sul e 5,2% em Venâncio Aires.

Uma dimensão das desigualdades existentes entre os municípios da Região no que diz respeito à escolaridade pode ser mais bem analisada se considerados os dados sobre a escolaridade das pessoas que, em 2010, tinham 25 anos ou mais e eram “responsáveis” em seus domicílios. Em Santa Cruz do Sul (afinal, o município onde está localizada a UNISC, mas, também, a Faculdade Dom Alberto), dentre essas pessoas 14,1% tinham ensino superior completo, enquanto 43,7% tinham, no máximo, ensino fundamental incompleto. Por outro lado, em Herveiras (município com o maior índice de pessoas com 10 anos ou mais que tinham, no máximo, o ensino fundamental incompleto), dentre os responsáveis nos domicílios

com 25 anos ou mais apenas 1% tinha ensino superior e 86,3% tinham, no máximo, ensino fundamental incompleto. (QUADRO 09).

QUADRO 09: Escolaridade das pessoas com 25 anos ou mais e responsáveis em seus domicílios, nos municípios de Santa Cruz do Sul e de Herveiras. (Dados do Censo Demográfico de 2010).

Municípios	Santa Cruz do Sul		Herveiras	
	n	%	n	%
Sem instrução/fundamental incompleto	16.841	43,7	743	86,3
Fundamental completo/médio incompleto	6.157	16,0	67	7,8
Médio completo/superior incompleto	10.059	26,1	42	4,9
Superior Completo	5.447	14,1	09	0,9
Não determinado	21	0,1	-	-
Total	38.525	100,0	861	100,0

Fonte: IBGE, 2011.

Evidentemente, a situação de Santa Cruz do Sul já demonstra um contexto histórico mais contraditório, se considerado que se trata de um município mais desenvolvido economicamente, com setores da economia mais integrados no mercado nacional e internacional (portanto, mais integrados em dinâmicas de competição que não se definem nas escalas locais e regionais), com a presença de mais instituições de ensino (inclusive universitárias). Mas, por outro lado, Herveiras é um exemplo dos municípios que, na Região, têm populações rurais mais significativas e, nesse sentido, expressam o descaso histórico (e conhecido) do Estado brasileiro em relação à formação escolar das populações localizadas nesses espaços.

Essas considerações ganham ainda maior sentido se observado que, nos municípios da Região, índices relativamente baixos das pessoas com 10 anos ou mais frequentavam a escola em 2010. O quadro a seguir apresenta esses dados, indicando que, na média dos municípios, 19,7% das pessoas com 10 anos ou mais frequentavam a escola em 2010, sendo mais significativos esses índices em Santa Cruz do Sul (22%), Gramado Xavier (21,5%) e Pantano Grande (20%). (Quadro 10).

QUADRO 10: População dos Municípios da Região 28 de Saúde, por pessoas com 10 anos ou mais que frequentavam a escola. (Censo Demográfico 2010).

Escolaridade Municípios	População com 10 anos ou mais	População com 10 anos ou mais que frequentava escola	% de pessoas com 10 anos ou mais que frequentavam a escola
Candelária	26.244	4.306	16,4
Gramado Xavier	3.289	708	21,5
Herveiras	2.514	481	19,1
Mato Leitão	3.430	605	17,6
Pantano Grande	8.476	1.693	20,0
Passo do Sobrado	5.309	850	16,0
Rio Pardo	32.695	6.225	19,0
Santa Cruz do Sul	104.602	23.033	22,0
Sinimbu	8.904	1.459	16,4
Vale do Sol	9.739	1.544	15,8
Vale Verde	2.850	448	15,7
Venâncio Aires	58.438	11.175	19,1
Vera Cruz	21.028	4.087	19,4
Total	287.518	56.614	19,7

Fonte: IBGE, 2011.

Na mesma direção, os dados sobre a renda das famílias indicam desigualdades sociais que não necessariamente são peculiares à Região 28 de Saúde. Mas indicam, também, desigualdades presentes na própria Região, entre os diferentes municípios. Assim, por exemplo, na Região parcelas significativas das famílias têm rendas que não necessariamente garantem o atendimento de suas necessidades básicas (alimentação, saúde, educação, lazer). Como pode ser observado no quadro a seguir, 30,2% das famílias na Região conviviam, em 2010, com uma renda média familiar de até dois salários mínimos, chegando esse índice aos 43% em Candelária, 39,2% em Gramado Xavier, 41,7% em Herveiras, 47,6% em Pantano do Sul, 44,3% em Vale do Sol e 50,8% em Vale Verde. Note-se, nesse sentido, que somente em quatro municípios esse índice era menor do que os 30%: Vera Cruz (29,3%), Venâncio Aires (28,7%), Mato Leitão (27,3%) e Santa Cruz do Sul (21%). (Quadro 11).

Para se ter maior clareza sobre o significado desses dados é importante tomar como exemplos dois municípios: Vale do Sol e Vale Verde, cuja média de moradores por famílias eram, respectivamente, de 3,13 e 2,84 moradores. Considerando essas médias, isso significa que em 44,3% das famílias do município de Vale do Sol os indivíduos viviam com uma renda

média mensal e individual de até 0,63% do salário mínimo; renda média mensal e individual essa que, em Vale Verde, era igual aos 0,70% do salário mínimo em 50,8% das famílias.¹⁵

QUADRO 11: Domicílios localizados nos municípios da Região 28 de Saúde, por classes de rendimento (renda média mensal das famílias).

Rendimentos Municípios	Sem rendimentos		Até 02 SM		Mais de 02 até 05 SM		Mais de 05 até 10 SM		Mais de 10 SM	
	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%
Candelária	214	2,1	4.481	43,0	3.973	38,2	1.335	12,8	409	3,9
Gramado Xavier	135	11,1	475	39,2	399	32,9	158	13,0	44	3,6
Herveiras	13	1,4	383	41,7	390	42,4	113	12,3	20	2,2
Mato Leitão	11	0,8	362	27,3	625	19,6	261	19,6	69	5,2
Pantano Grande	140	4,2	1.604	47,6	1.224	36,3	323	9,6	81	2,4
Passo do Sobrado	127	6,1	709	34,2	815	39,3	326	15,7	97	4,7
Rio Pardo	868	6,8	4.870	38,3	4.737	37,2	1.631	12,8	612	4,8
Santa Cruz do Sul	1.107	2,7	8.507	21,0	16.753	41,3	9.163	22,6	5.002	12,3
Sinimbu	175	5,5	1.154	36,4	1.210	38,1	490	15,4	144	4,5
Vale do Sol	21	0,6	1.569	44,3	1.381	39,0	438	12,4	130	3,7
Vale Verde	132	11,3	591	50,8	338	29,1	82	7,1	20	1,7
Venâncio Aires	653	2,8	6.612	28,7	10.472	45,5	3.918	17,0	1.353	5,9
Vera Cruz	173	2,2	2.341	29,3	3.528	44,1	1.421	17,8	530	6,6
TOTAL	3.769	3,4	33.658	30,2	45.845	41,1	19.659	17,6	8.511	7,6

Fonte: IBGE, 2011.

Por outro lado, são baixos os índices de famílias cujas rendas médias mensais eram iguais ou superiores aos dez salários mínimos. Nesse particular, também, observa-se uma tendência de os municípios onde as indústrias estão localizadas apresentarem os maiores índices (Santa Cruz do Sul, Venâncio Aires, Vera Cruz), o que pode ser expressão da presença de empresários e de setores de classe média vinculados à produção industrial; embora não se pode esquecer que, especialmente em Santa Cruz do Sul e em Venâncio Aires, municípios mais populosos na Região, a maior presença de atividades de comércio e de serviços tende a condicionar a presença de profissionais que, inclusive, têm uma renda superior que decorre do trabalho que realizam (classes médias assalariadas; profissionais liberais de diferentes áreas de atuação, inclusive na área da saúde).

¹⁵ Considerando que o salário mínimo, em 2010, era igual aos R\$ 510,00 (quinhentos e dez reais), isso significa que em 44,3% das famílias residentes em Vale do Sol os indivíduos viviam com uma renda média mensal igual aos R\$ 321,30 (trezentos e vinte e um reais com trinta centavos) e que em 50,8% das famílias residentes em Vale Verde os indivíduos viviam com uma renda média mensal igual aos R\$ 357,00 (trezentos e cinquenta e sete reais).

Mas é preciso notar que somente em cinco municípios vinte por cento ou mais de suas famílias tinham renda média mensal igual ou superior aos cinco salários mínimos; nos demais municípios (Candelária – 83,3%; Gramado Xavier – 83,4%; Herveiras – 85,5%; Pantano Grande – 88%; Rio Pardo – 82,4%; Sinimbu – 80,1%; Vale do Sol 83,9%; Vale Verde – 91,2%) a maioria das famílias, então, tinha renda inferiores aos cinco salários mínimos mensais (considerando uma média de 2,93 pessoas por família, maioria de famílias que tinham, no máximo, uma renda de 1,7 salários mínimos per capita).

Também é preciso notar que, embora os parágrafos anteriores indiquem que os maiores índices de famílias com as maiores rendas estejam localizadas em municípios onde está concentrado o complexo industrial da Região de estudo, não se está cogitando aqui relações causais entre desenvolvimento industrial e aumento da renda familiar. Nesse sentido, cabe registrar (a partir dos dados apresentados no quadro 10) que é nos municípios de Santa Cruz do Sul, Venâncio Aires e Vera Cruz (onde, afinal, estão localizadas as indústrias fumageiras da Região) que estão 51,9% das famílias que, em 2010, tinham renda média mensal de até dois salários mínimos. São dados que revelam, inclusive, a presença de periferias (em especial em Santa Cruz do Sul e em Venâncio Aires) cujas populações não somente têm rendas insuficientes para suprir suas necessidades básicas, mas, também, enfrentam contradições de um processo de urbanização não necessariamente comprometido com a universalização de serviços de educação, segurança, saúde, habitação, saneamento básico, trabalho e renda.

Em que pese essa condição de renda (individual e familiar) indicar um grau significativo de precariedade socioeconômica vivenciada por parcelas significativas da população da Região 28 de Saúde, é importante constatar que, pelo menos desde 1990, alguns indicadores que dão conta da qualidade de vida da população demonstram mudanças numa direção de melhoria.

É o caso do IDHM que, como se sabe, é uma medida composta de três dimensões do desenvolvimento humano: a longevidade, a educação e a renda. Nessa direção, como pode ser observado no quadro a seguir, em todos os municípios o IDHM apresentou melhoras desde 1991; na verdade, observa-se uma melhora em 2000, em comparação com 1991, e uma melhora em 2010, em comparação com o ano de 2000. (Quadro12).

QUADRO 12: Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) nos municípios da Região 28 de Saúde no período entre 1991 e 2010.¹⁶

IDHM (1991 – 2010)	1991	2000	2010
Municípios			
Candelária	0.428	0.561	0.674
Gramado Xavier	0.356	0.460	0.634
Herveiras	0.299	0.441	0.616
Mato Leitão	0.472	0.623	0.746
Pantano Grande	0.444	0.589	0.661
Passo do Sobrado	0.483	0.601	0.698
Rio Pardo	0.482	0.609	0.693
Santa Cruz do Sul	0.561	0.682	0.773
Sinimbu	0.374	0.513	0.631
Vale do Sol	0.335	0.496	0.624
Vale Verde	0.403	0.549	0.646
Venâncio Aires	0.477	0.610	0.712
Vera Cruz	0.456	0.582	0.737

Fonte: IBGE, 2011.

Certamente, esses dados sobre o IDHM expressam dinâmicas históricas presentes no Brasil, em especial a partir dos anos 2000. É sabido que, a partir daquela década, a soma de um período positivo da economia com a execução de um conjunto de políticas governamentais, contemplando ações no campo da educação, da saúde, do trabalho e da renda, do combate à pobreza, resultou no enfrentamento da pobreza no País e numa integração mais positiva de parcelas significativas da população mais pobre. Segundo dados do IBGE, somente durante a primeira década do século XXI a expectativa média de vida do brasileiro, ao nascer, aumentou 3,1 anos, como resultado de avanços significativos nas condições econômicas, sociais e de saúde da população. (DIEESE, 2012).

Claro que esse último dado não relativiza a percepção de que há ainda muitos obstáculos e desafios que precisam ser enfrentados para que as condições de vida e de trabalho da ampla maioria dos brasileiros possam melhorar. No momento em que essa tese está sendo escrita, inclusive, a crise política e econômica coloca em dúvidas avanços e a própria possibilidade de continuidade de políticas públicas (educação, saúde, trabalho e renda) que conseguiram melhorar indicadores que se expressam, por exemplo, no IDHM. Mas, contudo, não é somente simbólico registrar que o Brasil diminuiu em 73% a mortalidade infantil no período entre 1990 e 2015 (segundo dados da UNICEF). Também não é somente

¹⁶O IDHM varia de 0 a 01; quanto mais próximo de 01, maior o “desenvolvimento humano”.

simbólico registrar que pesquisas realizadas no Brasil, tomando como referência o ano de 2012, indicavam uma “cobertura elevada da assistência pré-natal (98,7%)”, uma condição histórica em que 75,8% das mulheres iniciavam o pré-natal antes da décima sexta semana gestacional, em que 73,1% das mulheres gestantes compareciam em seis ou mais consultas durante a gravidez; uma condição em que o pré-natal era realizado “em unidades básicas (89,6%), públicas (74,6%), pelo mesmo profissional (88,4%), em sua maioria médicos (75,6%)”, e que garantia às mulheres o recebimento do cartão pré-natal (96%). (VIELLAS et. al., 2014, p. 585).

Os dados sociodemográficos apresentados permitem identificar algumas particularidades e algumas demandas em saúde presentes na Região, colocando-se a partir daí diferentes condicionamentos para a organização dos mercados e do próprio trabalho em saúde. São dados, portanto, que somados aos que serão apresentados em seguida sobre a estruturação dos mercados de trabalho em saúde e, posteriormente, sobre a estruturação da Estratégia Saúde da Família na Região, permitirão aprofundar a reflexão sobre os condicionantes históricos de atuação dos trabalhadores em saúde que atuam nas ESFs na Região de estudo.

3.2. A estruturação do mercado de trabalho em saúde na Região 28 de Saúde.

A implantação do SUS, a partir dos anos 1990, teve significativa repercussão na dinâmica dos mercados regionais de trabalho de saúde no Brasil. Nesse sentido, para uma melhor compreensão de como está estruturado o mercado de trabalho de saúde na Região 28 de Saúde é importante que se recupere, mesmo que sumariamente, o processo de regionalização das políticas públicas de saúde a partir da implantação do SUS, dando especial atenção para as obrigações que a partir de então recaíram sobre os Estados e sobre os municípios, mas, também, sobre as próprias Regiões de Saúde.

A regionalização da saúde inscreve-se no próprio contexto histórico de construção do SUS e, inclusive, de “democratização” do Estado brasileiro a partir da década de 1980. Nessa direção, a Constituição de 1988 já atribuiu maior autonomia aos Estados e aos municípios, numa perspectiva de descentralização política e administrativa das unidades de governo. O campo da saúde, de certa forma, foi pioneiro nesse processo de descentralização política e administrativa, pois, desde o início da década de 1990, foram criados diversos instrumentos e

mecanismos voltados à descentralização dos serviços públicos de saúde, de modo geral expressos em legislações competentes.

A constituição de 1988, em seu artigo 198, definiu que “as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada”, constituindo um “sistema único, organizado de acordo com as diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação da comunidade” (BRASIL. Constituição de 1988, art. 198). A partir dos anos 1990, diferentes Normas Operacionais Básicas (NOB) – NOB SUS 01/93; NOB SUS 01/96 –, diferentes Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS) – NOAS SUS 01/2001 e NOAS SUS 02/2002 – e, mesmo, as Conferências Nacionais de Saúde (essas situadas no contexto histórico do Movimento pela Reforma Sanitária) constituíram um movimento histórico de afirmação da regionalização como pressuposto importante não somente para descentralizar os serviços e a gestão dos serviços públicos em saúde, mas, também e fundamentalmente, para aprofundar a democratização da saúde no País, com uma participação mais efetiva – local e regional – da população na construção das políticas públicas. (BRASIL. Ministério da Saúde, 2006).

Em 2006, através do “Pacto pela Saúde”, o Estado brasileiro reafirmou a regionalização como eixo estruturante das políticas públicas de saúde no País, definindo pressupostos, objetivos, instituições de gestão regional das políticas de saúde, responsabilidades dos municípios, dos Estados, da União, a própria estruturação física da regionalização (através da criação das “Regiões de Saúde”). (BRASIL. Ministério da Saúde, 2006).

Como pressupostos da regionalização, o Pacto pela Saúde 2006 afirmou a “territorialização”, a “flexibilidade”, a “cooperação”, a “cogestão”, o “financiamento solidário”, a “subsidiariedade”, a “participação e controle social”. Com esses pressupostos, o Estado brasileiro destacou, pelo menos em sua dimensão normativa, a importância da regionalização das políticas de saúde: a) expressar o comprometimento com as realidades locais e regionais (territorialização); b) respeitar diversidades locais e regionais (flexibilidade); c) promover uma ação conjunta entre as diferentes esferas de governo (cooperação); d) articular a cogestão no planejamento, na articulação e na pactuação dos serviços de saúde (cogestão); e) definir com clareza os recursos públicos necessários e destinados para a sua construção (financiamento solidário); f) definir com clareza as competências dos diferentes entes federativos, de modo que as funções sejam repassadas para entes subsequentes somente em condições necessárias; g) articular a mobilização popular para

a participação e o controle social na construção das políticas de saúde (participação e controle social). (BRASIL, Ministério da Saúde, 2006, p. 15-18).

Também através do Pacto pela Saúde 2006, o Estado brasileiro consolidou um “desenho” institucional e territorial do processo de regionalização das políticas de saúde, criando as “regiões de saúde”, assim definidas nos documentos daquele Pacto:

São recortes territoriais inseridos em espaços geográficos contínuos. Identificá-los é responsabilidade dos gestores municipais e estaduais, tendo como base a existência de identidades culturais, econômicas e sociais, assim como de redes nas áreas de comunicação, infraestrutura, transportes e saúde. Nessas regiões, as ações e serviços devem ser organizados com o objetivo de atender às demandas das populações dos municípios a elas vinculados, garantindo o acesso, a equidade e a integralidade do cuidado com a saúde local. Para tanto, deve estar garantido o desenvolvimento da atenção básica da assistência e parte da média complexidade, assim como as ações básicas de vigilância em saúde. As Regiões de Saúde podem assumir diferentes desenhos, desde que adequados às diversidades locais, mesmo que não acompanhando as divisões administrativas regionais já utilizadas por alguns estados na organização de seus trabalhos. A delimitação das Regiões de Saúde não pode ser vista, portanto, como um processo meramente administrativo. Para que seja eficaz e efetiva, deve levar em conta todos os fatores envolvidos, viabilizando dessa forma o desenvolvimento de uma “regionalização viva”. (BRASIL. Ministério da Saúde, 2006, p. 23).

Essas breves indicações sobre o processo de regionalização das políticas públicas de saúde no Brasil, a partir da criação do SUS, são importantes para uma análise de como as mesmas contribuíram para que se constituíssem mercados regionais de trabalho em saúde. Afinal, a organização dos serviços, não somente a partir das necessidades dos municípios, mas, também, a partir de uma organização dos serviços de saúde atenta às necessidades regionais, impulsionou uma dinâmica nesses mercados a partir das particularidades e das possibilidades construídas (políticas, inclusive) no âmbito das regiões. Não é demais registrar, nesse sentido, que, teoricamente, uma Região de Saúde deve ter a capacidade de organizar serviços de saúde capazes de resolver entre 60 e 70% das necessidades da população. (BRASIL. Ministério da Saúde, 2006).

Evidentemente, não se trata de afirmar que somente as ações vinculadas ao SUS condicionaram dinâmicas regionais nos mercados de trabalho em saúde. Outros fatores, alguns vinculados ao mercado privado de saúde, outros vinculados a singularidades das próprias regiões, podem contribuir para tal dinâmica. No caso específico da Região 28 de Saúde, não se pode esquecer que Santa Cruz do Sul possui duas Instituições Universitárias e uma delas (a UNISC) já tem uma tradição de formação em diferentes áreas da saúde, inclusive oferecendo graduação em medicina, em psicologia, em odontologia (cujos profissionais têm participação efetiva no mercado privado de saúde). Além disso, como

indicado anteriormente, alguns municípios da Região não somente têm números populacionais expressivos como, também, possuem setores médios (com renda familiar) que, potencialmente, impulsionam serviços privados em saúde. Nessa direção, inclusive, é importante registrar que a UNIMED existe no Vale do Rio Pardo/Vale do Rio Taquari desde 1971; embora sua Sede seja no município de Lajeado, ela tem escritórios em Venâncio Aires e em Santa Cruz do Sul e, em 2014, contava com 600 cooperados em atividade e com “223 mil clientes”. (UNIMED, 2016).

É com atenção a essas condições, então, que a partir de agora são registrados alguns dados sobre o mercado de trabalho em saúde na Região 28 de Saúde. Nessa direção, os primeiros dados apresentados são do Censo Demográfico de 2010 e já indicam algumas questões importantes, em especial no que diz respeito à presença feminina no setor de serviços e à concentração de profissionais em alguns municípios da Região estudada.

Como registrado no quadro a seguir (Quadro 13), a participação das mulheres em atividades de saúde/serviços sociais é predominante em todos os municípios da Região, revelando-se um fenômeno presente no trabalho em saúde no Brasil e que a bibliografia especializada denomina “feminização do setor de saúde” (MACHADO et. al., 2006). Nesse sentido, inclusive, os dados relacionados à região não destoam daqueles que eram registrados na primeira década deste século XXI no Brasil:

[...]. No setor saúde a participação feminina chega a quase 70% do total, sendo 62% da força de trabalho das categorias profissionais de nível superior e chegando a 74% nos estratos profissionais de nível médio e elementar. A categoria mais feminizada é a dos nutricionistas, entre os quais as mulheres correspondem a 95% dos profissionais. Contudo é prudente registrar que profissões tradicionalmente masculinas, como a medicina, a odontologia e a medicina veterinária estão cada vez mais femininas, com taxas crescentemente mais elevadas de participação feminina. (MACHADO et. al., 2006, p. 12).

QUADRO 13: Gênero das pessoas com 10 anos ou mais ocupadas na semana de referência cuja atividade de trabalho principal era saúde humana e serviços sociais.

Pessoas ocupadas, por sexo Municípios	Mulheres		Homens		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
Candelária	178	71,5	71	28,5	249	100,0
Gramado Xavier	23	88,5	03	11,5	26	100,0
Herveiras	11	100,0	-	-	11	100,0
Mato Leitão	31	83,8	06	16,2	37	100,0
Pantano Grande	45	100,0	-	-	45	100,0
Passo do Sobrado	34	66,7	17	33,3	51	100,0
Rio Pardo	320	73,1	118	26,9	438	100,0
Santa Cruz do Sul	2.094	77,5	607	22,5	2.701	100,0
Sinimbu	39	88,6	05	11,4	44	100,0
Vale do Sol	49	69,1	22	30,1	71	100,0
Vale Verde	13	52,0	12	48,0	25	100,0
Venâncio Aires	660	80,9	156	19,1	816	100,0
Vera Cruz	263	81,4	60	18,6	323	100,0
TOTAL	3.760	77,7	1.077	22,3	4.837	100,0

Fonte: IBGE, 2011.

Não há espaço na presente tese para um aprofundamento da análise sobre o processo de “feminização do setor de saúde”. Porém, não há como deixar passar despercebida essa condição. Até mesmo porque, como já foi indicado no capítulo 2, nas ESFs a presença feminina também é predominante.

No mercado de trabalho brasileiro, as mulheres têm condições de trabalho mais adversas, têm dificuldades de ocupar espaços de poder, recebem os menores salários, estão mais distantes de direitos sociais e trabalhistas. Nesse sentido, as desigualdades sociais no mercado de trabalho do País têm sexo e tem cor, pois se mulher e negra a situação tende a ser mais precária. Os dados do DIEESE (Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos), construídos a partir de pesquisas realizadas em sete regiões metropolitanas do País (Porto Alegre, São Paulo, Salvador, Belo Horizonte, Recife, Fortaleza e Distrito Federal) não deixam dúvidas sobre isso, ao detectarem que as desigualdades entre homens e mulheres nos mercados de trabalho se expressam na constituição como força de trabalho, nas dificuldades de obter uma ocupação, nas características dos trabalhos exercidos. (DIEESE, 2012). A referência às desigualdades nos salários é ilustrativa:

O rendimento médio por hora das mulheres correspondeu a cerca de 77% do valor médio por hora recebido pelos homens nas regiões metropolitanas de Belo Horizonte e Fortaleza. A maior aproximação entre os ganhos de homens e mulheres ocorreu na Região Metropolitana de Salvador, onde as mulheres ganham por hora, em média, 83,2% do recebido pelos homens. (DIEESE, 2012, p. 229).

Os dados do DIEESE são importantes para uma aproximação com a situação ainda persistente de desigualdades e de discriminações que as mulheres enfrentam nos mercados de trabalho no Brasil. Mas não dizem de outras condições de desigualdades e de discriminações que as mulheres enfrentam na sociedade e que, evidentemente, têm repercussões em suas inserções no mercado de trabalho. Não há como esquecer que os traços patriarcais afirmados historicamente na sociedade brasileira ainda estão presentes e se manifestam, por exemplo, em situações que vão desde as relações familiares (a sobrecarga de trabalho que as mulheres têm e, mesmo, a violência familiar) até as dificuldades de acesso ao poder na sociedade.

No trabalho em saúde, essas desigualdades também se fazem presentes. A título de ilustração, se considere os dados do Censo Demográfico de 2000. Aquele Censo registrou que no setor de saúde do País atuavam 709.267 trabalhadores com ensino superior, dentre os quais 61,7% eram mulheres e, nesse grupo de trabalhadores com ensino superior completo, as mulheres compreendiam 35,9% dos médicos, 50,9% dos dentistas, 90,4% dos enfermeiros e 95,3% dos nutricionistas. O mesmo Censo identificou 900.000 empregos de nível técnico e auxiliar nos serviços de saúde, onde as mulheres tinham uma participação de 73,7% (portanto, mais presentes nessas atividades) e, nesse grupo, compreendiam 77,9% dos fisioterapeutas, 78% dos atendentes de enfermagem, 86,9% dos técnicos e auxiliares de enfermagem. (MACHADO et. al., 2006).

Não se trata, evidentemente, de relativizar as mudanças e, inclusive, a importância da feminização do setor de saúde, para a ampliação das mulheres em atividades tradicionalmente masculinizadas no setor, mas ainda persiste uma condição histórica em que:

A divisão sexual do trabalho é uma constante nas práticas do trabalho na área da saúde que apresentam uma concepção de oposição entre o tratar (saber e fazer médico) e do cuidar (saber e fazer de enfermagem). Percebe-se nesta relação um processo de antagonismo, que de certa forma foi “naturalizado”, provocando inquietações sobre a existência de hierarquia e dominação nestas relações. Observa-se a permanência da feminização no trabalho na área da saúde, principalmente nos setores da enfermagem, higienização e nutrição, que são também caracterizados pela crescente precarização e flexibilização nas relações de trabalho. (PASTORE, DALLA ROSA, HOMEM, 2008, p. 03).

São indicadores, portanto, da feminização, mas, também, das desigualdades de gênero presentes no trabalho em saúde e que também se fazem presentes nos estabelecimentos de saúde na Região 28 de Saúde, inclusive nas ESFs, como posteriormente será indicado.

Mas o último quadro apresentado (quadro 13) também reafirma uma característica já analisada da Região 28 de Saúde, qual seja: a concentração das atividades em alguns poucos municípios, em especial nos municípios de Santa Cruz do Sul e Venâncio Aires. O quadro a seguir permite uma melhor visualização dessa concentração, indicando que somente Santa Cruz do Sul e Venâncio Aires (onde residiam 56,3% da população total da Região 28 de Saúde) concentravam 72,7% dos profissionais que atuavam em “saúde humana e serviços sociais”. (Quadro 14).

QUADRO 14: Pessoas com 10 anos ou mais, ocupadas na semana de referência cuja atividade de trabalho principal era saúde humana e serviços sociais por município

Municípios	Pessoas ocupadas	TOTAL	
		N	%
Candelária		249	5,1
Gramado Xavier		26	0,5
Herveiras		11	0,2
Mato Leitão		37	0,8
Pantano Grande		45	0,9
Passo do Sobrado		51	1,1
Rio Pardo		438	9,0
Santa Cruz do Sul		2.701	55,8
Sinimbu		44	0,9
Vale do Sol		71	1,5
Vale Verde		25	0,5
Venâncio Aires		816	16,9
Vera Cruz		323	6,7
TOTAL		4.837	100,0

Fonte: IBGE, 2011.

Teoricamente, a concentração de profissionais em determinados municípios resulta em melhores e maiores possibilidades de acesso, para a população desses municípios, a profissionais de saúde. Isso fica evidenciado na relação existente entre o número da população de cada município e o número de profissionais de saúde. Nessa direção, em Santa Cruz do Sul (que tem a maior população na Região 28 de Saúde, mas que também tem o maior número de profissionais) havia um trabalhador da saúde/serviços sociais para cada grupo de 43,8 habitantes, sendo o município com a menor média de habitantes por profissional. Na outra

ponta, nos municípios de Herveiras, Sinimbu e Pantano Grande havia um trabalhador de saúde/serviços sociais para cada grupo de 268,5, 228,8, 219,9 habitantes, respectivamente. (Quadro 15).

QUADRO 15: Número de profissionais da área da saúde humana e serviços sociais por número de habitantes.

Municípios	Proporção	População em 2010	Número de profissionais	Proporção de habitantes por profissional.
Candelária		30.171	249	121,2
Gramado Xavier		3.970	26	152,7
Herveiras		2.954	11	268,5
Mato Leitão		3.865	37	104,5
Pantano Grande		9.895	45	219,9
Passo do Sobrado		6.011	51	117,9
Rio Pardo		37.591	438	85,8
Santa Cruz do Sul		118.374	2.701	43,8
Sinimbu		10.068	44	228,8
Vale do Sol		11.077	71	156,0
Vale Verde		3.253	25	130,1
Venâncio Aires		65.946	816	80,8
Vera Cruz		23.983	323	74,2
TOTAL		327.158	4.837	67,6

Fonte: IBGE, 2011.

Como está indicado no quadro acima, na Região havia um trabalhador de saúde/serviços sociais para cada grupo de 67,6 habitantes. Evidentemente, por si só, esse dado não tem grande expressão. No entanto, a Organização Mundial de Saúde preconiza um número de um médico para cada 1.000 habitantes e no Brasil estão registrados 432.870 médicos, o que corresponde a uma razão nacional de 2,11 médicos por mil habitantes (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2016). Sabe-se, porém, que esses números encobrem desigualdades muito significativas no que diz respeito à distribuição, à fixação e ao acesso aos profissionais.

As distorções acontecem sob diferentes ângulos: a maioria deles permanece concentrada nas regiões Sul e Sudeste, nas capitais e nos grandes municípios; nas 39 cidades com mais de 500 mil habitantes, (que juntas concentram 30% da população brasileira) estão 60% dos médicos do País; já nos 4.932 municípios com até 50 mil habitantes (onde moram 65,5 milhões de pessoas) estão pouco mais de 7,4% dos profissionais da área, ou seja, em torno de 31 mil médicos. (DEMOGRAFIA MÉDICA NO BRASIL, 2015).

De acordo com esse estudo referido, “Demografia Médica no Brasil”, publicado em 2015, as diferenças também ocorrem entre as regiões brasileiras: enquanto no Norte (onde residem 8,4% da população brasileira) trabalham 4,4% dos médicos do país e no Nordeste (que abriga 27,8% dos brasileiros) trabalham 17,4% dos médicos, no Sudeste (onde residem 42% da população do País) trabalham 55,4% dos médicos; de forma mais proporcional, na região Centro-Oeste (onde residem 14,3% da população brasileira) trabalham 15% dos médicos e na região Sul (onde residem 7,5% da população do País) trabalham 7,9% dos médicos. (DEMOGRAFIA MÉDICA NO BRASIL, 2015).

No Rio Grande do Sul, de acordo com o Conselho Regional de Medicina (RS), a razão é de 2,3 médicos para cada 1.000 habitantes, sendo maior que a razão brasileira. Na Região 28 de Saúde, segundo dados no Cadastro Nacional de Saúde de 2014, havia 532 médicos (entre especialistas e generalistas tanto nos setores público quanto privado), o que corresponde 1,62 médicos para cada 1.000 habitantes (ou um médico para cada grupo de 614,9 pessoas, considerando a população registrada pelo Censo Demográfico de 2010). Esse dado corresponde a uma razão menor que a nacional e a estadual, porém ainda estaria dentro do que é preconizado pela Organização Mundial de Saúde.

Para os profissionais da enfermagem, a Organização Mundial da Saúde (2006) preconiza 2,0 profissionais para cada 1.000 habitantes. No Brasil há 1.449.583 profissionais de enfermagem, de acordo com dados do Conselho Federal de Enfermagem, o que representa um coeficiente de 7,6 profissionais por 1.000 habitantes. Nesses valores não se faz discriminação entre as categorias profissionais que compõem a força de trabalho em enfermagem (enfermeiros, técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem e parteiras). No que tange a categoria profissional do enfermeiro, esse número é de 1,5 para cada 1.000 habitantes e de técnico de enfermagem é de 3,28 para cada 1.000 habitantes. (COFEN, 2011). Do total de 1.449.583 de profissionais, os enfermeiros somam 287.119 profissionais (19,8% do total), os técnicos de enfermagem somam 625.862 profissionais (43,2% do total), os auxiliares de enfermagem somam 533.422 profissionais (36,8% do total), as parteiras somam 106 profissionais (0,01% do total) e os não informados soma 3.074 profissionais (0,2% do total). (COFEN, 2011).

Ao analisar os dados por macrorregiões, verifica-se que o Sudeste (32,1% do total de profissionais) e o Sul (32,2% do total de profissionais) são as regiões onde está concentrada a maioria dos profissionais de enfermagem. As demais macrorregiões possuem 35,6% do total de profissionais de enfermagem do Brasil. No Rio Grande do Sul há 19.201 enfermeiros (o

que corresponde a 15,1% dos profissionais de enfermagem que atuam no estado), 67.698 técnicos de enfermagem (53,3% dos profissionais de enfermagem que atuam no estado) e 40.169 auxiliares de enfermagem (31,6% dos profissionais de enfermagem que atuam no estado), num total de 127.068 profissionais de enfermagem (o que significa a presença de um profissional de enfermagem para cada grupo de 84,2 gaúchos, se considerada a população do Rio Grande do Sul em 2010, igual aos 10.693.929 habitantes). (COFEN, 2011).

Por sua vez, na Região 28 de Saúde há 919 profissionais de enfermagem, o que representa 2,81 profissionais para cada 1.000 habitantes (ou um profissional de enfermagem para cada grupo de 356 habitantes, se considerados os números da população na Região de acordo com o Censo Demográfico de 2010). Tal dado é menor que do número observado tanto em nível estadual quanto em nível nacional, mas, de qualquer forma, também está atendendo o índice indicado pela Organização Mundial de Saúde. (COFEN, 2011).

Como indicado, os dados já apresentados sobre a presença de profissionais de saúde/serviços sociais permitem perceber que na Região 28 de Saúde existe um grupo de municípios que se diferenciam (pela maior quantidade de profissionais) em relação aos outros. São os casos dos municípios de Santa Cruz do Sul, Venâncio Aires, Rio Pardo e Candelária.

Assim, para uma melhor compreensão das singularidades desses municípios, mas, também, para que se possa ter maior clareza sobre a dinâmica dos mercados de trabalho e saúde em todos os municípios (e na própria Região), serão apresentados dados específicos de cada município, começando pelos municípios referidos (e que se destacam pelo maior número de profissionais) e, posteriormente, contemplando-se os municípios menores. Cabe registrar que a análise apresentada está construída a partir de informações coletadas no banco de dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e do DataSus.¹⁷

Santa Cruz do Sul, de fato, é a principal referência no que diz respeito aos serviços de saúde e ao mercado de trabalho em saúde na Região 28 de Saúde. O município tem o maior número de estabelecimentos de saúde, os principais estabelecimentos de saúde, serviços privados de saúde melhor estruturados, a Sede da 13ª Coordenadoria Regional de Saúde. Em Santa Cruz do Sul encontram-se três hospitais, dois deles referências em diversas especialidades para toda a Região 28 de Saúde.

¹⁷No CNES estão cadastrados todos os estabelecimentos de saúde, tanto públicos quanto privados; no DataSus constam apenas os profissionais que atendem via sistema público de saúde.

E os dados sobre o mercado de trabalho em saúde de Santa Cruz do Sul permitem perceber modificações importantes nos últimos dez anos (2005/2006 – 2015/2016). Assim, por exemplo, no período 2005/2006 o município possuía 229 estabelecimentos de saúde (registrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde- CNES), entre clínicas, consultórios, postos de saúde e hospitais; já no período entre 2013/2014 esse número passou a ser de 560 estabelecimentos de saúde, sendo visível o acréscimo de serviços vinculados às políticas norteadoras do SUS, como a criação dos Centros de Apoio Psicossocial (CAPS), Unidades Básicas de Saúde (UBS), Pronto Atendimentos (PA) e Serviço de Unidade Móvel – pré-hospitalar urgência/emergência (SAMU); mas, também, o crescimento do número de consultórios privados, que era de 114 no período 2005/2006 e passou para 383 no período 2013/2014 (um crescimento de 335%).

São dados, portanto, que indicam que Santa Cruz do Sul recebeu investimentos públicos na área da saúde que possibilitaram um crescimento significativo na estrutura de serviços públicos existentes. Contudo, pela própria posição que o município ocupa na Região, o setor privado configura-se como um setor importante na estruturação do mercado local/regional de trabalho em saúde. Como ainda será indicado nesta tese, tal fato se configura como um importante condicionante para que a Atenção Básica da Saúde (não somente do município, mas, também, da Região) enfrente dificuldades para manter trabalhadores de saúde que, não raras vezes, optam por atuar no mercado privado de atenção à saúde de Santa Cruz do Sul.

A importância do setor privado de saúde no município de Santa Cruz do Sul tem repercussão, portanto, em outros municípios da Região. Isso ficou evidenciado, inclusive, nas entrevistas realizadas com Secretários Municipais de Saúde, que manifestaram preocupações relacionadas à criação de Planos Municipais de Carreira (para médicos) capazes de se colocarem como “atrativos para profissionais que preferem atuar em Santa Cruz do Sul”. Um Secretário entrevistado, por exemplo, afirmou que seu município está elaborando um Plano de Carreira Médica com o objetivo de vincular os profissionais na Atenção Básica e, nesse sentido, diminuir a rotatividade percebida no seu município. Embora o mesmo Secretário tenha reconhecido que o interesse em atuar em mercados maiores não é o único problema enfrentado para a manutenção de médicos na Atenção Básica de Saúde, pois essa Atenção requer um perfil profissional que nem sempre é fácil de ser encontrado. Nesse sentido, a fala de um médico (que atua na Atenção Básica) é ilustrativa:

Na verdade eu acabei fazendo medicina, mas assim [...] não foi uma escolha, eu acabei parando na medicina, como eu passei de primeira, eu iniciei e não tive muito tempo de pensar [...] daí eu me formei e não tinha nenhuma área que eu gostasse mais e daí acabei fazendo saúde da família. A gente aprende a gostar, né? A princípio é um concurso estatutário, então eu penso em ficar por aqui. (Entrevistado 01 – Médico).

A carência e a dificuldade em conseguir médicos, bem como garantir a permanência desses profissionais em municípios menores, parece ser um problema para alguns municípios da Região 28 de Saúde. É um problema que, certamente, já existe há tempo. Nesse sentido, cabe o registro de uma reportagem do Jornal Gazeta do Sul (de Santa Cruz do Sul, mas com abrangência regional), datada do ano de 2012, que indicava esse tipo de dificuldade encontrada pelas administrações municipais da Região. De acordo com a reportagem, em que pese os salários diferenciados oferecidos (“acima da média” estadual), os Prefeitos alegavam que não encontravam médicos interessados em trabalhar na saúde pública de seus municípios; a reportagem assinalava, ainda, que esse problema já era percebido na formação dos médicos que, mesmo antes de estarem formados alimentavam a visão de que é melhor se fixar em municípios maiores e que “oferecem residência médica”. (GAZETA DO SUL, 2012).

A rotatividade dos trabalhadores na Atenção Básica de Saúde (em especial, de médicos) não é, evidentemente, um problema exclusivo da Região 28 de Saúde. Pagnini (2012), por exemplo, em pesquisa realizada num município da região metropolitana de Porto Alegre (RS) observou que a rotatividade médica nas ESFs está vinculada a dificuldades enfrentadas quanto ao suporte técnico oferecido, à infraestrutura das unidades, aos recursos diagnósticos, ao acesso à atenção secundária e à atenção terciária de saúde. (PANINI, 2012).

Também é importante destacar que, de acordo com as entrevistas realizadas, as administrações públicas municipais (na Região 28 de Saúde) têm maiores preocupações com a discussão de um plano de carreira para os profissionais da medicina. O que, de certa forma, indica que, em que pese o modelo de saúde proposto pelo SUS valorizar o trabalho interdisciplinar e de equipe, ainda persiste uma situação histórica em que o modelo médico é a referência principal.

No que diz respeito aos trabalhadores de saúde no município de Santa Cruz do Sul, entre o período 2005/2006 e o período 2013/2014 o crescimento no número de profissionais foi considerável. Considerando todos os profissionais cadastrados no DataSUS, no primeiro período de análise constatou-se um total de 599 trabalhadores; já no segundo período esse número se elevou para 1.134 trabalhadores.

No total desses trabalhadores, percebeu-se uma diminuição e, mesmo, a extinção de algumas profissões, enquanto que outras áreas houve um aumento significativo de trabalhadores. Uma das causas da diminuição ou extinção de alguns profissionais no município está relacionada com o próprio descredenciamento desses trabalhadores do atendimento via Sistema Único de Saúde. Tal fato ocorreu com dentistas, cirurgião pediátrico, com o periodontista e com diversas especialidades médicas: psiquiatra, oftalmologista, cirurgião do aparelho digestivo, cirurgião pediátrico, cirurgião plástico, gastroenterologista, geriatra, hemoterapeuta, homeopata, mastologista, oncologista pediátrico, otorrinolaringologista, pneumologista, proctologista, ultrassonografista e urologista. (CNES, 2014).

Tal situação evidencia uma carência de trabalhadores especialistas cadastrados pelo SUS. Realidade que, por um lado, reforça a importância da política de saúde proposta pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), operacionalizada através das ESFs, sugerindo que a equipe de saúde alcance resolutividade de 80% dos atendimentos que acessam o Sistema por essa porta de entrada; mas, por outro lado, demonstra um estrangulamento no sistema, uma vez que em alguns casos se faz necessário o encaminhamento dos usuários às diversas especialidades médicas.¹⁸

A carência de trabalhadores especialistas foi comprovada em uma pesquisa feita com os trabalhadores das ESFs de Santa Cruz do Sul em novembro de 2013, quando 17,1% dos participantes indicaram que uma das necessárias modificações e melhorias no atendimento de saúde do município seria um aumento de médicos especialistas (FISCHBORN, 2013). Também naquela pesquisa, os trabalhadores das ESFs reclamaram que esse é um ponto de tensionamento no seu trabalho cotidiano, pois se sentem pressionados pelos usuários que cobram uma maior agilidade nesses encaminhamentos, mas, ao mesmo tempo, sabem da lista de espera e da demora na resolução dessa consulta especializada.

Outro fator que explica a extinção ou diminuição de algumas categorias profissionais é a política dos próprios Conselhos Federais que, impulsionados pelo mercado de trabalho, estimulam a migração de algumas categorias profissionais para outras. Isso vale, por exemplo, para o caso dos auxiliares de enfermagem que, em Santa Cruz do Sul e no período 2005/2006, eram num número de 47 trabalhadores, diminuindo para 39 no período 2013/2014 (com

¹⁸No município de Santa Cruz do Sul existe o Consórcio Intermunicipal do Vale do Rio Pardo (CISVALE) que organiza esses encaminhamentos vindos das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e das Estratégias Saúde da Família, fazendo a contratação desses profissionais especializados; tal serviço é pactuado entre e com os municípios que compõem o Vale do Rio Pardo.

tendência de maior diminuição ainda). Certamente que essa redução decorre da Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN 276/2003), que determinou que os alunos que concluíram o curso de auxiliar de enfermagem após 23 de junho de 2003 completem a formação como “técnico de enfermagem” num prazo de cinco anos. Tal determinação não se aplica aos auxiliares de enfermagem que se formaram antes dessa data (esses poderão continuar exercendo sua profissão, porém, com uma opção de mercado de trabalho que tende a ser cada vez mais restrita). A referida resolução foi necessária em função das mudanças ocorridas na legislação que regulamenta a estruturação dos cursos técnicos de nível médio no país, que passou a considerar o curso de auxiliar de enfermagem como uma qualificação e não mais como habilitação (agora restrita ao técnico de enfermagem). Nota-se, através dos dados analisados no período da pesquisa, que, de fato, o número de técnicos de enfermagem em Santa Cruz do Sul teve um acréscimo de 114 trabalhadores.

Outro exemplo de extinção ou diminuição de trabalhadores é o caso do enfermeiro do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), já que tal programa serviu como iniciação para o Programa Saúde da Família (PSF). Antes era necessária uma coordenação para o PACS, que era função de um enfermeiro; hoje, tal função é exercida pelo enfermeiro da ESF.

Em relação à equipe de saúde que compõem as ESFs de Santa Cruz do Sul, aliás, a mesma teve, no intervalo de tempo analisado, um acréscimo de trabalhadores, com maior número de agentes comunitários de saúde, de enfermeiros e de técnicos de enfermagem. No período da coleta de dados, o município contava com 14 Equipes de Saúde da Família, sendo que três foram criadas no ano de 2014, seguindo uma tendência e um impulso vindo do governo federal para maiores investimentos na Atenção Básica de Saúde.

Por outro lado, na contramão da extinção de funções, houve no município um aumento do número de formandos de medicina, estimulada pela implantação da graduação na UNISC, em 2006. A existência do curso de medicina na UNISC criou as condições para a atuação do médico residente em Santa Cruz do Sul, que no período 2013/2014 chegou a contar com 29 desses profissionais. Tal fato demonstra a importância da Universidade para a delimitação do mercado de trabalho no município e, mesmo, na Região.

Portanto, as políticas, programas e incentivos do Ministério da Saúde também desenham o mercado de trabalho em saúde de Santa Cruz do Sul, na medida em que há criação de profissões ou acréscimo de vagas de trabalho, como, por exemplo, nas ESFs e nos CAPS. Contudo, o número crescente de consultório privados e o descredenciamento de alguns

profissionais do SUS também merecem ser analisados como um paradoxo no trabalho em saúde. Por um lado, vagas novas são criadas e estimuladas pelas políticas e pelos programas do SUS; por outro, o aumento de profissionais liberais no mercado privado da saúde no município que é polo de saúde da Região, concretizando a dualidade experienciada no trabalho em saúde: a implantação de um Sistema Público de Saúde num contexto de reestruturação produtiva e de ampliação dos serviços privados de saúde.

O município de *Venâncio Aires* é o segundo município mais populoso da Região 28 de Saúde. No que tange aos estabelecimentos de saúde no município, percebe-se um incremento da estruturação do mercado de trabalho em saúde desde 2006, já que foram criados três Centros de Apoio Psicossocial, três policlínicas, um Pronto Atendimento, duas Unidades Móveis de Urgência e Emergência (SAMU). Dos serviços de saúde já existentes no período 2005/2006 e que foram ampliados posteriormente destaca-se a criação de mais três Unidades Básicas de Saúde (cujo número subiu de 18 para 21 unidades, contemplando quatro ESFs), a criação de mais dois ambulatorios especializados (que se somaram aos três já existentes), a expressiva ampliação do número de consultórios particulares (cujo número aumentou de 46 para 167 no período entre 2006 e 2010), a ampliação das unidades de serviços de apoio de diagnósticos (aumento de 23 unidades para 26 no período entre 2005/2006 e 2013/2014). Venâncio Aires mantém, ainda, um hospital de médio porte que serve de referência para algumas especialidades médicas para os municípios da Região (CNES, 2014). Segundo a coordenadora de saúde da Região:

Venâncio Aires assumiu o hospital do município e é uma microrregião de saúde. Tem uma ânsia de querer ter novos serviços, está batalhando agora para conseguir a média complexidade de cirurgia de varizes e a gente tá fazendo o nosso trabalho de ajudar no credenciamento. (Coordenadora da 13ª Coordenadoria Regional de Saúde).

Em relação ao número de trabalhadores em saúde em Venâncio Aires, o crescimento no número de estabelecimentos de saúde proporcionou um também crescimento no número de trabalhadores em saúde; assim, enquanto no período 2005/2006 296 trabalhadores em saúde atuavam no município, esse número se elevou para 475 no período 2013/2014. Entre as profissões que tiveram o mercado de trabalho ampliado destacam-se as profissões de médico anesthesiologistas, de assistente social, de farmacêutico, de médico clínico geral, de enfermeiro, de enfermeiro de ESF, de fisioterapeuta, de médico de ESF, de nutricionista, de cirurgião dentista, de cirurgião dentista de ESF, de psicólogo clínico, de médico pediatra, de terapeuta ocupacional, de técnico de enfermagem, de técnico em radiologia e de agente

comunitário de saúde. Dessas profissões, o número mais expressivo (em agosto de 2014) era o de técnicos de enfermagem (178 trabalhadores), seguido pelo de agente comunitário de saúde (53 trabalhadores), pelo de cirurgião dentista (53 trabalhadores) e pelo de enfermeiro (45 trabalhadores). (CNES, 2014).

Das profissões que perderam espaço em Venâncio Aires podem ser citadas as de fonoaudiólogo, de médico ortopedista/traumatologista e de auxiliar de enfermagem. Entre as profissões que não contam com nenhum profissional no último período de análise estão: atendente de enfermagem, auxiliar de análises clínicas, enfermeiro de centro cirúrgico, enfermeiro de Programa de Agente Comunitário de Saúde, médico cirurgião vascular, endocrinologista, nefrologista, pneumotisiologista, otorrinolaringologista, médico do trabalho, radiologista e médico ultrassonografista.

Em contrapartida, dentre as profissões que no ano de 2006 o município não tinham nenhum representante e que em 2014 constavam nos cadastros do DataSUS estão: enfermeiro nefrologista, enfermeiro obstétrico, cirurgião dentista (implantodontista e protesista), médico acupunturista, cardiologista, dermatologista, infectologista, reumatologista, socorrista, auxiliar técnico em patologia clínica e protético dentário. Já entre as profissões que não alteraram o número de trabalhadores entre os anos de 2006 a 2014 estão as de ginecologista/obstetra, de neurologista e de oftalmologista.

O município de *Candelária* pode ser considerado de médio porte da Região 28 de Saúde, porém com uma importância significativa em termos de rede de serviços de saúde para a Região. Entre o período 2005/2006 e o período 2013/2014, o número de estabelecimentos de saúde subiu no município de 15 para 42, com destaque para o número de consultórios (subiu de um para dezoito entre 2005/2006 e 2013/2014), para a criação de um Centro de Apoio Psicossocial, de duas Unidades Básicas de Saúde e de uma base do Serviço Avançado de Urgência. Percebe-se, assim, um movimento que guarda semelhanças com o ocorrido no município de Santa Cruz do Sul, ainda que em proporção menor: um incremento no número de consultórios privados e a criação de serviços vinculados às políticas ministeriais.

O município de Candelária abriga, ainda, um hospital geral, já existente no primeiro 2005/2006, mas que ganhou maior importância no segundo período, já que recebeu investimentos na área de internação psiquiátrica, tornando-se uma referência para pacientes não somente do município e, inclusive, na Região 28 de Saúde.

Entre os profissionais de saúde, merece destaque a criação de funções novas, como algumas especialidades médicas tais como psiquiatra, cardiologista, radiologista e angiologista, além da função de fonoaudiólogo. Ocorreu, no período analisado, um aumento das funções vinculadas aos ESFs do município, como médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Em 2015, Candelária contava com três equipes de saúde da família. Entre os trabalhadores de saúde com ensino superior e que atuam no município destaca-se o número de enfermeiros (19 trabalhadores em 2014), o número de cirurgiões dentistas (12 em 2014) e o número de médico clínico geral (11 trabalhadores em 2014). (CNES, 2014).

Por fim, nesse primeiro grupo de municípios figura *Rio Pardo* que, inclusive, é o município que tem a maior extensão territorial na Região 28 de Saúde. No período 2005/2006, Rio Pardo tinha 36 estabelecimentos de saúde, dentre os quais um hospital (que permanecia em funcionamento em 2015); já no período 2013/2014, o município teve um acréscimo significativo de serviços de saúde, chegando ao número de 71 estabelecimentos de saúde. Dentre esses locais destaca-se a criação de dois Centros de Apoio Psicossocial, de um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência e de quatro ESFs, seguindo a tendência observada já em outros municípios da Região e expressando investimentos em serviços vinculados e estimulados pelo SUS. Além disso, houve a construção de um Hospital Regional de Saúde no município, que pactuou atender a média complexidade de traumatologia da região.

Sobre essa construção do Hospital Regional, a Coordenadora da 13ª CRS relatou em entrevista que o mesmo representou um “avanço para a saúde da Região”, desafogando em especial o município de Santa Cruz do Sul. Para a Coordenadora, a construção do Hospital em Rio Pardo é expressão, também, de um esforço coletivo dos municípios da Região, que atenderam demandas feitas inclusive pelo Ministério Público, que há tempo reclamava sobre a grande demora em atendimentos aos pacientes que necessitavam de cirurgias ortopédicas na Região.

Seguindo uma tendência já observada em outros municípios, em Rio Pardo o número de consultórios privados aumentou entre os períodos 2005/2006 e 2013/2014, contando, em 2014 com 43 consultórios.

No que diz respeito ao número de trabalhadores em saúde, Rio Pardo não é exceção na Região, observando-se a extinção de algumas profissões (como, por exemplo, a de auxiliar de enfermagem, a de pneumologista, a de ortopedista, a de neurologista, a de cirurgião plástico) e o aumento de outras profissões (como é o exemplo dos técnicos de enfermagem, dos agentes

comunitários de saúde, de enfermeiro (profissões de saúde que mais empregavam no período 2013/2014).

O que se pode perceber, a partir dos dados apresentados e relacionados aos maiores municípios na Região 28 de Saúde é que, nesses municípios, observou-se um crescimento significativo de trabalhadores em saúde a partir dos anos 2000 (2003/2004). Tal crescimento está vinculado à ampliação dos serviços públicos de saúde, mas, também, ao crescimento dos serviços privados, em especial em Santa Cruz do Sul e em Venâncio Aires.

No que diz respeito aos serviços privados, é importante reafirmar que o número de consultórios privados aumentou 335% em Santa Cruz do Sul e 363% em Venâncio Aires entre os períodos 2003/2004 e 2013/2014. São dados que permitem diferentes conclusões, desde a importância que o setor privado tem nesses municípios (e na própria Região) até a estruturação de um mercado de trabalho em saúde que, certamente, expressa segregações importantes na Região de estudo. Pois se esse mercado privado de saúde possibilita que um maior número de trabalhadores e, inclusive, de especialidades estejam presentes na Região, é preciso notar, também, que ele se torna acessível somente aos setores da população que têm melhores condições socioeconômicas, ficando a população mais pobre (em especial, a população dos municípios menores) dependendo do SUS, que nem sempre consegue atender às necessidades que o mercado privado alcança. Certamente que esse crescimento é condicionado pela própria presença de uma Universidade que oferece diferentes especialidades na área da saúde que, potencialmente, preparam trabalhadores para que possam atuar, também, no setor privado (medicina, fisioterapia, odontologia, psicologia, nutrição).

O crescimento do setor privado nos municípios referidos não relativiza, no entanto, o também crescimento da saúde pública. Os dados apresentados, certamente, não permitem uma compreensão do significado do crescimento observado a partir da primeira década do século XX, mas são indicativos de um processo de desenvolvimento da saúde pública na Região, garantindo-se que estabelecimentos de saúde e trabalhadores em saúde estejam em maior quantidade, com maior diversidade e, inclusive, mais próximos de parcelas significativas da população da Região de Saúde em estudo.

O segundo grupo de municípios da Região 28 de Saúde é constituído por municípios menores, com forte presença de populações rurais, com dificuldades maiores de estruturação de um mercado de trabalho em saúde capaz de atender às necessidades locais. Nesse grupo, então, estão os municípios de Vera Cruz, Gramado Xavier, Herveiras, Mato Leitão, Pantano Grande, Passo do Sobrado, Sinimbu, Vale do Sol e Vale Verde.

Em *Vera Cruz*, a estruturação do atendimento em saúde teve um crescimento entre os períodos 2005/2006 e 2013/2014, com a criação de dois Centros de Apoio Psicossocial, a inserção de mais 18 consultórios privados aos cinco existentes no primeiro período, a criação de mais dois postos de saúde (que abrigam, atualmente, as duas ESFs do município), a criação de um Pronto Socorro Geral (que atende junto à Secretaria Municipal de Saúde) e a inserção de uma Unidade de Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. Destaca-se, no município, a existência de um Hospital Geral e dos serviços estruturados a partir das demandas do SUS (apesar do município contar com 23 consultórios privados). Além das duas ESFs existentes, o município conta ainda com mais seis Unidades Básicas de Saúde, localizadas em sua maioria no interior do município (e, portanto, com suas atuações voltadas à população residente nos meios rurais).

Sobre o hospital de Vera Cruz, a Coordenadora de Saúde da Região revelou que é um hospital de pequeno porte, assim como os que existem no município de Sinimbu e de Vale do Sol, que atende as demandas locais do município. A Coordenadora enfatizou, no entanto, que o Hospital estava realizando partos cesarianos, colocando-se, nesse sentido, contra a normatização que estabelece condições para a realização de tais procedimentos, que o Hospital não atende. Para a Coordenadora, esse fato revela dificuldades que a política de saúde enfrenta na organização dos serviços, especialmente no que diz respeito ao atendimento das expectativas das populações dos municípios. No caso específico:

[...] é um hospital de pequeno porte porque ele não tem duas salas de cirurgia. Ele não pode mais realizar cesariana e tem aquela coisa 'de o meu bebê não nascer no meu município' e os prefeitos não admitem isso, é uma coisa política. Mas não é a questão do teu bebê não nascer ali, é de nascer com qualidade e segurança e isso impacta na redução da mortalidade infantil. Então tudo isso é pensado e são metas e serem atingidas. (Coordenadora da 13ª Coordenadoria Regional de Saúde).

Na entrevista, no entanto, a Coordenadora da 13ª CRS revelou que Vera Cruz está assinando a Gestão Plena dos Serviços de Saúde e, dessa forma, poderá administrar o hospital de modo a criar uma personalidade própria ao serviço.

O crescimento no número de estabelecimentos em Vera Cruz repercutiu no número de trabalhadores em saúde do município. Assim, se no período 2005/2006 atuavam em Vera Cruz 86 trabalhadores em saúde, esse número aumentou para 140 no período 2013/2014. Entre as profissionais que tiveram seu número aumentado ou a criação de uma nova vaga estão: assistente social, médico clínico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, cirurgião dentista, médico em radiologia e diagnóstico por imagem, médico neurologista, terapeuta

ocupacional, auxiliar técnico em patologia clínica, quiropraxista e agente de saúde. Das profissões que foram extintas no período de análise foram: enfermeiro do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, auxiliar de gabinete dentário, médico ginecologista/obstetra, médico cirurgião vascular e cirurgião pediátrico. Já, as profissões que tiveram seu número reduzido são: auxiliar de enfermagem, médico anesthesiologista e médico da ESF. Entre as profissões que mais empregam no município na área de saúde estão os agentes de saúde com 30 trabalhadores, os técnicos de enfermagem com 26 trabalhadores, os cirurgiões dentistas em um número de 13 e os enfermeiros que totalizam 12 profissionais no município.

Gramado Xavier, no período 2005/2006 contava com apenas um tipo de estabelecimento de saúde cadastrado como Unidades Básicas de Saúde no Cadastro Nacional de Saúde, a qual é atualmente a sede da única ESF do município. Já no período 2013/2014, a Secretaria Municipal de Saúde do município passou a ser considerada como um estabelecimento de saúde e teve a abertura de uma unidade de serviços de apoio de diagnose e terapia (todos, serviços públicos). No primeiro período de análise, Gramado Xavier contava com 17 profissionais de saúde, tendo aumentado esse número para 27 trabalhadores no segundo período, dos quais 16 desempenham as suas funções na ESF do município. No período 2013/2014, o maior número de trabalhadores da saúde era de agentes de saúde, totalizando 10 trabalhadores, o que evidencia a importância que tal programa no município. Contava, ainda, com um fisioterapeuta, um clínico geral, dois psicólogos, três técnicos de enfermagem, um fonoaudiólogo e um farmacêutico. Nos dados do DataSUS não estão cadastradas consultórios, clínicas ou hospitais. Salienta-se ainda que a ESF local atende 100% da população residente no município.

O município de *Herveiras* segue as características do seu município vizinho Gramado Xavier: município de porte pequeno, com uma população eminentemente rural e com poucos estabelecimentos de saúde. Contava, em 2013/2014 com uma Unidade Básica de Saúde (a qual é sede da única ESF do município, com cobertura de 100% da população) e com a Secretaria Municipal de Saúde. Não há dados referentes a hospitais, consultório ou clínicas no município. O número de profissionais de saúde teve um declínio, fato que poderia ser explicado pela distância geográfica do município de Santa Cruz do Sul (dificuldades de deslocamento de trabalhadores de Santa Cruz do Sul para Herveiras) ou pela própria rede de saúde deficitária que o município possui, o que dificulta os encaminhamentos e a realização de exames, tensionando o trabalho dos trabalhadores da saúde. No período 2005/2006, o número de trabalhadores que atuavam no município era de 21, diminuindo para 18 no período

2013/2014. Entre os profissionais que estavam desempenhando suas atividades no município e deixaram de fazê-las estão dois médicos (um clínico geral e um patologista). Dos atuais trabalhadores da saúde, nove estão trabalhando na ESF local. O município conta ainda com um psicólogo, um farmacêutico, dois assistentes sociais, um fisioterapeuta e um nutricionista.

O município de *Mato Leitão* contava, em 2013/2014, com duas ESF, que forneciam 100% de cobertura para a população residente no município. Além desses dois estabelecimentos de saúde, o município contava ainda com uma Secretaria Municipal de Saúde. Não há registro de hospitais, consultórios ou clínicas no Cadastro do CNES. Os trabalhadores em saúde, que no período 2005/2006 somavam 29, no período 2013/2014 eram num total de 30, dos quais 10 são agentes de saúde. Do total de trabalhadores do município, 19 exerciam suas funções vinculadas com as duas ESFs do município. Destaca-se que no último período pesquisado, apesar do município contar com duas ESFs, apenas um médico da família atuava no município e observou-se um aumento de apenas dois agentes de saúde desde a implantação da segunda ESF. Tal fato poderia ser justificado pela dificuldade de contratação de tais profissionais ou restrição orçamentária. Tal carência profissional tensiona e condiciona o trabalho dos trabalhadores das ESFs, na medida em que há uma normativa federal de ações na Atenção Básica que é padrão para todas as ESFs rurais, porém não há recursos humanos em quantidade adequada como previsto legalmente para realizar tais ações.

Percebe-se, também e assim como nos demais municípios, a extinção da função de auxiliar de enfermagem e a migração de tais profissionais para o curso de técnico de enfermagem, impulsionado pela determinação do Conselho Federal de Enfermagem. O município contava, no primeiro período analisado, com dois médicos ginecologistas/obstetras, que não atuavam mais no período 2013/2014; da mesma forma, no primeiro período o município possuía quatro clínicos gerais, dos quais apenas um permanecia no período 2013/2014. Tal dinâmica decorreu, inclusive, da implantação da segunda ESF, que abarca os atendimentos primários em saúde e faz a referência para as especialidades em casos necessários.

O município de *Pantano Grande* tinha no período 2005/2006 nove estabelecimentos de saúde, elevando esse número para treze no período 2013/2014. Desses espaços, o município mantém uma ESF e outras cinco Unidades Básicas de Saúde, porém não há registro de hospital e demais serviços vinculados ao SUS, tais como Centro de Apoio Psicossocial e Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. O número de consultórios em 2013/2014 era de dois, sendo esses inexistentes no primeiro período de análise. Dos profissionais de saúde, que

somavam 32 em 2013/2014, houve a criação do cargo de fisioterapeuta, farmacêutico, médico pediatra, médico cardiologista e da mesma forma todas as funções inerentes ao ESF. Houve a manutenção do número de trabalhadores na função de nutricionista e psicólogo. As áreas de maior alocação de trabalhadores na área da saúde era a de técnico de enfermagem, de auxiliar de enfermagem e de agentes de saúde. A função de auxiliar de enfermagem, apesar de ter tido uma redução em relação ao primeiro período de análise ainda mantinha seis trabalhadores empregados.

Passo do Sobrado contava, no período 2013/2014, com duas ESFs, uma clínica/ambulatório especializada, um consultório, dois prontos socorros e uma unidade de serviço de apoio de diagnose e terapia. Cabe salientar que a clínica especializada, o consultório e os prontos socorros não existiam no período 2005/2006. No que tange ao número de profissionais de saúde em ocupação nos estabelecimentos de saúde do município observou-se a criação e/ou a ampliação de vagas nas seguintes categorias profissionais entre os períodos 2005/2006 e 2013/2014: assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta e nutricionista. As ESFs, assim como nos demais municípios de pequeno porte, abarcavam um grande número de profissionais da saúde (22 trabalhadores de um total de 38 que atuavam no município em 2013/2014); desses, 14 ocupavam a função de agentes comunitários de saúde. De acordo com o DataSUS, o único médico cadastrado no município era o médico que atuava em uma ESF. No primeiro período de análise havia um pediatra no município, o que não se constatou no segundo período de análise. Esse último dado reforça a importância dos atendimentos nas ESFs, de forma generalista a toda a população do município.

Sinimbu mantinha um hospital de pequeno porte, duas ESFs em zonas rurais e dois postos de saúde na zona urbana, três unidades de serviço de apoio de diagnose e terapia, uma unidade móvel de serviço de urgência, quatro ambulatórios especializados e dois consultórios. Sobre o hospital do município, segundo a coordenadora de saúde da região, ele passará em breve por uma reestruturação, em função de que Sinimbu está buscando atingir a gestão plena dos serviços e, dessa forma, deverá gerir seu hospital com verbas do município. Entre 2006 e 2010, o município passou a contar com os seguintes profissionais de saúde (que não faziam parte do seu quadro de trabalhadores): um assistente social, dois farmacêuticos, um médico de ESF, um médico pediatra, dois auxiliares de enfermagem de ESF, um técnico de enfermagem do trabalho e cinco socorristas. Entre as profissões que tiveram seu contingente aumentado estão a contratação de cinco enfermeiros, de três fisioterapeutas, de dois cirurgiões dentistas, de oito técnicos de enfermagem e de doze agentes de saúde. Já as profissões que mantiveram

o mesmo número de trabalhadores são: nutricionista, psicólogo e auxiliar de enfermagem. O atendente de enfermagem foi a única profissão que foi extinta. As categorias profissionais que contemplavam o maior número de trabalhadores são a de técnico de enfermagem (com 20 profissionais) e de agentes comunitários de saúde (com 18 profissionais).

Vale do Sol mantinha um hospital de pequeno porte, quatro ESFs, três ambulatórios especializados, cinco consultórios e duas unidades de serviço de apoio de diagnose e terapia. Há uma intensa discussão sobre o hospital do município, em função da realização de partos cesarianos em uma estrutura que não comporta tal procedimento (segundo as normas técnicas). Na fala a seguir a coordenação da região revela que não é intenção do Estado fechar os hospitais, mas que cada um crie a sua própria personalidade e se especialize naquilo que pode oferecer se melhor, se tornando referência para outros municípios:

Esse é um hospital que vai para discussão porque ele é considerado um hospital de pequeno porte, com menos de 50 leitos. Não está se querendo fechar hospital nenhum quer se ter melhor atendimento ao usuário. Se fala sobre a qualidade dessa cesariana no hospital, e se o bebe tiver qualquer problema e ter que ser encaminhado? Essa cesariana deveria ser encaminhada para um município mais próximo que tivesse melhor estrutura. Ninguém quer fechar hospitais, mas dar uma personalidade própria. Ele é um hospital que cuida de idosos, ele poderia ter uma geriatria. Isso poderia ser uma troca, um município cuida das gestantes e ele pode cuidar do idoso desse município. Então ele vai ser referência para outra especialidade e vai ganhar uma outra cara na região, mas com uma especialidade que ele possa atender. Ele não tem duas salas de cirurgia, mas ele pode ser resolutivo para cuidar de idoso, por exemplo. (Coordenadora da 13ª Coordenadoria Regional de Saúde).

Por sua vez, a Secretária Municipal de Saúde de Vale do Sol revelou, na entrevista com ela realizada, que não vê (“num curto prazo”) a possibilidade do hospital do município se tornar referência para a região, em especial em função dos cortes financeiros feitos pelo Estado e da necessidade de uma reestruturação física dos espaços do hospital.

Eu não acredito que neste momento pela questão que o Estado está passando, financeira, isso envolve recursos, eu não acredito que o município tenha recursos. Não vejo que o hospital tenha esta possibilidade, assim em um período a curto prazo, até porque o hospital, com a aprovação do projeto vai tem que fazer todas as adequações necessárias, isso envolve mais uma sala de bloco cirúrgico [...] então envolve recursos, então eu acho que em um período curto não se pensa nisso, mas eu acho que tem que se buscar sim, alguma alternativa que é uma pena um hospital que tem uma estrutura boa ficar digamos assim, ocioso. (Secretária Municipal de Saúde do município de Vale do Sol).

Nesses relatos, percebe-se que há um descompasso nas falas da coordenação da região e do gestor do município. Há o interesse por parte da gestão regional de resolver a questão das referências, partindo de um olhar ampliado sobre a região e, em contrapartida, os municípios

estão com dificuldades financeiras, o que dificulta qualquer movimentação que envolva maior demanda de recursos.

São decisões importantes que impactam na vida dos usuários e dos trabalhadores da saúde, que por sua vez não são convidados ao debate. Isso ficou evidenciado nas entrevistas realizadas tanto com os trabalhadores da saúde quanto com o Conselheiro Municipal de Saúde (de Vale do Sol), que em nenhum momento indicaram essa discussão no município. Trata-se de um indicador, inclusive, das dificuldades enfrentadas pelos trabalhadores em saúde na Região que, não raras vezes, não conseguem acompanhar as discussões importantes sobre as políticas de saúde em seus municípios; nessas situações, prevalece a estrutura de poder nos municípios, nem sempre comprometida com o envolvimento dos trabalhadores nos debates e no processo decisório.

Entre as profissões que, no período entre 2006 e 2010, passaram a existir em Vale do Sul estão: a contratação de um médico cirurgião geral, um fisioterapeuta e um cirurgião dentista de ESF. Já as profissões que foram extintas no município, no mesmo período: médico pediatra, enfermeiro do Programa de Agentes Comunitário de Saúde e auxiliar de enfermagem. No que tange a extinção do enfermeiro do PACS, tal fato, visualizado em alguns outros municípios analisados, se deve a migração das funções do enfermeiro de PACS para o enfermeiro de ESF. A extinção da categoria de auxiliar de enfermagem, fato também visualizado nos demais municípios, ocorre em função da determinação do Conselho Federal de Enfermagem, como já foi mencionada anteriormente. Já as profissões que tiveram seu número aumentado no período de análise, estão: médico clínico geral (de três para seis), assistente social (de um para dois), enfermeiro (de cinco para seis), nutricionista (de um para dois), psicólogo (de um para dois), auxiliar de enfermagem de ESF (de um para quatro), técnico de enfermagem (de onze para dezesseis) e agentes de saúde (de dezessete para vinte e sete).

Por fim, nesse segundo grupo está, ainda, o município de *Vale Verde* que, conforme o cadastro do CNES, contava com uma ESF e a Secretaria Municipal de Saúde, numa condição muito semelhante aos demais municípios de pequenos porte já analisados. O total de profissionais que atuavam no município era de 15 trabalhadores, sendo que destes oito eram agentes comunitários de saúde, um era assistente social, um era enfermeiro de ESF, um era médico de ESF, um era nutricionista, um era psicólogo e um era técnico de enfermagem. Percebe-se, assim, a importância do ESF na estruturação do mercado de trabalho do município e na aposta desse tipo de organização do atendimento da saúde.

Portanto, ao analisar os dados apresentados percebe-se um movimento contraditório importante na Região 28 de Saúde: por um lado o aumento de estabelecimentos de saúde vinculados aos programas, ações, projetos propostos pelo SUS; por outro, o mercado privado e da medicina complementar compreendendo parcela significativa de profissionais de saúde na Região, em especial nos municípios de Santa Cruz do Sul, Venâncio Aires, Rio Pardo e Candelária.

Nesse sentido, Carvalho et. al (2013) indicam que o Estado brasileiro, nas duas últimas décadas, cedeu aos interesses privados do mercado de saúde, ao mesmo tempo em que não traçou uma política de planejamento da força de trabalho para o SUS. Assim, ainda que após a Constituição 1988 o direito à saúde foi assegurado como direito social, não houve uma movimentação do Estado no sentido de criar estratégias de organização da força de trabalho para o SUS. É importante destacar que a falta de médicos, o descompasso entre a formação e a demanda de trabalho no serviço público e a alocação desses profissionais, apesar de ser um tema atual fortemente noticiado pela mídia, não é um problema novo no país. Entender a dimensão normativa e técnica sobre o planejamento da força de trabalho em saúde não deve encobrir à dimensão política de tal planejamento. Sobre isso Carvalho et al. (2013) alertam:

[...] o processo de planejamento da força de trabalho em saúde, ou a possibilidade de planejá-la, de acordo com as necessidades e os direitos sociais, está condicionado, entre outros fatores, ao modelo vigente de atenção à saúde, à resistência ou ao apoio de determinados sujeitos e grupos de interesses relacionados ao tema, que conseguem fazer prevalecer suas concepções sobre quais necessidades serão priorizadas, além de estar condicionado a determinantes sociais, políticos, econômicos e culturais, pois o número, o perfil e a distribuição de trabalhadores da saúde estão articulados a escolhas políticas e a valores e princípios a serem garantidos na organização dos sistemas de saúde. (CARVALHO et. al., 2013, p. 385).

Tal condicionamento político explica a própria cobertura de ESF ser maior em áreas como o Nordeste brasileiro, ainda que lá o número de médicos por habitantes seja menor do que em São Paulo, por exemplo, onde a cobertura de ESF é de apenas 32% da população. (DATASUS, 2014). A questão técnica e política do planejamento da força de trabalho para o SUS revela, ainda, a dificuldade em cumprir as prerrogativas propostas por um sistema público de saúde que conta com uma parceria privada para a sua sustentação. O sistema único tem se colocado lado a lado com o subsistema privado e muitas vezes como complementar a esse, o que tensiona o mercado de trabalho e condiciona o trabalho em saúde.

Outra contradição importante apontada pelos dados secundários é de que há um descredenciamento dos atendimentos SUS de diversas especialidades médicas nos municípios

da Região. Isso pode ser reflexo das ações exercidas pelas ESFs estarem em alinhamento com o proposto pela Política Nacional de Atenção Básica, no sentido de ter um atendimento generalista, realizado por uma equipe multiprofissional, com a atuação de um médico da família e com resolutividade de 80% dos casos. Contudo e por outro lado, pode expressar dificuldades que os municípios enfrentam para manter esses profissionais, como as entrevistas realizadas revelaram; além disso, como ainda será indicado nesta tese, as ESFs não têm cobertura 100% em todos os municípios e mesmo onde há essa cobertura os trabalhadores indicam diferentes tipos de dificuldades, comprometendo, portanto, a perspectiva generalista e, inclusive, de resolutividade nos termos esperados pela Política Nacional de Atenção Básica.

Há ainda uma demanda grande por encaminhamentos aos especialistas vindo das ESFs, gerados em função da não resolução do problema de saúde da população na Atenção Básica. Esses encaminhamentos são realizados pela equipe de saúde e, posteriormente, em um tempo variável, as pessoas são atendidas por especialistas, retornando à ESF para dar o seguimento necessário. Quando a demora pelo atendimento especializado é grande, as pessoas, muitas vezes, retornam à ESF para explicações, como foi observado em três ESFs ao longo da coleta de dados. Isso gera impotência na equipe de saúde, dificulta a criação de vínculos entre os usuários e a equipe, retarda a melhoria de saúde dos usuários e onera o sistema de saúde. Apenas para ilustrar, no caso específico do município de Santa Cruz do Sul, no mês de Abril de 2015 4.058 pessoas foram atendidos nas 14 ESFs existentes no município. Dessas, 1.380 foram encaminhadas para algum tipo de atendimento especializado, do que decorre que 34% dos usuários não tiveram resolutividade na ESF (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTA CRUZ DO SUL, 2015).

Registre-se, apenas para ilustração, que as internações hospitalares podem ocorrer em nove municípios da Região, que contam com hospitais. Porém, apenas em Santa Cruz do Sul e em Venâncio Aires os usuários podem contar com a Unidade de Cuidado Intensivo Adulto (e somente em Santa Cruz do Sul há Unidade de Cuidados Intensivos Pediátrica e Neo Pediátrica). Tal situação regional se torna um dificultador para o trabalho da equipe de saúde, na medida em que (apesar do Ministério da Saúde frisar e incentivar a prática da clínica ampliada, do exame físico e do toque no usuário) há situações que exigem a confirmação diagnóstica através de equipamentos e internação hospitalar. Percebe-se, assim, que é necessário o fortalecimento da atenção secundária e terciária na Região, pois isso tornaria o trabalho da atenção primária (ou básica) mais completo, respaldado e seguro, facilitando o processo de trabalho.

De qualquer forma, a ESF constrói-se como estratégia principal de atendimento na Atenção Básica dos municípios, reafirmando o novo modelo de saúde proposto pelo SUS. Em especial nos municípios menores, tal espaço de saúde é responsável pela contratação de um expressivo número de trabalhadores. Em vários municípios da Região 28 de Saúde o número mais expressivo de empregos na área da saúde está contemplado no cargo de agentes comunitários de saúde, como visto em Vale Verde, Herveiras, Vale do Sol, Gramado Xavier, Rio Pardo, Mato Leitão, Passo do Sobrado e Vera Cruz.

Ressalta-se, também, o número expressivo de trabalhadores vinculados à área da enfermagem na Região, seja enfermeiro ou técnico de enfermagem. Essas categorias profissionais são responsáveis pela alocação do maior número de trabalhadores nos municípios de Candelária, Venâncio Aires, Pantano Grande e Sinimbu. Em contrapartida, há praticamente a extinção do cargo de auxiliar de enfermagem nos municípios da Região, seguindo uma tendência nacional indicada pelo Conselho Federal de Enfermagem.

Nesse sentido também é importante notar que o município de Herveiras foi o único município da região que teve um declínio de profissionais nos dois espaços temporais de análises dos dados. Dessa forma, a organização do trabalho em saúde é condicionada em parte pelas políticas ministeriais na Região 28 de Saúde, na medida em que a estruturação do mercado de trabalho (no que tange a atenção primária) está cercada de programas, ações e serviços ditados pela esfera Federal. Assim, essa Região se mostra inserida na proposta de Regionalização da Saúde preconizada pelo SUS, através da estruturação de um mercado de trabalho em saúde que cumpra as demandas dos serviços regionais em saúde.

Por outro lado, a própria regionalização da saúde proporciona cenários, condições e formas de organização de trabalho diferenciadas aos trabalhadores da saúde, na medida em que não há uma padronização ou regramento por parte do Ministério da Saúde na condução dos projetos e dos programas. Tal cenário contraditório, redesenha a organização do trabalho em saúde na Região, em especial no que tange à forma de concretizar o atendimento via SUS ao usuário, através da porcentagem de cobertura de ESFs, na definição de salários e na forma de contratação (questões que serão analisadas no próximo capítulo desta tese).

Também é importante destacar que a regionalização da saúde, ao transferir a gestão da força de trabalho aos municípios, cria possibilidades para a expansão das contratações, colocando nas mãos dos gestores municipais um poder maior de gerenciamento da força-de-trabalho em saúde, do que resulta (ou pode resultar) uma maior exposição dos trabalhadores a situações de flexibilidade de vínculos. (MACHADO, KOSTER, 2011).

Para finalizar essa parte da análise, cabe destacar que na Região 28 de Saúde há diferenças significativas entre os municípios também no que diz respeito à gestão e ao repasse de financiamentos, tanto no âmbito hospitalar quanto no âmbito ambulatorial, decorrência da presença de municípios que têm gestão Plena da Atenção Básica e municípios que têm gestão Plena do Sistema municipal. Para ser preciso, na Região 28 de Saúde, somente Santa Cruz do Sul e Venâncio Aires têm Gestão Plena do sistema municipal e os demais operam nos moldes da Gestão Plena da Atenção Básica.¹⁹

Porém, concretamente e segundo os dados coletados ao longo da pesquisa, a Região 28 de Saúde está estruturada de forma diferente, tanto em nível de mercado de trabalho quanto em nível de municípios que são referência em especialidades médicas. O que se observa é um grupo de municípios formado por Santa Cruz do Sul, por Venâncio Aires, por Rio Pardo e por Candelária e um segundo grupo formado pelos demais municípios da Região (Pantano Grande, Vale do Sol, Sinimbu, Herveiras, Passo do Sobrado, Mato Leitão, Vale Verde, Gramado Xavier e Vera Cruz).

Essa divisão não considera a questão geográfica da região, mas se mostra fruto de uma construção histórica proposta pela própria organização do SUS em que os territórios de saúde foram sendo construídos em partes, influenciados pelas normativas legais do Sistema de Saúde. Assim, a descentralização e a hierarquização dos serviços, somadas à regionalização do sistema e à formação histórica do Vale do Rio Pardo, conferiram à Região 28 de Saúde um “espaço fortalecido” (com uma rede maior de serviços públicos e privados) e um “espaço mais fragilizado”, formado esse por municípios que têm atendimento de saúde fundamentalmente através de Estratégias de Saúde da Família e de Unidades Básicas de Saúde, sem contar com uma estrutura ampliada ou redes de serviços e sem ter referências regionais de saúde em nenhuma especialidade médica.

3.3. A organização da Estratégia Saúde da Família na Região 28 de Saúde.

O trabalho realizado na Estratégia Saúde da Família constitui a referência empírica principal a partir da qual se propõe, nesta tese, uma análise da construção de espaços de autonomia no trabalho em saúde. Assim, ainda neste capítulo da tese serão apresentados

¹⁹ Há diferenças entre um modelo de gestão e outro, mas basicamente os municípios com Gestão Plena do Sistema Municipal precisam garantir a prestação de serviços em seu território, inclusive os serviços de referência aos não-residentes; enquanto que os municípios de Gestão Plena da Atenção Básica garantem ações de saúde nas especialidades médicas básicas aos seus munícipes. (MINISTÉRIO DA SAUDE, 1996).

alguns dados sobre a presença de ESFs, bem como do perfil dos trabalhadores e das trabalhadoras que atuam nas ESFs existentes na Região 28 de Saúde, numa perspectiva de estabelecer um “primeiro contato” com a organização do trabalho em saúde nas ESFs investigadas.

Cabe destacar que a Estratégia Saúde da Família é resultado de um processo histórico de discussão sobre políticas públicas de atenção básica em saúde que se iniciou ainda no início da década de 1990. Mais especificamente, em 1991 o Ministério da Saúde formulou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), com o objetivo de reduzir as mortalidades (infantil e materna), em especial nas regiões Norte e Nordeste do País (ROSA, LABETE, 2005). A partir da experiência acumulada com o PACS, aos poucos a família passou a ser colocada como “unidade de ação programática de saúde” e, então, o Programa Saúde da Família (PSF) foi concebido em 1993, sendo que os primeiros PSFs foram instalados no início de 1994 (ROSA, LABETE, 2005). Em sua concepção inicial, o Ministério da Saúde definiu o Programa Saúde da Família como um Programa cujo objetivo principal seria:

Contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população. (BRASIL. Ministério da Saúde, 1997, p. 10).

Através da criação do PSF, já no início da década de 1990 algumas características do que, doravante, resultaria na Estratégia Saúde da Família já estavam definidas (ainda que depois tenham sido aperfeiçoadas). Isso fica claro na definição das diretrizes operacionais para a implantação do modelo Saúde da Família, apresentadas num documento produzido pelo Ministério da Saúde em 1997 sobre “saúde da família”. (BRASIL. Ministério da Saúde, 1997). Num conjunto de dez diretrizes operacionais, o documento de 1997 definia: a natureza do trabalho na saúde da família (voltado ao nível primário de atenção, “porta de entrada do sistema local de saúde”); uma área territorial de abrangência para a atuação das equipes de saúde (em torno de 4.500 habitantes); a necessidade das equipes de saúde cadastrarem as famílias localizadas no território de sua atuação (para fins de conhecimento e de planejamento das ações); a possibilidade das unidades de saúde básicas serem instaladas em postos de saúde ou centros de saúde já existentes nos municípios; a composição das equipes, à época compostas por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde; as atribuições das equipes de saúde; as atribuições do profissional de

medicina; as atribuições do profissional de enfermagem; as atribuições dos auxiliares de enfermagem; l) e as atribuições dos agentes comunitários de saúde. (BRASIL. Ministério da Saúde, 1997, p. 11-18).

Algumas dessas diretrizes operacionais não apresentaram grandes modificações posteriores e outras foram aperfeiçoadas, em especial a partir da primeira década do século XX, quando o Programa Saúde da Família foi transformado numa “Estratégia”. Nesse sentido, um documento importante para entender o processo de trabalho que se realiza numa Estratégia Saúde da Família é a “Política Nacional de Atenção Básica”, de 2012, no qual o Ministério da Saúde estabelece as diretrizes e as normas para a organização da atenção básica em saúde, para a Estratégia Saúde da Família e para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Logo no início do documento, na definição dos “princípios e diretrizes da atenção básica”, o documento assim se refere:

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, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. 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. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos. (BRASIL. Ministério da Saúde, 2012, p. 19).

Se já nessa passagem, a Política Nacional de Atenção Básica permite perceber responsabilidades e a própria complexidade do trabalho na atenção básica, bem como das necessidades (em termos de comprometimento e de qualificação) e das responsabilidades dos trabalhadores em saúde que atuam nessa dimensão do trabalho em saúde, no decorrer do documento essas necessidades e essas responsabilidades tornam-se mais claras, permitindo perceber ainda mais a complexidade do trabalho esperado. Cabe, nesse sentido, o registro, mesmo que longo, de algumas “funções” definidas pela referida Política à atenção básica:

I - Ser base: ser a modalidade de atenção e de serviço de saúde com o mais elevado grau de descentralização e capilaridade, cuja participação no cuidado se faz sempre necessária;

II - Ser resolutive: identificar riscos, necessidades e demandas de saúde, utilizando e articulando diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo, por meio de uma clínica ampliada capaz de construir vínculos

positivos e intervenções clínica e sanitária- MINISTÉRIO DA SAÚDE Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica 26 mente efetivas, na perspectiva de ampliação dos graus de autonomia dos indivíduos e grupos sociais;

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 por meio 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. Para isso, é necessário incorporar ferramentas e dispositivos de gestão do cuidado, tais como: 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, entre 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 microrregulação realizada pelos profissionais da atenção básica e o acesso a outros pontos de atenção nas condições e no tempo adequado, com equidade;

e IV - Ordenar as redes: reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando-as em relação aos outros pontos de atenção, contribuindo para que a programação dos serviços de saúde parta das necessidades de saúde dos usuários. (BRASIL. Ministério da Saúde, 2012, p. 25-26).

Para os fins da presente tese de doutoramento, é importante também registrar, a partir da Política Nacional de Atenção Básica, como aquela Política define “as características do processo de trabalho das equipes de atenção básica”. Mesmo que através de uma citação longa, esse registro torna-se crucial para que se possa, posteriormente, melhor compreender as condições de trabalho dos trabalhadores da Estratégia Saúde da Família, na relação que se estabelece entre essas condições e as expectativas (em termos de responsabilidade esperada) colocadas pela legislação. De acordo com a Política Nacional da Atenção Básica, então, são características do processo de trabalho das equipes de atenção básica:

I - Definição do território de atuação e de população sob responsabilidade das UBS e das equipes; Política Nacional de Atenção Básica;

II - Programação e implementação das atividades de atenção à saúde de acordo com as necessidades de saúde da população, com a priorização de intervenções clínicas e sanitárias nos problemas de saúde segundo critérios de frequência, risco, vulnerabilidade e resiliência. Inclui-se aqui o planejamento e organização da agenda de trabalho compartilhado de todos os profissionais e recomenda-se evitar a divisão de agenda segundo critérios de problemas de saúde, ciclos de vida, sexo e patologias, dificultando o acesso dos usuários;

III - Desenvolver ações que priorizem os grupos de risco e os fatores de risco clínico-comportamentais, alimentares e/ou ambientais, com a finalidade de prevenir o aparecimento ou a persistência de doenças e danos evitáveis;

IV - Realizar o acolhimento com escuta qualificada, classificação de risco, avaliação de necessidade de saúde e análise de vulnerabilidade, tendo em vista a responsabilidade da assistência resolutiva à demanda espontânea e o primeiro atendimento às urgências;

V - Prover atenção integral, contínua e organizada à população adscrita;

VI - Realizar atenção à saúde na Unidade Básica de Saúde, no domicílio, em locais do território (salões comunitários, escolas, creches, praças etc.) e em outros espaços que comportem a ação planejada; MINISTÉRIO DA SAÚDE Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica;

VII - Desenvolver ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença da população, no desenvolvimento de autonomia, individual e coletiva, e na busca por qualidade de vida pelos usuários;

VIII - Implementar diretrizes de qualificação dos modelos de atenção e gestão, tais como a participação coletiva nos processos de gestão, a valorização, fomento à autonomia e protagonismo dos diferentes sujeitos implicados na produção de saúde, o compromisso com a ambiência e com as condições de trabalho e cuidado, a constituição de vínculos solidários, a identificação das necessidades sociais e organização do serviço em função delas, entre outras;

IX - Participar do planejamento local de saúde, assim como do monitoramento e avaliação das ações na sua equipe, unidade e município, visando à readequação do processo de trabalho e do planejamento diante das necessidades, realidade, dificuldades e possibilidades analisadas;

X - Desenvolver ações intersetoriais, integrando projetos e redes de apoio social voltados para o desenvolvimento de uma atenção integral; XI - Apoiar as estratégias de fortalecimento da gestão local e do controle social;

e XII - Realizar atenção domiciliar destinada a usuários que possuam problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde, que necessitam de cuidados Política Nacional de Atenção Básica com menor frequência e menor necessidade de recursos de saúde, e realizar o cuidado compartilhado com as equipes de atenção domiciliar nos demais casos. (BRASIL. Ministério da Saúde, 2012, p. 40-42).

Além dessas características do processo de trabalho em atenção básica em saúde, é importante registrar, também, como a Política Nacional de Atenção Básica define as especificidades da Estratégia Saúde da Família. De acordo com aquela Política, trata-se de uma:

[...] estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade. (BRASIL, Ministério da Saúde, p. 54).

A partir dessas especificidades, o documento de 2012 define-se como “itens necessários à Estratégia Saúde da Família”:

I - Existência de equipe multiprofissional (equipe de Saúde da Família) composta por, no mínimo, médico generalista ou especialista em Saúde da Família ou médico de Família e Comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em saúde bucal;

II - O número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família, não ultrapassando o limite máximo recomendado de pessoas por equipe;

III - Cada equipe de Saúde da Família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000, respeitando critérios de equidade para essa definição. Recomenda-se que o número de pessoas por equipe considere o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território, sendo que, quanto maior o grau de vulnerabilidade, menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe;

IV - Cadastramento de cada profissional de saúde em apenas uma ESFs, exceção feita somente ao profissional médico, que poderá atuar em, no máximo, duas ESFs e com carga horária total de 40 horas semanais; e

V - Carga horária de 40 horas semanais para todos os profissionais de saúde membros da equipe de Saúde da Família, à exceção dos profissionais médicos, cuja jornada é descrita no próximo inciso. A jornada de 40 horas deve observar a necessidade de dedicação mínima de 32 horas da carga horária para atividades na equipe de Saúde da Família, podendo, conforme decisão e prévia autorização do gestor, dedicar até oito horas do total da carga horária para prestação de serviços na rede de urgência do município ou para atividades de especialização em Saúde da Família, residência multiprofissional e/ou de Medicina de Família e de Comunidade, bem como atividades de educação permanente e apoio matricial. (BRASIL, Ministério da Saúde, 2012, p. 55-56).

Esse conjunto de informações sobre a organização do processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família é importante para que se possa, daqui em diante, analisar como, efetivamente, as equipes estão organizadas na Região 28 de Saúde e, também, como o trabalho em saúde se organiza nesses espaços.

É nesse sentido, então, que parte-se a partir de agora para um mapeamento regional da cobertura de ESF e do número de trabalhadores da saúde que atuam nas ESFs. Serão analisadas as porcentagens de cobertura de ESF no Brasil, no Rio Grande Sul e na Região 28 de Saúde, além do número de trabalhadores que atuam nas ESFs da Região (médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde, além de outros profissionais), comparando com os números preconizados pela OMS, os números vigentes no Rio Grande do Sul e no Brasil.

No momento da pesquisa, estavam estruturadas na Região 28 de Saúde 41 equipes da Estratégia de Saúde da Família (Mapa 03). Como indicado anteriormente, segundo a Política Nacional de Atenção Básica cada ESF deve atender no máximo 4.000 mil pessoas e nesse sentido (e numa condição de limite de atendimento) a cobertura regional de ESF é de 50,1%

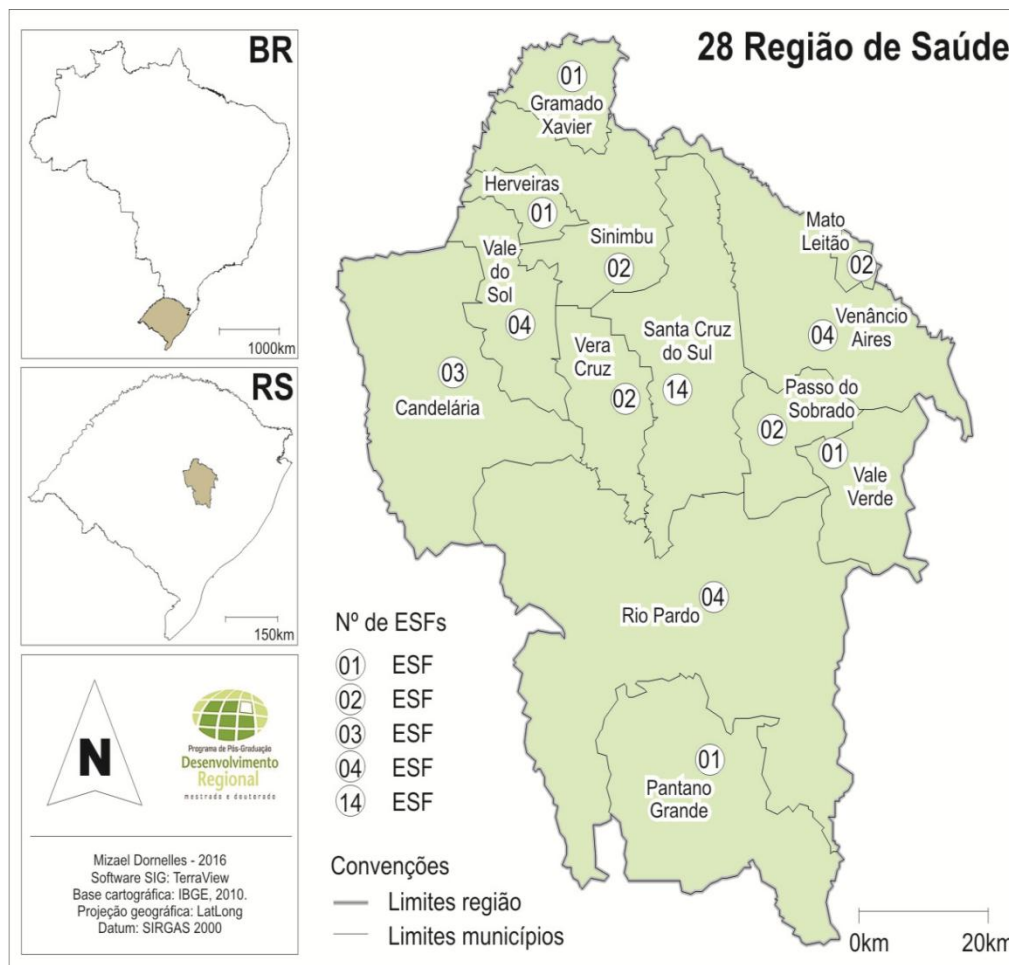
na Região 28 de Saúde, o que representa que 164.000 habitantes da Região estão cobertos por essa forma de atendimento (considerando que a população total da Região é de 327.158 habitantes, conforme Censo Demográfico de 2010).

Observe-se, porém, que dos 13 municípios que compõem a Região 28 de Saúde somente Vale do Sol, Herveiras, Gramado Xavier, Mato Leitão, Vale Verde e Passo do Sobrado têm 100% da sua população coberta por ESFs. É um dado indicativo de que, apesar do modelo de saúde proposto pelo Ministério da Saúde ter um avanço importante na Região, ele ainda está distante de atender 100% da população regional e, portanto, que uma parcela significativa da população (descoberta) entra (quando entra) no Sistema Público de Saúde por outras “portas”.

Os agentes comunitários de saúde somam um total de 332.289 trabalhadores no Brasil, enquanto no Rio Grande do Sul compreendem 12.987 trabalhadores (BRASIL. Ministério da Saúde, 2016). Na Região 28 de Saúde, há 341 agentes comunitários de saúde, sendo 151 vinculados à Estratégia de Saúde da Família e 190 vinculados ao Programa de Agente Comunitário de Saúde.

O Ministério da Saúde preconiza que o número de agentes comunitários de saúde deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada no ESF (que não deve ultrapassar 4.000 pessoas), com um máximo de 750 pessoas por agente (PNAB, 2012). Na região há 3,68 agentes de saúde por ESF, sendo que o recomendado pelo Ministério da Saúde é de 5,40 agentes por ESF (para atender 4.000 pessoas); nesse sentido, na Região observa-se uma defasagem de 1,72 Agentes de Saúde por ESF.

MAPA 03: Região 28 de Saúde e número de ESF (Estratégia Saúde da Família) por município



Fonte: Elaborado por Mizael Dornelles em 2016 a partir de Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul.

Percebe-se no mapa que a extensão territorial não indica a proporção do número de ESF em cada município. Note-se, nesse sentido, que Rio Pardo tem uma vasta área territorial, mas possui apenas quatro ESFs; Vale do Sol, que é territorialmente menor que Rio Pardo, possui quatro ESFs, sendo que a sua população é 100% coberta pelas equipes de saúde da família. Destaque-se, também, o município de Mato Leitão que, apesar de ter uma população de 3.865 habitantes (do que poderia resultar, de acordo com o Ministério da Saúde, a presença de uma só ESF), oferece aos seus habitantes duas ESFs.

Os municípios de Vale do Sol, Gramado Xavier, Mato Leitão, Vale Verde, Herveiras e Passo do Sobrado mantêm 100% de cobertura de ESF e, de acordo com o mapa, são municípios geograficamente menores que os demais (sendo, com exceção de Vale do Sol, os municípios menos populosos da região). Vale do Sol, quanto ao número de habitantes é mais

populoso que Sinimbu, porém apresenta quatro ESFs e 100% de cobertura, enquanto Sinimbu mantém duas ESFs, com uma cobertura de 79%.

Esses dados indicam que apesar da Estratégia de Saúde da Família ser um programa Federal na sua idealização, na sua operacionalização exige uma contrapartida financeira do Estado e dos próprios municípios e, dessa forma, cada município opta por sua adesão, bem como define o número de ESFs que terá no seu território. Assim, ainda que o Ministério da Saúde preconize a ESF como a principal forma de reorganização do modelo de atenção à saúde, cabe ao gestor municipal definir o número de ESFs e o local de sua implantação.

Atualmente, o Brasil conta com 48.410 Equipes de Saúde da Família, presentes em todo o território nacional, somando um total de 123.846.683 habitantes assistidos pelas ESFs, o que representa 63,85% de cobertura. No Rio Grande do Sul, há 2.139 ESFs, sendo que a população assistida é de 6.102.654, o que representa uma cobertura de 56,66%. (BRASIL. Ministério da Saúde, 2016).

Por sua vez, a Região 28 de Saúde, segundo dados coletados no formulário da pesquisa empírica, possui 41 Equipes de Saúde da Família, o que representa 50,1% de cobertura. Tal dado aponta para uma proximidade de porcentagem de cobertura de ESF no Brasil, Rio Grande do Sul e Região 28 de Saúde.

Uma situação contraditória na Região 28 de Saúde é observada nos municípios que têm 100% de cobertura pelas ESFs. Nesses municípios, os trabalhadores em saúde que atuam nas ESFs têm suas responsabilidades aumentadas e reclamam, muitas vezes, da falta de uma rede integrada de serviços de saúde, capaz de dar o suporte necessário aos atendimentos. Ao mesmo tempo, alguns municípios (como é o caso de Santa Cruz do Sul, que tem apenas 47,3% de cobertura de ESF) têm outros espaços sobrecarregados (como, por exemplo, as Unidades Básicas de Saúde ou o Centro Materno Infantil), pois um grande número da população acessa tais serviços sem uma adscrição de área (como ocorre com as ESFs).

O levantamento realizado, através da aplicação de um formulário de pesquisa, contemplou 266 trabalhadores das Estratégias Saúde da Família. Os formulários contemplaram os 13 municípios da Região, ainda que, pela importância de Santa Cruz do Sul, 30% dos que responderam o formulário trabalham em Santa Cruz do Sul, como mostra o gráfico abaixo. (Gráfico 01).

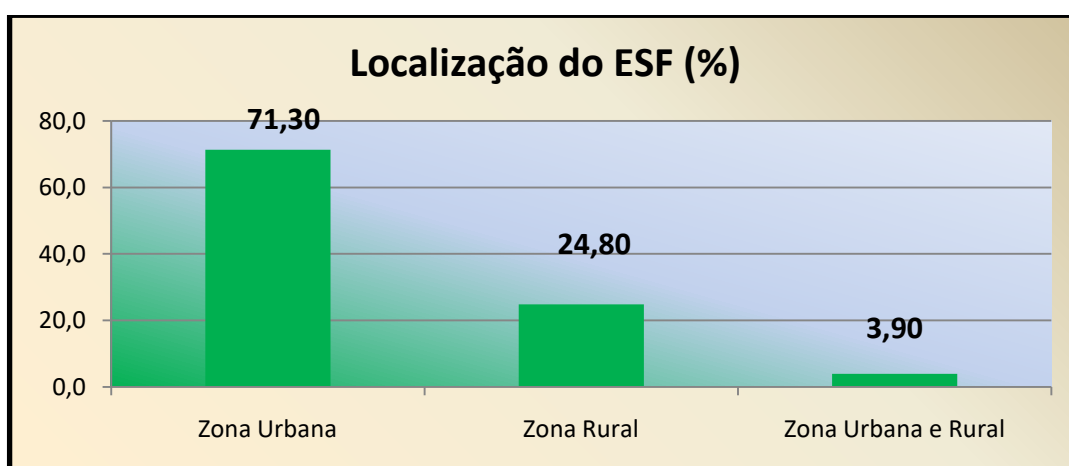
GRÁFICO 01: Trabalhadores da saúde que atuam em ESFs na Região 28 de Saúde, por localização das ESFs em que atuam.



Fonte: Autora da pesquisa, 2015.

Das 41 ESFs existentes na Região 28 de Saúde, 71,3 % estão localizadas em espaços urbanos, 24,8% estão localizadas em espaços rurais e 3,9% estão localizadas em espaços considerados “rurais/urbanos”. (Gráfico 02).

GRÁFICO 02: Estratégias Saúde da Família na Região 28 de Saúde, por localização (urbanas e rurais).



Fonte: Autora da pesquisa, 2015.

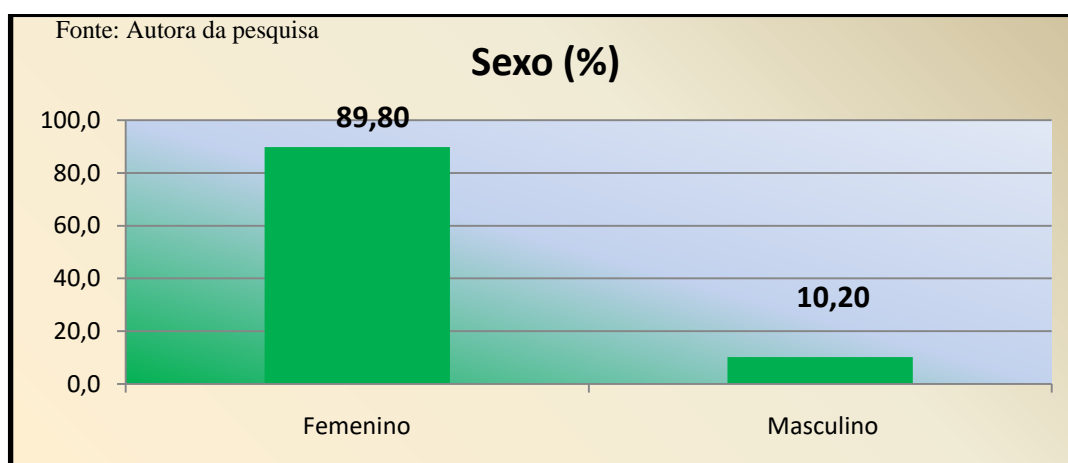
Os dados apresentados no gráfico 2 são importantes, pois indicam situações diferenciadas de trabalho para as equipes de saúde. É importante destacar que o que norteia o trabalho na ESF é o conhecimento da realidade da comunidade onde a unidade está inserida e, dessa forma, após o diagnóstico comunitário deve-se pensar em ações, projetos e metas que vão ao encontro das situações apontadas. As realidades de uma zona rural e de uma zona

urbana são distintas. As diferenças incluem, por exemplo, a necessidade de flexibilizar os horários das visitas domiciliares, a fim de encontrar os moradores em casa. Salienta-se que na zona rural, muitas vezes em função do trabalho nas lavouras, a visita domiciliar necessita ser realizada no período do vespertino. Isso exige uma reorganização do próprio trabalhador da saúde, em especial dos agentes de saúde. As necessidades de saúde da população e as demandas que chegam à equipe de saúde variam conforme a ocupação dos moradores, exigindo dos trabalhadores diferentes formas de adaptação no trabalho que realizam.

3.3.1. Os trabalhadores em saúde que atuam nas ESFs da Região 28 de Saúde.

No universo de trabalhadores da saúde que atuam nas ESFs da Região 28 de Saúde, 89,8% são mulheres e apenas 10,2% são homens (Gráfico 03), ressaltando-se a importância da participação feminina na atenção básica de saúde. São dados, portanto, que reafirmam uma condição histórica do trabalho em saúde, de feminização, o que se destaca ainda mais na atenção básica de saúde, na medida em que o trabalho de agente comunitário de saúde é essencialmente realizado por mulheres.

GRÁFICO 03: Trabalhadores que atuam nas ESFs da Região 28 de Saúde, por sexo.

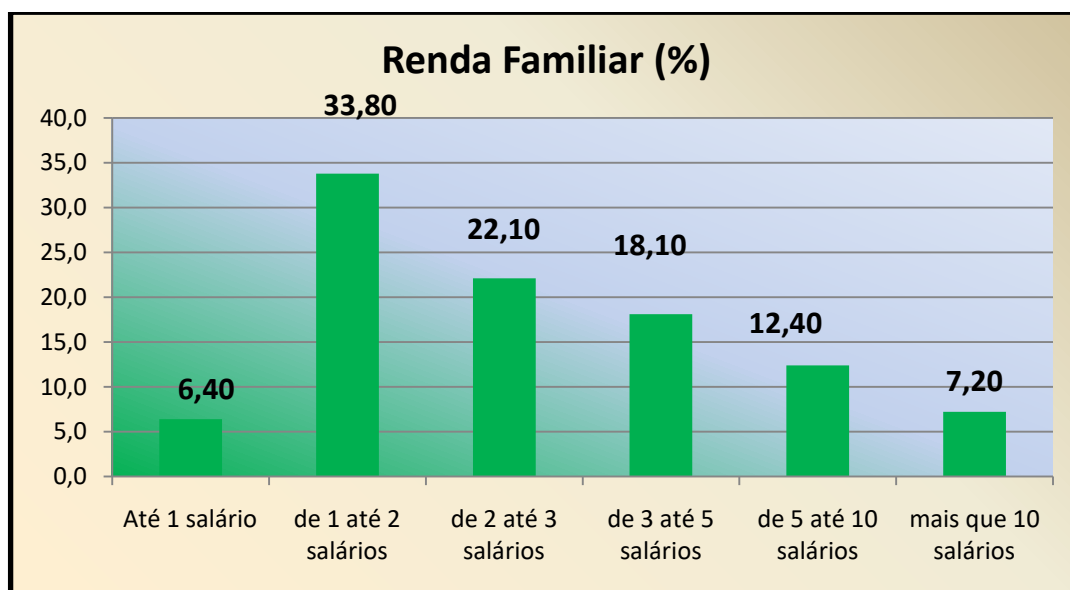


Fonte: Autora da pesquisa, 2015.

São, portanto, em sua maioria, trabalhadoras da saúde, com idades médias de 37 anos (variando entre 21 anos e 65 anos), a maioria casada (72,2% são casados ou têm união estável) e que, sob o ponto de vista da renda familiar, constituídas por um grupo de 33,8%, cuja renda média familiar varia de mais de um até dois salários mínimos, por um grupo de 22,1%, cuja renda média familiar varia de mais de dois até três salários mínimos, por um grupo de 18,1%, cuja renda média familiar varia de mais de três até cinco salários mínimos,

por um grupo de 12,4%, cuja renda média familiar varia de mais de cinco até dez salários mínimos, um grupo de 7,2%, cuja renda média familiar é de mais de 10 salários, e um grupo de 6,4%, que afirmaram que a renda média de suas famílias é de até um salário mínimo. (Gráfico 04).

GRÁFICO 04: Trabalhadores que atuam nas ESFs da Região 28 de Saúde, por renda média familiar.



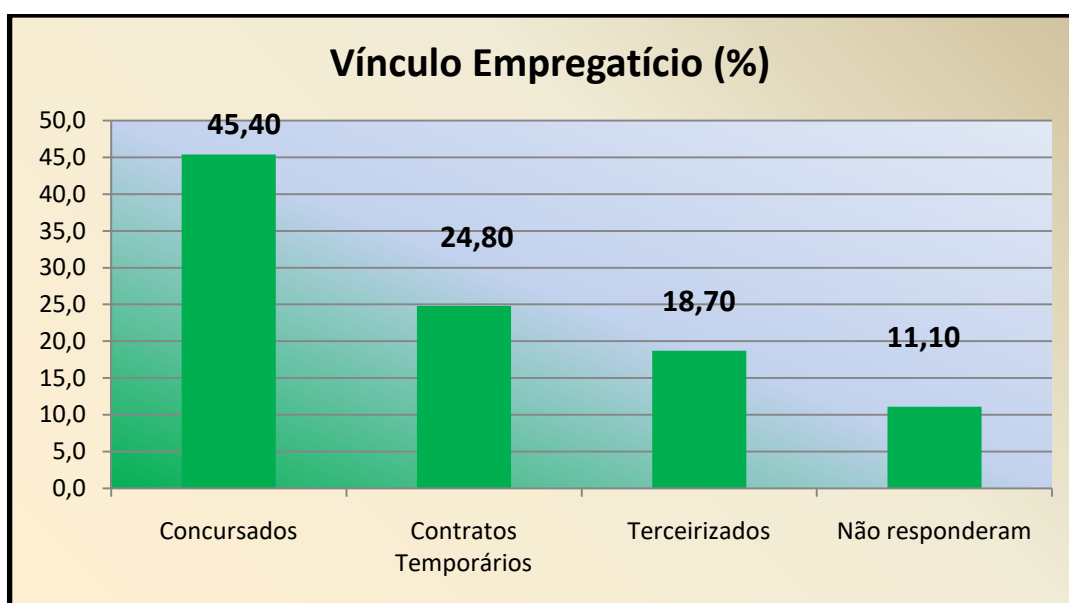
Fonte: Autora da pesquisa, 2015.

Esse aspecto relacionado à renda é de grande importância, pois 51,4% dos trabalhadores das ESFs afirmaram que o salário recebido pelo seu trabalho representa a principal renda em suas famílias, sendo que 46,3% o salário recebido representa a segunda fonte de renda familiar (apenas 2,3% dos trabalhadores afirmaram que o valor recebido tem pouca importância em suas rendas familiares).

São dados que reforçam a importância do valor recebido pelo trabalho nas ESFs da Região, sendo que mais da metade dos trabalhadores sustentam suas famílias com o salário vindo do serviço público. Soma-se a isso o fato de que 83,8% dos trabalhadores não mantêm nenhum outro tipo de vínculo empregatício, além do ESF. Sobre isso, um recente estudo aponta características muito semelhantes às encontradas nessa pesquisa no que diz respeito ao trabalho em saúde nas ESFs: é um trabalho com prevalência de mulheres, casadas, pertencentes às classes econômicas “C” e “D” e único vínculo empregatício. (MARQUES, et.al. 2015).

No que diz respeito ao vínculo empregatício, 45,4% dos trabalhadores das ESFs da Região estudada são concursados, mas 24,8% foram contratados temporariamente pelo município onde atuam e 18,7% foram contratados por uma empresa terceirizada (Gráfico 05).

GRÁFICO 05: Trabalhadores que atuam nas ESFs da Região 28 de Saúde, por vínculo empregatício.



Fonte: Autora da pesquisa, 2015.

São dados que indicam uma presença de trabalho precário nas ESFs da Região, embora já expressem avanços se comparados com dados recentes. Em pesquisa realizada em 2013, no município de Santa Cruz do Sul, observou-se que 98,9% dos trabalhadores que atuavam nas ESFs do município eram contratados de forma terceirizada (FISCHBORN, 2013). Em 2015, o município de Santa Cruz do Sul fez concurso para profissionais de saúde, criando a possibilidade, então, para que os trabalhadores até então terceirizados se tornassem trabalhadores concursados do município.

Sabe-se que há diversidade na região quanto ao vínculo empregatício dos trabalhadores das ESFs. Há municípios em que 100% dos trabalhadores são concursados (como é o caso de Vale do Sol) e há municípios que estão em transição quanto à forma de contratação (como é o caso de Santa Cruz do Sul, em que parte dos trabalhadores é concursada). Como afirmado acima, esse último município realizou concurso público recentemente e, no momento da pesquisa, estava (de forma gradual) nomeando os concursados, sendo que ainda há trabalhadores contratados de forma terceirizada, porém em proporção inferior ao ano de 2013.

Essa é uma situação estrutural na organização do trabalho que incorporou a terceirização dos serviços, seja na esfera privada ou pública, inclusive na saúde, condicionando as ações dos trabalhadores. Tais particularidades de vínculos, muitas vezes dentro de uma mesma equipe, tensiona o trabalho e pode ser um gerador de conflitos no momento em que se preconiza a formação harmônica das equipes e uma boa condução das políticas e práticas no conjunto do setor, em função de se tratar predominantemente de um trabalho coletivo (CONASS, 2011). Numas das entrevistas realizadas, uma enfermeira expressou seus receios em reivindicar melhoras na ESF em que trabalha ou, então, sugerir melhoras no processo de trabalho, em função de não ser concursada e ter medo de sofrer alguma represália, inclusive ser “desligada do trabalho”. Segue a fala da enfermeira quando se referia ao poder de argumentação com a gestão municipal:

Com a gente é mais restrito, se tu não é concursado [...] porque a enfermagem é aquela coisa, pra trabalhar na saúde da família tem uns quantos. (Enfermeira 01).

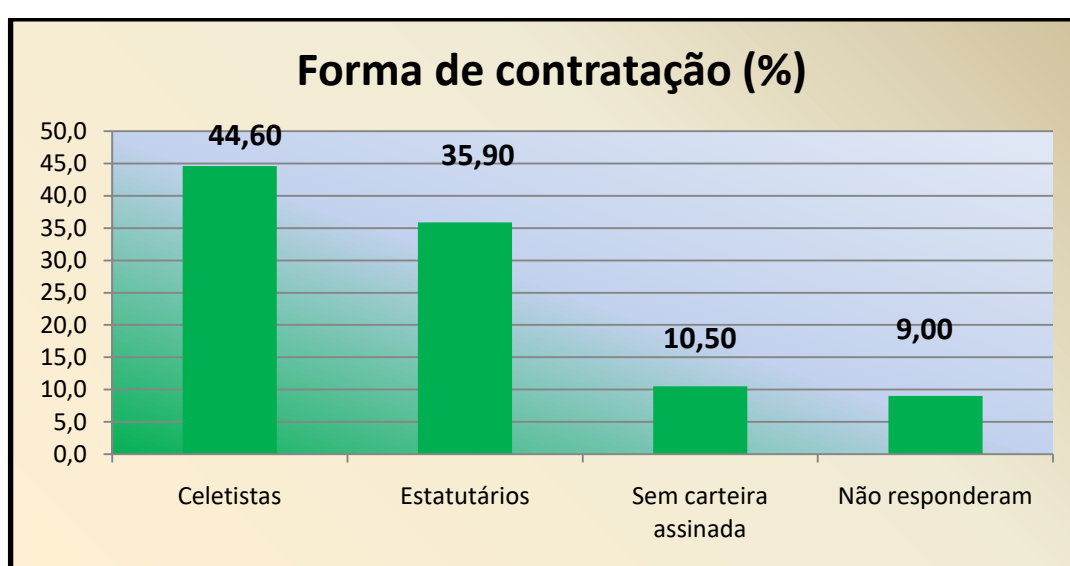
O Ministério da Saúde define trabalho precário como aquele realizado sem a proteção social do trabalhador, englobando na administração pública todo trabalho realizado sem concurso público (BRASIL. Ministério da Saúde, 2009). A precarização do trabalho é apontada com um desafio para a gestão do SUS, ainda que não seja algo recente no país (BRASIL. Ministério da Saúde, 2006).

De acordo com Koster, 2008; Andrade, 2009; Garcia, 2010, a precarização no trabalho se intensificou por volta de 1990 nos serviços de saúde, com a reforma do Estado e o avanço das políticas neoliberais no País. Sobre isso, inclusive, um estudo recente, realizado no Oeste do Paraná, identificou uma intensa precarização do trabalho em saúde, através da presença de 10.330 vínculos precários, que representavam 36,46% do universo da pesquisa. (EBERHARDT et. al., 2015).

Na mesma direção, Zen (2008) após analisar 13 recentes estudos sobre a satisfação dos trabalhadores, concluiu que para a satisfação do trabalhador na Atenção Básica é importante se estabelecer uma boa relação com a equipe e ter prazer pelo que se faz, ao passo que a insatisfação é causada principalmente pelo estresse, baixo salário, e pelas precárias condições de trabalho, em especial no que diz respeito à estabilidade e ao vínculo de trabalho, à capacitação permanente, à possibilidade de negociação das condições de trabalho, à contratação por via de concurso público e à existência de planos de carreira. (ZEN, 2008, p. 23).

A realidade de precarização no trabalho em saúde não é, portanto, distante das Estratégias Saúde da Família na Região 28 de Saúde. Nesse sentido, observe-se também que, quanto às formas de contratação dos trabalhadores, 44,6% dos trabalhadores são celetistas e 35,9% estatutário, mas 10,5% atuam sem carteira assinada e 9% são contratados através de “contrato simplificado”. Ou seja, além da terceirização, observa-se uma percentagem de 19,5% dos trabalhadores que têm contratos de trabalho que não estão regidos nem pela CLT nem pelo regime estatutário dos funcionários públicos. (Gráfico 06).

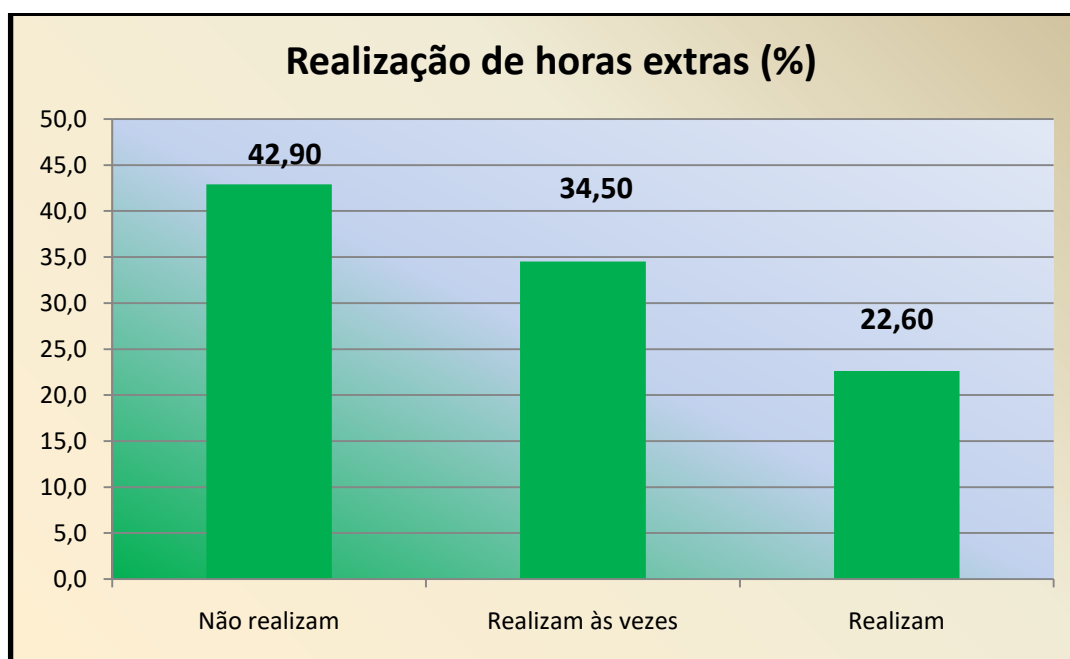
GRÁFICO 06: Trabalhadores que atuam nas ESFs da Região 28 de Saúde, por formas de contratação.



Fonte: Autora da pesquisa, 2015.

Um dado importante já sobre as condições de trabalho está relacionado à realização de horas-extras nas ESFs da Região 28 de Saúde. Nesse sentido, quando questionados sobre essa questão, 42,9% responderam que não realizam horas-extras, mas, por outro lado, 34,5% afirmam que realizam “às vezes” e 22,6% afirmaram que realizam horas-extras “frequentemente”. (Gráfico 07).

GRÁFICO 07: Trabalhadores que atuam nas ESFs da Região 28 de Saúde, por realização de horas-extras.



Fonte: Autora da pesquisa, 2015.

Nesse sentido, é importante notar que, apesar de 83,5% dos trabalhadores afirmarem que não trabalham em outro local (além do vínculo com a ESF), a porcentagem dos trabalhadores que faz hora-extra é de 57,1% (somando os trabalhadores que afirmaram que costumam fazer e aqueles que afirmaram fazer “às vezes” horas-extras). Sobre isso, um Conselheiro Municipal de Saúde destacou a baixa remuneração dos trabalhadores, o que, segundo ele, “obriga” os mesmos a manter mais de um vínculo empregatício ou, então, fazer horas-extras. Esse fato, que geraria uma sobrecarga de trabalho, também poderia explicar algumas falhas nos atendimentos:

[...] é muito baixo o salário, baixo mesmo, eu canso de falar isso, inclusive no nosso programa de rádio, a gente vê dentro dos hospitais, postos de saúde, que os enfermeiros principalmente e técnicos de enfermagem trabalham em dois, três lugares, porque ganham muito pouco, essas pessoas que ganham defendendo a vida dos nossos familiares passam por muitas dificuldades, e tem que estar com um sorriso no rosto e as vezes dão um remédio errado, problemas de maus tratos, não porque eles querem, mas eles estão já doentes por um trabalho excessivo, má remunerado e não se tem hoje condições de trabalho nessa área. (Conselheiro Municipal de Saúde 01).

Por fim, registre-se que, no que diz respeito aos benefícios recebidos, 69,6% dos trabalhadores afirmaram que recebem insalubridade, 91,4% que recebem 13ºsalário, 94,5% que têm direito a férias, 77,8% que podem desfrutar de licença-maternidade. Um direito

desejado, mas não presente para 70% dos trabalhadores que responderam o questionário, é o auxílio-transporte. Esses dados revelam avanços se comparados, por exemplo, com uma pesquisa realizada por Nogueira, Baraldi e Rodrigues, em 2004, segundo a qual entre os trabalhadores do SUS entre 30 e 50% não tinham acesso a direitos como férias, 13º salário, aposentadoria, licença maternidade entre outros. (NOGUEIRA, BARALDI, RODRIGUES, 2004).

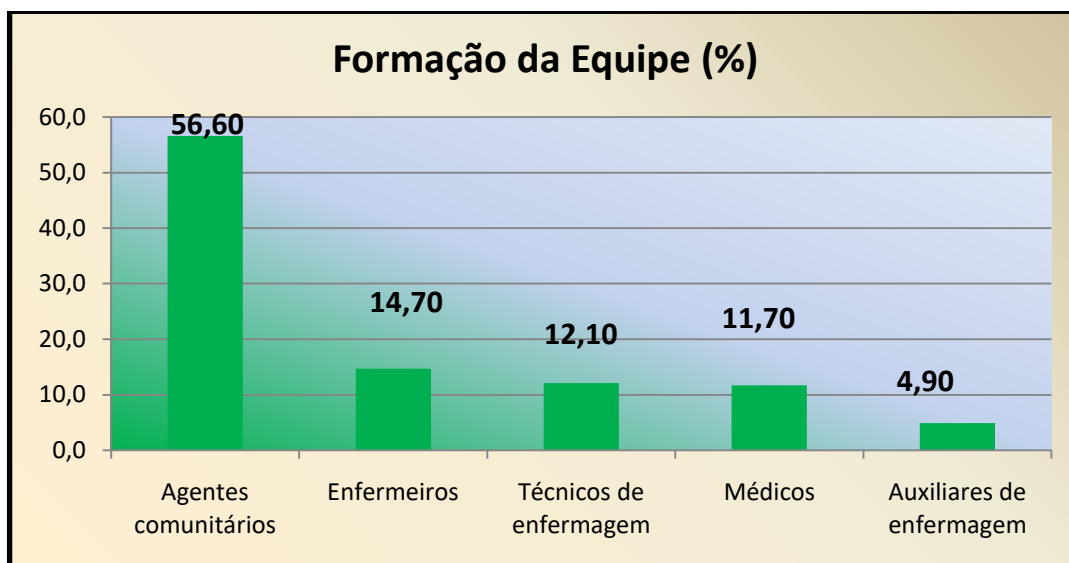
Tem-se, portanto, uma condição de trabalhadores formados essencialmente por mulheres, com uma parcela significativa que tem baixos salários, em condições de contratação que indicam precarização (ainda que, no período da pesquisa, o principal município da Região estava realizando concurso para agentes comunitários de saúde), com presença de um grupo importante que costuma fazer horas-extras e com acesso a determinados direitos sociais e trabalhistas. Como registrado, trata-se de uma condição que varia de município para município, atribuindo maior importância aos espaços locais no condicionamento das formas de contratação e nas condições de trabalho que os trabalhadores da saúde encontram nas ESFs.

3.3.2. Formação e Experiência Profissional dos trabalhadores que atuam nas ESFs.

Tanto a formação quanto a experiência profissional são indicadores dos caminhos e das trajetórias que os trabalhadores da saúde percorreram até atuarem numa ESF. Essas trajetórias profissionais são importantes não somente para uma melhor identificação desses trabalhadores, bem como de suas perspectivas culturais, sociais, mas, também, da inserção (quando ocorre) em dinâmicas de formação profissional para a atuação numa Estratégia Saúde da Família.

Um primeiro dado a ser registrado, nesse sentido, é que, dos 266 trabalhadores questionados e que compõem a equipe básica das ESFs na Região 28 de Saúde, 56,6% são agentes comunitários de saúde, 14,7% enfermeiros, 12,1% técnicos de enfermagem, 11,7% médicos e 4,9% auxiliares de enfermagem. Como já analisado anteriormente, o número de médicos e profissionais de enfermagem está de acordo com o preconizado pela Organização Mundial de Saúde, porém há uma defasagem de agentes comunitárias na região, quando comparado ao número de equipes de saúde da família e o mínimo de agente de saúde estabelecido para cada equipe. (Gráfico 08).

GRÁFICO 08: Trabalhadores que atuam nas ESFs da Região 28 de Saúde, por inserção profissional.



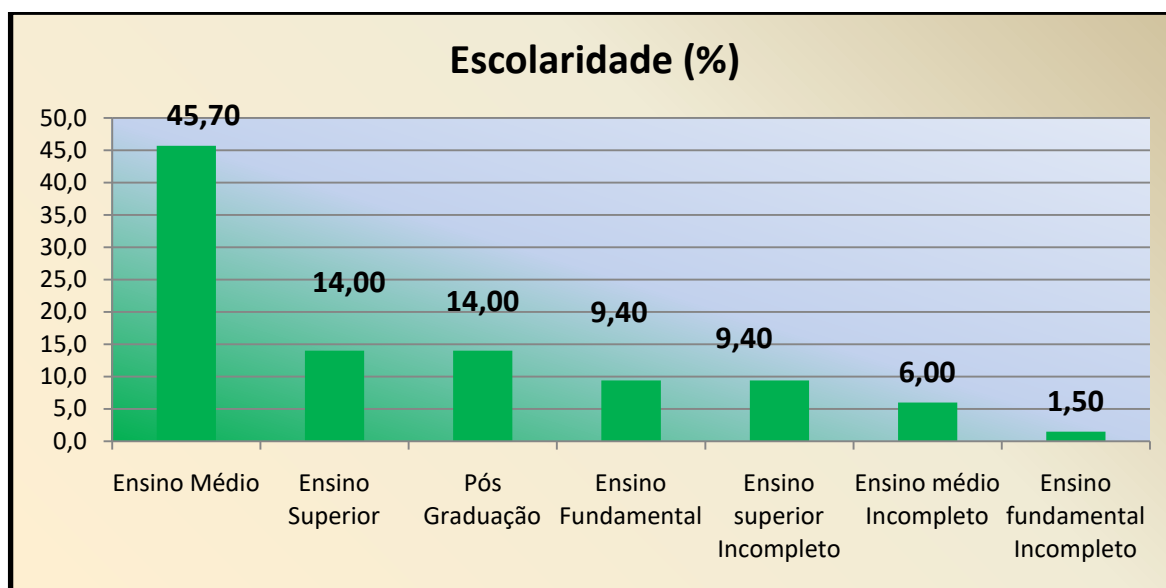
Fonte: Autora da pesquisa, 2015.

Esses dados confirmam o que foi verificado através da coleta de dados no DataSus, inclusive quando indica que a categoria dos agentes comunitários de saúde é a principal força de trabalho nos municípios, em especial após a implantação das ESFs. E, da mesma forma, a enfermagem enquanto classe profissional totaliza 31,3% da força de trabalho nas ESFs da Região (somando os percentuais de enfermeiros, de técnicos e de auxiliares de enfermagem), destacando sua importância no mercado de trabalho regional.

Diversos estudos têm atentado para o trabalho dos agentes comunitários de saúde, em especial o que tange à relação de gênero e à baixa remuneração desses trabalhadores. Muitos desses estudos inferem que o trabalho de agente é uma modalidade intrinsecamente associada ao trabalho doméstico feminino do “cuidado”, em uma sociedade com valores patriarcais. Tal condição não somente tem justificado, mas, também, contribui como fator ideológico de naturalização da divisão sexual presente nesse tipo de trabalho, com a presença maciça de mulheres e as condições mais precárias de trabalho (BARBOSA et al., 2012). Nesse sentido, há ainda algumas pesquisas que sustentam que o trabalho feminino vinculado ao cuidar, numa sociedade capitalista, é desvalorizado, pois não é considerado uma modalidade de trabalho essencial e indispensável à reprodução social. (SANTOS, 2010; KERGOAT, 2009; HIRATA, KERGOAT, 2007).

Os dados sobre a escolaridade dos trabalhadores que atuam nas ESFs da Região 28 de Saúde mostram que 45,7% dos trabalhadores têm o ensino médio completo, 14% têm o ensino superior completo, 14% são pós-graduados, 9,4% têm o ensino fundamental completo, 9,4% têm o ensino superior incompleto, 6% têm o ensino médio incompleto e 1,5% têm o ensino fundamental incompleto. (Gráfico 09).

GRÁFICO 09: Trabalhadores que atuam nas ESFs da Região 28 de Saúde, por escolaridade.

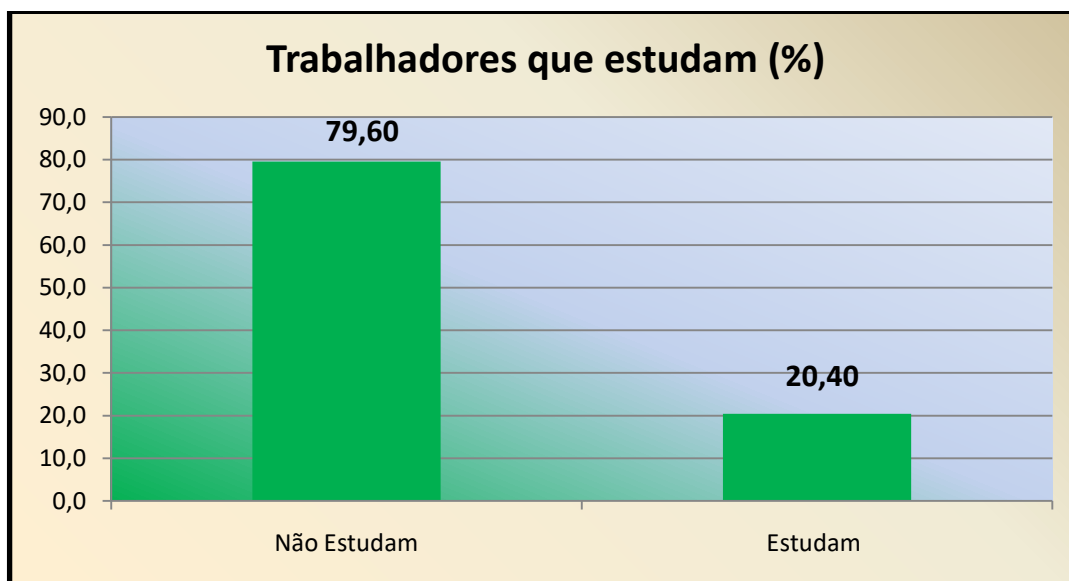


Fonte: Autora da pesquisa, 2015.

São dados que expressam a presença significativa de trabalhadores nas ESFs, em especial os que trabalham como agentes de saúde, que não cursaram ensino superior. E, nesse sentido, indicam desafios que se colocam para a formação dos trabalhadores em saúde na Região 28 de Saúde, que passa, evidentemente, pela maior escolarização, mas, acima de tudo, por uma política de educação permanente em saúde que possibilite aos trabalhadores uma maior apropriação dos saberes e das práticas sociais (inclusive aquelas que dizem sobre uma formação científica) implicados no trabalho em saúde.

Essas questões ganham importância ainda maior quando se observa que a maioria dos trabalhadores que atuam nas ESFs da Região 28 de Saúde não estava estudando no momento em que o levantamento foi realizado. Como indicado no gráfico a seguir, 79,6% dos trabalhadores afirmaram que não estavam estudando. (Gráfico 10).

GRÁFICO 10: Trabalhadores que atuam nas ESFs da Região 28 de Saúde, por condição de estudo no momento da pesquisa.

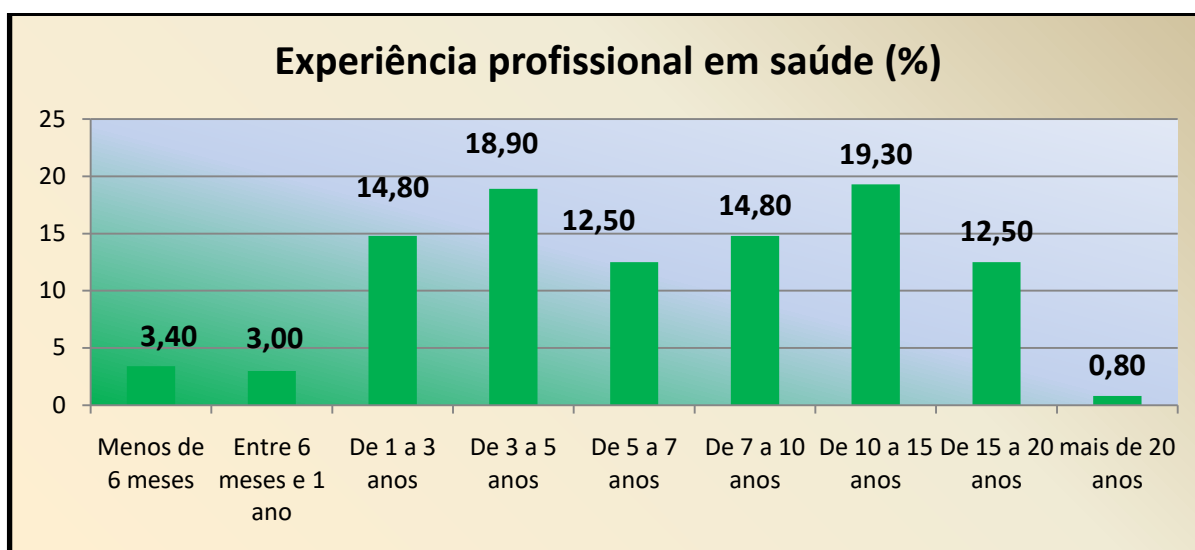


Fonte: Autora da pesquisa

Para os trabalhadores que estavam estudando foi perguntado qual (ou quais) curso (s) estavam realizando. Entre os cursos mais indicados apareceram: especialização (32,6%) e curso técnico (26,6%). Evidentemente, os cursos de pós-graduação são procurados por trabalhadores com ensino superior completo e o curso técnico ou por auxiliares de enfermagem que estão fazendo a migração para a categoria de técnico ou por agentes comunitários de saúde, que buscam aperfeiçoamento profissional e, inclusive, mudança de categoria profissional. Porém, é importante enfatizar que mais de 70% dos trabalhadores das ESFs da Região não estavam estudando no momento da pesquisa, fato que pode revelar ou um contentamento com formação de origem ou, mesmo, uma acomodação/desmotivação dos trabalhadores.

No que diz respeito às experiências profissionais dos trabalhadores da saúde das ESFs da Região, os dados estão apresentados no gráfico a seguir. Como pode ser observado, 19,3% já trabalham em saúde pelo menos há 10 e 15 anos, seguidos pelos 18,9% que trabalham há de 03 a 05 anos. Apenas 6,4% têm menos de um ano de experiência profissional na área da saúde. Tal fato se torna importante no trabalho em saúde, na medida em que a formação teórica recebida nos bancos escolares não abarca todas as situações vivenciadas no cotidiano do trabalho. A prática valida os conhecimentos teóricos aprendidos. (Gráfico 11).

GRÁFICO 11: Trabalhadores que atuam nas ESFs da Região 28 de Saúde, por tempo que trabalham em saúde.

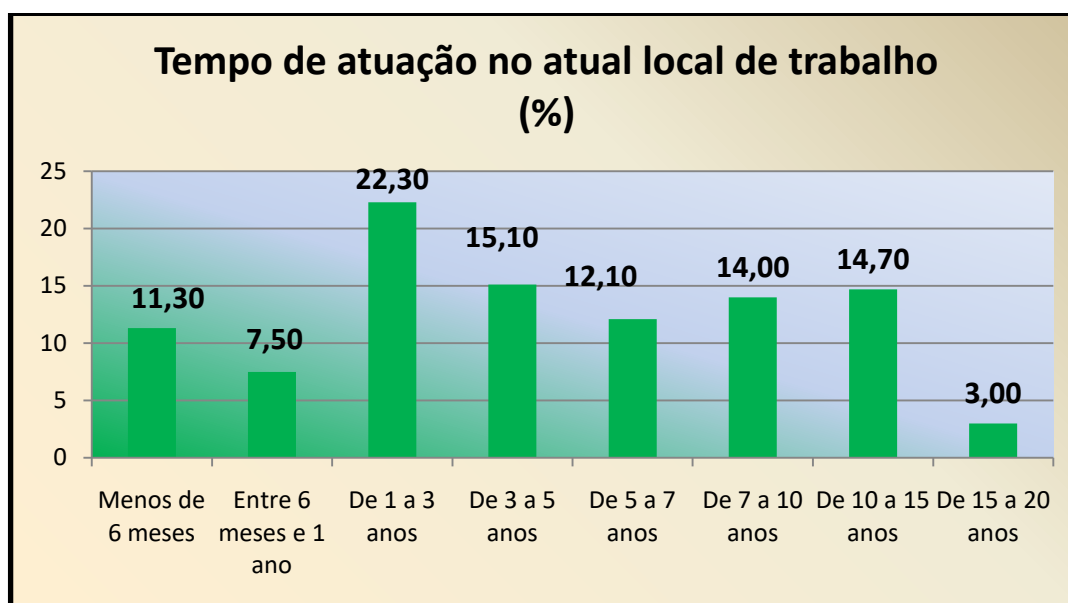


Fonte: Autora da pesquisa, 2015.

Ao serem questionados há quanto tempo estavam na ESF em que trabalhavam no momento da pesquisa, 22,3% responderam que trabalhavam há 01 até 03 anos, 15,1% há 03 até 05 anos, 14% há 07 até 10 anos, 14,7% há 10 até 15 anos (Gráfico 12). O que se observou, então, é uma porcentagem significativa de trabalhadores que atua há bastante tempo no local, onde no momento da pesquisa, estava trabalhando.

Sob o ponto de vista da natureza do trabalho que realizam, em ESFs, essa condição precisa ser considerada, pois revela situações em que os trabalhadores, efetivamente, conseguem manter-se na mesma região de atuação, podendo criar enraizamentos com as comunidades de abrangência de suas ESFs. Ao mesmo tempo, pode parecer um dado incongruente com o que foi indicado anteriormente, afirmando-se uma preocupação com a rotatividade de trabalhadores nas ESFs, em especial nos municípios menores. É importante destacar, nesse sentido, que a preocupação indicada estava relacionada com os profissionais da medicina e, nesse sentido, a permanência dos trabalhadores num mesmo local (indicada no gráfico 11) não relativiza a preocupação com a rotatividade de médicos.

GRÁFICO 12: Trabalhadores que atuam nas ESFs da Região 28 de Saúde, por tempo que trabalham na ESF em que atuavam no momento da pesquisa.



Fonte: Autora da pesquisa, 2015.

Ainda sobre a trajetória profissional dos trabalhadores que trabalhavam nas ESFs no momento da pesquisa, 57,1% tiveram experiências anteriores em outras áreas além da saúde, dentre os quais parcela significativa trabalhou anteriormente no comércio. Mais uma vez, esse dado é de grande importância, pois expressa trajetórias profissionais, em especial de agentes comunitários de saúde, não necessariamente vinculadas ao campo da saúde, atribuindo maior significado às ações educativas e de formação profissional direcionadas aos trabalhadores que atuam nas ESFs, inclusive como estratégia para que os mesmos possam ampliar sua capacidade de atuação com autonomia e de acordo com as responsabilidades que são atribuídas às atividades que realizam.

No que tange à educação no trabalho e para o trabalho, 72,3% dos trabalhadores das ESFs afirmaram que tiveram um treinamento específico para trabalhar na ESF. Tal capacitação, para 50,9% dos trabalhadores, foi ministrada pela enfermeira, sendo avaliado por 59,6% dos trabalhadores como um “treinamento bom”. Nesse sentido, os agentes de saúde, apesar de fazerem parte das equipes de saúde da família e, mais do que isso, serem protagonistas do modelo de atenção implantado através do SUS, são os únicos trabalhadores da equipe básica que não têm uma formação específica em saúde. O que se observou é que os agentes de saúde precisam passar por um período de treinamento introdutória antes de

iniciarem suas atividades na saúde; contudo, esse período, invariavelmente, não passa de uma semana de treinamento.

Normativamente, o agente de saúde deve ser alguém inserido na comunidade e que convive com os hábitos, rotinas e cultura local, para facilitar a criação de vínculos e promover a aproximação do trabalhador com o usuário. Em contrapartida, ao realizar a sua atividade enquanto agente, o profissional deixa de ser o vizinho da casa ao lado para ser a pessoa que está representando a equipe de saúde na comunidade e guiado por uma proposta de remodelação do atendimento em saúde.

Torna-se importante trazer presente que, de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica, dos agentes comunitários de saúde que atua nas ESFs espera-se que realizem um conjunto amplo de atividades, tal como segue:

- I - Trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, a microárea;
- II - Cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados;
- III - Orientar as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;
- IV - Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;
- V - Acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade. As visitas deverão ser programadas em conjunto com a equipe, considerando os critérios de risco e vulnerabilidade de modo que famílias com maior necessidade sejam visitadas mais vezes, mantendo como referência a média de uma visita/família/mês;
- VI - Desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade;
- VII - Desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, por exemplo, combate à dengue, malária, leishmaniose, entre outras, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito das situações de risco; e
- VIII - Estar em contato permanente com as famílias, desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde, à prevenção das doenças e ao acompanhamento das pessoas com problemas de saúde, bem como ao acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa-Família ou de qualquer outro programa similar de transferência de renda e enfrentamento de vulnerabilidades implantado pelo governo federal, estadual e municipal, de acordo com o planejamento da equipe. (BRASIL. Ministério da Saúde, 2006, p. 49-50).

Note-se que, sob o ponto de vista das expectativas colocadas ao trabalho dos agentes comunitários de saúde, é preciso que os mesmos tenham conhecimentos amplos no campo da saúde, capazes de os colocarem como “educadores” (desenvolver ações educativas) junto às comunidades em que atuam.

No caso dos agentes de saúde que responderam o questionário, é importante destacar que 96,7% se consideram “profissionais de saúde”, apesar de não terem uma formação específica na área. Ainda que com um conhecimento incipiente (às vezes, superficial) na área da saúde, tais profissionais são extremamente exigidos no cotidiano de seus trabalhos. Essa exigência vem por parte dos usuários com os quais eles têm contato diário, mas, também, da equipe para a qual devem prestar contas.

Assim, na mesma medida em que o agente comunitário de saúde é o trabalhador principal na formação do vínculo da comunidade com a ESF, ele não tem um suporte de formação para isso. Tal paradoxo transparece nas falas dos agentes ao longo das entrevistas e também nas observações realizadas ao longo da coleta de dados. Apesar de 72,3% dos trabalhadores referirem que tiveram uma capacitação específica para atuar em ESF e apontarem que para 59,6% esse treinamento foi bom, observou-se que muitas vezes esse trabalhador está sobrecarregado pelas questões burocráticas, pressionado pelos problemas que emergem de cada visita domiciliar e com um campo de atuação limitado.

[...] eu ouço, ou vejo os problemas nas casas e nas famílias, mas muitas vezes não tenho como ajudar [...] depois de um mês eu volto na mesma casa e o problema continua, eu só posso ouvir, mas isso me faz muito mal, teve vezes que fiquei a noite toda sem dormir. (Agente Comunitário de Saúde 01).

A sobrecarga emocional, para esses trabalhadores em especial, é muito grande e algumas vezes nem mesmo dentro da própria equipe de saúde eles encontram respaldo, apoio e acolhida necessários.

No que diz respeito à educação dos trabalhadores da Atenção Básica, desde 2000 houve a criação do NURESC (Núcleo Regional de Educação em Saúde Coletiva) que é a estrutura da regional de saúde responsável pela implementação da estratégia de descentralização da formação e capacitação dos trabalhadores do SUS em Saúde Coletiva, através da educação continuada, junto aos Municípios e Coordenadorias Regionais de Saúde, firmando a consolidação das diretrizes e princípios do SUS. O NURESC deve ter papel efetivo no ensino e pesquisa, respeitando as peculiaridades de cada região, sendo importante o diagnóstico inicial de problemas e necessidades junto às coordenadorias para a elaboração conjunta do planejamento estratégico. (SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE - PORTARIA 39/2000).

Nesse sentido, um dos objetivos do NURESC é desencadear uma política de formação e de educação continuada junto aos municípios. Na Região 28 de Saúde, segundo a coordenação do NURESC, nove municípios têm Núcleos instituídos, porém apenas Venâncio Aires (e mais recentemente Vera Cruz) tem o Núcleo atuando de fato, como indica a fala do Secretário de Saúde de um desses municípios:

A gente tem o NUMESC que foi instituído no município, que trabalha muito com a qualificação. Toda essa parte de qualificação é com eles e nós somos um dos únicos municípios da Região com um NUMESC funcionando. Esse foi um ganho muito importante na questão da formação e na qualificação das equipes. (Secretário Municipal de Saúde 02).

Há ainda, sob o ponto de vista da formação para os trabalhadores da saúde, o espaço das reuniões de equipe, sendo que todas as categorias profissionais integrantes da ESF devem participar desse momento (PNAB, 2012). Tal espaço é usado para discussão de casos e situações vivenciadas pela equipe de saúde ao longo dia a dia de trabalho e, muitas vezes, espaço para a organização das atividades burocráticas dos trabalhadores; mas também serve como espaço de formação, na medida em que é usado como meio de educação permanente dos trabalhadores da saúde. A seguir seguem as falas de uma técnica de enfermagem e de um agente de saúde sobre o uso das reuniões de equipe como importante espaço de formação.

[...] teve uma reunião de grupo em que eu preparei, a gente fez material para o mosquito da dengue no ano passado, a gente fez uma isca para mosquito e eu tive a oportunidade para preparar o material, então foi um trabalho bem bom. (Técnica em Enfermagem 02).

Logo no início quando eu comecei tinha mais capacitações, agora até tá mais parado, mas volta e meia tem, esses tempos teve de hanseníase. Seguido tem alguma orientação, mesmo aqui dentro do ESF, quando a gente tem reuniões de equipe em sextas, quando termina a reunião, a enfermeira sempre passa alguma coisa do momento pra gente saber orientar, porque senão as pessoas te perguntam e tu não sabe, pra gente ficar bem a par. E a gente mesmo pode escolher os assuntos e a equipe prepara o material. (Agente Comunitário de Saúde 02).

Em contrapartida, percebe-se através das falas dos trabalhadores e das observações realizadas no campo que, muitas vezes, as reuniões são utilizadas como espaços para organização burocrática do trabalho, em função de que essa é uma atividade que exige tempo dos trabalhadores e não consegue ser conciliada com a unidade de saúde em pleno funcionamento. A seguir, a fala de uma enfermeira indica tal situação:

A reunião é muito usada para passar recados e informar a equipe, mas também como as agentes de saúde estão tendo que digitar no sistema as fichas dos usuários, a sua produção, então muitas vezes eles vem pra reunião a gente encerra mais cedo e eles ficam digitando. (Enfermeira 01).

O conjunto de dados, em especial aqueles relacionados com a formação dos trabalhadores que atuam nas ESFs na Região 28 de Saúde, indica que na Região há problemas importantes nas políticas de educação permanente em saúde. Essa questão se coloca, em especial, para os agentes comunitários de saúde que, como indicado, têm uma formação rápida, de modo geral dada pelos próprios profissionais das equipes, sendo que muitos deles não têm outra formação na área da saúde.

Nesse sentido, coloca-se aqui um desafio para a Região, mas, também, uma questão importante para uma melhor compreensão do trabalho que é realizado nas ESFs da Região de estudo, inclusive no que diz respeito à capacidade de muitos desses trabalhadores de, a partir do conhecimento adquirido, atender às expectativas que se colocam em relação às suas atuações profissionais.

3.3.3. Trabalhar em saúde: por quê?

Ao investigar o porquê trabalhar em saúde, buscando entender o que permeou a escolha profissional dos trabalhadores que atuam nas ESFs da Região de estudo, observou-se que o maior grupo (45,5%) respondeu vagamente à pergunta, indicando que trabalham em saúde “porque gostam de ajudar a população”. (Gráfico 13).

Claro que esse dado precisa ser contextualizado, para que o mesmo não legitime, de imediato, leituras afirmativas de distanciamento desses trabalhadores em relação ao significado do trabalho em saúde. É preciso considerar, inclusive, a natureza do instrumento de levantamento de dados utilizados (um formulário de pesquisa), cuja natureza restringe a possibilidade de uma resposta mais qualificada. Por outro lado, é importante que a análise desse dado não parta de visões normativas e, inclusive, romantizadas, a partir das quais se espera que os trabalhadores em saúde, especialmente os trabalhadores que atuam em Estratégias Saúde da Família, ressaltem o significado de seus trabalhos a partir de visões que afirmem a importância do trabalho interdisciplinar, trabalho em equipe, da produção coletiva do cuidado.

A quase metade dos trabalhadores pesquisados que responderam que trabalham em saúde “por que gostam de ajudar a população” expressa, em primeiro lugar, um sentimento de que o trabalho que realizam é um trabalho que tem significado e que é útil. Certamente, há consciência da importância do trabalho em saúde, em especial o trabalho em saúde que se realiza em estabelecimentos públicos e, nesse sentido, alcança uma população que, não raras

vezes, não tem outra possibilidade de cuidados em saúde senão através da via pública. Nesse sentido, também, é um trabalho útil, mas é útil, inclusive, por que a resposta “ajudar a população” remete ao que é fundamental e peculiar no trabalho em saúde: o trabalho em saúde implica um ato de cuidar da vida e do outro, o outro aqui expresso através da categoria “população”.

Essa visão positiva do trabalho que pode estar presente na resposta dada pelos 45,5% dos trabalhadores que responderam o formulário não é incongruente com uma visão que expressa condições adversas e dificuldades encontradas por esses trabalhadores na discussão sobre o trabalho que realizam e sobre o significado do mesmo. Como uma *primeira aproximação*, inclusive, é importante registrar essas duas possibilidades, contraditórias que são, mas expressivas das condições também contraditórias vivenciadas por esses trabalhadores, inclusive em seus cotidianos de trabalho, nos quais se deparam com situações em que, efetivamente, conseguem cuidar da vida da população, mas, ao mesmo tempo, sentem-se impotentes nesse cuidado, seja por que não têm condições locais para atender às necessidades e às expectativas, seja por que as próprias situações de saúde/doença que a “população” apresenta são expressivas da condição finita do ser humano.

Mas a pergunta “por que trabalhar em saúde” foi respondida por um também grupo significativo (36%) com a afirmação de que há “identificação com a área da saúde”. Na mesma direção, nessas respostas percebe-se uma positividade atribuída ao trabalho em saúde, não somente pelo cuidado às pessoas, não somente pela sua importância e pela sua utilidade, mas, também, por que há um vínculo, uma relação forte, entre os projetos pessoais (e profissionais) e o campo da saúde. Podem ser ilustrativos os seguintes registros:

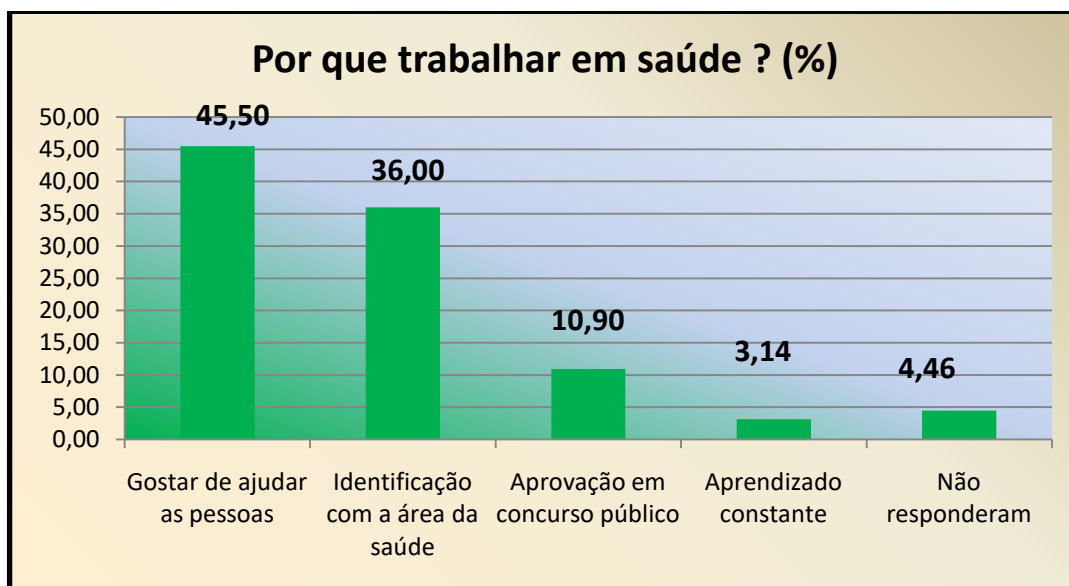
Através desse trabalho tento conseguir ajudar as pessoas. (Agente Comunitário de Saúde. Formulário 56).

É um trabalho que me realiza. (Enfermeira. Formulário 08).

Ajudar as pessoas é gratificante. (Técnico em Enfermagem. Formulário 107).

É importante para conhecer as doenças. (Agente Comunitário de Saúde. Formulário 208).

GRÁFICO 13: Trabalhadores que atuam nas ESFs da Região 28 de Saúde, por resposta à pergunta “por que trabalhar em saúde”.



Fonte: Autora da pesquisa, 2015.

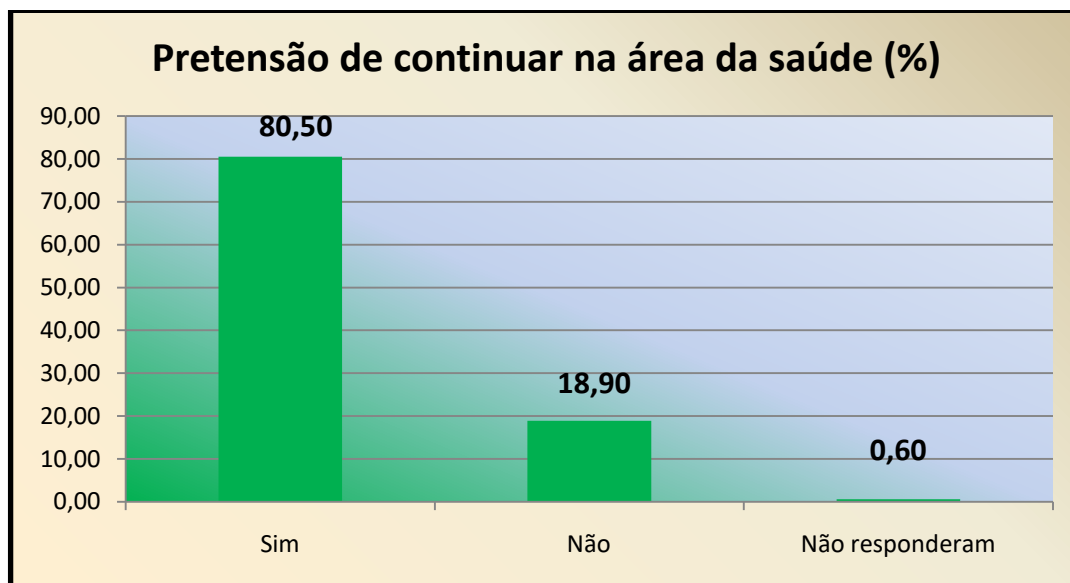
De modo que à pergunta “por que trabalhar em saúde” somente um grupo de 10,9% afirmou que trabalha em saúde por razões que não estão necessariamente vinculadas ao sentido do trabalho em saúde: trabalham em saúde por que “foram aprovados em concurso”, pela “possibilidade de estabilidade que têm como funcionários públicos”, como ilustram os dois depoimentos seguintes:

Questão de oportunidade. (Agente Comunitário de Saúde. Formulário 87).

No momento era o emprego que consegui, depois acabei gostando. (Técnico em Enfermagem. Formulário 34).

A identificação dos trabalhadores que responderam o formulário não ocorre somente com o trabalho em saúde. É possível afirmar que há uma identificação, também, com o trabalho em saúde que é realizado na Estratégia Saúde da Família. Como foi registrado anteriormente, parcelas significativas desses trabalhadores atuam em ESFs já há algum tempo. Mas, além disso, quando foi perguntado se pretendem continuar trabalhando na Estratégia, 80,5% responderam que sim, que pretendem continuar desempenhando a mesma atividade no ESF. (Gráfico 14).

GRÁFICO 14: Trabalhadores que atuam nas ESFs da Região 28 de Saúde, por desejo de continuar trabalhando na área da saúde.



Fonte: Autora da pesquisa, 2015.

Entre os trabalhadores que querem continuar com o mesmo trabalho as justificativas foram de identificação com a profissão (para 73,7%), seguida da justificativa de que gostam de ajudar as pessoas com 16,9% e ainda com 6,8% a aprovação em concurso público garantiria a estabilidade. As frases a seguir ilustram tais justificativas:

[...] gosto do trabalho que eu faço. (Enfermeiro. Formulário 12).

[...] gosto de ajudar os mais necessitados. (Agente Comunitário de Saúde. Formulário 56).

[...] segurança, por ter um trabalho que sou concursada. (Agente Comunitário de Saúde. Formulário 101).

Já entre os que não pretendem seguir na mesma atividade dentro do ESF, 33,3% afirmaram que estão se aperfeiçoando e estudando na área da saúde para mudar de categoria profissional, 28,6% justificam que as condições de trabalho em especial a remuneração não é atraente e 16,6% afirmam que há uma desvalorização do trabalho em saúde. Segue algumas falas que exemplificam tais justificativas:

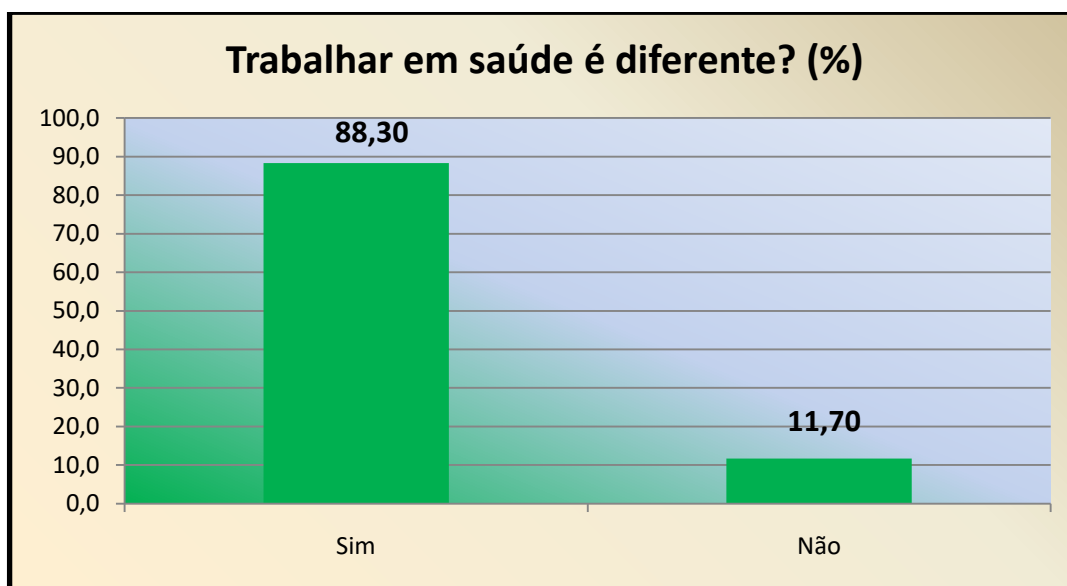
Sou estudante de enfermagem, pretendo exercer a profissão. (Técnico em Enfermagem. Formulário 76).

O salário é muito baixo. (Agente Comunitário de Saúde. Formulário 91).

A profissão não é valorizada. (Agente Comunitário de Saúde. Formulário 56).

A consciência de que o trabalho em saúde é um trabalho diferenciado emergiu a partir da pergunta sobre as especificidades do trabalho em saúde. Como está indicado no gráfico a seguir, quando foi perguntado se consideravam o trabalho em saúde um “trabalho diferente” 88,3% responderam que sim. (Gráfico 15).

GRÁFICO 15: Trabalhadores que atuam nas ESFs da Região 28 de Saúde, por consideração do trabalho em saúde como um “trabalho diferente”.



Fonte: Autora da pesquisa, 2015.

E entre as justificativas que permearam as repostas afirmativas, 36,2% afirmaram que “na saúde se trabalha com as pessoas”, 31% disseram que “na saúde se trabalha com vida/saúde”, 11,6% lembraram que “o trabalho na saúde envolve afetos” e para 11% “o trabalho em saúde exige responsabilidade” e isso o diferenciaria dos demais. (Gráfico 16). As falas a seguir ilustram tais justificativas:

Trabalhamos diretamente com pessoas. (Enfermeiro. Formulário 231).

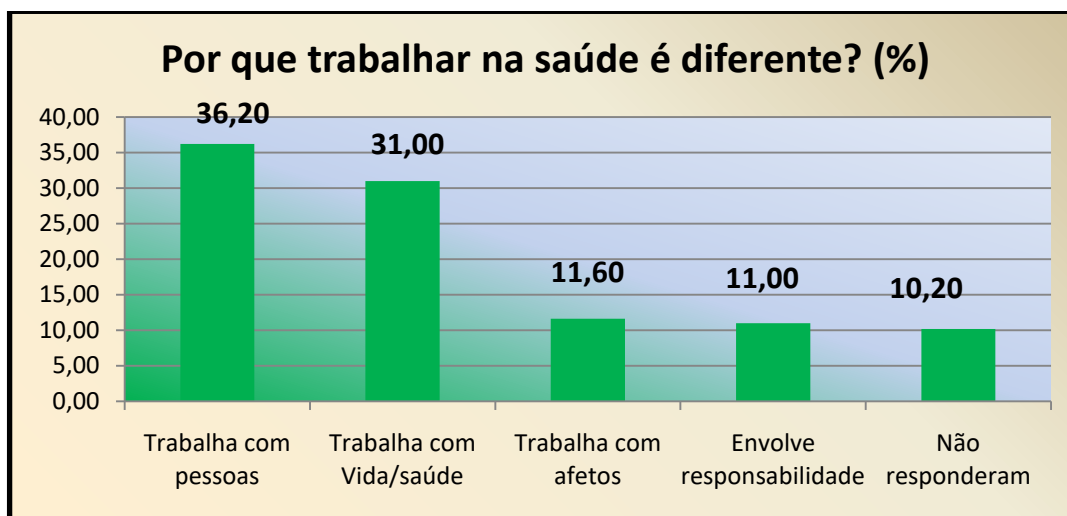
Tratamos vida humana e a saúde. (Médico. Formulário 90).

Envolve principalmente sentimentos. (Técnico em Enfermagem. Formulário 11).

Não trabalhamos somente com as mãos, mas com o coração. (Agente Comunitário em Saúde. Formulário 55).

Precisa de mais atenção, muita responsabilidade e comprometimento. (Técnico em Enfermagem. Formulário 13).

GRÁFICO 16: Trabalhadores que atuam nas ESFs da Região 28 de Saúde e que consideram o trabalho em saúde um “trabalho diferente”, por justificativa das respostas.



Fonte: Autora da pesquisa, 2015.

É sabido que a construção do SUS e a conseqüente inserção da discussão do conceito de saúde de forma ampliada, incluindo os determinantes sociais no processo saúde-doença, trouxeram uma nova perspectiva de atenção integral às necessidades de saúde da população e, nesse sentido, exigiu uma reformulação do que é ser um trabalhador da saúde. Em especial, a Política Nacional de Humanização fala de um trabalhador com um papel ativo na construção da saúde. Com a implantação das equipes de saúde da família, o trabalho passa a não estar centrado na unidade e sim no território, mais precisamente nas famílias; e ainda introduz de maneira consistente o agente comunitário de saúde como a pessoa capaz de conhecer o contexto social da população, estimulando assim o vínculo e a responsabilização. (BRASIL, 2006).

Assim, a construção do SUS e de seus programas e ações provocaram a construção de um novo trabalhador da saúde em um contexto em que o trabalho em saúde era até então centrado no médico, com foco na questão curativa e guiada por um modelo biomédico do processo saúde-doença. (FEUERWERKER, 2005). Como os dados indicam, 88% dos trabalhadores consideram que o trabalho em saúde é diferente dos demais trabalhos e uma das singularidades apontadas por eles é de que o trabalho em saúde “é um trabalho que lida com vidas”. Nesse sentido, é um trabalho que não é completamente controlável, pois se baseia em uma relação entre pessoas, em todas as fases de sua realização e envolve responsabilização e comprometimento.

Não se trata aqui de corroborar, de forma rápida e sem discussão, noções que afirmam a ideia de um trabalhador empoderado e com potência de criar o processo de trabalho na relação de cuidado estabelecida com o usuário. As transformações vividas no mundo do trabalho, entre elas a inserção da lógica capitalista de racionalização do trabalho, os vínculos frágeis e precários e a lógica produtivista, condicionam as próprias visões sobre o trabalho em saúde e, nesse sentido, não há de se esperar que as visões afirmativas do trabalho em saúde resultem em comprometimento (coerente) com essas visões. As falas dos trabalhadores da Região apontam para a noção de singularidade do trabalho em saúde, assumindo, inclusive, uma responsabilização e uma individualização nas ações. A singularidade e a individualização expressam condições diferentes e contraditórias, pois dizem do desejo e da concepção segundo os quais se coloca como compromisso atuar com responsabilidade e com o desejo de resolver as necessidades das pessoas, mas, ao mesmo tempo, afirmam situações e condições em que os trabalhadores, diante das contradições das próprias políticas de saúde (falta de financiamento, dificuldades de encaminhamentos, falta de política de valorização dos trabalhadores etc.), assumem para si o que deveria ser enfrentado e resolvido pelas próprias políticas públicas.

O trabalho em saúde realizado na Região 28 de Saúde é um trabalho que cuida de uma população que reside, em grande quantidade, em espaços rurais, com um alto número de idosos. No que tange à organização do trabalho em saúde, é uma região com municípios que formam uma área mais fortalecida, composta por municípios com maior PIB da região. São municípios que oferecem uma rede de serviços de saúde que subsidiam tanto seus municípios quanto servem de referência para outros municípios através das referências e encaminhamentos médicos. Por outro lado, há municípios economicamente fragilizados e que se estruturam para atender seus municípios basicamente através do atendimento de saúde pautado na Estratégia Saúde da Família, dependendo de outros municípios da Região quando se faz necessário algum atendimento especializado.

A regionalização da saúde propôs e impulsionou a descentralização das ações e a resolutividade das ações em saúde na própria Região. A criação de municípios referências dentro de uma mesma Região provoca um aquecimento do mercado de trabalho nesses locais, mas isso ocorre, não em raras vezes, em detrimento dos municípios menores, ocasionando também concentração de equipamentos e de tecnologias, que auxiliam no diagnóstico médico nos municípios referências. Assim, os municípios menores enfrentam dificuldades de lidar com a falta de profissionais e rotatividade, em especial do médico.

No caso específico da Região 28 de Saúde, percebe-se que houve (num período recente) o fortalecimento da atenção secundária e terciária nos municípios de Santa Cruz do Sul e de Venâncio Aires, através de equipamentos, tecnologias e interações intensivas concentradas nesses municípios; no outro lado, porém, diversos municípios menores da Região não contam com equipamentos básicos, como, por exemplo, um equipamento de Raio X. Essa contradição dentro da Região de Saúde está inscrita no próprio processo de regionalização da saúde que, por um lado, cria as condições para que o atendimento em saúde aconteça dentro da região, redesenha alguns municípios em termos de investimentos, mercado de trabalho e dinâmica social e econômica, mas, por outro lado, implica em acordos, em construção de consensos, em definições que envolvem diferentes sujeitos (públicos e privados) e, nesse sentido, nem sempre consegue alcançar as necessidades de todos os municípios, ainda mais dos diferentes segmentos das populações.

Nos dois períodos que foram considerados na análise (2005/2006 e 2013/2014), se observou, em toda a Região, um aumento dos serviços induzidos pelo Ministério da Saúde, como as ESFs, os Centros de Apoio Psicossocial (CAPS), os Serviços Móveis de Atendimento de Urgências (SAMU). É notório, também, o crescimento dos estabelecimentos e no número de trabalhadores que atuam nos serviços públicos de saúde, mesmo nos municípios menores. Mas esse crescimento foi acompanhado por um também crescimento dos serviços privados, em especial, através dos consultórios de especialidades médicas. Mas esse mercado (privado) se articula de modo tal que desenvolve diferentes tipos de segmentação: ele segmenta os municípios, pois está concentrado nos municípios são mais desenvolvidos economicamente (e, portanto, têm uma parcela maior de classes com condições econômicas suficientes para pagar por seus serviços); e ele segmenta as classes sociais, pois movido pela sua própria lógica, do lucro, que impede que parcelas significativas (mesmo dos municípios onde ele prioriza) acessem seus serviços.

Os trabalhadores da saúde das ESFs são formados majoritariamente por mulheres e os agentes comunitários de saúde constituem o grupo mais significativo de profissionais, seguido dos profissionais de enfermagem. Mesmo assim, considerando-se as indicações da Política Nacional de Saúde Básica, há uma carência na Região de agentes comunitários de saúde. Assim, tais particularidades do trabalho em saúde na Região criam vários tensionamentos ao trabalhador da saúde, entre eles: uma população rural e idosa que demanda das ESFs uma reorganização no acesso e no modo de trabalho, fragilizada pela escassez do agente comunitário de saúde; aqueles municípios que têm 100% de cobertura de ESF, apesar de

estarem estruturados em termos de acesso à população, geram ao trabalhador da saúde um tensionamento em função de não contarem com uma rede de apoio e suporte aos atendimentos; diferentes formas de contratação dos componentes da equipe pode ser um gerador de conflitos e somado a isso a fragilidade de vínculos de trabalho dificulta as negociações com a gestão municipal.

Diante de tais singularidades, o trabalhador da saúde que atua em ESFs na Região 28 de Saúde vai se construindo, em suas experiências de trabalho e enquanto trabalhador, cercado de contradições e de tensionamentos, lidando com as mudanças que ocorrem no mundo do trabalho das sociedades contemporâneas, que tendem a responsabilizar os trabalhadores pelo sucesso e pelos insucessos da produção em que se inserem (no caso da saúde, pelo sucesso e pelos insucessos do modelo de saúde proposto pela organização do trabalho, através de equipe de saúde da família).

Assim que, neste capítulo e através dos dados secundários coletados foi possível conhecer melhor os municípios da Região 28 de Saúde; a partir da análise de alguns dados levantados com a aplicação do formulário de pesquisa foi possível indicar uma visão (geral) de quem são os trabalhadores da saúde que atuam nas ESFs da Região, analisando aspectos da organização do trabalho e das condições de trabalho nesses locais, o que permitiu evidenciar questões relacionadas às formas de inserção, aos mecanismos de formação, aos sentidos construídos ao trabalho que é realizado nas ESFs. E é a partir dessa realidade concreta de trabalho em saúde que se pretende pensar com maior atenção os espaços possíveis de autonomia no trabalho construídos por esses trabalhadores e por essas trabalhadoras. No próximo capítulo, portanto, dedica-se à análise dos condicionantes presentes no processo de trabalho em saúde nas ESFs, problematizando as formas e as experiências a partir das quais os trabalhadores constroem espaços de autonomia nos seus locais de trabalho.

4. Trabalho e Autonomia no Processo de Trabalho da Estratégia Saúde da Família.

O presente capítulo tem como objetivo analisar o processo de trabalho realizado pelos trabalhadores da saúde nas ESFs da Região 28 de Saúde, dando continuidade à análise dos condicionamentos presentes nas formas de organização do processo de trabalho em saúde nesses espaços e das possibilidades e limites para a realização de um trabalho com autonomia.

Visando enfrentar essa problemática, o capítulo inicia com a apresentação de dados (que foram levantados no trabalho empírico realizado) relacionados com as condições de trabalho que, na perspectiva dos trabalhadores, estão presentes nas ESFs da Região 28 de Saúde. Na sequência serão analisados aspectos implicados na relação dos trabalhadores com as comunidades onde as ESFs estão localizadas, bem como com as administrações públicas (especificamente, as administrações públicas municipais). O capítulo termina, então, com a análise de como os trabalhadores que atuam nas ESFs interpretam não somente sua atuação política (enquanto força social e coletivamente organizada), mas, também, a importância que atribuem à participação sociopolítica dos trabalhadores da saúde tanto na definição de suas condições de trabalho quanto na definição das políticas públicas de saúde na Região onde atuam.

4.1. O processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família: uma análise a partir da perspectiva dos trabalhadores que atuam nas ESFs da Região 28 de Saúde.

O processo de trabalho nas ESFs envolve um trabalho em equipe, em uma região determinada, com foco na promoção de saúde e prevenção de doenças. De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica, tal estratégia vai ao encontro das diretrizes e normas previstas pelo SUS e se propõe a ser um novo modelo de atenção à saúde, em contrapartida ao que era oferecido até o início dos anos 1990 no Brasil.

É importante enfatizar que a organização dos serviços municipais de saúde, desde a implantação do SUS, modificou as estruturas de serviços municipais de saúde e criou possibilidades para que um novo perfil de trabalhadores se configurasse nos municípios, com maior presença de trabalhadores na atuação básica. Nessa mesma direção, os municípios da Região 28 de Saúde, como indicado no capítulo 03, apresentaram mudanças significativas na organização dos serviços públicos de saúde, com aumento no número de espaços de atendimento e no número de trabalhadores.

Para os trabalhadores que atuam nas ESFs da Região 28 de Saúde, de fato, ocorreram mudanças na organização dos serviços de saúde nos municípios onde atuam, ainda que nem todos consigam identificar com clareza essas mudanças e o sentido que as mesmas tiveram. Isso ficou evidenciado quando foi perguntado, através do formulário de pesquisa, “se percebiam alguma alteração na organização da atenção básica em seu município nos últimos anos”: 63,3% dos trabalhadores que responderam a pergunta afirmaram que percebiam mudanças, mas 36,7% responderam que não percebiam.

Dentre os trabalhadores que responderam que percebiam mudanças na organização da atenção básica em seus municípios, a maioria (71,7%) afirmou que, no geral, essas mudanças qualificaram os serviços, ou seja, foram positivas e impulsionaram melhoras na estruturação dos serviços.

Por outro lado, a resposta dos 36,7% que indicaram que não percebiam mudanças remete à pergunta relacionada às razões e ao sentido desse posicionamento. Não se considera que elas indicam estranhamento desses trabalhadores quanto à organização dos serviços de saúde básica nos municípios onde atuam; nem que seja uma resposta que decorre, para muitos trabalhadores, do pouco tempo em que atuam na saúde e nos municípios estudados. Trata-se, pois, de um indicativo de que há um sentimento forte entre os trabalhadores pesquisados que “muitas situações continuam na mesma”, não se alteram, ainda que essa permanência, em princípio, não possa ser avaliada como algo que está indicando melhora ou, então, piora na estruturação dos serviços.

Mas não pode ser avaliada *apenas em princípio*. Pois, se considerado que há uma dinâmica de organização dos serviços de saúde que envolve alteração (com aumento) no número dos trabalhadores da saúde, mas, também, processos formativos (decorrentes das políticas – municipais e regionais – que visam manter ações de “educação permanente” na saúde) e lógicas organizativas de organização do trabalho que deveriam se comprometer com a criação de espaços de participação, de discussão e de decisão dos trabalhadores da saúde,

então os 36,7% que responderam que não percebem mudanças podem estar indicando que esses processos não necessariamente estão presentes em seus municípios ou que, quando ocorrem, não são capazes de mobilizar os trabalhadores para que percebam essas mudanças como significativas.

Interessante notar, inclusive, que o índice de trabalhadores que responderam que muitas condições relacionadas com a estruturação dos serviços básicos da saúde em seus municípios “não se modificaram” nos últimos anos é também elevado em vários itens que foram propostos para essa avaliação, tal como pode ser observado no quadro apresentado na página a seguir: para 32,2% os “investimentos na estrutura física dos locais de atendimento” não se modificaram; para 34,2 o “cumprimento do cronograma de atividades do ESF” não se modificou; para 42,5% os “investimentos na qualificação dos trabalhadores” não se modificaram; para 43,2% os “investimentos visando adequar o número de trabalhadores à demanda do serviço” não se modificaram; para 43% a “participação no planejamento das atividades a serem realizadas no trabalho” não se modificou; para 39,3% a “distribuição das tarefas diárias de trabalho entre a equipe” não se modificou; para 42,8% a “participação na avaliação das ações planejadas pela equipe” não se modificou; para 50,2% não ocorreram mudanças no “salário dos trabalhadores da saúde”, para 49,8% a “motivação dos trabalhadores” não se modificou; para 47,7% as “condições de trabalho” não se modificaram; e para 66,2% a “representação política dos trabalhadores” não se modificou.

Observe-se, no entanto, que esses dados não permitem, por si sós e necessariamente, uma avaliação de qual é o significado atribuído por esses trabalhadores à permanência/não modificação das condições avaliadas e, nesse sentido, a própria análise de outros dados poderá clarear melhor a direção dessas percepções dos trabalhadores pesquisados. (Quadro 16).

QUADRO 16: Trabalhadores que atuam nas ESFs da Região 28 de Saúde, por percepções em relação a mudanças na organização da atenção básica em saúde em seus municípios.

Avaliação	Melhorou		Piorou		Não se modificou		Total
	n	%	n	%	n	%	n
Investimentos na estrutura física dos locais de atendimento.	167	64,0	10	3,8	84	32,2	261
Investimentos em tecnologias.	180	68,7	13	5,0	69	26,3	262
Investimento na qualificação dos trabalhadores.	121	46,4	29	11,1	111	42,5	261
Investimento visando adequar o número de trabalhadores à demanda do serviço.	87	33,6	60	23,2	112	43,2	259
Cumprimento do cronograma de atividades do ESF.	142	54,0	31	11,8	90	34,2	263
A burocratização do trabalho.	75	28,8	125	48,1	60	23,1	260
A participação no planejamento das atividades a serem realizadas no trabalho.	122	47,3	25	9,7	111	43,0	258
A distribuição das tarefas diárias de trabalho entre a equipe.	119	45,4	40	15,3	103	39,3	262
Participação na avaliação das ações planejadas pela equipe.	122	49,8	25	7,4	111	42,8	258
O salário dos trabalhadores da saúde.	63	24,1	67	25,7	131	50,2	261
Motivação do trabalhador no trabalho.	64	24,9	65	25,3	128	49,8	257
Sua relação com o coordenador da equipe do ESF.	172	66,2	12	4,6	76	29,2	260
Condições de trabalho.	97	37,3	39	15,0	124	47,7	260
Representação política dos trabalhadores.	42	16,3	45	17,5	170	66,2	257

Fonte: Autora da pesquisa.

Os dados levantados e apresentados no quadro acima permitem concluir, porém, que algumas questões propostas para a avaliação tendem a ser avaliadas positivamente por um maior índice de trabalhadores, ao mesmo tempo em que algumas questões tendem a ser avaliadas negativamente por um também índice maior de trabalhadores.

Os trabalhadores de saúde pesquisados percebem *mudanças positivas* na organização da atenção básica da saúde em seus municípios que estão relacionadas a “investimentos na estrutura física dos locais de atendimento”, a “investimentos em tecnologia”, à “relação com o coordenador das equipes da ESF”. Embora não se possa relativizar o fato de que para 46,4% ocorreram melhoras nos “investimentos em qualificação dos trabalhadores”, para 54%

ocorreram melhoras no “cumprimento do cronograma de atividades da ESF”, para 47% ocorreram melhoras na “participação no planejamento das atividades a serem realizadas no trabalho”, para 45,4% ocorreram melhoras na “distribuição das tarefas diárias de trabalho em equipe” e para 49,8% ocorreram melhoras na “participação na avaliação das ações planejadas pela equipe”.

Esses dados são importantes por que, por um lado, indicam que os trabalhadores percebem maiores investimentos na estruturação dos serviços de saúde básica em seus municípios. Mas, principalmente, por que um grupo significativo de trabalhadores indica que há melhoras na organização do processo de trabalho (em seus locais de trabalho), o que sinaliza esforços de qualificação do trabalho em equipe e de maior participação do coletivo de trabalhadores no planejamento e na avaliação das ações que são executadas. Essa última questão não pode ser relativizada, pois indicativa de dinâmicas em que os trabalhadores que atuam nas ESFs na Região 28 de Saúde estão, efetivamente, constituindo espaços de maior autonomia, em especial se percebida como expressão de maior participação e, nesse sentido, maior possibilidade de uma ação instituinte do trabalho que realizam.

Os dados que indicam que os trabalhadores observam melhoras na organização dos serviços básicos de saúde existentes em seus municípios não relativizam, evidentemente, os problemas apontados. Nessa direção, também é importante destacar que: apenas 33,6% observam melhoras nos “investimentos visando adequar o número de trabalhadores à demanda dos serviços”; apenas 28,8% observam melhoras na “burocratização do trabalho”; apenas 24,1% observam melhoras nos “salários dos trabalhadores em saúde”; apenas 24,9% observam melhoras “na motivação dos trabalhadores no trabalho”; apenas 37,3% observam melhoras nas “condições de trabalho”; e apenas 16,3% observam melhoras na “representação política dos trabalhadores”. São dados que indicam críticas que os trabalhadores fazem às condições de trabalho que possuem nos espaços de trabalho onde atuam: reclama-se dos salários, reclama-se da burocratização do trabalho, reclama-se da falta de motivação no trabalho; e indica-se uma avaliação crítica quanto à representação sociopolítica dos trabalhadores.

Observe-se que a maior participação dos trabalhadores no planejamento e na avaliação das atividades não implica, necessariamente, em maior motivação no trabalho, pois essa pode passar pela melhoria dos salários e/ou pela melhoria das condições de trabalho. A maior participação, nesse sentido, pode indicar também maior responsabilização pelo trabalho que é realizado, em condições de trabalho que nem sempre são adequadas. Não se pode esquecer,

como indicado no capítulo 03, que 62,1% dos trabalhadores pesquisados indicaram que ganham até três salários mínimos e que a maioria desses trabalhadores é formada por agentes comunitárias de saúde, cuja realização do trabalho implica o contato diário com a população das comunidades em condições nem sempre favoráveis (condições de transporte, possibilidade de atender às demandas das pessoas etc.).

Um dado que merece ser enfatizado é a reclamação quanto à burocratização no trabalho. Destaque-se, inclusive, que 48,1% dos trabalhadores pesquisados indicaram que a burocratização no trabalho “piorou”. Nesse sentido, trata-se de um indicativo de que o trabalho nas ESFs tem, inclusive, se informatizado, mas que, ao mesmo tempo, essa informatização aumenta as obrigações dos trabalhadores quanto ao acompanhamento de normas, regras, diretrizes, que se definem não apenas nos seus locais de trabalho, mas, também, na relação entre os seus locais de trabalho e outros espaços que oferecem serviços de saúde, entre os seus locais de trabalho e os espaços administrativos dos serviços de saúde (secretarias municipais de saúde, por exemplo).

No que diz respeito à informatização dos serviços, nem todos os municípios da região têm 100% da rede de saúde informatizada. Ainda assim, mesmo nesses municípios alguém precisa se envolver na digitação dos atendimentos, no registro da dispensa de medicação, na organização e no controle de estoques, até mesmo no preenchimento e na digitação de prontuários eletrônicos. Os relatórios mensais que são gerados na ESF sobre o número e as características dos atendimentos de cada profissional acarretam uma demanda burocrática grande aos trabalhadores. Sobre isso, inclusive, as falas a seguir são ilustrativas:

No último ano tem aumentado muito a parte burocrática, o sistema né? Não é que é ruim, é ótimo, tu consegue organizar, porque o que tu precisa tá ali, mas é uma burocracia que não dá pra negar, rouba tempo, todo pré câncer que tu faz, antes de encaminhar tu precisa colocar no sistema. (Enfermeiro. Entrevista 01).

Muita burocracia. Claro que isso é importante, informatizar é bem interessante, só que tu te ocupa muito com isso, então tu tá com o paciente na tua frente mas tu tem que estar digitando [...]. Acho que às vezes tu olha mais mesmo pro monitor e pro teclado que pra pessoa. Tem vezes que eu vou fazendo algumas anotações do lado e depois vou alimentar o sistema, mas que nem no acolhimento, tu tem que acolher, conversar. (Técnico em Enfermagem. Entrevista 03).

A burocratização ressalta uma contradição que está presente na própria organização do SUS, pois, por um lado há uma normatização do Ministério da Saúde, segundo a qual há a necessidade de um acolhimento através da escuta qualificada, mas, por outro lado, há a exigência de que as informações repassadas pelo usuário sejam digitadas. Somado a isso, ao

longo da observação pode-se perceber que alguns trabalhadores têm pouca habilidade com o computador; foi possível observar, inclusive, que alguns agentes comunitários de saúde têm dificuldades na própria escrita, o que, evidentemente, dificulta o preenchimento dos cadastros das famílias.

Assim, o aumento das questões burocráticas no trabalho da ESF representa um trabalho maior para a equipe. Ao longo da visita domiciliar, uma das principais funções do agente, além da interação com a família visitada, é o “necessário” preenchimento de papéis e relatórios; tal atividade, muitas vezes, não consegue ser realizada no momento da visita, gerando uma demanda de tarefas fora do horário de trabalho do agente comunitário de saúde.

Tem bastante burocracia, isso te toma um pouco mais de tempo, porque quando tu vai numa casa fazer a visita domiciliar eu procuro conversar com a pessoa, orientar, olho no olho, porque eu não gosto de ficar ali preenchendo papel, então muitos papéis eu levo pra preencher em casa, eu faço no final do dia, ou no final de semana. Tem que fazer a parte burocrática assim, porque senão tu não consegue dar atenção pra pessoa. (Agente Comunitário de Saúde. Entrevista 07).

Interessante notar, também, que na percepção dos trabalhadores pesquisados a informatização dos serviços de saúde proporcionou agilidade para o trabalho nas ESFs. O problema, apontam alguns trabalhadores, é que nem sempre a infraestrutura física dos locais onde estão localizados as ESFs consegue atender às condições de um trabalho informatizado, em virtude de deficiências na rede elétrica e/ou falhas da internet. Nem sempre se consegue trabalhar com a internet, além do “sistema ser lento”. Sob o ponto de vista do trabalho, dessa condição resultam situações em que é necessário interromper um atendimento, perde-se tempo com tarefas registradas e não salvas em momentos de queda na rede de internet, perde-se tempo com o preenchimento de prontuários, que precisam ser inicialmente preenchidos manualmente para posterior digitação. O registro da fala de um médico é esclarecedor:

Eu acho que a informatização facilitou algumas coisas, o registro das pessoas, o histórico das pessoas das outras unidades, como todas as unidades estão interligadas, isso é uma coisa boa. Só que quando começa a ficar muito lento, a gente perde todo o sistema, aí a gente tem que preencher no prontuário físico, aí então isso não nos tira o trabalho de ter um prontuário de papel [...]. Então fazer o trabalho dobrado é muito cansativo [...] e daí o prontuário online fica mais incompleto às vezes. Essa questão da informatização ajudou e atrapalhou um pouco, porque o papel sempre tá lá, pelo menos. Eu acho que a informatização tem que se aperfeiçoar um pouco mais, mas não tem o que fazer. (Médico. Entrevista 05).

Os problemas relacionados à infraestrutura dos serviços de informação nas ESFs, quando ocorrem, não necessariamente são desconhecidas pelos gestores municipais de saúde. Não é desconhecido também o fato de que o processo de informatização acarreta uma maior

burocratização do trabalho nas ESFs. No entanto, para os gestores essas situações tendem a ser naturalizadas, por um lado pela importância que atribuem (e, mesmo, pela necessidade que sentem existir, no sentido de cumprir obrigações burocráticas que eles também precisam responder) ao processo de informatização e, por outro lado, pelas dificuldades (que são reais ou, então, alegadas) que as administrações públicas municipais enfrentam para encaminhar soluções aos problemas existentes. A fala do secretário municipal da saúde é, nesse sentido, ilustrativa:

Porque qual seria o sonho no mundo ideal? Que o médico fosse como antigamente, que o médico encostava mais no paciente, fizesse exame físico, ouvisse e conseguisse resolver sem ter toda essa necessidade de encaminhamentos [...], exames cada vez mais sofisticados, informatização, as tecnologias avançando. Agora a situação é diferente, você tem mais recursos e tu vai utilizar também. (Secretário Municipal de Saúde. Entrevista 09).

De um lado, o pressuposto através das normatizações da Política Nacional de Atenção Básica de um trabalho resolutivo na própria unidade de saúde, humanizado, com a escuta qualificada, sem tantos encaminhamentos desnecessários, representado pela figura do médico de família; por outro, o avanço tecnológico, o acesso crescente a exames apurados, com uma pretensa “fidedignidade alta”, que precisa ser registrado, especificado, controlado. E nesse meio o trabalhador em saúde, muitas vezes formado a partir de uma concepção tecnicista, pressionado pelos usuários do Sistema para ter acesso aos equipamentos disponíveis, mas, também, pelos gestores para que diminua os “gastos públicos” com os serviços de saúde.

Nesse sentido, muitas vezes o trabalhador sabe que a situação dos usuários requer um encaminhamento ou a solicitação de um exame aprofundado, mas, ao mesmo tempo, tem ciência da demora desse tipo de procedimento, além das dificuldades que podem se apresentar para o acesso a esses encaminhamentos. Um médico que atua na ESF indica essa problemática enfrentada no cotidiano de trabalho:

Tem os dois lados da moeda, porque quando tu tem um profissional muito disponível (especialista) ou um número grande de ecografias, por exemplo, que tu pode pedir, tu acaba encaminhando coisas que não precisa. E quando a gente não tem a gente fica pensando se realmente é necessário. O que deveria ser sempre é que a gente deveria encaminhar só o que realmente precisa, ter uma resolutividade de 85-90%. (Médico. Entrevista 06).

Outra questão que merece ser enfatizada está relacionada à motivação no trabalho. Como foi indicado anteriormente e como aparece nas falas dos trabalhadores entrevistados, a “desmotivação” e a falta de valorização estão presentes em diferentes ESFs na Região 28 de Saúde, muitas vezes gerando sofrimento no trabalho. A referência à desmotivação foi

observada mais frequentemente entre os técnicos de enfermagem e entre os agentes comunitários de saúde. Alguns técnicos afirmaram, inclusive, que “são lembrados pela gestão apenas quando acontece algo errado no seu trabalho”; na mesma direção, vários agentes comunitários de saúde reclamaram das condições de trabalho que têm, afirmando que um trabalho motivador está distante para os mesmos e, como falou uma agente, “falta a equipe confiar no nosso trabalho” (Agente Comunitário de Saúde. Entrevista 07).

Também merece ser enfatizado as percepções dos trabalhadores pesquisados sobre suas condições de trabalho. Como foi afirmado anteriormente, apenas 37,3% dos trabalhadores pesquisados afirmaram que as suas condições de trabalho melhoraram nos últimos anos. Visando aprofundar essa questão, o formulário de pesquisa propôs que os trabalhadores avaliassem algumas condições de trabalho que têm nas ESFs, mais especificamente se o trabalho que realizam exige esforço físico e mental, se é um trabalho monótono, se é um trabalho que exige responsabilidades, se é um trabalho que pode ser realizado com liberdade ou, ao contrário, é um trabalho caracterizado por pressões,

Os resultados dessas questões estão apresentados no quadro a seguir, onde se pode observar, em primeiro lugar, que para um grupo significativo de trabalhadores o trabalho que realizam nas ESFs é um trabalho que exige um “pouco” de esforço físico, embora 26,9% tenham afirmado que o trabalho que realizam exige “muito” esforço físico. Contudo, mais significativo é observar que 81,8% afirmaram que o trabalho que realizam exige “muito” esforço mental, dado que está relacionado às responsabilidades que têm em seus trabalhos que, para 97,7% dos trabalhadores, são elevadas. Para a maioria dos trabalhadores o esforço mental ocorre em função de que “não pode haver erros” no trabalho que é realizado, além de que se trata de um trabalho “que exige um envolvimento muito grande com muitas situações vivenciadas pelos usuários”. (Quadro 17).

QUADRO 17: Trabalhadores de saúde que atuam nas ESFs da Região 28 de Saúde, por avaliação de suas condições de trabalho.

Avaliação Condições de trabalho	Nada		Pouco		Muito		Total
	n	%	n	%	n	%	n
É um trabalho que exige esforço físico.	33	12,7	157	60,4	70	26,9	260
É um trabalho que exige esforço mental.	5	1,9	43	16,3	215	81,8	263
É um trabalho monótono.	166	64,5	78	30,4	13	5,1	257
É um trabalho que envolve responsabilidades.	0	0,0	6	2,3	253	97,7	259
É um trabalho que faz você se sentir valorizado.	8	3,1	104	40,5	145	56,4	257
É um trabalho que você realiza com liberdade.	4	1,5	107	41,3	148	57,2	259
É um trabalho que você se sente pressionado.	70	27,1	142	55,1	46	17,8	258
Você gosta do seu trabalho.	1	0,4	23	8,8	238	90,8	262

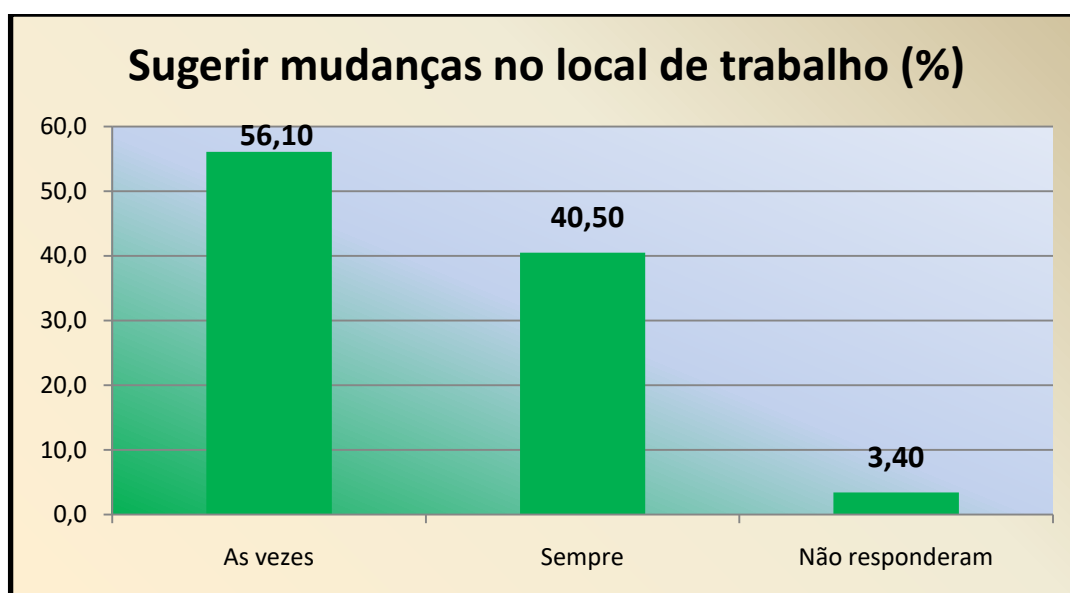
Fonte: Autora da pesquisa

Os esforços mentais exigidos e que resultam em grande responsabilidade no trabalho, no entanto, não são motivos para que os trabalhadores não gostem do trabalho que realizam. Pelo contrário, como está indicado no quadro acima, 90,8% afirmaram que gostam “muito” do trabalho que realizam nas ESFs. Gostar do trabalho, porém, não implica em perceber o trabalho como uma atividade que, efetivamente, é realizadora. Nessa direção, não se pode relativizar o fato de que: para 64,4% e para 26,9% o trabalho que realizam exige, respectivamente, “pouco” e “muito” *esforço físico*; para 16,3% e para 81,8% o trabalho que realizam exige, respectivamente, “pouco” e “muito” *esforço mental*; que para 97,7% o trabalho que realizam envolve *muita responsabilidade*; e que para 55,1% e para 17,8% o trabalho que realizam faz com que se sintam, respectivamente, “pouco” ou “muito” *pressionados*.

Como indicado anteriormente e a partir dos dados já apresentados neste capítulo, os trabalhadores tendem a indicar melhoras nos últimos anos no que diz respeito à organização do processo de trabalho nas ESFs. Importante registrar que a organização do processo de trabalho nas ESFs, de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica, prevê trabalho em equipe, reuniões periódicas para definição de metas e estratégias de atuação, foco na promoção e prevenção de doenças. Visando aprofundar a análise da participação dos

trabalhadores no planejamento do trabalho nas ESFs em que atuam, o formulário da pesquisa contemplou uma questão que propôs aos trabalhadores um posicionamento quanto às oportunidades que têm (ou não têm) de sugerir mudanças em seus locais de trabalho. Os resultados desse questionamento estão apresentados no gráfico a seguir, onde se pode perceber que 40,5% dos trabalhadores pesquisados afirmaram que “sempre” têm oportunidades para contribuírem com sugestões de mudanças em seus locais de trabalho, mas, também, que 56,1% afirmaram que apenas “às vezes” têm esse tipo de oportunidades. (Gráfico 17).

Gráfico 17: Trabalhadores que atuam nas ESFs da Região 28 de Saúde, por percepção quanto à existência de espaços em seus locais de trabalho para sugestão de mudanças.



Fonte: Autora da pesquisa, 2015.

Note-se, inclusive, que entre os agentes comunitários de saúde há certo descontentamento em relação à forma como são tratados “na equipe”. Muitos agentes comunitários indicam isso ao afirmarem que “falta nós sermos ouvidos na equipe”. Nesse sentido, embora os espaços de participação e de construção coletiva existam, nem sempre todos os trabalhadores são integrados de forma equitativa e nem sempre sentem que esses espaços são espaços que, efetivamente, garantem liberdade para a apresentação de ideias, de sugestões, além de uma participação efetiva no processo de tomada de decisões.

Espaços de participação e de diálogo coletivo existem nas ESFs da Região 28. Quando foram perguntados, inclusive, sobre a periodicidade das reuniões que eram realizadas em suas equipes de trabalho, 82,2% afirmaram que as reuniões ocorriam e eram reuniões semanais.

Além disso, a grande maioria (95,9%) afirmou que participa das reuniões que são realizadas nas ESFs. Ademais, tanto as entrevistas quanto as observações realizadas indicaram que as reuniões das equipes têm grande importância para que as mesmas compartilhem informações, de normativas e de ações que têm origem na administração pública municipal e que são repassadas para todos pelas coordenações das ESFs. Mas, também, para que as equipes discutam situações de trabalho, muitas vezes trazidas pelas agentes comunitárias da saúde, para que possam programar as ações, para que possam avaliar as atividades que são realizadas.

Essa é uma questão importante para os trabalhadores, para que possam planejar suas atividades, mas, também, para que possam ajustar situações que decorrem no cotidiano do trabalho, dentro da jornada de trabalho que têm e do número de atendimentos que precisam realizar diariamente. Cabe notar, nesse sentido, que a grande maioria dos trabalhadores (97%) precisa cumprir uma jornada semanal de trabalho que, para 87,6% é de 40 horas. A maioria dos trabalhadores (60,9%) não tem obrigatoriedade de bater o ponto (ou registrar, em algum controle eletrônico/manual horários de entrada e de saída de seus trabalhos), do que resulta, também, certo contentamento com a situação que possuem, pois, ao serem perguntados se gostariam de ter maior flexibilidade no horário de trabalho, 65,9% afirmaram que não, que o que tinham no momento da pesquisa estava bem.

É dentro dessa jornada de trabalho que os trabalhadores das ESFs da Região de Saúde estudada trabalham, atendo pessoas e comunidades que, segundo os dados levantados pela pesquisa, em média são de cinco a dez por dia (44,9% afirmaram que realizam entre cinco e dez atendimentos diários), mas podem chegar aos quinze atendimentos diários (11,8% afirmaram que realizam, em média, entre dez e quinze atendimentos diários).

No caso das agentes comunitárias de saúde, porém, há uma maior diversidade no número de atendimentos que realizam. As visitas domiciliares, que constituem uma importante forma de atendimento, são realizadas a pé para 42,9% dos trabalhadores, seguida de visitas realizadas com o carro da prefeitura para 25,8%. Em alguns municípios, os agentes se deslocam utilizando inclusive bicicletas, como se observou nos municípios de Vale do Sol e de Venâncio Aires que, pela importância do meio rural, os agentes de saúde indicaram que realizam as visitas principalmente a pé ou de bicicleta (dependendo da localização do domicílio).

Nas ESFs de Santa Cruz do Sul as visitas dos agentes são prioritariamente realizadas a pé e as visitas dos demais participantes das equipes ocorrem geralmente com o carro da

prefeitura. Com relação a isso, muitos trabalhadores afirmaram que não conseguem cumprir a sua agenda de visitas, pois dependem da liberação do carro. Indicam, nesse sentido, que por um lado espera-se que a equipe de saúde realize visitas domiciliares de modo a compreender todo o território vinculado aos seus locais de trabalho, mas, por outro lado, nem sempre têm as condições físicas adequadas para que muitas dessas visitas ocorram.

O Ministério da Saúde preconiza que as ESFs atendam e realizem ações nas grandes áreas de saúde, que envolvem, de forma prioritária, a saúde da mulher, da criança e do idoso. Para atingir tal público, 90,6% das ESFs trabalham com um cronograma de atendimentos por dia da semana; por exemplo, “dia da gestante”, dia do “grupo de hipertenso”, dia de “atendimentos às crianças” etc. E esse modo de organização das atividades é, em grande parte, aceita pelos trabalhadores das ESFs: 86,8% afirmaram que concordam com essa forma de organização do trabalho. Nas entrevistas realizadas, no entanto, foram apontadas algumas dificuldades que esse tipo de organização do trabalho acarreta, pois o cotidiano de trabalho sempre apresenta “demandas espontâneas”, do que resulta uma sobrecarga de trabalho, como ilustra a fala do enfermeiro a seguir:

Já aconteceu em um período anterior de um paciente passar e a recepcionista que é uma estagiária, mandar embora, “ah não tem mais fichas” [...] agora todos esperam sentadinhos, bonitinhos, todos são pesados, medidos e verificado a pressão, a gente tem isso como padrão, então eu vou avaliar aqueles que não conseguiram pegar as fichas e tem algumas situaçãozinhas que a gente resolve ali, mas se tirou a ficha aquela vai passar com o médico, vai ver o senhor doutor, os que sobraram a gente vai avaliar a situação, se tiver Sinal Vital alterado vai ficar esperando pra consultar, ou se der vai ser agendado, isso é tranquilo. Eu sou super neurótico com isso, e eu e a médica, nós temos um vínculo de trabalho muito bom e ela confia em mim e eu nela, mas a gente sempre prefere que ela olha e ela não se importa, e isso é muito bom [...] criança quase todas passam[...]. (Enfermeiro. Entrevista 01).

Nesse relato se destaca, entre outras questões, o compromisso de atender toda a demanda que chega na ESF. Nas observações realizadas durante a pesquisa foi possível perceber que, de modo geral, todos os usuários são de fato acolhidos nas unidades, sendo a maioria atendida por consultas médicas. Do que resulta, para muitos profissionais, um sentimento de dever cumprido:

Por isso a importância dessa construção que a gente fez que é muito pesada mas muita efetiva, da pessoa não ser mandada embora. (Enfermeiro. Entrevista 01).

Em pese o sentimento de dever cumprido, a situação indicada sobrecarrega os trabalhadores, pois, apesar de terem um cronograma de atendimento (ou uma agenda programada), precisam atender os usuários agendados (ou que retiram a ficha) e, também, os

usuários da demanda espontânea. Isso descaracteriza a ESF enquanto espaço destinado prioritariamente para promoção de saúde e prevenção de doenças, gerando um atendimento próximo às Unidades Básicas de Saúde, focado na questão curativa (e nessa situação específica, ainda com a distribuição de fichas, o que, segundo diretrizes do Ministério da Saúde, já deveria ter sido abolido). Sobre tal procedimento, um enfermeiro entrevistado afirmou que sabe da necessidade de mudança na forma de organização dos atendimentos diários, porém, afirmou também que a população já se habituou à sistemática de fichas e, em função disso, encontra resistência à mudança. (Enfermeiro. Entrevista 01).

Num dos municípios onde foram realizadas as observações, uma enfermeira afirmou que “lida diferente com a demanda espontânea”, dizendo ter já criado “uma cultura de acolhimento na população”, pois sabe que nem todos serão atendidos no dia e que “nem todos poderão passar pelo médico”. Na ESF em que essa enfermeira trabalha, os atendimentos são agendados e há um espaço reservado para a demanda espontânea. Tal situação, na percepção da enfermeira, é um gerador de stress no trabalho:

Eu tenho uma agenda, mas essa agenda não é estática [...] chegou um usuário que precisa de atendimento, ele vai ser atendido. Se precisar agendar a gente agenda, se precisar atender, atende [...], mas esse paciente da demanda espontânea gera uma tensão, pois os agendamentos tu já sabe quantos vêm, agora quando vai pra acolhimento tu não sabe, tem dias que tu pode ter dois, outros têm vinte. (Enfermeira. Entrevista 02).

O processo de trabalho nas ESFs se modificou nos últimos anos, em especial em função da introdução de equipamentos tecnológicos e do aumento dos procedimentos burocráticos. Percebe-se que se por um lado a equipe de saúde deveria se cercar, de acordo com as normatizações do Ministério da Saúde, de diversas tecnologias do cuidado para atender aos usuários do sistema, por outro lado as equipes enfrentam desafios operacionais de implantação dessas tecnologias.

Ao longo da coleta de dados se tornou notório a introdução da informatização dos sistemas e relatórios nas unidades de saúde, a implementação de protocolos clínicos e de diretrizes terapêuticas, o uso de diferentes instrumentos de trabalho pela equipe de saúde (tais como as consultas médicas e de enfermagem, o acolhimento, a escuta, o vínculo, a visita domiciliar, a discussão de casos, os grupos de educação em saúde). Todas essas tecnologias foram introduzidas ao processo de trabalho das ESFs através de normativas indutoras do Ministério da Saúde, porém, ao mesmo tempo em que se percebe um esforço dos

trabalhadores para cumprir tais exigências, nota-se um descompasso nas condições estruturais de trabalho para de fato conseguir alcançá-las.

Essas novas tecnologias exigem do trabalhador o real entendimento da mudança de paradigma no conceito de saúde/doença, uma amplitude do olhar para as condições socioeconômicas e territoriais que estão envolvidas no processo saúde/doença, além da capacidade de trabalho em equipe e de traçar ações que visem a promoção de saúde e a prevenção de doenças.

Lado a lado a essas exigências, o excesso de burocracia nas ESFs demonstra uma racionalidade no modo de fazer saúde da qual resulta uma maior responsabilização dos trabalhadores. Essa burocracia é percebida, nas falas dos trabalhadores, como um excesso de trabalho, como necessidade de um maior número de relatórios, de cadastramentos dos usuários e dos serviços prestados, de monitoramento das ações em saúde, de prestação de contas aos administradores públicos (tanto municipais quanto estaduais e, mesmo, nacionais).

Assim, apesar da Regionalização da Saúde prever a descentralização das ações em saúde e apesar de haver uma Política Nacional de Humanização que preconize a participação ativa do trabalhar no processo de trabalho e a humanização no trabalho em saúde, o que se percebe através das entrevistas e das observações é um trabalhador que nem sempre consegue atender essas expectativas, sentindo-se, muitas vezes, sobrecarregado e, mesmo, fragilizado, diante de exigências que decorrem da organização do sistema de saúde.

4.1.1. A coordenação do trabalho na Estratégia Saúde da Família.

A Política Nacional de Atenção Básica, ao versar sobre as atribuições das ESFs e de cada membro de suas equipes, propõe a presença de um coordenador dessas equipes de saúde, que pode ser qualquer componente das equipes, independente do grau de escolaridade ou da função profissional.

Na Região 28 de Saúde, 95,1% das equipes são coordenadas por enfermeiros. Em Santa Cruz do Sul, todas as 14 equipes existentes no período de coleta de dados eram coordenadas por enfermeiros. Tal função, da mesma forma que demonstra um reconhecimento dessa categoria profissional, gera um trabalho burocrático e organizativo extra, e não infere em uma remuneração diferenciado frente aos demais integrantes da equipe, como se percebe na fala a seguir:

Em SCS todos os enfermeiros são os coordenadores das equipes. Isso gera uma sobrecarga de trabalho enorme, principalmente a parte burocrática, muito, muito. Eu sou a coordenadora da equipe, sempre fui, mas eu tô passando a bola se alguém quiser (risos). (Enfermeira. Entrevista 02).

Dessa forma, além de ter as atribuições de gestão já inerentes à função do enfermeiro (como, por exemplo, assumir a coordenação dos agentes comunitários de saúde e da equipe técnica da unidade), tal categoria profissional acumula a coordenação da equipe que, entre outras funções, se responsabiliza pela organização das reuniões periódicas realizadas nas ESFs, mantém os contatos com a coordenação geral das ESFs (no caso dos municípios maiores como, por exemplo, Santa Cruz do Sul), sendo, ainda, a ligação com os Secretários Municipais de Saúde (no caso dos municípios menores).

Nesse sentido, Marques (2015) aponta que as condições de saúde do trabalhador de enfermagem inserido na Atenção Básica estão permeadas por fatores de risco ocupacionais inerentes ao trabalho, que se somam às responsabilidades relacionadas com a organização dos processos de trabalho, do atendimento às demandas populacionais, ao cumprimento dos direcionamentos normativos que regem a organização da Atenção Básica.

O trabalho das ESFs deve ser realizado em equipe, com decisões conjuntas e troca de conhecimentos. Porém, mantém na figura do enfermeiro o papel de coordenador. Embora a pesquisa tenha indicado que a relação desses profissionais de enfermagem com as suas equipes não seja espaço de grandes dificuldades (65,9% dos trabalhadores afirmaram que a relação com a coordenação direta é boa), o mesmo não acontece na relação com a Coordenação das ESFs dos municípios ou com a gestão municipal (no caso e de modo geral, com a Secretaria Municipal de Saúde). Nessa direção, a fala de muitos profissionais de enfermagem que coordenam ESFs indica relações tensas:

A minha coordenação direta, quando eu levo alguma coisa, ela tenta resolver, só que tem vários outros setores que interferem no nosso trabalho e que a gente depende deles e que quando eu levo para ela, ela diz: “é...não é fácil...”, eu sei bem que não é fácil (risos), talvez ela também não tenha autonomia, ela que é coordenadora de vários ESF, talvez seja pior ainda, eu tenho uma ESF, ela tem vários. (Enfermeira. Entrevista 02).

Na fala acima, o jogo de poder e de negociação aparece e a capacidade de resolução de problemas também. Na fala da trabalhadora há uma menção direta sobre a autonomia de decisão que muitas vezes condiciona o trabalho dela, mas também da sua coordenação direta e que repercute na realização do seu trabalho na ESF. Pode-se refletir sobre as verticalidades das ações da gestão e sobre o distanciamento da gestão com o trabalhador da linha de frente.

Por sua vez, na fala a seguir o coordenador da ESF fala sobre sua relação com a gestão do município e evidencia a troca de experiência e de saberes em prol da solução de problemas através de negociações:

Existe de uma forma não dita uma cumplicidade, por que eles são limitados nessa questão do planejamento, da execução, na questão de prover recursos [...], mas também nós somos ineficazes em outras coisas, então existe, parece, que um acordo não dito e de uma ajuda mútua, a gente tenta se ajudar pra que dê certo. (Enfermeiro. Entrevista 02).

Ao longo das observações pode-se perceber que os municípios que contam com um número maior de ESFs, como é o caso de Santa Cruz do Sul e de Venâncio Aires, têm na figura do coordenador de ESFs a intermediação com o Secretário Municipal de Saúde. Já nos municípios com um número menor de equipes há um contato direto dos trabalhadores com os secretários municipais. Apesar de ser compreensível a fala de um secretário de saúde quando o mesmo afirma que é impossível fazer a gestão da saúde sem a figura de uma coordenação, é evidente o quanto o trabalhador se sente valorizado e o próprio gestor tem maior domínio e conhecimento dos assuntos diários da ESF em condições em que há uma proximidade do gestor com a realidade concreta, onde os desafios são enfrentados cotidianamente.

Assim, a coordenação da equipe de ESF é feita sempre por um trabalhador da própria equipe, que é eleito pelos demais trabalhadores. De acordo com os dados, porém, parece que tal função é inerente ao trabalho de enfermeiro, tendo em vista que mais de 95% das equipes da Região 28 de Saúde é coordenada por esse profissional.

Através das observações ficou evidente que o coordenador se envolve na organização do trabalho dentro da ESF, com a distribuição de salas e da demanda de trabalho, com a orientação e o acompanhamento da equipe (em especial dos agentes de saúde e dos técnicos de enfermagem), com a compilação e o envio do relatório mensal para a secretaria de saúde do município, com a organização e a condução das reuniões de equipe, além de participar das reuniões gerais que ocorrem nos municípios. Assim, no que tange ao trabalho interno da equipe o papel do coordenador é fundamental. E sua ação, como a ação dos demais trabalhadores das ESFs, tende a ser realizada nos limites das normatizações oriundas da secretaria de saúde, de ações e de programas ministeriais, da falta de recursos humanos, de materiais e de estrutura física.

Esse condicionamento do trabalho aparece em diferentes situações como, por exemplo, na falta de estrutura física para fazer as reuniões de equipe, no próprio

questionamento da efetividade das reuniões de equipe por alguns gestores, na carência de agentes de saúde para fazer as visitas a todas as famílias do território de abrangência, na difícil gestão de trabalhadores de uma mesma equipe com contratos diferentes de trabalho, nas relações tensas que, muitas vezes, se estabelece com as administrações públicas, nas dificuldades de executar o planejamento das ações diante de diferentes limitações que decorrem tanto da gestão pública municipal quanto da dinâmica (nem sempre capaz de garantir a efetividade dos programas planejados) das políticas de saúde (no estado e no País).

Um exemplo relacionado à execução do planejamento das atividades numa equipe de ESFs, nesse sentido, pode ser ilustrativo.

Numa das observações realizadas numa ESF, mais especificamente no município de Santa Cruz do Sul, a equipe de saúde recebeu a orientação (da secretaria municipal de saúde) de que deveria fazer o reforço da vacina do tétano nos pacientes idosos e acamados da sua região de abrangência. Isso em virtude de que havia falecido um idoso daquela região e a gestão de saúde do município cobrou explicações da equipe sobre o acontecido, questionando o porquê de haver pacientes com essa vacina em atraso, sendo que essa é uma vacina disponível no Calendário Básico de Imunizações. Feitas as combinações internas sobre como se daria essa busca pelos pacientes acamados e a dinâmica das visitas para realizar as vacinas, os agentes de saúde avisaram todos os usuários sobre tal ação.

Dentro do planejamento da equipe, alguns dias antes da realização das vacinas a enfermeira solicitou para a gestão do município as doses extras de vacinas do tétano que seriam utilizadas durante aquela atividade, mas, teve seu pedido negado em função de que não havia vacina no estoque do município. A mesma explicou a necessidade das doses e de que já havia agendado com os idosos, porém a gestão comunicou que não dependia do município, já que esse repasse era feito via coordenadoria regional de saúde, pois a Política Nacional de Imunização é uma política estadual. Dessa forma, os mesmos tiveram que abortar a ideia da vacinação no domicílio dos idosos, já que as doses disponíveis no ESF eram suficientes apenas para atender a demanda de usuários esperada na unidade de saúde.

Ao longo do desfecho dessa situação as falas das agentes de saúde eram de desmotivação e de frustração, já que elas teriam que retornar às casas e avisar a população do imprevisto. A técnica de enfermagem afirmou: “foram eles (a gestão) que solicitaram que a gente tivesse essas vacinas em dia, agora que nos organizamos, não tem as doses”. Por sua vez, a enfermeira tentou acalmar a equipe afirmando que assim que as doses viessem da Coordenadoria Regional de Saúde, eles retomariam a ação proposta.

Nesse exemplo, a autonomia do trabalhador ficou limitada em função de uma questão estrutural e de organização da dispensação das vacinas, que independe da própria gestão municipal e da equipe da ESF, já que essa é uma organização que se define em nível estadual. Dessa forma, apesar do trabalhador ter autonomia para definir as suas ações e, no caso específico exemplificado, a prevenção de doenças, ele esbarra em questões que decorrem da própria organização do sistema, articulado através de ações de decisões que compreendem diferentes escalas. O caso citado ocorreu com a vacina do tétano, mas ao longo da coleta de dados foi possível observar que esse tipo de situação não raras vezes está presente nas ESFS.

Registre-se, ainda, que as coordenações das ESFs muitas vezes são pressionadas pelas administrações municipais para que as unidades de saúde nas quais são responsáveis mantenham o profissional médico atendendo consultas. Ora, a determinação do Ministério da Saúde é que os médicos de ESFs realizem visitas domiciliares e se envolvam nas atividades de educação em saúde no território. Diante da pressão das administrações municipais e diante da limitação de tempo do profissional médico, a equipe de saúde não consegue conciliar as diferentes demandas, muitas vezes em função das relações de poder estabelecidas com os gestores municipais, optando pelas consultas e, nesse sentido, corroborando ações que deveriam ser problematizados em espaços de saúde básica. Essa situação concreta ilustra o modelo de saúde curativo, biologicista e centrado no médico, frente ao modelo proposto pelo SUS e que tem nas ESFs o espaço proposto para a sua execução, que foca na equipe multiprofissional, na promoção de saúde e na prevenção de doenças. Esse dilema é um condicionamento importante nas ações dos coordenadores de ESFs e, também, das próprias equipes que, afinal, colocam-se diante de situações em que o planejamento de suas ações ocorre em contexto de pressões das gestões municipais.

Por fim e ainda sobre o trabalho de coordenação nas ESFs, é importante registrar que, de modo geral, a relação dos coordenadores com os usuários não é uma relação que apresenta especificidades. Nas falas e nas observações realizadas durante o levantamento dos dados ficou evidente que, frente ao usuário, os coordenadores são vistos como profissionais de saúde que estão na ESF para atender à população, sem que disso decorra uma relação de poder. Também se percebeu que há um envolvimento grande de todos da equipe (e não somente do coordenador) para solucionar os problemas dos usuários (em termos de encaminhamentos, agendamentos externos, encaixes de consultas).

4.1.2. As equipes de trabalho e as relações de poder.

A equipe básica da ESF é composta por, no mínimo, um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e entre seis e oito agentes comunitários de saúde (PNAB, 2012). São trabalhadores com formações, vivências e experiências diversas, que concretizam a divisão do trabalho em saúde, ainda que, segundo normativas do Ministério da Saúde, o trabalho em equipe se justifica e se sustenta na integração dos diversos saberes do núcleo de conhecimento de cada profissional.

Os trabalhadores de saúde que atuam nas ESFs da Região 28 de Saúde não ignoram as relações de poder que estão presentes em seus locais de trabalho. Porém, para 59% o que se destaca é que as relações entre os diferentes profissionais são “boas”.

A afirmação de que as relações entre os diferentes profissionais são “boas” não implica, no entanto, que as relações de poder entre os diferentes profissionais não apresentem dificuldades e, inclusive, expressem desigualdades entre os diferentes profissionais. Pelo contrário, pois 59,8% dos trabalhadores pesquisados afirmaram que participam “às vezes” das decisões referentes aos programas, aos projetos e/ou planos de atuação nas ESFs, e 80,5% afirmaram suas opiniões são aceitas apenas “às vezes” pelos coordenadores das equipes.

Sobre as relações entre as coordenações das ESFs e os diferentes trabalhadores foi possível observar, também, que elas tendem a apresentar diferenças. Assim, os coordenadores (na grande maioria, como indicado anteriormente, profissionais da enfermagem) tendem a manter uma relação de maior distanciamento com os profissionais da medicina, enquanto que com os técnicos em enfermagem e com as agentes comunitárias de saúde a relação implica maior acompanhamento e maior controle. Teoricamente, na perspectiva das determinações das políticas de saúde, nas próprias representações dos coordenadores (e, inclusive, de outros trabalhadores das ESFs), essa diferenciação decorre da própria estruturação dos serviços de saúde, que atribui já ao profissional da enfermagem a competência de planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos agentes comunitários. No cotidiano de trabalho, no entanto, essas situações não somente expressam relações desiguais de poder, mas, também, reproduzem um modelo de saúde centrado na figura do médico que, em função da posição que esse modelo atribui a esse profissional, tende a ser “mais respeitado” pela coordenação e tem maior autonomia em seu trabalho; o mesmo não ocorrendo com os técnicos de enfermagem e com os agentes comunitários de saúde que, pelo próprio posicionamento que ocupam na estrutura de profissões que decorre do modelo centrado no médico, trabalham sob

maior controle e nem sempre são respeitados de forma equitativa em suas opiniões e em suas intervenções.

Importante notar, também, que 40,7% dos trabalhadores pesquisados afirmaram que as decisões (sobre programas, projetos ou planos de atuação das ESFs) são de responsabilidade da própria equipe das ESFs onde atuam. Contudo, para 28,3% essas decisões estão nas mãos do secretário de saúde do município.

Em que pese os problemas, há um sentimento entre os trabalhadores que o trabalho que realizam nas ESFs é um trabalho em equipe: 94,7% afirmaram que o trabalho é um trabalho de equipe, destacando-se a união, a troca de ideias, a integração, as conversas e os compartilhamentos entre os membros da equipe. Seguem algumas falas coletadas pelos formulários que ilustram tais dados:

As decisões são tomadas em conjunto. (Enfermeiro. Formulário número 75).

As decisões envolvem todos os trabalhadores da ESF. (Técnico em Enfermagem. Formulário número 76).

Para vários tipos de casos serem resolvidos, precisa de um olhar de todos da equipe. (Enfermeiro. Formulário número 12).

Através dos dados coletados percebe-se que o trabalho em equipe permite que os trabalhadores construam espaços de trabalho pautados pela troca de ideias e pelo compartilhamento de saberes. Apesar disso, a realidade concreta aponta para situações em que nem sempre e nem todos os trabalhadores têm suas atividades integradas nesse “compartilhamento”. Durante as observações percebeu-se, por exemplo, que especialmente as agentes comunitárias de saúde não participam ativamente das decisões da equipe. Ainda que essas trabalhadoras não estejam presentes com igual frequência (em relação a outros profissionais) na unidade de saúde (o que as distancia de momentos de discussão e de decisão), a reclamação delas de que “não são respeitados” é um importante indicativo de uma divisão de trabalho que relativiza a importância da participação dessas trabalhadoras. Uma agente de saúde, ao ser entrevistada, indicou que a experiência das agentes é pouco ouvida e valorizada pela sua equipe e isso a deixa frustrada e impotente. Quando questionada sobre o espaço para expor suas ideias e se ela se sente parte da equipe, a agente de saúde comentou:

Dentro do funcionamento aqui da unidade não é mais tanto aceito, tinha um tempo atrás nós trazíamos mais sugestões e eram mais aceitas. Eu nesta equipe estou meio deslocada não é nada pessoal, mas não estou bem encaixada [...]. É que a gente traz muito o que a população comenta, o que eles gostariam e o que reclamaram. Quando tu vai falar, por exemplo, que a população reclamou de alguma coisa tem uma interpretação que tu tá reclamando, parece pessoal contra alguém da equipe e não é isso. (Agente Comunitária de Saúde. Entrevista 07).

Perguntada sobre a existência de espaços para conversar sobre essas questões com a equipe de saúde, a agente respondeu: “Já tentamos várias vezes, só que no momento que você fala é meio tenso e não há um entendimento”. Na fala da trabalhadora ainda transparece uma desvalorização do conhecimento do agente de saúde e da sua experiência com a comunidade.

Eu acho que poderia ser muito melhor aproveitado o que a ACS tem de conhecimento. A gente poderia ajudar muito mais do que a gente faz [...] de falar como é que está fulano, passei tal tratamento para ele, ele tem um problema assim, ele tá usando a medicação? E o estilo de vida dele? Porque aqui no posto é uma coisa, lá muitas vezes é bem outra. O saber de um, com o do outro, e juntar a informação que o dentista tem, com a que a ACS tem, com a do enfermeiro, e juntar em um todo, porque às vezes quando tu junta, tu vê que todos podem ajudar de alguma forma. (Agente Comunitária de Saúde. Entrevista 07).

E a agente entrevistada conclui seu relato afirmando que acredita estarem trabalhando em equipe, mas que essa condição poderia ser potencializada se o saber de cada um se somasse ao saber de todos.

É trabalho em equipe só que eu acho que poderia ser melhor aproveitado. Não é que não tem, mas eu acho que poderia ser melhor aproveitado. A impressão que dá é que não se tem confiança no nosso trabalho é quase como se fosse um trabalho a parte, sabe. E eu já trabalhei em outras equipes que eram mais juntas e que nosso conhecimento era aproveitado mais. (Agente Comunitária de Saúde. Entrevista 07).

Ainda que a fala de uma agente de saúde de outro município se contraponha a esse sentimento de não pertencimento à equipe (“Eu me sinto pertencente a equipe, com uma boa abertura”) (Agente Comunitária de Saúde. Entrevista 08), ao longo das observações o que ficou evidenciado é que há uma participação limitada das agentes comunitárias de saúde nas equipes das ESFs. Certamente que tal situação é geradora de tensões e de resistências por parte dessas trabalhadoras. Nas observações e nas entrevistas, inclusive, essas tensões ficaram explicitadas nas falas de muitas agentes de saúde: “sem o agente de saúde a ESF não anda”; “apesar de sermos consideradas ‘burros de carga’, o nosso trabalho é muito importante”.

Essas são as condições encontradas no campo empírico e que ilustram relações de trabalho nem sempre tão cordiais. A valorização do nível de conhecimento dessas trabalhadoras nem sempre acontece nas discussões de equipe, o que reflete, além de uma divisão do trabalho em saúde, também uma divisão e hierarquização de saberes. E é a partir desse contexto que se dá a negociação dos espaços de autonomia para as agentes comunitárias de saúde que, de diferentes formas, sentem-se que são discriminadas.

As relações de trabalho e de poder, em especial entre a equipe de enfermagem e as agentes de saúde é regido por uma relação hierárquica imposta pela própria divisão do trabalho de enfermagem, no momento em que estabelece que o enfermeiro é o coordenador dos técnicos de enfermagem e dos agentes de saúde. Na maioria das falas, tal relação se mostra tranquila, porém prevalece a decisão final do enfermeiro.

Eu tenho duas técnicas, eu deixo elas se organizarem, aí se elas não conseguirem, eu organizo elas (risos), eu sou bem democrática. Com as ACS é a mesma coisa: quando tem alguma coisa que eu sei que elas não querem fazer, eu digo para elas se organizarem, mas se não acontecer, eu determino. (Enfermeira. Entrevista 02).

Tal fala ilustra a divisão do trabalho e uma organização de trabalho ainda pautada no modelo taylorista/fordista, no qual prevalece a repetição de tarefas, divisão entre quem elabora e quem executa, pressão por resultados, dificuldades de relacionamento entre a equipe. Uma relação que se contrapõe, portanto, às percepções quanto à necessidade (sentida) de uma maior comunicação nas equipes de trabalho, como indica o relato de uma técnica de enfermagem, que destacou a importância da comunicação entre os membros da equipe como ferramenta de gestão do trabalho e como forma de evitar atritos entre os membros da equipe:

Eu acho que tem que ter uma comunicação de trabalho de equipe para a coisa fluir [...] até os agentes têm que falar a mesma língua da equipe aqui de dentro, porque é ele que vai estar lá falando como funciona para a comunidade. Este é o ponto chave e o grande desafio da equipe e quando tiver alguma coisa errada falar, chamar a pessoa e conversar para não dar aquela coisa de não falar com o colega. (Técnica em Enfermagem. Entrevista 04).

Na fala de um médico percebe-se que o número de integrantes da equipe favorece o bom entrosamento entre eles, já que por estarem em um número reduzido, em função da falta de agentes de saúde, todos devem fazer seu papel dentro da equipe e se ajudar.

A equipe aqui é bastante enxuta daí a gente se dá bem né [...] não tem nenhum problema de algum querer invadir o espaço do outro ou eu me sentir mais e deixar nas costas dos outros. (Médico. Entrevista 05).

Ressalta-se ainda a importância que um ambiente agradável e amistoso representa para o trabalho em equipe, na medida em que a convivência semanal é intensa, como aparece na fala a seguir:

Nós temos uma jornada de trabalho de 8 horas e mais uma hora de almoço, a gente é que nem uma família. Somente, às vezes se tem algum atrito mas são pequenos, eu vejo a equipe com uma relação muito boa, as pessoas interagem, tem uma relação pura, e talvez se não fosse assim eu não estaria mais aqui. (Enfermeira. Entrevista 01).

Eu acho que é uma equipe muito boa. Às vezes tem que ter sorte para ter uma equipe boa e com isso o trabalho flui. Às vezes você pode ter bastante trabalho, mas tu tendo uma equipe boa tudo flui [...] às vezes você está cansado, mas a equipe ajuda. (Técnico em Enfermagem. Entrevista 03).

Nota-se, assim, que quando a equipe está focada em um mesmo objetivo, que no caso do trabalho em saúde é promover cuidados aos usuários, as manifestações de carinho e respeito entre a equipe ficam evidentes apesar das diferenças inerentes à história de cada trabalhador.

É uma grande família, todos temos um mesmo objetivo, mas viemos de histórias diferentes, com famílias diferentes, hábitos diferentes. (Técnico em Enfermagem. Entrevista 04).

O espaço propício e criado para o debate de ideias e troca de informações são as reuniões de equipe. As entrevistas apontam para o uso dessas reuniões tanto para informações e recados para os membros da equipe, como um tempo em que elas teriam para se dedicar à parte burocrática do seu trabalho, sem a presença dos usuários, na medida em que nesses momentos destinados às reuniões as unidades permanecem fechadas.

A enfermeira sempre passa alguma coisa do momento pra gente saber orientar, porque senão as pessoas te perguntam e tu não sabe, pra gente ficar bem a par. (Agente Comunitária de Saúde. Entrevista 08).

No que diz respeito às reuniões de equipe, apesar de notória a importância desse espaço para os trabalhadores da saúde, o município de Santa Cruz do Sul estava implementando (no momento da pesquisa) algumas mudanças nos cronogramas das reuniões das ESFs, com a justificativa de que não havia um aproveitamento de tais reuniões por parte dos trabalhadores e, somado a isso, os usuários estariam ficando desassistidos. Isso impactou de forma intensa as equipes de saúde, que discordaram de tal determinação em função da importância alegada por todos de uma reunião semanal.

As reuniões agora são quinzenais, e de 2 horas, as reuniões são muito importantes, eu até acho que o tempo ficou curto, apertado, acho que ela poderia continuar semanal, muito recado acaba sendo passado no corredor por falta de tempo. (Técnico em Enfermagem. Entrevista 03).

Todos ficaram chateados por não ser mais semanalmente e sim de quinze em quinze dias. Ali é o momento de conversar e eu acho importante [...] toda a semana você ter uma reunião para parar com toda a equipe e poder conversar e passar tudo o que veio de novo. Expor os teus problemas. Tudo. Eu acho bem importante este espaço. Eu acho que de 15 em 15 dias já ficou mais complicado. (Técnico em Enfermagem. Entrevista 04).

Mais essa, quando a gente podia definir algumas estratégias, conversar, agora mudou, vai ser de 15 em 15 dias. Nas reuniões é quando a gente consegue conversar,

porque tem algumas coisas que a gente precisa definir de fluxo aqui dentro, poder discutir, se organizar, trazer algum caso. Ou muitas vezes se a gente não sentava todo mundo junto reunido, como tem muita coisa burocrática e todo mundo tem, a gente se organizava nas suas atividades, pelo menos uma quinta por mês a gente fazia isso. (Enfermeira. Entrevista 02).

Nessas falas transparece a recepção negativa com relação à diminuição da frequência das reuniões, mas também de que muitas vezes esse espaço era utilizado para a organização burocrática do trabalho. Assim como já foi discutido, houve um aumento importante da demanda burocrática também nos serviços de saúde, o que exigiu do trabalhador uma readequação da sua organização de trabalho. Dessa forma, o espaço destinado às reuniões acaba, algumas vezes, servindo para a execução de relatórios, para o preenchimento de cadastros, para a dispensa eletrônica de medicação, entre outras atividades burocráticas, desvirtuando, assim, um espaço importante de discussão, de planejamento coletivo, de participação dos trabalhadores na Atenção Básica.

Por sua vez, a alegação do secretário municipal de saúde sobre a alteração na frequência e no tempo das reuniões das ESFs passa pelo aumento da procura dos usuários pelos serviços de urgência/emergência no período em que as ESFs estão fechadas (ou durante à noite ou logo após à tarde das reuniões que, nesse município, ocorriam nas quintas-feiras). Após a informatização da rede de saúde do município foi possível rastrear e controlar esses picos de procura pelos serviços de urgência/emergência, e a justificativa para o aumento de atendimentos nesses espaços, segundo a gestão de saúde, se encontra nas reuniões semanais das equipes dos ESF. Segue a fala do secretário de saúde sobre isso:

Eu tenho um princípio pra mim, o que tu não decide em uma reunião de uma hora, tu acaba não decidindo numa tarde inteira ou no dia inteiro. Como nós tínhamos aqui? Todas as quintas de tarde todos os ESFs fechavam para fazer reuniões de equipe, claro que isso por um lado é muito bom, porque a equipe acaba discutindo o trabalho, programando ações, por outro lado as quintas à noite era os picos de intercorrências tanto no CEMAI quanto no PA, porque no momento que tu fecha toda a tua atenção básica um turno, lota as emergências. Então nós estamos criando um calendário exclusivo de reuniões quinzenais, nas terças, quartas e quintas feiras, dividindo alguns ESF, e assim eles vão fechar em dias alternados, por regiões. A gente vai manter de forma que não tenha todos os ESFs em reuniões ao mesmo tempo, porque a gente sente um baque grande no atendimento que a população acaba buscando em outro local. (Secretário Municipal de Saúde. Entrevista 09).

Nessa situação não se faz uma reflexão sobre o porquê dos usuários estarem/serem tão dependentes do serviço de saúde, ou o porquê culturalmente o atendimento de saúde e a oferta de serviços de saúde mantém ainda o foco nas questões curativas. Pensando pela lógica que norteia (ou que deveria nortear) o trabalho nas ESFs (promoção de saúde e prevenção de

doenças), a tendência esperada é de que nas áreas com cobertura de ESFs houvesse a diminuição da procura por atendimentos de urgência e emergência e, nesse sentido, uma tarde por semana em que a ESF fica fechada não deveria repercutir no aumento de volume de atendimento nesses serviços. Porém, a decisão da gestão, sem a participação dos trabalhadores e usuários, é de alterar o cronograma das reuniões.

Nota-se, ainda, muito arraigada nessa demanda por serviços de saúde uma visão curativa sobre a saúde, tanto na comunidade como entre a gestão e entre os próprios trabalhadores da saúde. E isso gera sofrimento e frustração por parte de alguns trabalhadores, como fica claro na fala abaixo:

O acolhimento não consegue ser resolutivo e isso é uma das coisas que me incomoda, porque se eu vou acolher o paciente eu teria que fazer com que fosse resolutivo, mas não consigo, se ele fosse tão resolutivo o paciente não sairia daqui iria no PA ou [...] no hospitalzinho e isso acontece por causa dessa necessidade pelo modelo biomédico, eu venho, sou acolhida e essa pessoa me traz uma conduta, mas o médico não me viu, e aí eu vou no PA procurar por um médico. (Enfermeiro. Entrevista 02).

Outro desafio percebido nas falas sobre a reunião de equipe é o comparecimento do todos, em especial dos médicos, na medida em que alguns são vinculados ao Programa Mais Médicos e, dessa forma, eles fazem uma carga horária diferenciada dos demais integrantes da equipe; sendo assim, têm direito a um dia de folga na semana, que muitas vezes é usado para cursos, qualificações ou especializações. Muitos optam por folgarem no turno das reuniões de equipe.

A reunião de equipe às vezes é complicado tu colocar para todos que é uma reunião de equipe, porque nós temos um agravante, a médica é estrangeira, e ela por participar do Mais médicos tem uma jornada diferenciada, de 32 horas aqui dentro e de 8 horas tem livre para a sua especialização à distância em Pelotas, então alguma coisa tinha que sacrificar e acabou sendo a reunião de equipe. (Enfermeira. Entrevista 01).

Assim, um espaço importante para troca de informações, organização das atividades semanais, metas e ações, é relativizado por diferentes razões (externas), como carga horário, estrutura física, sobrecarga de trabalho burocrático, decisão administrativa. E é nesse contexto que o trabalho em equipe acontece nas ESFs. Sobre a estrutura física há, inclusive, no relato de uma enfermeira a denúncia de que a equipe não tem espaço físico para realizar as reuniões; fato que ocorre em função da troca da ESF para outro local, ocasionando a diminuição da área física. Tal fato foi constatado também durante a observação, sendo que essa é a justificativa para a equipe não realizar encontros de educação em saúde para a comunidade dentro da

estrutura da ESF, como a fala demonstra: “E agora nem lugar de reunião a gente tem, a gente perdeu muito o nosso espaço enquanto trabalhador”. (Enfermeira. Entrevista 02).

Outra situação encontrada durante a coleta de dados e que lembra a importante discussão de gênero na saúde e da própria representação que a comunidade tem sobre o profissional enfermeiro e o profissional técnico de enfermagem, foi em uma ESF em que o enfermeiro é do sexo masculino. Para que ele realize uma atividade inerente a sua profissão enquanto trabalhador de ESF, a coleta de citopatológico, é preciso que a técnica de enfermagem entre junto na sala onde é feita a coleta. Tal necessidade se justifica em função de ser um exame que analisa as partes íntimas das mulheres e, sendo realizada por um profissional do sexo masculino, muitas vezes causa constrangimento, não sendo facilmente aceito por todas as mulheres que vão fazer o referido exame. Tal realidade ilustra uma relação de dependência que, no caso, o enfermeiro tem em relação à técnica de enfermagem, na medida em que, apesar de ser um procedimento atribuído à competência do enfermeiro e exigido do profissional que atue na ESF, o mesmo não pode realizá-lo sem a presença da técnica.

Eu dependo dela tanto dela (técnica) que eu não tenho como me desvencilhar dela no caso dos preventivos de câncer de colo de útero, foi muito difícil essa questão da saúde da mulher, as mulheres tem vergonha, cria toda uma situação então eu sou obrigado e levar ela junto para a sala, porque eu como enfermeiro não posso delegar essa função pra ela, e a gente teve que matar um leão por dia, teve que explicar, tem que ter a técnica do lado pra mulher se sentir segura, porque pra eles, eu não sou mais enfermeiro do que ela, pra eles ela é enfermeira e eu sou enfermeiro. Então teve que ser construído isso. (Enfermeiro. Entrevista 01).

E, ainda para ilustrar como essa relação de poder entre enfermeiros e técnicos de enfermagem não é livre de negociações e espaços de tensões, na fala a seguir aparece a luta do enfermeiro para delimitar esse espaço, que se traduz concretamente por uma linha tênue entre as categorias profissionais.

Eu acho que não é tranquilo, porque a minha técnica de enfermagem tem muita experiência, quando eu cheguei aqui ela conhecia muito mais essa realidade do que eu, eu não poderia ser aquele enfermeiro tradicional, eu não posso cercar ela, eu tenho que ser parceiro dela, porque eu dependo dela. Ela é uma pessoa muito bem intencionada que luta pelas pessoas, só que muitas vezes falta conhecimento teórico, só que eu não posso chegar e moldar ela, eu tenho que trabalhar com as potencialidades dela ao meu favor, e é uma luta. (Enfermeiro. Entrevista 01).

Outro ponto que tensiona e condiciona a relação entre os trabalhadores e a divisão do trabalho é a própria estrutura do serviço de saúde e a carência de profissionais para suprir férias, folgas ou afastamentos. Na fala de um enfermeiro, a seguir registrada, fica clara a

relação muito próxima que ele e a técnica de enfermagem precisam manter em função de que, com certa frequência, esses profissionais se encontram sozinhos na unidade de saúde. Destaca-se que, nesse caso, o enfermeiro pode assumir todas as atividades realizadas pelo técnico, porém o técnico tem limitação de ação em função das competências profissionais impostas pelo COREN.

Outra coisa que é bem vulnerável na Atenção Primária é a falta de pessoal, como a gente nunca tem uma reserva técnica, tipo eu tenho que tirar férias, quando acontece alguma coisa, fica nas mãos dela, como muitas vezes fica nas minhas mãos e tem coisas que ela tem mais facilidade do que eu, como as vacinas. Nós tentamos dividir as tarefas um pouco, claro sempre respeitando a questão da responsabilidade e competências de cada categoria. (Enfermeiro. Entrevista 01).

No que diz respeito à relação de poder entre os integrantes das equipes com a coordenação do município, a fala de uma enfermeira demonstra uma diferença de tratamento em relação ao médico e ao enfermeiro da ESF, o que reforça a centralidade da saúde pautada num modelo médico centrado.

Até porque com ele (médico) não acontece nada, ele tem mais abertura com a gestão, com a gente é mais restrito, se tu não é concursado [...] porque a enfermagem é aquela coisa, pra trabalhar na saúde da família tem uns quantos. O médico nas próprias reuniões tem um tratamento diferenciado, tu faz uma reunião com os enfermeiros e traz alguma coisa e se a gente contesta e diz que é inviável, a resposta é: não, vocês vão fazer. Quando tu faz a reunião com o médico e diz, isso é assim e tal, quando volta, vem uma proposta completamente diferente, ou então algumas coisas nem é pra falar pros médicos pra eles não irem com argumentos pras reuniões [...] seria lindo se não fosse assim, mas é [...] (risos). (Enfermeiro. Entrevista 02).

Tais relações de poder no trabalho condicionam as ações dos trabalhadores da saúde e, como foi visto nas falas, há tantos espaços de resistência quantos espaços de aceitação por parte dos trabalhadores sobre essas situações.

4.2. A relação com as comunidades.

Ao longo da coleta de dados, em especial nas entrevistas e nas observações realizadas, ficou evidente que as comunidades onde as ESFs estão inseridas fazem diferença no trabalho em saúde. Como é conhecido, uma das “expectativas” em relação ao trabalho das ESFs é que as suas equipes de trabalho façam um diagnóstico da saúde da população onde as mesmas estão inseridas, através do levantamento e da sistematização de dados relacionados, por exemplo, às condições socioeconômicas e à epidemiologia das populações. A partir desse diagnóstico, então, as equipes de saúde podem melhor planejar suas ações e o próprio trabalho

realizado nas ESFs tem uma organização que está vinculada às necessidades das comunidades: demandas específicas de atendimentos, horários potencialmente de maior procura, medicações mais utilizadas e mais demandadas, mesmo concepções acerca do sistema de saúde e dos profissionais de saúde.

Nas falas dos trabalhadores essas questões apareceram de diferentes formas, alguns indicando que a ESF está inserida em comunidade que exige muito e que é muito dependente dos serviços de saúde; outros indicando que a comunidade é mais “tranquila”, “colaborativa”, sendo as próprias equipes melhor recebidas, o que repercute positivamente no trabalho que realizam. As manifestações apresentadas são, nesse sentido, ilustrativas:

Eu acho que aqui o pessoal é bem tranquilo e o pessoal compreende um pouco mais, às vezes eles querem uma coisa e a gente explica que não é possível e eles compreendem. Ocorre que o bairro está crescendo muito e começa a vir pessoas com diferentes culturas e estamos sentindo um pouco mais aquela cobrança do paciente não entender que aquilo não será atendido e a gente está notando isso. A cultura aqui do próprio alemão é um pouco mais compreensível, você explica e ele entende. Não digo aceitar, mas entender. (Técnico em Enfermagem. Entrevista 04).

No município são poucos médicos de família, apenas quatro, e um tá no Caique que é uma área mais conturbada, mas ele é vereador e consegue dar um jeito na população dele, não sei como, mas tipo, se eu fosse trabalhar lá eu me estressaria mais que aqui. (Médico. Entrevista 06).

Eu acredito que os trabalhadores que trabalham em áreas mais populosas, com um tipo diferente de usuário eles estão mais pressionados. Por que a gente fazia horas extras em outras unidades e eu via um diferencial, muito movimento, família com muito mais filhos, muito mais adolescentes grávidas, muito mais vacinas atrasadas. Então eu tenho certeza que esse bairro onde eu trabalho é diferenciado. (Técnico de Enfermagem. Entrevista 03).

É importante destacar, também, que as questões políticas, em especial as questões relacionadas à política partidária dos municípios, também interfere no trabalho em saúde. E essa condição não passa despercebida pelos trabalhadores, alguns dos quais, inclusive, fazem questão de dizer que é importante não ter problema com a administração pública municipal:

Porque a população é tranquila e pequena e não tem nenhum que faça esporo nem nada. Que eu saiba não teve nenhum caso que fosse reclamar na Secretaria Municipal de Saúde que não foi atendido. Isso é bem importante né (risos). (Médico. Entrevista 06).

Ainda que alguns trabalhadores tenham um contrato estável de trabalho, as pressões e tensionamentos no atendimento em saúde são permeadas por questões políticas. O próprio cargo de Secretário de Saúde é um cargo “de confiança” do Prefeito, além de, muitas vezes, ser um cargo pressionado constantemente pelos vereadores. Muitos vereadores, inclusive, pressionam os trabalhadores de saúde, cobrando deles agilidade nos encaminhamentos ou,

mesmo resoluções rápidas para os problemas de seus eleitores. Uma situação limite é indicada por uma enfermeira que atua numa ESF em que, frequentemente, um vereador (que é, ao mesmo tempo, motorista da prefeitura e pai de uma então estagiária) está na sala de recepção:

Tem uma coisa bem importante, que permeia tudo isso, que aqui no município é bem forte, que é o viés político. Tem um vereador que tá sempre ali sentado aqui na frente na recepção, porque o vereador é pai da estagiária que trabalha aqui, e além disso tudo ele é motorista da prefeitura. Ele é vereador eleito por aqui, então existem várias tensões, e tu não sabe se naquele momento ele tá falando como pai da estagiária, como vereador, ou como motorista. (Enfermeira. Entrevista 02).

Embora seja uma situação limite, as “reclamações” sobre influências políticas no trabalho realizado nas ESFs estão presentes em diferentes municípios. Nessas reclamações está presente um receio, por parte de muitos trabalhadores, que a administração pública municipal (ou o prefeito, ou o secretário municipal de saúde ou, mesmo, algum vereador) fique sabendo de alguma situação-problema vivenciada por algum usuário nas ESFs. Numa entrevista realizada com um secretário municipal de saúde, inclusive, quando foi perguntado sobre espaços de autonomia dos trabalhadores que atuam as ESFs, o mesmo ponderou que atualmente “há uma cultura de judicialização da saúde” que cria situações de muita pressão para os trabalhadores em saúde que atuam nas ESFs:

[...] hoje tem também uma situação muito complicada para o profissional da área da saúde que chamamos de “medicina ou trabalho defensivo”. Porque hoje se tu for notar os profissionais se cercam de pedidos de exames, de encaminhamento para especialistas, até pelo receio da própria cultura que se criou de judicializar a saúde, o paciente cada vez mais cobra resultados, ou ele já chega na ESF com o pedido dele, “ó eu quero esse especialista e quero esse exame”, antes mesmo de uma avaliação. Então essa questão cultural prejudicou um pouco a própria autonomia da rede de atenção básica, especialmente da ESF. (Secretário Municipal de Saúde. Entrevista 09).

Em contrapartida, a fala de duas trabalhadoras reflete que apesar de ter condicionantes externos vindos da comunidade, os trabalhadores também conseguem espaços de negociação e de construção de possibilidades de um atendimento humanizado.

Tem o jeito da equipe de trabalhar com a população que interfere bastante também, porque dependendo como você é recebido é o jeito que eles vão te tratar. (Técnico em Enfermagem. Entrevista 04).

Então os nossos pacientes parecem que são como nossos filhos, eles vem aqui porque a gente tá pra eles e eles são nossos. Os nossos pacientes sabem que se tem algum problema alguma coisa eles vão conseguir resolver na ESF. A gente sempre pode fazer alguma coisa, sempre, mesmo quando não tem médico, tu pode acolher, ver sinais vitais, conversar, orientar, vê se dá pra esperar, ligar, marcar em outra unidade [...]. Esse é o desafio que a gente tem e que a gente faz com gosto e conseguir resolver isso é muito bom, é uma satisfação. (Técnico em Enfermagem. Entrevista 03).

Na fala a seguir nota-se a importância que a comunidade atribui ao trabalhador da saúde, e também fica evidente a falta de valorização do trabalhador da saúde frente à gestão do serviço. Nessa fala está impressa a complexidade de ser trabalhador da saúde. O trabalho em saúde se dá com o usuário, no âmbito das microrrelações, porém é condicionado por questões externas, como nesse caso, a desvalorização do trabalhador pela gestão de saúde.

Acho que ser trabalhador da saúde é doação, empenho, vontade de ajudar, aquele gosto, aquele paciente que retorna e te agradece e diz que tá melhor [...] ainda tem pessoas que fazem isso (risos). É pelo nosso usuário que vale a pena, pois é ele quem te diz muito obrigada. (Técnico em Enfermagem. Entrevista 03).

Assim, o trabalho em saúde é contraditório, na medida em que o usuário é, ao mesmo tempo, o motivo e a razão da existência do trabalhador da saúde, mas também é gerador de sofrimento ao trabalhador quando exige das ESFs medidas curativas, o modelo de saúde centrado na figura do médico, o atendimento atrelado a medicações e receitas médicas, indo na contramão do que é preconizado e legislado pelo SUS e pela ESF. Tal tensionamento coloca o trabalhador em um dilema: por um lado, cumprir o que é preconizado pela ESF, por outro, atender ao que a demanda exige.

A população exige o médico e a medicação. A população espera a tecnologia dura, ela quer medicamentos, os equipamentos mais avançados, é isso que as pessoas querem [...]. E o profissional fica no meio, população/gestão, é assim que eu me sinto, consigo visualizar tanto na teoria quanto na prática. (Enfermeira. Entrevista 02).

A equipe de saúde, mesmo sabendo suas atribuições enquanto trabalhadores de ESF, tem dificuldades de realizar as ações em função, por exemplo, da falta de recursos humanos para fazer prevenção e promoção. No depoimento abaixo, a enfermeira ilustra a inviabilidade de dedicar tempo para ações em saúde fora da ESF, pois corre o risco de algum usuário ter seu atendimento não agilizado e isso gerar queixas para a gestão.

A questão da prevenção, de colocar em prática [...] da população entender o quanto isso é importante [...] às vezes eu fico pensando: será que é a equipe que precisa se movimentar um pouco mais? Só que se a gente se movimenta mais pra fazer a prevenção a gente limita o acolhimento, tu não consegue dar conta e daí, o paciente não é pra sair daqui, não é pra ele ir pro hospitalzinho e daí como a gente vai fazer isso? Por exemplo: médico e enfermeiro fazer um grupo de educação em saúde [...] e aí, e aquelas pessoas que estão esperando pro acolhimento? Precisa que a população entenda e que a gestão ache isso importante [...] só o que a gestão quer saber, é como vocês mandaram o paciente embora? (Enfermeiro. Entrevista 02).

E se a gente quer ser porta de entrada, ou a gente se reorganiza e se remodela, ou o usuário vai sempre querer ir no médico, nunca nós vamos botar por terra o modelo

biomédico, tem que dar condições para a gente atender como porta de entrada priorizando os atributos da AB. (Enfermeiro. Entrevista 02).

Dessa forma, o trabalho é gerador de sofrimento e tal fato ficou claro tanto nas entrevistas quanto nas observações feitas ao longo da coleta de dados. Afinal, o empoderamento do trabalhador e a força de autogestão têm limites. Em uma das observações feitas, uma trabalhadora da saúde estava se sentindo frustrada por ter recebido um e-mail da gestão do município criticando a forma de atendimento que vinha ocorrendo em algumas unidades de saúde do município. A fala dela foi:

Poxa, eu sei que não é aqui que aconteceu isso e sei que a gestão precisa repassar essa informações para todas as equipes para que não aconteça mais, mas depois de uma semana de trabalho intenso, receber um e-mail assim, é muito ruim [...] para elogiar nós não recebemos e-mails, é só crítica negativa, isso deixa o trabalho muito pesado [...]. (Técnica em Enfermagem. Entrevista 03).

A sobrecarga de trabalho somado a espaços de atuação limitados e a falta de escuta desses trabalhadores geram sofrimento. Em seu depoimento, uma agente de saúde relata que em uma visita domiciliar descobriu que a usuária sofria agressões físicas frequentes do marido. A agente de saúde falou sobre a impotência que sentiu frente a esse caso e da impossibilidade de ajudar essa mulher, disse que apenas fez a escuta atenciosa das queixas da usuária. Ela disse que não trouxe ainda o problema para a equipe de saúde, pois não teve reunião desde a data da referida visita; afirmou que se sentiu frustrada e que não dormiu à noite, dizendo que não sabe como vai voltar naquela casa no mês seguinte.

Na fala de outra agente também transparece a tensão de ter que voltar à casa de um usuário quando o problema de saúde dele ainda não foi solucionado. E ela revela que a comunidade não cobra apenas a resolução de questões diretamente de saúde, mas também de outras áreas que estão vinculadas ao serviço da prefeitura.

A população cobra, xinga, tudo que as pessoas não gostam, seja na administração ou dentro do posto, tu é a testa de ferro que vai lá entendeu? Tu é a pessoa que vai lá. Quando elas estão de mau humor porque não conseguiram alguma coisa, tu vem vindo eles já tão xingando, mesmo que você não possa fazer nada. Eu tenho uma colega por exemplo, que pede para o lixeiro passar em um corredor porque tem muitos moradores e isso faz anos que ela pede. Sempre dizem: é com o fulano, beltrano e você pede de novo e continua não acontecendo, entende [...] não se resolve. De certa maneira impacta porque quando tu vai na casa dela mesmo que não seja relacionada à saúde tudo que estiver relacionada com a prefeitura eles te cobram. Pode ser uma valeta que tá trancando, eles te cobram [...]. Tem coisas que você precisa de outras áreas e às vezes a demora é grande. (Agente Comunitária de Saúde. Entrevista 07).

Assim, se para os trabalhadores da saúde que atuam prioritariamente dentro da ESF a sensação de impotência pode ser grande, para as agentes comunitárias de saúde é maior, tendo em vista que o trabalho delas acontece nas comunidades, nas casas. Muitas vezes, inclusive, seus espaços de atuação são condicionados por questões contraditórias que decorrem das próprias exigências do sistema de saúde, que preconiza que o agente seja morador da comunidade ou região onde a ESF está situada. O relato a seguir é ilustrativo:

É difícil separar o trabalho das horas de descanso porque você não vai para casa e fecha a porta [...] quando você não consegue ajudar, pode ser aquele morador na frente da tua casa e tu vê que aquilo continua e você está vendo o sofrimento da pessoa [...] é complicado e se você trabalha em outra área ou setor você deixa o teu trabalho para lá e vai para casa e deu, vou fazer o meu final de semana. Só que os ACS não tem final de semana. Quase uma missão, tu pode recusar de ajudar, mas você perde a confiança porque quando eu precisei você me virou as costas porque era final de semana, ou porque era cinco e meia. (Agente Comunitário de Saúde. Entrevista 07).

Tal sensação de frustração transparece também na fala da técnica de enfermagem abaixo:

Bom, a gente acaba sendo um pouco de tudo, psicólogo [...] porque as pessoas vêm conversar com você. Eu acho que o trabalhador de saúde é um imã, ele pega tudo. O paciente vem aqui e descarrega tudo em cima de ti, os problemas de saúde e os problemas pessoais, acaba tudo em cima de ti. Nós temos que estar com o emocional preparado para isso, porque se eu não estou bem no emocional eu não tenho condições de ajudar e como nós somos seres humanos nem sempre estamos bem. Nós temos problemas no nosso dia a dia também. (Técnica em Enfermagem. Entrevista 04).

E a mesma trabalhadora vai além e propõe alguns caminhos para minimizar o sofrimento vindo do trabalho.

O que está faltando para nos trabalhadores da saúde é alguma coisa que cuide deste nosso lado. Que cuide do cuidador e que te faça ter mais ânimo para vir trabalhar tipo palestra motivacional uma conversa com uma psicóloga eu sei que está bem longe disso, mas que tem lugares que tem, assim de quinze em quinze dias fazer alguns grupos e que tenha uma psicóloga para conversar [...] você precisa de alguém para colocar para fora e expor os seus problemas. (Técnica em Enfermagem. Entrevista 04).

Outro exemplo de como o próprio sistema pode condicionar o trabalho em saúde é a estruturação dos municípios menores quanto aos seus serviços de saúde. No município de Vale do Sol, onde apesar de ter cobertura de 100% de ESF para a população, tal fato não traz apenas vantagens ao trabalhador, ele é também gerador de tensões. Em tal município, a rede é basicamente composta pelas ESF, sem uma rede estruturada de serviços de urgência e emergência(Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, Pronto Atendimento), ou serviço de

saúde mental (Centro de Atenção Psicossocial). Tal fato gera uma demanda para as ESFs que, muitas vezes, não está apta para atendê-la. Segue relato do enfermeiro do município:

Aqui por exemplo, toda a pessoa que passar mal ela vai vir para cá, não existe uma outra porta de entrada sem ser o ESF, em outras realidades existe um PA, um CAPS, tem outras formas [...] aqui na minha realidade não, e eu vejo isso como muito contraditório, pois ao mesmo tempo que nós temos no nosso município uma situação louvável de 100% de cobertura de ESF. Mas digamos que se a pessoa não gosta do posto, ela não tem escolha, eles vão ter que vir aqui falar comigo, eles não tem um efetivo controle social porque as opções nos municípios pequenos são muito restritas. E existe um grande sofrimento no trabalho, com uma estrutura, pouco recursos, muitas vezes tu não tem condições de dar os encaminhamentos que os pacientes precisam porque o sistema não te permite. (Enfermeiro. Entrevista 01).

Ser trabalhador da saúde é ter momento de pânico, é momentos de incapacidade, tu se sente incapaz, vulnerável, devido à complexidade das situações que aparecem na tua frente na Atenção primária [...] porque por exemplo, nós não temos acesso a um CAPS, então nós temos que dar esse suporte, dar a prescrição da medicação dele pra continuar a não beber, a não usar drogas [...] e isso é muito complexo. (Enfermeiro. Entrevista 01).

Assim, percebe-se que os trabalhadores da saúde estão inseridos num contexto macrossocial que cria situações contraditórias de trabalho, marcada por tensões, por avanços e retrocessos, o que reflete no seu fazer enquanto trabalhador da saúde.

4.3. Os trabalhadores de saúde e seus espaços de participação política.

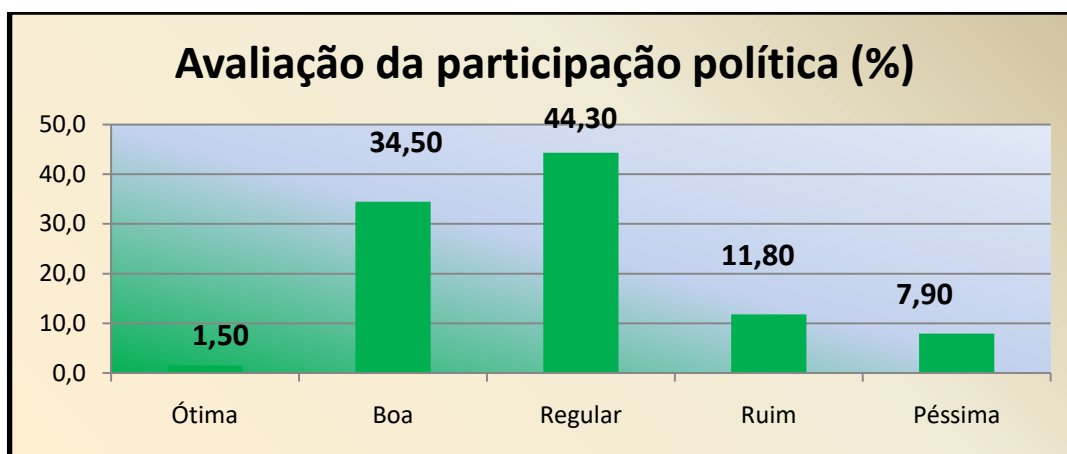
A lei federal 8142/90, que versa sobre o controle social do SUS, diz da importância da participação dos usuários e dos trabalhadores de saúde na construção das políticas públicas de saúde. Esses espaços podem variar de município para município, mas, existem, especialmente, através da participação nos Conselhos Municipais de Saúde (CMS) e nas Conferências Municipais de Saúde (mas, também, estaduais), que constroem estratégias e metas de ações de saúde no âmbito nacional.

Porém, apesar de serem espaços legitimados por lei e construídos juntamente com os trabalhadores da saúde, e apesar dos trabalhadores terem demandas importantes para serem discutidas e expostas nesses locais, os mesmos são pouco utilizados pelos trabalhadores da Região 28 de Saúde. Os trabalhadores pesquisados, inclusive, não têm um conhecimento preciso sobre o trabalho que é realizado no âmbito dos Conselhos Municipais de Saúde. Quando foi perguntado se conheciam o trabalho realizado pelo Conselho Municipal de Saúde em seus municípios, 66% afirmaram que conheciam e 34% que desconheciam; porém, 50%

deles afirmaram que não sabiam quem era o representante dos trabalhadores da saúde nos Conselhos.

Apesar disso, a avaliação que os trabalhadores pesquisados têm da participação dos trabalhadores da saúde na construção de políticas públicas de saúde na Região não é necessariamente uma avaliação crítica. Como pode ser observado no gráfico a seguir, quando foi perguntado sobre a participação política dos trabalhadores em saúde em seus municípios, 34,5% afirmaram que essa participação é “boa” e 44,3% afirmaram que a mesma é regular. (Gráfico 18).

GRÁFICO 18: Trabalhadores da saúde que atuam nas ESFs da Região 28 de Saúde, por avaliação da participação política dos trabalhadores da saúde na Região.



Fonte: Autora da pesquisa, 2015.

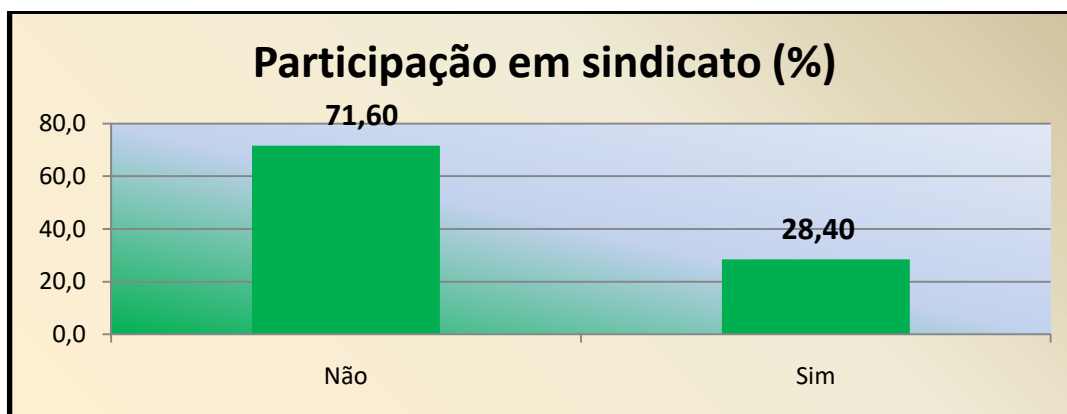
Os dados apresentados, de certa forma, vão ao encontro de dados sistematizados por outras pesquisas que se preocupam com a análise da participação política dos trabalhadores de ESFs nos Conselhos Municipais de Saúde, em diferentes estados do País. Tais pesquisas tendem a concluir que as porcentagens de participação são baixas e caracterizam certa passividade dos trabalhadores frente a esse espaço político. (SILVA et al, 2014; SORATTO e WITT, 2013).

Sabe-se que o esvaziamento dos espaços políticos faz parte de dinâmicas de dominação que tolhem dos trabalhadores possibilidades de atuação política ativa e comprometida com interesses coletivamente partilhados. No plano ideológico, como afirma Antunes (2005), isso ocorre através do culto ao subjetivismo, do incentivo ao individualismo, da fragmentação dos trabalhadores, do esvaziamento dos espaços de participação, do enfraquecimento das ações coletivas dos trabalhadores. E essa é uma tendência que se reflete

não somente na discussão sobre as condições de trabalho, mas, também, nas definições das políticas públicas, sejam elas diretamente relacionadas às condições de trabalho e vida dos trabalhadores ou não.

No caso dos trabalhadores das ESFs da Região 28 de Saúde, esse distanciamento político fica evidenciado, inclusive, no vínculo desses trabalhadores com uma representação política, mais especificamente com sindicatos de trabalhadores da saúde. Quando foi perguntado se tinham vínculo com algum sindicato de trabalhadores, 71,6% dos trabalhadores que foram pesquisados responderam que não, que não participavam de atividades sindicais. (Gráfico 19).

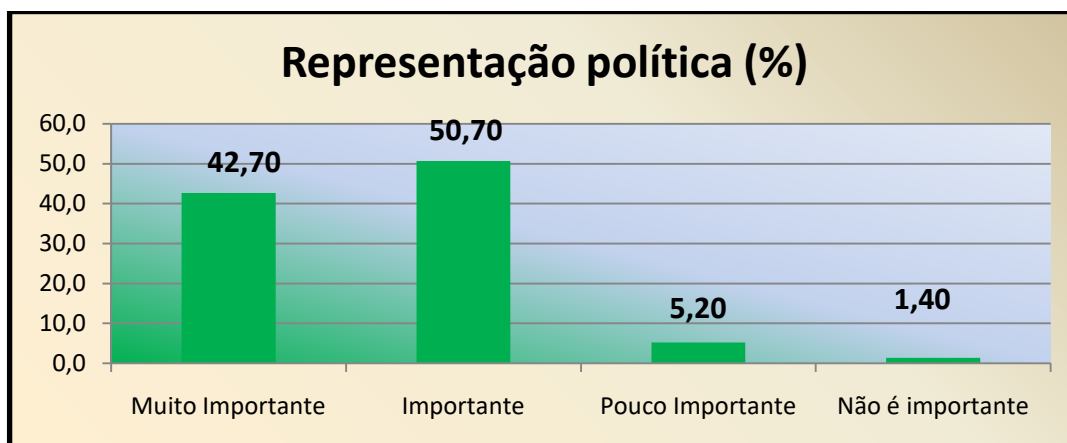
GRÁFICO 19: Trabalhadores da saúde que atuam nas ESFs na Região 28 de Saúde, por participação em sindicatos.



Fonte: Autora da pesquisa, 2015.

Contudo, mesmo não se observando uma participação política efetiva dos trabalhadores que atuam em ESFs na Região em estudo, observa-se que os trabalhadores reconhecem a importância da representação política dos trabalhadores em saúde, tanto para defesa dos interesses mais imediatos dos trabalhadores quanto na participação do processo político que define as políticas públicas de saúde. Nessa direção, quando foi perguntado se consideravam importante os trabalhadores da saúde ter representação política, 42,7% afirmaram que é “muito importante” e 50,7% afirmaram que é “importante”. (Gráfico 20).

GRÁFICO 20: Trabalhadores da saúde que atuam nas ESFs da Região 28 de Saúde, por avaliação quanto à importância da representação política dos trabalhadores da saúde.



Fonte: Autora da pesquisa, 2015.

Dessa forma, ainda que não haja uma participação efetiva dos trabalhadores nesses espaços, observa-se que há um reconhecimento da importância desses espaços políticos, criando-se possibilidades de uma atuação coletiva capaz de problematizar e de construir soluções para os problemas que conseguem identificar em seus locais de trabalho, em suas condições de trabalho. Os trabalhadores da saúde pesquisados não desconhecem seus dilemas diários enquanto trabalhadores de um sistema público de saúde. Nas falas analisadas anteriormente, fica claro que os mesmos apontam dificuldades e necessidades em seus trabalhos, alguns, inclusive, propondo estratégias para minimizar tais desafios.

Um dado importante a ser registrado é que as agentes comunitárias de saúde, que até o momento da pesquisa não contavam com uma representação sindical específica para a sua categoria profissional, responderam que seria importante ter uma representação sindical: para 86,6% das agentes comunitárias de saúde seria importante elas terem uma representação sociopolítica específica.

Todavia, nas entrevistas, quando os trabalhadores foram questionados como reagem aos dilemas do cotidiano de trabalho, aceitando ou resistindo, a maioria dos trabalhadores afirmou que aceita, como a fala abaixo ilustra:

A gente percebe angústia, ansiedade, se deprime. Eu graças a Deus não cheguei nesse ponto ainda, mas eu sinto angustia, de sair e chegar em casa e pensar o que eu vou fazer, como eu vou resolver essa situação [...] nós somos mais suscetíveis as doenças psíquicas e mentais, porque além de tu ter o problema do outro tu tem que lidar com a impotência. Não há espaço de negociação, por parte do trabalhador é

mais aceitação mesmo [...] e não sou só eu, isso meio que me tranquiliza. Inclusive quando a gente faz reunião entre os enfermeiros, a gente sente angústia de todos, aquilo tá na tua mão para tu resolver, tu sabe que aquilo é muito importante pro teu usuário, por menor que seja. (Enfermeiro. Entrevista 02).

Nessa fala fica claro que apesar de não ser uma sensação isolada de angústia e de ansiedade frente às contradições do cotidiano de trabalho, os trabalhadores têm dificuldades de se reconhecerem enquanto coletivos de saúde e de unirem forças para fazer uma resistência frente a tais tensões. O depoimento abaixo revela que há uma desunião dos trabalhadores da saúde, e uma aposta em ações vindas da gestão do município, para que aja uma escuta dos trabalhadores. Quando perguntada à trabalhadora sobre se aceitam ou resistem às tensões do trabalho ela firma:

Aceitam, eu acho que a nossa categoria é muito acomodada, desunida, se queixa, se queixa entre colegas e equipe mas nada é feito então [...] tá passando um questionário e a gente tá sendo bem clara e sincera que é da ouvidoria, que tá ouvindo o servidor...quem sabe estão pensando em alguma coisa, porque eles devem estar sabendo que a gente tá assim bem esgotada.(Técnica em Enfermagem. Entrevista 03).

A falta de senso coletivo e de construção de espaços comuns de discussão fica evidenciada também através da responsabilização individual de cada trabalhador pela resolução dos problemas de saúde dos usuários. Tais situações foram apontadas pela pesquisa em especial através das observações e entrevistas, como ilustrado no relato de um enfermeiro:

Uma coisa é muito clara para mim, nessa minha realidade onde eu sou Atenção Primária, onde eu sou a porta de entrada do sistema, se eu não fizer, ninguém vai fazer, se nós não fizermos pelo paciente, ninguém vai fazer, então isso gera tensão, stress, impotência, vulnerabilidade. (Enfermeiro. Entrevista 02).

Em contrapartida, uma das equipes de saúde acompanhada ao longo das observações se mostrou motivada em participar das decisões referentes ao trabalho em saúde e alocação de recursos financeiros. Na fala da técnica de enfermagem se percebe um sentido de pertencimento e de atuação política do trabalhador da saúde:

Sim, somos avisados pelo sindicato quando tem reunião e a gente sempre faz o possível para ir, quando não consegue ir todas, vai as que podem e transmite as informações para o restante da equipe. Eu acho bem importante até porque se você vai decidir sobre alguma coisa você tem que estar lá par ver o que é e poder dar a sua opinião. Eu gostaria de participar mais do CMS, mas não tenho tempo. (Técnica em Enfermagem. Entrevista 04).

A entrevista com um Conselheiro Municipal de Saúde mostra a importância da participação dos trabalhadores de saúde no Conselho, não só no sentido de reivindicar

demandas de classe, mas também enquanto proposição de ações e estratégias de enfrentamento de situações de saúde/doença vivenciadas no cotidiano do trabalho em saúde. Na fala do conselheiro houve a demanda que partiu dos trabalhadores de se pensar em projetos para o combate da obesidade na comunidade:

Os trabalhadores participam, e isso é muito importante, porque alguns projetos que nós estamos discutindo essa semana aqui no município, como a questão da obesidade, é uma demanda trazida por eles. Na realidade são eles que podem colocar a demanda, pra dentro do conselho pra gente poder chegar dentro da secretaria e dizer assim, estamos precisando disso, tá acontecendo tal situação, porque é o profissional que vai apontar...o usuário pode até dizer...mas é o trabalhador que vai dizer, tanto X de atendimentos a gente suporta, precisamos de mais exames para isso, porque são eles que estão no dia a dia. (Conselheiro Municipal de Saúde. Entrevista 12).

Assim, apesar de haver movimentos isolados de resistência frente às contradições vivenciadas diariamente pelo trabalhador da saúde, e apesar da importância da participação do trabalhador em tais espaços, esses movimentos são escassos e individuais. As lacunas existentes no próprio sistema de saúde, somadas aos condicionantes financeiros e políticos, refletem em frustração e responsabilização por parte do trabalhador da saúde.

A implantação do SUS, e sua ênfase na valorização de espaços institucionais de participação e de “humanização” do trabalho em saúde, não é o suficiente para impulsionar as ações coletivas entre os trabalhadores da saúde em defesa de espaços de autonomia profissional. Como indica a reflexão de Castoriadis sobre a autonomia, a instituição de formas livres e ativas de sociabilidade é obra dos próprios trabalhadores e tal processo não se faz fora da história, mas antes, ocorre através de experiências concretas que vão abrindo espaços autônomos que se institucionalizam na sociedade.

Os dados levantados pela pesquisa realizada com os trabalhadores que atuam em ESFs na Região 28 de Saúde, nesse sentido, indicam que os desafios não se colocam apenas nos locais de trabalho, mas, também, em contextos mais amplos, relacionados aos espaços locais/regionais de construção das políticas públicas de saúde. São espaços que podem dar maior visibilidade aos problemas enfrentados pelos trabalhadores no cotidiano de seus trabalhos e, mais do que isso, garantir uma ação instituinte para os trabalhadores, capaz de indicar enfrentamento a problemas que sentem e compartilham entre si através de ações concretas e possíveis de serem conquistadas através de suas ações coletivas.

5. Possibilidades e Limites de um Trabalho com autonomia entre trabalhadores das ESFs na Região 28 de Saúde.

[...] o trabalho em saúde é um trabalho que se processa a partir do encontro dos profissionais com aquele ambiente, realidade, ele tá muito ligado, enraizado com a comunidade local, ele é muito dependente disso, daquele contexto, daquele cenário. [...]. Eu percebo que o trabalho em saúde é muito dependente das pessoas que trabalham e que tecem esse trabalho como algo vivo, como uma rede viva; se não fosse assim, quando por exemplo eu estou sozinho, sem a técnica de enfermagem, ou sem a servente ou sem a agente comunitária da saúde não é tão impactante. Aqui por exemplo, toda a pessoa que passar mal ela vai vir para cá, não existe outra porta de entrada sem ser a ESF [...] em outras realidades tem um PA, um CAPS, tem outras formas [...] aqui na minha realidade não, e eu vejo isso muito, como muito contraditório, ao mesmo tempo que nós temos no nosso município uma situação louvável de 100% de cobertura de ESF, mas digamos que se a pessoa não gosta do posto, ela não tem escolha, elas vão ter que vir aqui falar comigo, elas não tem um efetivo controle social porque as opções nos municípios pequenos são muito pequenas. E existe um grande sofrimento no trabalho, porque se tu chama elas vêm, só que às vezes tu com uma estrutura, pouco recursos, muitas vezes tu não tem condições de dá os encaminhamentos que os pacientes precisam porque o sistema não te permite. (Enfermeiro. Entrevista número 01).

Este capítulo, após a apresentação de dados sobre a organização do processo de trabalho nas ESFs da Região 28 de Saúde, dedica-se à análise das possibilidades e dos limites de um trabalho em saúde com autonomia. Para tanto se fará uma breve retomada do contexto histórico de implantação do SUS, da relação de trabalho concreto em saúde encontrado ao longo da coleta de dados com a discussão teórica proposta para, assim, pensar em espaços possíveis de autonomia no trabalho em saúde.

O trabalho em saúde, no contexto de construção histórica de um Sistema Único de Saúde no Brasil, se colocou como uma problemática que, tanto sob o ponto de vista teórico quanto sob o ponto de vista da construção das políticas públicas, inspirou expectativas positivas, mesmo utópicas, de um trabalho e de um trabalhador da saúde situado em contextos de maior liberdade, maior comprometimento, maior participação política. Como indicado ao longo dessa tese, a execução do SUS, a partir dos anos 1990, ocorreu num quadro de reafirmações de condicionamentos organizacionais e decorrentes da própria estruturação do Estado brasileiro (normatização das políticas públicas), mas, também, num contexto histórico

de afirmação de políticas neoliberais, comprometidas essas com políticas restritivas de financiamento dos serviços públicos e com dinâmicas de “racionalização” das atividades estatais a partir de pressupostos vinculados à lógica de valorização do capital.

Assim, neste capítulo, ao retomar aspectos da análise teórica e bibliográfica apresentada, pretende-se, a partir da experiência mesma de organização da ESF na Região 28 de Saúde, dar maior visibilidade ao modo como essas questões estruturais implicam no trabalho (mesmo no cotidiano de trabalho) dos trabalhadores em saúde. Encontra-se, assim e de forma mais clara, com a própria problemática que definiu os objetivos da presente tese: como os trabalhadores em saúde enfrentam os dilemas existentes entre a autonomia profissional e o estabelecimento de padrões de controle, de normatização e de padronização dos processos de trabalho?

Como horizonte da análise coloca-se o pressuposto de que o trabalhador em saúde se faz enquanto trabalhador da saúde, através de sua própria experiência de trabalho, condicionada por diferentes formas de estruturação dos serviços de saúde, mas, ao mesmo tempo, instituída pelas práticas sociais dos próprios trabalhadores enquanto sujeitos coletivos.

Como foi indicado no segundo capítulo desta tese, já a partir dos anos 1990 a organização dos mercados de trabalho em saúde apresentou modificações importantes, num contexto de implantação do SUS no País. As mudanças ocorridas contribuíram para que o número de trabalhadores em saúde aumentasse no País, para que os municípios assumissem maior participação na distribuição dos empregos em saúde, para que diferentes e complexas formas de organização do trabalho e dos mercados de trabalho em saúde se configurassem.

Na Região 28 de Saúde e, mais especificamente, nas ESFs existentes na Região, muitas das tendências de mudanças identificadas em nível nacional também estão presentes, desde a organização dos mercados de trabalho até questões diretamente relacionadas com a organização do processo de trabalho.

Sob o ponto de vista da organização dos mercados de trabalho, como indicado ainda no terceiro capítulo, a Região 28 de Saúde apresentou um crescimento muito significativo no número de trabalhadores em saúde, confirmando-se na Região, portanto, uma tendência observada em nível nacional. Contudo, o crescimento no número dos empregos ocorreu num quadro histórico marcado por singularidades locais (decorrentes das políticas públicas adotadas pelos municípios); ainda que, de acordo com os dados levantados junto aos

trabalhadores das ESFs, uma parcela significativa dos trabalhadores tenha sido integrada nos mercados de trabalho numa condição vulnerável de empregabilidade.

A situação de vulnerabilidade nos empregos ficou evidenciada nos 24,4% dos trabalhadores que atuam nas ESFs da Região e que afirmaram que têm “contrato temporário pelo município”, mas, também, nos 18,4% que afirmaram que têm “contrato temporário por empresa terceirizada”. Além disso, é importante registrar que até o ano de 2015, no município de Santa Cruz do Sul (afinal, o maior e mais importante município da Região, sob o ponto de vista da estruturação do mercado de trabalho) nenhum agente comunitário de saúde era concursado, sendo todos terceirizados através de empresas privadas.

São dados importantes por que, dentre outras questões, indicam uma situação de precariedade de muitos trabalhadores, além de uma condição que, certamente, compromete o trabalho coletivo nas ESFs, dadas as possibilidades de descontinuidade nas equipes, de dificuldade de um maior comprometimento por parte de trabalhadores que não necessariamente têm uma perspectiva de permanência nos seus locais de trabalho, na própria dificuldade na manutenção de uma política (em nível de município e de região) de qualificação profissional comprometida com uma educação permanente em saúde, construída através da experiência acumulada pelos trabalhadores e de ações permanentes de afirmação/reafirmiação/problematização de saberes e de práticas vinculados aos princípios do SUS.

Há de se considerar, também, que a questão do financiamento da saúde é um problema enfrentado por todos os municípios da Região 28 de Saúde. Já indicado, inclusive, em algumas entrevistas que foram registradas no quarto capítulo desta tese, principalmente os gestores municipais reclamam dos poucos recursos para garantir a abertura e a manutenção (em termos de recursos humanos e de infraestrutura física) dos ESFs, afinal de responsabilidade dos municípios. Não é demais lembrar é formada por uma boa parte de municípios que são pequenos, apresentando dificuldades financeiras que se arrastam de administração para administração e, é claro, repercutindo também nas políticas de saúde.

Em entrevista que foi apresentada no capítulo quatro, a situação de vulnerabilidade financeira dos municípios e de como tal situação repercute nas ESFs ficou evidenciada na fala de um secretário municipal de saúde, quando afirmou que seu município iria inaugurar uma nova ESF, contudo o município não teria como garantir o seu funcionamento de acordo com o que preconizado pelo Ministério da Saúde; de modo que, possivelmente, a ESF iria funcionar

sem a presença diária, nas oito horas de funcionamento, de um profissional da medicina, além do número de agentes comunitários de saúde ser reduzido.

É importante destacar que essa situação tende a repercutir negativamente no trabalho em saúde. No caso específico indicado, o modelo de atenção à saúde se aproximaria do modelo tradicional de assistência, desenvolvido pelas Unidades Básicas de Saúde (antigos Postos de Saúde), focado no aspecto curativo, com a sistemática de fichas, atendendo a demanda, focado na queixa – consulta e com uma equipe de saúde incompleta. A proposta da implantação de uma ESF vai numa direção diferente dessa realidade. Porém, em função da escassez financeira e, mesmo, da importância política muitas vezes atribuída à abertura de novos espaços de atenção à saúde (mesmo que em condições precárias), os trabalhadores encontram um espaço de trabalho que condiciona as suas ações no sentido de cumprir o que o modelo de atenção à saúde baseado na ESF preconiza.

No trabalho realizado nas ESFs da Região 28 de Saúde, as dificuldades financeiras enfrentadas pelos municípios coloca-se como um limitador da ação dos trabalhadores, pois restringe os encaminhamentos feitos pelos médicos (quando é necessário o encaminhamento para especialistas), limita o número de acesso a exames e encaminhamentos fisioterápicos, reduz as verbas para determinados projetos e/ou ações, retira determinados medicamentos de circulação (em função do custo), reduz a equipe básica de saúde, compromete a infraestrutura dos locais de trabalho (mesmo infraestrutura mínima e adequada, mas, também, a manutenção das mesmas). Questões que se estão presentes no cotidiano de trabalho de muitos trabalhadores das ESFs da Região:

Eu vejo que no meu trabalho, as tecnologias, enquanto instrumento, quando elas funcionam são ótimas, quando não funcionam são tenebrosas, porque por exemplo aqui nós estamos num ESF rural, em que cada vez que chove dá um problema na antena da internet e eu fico sem sinal [...] é bem complicado, isso tranca todo meu trabalho. (Enfermeiro. Entrevista número 01).

Outro fator estrutural condicionante do trabalho em saúde nas ESFs da Região 28 de Saúde é a formação dos trabalhadores. Destaca-se que há a preconização via Sistema Único de Saúde das competências e exigências do trabalhador da saúde, porém em contrapartida, a formação não acompanha essas exigências. A formação tanto dos bancos escolares quanto a formação no trabalho. Fato que se comprova na Região, onde apenas os municípios de Venâncio Aires e de Vera Cruz contam com o NUMESC (Núcleo Municipal de Educação em Saúde) ativo e atuante. Nas bases curriculares dos cursos de graduação em saúde, por exemplo, apesar de haver um discurso de formação para o SUS e incentivo de alguns

programas ministeriais que pretendem aproximar a realidade da rede SUS dos graduandos (como é o caso do PET – Saúde – Programa de Educação pelo Trabalho para a saúde), na prática os alunos deparam de forma incipiente com a realidade do SUS ao longo de sua formação.

Nas entrevistas coletadas ao longo da coleta de dados destacou-se a presença de médicos cubanos e o quanto a formação desses profissionais é diferenciada. Na fala abaixo há um relato sobre a atuação de uma médica vinculada ao programa Mais Médico:

E sobre os encaminhamentos, ela encaminha menos que os nossos médicos brasileiros, não piorou a situação e ela resolve muita coisa no consultório que não precisa passar por especialista, vai atrás em olhar o paciente. Ela verifica a possibilidade de resolver aqui em primeiro plano e só depois encaminhar para especialista. (Enfermeiro. Entrevista número 01).

Para além da formação para as competências exigidas pelo SUS, proporcionar uma formação reflexiva que instigue a discussão do papel político dos trabalhadores da saúde, da sua participação nos espaços decisórios do sistema e que proporcione a reflexão inclusive sobre os reais espaços de autonomia desses trabalhadores é urgente. Segue o exemplo dessa reflexão:

Quanto mais a gente fica na ignorância, mais omisso a gente fica, menos a gente enxerga problemas, quanto mais a gente estuda, mais a gente vai atrás, mais a gente quer melhorar e aí parece que tu é um problema. (Enfermeiro. Entrevista número 02).

A responsabilização dos trabalhadores da saúde é outro aspecto estrutural que condiciona o trabalho em saúde. Já discutido anteriormente, a própria Política Nacional de Humanização fala de um trabalhador engajado, pró ativo com liberdade e poder de ação e de decisão no seu processo de trabalho. O trabalhador em saúde está inserido em um processo de trabalho e numa organização do trabalho que fala de autonomia, porém, que não considera os limitadores de uma ação com autonomia por parte desse trabalhador. Numa ESF, por exemplo, as normatizações em saúde, os protocolos e as regras do trabalho condicionam as ações dos trabalhadores. Seguem duas falas sobre isso:

Eu vejo assim, o modelo é lindo, é perfeito, realmente toda a questão da normatização, dos princípios, eles nos trazem um modelo de reorganização que se funcionar ele é perfeito, é o que a população precisa e o que os profissionais querem, mas na prática hoje o modelo biomédico ele ainda não foi ultrapassado. O modelo de prevenção que a gente tem pra estar reorganizando o modelo de saúde ele ainda não conseguiu superar o modelo biomédico. (Enfermeiro. Entrevista número 02).

[...] cada vez mais existe uma cobrança pra ti seguir protocolos, seguir as coisas certinho. (Enfermeiro. Entrevista número 01).

Vale lembrar ainda, que as ações de saúde são pensadas no âmbito federal e não tem o olhar regionalizado, como já analisado no capítulo 3, o que implica ao trabalhador da saúde uma normatização muitas vezes distante da sua realidade de trabalho e distante das necessidades reais dos seus usuários.

A partir da consideração do processo histórico de construção do SUS e a institucionalização do trabalho em saúde a partir de um sistema público de saúde, é possível se pensar em espaços importantes de autonomia para os trabalhadores em saúde. Nessa perspectiva, o trabalho em saúde é marcado pela institucionalização do SUS, através de uma construção social, e que reflete hoje, a própria organização do trabalho em saúde. É fundamental destacar que a Reforma Sanitária Brasileira foi um movimento inovador e que foi uma construção coletiva que travou uma luta por espaços de autonomia.

Evidente que tal construção histórica não foi isenta de contradições, avanços, retrocessos e conflitos que são inerentes aos processos históricos. A institucionalização do SUS não garantiu por si só uma mudança no trabalho em saúde, inclusive por haver uma normatização de como se fazer saúde a partir de políticas, programas e ações defendidas pelo Ministério da Saúde. Mas, por outro lado, simbolizou avanços nos espaços de trabalho, na organização da saúde, na valorização do trabalhador e, fundamentalmente, na problematização do trabalho em saúde e dos espaços de autonomia.

Ainda que vários documentos normativos do SUS, em especial a Política Nacional de Humanização, estejam pautados na discussão teórica da micropolítica, pressupondo dessa forma uma responsabilização do trabalhador, se torna um avanço perceber que a questão da autonomia no trabalho encontrou um espaço de discussão e, mais que isso, é diariamente colocada em prova nos espaços concretos de trabalho em saúde.

Nesse sentido, ao longo da coleta de dados, em especial nas observações realizadas nas Unidades de Saúde da Família, pode-se perceber diversas situações que problematizam a questão do processo de trabalho e da autonomia e a relação que as estruturas estabelecem com os espaços de autonomia. Os espaços concretos de trabalho das ESFs são espaços onde os trabalhadores têm experiências diversas enquanto trabalhadores da saúde, e essas experiências são marcadas por espaços de autonomia, mas condicionados por diversos aspectos como, por exemplo, a questão burocrática, as limitações financeiras, as dificuldades decorrentes de inovações tecnológicas, a hierarquização das ações, a divisão do trabalho, a gestão (local e regional) dos recursos humanos.

Além disso, destaca-se que o processo de trabalho em saúde nas ESFs é marcado por uma complexidade de fatores. Sendo considerado como o novo modelo de reorganização da atenção básica, o processo de trabalho nas ESFs prima pelo cuidado da saúde integral, tendo como o foco de ação a família no contexto socioeconômico a qual está inserida. Supõe um trabalho em equipe, em que cada membro, a partir das suas competências específicas, contribui para a manutenção ou o restabelecimento da saúde dos usuários. A equipe mínima deve ser composta por um médico generalista, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e seis a oito agentes comunitários de saúde.

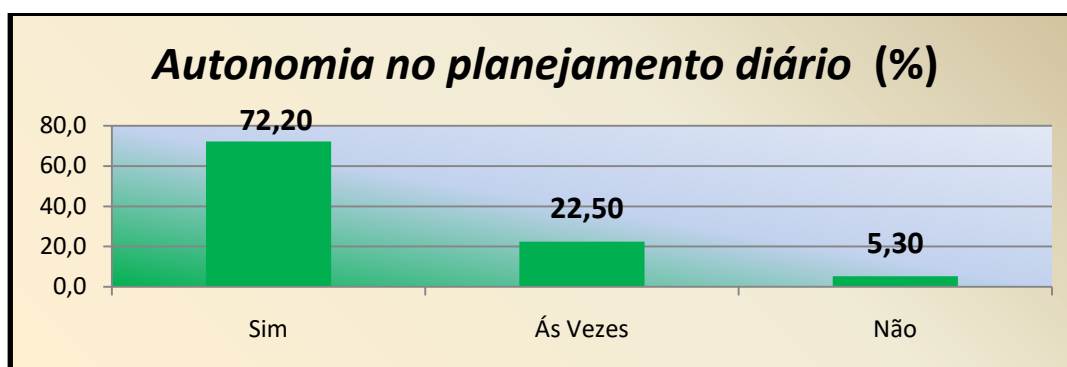
O pressuposto da integralidade confere ao trabalho nas equipes de saúde da família a característica de ver o ser humano como um todo, em todo o seu ciclo de vida, e de atender tanto no eixo da promoção da saúde e da prevenção de doenças quanto no eixo da cura de agravos e do restabelecimento da saúde. Para isso, os instrumentos de trabalho e as ferramentas utilizadas nas ESFs incluem visitas domiciliares, grupos de educação em saúde (tanto no espaço interno da unidade de saúde quanto em espaços comunitários), consultas médicas e de enfermagem, acolhimento, procedimentos técnicos, tais como curativos, vacinas, aplicação de medicação, entre outros.

O processo de trabalho nas ESFs está normatizado na Política Nacional de Atenção Básica é a partir desses pressupostos que as equipes devem organizar o seu trabalho (PNAB, 2012). É preciso assim analisar que existem dinâmicas de organização do processo de trabalho que já estão postas de antemão ao trabalhador, e é sobre essas condições que se podem pensar espaços de autonomia, entendendo os indivíduos como ativos, individual e coletivamente.

Dessa forma, a resposta que se busca nessa pesquisa, ao investigar o trabalho e a autonomia, não é se o trabalhador tem ou não autonomia no seu trabalho; e, portanto, a resposta não poderia ser simplesmente um sim ou um não. Apoiado em Castoriadis e Thompson, a reflexão que se faz é no sentido de entender que a autonomia é uma construção social, que ocorre concretamente através das ações dos sujeitos, condicionadas que são inclusive por questões relacionadas à conjuntura histórica.

Na perspectiva dos trabalhadores que atuam nas ESFs da Região 28 de Saúde, a questão da autonomia se coloca como uma presença em seus cotidianos de trabalho. Quando foi perguntado se tinham autonomia no planejamento diário do trabalho que realizam, 72, 2% afirmaram que sim, sendo que 22,5% afirmaram que às vezes têm e apenas 5,3% afirmaram que não. (Gráfico 21).

GRÁFICO 21: Trabalhadores da saúde que atuam nas ESFs da Região 28 de Saúde, por percepções quanto à autonomia que têm no planejamento de seus trabalhos.



Fonte: Autora da pesquisa, 2015.

Entre aqueles que responderam que sim, a justificativa para 78,36% se encontra no fato de que eles fazem seu planejamento diário conforme suas necessidades. As falas a seguir ilustram esses dados:

Faço minha agenda (Enfermeiro. Formulário de pesquisa número 233).

Faço as minhas visitas nos horários mais adequados para mim, sem ordem cronológica (Agente Comunitário de Saúde. Formulário de pesquisa número 99).

Em tais depoimentos percebe-se que, para muitos trabalhadores, a autonomia está relacionada a questões do cotidiano do trabalho, envolvendo definições de horários de atendimentos, das visitas domiciliares, dos procedimentos adotados na relação com a população atendida. Sabe-se que o planejamento diário das atividades da ESF pode transparecer uma certa liberdade, mas na verdade, ele está inserido no novo modelo de atenção à saúde proposto pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), norteado por preceitos do SUS e que no dia-a-dia do trabalho enfrenta barreiras para se concretizar.

Como exemplo disso, cita-se a normativa da PNAB segundo a qual a Atenção Básica deve ter uma resolutividade em torno de 80% dos casos. Porém, na realidade concreta de trabalho isso se torna um objetivo difícil de atingir, em função de vários condicionantes, tais como a formação do trabalhador, a cultura do usuário, a falta de recursos humanos, a dificuldade em acessar exames simples.

Entre os trabalhadores que afirmaram que às vezes têm autonomia no planejamento diário, a justificativa para 26,67% está no fato de que a demanda dos usuários e do próprio sistema pode interferir nessa liberdade. Por exemplo:

Somos obrigados a mudar nossa rotina para dar recados. (Agente Comunitário de Saúde. Formulário de pesquisa número 11);

Falta tempo para o planejamento diário devido a demanda. (Enfermeiro. Formulário de pesquisa número 89).

Quando somos mandados fazer algo, não temos autonomia. (Agente Comunitário de Saúde. Formulário de pesquisa número 15).

Ainda entre os que responderam ter autonomia “às vezes”, 22,22% justificaram essa resposta pelo fato de que “há normativas e questões burocráticas que guiam seu trabalho”.

Tudo passa pelo secretário de saúde que nega quase tudo. (Agente Comunitário de Saúde. Formulário de pesquisa número 73).

Temos que seguir um cronograma e existem várias dificuldades que influenciam nosso trabalho. (Enfermeiro. Formulário de pesquisa número 89).

Existem normativas a serem cumpridas. (Médico. Formulário de pesquisa número 3).

Esses depoimentos deixam claro que a autonomia no trabalho é um processo cuja construção ocorre na relação entre o trabalho realizado e um conjunto de condicionamentos (inclusive macrossociais) que repercutem na realização do seu trabalho e que tensionam diariamente a autonomia no trabalho. Nesse sentido, a fala de uma técnica de enfermagem que já trabalhou no setor privado da saúde expressa as semelhanças que existem tanto no serviço público quanto no privado. A fala aborda a falta de recursos físicos e materiais que interferem na realização do trabalho diário, bem como reflete sobre a importância de uma formação continuada para os trabalhadores da saúde:

Cobrança tem nos dois locais, na empresa privada também tinha, e a gente sempre brincava, se acontecesse qualquer coisa você era cobrado. Qualquer lugar você é cobrado, mas a diferença que eu noto é que lá tinha tudo, o material que você quer tem lá, se você solicitasse alguma coisa isso vinha. Tinha muitos cursos. Quando cheguei aqui, não tinha material. Para retirada de pontos não tinha a tesoura, ou a que tinha não cortava, eu não ganho uniforme, infelizmente a prefeitura não deu até hoje e estou oito anos e nunca ganhei uniforme. Às vezes estraga alguma coisa que você solicita conserto e o conserto demora. Mas a cobrança é a mesma. O paciente vai chegar aqui e quer fazer uma retirada de pontos tem que ter o material [...]. Mas como faz se esta tesoura não corta? (Técnica de Enfermagem. Entrevista n. 02)

Assim, para além da problematização do trabalho em saúde e da autonomia que ganhou destaque nos últimos anos, há que se considerar que a questão da formação para o trabalho entrou em debate, o que caracteriza uma experiência histórica importante no fazer-se do trabalhador da saúde. Através dos dados secundários coletados se percebeu que houve um aumento expressivo no número de trabalhadores da saúde, em especial vinculados ao SUS. Porém, apesar da discussão sobre formação estar presente em algumas ações do Ministério da

Saúde, a qualificação dos trabalhadores não acompanhou esses números; fala-se de uma formação crítica que provoque a discussão sobre questões estruturais, questões normativas do SUS e a relação com processo de trabalho, e não uma formação estritamente técnica.

Nesse sentido, em termos de educação dos trabalhadores da Atenção Básica, desde 2000 houve a criação do NURESC (Núcleo Regional de Educação em Saúde Coletiva) que é a estrutura da regional de saúde responsável pela implementação da estratégia de descentralização da formação e capacitação dos trabalhadores do SUS em Saúde Coletiva, através da educação continuada, junto aos Municípios e Coordenadorias Regionais de Saúde, firmando a consolidação das diretrizes e princípios do SUS (BRASIL - PORTARIA 39/2000).

Porém, como já foi analisado no terceiro capítulo desta tese, na Região 28 de Saúde apenas os municípios de Venâncio Aires e, mais recentemente, o município de Vera Cruz, contam com um núcleo de formação ativo. Nas falas dos trabalhadores da saúde, quando perguntados sobre a importância de capacitações para o trabalho, todos foram unânimes em afirmar que gostariam de estar melhor preparados para o trabalho e que é pouco ofertado tais espaços.

Eu acho que deixa um pouco a desejar, gostaríamos de ter mais capacitações de primeiros socorros, em coisas novas de curativos que tem materiais novos, várias coisas. Eu acho que tem muita falta e gostaria de mais capacitações. É bem falho a coisa neste sentido. (Enfermeira. Entrevista número 02).

Tem coisas isoladas, tipo faz uma capacitação de vacinas, faz uma capacitação em saúde mental. Mas não tem uma proposta de educação permanente ou continuada. Eu sempre quis fazer umas oficinas com a minha equipe, mas a gente não consegue ajuda...eu pedi várias vezes a fala de um psicólogo, mas sempre é negado. (Enfermeira. Entrevista número 01).

Tem algumas capacitações e a gente acaba participando, mas é esporadicamente. (Médico. Entrevista número 07).

A importância das capacitações teve destaque na fala de uma agente comunitária de saúde, que se disse pressionada pelos usuários a levar informações atuais sobre questões de saúde. Isso se torna paradoxal, na medida em que o trabalho do agente se estabelece a partir do elo de ligação da comunidade com a equipe, porém tais trabalhadores não têm formação específica na área da saúde, como já foi discutido anteriormente.

A gente tem capacitações, só que a gente tá no dia-a-dia e quanto mais tiver capacitação melhor. Tu nunca sabe de mais e quanto mais tu orienta mais a população evidencia, mais ela te cobra e a cada vez fica sabendo mais. E as pessoas ficam te perguntando e por isso a capacitação é muito importante e poderia ter mais. (Agente Comunitária de Saúde. Entrevista número 08).

Ainda que nas falas transpareça a importância das capacitações, percebe-se que os trabalhadores vinculam tais espaços com questões pontuais e técnicas do seu trabalho. Apoiado em Castoriadis (1995 p.124), a possibilidade de autonomia reside na potência de desenvolvimento de autonomia quando o “meu discurso tomar o lugar do discurso do Outro que é estranho a mim e me domina e fala por mim” (CASTORIADIS, 1995 p.124). Não seria eliminar o discurso do Outro por completo, mas reelaborá-lo conscientemente. Tal situação envolve processos de educação, formação e reflexão crítica.

Pensar numa formação crítica dos trabalhadores da saúde é fundamental para que os mesmos possam elaborar conscientemente as tensões vivenciadas no cotidiano de trabalho, podendo ter liberdade de ação e, assim, lutar por espaços de autonomia. Uma formação que vá ao encontro dos pressupostos do SUS e, mais que isso, que questiona e reflita sobre as possibilidades e limites desses trabalhadores alcançarem os pressupostos do SUS. Uma formação que reflita sobre a construção de um trabalhador potencialmente engajado, atuante politicamente e que busque espaços de autonomia. Porém, o que ainda vemos no Brasil é uma formação médico-centrada, curativista e que reproduz o modelo de saúde tradicional, apesar do SUS preconizar o oposto. O enfrentamento do debate ampliado que permeia o complexo conceito do “fazer saúde” é ainda tímido, tanto na academia quanto nos espaços de prática de ensino em saúde.

A importância de uma formação acadêmica próxima e coerente com a proposta da Atenção Básica transpareceu nas entrevistas e nas observações realizadas ao longo da pesquisa no que tange à introdução de novos profissionais envolvidos no Programa Mais Médicos do Ministério da Saúde. Em dois dos três municípios analisados em profundidade há médicos cubanos trabalhando nas ESFs.

O que se observou é que são profissionais que realizam um modelo de atenção à saúde que cria espaços de envolvimento com os usuários, que demonstram um conhecimento teórico-metodológico da Política da Atenção Básica, o que resulta em diminuição de encaminhamentos aos especialistas, redução de pedido de exames, aproximação e vínculo com os usuários e equipe e valorização de todos os trabalhadores da saúde no processo de cuidado do usuário. Tal formação ampliada e vinculada com os pressupostos da Atenção Básica proporciona uma relação de equipe favorável, com espaços de trocas de ideias entre os trabalhadores e entre o trabalhador e o usuário, promove cuidados de promoção da saúde e de prevenção de doenças, na linha do que o SUS defende. As falas abaixo transparecem as

impressões dos profissionais de saúde e do gestor de um município sobre o trabalho dos médicos cubanos.

Sobre os encaminhamentos, ela (médica cubana) encaminha menos que os nossos médicos brasileiros, ela resolve muita coisa no consultório que não precisa passar por especialista, vai atrás de olhar o paciente. Ela verifica a possibilidade de resolver aqui em primeiro plano e só depois encaminhar para especialista. (Técnico em Enfermagem. Entrevista 03).

Com a questão dos Mais Médicos, os nossos cubanos se adaptaram bem, a gente tinha um receio de que podia não dar certo, mas no nosso caso aqui os resultados são muito bons, porque eles vêm já com esse pensamento e formação. A questão da resolutividade passa pela questão da formação. (Secretário Municipal de Saúde. Entrevista 09).

Outro ponto importante que ficou aparente nas entrevistas e observações é que os trabalhadores se sentem com autonomia quando as questões podem ser resolvidas dentro do ESF, com a própria equipe de saúde que atua no local. Nesse sentido, parte-se da perspectiva de análise da autonomia no microespaço de trabalho, baseada em procedimentos internos na ESF. Um exemplo seria a autonomia que o enfermeiro tem ao reagendar pacientes para a coleta do preventivo de câncer de colo de útero, ou solicitar a avaliação do médico da equipe ao longo dessa coleta, caso entenda necessário. Porém, na medida em que a equipe necessita de algum encaminhamento ou auxílio externo, os trabalhadores sentem dificuldades de alcançar as condições que permitiram a realização de seus trabalhos com maior autonomia e com maior comprometimento com o que eles próprios esperam do trabalho que realizam. Dessa forma, percebe-se que há uma “microautonomia” no espaço de trabalho, em especial no que tange a questões que envolvem procedimentos internos; porém, os limites de tal autonomia esbarram nas questões estruturais do sistema e do contexto macrosocial. Seguem algumas falas que ilustram tal situação:

[...] eu acredito que nesse ambiente de trabalho que eu tô eu tenho autonomia. (Enfermeiro. Entrevista 01).

Se eu considerar autonomia enquanto eu trabalhar aqui dentro sim, se o paciente que eu tiver no acolhimento precise que a dentista faça alguma coisa, eu tenho autonomia de fazer isso, tenho autonomia de atender o paciente, de discutir o caso com o médico, nesse sentido eu tenho autonomia dentro da minha competência [...] agora a autonomia que eu me refiro é a que o próprio médico indique um exame pro paciente e esse exame vem negado, ou quando eu pego um exame que o médico daqui diagnosticou cardiopatia isquêmica e pede um teste ergométrico e o médico da regulação coloca pra mim: não obedece protocolo, ir direto ao cardiologista, esse médico que regula exames ele tira completamente a autonomia do médico que trabalha na Atenção Básica, ou seja o médico não tem autonomia de nada e eu me sinto sem autonomia também. Então o que o médico da família está fazendo aqui se o médico que regula que manda e encaminha pra especialista? É assim que fazemos prevenção? Aí os pacientes vão até a CASA que é o único local que pode marcar especialista, e eles não marcam e pedem pra ligar pra mim, que não tenho autonomia de marcar e nem de gerenciar essa agenda, pra ver quem tem mais prioridade [...] e

colocam uma pessoa que não entende nada de saúde pra fazer isso. (Enfermeira. Entrevista 02)

Nesse último registro das falas dos trabalhadores fica evidente uma desorganização nos encaminhamentos e nos fluxos de gestão dos serviços, o que gera tensão para a equipe de saúde que está na linha de frente dos atendimentos. No município onde esse trabalhador atua, especificamente, há um setor de auditoria que regula os encaminhamentos feitos pelos médicos da Atenção Básica. Tais encaminhamentos dizem respeito tanto à solicitação de exames quanto aos direcionamentos às especialidades médicas e serviços de fisioterapia. Tal padronização se estabeleceu com o intuito de cortar custos financeiros por parte da gestão do município. Dessa forma, os entraves burocráticos e financeiros limitam os espaços de autonomia que, inclusive, a formação do trabalhador lhe confere competência para resolver (como, no caso específico, a solicitação de exames complementares para a conclusão do diagnóstico médico). Da mesma forma, no relato anterior a enfermeira aponta a questão do próprio desvirtuamento da ESF; ela questiona a necessidade de encaminhar diretamente ao especialista um usuário que talvez, após fazer os exames solicitados pelo médico da família, poderia ser tratado no próprio ESF. Ela continua sua reflexão sobre isso:

Só que as pessoas não entendem que não basta inaugurar os postos, tem que dar suporte pras pessoas trabalharem, tem que dar condições pras pessoas trabalharem, tem que dar autonomia de trabalho e tem que ter o foco principal na prevenção e promoção, não é isso que a gente quer na Atenção Básica? É [...] agora pode abrir quantas ESF que quiser, enquanto não mudar o pensamento de: atender, atender, atender, atender [...] mas com que qualidade eu tô atendendo? (Enfermeira. Entrevista 02).

Assim, a própria visão da gestão do município sobre o que é Atenção Básica e qual a prioridade de atendimento em tais espaços tensiona o trabalhador da saúde. Por um lado, os gestores normatizam as atividades, criando, inclusive, mecanismos de controle das ações dos profissionais a partir de condicionamentos financeiros; ao mesmo tempo, insere essas exigências baseado num modelo que se pauta pelas normas de mercado, quando cobra da equipe número de atendimentos e diminuição de custos, quando não fornece condições físicas e materiais para a realização das atividades e quando tolhe os espaços de decisão de competência profissional.

Ainda na fala acima, a trabalhadora questiona a inauguração de novas ESFs, sem oferecer condições de trabalho para realizar o que se preconiza numa ESF. Transparece com isso que o foco prioritário da gestão está na questão do volume de atendimentos e número de

consultas médicas realizadas. Aliás, em inauguração de uma ESF no município de Santa Cruz do Sul (durante o período de realização da pesquisa compreendida na construção desta tese) uma agente de saúde ao longo das observações questionou a sobrecarga de trabalho que os técnicos e a enfermeira estavam enfrentando, na medida em que a gestão do município contratou dois médicos para aquele local, em função do aumento de número de famílias atendidas, porém a quantidade de profissionais de enfermagem permaneceu o mesmo.

Tal fato denuncia um viés da prática de saúde pautada no profissional médico, com viés curativista, e aponta para fragilidades de um trabalho multidisciplinar e em equipe como defendido pela Política Nacional de Atenção Básica. Na entrevista com o gestor de saúde de um outro município, o foco na inauguração de novas ESFs era evidente na sua fala, ainda que o mesmo tenha afirmado que não teria condições de manter uma equipe de saúde completa em tais locais, em função da escassez de repasse financeiro do Estado e União.

Nós estamos com problemas na abertura dos novos postos, por causa da crise que tá arrebatando com todos, por exemplo no ESF de Vila Mariante, nós estamos chamando um profissional (médico) que de repente nós não vamos tê-lo 8 horas diariamente, por absoluta prevenção de uma crise futura, e nós também não podemos deixar o prédio vazio né? Então nós vamos colocar em funcionamento não dentro daquela filosofia exata do ESF. (Secretário Municipal de Saúde. Entrevista número 10).

Esse exemplo ilustra os desafios que se impõem ao trabalho em saúde. A inauguração de novas ESFs, porém sem a equipe mínima de trabalho, fala de limites de autonomia desses trabalhadores e fala também da importância que a gestão do município confere ao trabalho realizado na Atenção Básica. Fala ainda sobre as questões políticas interferindo no trabalho em saúde; a abertura de novos ESFs não garante o fazer saúde, tampouco garante o fazer saúde tal como proposto pelo SUS

Nesse sentido, ao longo das observações houve uma ação organizada pela equipe de saúde de uma ESF, no sentido de cumprir com a Política de Práticas Integrativas e Complementares do SUS, que foi a implementação de uma horta comunitária. Tal ação apenas pode ser realizada porque os trabalhadores, juntamente com alguns moradores conseguiram viabilizar as mudas dos chás que foram plantadas, o grupo de escoteiros do bairro organizou os canteiros da horta e os trabalhadores e alguns alunos que estagiavam na ESF plantaram os chás. A gestão do município, apesar de ter sido avisada previamente da ação, afirmou que não tinha recursos para custear as mudas de chás, bem como não poderia liberar algum trabalhador para organizar os canteiros e plantio das mudas.

Nesse exemplo nota-se que os trabalhadores não recuaram no seu plano de ação e de fato implementaram a horta comunitária, foram criativos e através de ações individuais dessa equipe, conseguiram realizar uma ação que busca reduzir os custos da gestão com os remédios alopáticos através do incentivo do uso de fitoterápicos, tal como normatizado pela Política de Práticas Integrativas e Complementares do SUS. Porém, essa equipe não contou com o apoio da gestão do município, tanto que atualmente a horta está repleta de inço, já que a enfermeira que liderou esse processo foi alocada em outra ESF e os demais trabalhadores se dizem sobrecarregados com ações da rotina de trabalho e também se sentiram desvalorizados pela gestão do município e, dessa forma, ficaram desmotivados para dar continuidade ao projeto da horta comunitária.

Nesse exemplo, pode-se dizer que a equipe conseguiu realizar a ação, ainda que com a ausência do apoio da gestão municipal e, dessa forma, pode-se estar falando de um espaço de autonomia construído por esses trabalhadores. Porém, é importante ressaltar que, além de ter sido uma ação isolada, ela remete à importância de condições que transcendem a vontade dos trabalhadores, na medida em que requer comprometimento da comunidade, do poder público, nem sempre capaz de ser mobilizado pela ação dos trabalhadores.

Além disso, ações isoladas e pontuais, sem uma política municipal que olhe e una as demais secretarias, inviabiliza que os trabalhadores cumpram as normatizações no Ministério da Saúde. Nesse sentido, as agentes de saúde de uma ESF da região afirmaram que é necessário a união da secretaria do meio ambiente em algumas ações de saúde. Na observação feita nessa ESF pode-se acompanhar o debate que ocorreu em função de uma sanga que passa numa das microáreas. As famílias se queixavam do grande número de insetos e a médica referiu um aumento dos casos de verminoses em crianças vindas daquela microárea. A agente de saúde imediatamente alertou sobre a existência da sanga no local e afirmou que já havia feito diversos contatos com a secretaria de saúde e do meio ambiente em busca de algumas ações para resolver o problema. Ela referiu que foi orientada a ligar para secretaria de obras que alegou não poder ajudar, pois essa era uma área invadida, ou seja, aquelas casas não deveriam estar ali.

Nesse caso concreto do cotidiano de trabalho numa ESF, percebe-se que o problema recai sobre a equipe de saúde e a mesma atua de forma isolada nas ações de promoção de saúde e prevenção de doenças, sem contar com o apoio da gestão municipal. Da mesma forma, a agente de saúde se viu frustrada na medida em que ela é quem visita mensalmente tais famílias e teria que se deparar em breve com a realidade de uma atuação limitada frente a

um problema de saúde que repercute diretamente no trabalho da equipe de ESF e na saúde desses usuários.

Trata-se de um exemplo de que a relação entre estrutura e autonomia fica tensionada na medida em que fazer saúde passa por questões amplas e complexas que permeiam enfrentar as mazelas socioeconômicas da população. Como orientar, por exemplo, um banho adequado a um recém-nascido se na moradia da família não há água encanada?

Nesse sentido, sob a perspectiva da micropolítica o empoderamento do trabalhador depende do uso de suas potências, havendo liberdade de atuação no trabalho em saúde na medida em que o mesmo é entendido enquanto momentos de encontros e de negociações. A fala abaixo ilustra a perspectiva do olhar da micropolítica sobre o trabalho em saúde:

Observa-se que há um potencial de trabalho de todos os profissionais que pode ser aproveitado para cuidados diretos com o usuário, elevando assim a capacidade resolutiva dos serviços. Isso se faz, sobretudo, reestruturando os processos de trabalho e potencializando o ‘trabalho vivo em ato’ e a valise das relações, como fontes de energia criativa e criadora de um novo momento na configuração do modelo de assistência à saúde (MERHY, FRANCO, 2006, p.284).

Questiona-se a potência desse trabalhador da saúde, que enfrenta limites estruturais para a ação criadora. No exemplo acima, o encontro do trabalho em saúde se operacionalizaria entre o agente de saúde e o morador próximo à sanga. O trabalhador da saúde se depara com uma situação com a qual ele não tem competência para resolver. Isso, inclusive, relativiza a autoridade do agente de saúde no seu local de trabalho. Da mesma forma, ele é visto pela comunidade como o representante da prefeitura no bairro, como já foi discutido no quarto capítulo. Dessa forma, de qual autonomia estaria se falando? Ainda sobre isso, uma outra trabalhadora faz considerações relevantes sobre isso:

Autonomia no que está no nosso alcance sim, mas no que depende daqui. Mas em relação à especialista, exames, é mais difícil. O que eu faço se por exemplo tem uma paciente que já foi pro especialista e ele pediu fisioterapia contínua para ela, mas é negado pela regulação [...] o que eu faço? O que eu faço se foi ele (o especialista) quem pediu? Encaminhar de novo pro especialista? A resposta é precisa ser encaminhado todo o mês o pedido [...]. Tá, mas aí não é a mesma coisa que contínuo? Então eu to aqui pra que? Tem um fluxo, mas o fluxo não é seguido [...] eu fico só executando tarefa que me mandam. Eu diria que é uma autonomia restrita, pois o que fugiu daqui [...]. (Enfermeira. Entrevista 02).

Nas falas abaixo se percebe que há questões subjetivas que tensionam as questões objetivas postas, criando espaços e possibilidades para uma possível autonomia, ainda que limitada:

Aqui dentro eu acho que temos autonomia, na nossa grande família. A gente sempre consegue alguma coisa. (Técnico de Enfermagem. Entrevista número 03)

Eu vejo que existe uma autonomia porque assim, muitas vezes a gente não tem alguém dizendo pra nós, assim tá certo, assim tá errado, é uma opção livre, e aí tu vai muito com aquele teus valores. Eu acho que a prática de qualquer atividade humana ela é regida por valores. (Enfermeiro. Entrevista número 01).

As condições estruturais impostas ao trabalho em saúde e ao trabalhador da saúde, portanto, remetem a limitações e desafios no trabalho que não podem ser ignorados ou relativizados quando se analisa o trabalho e a autonomia do trabalhador da saúde. Situações que estão arraigadas no modelo de organização do trabalho (em todo o sistema) e que repercutem nos serviços de saúde. As possibilidades de autonomia existem, porém não da forma como se espera que os trabalhadores atuem, quando se depara, inclusive, com as expectativas traçadas Política Nacional de Humanização. Não como uma forma irrestrita de empoderamento do trabalhador, não como forma de pressupor no trabalhador um protagonista no seu processo de trabalho, e não como forma de responsabilização do trabalhador pelo sucesso do SUS.

Porém, pensar em espaços e possibilidades de autonomia é possível. Castoriadis (1995) lembra que para mudar o imaginário social e renascer o projeto de autonomia faz-se necessário mudanças profundas nas crenças e comportamento humano, mudando a representação de mundo e dos humanos nele. Nesse sentido, é importante lembrar que a luta política em defesa do SUS, enquanto garantia dos direitos democráticos de acesso à saúde, não pode vir descolada da perspectiva de mudança das bases materiais; caso contrário, corre-se o risco de desvio rumo ao voluntarismo característico da crença na autonomia do político em face do econômico (RIZZOTTO, 2012, p.226). Na mesma direção, pensar em um planejamento cuidadoso e de longo prazo da força de trabalho do setor público da saúde que mobilize os trabalhadores é imperativo para efetivar a gestão estatal em saúde.

Observa-se, assim, que há espaços possíveis de autonomia que são construídos historicamente pelos trabalhadores no seu fazer-se diário. A conquista de tais espaços não é isenta de embates, lutas e tensões e que há continuamente um processo dialético entre objetividade e subjetividade. Tal processo dinâmico, por ser histórico, revela essa realidade vivenciada empiricamente pelos trabalhadores atualmente, mas que por ser um processo, é mutável e passível de avanços e retrocessos históricos.

Considerações Finais.

Nem sempre de forma consciente, mas, também, como ação instituinte, os trabalhadores, em seu próprio cotidiano do trabalho, oferecem obstáculos à universalização dos ideais de racionalização que se pretendem legitimar pelo interesse (suposto) da eficiência produtiva. Através de diferentes estratégias, muitas delas objetivadas em “regras invisíveis”, os trabalhadores resistem à dinâmicas de “racionalização do trabalho”, pressionando para que suas ações não sejam determinadas por lógicas que tendem a substituir “os elos afetivos pelos mais impessoais”. (THOMPSON, 2001, p. 257).

Ao terminar essa tese de doutoramento, que buscou analisar os espaços de autonomia possíveis entre trabalhadores da saúde que atuam em situações de trabalho que têm diferentes tipos de condicionamento, tanto estruturais quanto conjunturais, é importante que se retome os objetivos que orientaram o estudo realizado, se afirme os resultados da pesquisa e que se identifiquem as questões que o próprio trabalho realizado instigou e despertou em termos de novas investigações.

Sob o ponto de vista de sua organização, a tese apresentou, ainda no seu segundo capítulo, uma análise de aspectos da reestruturação do modo de produção capitalista a partir das últimas décadas do século XX, bem como das repercussões daquela reestruturação sobre o trabalho e sobre os trabalhadores, em especial sobre o trabalho e os trabalhadores em saúde a partir da criação do SUS no Brasil. Ao mesmo tempo, o capítulo contemplou uma análise das questões teóricas que orientaram o trabalho realizado, em especial a discussão teórica sobre a autonomia possível no trabalho dos trabalhadores e das trabalhadoras em saúde. No conjunto do trabalho, esse capítulo da tese definiu tanto as questões históricas quanto as questões teóricas que foram consideradas para a análise de como os trabalhadores da saúde enfrentam os dilemas que estão presentes em seus trabalhos e que se vinculam a diferentes tipos de condicionamentos e a perspectiva de uma atuação profissional com autonomia.

No terceiro capítulo, então, intentou-se contextualizar a dinâmica regional de organização dos mercados de trabalho em saúde na Região 28 de Saúde (RS), atentando para características geográficas, sociopolíticas e econômicas dos municípios que a constituem, bem como para a importância dessas características tanto no que diz respeito à estruturação do mercado de trabalho em saúde quanto no que diz respeito à organização dos serviços vinculados à Estratégia Saúde da Família nos municípios e na própria Região. Trata-se de um capítulo de grande importância na análise construída, que indica que a Região faz diferença e que a análise de políticas públicas, bem como de suas repercussões no território, não pode se descuidar das particularidades e das singularidades que se definem a partir da própria experiência histórica dos locais e das regiões. Mesmo entre os municípios que compreendem a Região de estudo foi possível identificar diferenças e desigualdades de grande importância para a análise de como o trabalho em saúde se desenvolve nos locais de trabalho, bem como dos dilemas e das possibilidades que os trabalhadores em saúde vivenciam em suas atividades profissionais.

No quarto capítulo, então, buscou-se entender se a implantação do SUS, sua ênfase na valorização de espaços institucionais de participação e na “humanização” do trabalho em saúde, impulsiona ações coletivas entre os trabalhadores em saúde em defesa de espaços de autonomia profissional, bem como entender como a complexidade do processo *saúde – doença* coloca-se, no âmbito do trabalho em saúde realizado na Estratégia Saúde da Família, como um condicionante histórico para que os trabalhadores em saúde atuem com autonomia. Além disso, o capítulo analisou como a estruturação do trabalho em saúde nas Estratégias Saúde da Família da Região 28 de Saúde, caracterizado pela organização de equipes, contribui para a construção de autonomia entre os profissionais de saúde.

Por fim, o quinto capítulo, numa perspectiva de retomada da questão principal que orientou o estudo realizado, mas ainda a partir de dados empíricos levantados e analisados, assinalou possibilidades e limites de um trabalho com autonomia entre os trabalhadores das Estratégias de Saúde da Família na Região 28 de Saúde.

Importante retomar, também, que o problema que pautou a elaboração dessa tese se objetivou na seguinte pergunta: como, a partir de contextos concretos de organização do trabalho da Estratégia de Saúde da Família (ESF), os trabalhadores em saúde enfrentam os dilemas existentes entre a autonomia profissional e o estabelecimento de padrões de controle, de normatização e de padronização dos processos de trabalho?

Para enfrentar essa problemática partiu-se de uma perspectiva teórico-metodológica que compreende a autonomia no trabalho não como um ausente, como uma quimera que somente poderia existir com a condição histórica de superação das relações sociais de produção presentes nas sociedades capitalistas; mas, ao mesmo tempo, como um processo que não pode ser tomado como um dado, uma condição presente que decorre da natureza do trabalho em saúde, como um trabalho que está centrado no trabalho vivo e se opera com altos graus de incerteza, do que decorre a necessidade e a possibilidade dos trabalhadores, no ato mesmo de seu trabalho, definirem/acordarem as condições de realização de suas atividades laborativas. A autonomia no trabalho, assim, foi tomada como uma possibilidade, que se constrói na experiência concreta do trabalho, condicionada pelas relações sociais de produção, pelas diferentes e complexas mediações políticas, econômicas e sociais, mas, ao mesmo tempo, pela capacidade ativa dos trabalhadores que, como sujeitos históricos, desenvolvem consciência criativa e produtora de conhecimento e de ação.

Nesse sentido, através do aporte teórico e metodológico utilizado, a tese defendida é de que há condicionantes históricos, políticos, sociais, econômicos, regionais que balizam a ação dos trabalhadores e que é a partir desses condicionamentos que se pode pensar em espaços de autonomia. Tais condições limitam o trabalhador a agir conforme os preceitos preconizados pelos SUS, tal como a proposta de um novo modelo de atenção à saúde, com foco na promoção de saúde e prevenção de doenças, a idealização da cogestão e da coparticipação dos trabalhadores na gestão da saúde e o foco de atendimento pautado numa equipe multidisciplinar.

Percebeu-se porém, que apesar de serem limitados, os espaços de autonomia no trabalho não estão ausentes. Os trabalhadores consideram que tem autonomia no seu microespaço de trabalho, ainda que, quando se referem a situações macrossociais sentem que são pressionados, suas ações limitadas e, mesmo, que muitas vezes são impotentes diante das determinações que dessas situações decorrem. Tal contexto gera sofrimento e, de forma isolada, ações de resistência por parte dos trabalhadores.

Assim, as questões objetivas que permeiam o trabalho em saúde condicionam as ações dos trabalhadores e, por sua vez, as questões subjetivas geram uma forma de resistência. Nesse movimento contraditório e dialético o trabalhador vai construindo espaços de autonomia, sempre conquistados através de lutas, embates e tensões.

Entre os objetivos específicos, o primeiro e o segundo foram: analisar as mudanças que ocorreram no trabalho e na organização do trabalho em saúde a partir da implantação do

Sistema Único de Saúde no Brasil; verificar em que medida as transformações que ocorreram no mundo do trabalho a partir das últimas décadas do século XX, não somente em termos de organização do processo de trabalho e de produção, mas, também, de estruturação dos mercados de trabalho, de relações de trabalho e de representação sociopolítica dos trabalhadores, se fazem presentes no trabalho em saúde no Brasil.

Nesse sentido, o trabalho em saúde a partir da implementação do SUS em 1988 desenvolveu-se em um contexto contraditório. De um lado, ocorreram avanços na reestruturação do modo de produção, somados a ideais neoliberais que modificaram a organização do trabalho mundialmente, e também refletiram no trabalho em saúde, primando pela flexibilização e precarização das relações de trabalho e pelo enfraquecimento das ações políticas coletivas. Por outro lado, deu-se a institucionalização do SUS e a proposta de uma nova forma de se fazer saúde, com foco na promoção saúde e prevenção de doenças, tendo como espaço fundamental a Estratégia de Saúde da Família, a organização do trabalho através de uma equipe multidisciplinar, com uma escuta qualificada dos usuários e um apelo à cogestão e à coparticipação dos trabalhadores na gestão da saúde.

Em meio a tal contexto contraditório, o trabalho em saúde no Brasil, após 1980 se modificou, em especial no que tange à construção de uma nova configuração do mercado de trabalho. E, com a proposta de descentralização das ações em saúde, os municípios passaram a organizar a sua rede de atenção à saúde de forma a privilegiar os espaços públicos impulsionados pelos incentivos financeiros vindos das esferas federal e estadual.

Por sua vez a divisão do território em regiões de saúde, organizou assistencialmente e administrativamente os espaços de saúde no Brasil, em especial no que tange às referências de atendimentos. A estruturação regional tem como intuito levar atendimento nas mais diversas especialidades médicas para próximo da população, evitando assim, os atendimentos centralizados em grandes cidades. Tal regionalização, confere aos estados brasileiros um traçado territorial de saúde alternativo e imprime ao trabalho em saúde uma dinâmica diferente. O trabalhador está inserido numa rede hierarquizada e regionalizada de atendimento, o que, de acordo com a pesquisa empírica, algumas vezes, gera demora nos atendimentos aos usuários e tensão aos trabalhadores da saúde.

Através da realização do trabalho foi possível perceber que, apesar dos trabalhadores da saúde estarem inseridos num serviço público de saúde, orientado pelas políticas, programas e ações ministeriais que incentivam a redemocratização das ações na saúde, as características de um trabalho em saúde definido a partir de características do processo de reestruturação

produtiva que ocorre desde as últimas décadas do século XX, numa perspectiva de valorização do capital, se fazem presentes.

Tal realidade pode ser visualizada através do enfraquecimento dos espaços de representação sociopolíticas dos trabalhadores; das formas de contratação comprometidas com contratos frágeis de trabalho; da sobrecarga de trabalho apontada por jornadas duplas de trabalho ou horas extras; da pressão sentida pelos trabalhadores nos seus espaços de trabalho e impulsionada pela exigência de um volume de atendimentos por parte da gestão e usuários; da divisão técnica do trabalho em saúde, ainda que seja propagado o trabalho em equipe; da inserção tecnológica e burocrática no processo de trabalho em saúde.

Por sua vez, o terceiro objetivo específico da tese foi investigar o processo de regionalização da saúde na Região 28 de Saúde- RS, em especial em relação aos condicionamentos históricos implicados tanto na organização do mercado de trabalho quanto nas relações de trabalho em saúde na região. A Região 28 de Saúde é formada basicamente por municípios de pequeno porte, com a presença marcante de uma população que reside em espaços rurais. Ao mesmo tempo, alguns poucos municípios têm uma produção industrial mais desenvolvida, além de atividades de serviços e de comércio; como são os casos de Santa Cruz do Sul e de Venâncio Aires. No que tange à regionalização da saúde na Região 28 de Saúde se tornou presente, em especial na coleta de dados secundários, mas também nas entrevistas com os trabalhadores da saúde e com a coordenação da 13^a Coordenadoria Regional de Saúde, que a regionalização da saúde é um processo dinâmico e construído diariamente em função das demandas do próprio modelo de atenção à saúde proposto pelo SUS, mas também em função de questões políticas.

A regionalização da saúde norteia aqueles municípios que em função do seu porte e recursos humanos e financeiros estariam habilitados a oferecer aos demais municípios do entorno especialidades médicas e de serviços de saúde, se tornando assim referências regionais. Trata-se de uma realidade regional que, embora tenha a maioria da população residindo nos espaços urbanos, tem também uma forte presença de uma população rural, resultando daí a necessidade de condições específicas de planejamento e de execução das políticas de saúde.

Através da apresentação de uma série de dados sociodemográficos, englobando idade, sexo, número de habitantes, escolaridade, renda, IDHM dos residentes nos municípios da Região 28 de Saúde, foi possível identificar particularidades regionais que foram construídas historicamente e que condicionam a organização dos mercados e do próprio trabalho em

saúde na região. Somado a isso, a caracterização dos trabalhadores da saúde da Região 28 de Saúde e da estruturação do mercado de trabalho em saúde permitiram ilustrar situações que se apresentam como limites tanto da estrutura do mercado regional de trabalho quanto das formas de organização do trabalho em saúde nos municípios.

No mesmo sentido, ainda, foi possível notar que a Região 28 de Saúde está estruturada de forma diferente, tanto em nível de mercado de trabalho quanto em nível de municípios que são referência em especialidades médicas. O que se observa é um grupo de municípios formado por Santa Cruz do Sul, por Venâncio Aires, por Rio Pardo e por Candelária e um segundo grupo formado pelos demais municípios da Região (Pantano Grande, Vale do Sol, Sinimbu, Herveiras, Passo do Sobrado, Mato Leitão, Vale Verde, Gramado Xavier e Vera Cruz). Uma “divisão” que não necessariamente considera a questão geográfica da região, mas se mostra fruto de uma construção histórica proposta pela própria organização do SUS, em que os territórios de saúde foram sendo construídos em partes, influenciados pelas normativas legais do Sistema de Saúde. Assim, a descentralização e a hierarquização dos serviços, somadas à regionalização do sistema e à formação histórica do Vale do Rio Pardo, conferiram à Região 28 de Saúde um “espaço fortalecido” (com uma rede maior de serviços públicos e privados) e um “espaço mais fragilizado”, formado esse por municípios que têm atendimento de saúde fundamentalmente através de Estratégias de Saúde da Família e de Unidades Básicas de Saúde, sem contar com uma estrutura ampliada ou redes de serviços e sem ter referências regionais de saúde em nenhuma especialidade médica.

É importante analisar que tal regionalização condiciona o próprio mercado de trabalho em saúde, na medida em que os municípios de pequeno porte, sem a opção de um leque de serviços de saúde, com uma população menor ou ainda muito distante de um município de maior porte, têm grandes dificuldades de contratação de profissionais de saúde e têm que lidar com a rotatividade dos mesmos. No trabalho em saúde, em especial no que se refere a autonomia dos profissionais, ficou evidente que a dificuldade de encaminhamento dos usuários para as especialidades médicas são grandes, em especial em função da demora e da burocracia de tal processo. Esse fato tensiona a relação do usuário com o trabalhador de saúde que está na ponta do sistema.

A partir de 2003, houve um crescimento nos municípios da Região 28 de Saúde de espaços públicos de saúde, como as Estratégias de Saúde da Família, os Centros de Apoio Psicossocial, os Serviços de Atendimento Médico de Urgência e as Unidades de Pronto Atendimento. Com isso, houve um aumento significativo de trabalhadores da saúde

vinculados ao serviço público regidos pelo SUS. Tal movimento também foi acompanhado por um crescimento do mercado privado da saúde, balizado em especial através de clínicas e consultórios privados, de forma prioritária, nos municípios de maior porte. Tais movimentos, tanto de crescimento da esfera pública, mas também da privada, ilustram concretamente o movimento contraditório no mercado de trabalho, vivenciado desde a implantação do SUS.

Acrescenta-se a essa análise como as equipes de saúde da família estão organizadas na Região 28 de Saúde e, também, como o trabalho em saúde se organiza nesses espaços. Diante de tais singularidades, o trabalhador da saúde que atua em ESFs na Região 28 de Saúde vai se construindo, em suas experiências de trabalho e enquanto trabalhador, cercado de contradições e de tensionamentos, lidando com as mudanças que ocorrem no mundo do trabalho das sociedades contemporâneas, que tendem a responsabilizar os trabalhadores pelo sucesso e pelos insucessos da produção em que se inserem (no caso da saúde, pelo sucesso e pelos insucessos do modelo de saúde proposto pela organização do trabalho, através de equipe de saúde da família).

Por sua vez o último objetivo específico foi: analisar as relações de trabalho e a organização do trabalho implicadas na Estratégia da Saúde da Família na Região 28 de Saúde. Nesse sentido, apesar do Ministério da Saúde preconizar um trabalho em equipe multidisciplinar nas Estratégias de Saúde da Família, o que se percebeu na coleta de dados foi um trabalho centrado no profissional médico. O foco da gestão, dos usuários e de alguns trabalhadores da saúde é ainda o atendimento médico, indo na contramão do que é proposto e preconizado pelo SUS. Da mesma forma, a idealização de um modelo centrado na promoção de saúde e prevenção de doenças ainda encontra resistência de ser operacionalizado nas ESFs; o que predomina, ainda, é um modelo biomédico, curativo e fragmentado, num processo que é contraditório, na medida em que constituído por espaços que, teoricamente, se contrapõem ao modelo biomédico.

Alguns trabalhadores da saúde fazem uma reflexão crítica sobre isso e se sentem divididos entre o que é preconizado pelo SUS e o que a gestão e os usuários esperam de uma ESF. Tal realidade foi visualizada no ambiente concreto do trabalho das ESFs, ficando claro que o trabalhador da saúde está no meio (entre), o sistema de saúde e seus entraves de encaminhamentos, financeiros, burocráticos; a demanda dos usuários e a expectativa da gestão do município. Esse é um condicionante importante para a reflexão sobre a autonomia do trabalhador. Ainda ficou evidenciado nas entrevistas e nas observações, sobrecarga do trabalhador da saúde, acompanhada da desvalorização no trabalho por parte dos gestores. A

implantação do SUS, e sua ênfase na valorização de espaços institucionais de participação e na “humanização” do trabalho em saúde, não é o suficiente para impulsionar as ações coletivas entre os trabalhadores da saúde em defesa de espaços de autonomia profissional. Assim, se faz necessário uma reflexão abrangente sobre o que implica a normatização de um conceito ampliado de saúde para os trabalhadores da saúde.

A questão da autonomia no trabalho em saúde também está condicionada por questões relacionadas à formação dos trabalhadores. Percebe-se a predominância de uma formação médica, centrada e curativista; apesar de o SUS preconizar o oposto. Ainda que existam, a partir de ações do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação, programas e políticas no sentido de aproximar a formação dos estudantes com o mercado de trabalho em saúde, é possível identificar lacunas entre os pressupostos do SUS e a realidade concreta do trabalho nas ESFs. Tal descompasso foi ressaltado pela vinda de profissionais estrangeiros através do Programa Mais Médicos, que evidenciou o quanto a formação desses profissionais é sólida e coerente com o preconizado pela Atenção Primária em Saúde.

É importante lembrar que, enquanto um projeto contra hegemônico, o SUS está sob constante risco de privatizações e de mercantilização da saúde. Modelos organizacionais vindos de ideários privados enfrentam as normatizações de um sistema público de saúde, que por sua vez é operacionalizado e construído pelos trabalhadores da saúde. As contradições de ordem financeira, de gestão e políticas tensionam o trabalho em saúde e os trabalhadores que atuam nos serviços públicos e se autoconstróem nesse contexto contraditório.

Essa tese teve como intuito mostrar um olhar inovador sobre o trabalho em saúde sob dois aspectos. O primeiro no que se refere ao aporte teórico metodológico utilizado na tese. Apoiado em autores que falam sobre a Sociologia do Trabalho e o Materialismo Histórico, somados ao filósofo Cornelius Castoriadis e ao historiador Edward Thompson a tese mostra uma discussão inédita nas pesquisas sobre o trabalho em saúde. A tese também buscou oferecer um olhar alternativo às pesquisas dominantes na área, através de uma perspectiva histórica, e entendendo as estruturas sociais enquanto condicionantes da autonomia dos trabalhadores da saúde. Espera-se que essa tese possa servir de inspiração para demais pesquisadores que corroboram com a ideia de que a micropolítica não explica por completo a complexidade que envolve o processo de trabalho em saúde.

O segundo aspecto inovador da tese foi analisar o trabalho em saúde na perspectiva regional, apoiado em autores do Desenvolvimento Regional, sendo dessa forma possível traçar um perfil dos trabalhadores dos ESF da Região 28 de Saúde e entender as condições a

partir das quais os mesmos constroem espaços de autonomia no seu trabalho. Muitas pesquisas já foram feitas com esse recorte regional, porém não com a amplitude e o viés teórico metodológico proposto por essa tese. Da mesma forma, a análise atenta para todos os integrantes da equipe básica de saúde da ESF também é algo inovador e que permitiu perceber as tensões na própria relação de trabalho em equipe estabelecidas nas ESFs da Região 28 de Saúde.

Por fim, cabe destacar as lacunas, mas, principalmente, as pistas para novos trabalhos que, ao final da realização da presente tese, são possíveis de ser identificadas. Assim, a tese abre espaço, por um lado, para pesquisas que estejam atentas as questões macrossociais que condicionam o trabalho em saúde, e, nesse sentido, analisem em que medida as redes de apoio aos ESFs, tais como o NASF (Núcleo de Apoio a Saúde da Família), UMREST (Unidade Municipal de Referência em Saúde do Trabalhador) e CAPS (Centro de Apoio Psicossocial), condicionam a ação do trabalho na ESF, poderiam ser possibilidades de pesquisa futura.

Por outro lado, a tese apresentada, indica um caminho de debate para pesquisas futuras que considerem a perspectiva da micropolítica, analisando o microespaço de trabalho em saúde e os seus limites (em especial na relação usuário – trabalhador de saúde), agregando, porém, a discussão das questões macrossociais que permeiam o trabalho em saúde.

Para finalizar, após a conclusão da tese é possível indicar Políticas Regionais de Saúde que atentem para as particularidades da Região 28 de Saúde. Nesse sentido sugere-se Políticas focadas na Criança, Adolescente e Idoso, ações atentem para o fenômeno da masculinização no meio rural, bem como políticas que pensem a feminização da força de trabalho em saúde. Destaca-se também a importância da continuação de programas que conciliem a área da saúde e da educação, que promovam educação em saúde e que estimulem a permanência da criança/adolescente na escola.

REFERÊNCIAS

- AMARAL, Marisa Silva. **Neoliberalismo na América Latina e a nova fase de dependência**. Disponível em: <http://www.unicamp.br/cemarx/anais_v_coloquio_arquivos/arquivos/comunicacoes/gt3/sessao4/Marisa_Amaral.pdf>. Acesso em: 23 jun. 2016.
- ANDERSON, Perry. Balanço do neoliberalismo. In: SADER, Emir; GENTILI, Pablo (orgs.). **Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995, p. 9-28.
- ANDRADE, L. R. de. **A FE no SUS: Fundação Estatal como proposta de gestão do trabalho para a Estratégia Saúde da Família na Bahia**. 2009. 130f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009.
- ANTUNES, Ricardo. **O Caracol e a sua Concha, ensaios sobre a nova morfologia do trabalho**. São Paulo: Boitempo, 2005.
- _____. **Os sentidos do trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho**. São Paulo: Boitempo, 1999
- _____. (org.). **Riqueza e miséria do trabalho no Brasil II**. São Paulo: Boitempo, 2013.
- ARAÚJO, Ronaldo M. de L. Petra: um modelo de formação profissional baseado na competência. **Revista Trabalho e Educação**, Belo Horizonte, n. 2, ago./dez. 1997.
- AUDITORIA CIDADÃ DA DÍVIDA. **Números da dívida**. Disponível em: <<http://www.auditoriacidada.org.br>>. Acesso em: 24 jun. 2016.
- BARBOSA, R.H.S. Gender and healthcare work: a critical view of community health agents' work. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.16, n.42, p.751-65, jul./set. 2012.
- BASSAN, Dilani Silveira. **Desenvolvimento desigual na região do vale do rio pardo**. Dissertação de mestrado. UNISC, 2002.
- BATISTA, Karina B. C.; GONÇALVES, Otília S. J. Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado. **Saúde e Sociedade**, v. 20, n. 4, p. 884-899, 2011.
- BATISTA, M. P. P.; ALMEIDA, M. H. M.; LANCMAN, S. Políticas públicas para a população idosa: uma revisão com ênfase nas ações de saúde. **Rev. Ter. Ocup.** São Paulo, v.

22, n. 3, p. 200-207, set./dez. 2011. Disponível em:
<<http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/46383/50140>>. Acesso em: 25 mar. 2016.

BAUMAN, Zygmunt. **Capitalismo parasitário e outros temas contemporâneos**. Rio de Janeiro: Zahar, 2010.

BECKER, Dinizar. Necessidades e finalidades dos projetos regionais de desenvolvimento local. In: BECKER, Dinizar F; BANDEIRA, Pedro S (orgs.). **Determinantes e desafios contemporâneos**. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2002, p. 129-147. (Desenvolvimento local-regional, v. 1).

BITTENCOURT, J. B. M. O pensamento social como ferramenta de transformação política: um diálogo entre Pierre Bourdieu e Conélius Castoriadis. **CSOnline** – Revista Eletrônica de Ciências Sociais. Ano 2, Volume 5, Dezembro de 2008.

BORÓN, Atílio. Os ‘novos leviatãs’ e a pólis democrática: neoliberalismo, decomposição estatal e decadência na América Latina. In: GENTILI, Pablo; SADER, Emir (orgs.). **Pós-neoliberalismo II** – que estado para que democracia? Petrópolis: Vozes, 1999.

BOTTOMORE, T. et. all. **Dicionário do pensamento marxista**. Rio de Janeiro: J. Zahar, 1988. 454 p.

BRASIL. COFEN. **Decreto Federal nº 2.208/97**. Disponível em:
<http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-2762003-revogada-pela-resoluo-cofen-3142007_4312.html> Acesso em: 15 jan. 2015.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Gestão do trabalho e da educação na saúde**. Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde, 2016. **Histórico**. Disponível em:
<http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php> Acesso em: 17 abr. 2016.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em:
<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=149>. Acesso em: 12 out. 2012.

_____. **Gestão do trabalho e da regulação profissional em saúde: agenda positiva do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde**. 3. ed. Brasília, 2009.

_____. **Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização**. Disponível em:
<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humaniza_sus_marco_teorico.pdf>. Acesso em: 18 jun. 2014.

_____. Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS. **A Humanização como Eixo Norteador das Práticas de Atenção e Gestão em Todas as Instâncias do SUS**. Brasília, DF. 2004.

_____. **Portaria N. 2.203, de 5 de novembro de 1996**. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html>. Acesso em: 14 jan. 2016.

_____. **Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS (DesprecarizaSUS): perguntas & respostas**. Brasília, 2006.

_____. Secretaria de Assistência à Saúde. **Redes Estaduais de Atenção à Saúde do Idoso: guia operacional e portarias relacionadas**. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_estaduais.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2016

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/>> Acesso em: dez. 2014.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **Regionalização solidária e cooperativa: orientações para sua implementação no SUS**. Brasília: 2006. Disponível em: em <<http://www.rimisp.org/getdoc.php?docid=3702>>. Acesso em: 02 abr. 2013.

_____. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **Regionalização solidária e cooperativa: orientações para sua implementação no SUS**. Brasília: 2006. Disponível em: <www.rimisp.org/getdoc.php?docid=3702> Acesso em: 02 abr. 2013

_____. **Portaria 39/2000**. Secretaria Estadual de Saúde Disponível em: <<http://www1.saude.rs.gov.br/wsa/portal/index.jsp?menu=organograma&cod=42906>>. Acesso em: 19 abr. 2016.

_____. **Resolução 01/2011**. Decreto 7.508/2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em: 17 mai 2011.

BRAVERMAN, Harry. **Trabalho e capital monopolista: a degradação do trabalho no século XX**. 3. ed. Rio de Janeiro: LTC, 1987. 379 p

CADONÁ, M. A. Dinâmicas Regionais de Organização dos Mercados Urbanos de Trabalho: uma análise a partir dos mercados de trabalho nas cidades da Microrregião de Santa Cruz do Sul (RS). **Estudos do CEPE**, v. 41, p. 87-102, 2015.

_____. **A inserção neoliberal: burguesia industrial e a inserção econômica do Rio Grande do Sul no processo de reestruturação do capitalismo durante os anos 1990**. Florianópolis: UFSC, 2009. (Tese de Doutorado apresentada no Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política, Universidade Federal de Santa Catarina).

_____. **Dos bastidores ao centro do palco: a atuação política da burguesia industrial gaúcha no processo de redemocratização**. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2002.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Reforma da reforma: repensando a saúde. **Saúde em debate**.v. 52. São Paulo: HUCITEC, 1992.

CANO, Wilson. **Soberania e política econômica na América Latina**. São Paulo: UNESP, 2000. (Biblioteca básica)

CARINHATO, P. H. Neoliberalismo, Reforma do Estado e políticas sociais nas últimas décadas do século XX no Brasil. **Revista Aurora**, ano II, n. 3, 2008. p. 37-46.

CARVALHO, et. al. A construção do SUS e o planejamento da força de trabalho em saúde no Brasil: breve trajetória histórica. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 37, n. 98, p. 372-387, jul/set 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v37n98/a02v37n98.pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2016.

CASTELLS, Manuel. **A sociedade em rede**.São Paulo: Paz e Terra, 1999.

CASTORIADIS, C. **A instituição imaginária da sociedade**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995.

_____. **As encruzilhadas do labirinto II: os domínios do homem**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

_____. **As encruzilhadas do labirinto III: o mundo fragmentado**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

_____. **Figuras do Pensável, As Encruzilhadas do Labirinto**. v.VI. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira. 2004.

CASTORIADIS, C. **Socialismo ou Barbárie**. O conteúdo do socialismo. São Paulo: Editora Brasiliense, 1979.

CATTANI, Antonio D. (Org.). **Trabalho e tecnologia:dicionário crítico**. Petrópolis: Vozes, 1997.

CATTANI, Antonio D. Autonomia. In: CATTANI, Antonio D. (org.). **Trabalho e tecnologia: dicionário crítico**. Petrópolis: Vozes; Porto Alegre: Editora da Universidade, 1997, p. 27-34.

CECÍLIO, L. (org.).**Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994.

CHANG, Leslei T. **As garotas da fábrica: da aldeia à cidade, numa China em transformação**. Rio de Janeiro: Intrínseca, 2010.

CHESNAIS, François. **A mundialização do capital**.São Paulo: Xamã, 1996.

_____. Mundialização do capital, regime de acumulação predominantemente financeira e programa de ruptura com o neoliberalismo. **Revista da Sociedade Brasileira de Economia Política**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 7-34, 1997.

COHN, A. Mudanças econômicas e políticas de saúde no Brasil. In: LAURELL, A. C. (Org.). **Estado e políticas sociais no neoliberalismo**.2.ed. São Paulo: Cortez, 1997.

COLLARD, Marie-France. **Operárias do Mundo**. Bélgica/França: 2000. (Documentário em Cores).

CONASS. **Estruturação da área de recursos humanos nas Secretarias de saúde dos estados e do Distrito Federal**. Brasília: Conass, 2004.

_____. **Gestão do trabalho e da educação na saúde**. Brasília: Conass, 2012.

_____. **Estruturação da área de recursos humanos nas Secretarias de saúde dos estados e do Distrito Federal**. Brasília: Conass, 2011.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2011 Disponível em:
<caminhosolar.com.br/ecampus/curso/275/inscricao/16366/modulo/1780>. Acesso em: 16 abr. 2016.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Disponível em:
<http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=25867>. Acesso em: 16 abr. 2016.

COREDE. **Conselho Regional de Desenvolvimento do Vale do Rio Pardo**. Disponível em:
<<http://reciclagempolitica.blogspot.com.br>>. Acesso em: 02 jun. 2016.

DEMOGRAFIA MÉDICA BRASILEIRA, 2015. Disponível em:
<<http://www.flip3d.com.br/web/pub/cfm/index10/?numero=12>>. Acesso em: 16 abr. 2016.

DIEESE. **A situação do trabalho no Brasil**. São Paulo: DIEESE, 2012.

EBERHARDT et. al., Vínculos de trabalho no setor saúde: o cenário da precarização na macrorregião Oeste do Paraná. **SAÚDE DEBATE**. Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 18-29, Jan-Março 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n104/0103-1104-sdeb-39-104-00018.pdf>>. Acesso em: 16 jan. 2016.

ETGES, Virgínia E. A região no contexto da globalização: o caso do Vale do Rio Pardo. In: Olgário Paulo Vogt; Rogério Leandro da Silveira. (Org.). **Vale do Rio Pardo: (re) conhecendo a região**. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2001.

FEUERWERKER, L. M Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v.9, n.18, p.489-506, set/dez 2005. Disponível em:
<<http://www.scielo.org/pdf/icse/v9n18/a03v9n18.pdf>>. Acesso em: 19 abr. 2016.

FISCHBORN, Aline Fernanda. Trabalhadores e autonomia no trabalho na Estratégia Saúde da Família. **Relatório de pesquisa**. Nov. 2013.

FLEURY, Afonso; VARGAS, Nilton. **Organização do trabalho**. São Paulo: Atlas, 1983.

FRANCO, Túlio Batista. O trabalho de saúde como potência: ensaio sobre a gestão do trabalho. In: FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos**. São Paulo: Hucitec, 2013.

_____. Prefácio. In: FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos**. São Paulo: Hucitec, 2013, p. 13-16.

FRANZOI, Naira Lisboa. Controle e disciplina fabris. In: CATTANI, Antonio D. (org.). **Trabalho e tecnologia: dicionário crítico**. Petrópolis: Vozes; Porto Alegre: Editora da Universidade, 1997.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 37. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2008. 148 p.

GARCIA, A. C. P. **Gestão do trabalho e da educação na saúde: uma reconstrução histórica e política**. 2010. 171f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

GIDDENS, Anthony. **Sociologia**. Porto Alegre: Artmed, 2005.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**, 6. ed., São Paulo: Atlas, 2009.

_____. **Métodos e técnicas de pesquisa social**, 6. ed., São Paulo: Atlas, 1995.

GIRARDI, S. et al. O Trabalho em saúde: tendências e perspectivas na estratégia da Saúde da Família. **Divulg Saúde Debate**; 45: 11–25. 2010.

GITAHY, Leda. Inovação tecnológica, subcontratação e mercado de trabalho. **São Paulo em Perspectiva**, 8(4): 144-153, 1994.

GONÇALVES, Ricardo Bruno Mendes. Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de Centros de Saúde de São Paulo. **Saúde em debate**, v.76. São Paulo: HUCITEC, 1994.

GOUNET, Thomas. **Fordismo e Toyotismo na civilização do automóvel**. Trad. de Bernardo Joffily. São Paulo: Boitempo, 1999. 117 p. (Coleção Mundo do trabalho).

HARVEY, David. **A condição pós-moderna: uma pesquisa sobre as origens da mudança cultural**. 3. ed. São Paulo: Loyola, 1993.

HIRATA, H.; KERGOAT, D. Novas configurações da divisão sexual do trabalho. **Cadernos de Pesquisa**, v.37, n.132, p.595-609, 2007.

IBGE. **Censo Demográfico 2010**. TRE/abril de 2014.

KERGOAT, D. Divisão sexual do trabalho e relações sociais de sexo. Trad. Vivian Aranha Saboia. In: HIRATA, H. et al. (Orgs.). **Dicionário crítico do feminismo**. São Paulo: Unesp, 2009. p.67-75. Disponível em: <lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 jan. 2016.

KOSTER, I. **A Gestão do Trabalho e o contexto da flexibilização no Sistema Único de Saúde**. 2008. 208f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2008.

KPGM. **Saúde no Brasil:** mudanças da regulamentação resultam em oportunidades de investimento no setor de saúde no Brasil. Disponível em:
<https://www.kpmg.com/BR/PT/Estudos_Analises/artigosepublicacoes/Documents/life-sciences/Saude-no-Brasil-portugues-2015.pdf>. Acesso em: 23 jun. 2016.

KREIN, José Dari. **Tendências recentes nas relações de emprego no Brasil:** 1990-2005. 2007. Tese (Doutorado). Universidade Estadual de Campinas, Campinas, São Paulo, 2007.

LARANJEIRA, Sonia M. G. Círculos de Controle de Qualidade. In: CATTANI, Antonio D. (org.). **Trabalho e tecnologia: dicionário crítico.** Petrópolis: Vozes; Porto Alegre: Editora da Universidade, 1997, p. 40-43.

LIMA, et al. Satisfação e insatisfação no trabalho de profissionais de saúde da atenção básica. **Escola Anna Nery Revista Enfermagem** 18(1), Jan/Mar. 2014, p.17-24.

LORENZETI, Jorge et. al. Tecnologia, inovação tecnológica e saúde: uma reflexão necessária. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2012 Abr-Jun; 21(2): 432-9.

MACHADO, Maria.H., KOSTER I. Emprego e trabalho em saúde no Brasil: as políticas de desprecarização do Sistema Único de saúde. In: ASSUNÇÃO, A. A., BRITO, J. **Trabalhar na Saúde, experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

MACHADO, Maria H. et. al. **O Mercado de Trabalho em Saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Ensp, 1992.

MACHADO, Maria H. Trabalhadores de Saúde e sua trajetória na Reforma Sanitária. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Recursos Humanos e Gestão do Trabalho em Saúde:** teoria para à prática. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

MACHADO, Maria Helena; OLIVEIRA, Eliane dos Santos de; MOYSES, Neuza Maria Nogueira. Tendências do mercado de trabalho em saúde no Brasil. In: PIERANTONI, Celia; DAL POZ, Mario Roberto; FRANÇA, Tania (orgs.). **O Trabalho em Saúde:** abordagens quantitativas e qualitativas. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, 2011.

MANZINI, Eduardo J. **A entrevista na pesquisa social.** Didática, São Paulo, v. 26/27, p. 149-158, 1990/1991.

MARQUES, et.al. Qualidade de vida e contexto de trabalho de profissionais de enfermagem da Estratégia Saúde da Família. *Rev Rene*. 2015 set-out; 16(5):672-81. Disponível em:
<<file:///C:/Users/User/Downloads/2058-18109-1-PB.pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2016.

MARTINS, Angela Maria. Autonomia e educação: a trajetória de um conceito. **Cadernos de Pesquisa**, n. 115, p. 207-232, março/ 2002.

MARX, Karl. **Manuscritos econômico-filosóficos**. Lisboa: Edições 70, 1989.

_____. **O capital, crítica da economia política**. Livro 1. Tradução de Reginaldo Sant'Anna. 23 ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1983.

_____; ENGELS, Friedrich. **Manifesto do Partido Comunista**. Trad. de Marco Aurélio Nogueira e Leandro Konder. Petrópolis: Vozes, 1989.

MASSON, Gisele. As contribuições do método materialista histórico e dialético para a pesquisa sobre políticas educacionais. In.: **IX SEMINÁRIO DE PESQUISA EM EDUCAÇÃO DA REGIÃO SUL- ANPED Sul**. Anais. Caxias do Sul, 2012.

MATOS, E.; PIRES, D. Teorias administrativas e organização do trabalho: de taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15. n. 003. jul./set. 2006. p. 508-514.

MENDES, E. V. **Distrito sanitário**: O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde, 1993.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. Trabalho em Saúde. In: **Dicionário de Educação Profissional em saúde**. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (Org.). Rio de Janeiro: EPSJV, 2006.

MERHY, Elias. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o _modelo tecno-assistencial em defesa da vida. In: CECÍLIO, L. (org.) **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1994.

MONTALI, Lilia. **Do núcleo colonial ao capitalismo monopolista**: produção de fumo em Santa Cruz do Sul. (Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Sociologia, USP). São Paulo: Universidade de São Paulo, 1979.

MORAES, Reginaldo. **Neoliberalismo**: de onde vem, para onde vai? São Paulo: SENAC, 2001.

NEGRÃO, João José. **Para conhecer o neoliberalismo**. São Paulo: Publisher Brasil 1998.

OLIVEIRA, Francisco de. **Os direitos do antivalor**: a economia política da hegemonia imperfeita. Petrópolis: Vozes, 1998.

PAGNINI, [Patrícia Gordin](#). **Motivos para a rotatividade dos médicos na estratégia da Saúde da Família no município de Cachoeirinha/RS.** Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Administração. Curso de Especialização em Gestão em Saúde UAB. 2012. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/70546/000877771.pdf?sequence=1>. Acesso em: 18 abr. 2016.

PAIM, J. S. P. **Reforma Sanitária Brasileira, contribuição para a compreensão e crítica.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

PATTI, Camila. 5 atitudes para agüentar a pressão. **Revista Exame**, 03 de setembro de 2012. Disponível em: <http://exame.abril.com.br/carreira/noticias/5-atitudes-para-aguentar-a-pressao-no-trabalho>>. Acesso em: 05 abr. 2016.

PEDUZZI, Marina. Mudanças tecnológicas e seu impacto no processo de trabalho em saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, 1(1): 75-91, 2002.

PIRES, D. E. Divisão técnica do trabalho em saúde. In: PEREIRA, I.B.; LIMA, J.C.F. (Org.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: EPSJV. 2008.

_____. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. 1. ed. São Paulo: Annablume, 1998. (Selo universidade. Ciências sociais, 93).

POCHMANN, Márcio. **O emprego na globalização: a nova divisão internacional do trabalho e os caminhos que o Brasil escolheu.** São Paulo: Boitempo, 2001.

RAGO, Luiza M.; MOREIRA, Eduardo F. P. **O que é taylorismo.** São Paulo: Brasiliense, 1985.

RAMOS, Marise Ramos. Conceitos Básicos sobre o trabalho. In: FONSECA, A.F; STAUFFER, A.B (org.). **O processo histórico do trabalho em saúde.** Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

REVISTA BRASILEIRA SAÚDE DA FAMÍLIA/ MINISTÉRIO DA SAÚDE. ano 1. n.1 (Set/dez.2012). Brasília: MS, 2012.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde. **Regiões de Saúde no Rio Grande do Sul.** Disponível em: http://www1.saude.rs.gov.br/dados/1338422367990CONGRESSO_ASSEDISA_REGIOES_SAUDE.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2016.

RIZZOTTO, M. L. F. **Capitalismo e saúde no Brasil nos anos 90, as propostas do banco Mundial e o desmonte do SUS**. São Paulo: Hucitec, 2012.

ROCHA, Natália H. N.; BARLETTO, Marisa; BEVILACQUA, Paula D. Identidade da agente comunitária de saúde: tecendo racionalidades emergentes. **INTERFACE: Comunicação, Saúde, Educação**, v. 17, n. 47, p. 847-57, out./dez. 2013.

ROMANI, Carlo Maurizio. Experiências compartilhadas e autonomia popular na história social: aproximações entre E. P. Thompson e Castoriadis. **Projeto História**, São Paulo, n. 48, dez. 2013.

ROSENFELD, Cinara L. Autonomia e trabalho informacional: o teletrabalho. **XXIX Encontro Anual da ANPOCS**. Anais... Caxambu, outubro de 2005.

SANTOS, Boaventura de Sousa. **Pela mão de Alice: o social e o político na pós-modernidade**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1996.

_____. **Produzir para viver: os caminhos da produção não capitalista**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

SANTOS, M. **A natureza do espaço: razão e emoção, técnica e tempo**. São Paulo: Hucitec, 1996.

_____. Igualdade nas relações de gênero na sociedade do capital: limites, contradições e avanços. **Katálisis**, v.13, n.1, p.11-9, 2010.

SCHRAIBER, Lilia B. **O médico e seu trabalho: limites da liberdade**. São Paulo: Hucitec, 1993.

SILVA et. al. Conselho municipal de saúde: perspectiva do profissional de saúde inserido na estratégia saúde da família. **Revista Unimontes Científica**, Montes Claros, v. 16, n. 1 - jan./jun. 2014.

SILVA, Kênia et. al. Gestão da qualidade total nos serviços de saúde: modelo gerencial em desenvolvimento. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**. v. 6, n. 1, ano 2015.

SILVER, Beverly J. **Forças do trabalho: movimentos de trabalhadores e globalização desde 1870**. São Paulo: Boitempo, 2005.

SÓLIO, Marlene B. Colaborador: conceito e preconceito. **V ABRAPCORP: redes sociais, comunicação organizações**. Anais. Caxias do Sul, 2011.

SORATTO, Jacks; WITT, Regina Rigatto. Participação e controle social: percepção dos trabalhadores da saúde da família. **Texto & contexto enfermagem**. Florianópolis. v. 22, n. 1 (jan./mar. 2013), p. 89-96. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/10183/85477>>. Acesso em: fev. 2016.

SOUZA, M., A., S. As Novas Configurações do Trabalho em Saúde: os indicativos do processo de desregulamentação. **Textos & Contextos** (Porto Alegre), v. 9, n. 2, p. 334 - 344, ago./dez. 2010.

TAYLOR, Frederick W. **Princípios de administração científica**. São Paulo: Atlas, 1990.

THOMPSON, Edward P. **A formação da classe operária inglesa**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987. (A árvore da liberdade, I).

_____. **A miséria da teoria ou um planetário de erros**: uma crítica ao pensamento de Althusser. Rio de Janeiro: Zahar, 1981.

_____. Algunas observaciones sobre clase y falsa consciencia. **Historia Social. U.N.E.D.** Valencia. Primavera-Verano, 1991, nº 10. Pp. 27-32.

_____. **As peculiaridades dos ingleses e outros artigos**. In: NEGRO, Antônio Luigi; SILVA, Sérgio (Org.). São Paulo: Editora da Unicamp, 2001.

TRIVIÑOS, A. **Introdução à pesquisa em Ciências Sociais**. São Paulo: Atlas, 1992.

UNIMED. **Portal Nacional da Saúde**. 2016 Disponível em: http://www.unimed.coop.br/pct/index.jsp?cd_canal=49146 . Acesso em: Agosto 2016.

VOGT, Olgário P. **A produção de fumo em Santa Cruz do Sul– RS (1849 – 1993)**. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 1997.

WERMELINGER, M. et al. A Força de Trabalho do Setor de Saúde no Brasil: Focalizando a Feminização. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 45, p. 55-71, abril 2010.

XAVIER SOBRINHO, Guilherme G. de F. Modelo japonês. In: CATTANI, Antonio D. (org.). **Trabalho e tecnologia**: dicionário crítico. Petrópolis: Vozes; Porto Alegre: Editora da Universidade, 1997.

ZEN, T.D. **Pesquisa de satisfação de usuários e de profissionais de saúde**: uma revisão bibliográfica, 2008. Monografia, POA: departamento e Medicina Social, faculdade de Medicina da Universidade do Rio Grande do Sul. Disponível em:

<http://www.lume.ufrgs./bitstream/handle/10183/15434/000678498.pdf?sequence=1>.
Acesso em: 25 mar. 2016.

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

A pesquisa intitulada “Trabalho e Autonomia dos Trabalhadores em Saúde: uma análise a partir da Estratégia de Saúde da Família na Região 28 de Saúde (RS)” se propõe a estudar o trabalho e condições de trabalho em saúde. Tem como objetivo analisar, a partir de contextos concretos de organização do trabalho em saúde da Estratégia de Saúde da Família (ESF), como os trabalhadores enfrentam os dilemas existentes entre a autonomia profissional e o estabelecimento de padrões de controle, de normatização e de padronização dos processos de trabalho.

Para tanto, a pesquisa terá como metodologia a aplicação de questionário, a realização de observações, de entrevistas semi-estruturadas, a análise documental e de dados secundários. Os participantes serão trabalhadores da saúde que atuam na Estratégia de Saúde da Família, secretários municipais de saúde, a coordenação da 13ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul e Conselheiros municipais de saúde. A identificação dos participantes será preservada e estes estarão protegidos pela Resolução 466/2012.

Assim, pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, declaro que autorizo a minha participação neste projeto de pesquisa, pois fui informado, de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos, da justificativa, dos procedimentos que serei submetido, dos riscos, desconfortos e benefícios, assim como das alternativas às quais poderia ser submetido, todos acima listadas.

Fui, igualmente, informado:

- da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa;
- da liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo pessoal ou profissional;
- da garantia de que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa;
- do compromisso de proporcionar informação atualizada obtida durante o estudo, ainda que esta possa afetar a minha vontade em continuar participando.

O Pesquisador Responsável por este Projeto de Pesquisa é Aline Fernanda Fischborn (Fone 51 98060744)

O presente documento foi assinado em duas vias de igual teor, ficando uma com o voluntário da pesquisa e outra com o pesquisador responsável.

Data __ / __ / ____

Nome e assinatura do Voluntário

Nome e assinatura do responsável pela obtenção do presente consentimento.

APÊNDICE B - Roteiro do questionário aos trabalhadores da saúde:



QUESTIONÁRIO DE PESQUISA APLICADO AOS TRABALHADORES DA SAÚDE:

1. O perfil socioeconômico dos trabalhadores:

1. Local de moradia (bairro/município): _____
2. Local de trabalho (bairro/município): _____
3. O ESF que você trabalha é considerado: 1 ESF Rural 2 ESF Urbano
4. Qual é a sua idade? _____
5. Sexo: 1 Masculino 2 Feminino
6. Estado civil: 1 Solteiro (a) 2 Casado (a) 3 Separado (a)
 4 União estável (viver junto)
7. Escolaridade:

<input type="checkbox"/> 1 Ensino Fundamental incompleto	<input type="checkbox"/> 2 Ensino Fundamental completo
<input type="checkbox"/> 3 Ensino Médio incompleto	<input type="checkbox"/> 4 Ensino Médio completo
<input type="checkbox"/> 5 Ensino Superior incompleto	<input type="checkbox"/> 6 Ensino Superior Completo
<input type="checkbox"/> 7 Pós Graduação	
8. Atualmente você está estudando?
 - 1 Sim. Qual curso? _____
 - 2 Não
9. Qual é a renda de sua família?

<input type="checkbox"/> 1 Até um salário mínimo	<input type="checkbox"/> 2 Mais de 01 até 02	<input type="checkbox"/> 3 Mais de 02 até 03
<input type="checkbox"/> 4 Mais de 03 até 05	<input type="checkbox"/> 5 Mais de 05 até 10	<input type="checkbox"/> 6 Mais de 10
<input type="checkbox"/> 7 Não sabe/ não respondeu		

2. As trajetórias profissionais dos trabalhadores:

10. Qual é o seu cargo na Estratégia de Saúde da Família?

<input type="checkbox"/> 1 Agente Comunitária de Saúde	<input type="checkbox"/> 2 Auxiliar de enfermagem
<input type="checkbox"/> 3 Técnico de enfermagem	<input type="checkbox"/> 4 Enfermeiro
<input type="checkbox"/> 5 Médico	<input type="checkbox"/> 6 Outro. Qual _____
11. Há quanto tempo você trabalha em atividades de saúde?

<input type="checkbox"/> 1 Menos de 6 meses	<input type="checkbox"/> 2 Entre 6 meses e 1 ano	<input type="checkbox"/> 3 De 1 a 3 anos	<input type="checkbox"/> 4 De 3 a 5 anos
<input type="checkbox"/> 5 De 5 a 7 anos	<input type="checkbox"/> 6 De 7 a 10 anos	<input type="checkbox"/> 7 De 10 a 15 anos	<input type="checkbox"/> 8 De 15 a 20 anos

12. E há quanto tempo você trabalha no atual local de trabalho (ESF)?

- Menos de 6 meses Entre 6 meses e 1 ano De 1 a 3 anos De 3 a 5 anos
 De 5 a 7 anos De 7 a 10 anos De 10 a 15 anos De 15 a 20

13. Ao longo da sua trajetória profissional você já trabalhou em outros setores de atividade, além da saúde?

Sim.

Quais? _____

Não

14. Atualmente atua em outros locais de trabalho além do ESF?

Sim.

Onde _____

Não

15. Você pretende continuar na mesma atividade que desempenha atualmente na ESF?

Sim.

Por quê? _____

Não.

Por quê? _____

16. Porque você escolheu trabalhar em saúde?

17. Você considera que o trabalho em saúde é diferente de outros trabalhos?

Sim.

Por quê? _____

Não.

Por quê? _____

18. (Pergunta destinada somente aos Agentes Comunitários de Saúde) Você se considera um profissional de saúde?

Sim.

Por quê? _____

Não.

Por quê? _____

3. Mudanças no Trabalho em Saúde:

19. Você percebeu alguma alteração na organização da atenção básica no seu município (mudanças socioespaciais dos serviços de saúde e criação de novos serviços públicos) nos últimos anos?

Sim.

Qual _____

Não

20. Em caso afirmativo na resposta anterior, qual a repercussão (impacto) dessas mudanças na organização da atenção básica no seu trabalho:

21. Com a Constituição Federal em 1988 e com a implantação do Sistema Único de Saúde, o conceito de saúde foi alterado, tal visão ampliada a cerca do conceito de saúde trouxe repercussão para o seu trabalho enquanto trabalhador de saúde?

Sim. Qual _____

Não

22. DESDE QUE VOCÊ ATUA NO ESF, marque na tabela o que melhorou, piorou ou não se modificou nesse período com relação aos investimentos em: estrutura física, tecnologias na sua unidade de trabalho, qualificação profissional, recursos humanos, condições e organização do trabalho:

Itens a serem avaliados	Melhorou	Piorou	Não se modificou
1-Investimentos na estrutura física dos locais de atendimento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2-Investimentos em tecnologias (aparelhos eletrônicos, máquinas e equipamentos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3-Investimento na qualificação dos trabalhadores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4-Investimento visando adequar o número de trabalhadores a demanda do serviço	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5-Cumprimento do cronograma de atividades do ESF (dia das gestantes, VDs, grupos de educação em saúde)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6-A burocratização do trabalho (preenchimento de papéis, formulários e relatórios)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7-A participação no planejamento das atividades a serem realizadas no trabalho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8-A distribuição das tarefas diárias de trabalho entre a equipe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9-Participação na avaliação das ações planejadas pela equipe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10-O salário dos trabalhadores da saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11-Motivação do trabalhador no trabalho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12-Sua relação com o coordenador da equipe do ESF	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13-Condições de trabalho (forma de contratação: concurso, contrato)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14-Representação dos trabalhadores (através de conselhos e sindicatos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Condições de trabalho e autonomia dos trabalhadores:

23. Você considera que a sua relação com a equipe de saúde é:

Ótima

Boa

Regular

Ruim

Péssima

24. Você considera que a sua relação com os gestores da saúde (secretário de saúde, coordenação das equipes) é:

- 1 Ótima 2 Boa 3 Regular 4 Ruim 5 Péssima

25. Você considera que a sua relação com os usuários da ESF é:

- 1 Ótima 2 Boa 3 Regular 4 Ruim 5 Péssima

26. Tem autonomia na elaboração do seu planejamento diário de trabalho?

- 1 Sim. Por quê _____
 2 Não. Por quê _____
 3 Às vezes. Por quê _____

27. Você participa ativamente das decisões referentes à programas, projetos ou planos de atuação da ESF?

- 1 Sempre 2 Às vezes 3 Nunca 4 Não tenho interesse

28. Sua opinião é acatada (aceita) pela equipe de saúde?

- 1 Sempre 2 Às vezes 3 Nunca

29. No seu local de trabalho você tem oportunidade para sugerir mudanças no processo de trabalho?

- 1 Sempre 2 Às vezes 3 Nunca 4 Não tenho interesse

30. De quem é a decisão final sobre programas, projetos ou planos de atuação da ESF?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1 Agente Comunitária de Saúde | <input type="checkbox"/> 2 Auxiliar de enfermagem |
| <input type="checkbox"/> 3 Técnico de enfermagem | <input type="checkbox"/> 4 Enfermeiro |
| <input type="checkbox"/> 5 Médico | <input type="checkbox"/> 6 Dentista |
| <input type="checkbox"/> 7 Auxiliar de Consultório Dentário | <input type="checkbox"/> 8 Equipe do ESF |
| <input type="checkbox"/> 9 Secretário de saúde | <input type="checkbox"/> 10 Outro. |

Quem? _____

31. Você considera que o trabalho que realiza pode ser entendido como um trabalho em equipe?

- 1 Sim.

Por quê? _____

- 2 Não.

Por quê? _____

32. Quem é o coordenador da sua equipe de saúde?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1 Agente Comunitária de Saúde | <input type="checkbox"/> 2 Auxiliar de enfermagem |
| <input type="checkbox"/> 3 Técnico de enfermagem | <input type="checkbox"/> 4 Enfermeiro |
| <input type="checkbox"/> 5 Médico | <input type="checkbox"/> 6 Dentista |
| <input type="checkbox"/> 7 Auxiliar de Consultório Dentário | <input type="checkbox"/> 8 Outro. |

Quem? _____

33. Qual a periodicidade das reuniões de equipe no seu local de trabalho?

- 1 Semanalmente 2 Quinzenalmente 3 Mensalmente 4 Outro.

Qual? _____

34. Você participa das reuniões da equipe?

- 1 Sim.

Por quê? _____

- 2 Não.

Por quê? _____

35. Você conhece os princípios que norteiam o trabalho em uma ESF?

- 1 Sim 2 Não 3 Não tenho interesse

36. Você teve treinamento específico para trabalhar em ESF?

- 1 Sim. Quem foi o responsável pelo

treinamento? _____

Não

37. Em caso de ter recebido treinamento, qual a avaliação que você faz sobre o mesmo?

Ótimo Bom Regular Ruim Péssimo

38. Você precisa cumprir uma determinada carga horária semanal?

Sim. Qual? _____

Não

39. Você tem autonomia na definição da sua carga horária semanal?

Sim. Por

quê? _____

Não. Por

quê? _____

40. Gostaria de ter mais flexibilidade na definição da sua carga horária?

Sim. Por

quê? _____

Não

41. Você bate cartão ponto (eletrônico ou manual) no seu trabalho?

Sim

Não

42. Qual o seu vínculo empregatício atual?

Concursado do município Contratado temporário pelo município

Contratado temporário por uma empresa terceirizada

43. Com relação a sua forma de contratação, você é:

Celestista (CLT) Estatutário Não sabe/não respondeu

44. Você faz horas-extra?

Sim Não Às vezes

45. Qual a média de atendimentos e/ou visitas que você realizada diariamente?

De 1 a 5 De 5 a 10 De 10 a 15 De 15 a 20 De 20 a 25

Mais de 25

46. Como você realiza o deslocamento para fazer as Visitas Domiciliares?

Carro próprio Carro da prefeitura Bicicleta própria Bicicleta fornecida pela prefeitura Moto própria A Pé Outro. Qual _____

47. Considerando o valor que você ganha na ESF, qual a importância desse valor na renda familiar?

Principal renda familiar Segunda fonte de renda familiar

Pouca importância na renda familiar

48. Em relação ao trabalho que você realiza atualmente:

Condição de trabalho	Nada	Pouco	Muito
1-É um trabalho que exige esforço físico			
2-É um trabalho que exige esforço mental			
3-É um trabalho monótono			
4-É um trabalho em que envolve			
5-É um trabalho que faz você se sentir			
6-É um trabalho que você realiza com liberdade			
7-É um trabalho em que você se sente			
8-Você gosta do seu trabalho			

49. Quais dos benefícios e/ou serviços abaixo relacionados você recebe?

Serviços/benefícios	Recebe	Não recebe	Não sabe
1-Transporte			
2-Insalubridade			
3-13º salário			
4-Férias			
5-Licença-gestante			
6-Licença-paternidade			
7-Vale alimentação			

50. Na ESF que você trabalha existe o cronograma de atendimento por dias da semana, por exemplo, dia da gestante, grupo de hipertensos, atendimentos de crianças, dia das visitas domiciliares?

1 Sim

2 Não

51. Você concorda com essa forma de organização do trabalho?

1 Sim.

Por quê? _____

2 Não.

Por quê? _____

5. Organização e participação política dos trabalhadores

52. Você conhece o trabalho realizado pelo Conselho Municipal de Saúde?

1 Sim

2 Não

53. Você conhece o representante dos trabalhadores no Conselho Municipal de Saúde?

1 Sim.

2 Não.

54. Você é filiado a algum sindicato na sua área de atuação?

1 Sim.

Por quê? _____

2 Não.

Por quê? _____

55. (Pergunta destinada somente aos Agentes Comunitários de Saúde) Você considera importante uma representação sindical para os ACS?

1 Sim.

Por quê? _____

2 Não.

Por quê? _____

56. (Pergunta destinada somente aos Agentes Comunitários de Saúde) Em caso afirmativo na resposta anterior, no que você considera que uma representação sindical poderia atuar?

57. Que avaliação você faz da participação política que os trabalhadores da saúde têm na região?

1 Ótima

2 Boa

3 Regular

4 Ruim

5 Péssima

6 Não sabe/não respondeu

58. Qual a importância que você atribui à representação política dos trabalhadores da saúde?

1 Muito importante 2 Importante 3 Pouco importante 4 Não é importante 5 Não sabe/não respondeu

59. Se entender que as questões acima não contemplaram algum aspecto sobre o seu trabalho, deixe aqui sua opinião:

- Nota 1: O presente projeto foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC e aprovado sob o parecer n°: 1.024.611.
- Nota 2: A pesquisadora agradece a colaboração no preenchimento do questionário.

APÊNDICE C - Roteiro da entrevista aos trabalhadores da saúde, gestores municipais, conselheiros de saúde e coordenador da 13^a CRS

BLOCO 1- Trabalho em saúde e trabalhadores da saúde:

1. O que você entende por Trabalho em Saúde?
2. Quais desafios que o SUS impõe ao trabalho em saúde?
3. Quais desafios que o trabalho na ESF impõe aos trabalhadores da saúde?
4. O que significa ser trabalhador da saúde atualmente?

BLOCO 2- Transformações no mundo trabalho:

5. O que tem mudado no trabalho em saúde em função da introdução das novas tecnologias e de uma nova organização do trabalho em saúde?
6. Como está se estruturando o mercado de trabalho em saúde (no município ou região)?
7. Há participação dos trabalhadores nos espaços de decisões políticas sobre o trabalho em saúde, tais como CMS e sindicatos?

BLOCO 3- Especificidades regionais:

8. Como está organizado o trabalho em saúde aqui (município, região)?
9. Quais poderiam ser as peculiaridades do trabalho em saúde em função das particularidades regionais?
10. Que saber popular da região se integra ao trabalho em saúde?
11. Existem possibilidades de qualificação na área de sua atuação na região?

BLOCO 4- Organização do Trabalho na ESF:

12. Como ocorre a divisão de tarefas no cotidiano do trabalho na ESF?
13. Qual a conduta frente a demanda espontânea na unidade?
14. Quais seriam os espaços de autonomia (auto-gestão) do trabalhador na ESF?
15. Quais seriam as limitações enfrentadas no trabalho na ESF?
16. Como são as relações de trabalho em uma equipe de ESF?

APÊNDICE D - Roteiro das observações nos ESFs

EIXOS:

- 1-Relação entre trabalhadores e usuários (Relações de poder e hierarquia, negociação da livre demanda, resolução de problemas, espaços de autonomia)
- 2-Relação entre os trabalhadores (Relações de poder e hierarquia, quem faz o que, organização interna da agenda, representação sobre o trabalho)
- 3- Relação entre gestores e trabalhadores (Relações de poder e hierarquia, espaços de autonomia da equipe, representação sobre o trabalho, auto-gestão da equipe?)
- 4-Relação entre os trabalhadores e a burocracia do trabalho (tempo de assistência e tempo para burocracia)
- 5- Processo de tomada de decisão (espaços de autonomia dos trabalhadores, resolução de problemas, negociação entre a equipe) central nas observações