

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

CAMILA NOGUEIRA FELSKY

GESTÃO DO TRABALHO NA SAÚDE: COM A PALAVRA, ATORES DA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE LINHARES – ES

VITÓRIA
2013

CAMILA NOGUEIRA FELSKY

GESTÃO DO TRABALHO NA SAÚDE: COM A PALAVRA, ATORES DA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE LINHARES – ES

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva, na área de concentração Política e Gestão em Saúde.

Orientadora: Dra. Rita de Cássia Duarte Lima
Coorientadora: Dra. Ana Claudia Pinheiro Garcia

VITÓRIA
2013

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)
(Biblioteca Central da Universidade Federal do Espírito Santo, ES, Brasil)

F324g Felsky, Camila Nogueira, 1979-
Gestão do trabalho na saúde : com a palavra, atores da
estratégia saúde da família do município de Linhares-ES /
Camila Nogueira Felsky. – 2013.
109 f. : il.

Orientadora: Rita de Cássia Duarte Lima.
Coorientadora: Ana Claudia Pinheiro Garcia.
Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade
Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências da Saúde.

1. Sistema Único de Saúde (Brasil). 2. Trabalho -
Administração. 3. Família - Saúde e higiene. 4. Trabalhadores. 5.
Saúde - Administração. 6. Administradores de saúde. I. Lima,
Rita de Cássia Duarte, 1953-. II. Garcia, Ana Claudia Pinheiro. III.
Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências da
Saúde. IV. Título.

CDU: 614

CAMILA NOGUEIRA FELSKY

GESTÃO DO TRABALHO NA SAÚDE: COM A PALAVRA, ATORES DA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE LINHARES – ES

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva, na área de concentração Política e Gestão em Saúde.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof.^a Dra. Rita de Cássia Duarte Lima
Universidade Federal do Espírito Santo
Orientadora

Prof.^a Dra. Ana Cláudia Pinheiro Garcia
Pesquisadora DCR – FAPES/CNPq
Coorientadora

Prof.^a Dra. Tania França
Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Membro Externo

Prof.^a Dra. Maria Angélica Carvalho Andrade
Universidade Federal do Espírito Santo
Membro Interno

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço aos participantes da pesquisa, trabalhadores do Sistema Único de Saúde de Linhares, por aceitarem fazer parte deste estudo, doando seu tempo, dividindo comigo pensamentos, sentimentos e experiências relacionados ao seu cotidiano de trabalho. A vocês, minha mais profunda gratidão.

Aos meus amados pais, Vitório e Beth, que sempre validaram meus sonhos e deram todo o apoio necessário para que eu os realizasse. Nos momentos mais árduos desse caminho, com todo o amor que os pais têm pelos filhos, não mediram esforços para que este fosse mais um sonho concretizado. Os méritos deste trabalho são seus também.

Aos meus queridos irmãos – Fábio, Tiago e Berenice, cunhados, tias, tios, primas e primos, pela compreensão, pelo suporte emocional e pela torcida que manifestaram durante todo o percurso. Agradeço aos meus adorados sobrinhos – Paola e Eric – pela alegria pura e contagiante, que trouxe leveza para os meus dias.

À minha orientadora, Prof.^a Rita de Cássia Duarte Lima, por me apresentar novas abordagens teóricas, por apontar sugestões de melhoria em minha escrita e pela oportunidade de aprendizados que, com certeza, servirão para toda a minha vida.

À minha coorientadora, Prof.^a Ana Claudia Pinheiro Garcia (Aninha), pelo inestimável auxílio no momento em que eu mais precisei. Sua amizade, sua abnegação, seu otimismo, seu empenho e suas contribuições teóricas foram essenciais para a finalização desta dissertação. Sua ajuda jamais será esquecida.

Aos membros das bancas examinadoras, Prof.^a Maria Angélica Carvalho Andrade, Prof.^a Tania França e Prof.^o Túlio Batista Franco, pelas valiosas sugestões para a melhoria deste trabalho.

Ao amigo Ricardo Bodart Andrade, que reapareceu na minha vida em um momento crucial, soube mostrar o caminho certo, e, ainda, contribuiu sobremaneira para o enriquecimento deste trabalho com suas análises de pesquisador nato.

A José Dias Batista, Taciana C. Freitas de Lima e trabalhadores da Comunidade Espírita Esperança, pelo amparo providencial e pelos ensinamentos que colaboraram para o meu fortalecimento e me permitiram entender este processo de produção.

Aos meus animados amigos, por compreenderem a minha ausência e estarem presentes em vários momentos desta caminhada, fornecendo apoio e propiciando momentos de descontração essenciais. Em especial, agradeço aos que estiveram mais próximos durante esta etapa: Amanda, Ana Paula, Chris, Cynara, Déia, Felipe, Fernanda, Mariana, Nininha, Paulo, Priscilla, Roberta e Thais.

À Prof.^a Elda Coelho de Azevedo Bussinguer, por ter acreditado em mim e ter me incentivado a escolher novos desafios, da forma mais afetuosa possível.

Aos professores e colegas do mestrado, pelas contribuições intelectuais, trocas de experiências e reflexões essenciais para a minha formação em Saúde Coletiva. Agradeço ao pessoal administrativo do PPGSC, Cinara e Néia, por todo o apoio, pela amizade e pelo carinho com que sempre me trataram. De forma especial, agradeço às colegas que, além de se tornarem verdadeiras amigas, viveram comigo esta experiência: Aline, Amanda S., Anny, Aparecida, Gilza, Helena, Laíse, Larissa e Thamy.

Aos colegas do Nupgasc, pelas discussões teóricas, pelo trabalho em equipe e pelo companheirismo tão preciosos durante esta jornada.

À Secretaria de Saúde de Linhares, pelo apoio à realização desta pesquisa, principalmente, à Talucha Ferrari, que separou um tempo em sua agenda cheia de compromissos para organizar os grupos focais e fornecer o suporte necessário.

À CAPES, pelo financiamento que me permitiu dedicação exclusiva ao mestrado e à FAPES, pela ajuda financeira para a realização de parte da pesquisa.

À amiga Rosemary Salles, pela revisão minuciosa da versão final desta dissertação.

A todos, meu muito obrigada.

RESUMO

Esta dissertação discute a gestão do trabalho na Estratégia Saúde da Família, a partir dos sentidos atribuídos pelos gestores e trabalhadores às políticas e ações nesse campo, bem como de suas implicações para os trabalhadores das equipes de saúde da família. Trata-se de uma pesquisa exploratória, descritiva, de abordagem qualitativa, realizada no município de Linhares, Espírito Santo, referente à gestão municipal no período de 2009 a 2012. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com três gestores da secretaria municipal de saúde e grupos focais com 24 trabalhadores de três equipes de saúde da família (agentes comunitários de saúde, técnicos de enfermagem, enfermeiros e médicos). Para analisar os dados, utilizou-se a técnica de análise de conteúdo, proposta por Bardin (2011). Dessa análise, emergiram sete categorias: conhecimento sobre as políticas de gestão do trabalho; inserção no cargo; vínculo trabalhista; plano de carreiras, cargos e salários e remuneração; infraestrutura de trabalho; carga de trabalho; formação e capacitação. Observou-se conhecimento limitado sobre as políticas de gestão do trabalho formuladas pelo Ministério da Saúde, tanto por parte dos gestores, quanto dos trabalhadores. De uma forma geral, houve pouca valorização de iniciativas voltadas para a melhoria de relações, condições e processos de trabalho das equipes. Os efeitos desse escasso investimento foram sentidos pelos trabalhadores das equipes, que relataram diversas insatisfações e inseguranças. Assim, apesar do incremento na formulação de políticas de gestão do trabalho e da educação para o Sistema Único de Saúde em âmbito federal, a pesquisa aponta para a necessidade de estudos que auxiliem na ampliação de ferramentas que promovam maior visibilidade e conhecimento sobre essas políticas, considerando que, em Linhares, elas são pouco conhecidas, o que limita sua implementação. Além disso, ainda que os entrevistados reconheçam a importância da gestão do trabalho para o favorecimento de um maior protagonismo dos sujeitos envolvidos na produção da saúde, verifica-se que esse reconhecimento ainda se encontra mais no plano do discurso e não se reflete na agenda política municipal.

Palavras-chave: Gestão do trabalho, Saúde da Família, Trabalhadores, Gestor de Saúde.

ABSTRACT

This dissertation discusses labor management in the Family Health Strategy, from the meanings attributed by managers and workers to the policies and actions in this field, as well as their implications for workers in family health teams. This is an exploratory, descriptive, qualitative study, conducted in Linhares, Espírito Santo, related to municipal management in the period 2009-2012. Semi-structured interviews were conducted with three managers of the municipal health office and focus groups were carried out with twenty-four workers of three family health teams (community health workers, nursing auxiliary, nurses and physician). Data analysis was performed using the content analysis technique proposed by Bardin (2011). From this analysis, seven categories emerged: knowledge about labor management policies; labor links status; employment relationship; plan of careers jobs and salaries and remuneration; work infrastructure; workload; education and training. It was observed limited knowledge about the labor management policies formulated by the Brazilian Ministry of Health, by both managers and workers. In general, there was little appreciation of initiatives aimed at improving working relations, conditions and processes of teams. The effects of this scarce investment were felt by the workers, who reported various dissatisfactions and insecurities. Thus, despite the increase in the formulation of policies for the field of the labor and education management in health for the Brazilian National Health System at the federal level, the research points to the need for studies that assist in the expansion of tools that promote higher visibility and knowledge of these policies, whereas in the city studied they are not known, which hinders their implementation. Furthermore, although the respondents recognize the importance of labor management for favoring a major role of those involved in the production of health, it turns out that this recognition is still more on the level of speech and is not reflected on the municipal political agenda.

Keywords: Management of labor, Family Health, Workers, Health Manager.

LISTA DE SIGLAS

AB – Atenção Básica
ACS – Agentes Comunitários de Saúde
AIS – Ações Integradas de Saúde
APS – Atenção Primária à Saúde
CCS – Centro de Ciências da Saúde
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa
CF/1988 – Constituição Federal de 1988
CIT – Comissão Intergestores Tripartite
CLT – Consolidação das Leis do Trabalho
CNS – Conselho Nacional de Saúde
Conasems – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS – Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
DAB – Departamento de Atenção Básica
DEGERTS – Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde
DEGES – Departamento de Gestão da Educação na Saúde
DesprecarizaSUS – Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS
ES – Espírito Santo
ESF – Estratégia Saúde da Família
FAPES – Fundação de Amparo à Pesquisa do Espírito Santo
IDH – Índice de Desenvolvimento Humano
Ipea – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
LRF – Lei de Responsabilidade Fiscal
MS – Ministério da Saúde
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOB/RH-SUS – Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS
NOB-SUS – Norma Operacional Básica do SUS
Nupgasc – Núcleo de Pesquisa em Política, Gestão e Avaliação em Saúde Coletiva
OMS – Organização Mundial da Saúde
Opas – Organização Pan-Americana da Saúde
PAB – Piso da Atenção Básica
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PCCS – Plano de Carreiras, Cargos e Salários

PDR – Plano Diretor de Regionalização

PECs – Programas de Extensão de Cobertura

PEPS – Polo de Educação Permanente em Saúde

PIASS – Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PPGSC – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Prev-Saúde – Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde

ProgeSUS – Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho no SUS

Pró-Saúde – Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde

PSE – Programa Saúde na Escola

PSF – Programa Saúde da Família

RSB – Reforma Sanitária Brasileira

SESP – Serviço Especial de Saúde Pública

SGTES – Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

Silos – Sistemas Locais de Saúde

Suds – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TAC – Termo de Ajuste de Conduta

TCG – Termo de Compromisso de Gestão

UBS – Unidades Básicas Saúde

UFES – Universidade Federal do Espírito Santo

Unicef – Fundo das Nações Unidas para a Infância

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
1 OBJETIVOS	20
1.1 OBJETIVO GERAL.....	21
1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	21
2 QUADRO TEÓRICO	22
2.1 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E A MUDANÇA DO MODELO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE NO BRASIL	23
2.2 GESTÃO DO TRABALHO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: AVANÇOS E DESAFIOS	33
3 METODOLOGIA	45
3.1 DESENHO DO ESTUDO	46
3.2 CENÁRIO DO ESTUDO	47
3.3 SUJEITOS DO ESTUDO.....	50
3.4 COLETA DE DADOS	52
3.4.1 Entrevistas semiestruturadas	52
3.4.2 Grupos Focais	53
3.5 ANÁLISE DO MATERIAL	54
3.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	55
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	57
4.1 (DES)CONHECIMENTO SOBRE AS POLÍTICAS DE GESTÃO DO TRABALHO	58
4.2 O PROCESSO DE INSERÇÃO NA ESF: DESAFIOS E FRAGILIDADES	59
4.3 VÍNCULO TRABALHISTA PRECÁRIO E A INSTABILIDADE NAS RELAÇÕES DE TRABALHO.....	62
4.4 PCCS E REMUNERAÇÃO: FATORES DE (DES)ESTÍMULO AO EXERCÍCIO PROFISSIONAL	68
4.5 INFRAESTRUTURA DE TRABALHO E AS PRÁTICAS EM SAÚDE DAS EQUIPES	71
4.6 (SOBRE)CARGA DE TRABALHO: FRAGILIDADES DO COTIDIANO DE TRABALHO DOS ENFERMEIROS E ACS	74
4.7 FORMAÇÃO E CAPACITAÇÃO DOS TRABALHADORES DA ESF.....	76

CONSIDERAÇÕES FINAIS	84
REFERÊNCIAS.....	90
APÊNDICES	102
APÊNDICE A – Roteiro de Entrevista	103
APÊNDICE B – Roteiro de Grupo Focal.....	104
APÊNDICE C – Termo de Consentimento de Realização de Pesquisa.....	105
APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	106
ANEXO.....	108
ANEXO A – Carta de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa	109

INTRODUÇÃO

Passadas mais de duas décadas desde a sua institucionalização, o Sistema Único de Saúde (SUS), enquanto política pública social, tem desempenhado um importante papel na expansão de ações e serviços públicos de saúde para a população brasileira, impulsionando o processo de inclusão social em um país que, mesmo sendo a sexta economia mundial, ainda apresenta grandes contingentes de excluídos e marginalizados.

Sem dúvida, essa expansão tem sido um dos maiores avanços alcançados pelo SUS que, ao lado dos programas nacionais de imunização e de transplante de órgãos e tecidos, das ações de prevenção e tratamento da AIDS, da ampliação do acesso à assistência farmacêutica, das ações de vigilância em saúde, além das várias experiências regionais e locais de sucesso, faz parte de uma faceta do sistema público de saúde brasileiro denominada “SUS que dá certo” (SANTOS, 2007).

No entanto, o SUS também apresenta uma face marcada por desvios e distorções das proposições enunciadas pelo movimento da Reforma Sanitária Brasileira (RSB), que adotaram o entendimento de que a saúde é um direito de todo cidadão, devendo o Estado garantir, mediante políticas sociais e econômicas, o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (SANTOS, 2007). Essas e outras proposições estão inscritas como princípios e diretrizes do sistema de saúde na Constituição Federal de 1988 (CF/1988) e em várias leis, normas, decretos, portarias e resoluções referentes ao SUS. Não obstante todo esse aparato legal e normativo, observa-se que ainda existe uma distância significativa entre o que está escrito na lei e o que está sendo executado na prática.

Um dos fatores que tem influenciado esse quadro de desvios do que foi proposto está relacionado ao contexto político e econômico de implementação do sistema. Embora a política de saúde estabelecida pela CF/1988 tenha designado o Estado como o agente responsável pela promoção e proteção social em saúde, seguindo características do modelo de Estado de Bem-Estar Social (*Welfare State*), sua implementação se deu em uma conjuntura de crise econômica no país que suscitou propostas de reformas administrativas influenciadas pelo pensamento neoliberal,

sugerindo a desoneração do Estado da prestação dos serviços públicos considerados não propriamente estatais, como é o caso da saúde, e propondo soluções de mercado para estes serviços. Nesses casos, o governo deveria assumir um papel meramente regulatório para que, dessa forma, pudesse aumentar a eficiência nas áreas de imprescindível atuação estatal (ALMEIDA, 2008; KISHIMA, 2012; PAULA, 2005).

Dentro desse cenário, a operacionalização do SUS, conduzida pela descentralização política e administrativa das ações e serviços públicos em saúde, com ênfase na municipalização da gestão, tem ocorrido de maneira conflituosa, marcada por incoerências. Pode-se afirmar que, por um lado, o processo de descentralização e municipalização de atribuições e responsabilidades da gestão pública em saúde proporcionou resultados organizacionais positivos para o SUS, como a expansão e o desenvolvimento dos sistemas municipais de saúde de modo a aproximar a gestão das necessidades de saúde da população. Por outro lado, esse processo coincidiu com o período em que as políticas neoliberais limitaram o caráter redistributivo do Estado, o que gerou a diminuição da participação da União no financiamento da saúde, na medida em que o papel de executor das ações e serviços de saúde passou a ser desempenhado massivamente pelos municípios (SILVA, 2009).

Com a descentralização, os municípios se viram responsáveis por oferecer e gerir uma quantidade significativa de ações e serviços. Houve um aumento expressivo da quantidade de unidades assistenciais públicas municipais, e, conseqüentemente, dos empregos públicos municipais em saúde, sem que ocorresse a transferência automática da capacidade gestora a esses entes e sem que as questões legais e políticas referentes ao financiamento tenham sido solucionadas (MEDEIROS et al., 2007; PIERANTONI; VARELLA; FRANÇA, 2004).

Segundo o Ministério da Saúde (MS), antes da institucionalização do SUS, o setor público municipal representava 17,8% dos empregos em saúde, saltando para 68,8%, em 2005 (BRASIL, 2006a). Atualmente, essa porcentagem é de 76,4% do total dos 1.395.845 empregos públicos em saúde (BRASIL, 2013). Conforme dados da Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária de 2009, ocorreu um crescimento de 163% no número de estabelecimentos de saúde, entre 1990 e 2009, que se deve,

em grande parte, ao incremento de unidades de saúde sem internação. Das 94.070 unidades assistenciais de saúde existentes no país, 55,3% são de natureza jurídica pública, sendo a maioria municipal (95,6%), apenas 2,5% unidades estaduais e 1,8% federais (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

Esse aumento expressivo nas atividades em saúde prestadas à população, sob responsabilidade dos municípios brasileiros, tem exigido a qualificação da gestão do trabalho nas secretarias municipais de saúde, de maneira a organizar o quantitativo significativamente superior de trabalhadores e seus respectivos processos de trabalho (VANDERLEI; ALMEIDA, 2007). Nesse sentido, França (2007) assinala que as demandas de medidas relacionadas à incorporação de trabalhadores, à negociação do trabalho e à educação permanente, em nível municipal, requerem a estruturação da área de gestão do trabalho.

Entende-se por gestão do trabalho no setor público de saúde “[...] o esforço do Estado, nos diferentes níveis de governo, de regulação das relações sociais de trabalho, capacitação e formação profissional dos agentes sociais e criação de condições adequadas de trabalho” (MENDONÇA et al., 2010, p. 2356). Esse esforço engloba diversos aspectos organizacionais como, por exemplo: inserção no cargo, vínculo de trabalho, remuneração e recompensas, carga horária, Plano de Carreiras, Cargos e Salários (PCCS), processos de formação e capacitação, condições do ambiente de trabalho e outros.

Importa ressaltar que existem, desde a institucionalização do SUS, vários problemas relacionados à gestão do trabalho ainda não solucionados (PIERANTONI et al., 2006). No rol desses problemas estão as formas improvisadas de vinculação profissional, as duplas ou triplas jornadas de trabalho, os problemas de fixação de trabalhadores, a falta de estímulo profissional, os ambientes de trabalho inadequados, a desarticulação da formação acadêmica com o modelo de assistência à saúde institucionalizado pelo SUS, os poucos ou inexistentes espaços de negociação entre os trabalhadores e seus empregadores.

A implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF) representou uma expressiva ampliação do mercado de trabalho em saúde, trazendo à cena alguns desses

problemas em maior ou menor proporção (HADDAD et al., 2010). A ESF tem sido adotada como modelo preferencial para expandir e consolidar a Atenção Primária à Saúde (APS) ou Atenção Básica (AB), sendo institucionalizada como uma estratégia política estruturante dos sistemas municipais de saúde. A APS foi eleita como o nível de atenção à saúde central na reorganização e no aprimoramento do SUS com o objetivo de se superar a visão hegemônica biologicista envolvida nas questões relacionadas ao processo saúde-doença-cuidado a que estão expostos os indivíduos. Sendo assim, torna-se fundamental o investimento em ações de promoção da saúde, em iniciativas que resultem na manutenção ou no aumento do estado de saúde dos indivíduos (BRASIL, 2012a).

Vale destacar que o MS tem exercido um importante papel na indução da implementação da ESF por meio da transferência de incentivos financeiros para os municípios que aderem a esse modelo. De acordo com dados do Departamento de Atenção Básica (DAB) do MS, em julho de 2012, a ESF contava com, aproximadamente, 32.865 equipes, presentes em 94,84% dos municípios do país, atendendo a 54% da população brasileira (BRASIL, 2012b). Dentre os serviços prestados pelo SUS, o atendimento por um integrante da equipe de saúde da família foi o melhor avaliado pelos brasileiros. Dos entrevistados visitados por profissionais da ESF, 80,7% expressaram que o atendimento é muito bom ou bom, conforme pesquisa realizada pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) sobre Sistema de Indicadores de Percepção Social em relação à saúde (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2011).

Apesar dessa avaliação positiva, da franca expansão da ESF nos municípios brasileiros e de sua relevância para a organização do SUS, os municípios têm enfrentado diversos obstáculos em sua operacionalização, de maneira que os problemas referentes à gestão do trabalho se apresentam como altamente complexos e têm passado por um profundo processo de desregulamentação dentro das reformas do Estado (JUNQUEIRA et al., 2010).

No contexto da ESF, as dificuldades vão desde o despreparo de trabalhadores de saúde (incluindo os próprios gestores) para agirem em saúde dentro da lógica desse novo modelo, passando pelos vínculos precários de trabalho, a alta rotatividade de

trabalhadores, principalmente do profissional médico, até a fragmentação do processo de trabalho, resultando muitas vezes em um cuidado à saúde de baixa qualidade e baixa resolutividade, além de insatisfações generalizadas de todos os envolvidos no processo de produção de saúde, cenário esse bem diferente do que fora idealizado originalmente na formulação da ESF.

A importância da gestão do trabalho passa pela impossibilidade de consolidação da ESF sem que os trabalhadores de saúde sejam um dos principais protagonistas nesse processo (CAMPOS, 1997). A qualidade da prestação dos serviços e a satisfação dos usuários são questões que estão diretamente relacionadas ao desempenho dos trabalhadores de saúde. Dessa forma, a gestão do trabalho se apresenta como uma área estratégica de atuação para aumentar o potencial transformador do modelo assistencial da ESF.

Entende-se que todos os sujeitos que fazem parte da ESF, os trabalhadores, os usuários, os prestadores de serviços e os gestores das secretarias de saúde, estão inseridos no processo de gestão, fazem gestão e apresentam capacidades diferenciadas no sentido de disputar seus interesses na produção da saúde (BRASIL, 2009a; CAMPOS, 2007; MERHY, 2003). Entretanto, observa-se que os gestores ocupam um lugar formal nas estruturas de governo, um lugar do poder instituído, que possibilita um maior controle na administração dos recursos disponíveis (MERHY, 2003) e, por isso, influenciam, direta ou indiretamente, na implementação e avaliação de políticas, programas, diretrizes, arranjos e dispositivos voltados para a gestão do trabalho da ESF.

Devido à importância da gestão do trabalho para a concretização do modelo proposto pelo SUS e com o objetivo de equacionar os problemas existentes na área, o MS criou, em 2003, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), que, no âmbito da macropolítica, tem sido responsável pela indução de diversas iniciativas, como por exemplo: a implementação do programa para a qualificação e estruturação da gestão do trabalho e da educação nas secretarias estaduais e municipais de saúde; a criação do programa para a desprecarização dos vínculos de trabalho; o suporte à implantação de mesas de negociação permanente

nos estados e municípios; a implementação da política de educação permanente no SUS; a criação do programa de valorização dos profissionais da APS; dentre outras.

Apesar das ações mencionadas, os avanços concretos nas políticas de gestão do trabalho para a saúde no Brasil ainda são insuficientes. Um dos motivos para esse quadro está relacionado à complexidade na elaboração e na implantação dessas políticas, por envolver questões que dependem diretamente da vontade política de outros ministérios, além do MS, bem como de um aporte financeiro volumoso e duradouro. Além disso, uma notável dificuldade na implementação das políticas e programas na área diz respeito à falta de capilaridade das informações para os estados e municípios, principalmente os municípios de pequeno porte (GARCIA, 2010).

Mesmo quando implantadas, essas políticas são abordadas de maneira técnica e burocrática, o que não repercute da forma idealizada pelos seus elaboradores, já que a gestão do trabalho engloba questões subjetivas e intersubjetivas que necessitam ser consideradas (JUNQUEIRA et al., 2009). De uma forma geral, o que se observa é que os instrumentos utilizados atualmente no campo da gestão do trabalho não têm dado conta de promover mudanças significativas na forma de produzir saúde (CAMPOS; AMARAL, 2007), sendo necessário que esses instrumentos sejam revistos.

Frente ao exposto, busca-se analisar a gestão do trabalho na ESF, no município de Linhares, Espírito Santo (ES), a partir do ponto de vista dos gestores e dos trabalhadores das equipes de saúde da família. Parte-se do pressuposto de que os diferentes sentidos que os gestores apresentam sobre a gestão do trabalho influenciam, de maneira direta ou indireta, na eleição de políticas e práticas de gestão do trabalho (LINS; CECILIO, 2007). Ademais, a forma como a gestão do trabalho é realizada produz processos de subjetivação nos atores envolvidos, que podem fragilizar ou potencializar o processo de produção de saúde na ESF.

Vale ressaltar que este estudo faz parte da pesquisa intitulada “Análise das Principais Modelagens de Gestão na Estratégia Saúde da Família no Espírito Santo”, financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Espírito Santo

(FAPES), que vem sendo realizada pelos pesquisadores do Núcleo de Pesquisa em Política, Gestão e Avaliação em Saúde Coletiva (Nupgasc), do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC), da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), cujo objetivo é analisar as principais modelagens de gestão do trabalho na ESF, por meio de entrevistas com gestores de 39 municípios do ES, de maneira a produzir conhecimento que contribua para a formulação, o acompanhamento e a avaliação de políticas e projetos no campo da gestão do trabalho e da educação na saúde. Já o interesse da pesquisadora nesse tema, sua consequente inserção no Nupgasc e o desenvolvimento desta dissertação, são frutos da dupla formação na área da saúde (Psicologia e Enfermagem) e de experiências profissionais na área de “recursos humanos” em âmbito privado.

A presente dissertação é composta por esta introdução ao tema, seguida pela apresentação dos objetivos propostos. O quadro teórico apresenta o contexto do tema. Na metodologia, há a descrição do desenho do estudo, o cenário e os sujeitos selecionados para a pesquisa, a forma dos dados serem coletados e analisados, bem como os aspectos éticos envolvidos. No último capítulo, são apresentados os resultados e a discussão. Por último, são realizadas as considerações finais.

CAPÍTULO 1
OBJETIVOS

1.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a gestão do trabalho na Estratégia Saúde da Família, no município de Linhares, Espírito Santo.

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Apreender os sentidos da gestão do trabalho em saúde presentes nos discursos de gestores e trabalhadores da Estratégia Saúde da Família, do município de Linhares, Espírito Santo, buscando identificar os alinhamentos entre tais sentidos e as políticas de gestão do trabalho e da educação na saúde.

Analisar as implicações das políticas de gestão do trabalho para os trabalhadores das equipes de saúde da família no município.

CAPÍTULO 2

QUADRO TEÓRICO

2.1 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E A MUDANÇA DO MODELO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE NO BRASIL

Neste capítulo é descrito o processo histórico de constituição e implementação da ESF, adotada como estratégia prioritária de reorientação do modelo de assistência à saúde preconizado pelo SUS, apontando os avanços e desafios enfrentados para a efetivação dessa mudança na forma de produzir saúde.

Antes da implantação do SUS, o modelo de assistência à saúde no Brasil apresentava um caráter fragmentado, excludente, orientado por uma visão hegemônica biologicista do processo saúde-doença, focado na cura das enfermidades, privilegiando o atendimento médico-hospitalar amparado por conhecimentos especializados, equipamentos e medicamentos (BAPTISTA, 2007). Observa-se que, apesar das proposições realizadas pelo movimento da RSB e acolhidas pela CF/1988, essas características persistem nos dias atuais.

A RSB é fruto de uma intensa mobilização social que aglutinou diversos setores sociais na luta pela redemocratização do Brasil, pelo reconhecimento da saúde como um direito social e pela reorganização do sistema de saúde sob responsabilidade do Estado (LUZ, 2007). Esse movimento teve como marco a 8.^a Conferência Nacional de Saúde, em 1986, e propôs uma reforma ampla da sociedade, não apenas do setor saúde, que ocorreria por meio da ampliação da atuação do Estado nas mudanças econômicas, políticas, ambientais, culturais e subjetivas de condicionantes e determinantes do processo saúde-doença-cuidado (PAIM, 2008), entendendo que

[...] Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (BRASIL, 1986, p. 4).

Várias das propostas apresentadas pelo movimento sanitário foram incorporadas à CF/1988 e assim se constituiu o SUS, tendo como princípios a universalidade, a integralidade, a equidade, a participação social e a descentralização. Entretanto, a viabilização dos ideais da RSB e da Carta Constitucional vem sendo dificultada por

diversos fatores, dentre eles, o neoliberalismo, visto que as reformas dos sistemas de saúde estão vinculadas

[...] a transformações mais amplas da sociedade (contexto econômico, político, ideológico e social), isto é, a momentos históricos em que se alteram tanto as concepções (e crenças) sobre saúde e enfermidade, como as perspectivas sob as quais se organizam os serviços destinados a atender as necessidades da população, assim como os papéis do Estado (com suas instituições) e das organizações privadas que atuam no setor (tanto na sociedade civil como do setor empresarial) (ALMEIDA, 2008, p. 875).

Assim sendo, vale ressaltar que o surgimento do movimento pela RSB ocorreu em um cenário de forte crise econômica, na década de 1970, que provocou transformações profundas em todas as áreas de organização da sociedade e o desenvolvimento do neoliberalismo. Esse conjunto de políticas apontou como solução para a crise a liberalização dos mercados, a redução do tamanho do Estado, a privatização de empresas estatais e serviços públicos não-típicos do Estado, dentre outras (ALMEIDA, 2008).

Dessa forma, as consequências do neoliberalismo para a RSB e para o SUS têm sido negativas, já que, para os neoliberais, os serviços sociais, dentre eles os de saúde, possuem características de domínio privado, sendo bens mercantilizáveis. A partir desse entendimento, o Estado só deveria atuar nos casos em que os indivíduos apresentassem absoluta pobreza ou em situações que não seriam do interesse do setor privado, e, fazendo isso, estaria diminuindo os custos sociais gerais e investindo em quem realmente necessitava (SOARES, 2008).

Nessa mesma época, intensificaram-se os debates em vários países do mundo, inclusive no Brasil, em torno dos modelos assistenciais de saúde devido à recessão mundial e aos altos custos e pouca efetividade do modelo médico hegemônico no enfrentamento dos problemas de saúde ocasionados pelo rápido processo de urbanização. Dentre as propostas, a Medicina Comunitária, originada na década de 1960, nos Estados Unidos, foi bastante difundida. Esse modelo representou um avanço por ter incluído outras disciplinas como a Sociologia, a Psicologia Social e a Antropologia no entendimento do processo saúde-doença, porém suas proposições não demandaram transformações relevantes na organização da atenção médica,

principalmente no que diz respeito às contradições entre os subsistemas de saúde público e privado (PAIM, 2009). A proposta estava inserida dentro da política de combate à pobreza e previa a oferta de serviços básicos de saúde, de menor custo, para regiões extremamente carentes, como forma de aliviar a condição de indigência daquelas comunidades, sendo caracterizada como uma “Medicina pobre para os pobres” (SILVA JÚNIOR; ALVES, 2007).

Esse modelo se utilizou de concepções e características da atenção primária presentes no documento denominado Relatório Dawson, publicado em 1920, na Inglaterra, que visava contrapor o modelo assistencial derivado do Relatório Flexner, publicado em 1910, nos Estados Unidos, que propôs a sistematização do ensino médico com base em uma visão estritamente biologicista da doença, focado na cura individual, especializada, técnica e hospitalar. O Relatório Dawson sugeria a reorganização dos serviços de saúde local e regionalmente, por níveis de atenção, que passariam a prestar cuidados primários à saúde, com profissionais generalistas responsáveis por implementar ações tanto curativas quanto preventivas (COELHO, 2008; MATTA; FAUSTO, 2007).

Em 1978, foi realizada a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em Alma-Ata, no Cazaquistão, organizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef). Na ocasião, foi enfatizada a importância-chave da adoção dos Cuidados Primários de Saúde com vistas a alcançar a promoção de saúde em caráter universal, buscando um nível aceitável de saúde para todos os povos até o ano 2000 (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 1978). Essa conferência teve como resultado a Declaração de Alma-Ata, documento que se tornou referência para as reformas sanitárias de diversos países, incluindo o Brasil, onde está proposta a seguinte definição de Cuidados Primários de Saúde:

[...] são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da

comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 1978, p. 2).

Trinta anos após a Declaração de Alma-Ata, a OMS realizou uma releitura dos conceitos e das propostas elaborados na I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, que deu origem ao relatório *“Cuidados de Saúde Primários: agora mais do que nunca”*, salientando que o progresso em saúde nos últimos trinta anos tem sido altamente desigual, com uma parte dos países apresentando um melhor estado de saúde e muitos outros sendo deixados para trás por não lograrem responder às mudanças impostas pela urbanização e globalização (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2008).

O relatório propõe quatro conjuntos de reformas: as reformas da cobertura universal (mais equidade em saúde), as reformas da prestação de serviços (orientar os sistemas de saúde para as pessoas), as reformas da liderança (autoridades de saúde mais confiáveis) e as reformas das políticas públicas (promover e proteger a saúde das comunidades), que visam resgatar os valores da proposta dos Cuidados Primários de Saúde como base para sistemas de saúde universais, integrais e equitativos, pois sem isso

[...] os sistemas de saúde não gravitam naturalmente para a finalidade de saúde para todos através de cuidados de saúde primários, tal como articulado na Declaração de Alma-Ata. Os sistemas de saúde estão a desenvolver-se em direções que pouco contribuem para a equidade e justiça social e são pouco eficientes na consecução de melhores resultados em saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2008, p. xiii).

Segundo Franco e Merhy (2003), tanto a proposta da Medicina Comunitária como a dos Cuidados Primários de Saúde apresentam uma visão funcionalista do trabalho em saúde e não conseguiram mudar o padrão hegemônico na prestação de serviços, porque não romperam com o processo de trabalho centrado em procedimentos e no profissional médico, já que estabeleceram como matriz assistencial a epidemiologia e vigilância da saúde, enfatizando o preventivismo, desvalorizando a clínica e todo seu potencial como configuração de trabalho em saúde, permitindo que as ações de tratamento e reabilitação permanecessem sob a

lógica que entende a produção da saúde como produção de procedimentos, como consultas e exames.

No entanto, as propostas foram adotadas por diversos países com entendimentos distintos e se configuraram, segundo Mendes (2002), em três interpretações diferentes da APS: APS seletiva, APS como nível primário de atenção à saúde e APS como estratégia de organização do sistema de saúde.

A APS seletiva se conforma como “[...] um programa específico destinado a populações e regiões pobres às quais se oferece, exclusivamente, um conjunto de tecnologias simples e de baixo custo, providas por pessoal de baixa qualificação profissional [...]” (MENDES, 2002, p. 10). Esse modelo foi difundido por incentivos de organismos internacionais por meio das políticas de saúde focalizadas nas populações pobres.

Já a APS como o primeiro nível fundamental do sistema de serviços de saúde é explicada como “[...] o modo de organizar e fazer funcionar a porta de entrada do sistema, enfatizando a função resolutiva desses serviços sobre os problemas mais comuns de saúde, para o que os orienta de forma a minimizar os custos econômicos e a satisfazer as demandas da população” (MENDES, 2002, p. 10).

Por fim, a APS teria também a interpretação de estratégia de organização do sistema de serviços de saúde, compreendida como uma forma de “[...] reorganizar e reordenar todos os recursos do sistema para satisfazer às necessidades, demandas e representações da população, o que implica a articulação da atenção primária à saúde dentro de um sistema integrado de serviços de saúde [...]” (MENDES, 2002, p. 10).

O autor ainda explicita que, no Brasil, algumas experiências de APS foram constituídas desde o início do século XX, apresentando, no geral, características da APS seletiva, como por exemplo, os centros de saúde em São Paulo, nos anos de 1920, o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), na década de 1940, os Programas de Extensão de Cobertura (PECs), como o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), na década de 1970 (MENDES, 2002).

Em 1980, ocorreu a 7.^a Conferência Nacional de Saúde com o tema “Extensão das Ações de Saúde através dos Serviços Básicos”, na qual foram debatidos aspectos referentes à implantação e desenvolvimento do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-Saúde), que nunca chegou a ser efetivado, porém, suas proposições, influenciadas pela conferência de Alma-Ata, como a regionalização, a hierarquização dos serviços de saúde, a participação comunitária, a integração dos serviços e a extensão da cobertura, foram incorporadas na estratégia das Ações Integradas de Saúde (AIS), que, em 1987, foi consolidada por meio da implementação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds), representando uma estratégia-ponte para o SUS (MENDES, 2002).

A partir de então, vários modelos alternativos foram implementados por municípios no país, de maneira dispersa, como: Sistemas Locais de Saúde (Silos), Cidades Saudáveis, Em Defesa da Vida, Vigilância da Saúde, dentre outros (SILVA JÚNIOR; ALVES, 2007). No Ceará, a experiência exitosa com Agentes Comunitários de Saúde (ACS) atendendo a populações pobres, principalmente o grupo materno-infantil, fez com que o MS criasse, em 1991, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). O PACS foi precursor do Programa Saúde da Família (PSF), criado em 1994, como uma política de APS para todo o país, apesar de alguns municípios já terem implantado, antes desse período, modelos similares (FRANCO; MERHY, 2003). O PSF, que no início priorizou as regiões mais pobres do país, foi convertido em estratégia de expansão, de qualificação e de consolidação da APS por meio da Portaria GM/MS n.º 648, de 28 de março de 2006, que aprovou a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

Vale ressaltar que, no Brasil, a APS recebeu a denominação Atenção Básica por questões ideológicas, de modo a diferenciar o entendimento da APS seletiva proposta por órgãos internacionais como solução de assistência à saúde de baixo custo, focalizada e seletiva para países em desenvolvimento, e, também, porque muitos tinham uma compreensão da palavra “primária” como sendo algo rudimentar ou elementar e não o nível de primeiro contato com o sistema de saúde ou o arranjo assistencial de reorganização deste (MELLO; FONTANELLA; DEMARZO, 2009).

Não obstante essa escolha, Campos et al. (2008) identificaram que a designação Atenção Básica também está atrelada a essa percepção de serviços de menor complexidade, que fazem uso de tecnologias menos avançadas para trabalhar com problemas de saúde considerados simples e que demandam uma qualificação profissional simplificada. Atualmente, o MS considera as duas nomenclaturas, Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde, equivalentes.

Em 2011, foi realizada uma revisão da PNAB com o objetivo de consolidar algumas mudanças ocorridas desde a política de 2006, como o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), a equipe de saúde da família ribeirinha, o Programa Saúde na Escola (PSE), a flexibilização da carga horária médica nas equipes de saúde da família, além de estabelecer incrementos ao financiamento da APS, por meio do aumento do Piso da Atenção Básica (PAB) fixo, a partir de critérios de equidade e da introdução de um novo componente do PAB variável, o “PAB Qualidade” (BRASIL, 2012a).

Segundo a nova PNAB, a APS

[...] 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. [...] Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde [...] (BRASIL, 2012a, p. 19).

Na nova PNAB, a ESF foi reforçada como estratégia prioritária de expansão, consolidação e qualificação da APS, essencial para o funcionamento adequado da rede de atenção à saúde do SUS, e tem sido impulsionada por incentivos financeiros federais por meio do PAB fixo e PAB variável, estabelecidos desde 1996 com a proposição da Norma Operacional Básica do SUS (NOB-SUS) 01/1996, apesar desse financiamento ainda ser insuficiente.

Foram incorporados em seu bojo os atributos da APS descritos por Starfield (2002), como o acesso de primeiro contato, a longitudinalidade e integralidade da atenção, a coordenação da assistência dentro do próprio sistema de saúde, além da orientação familiar e comunitária. Dessa forma, a ESF deve se desenvolver por meio de um alto grau de descentralização e capilaridade, perto da vida das pessoas, e funcionar com base nos seguintes alicerces e diretrizes (BRASIL, 2012a):

- a) apresentar território específico definido para permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais, impactando nos condicionantes e determinantes da saúde da população adscrita;
- b) permitir acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como sendo a porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção;
- c) coordenar a integralidade em seus vários aspectos;
- d) adscrever os usuários, desenvolvendo relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado;
- e) trabalhar por meio de equipes multiprofissionais, de maneira interdisciplinar, que, dependendo da modalidade, podem ser compostas por ACS, auxiliar/técnico de enfermagem, auxiliar/técnico em saúde bucal, cirurgiões-dentistas, enfermeiros, médicos, dentre outros profissionais, em função das necessidades de saúde da população;
- f) deslocar o processo de trabalho centrado em procedimentos profissionais para um processo centrado nas necessidades do usuário; e
- g) incentivar a participação popular no sentido da ampliação de sua autonomia e capacitação para a construção do cuidado.

Sem dúvida, a ESF dinamizou e ampliou o cenário da APS no país, principalmente no que diz respeito à expansão da cobertura de serviços de saúde básicos para a população. Entre 1998 e 2004, o número de municípios cobertos cresceu 411% e a cobertura populacional aumentou 600%, caracterizando uma expansão em grande velocidade (BRASIL, 2006b). Em 2001, a estimativa era de que a condução da ESF envolvia aproximadamente 170 mil postos de trabalho, fora os trabalhadores de

apoio administrativo (CARVALHO; GIRARDI, 2002). Em 2009, esse número era estimado em 400 mil (NEY, 2009).

No entanto, essa expansão não ocorreu de maneira uniforme nos municípios brasileiros. Nos municípios de pequeno porte, a implantação da ESF aconteceu de maneira mais rápida do que nos municípios de grande porte, primeiro, porque o modelo de financiamento privilegiou aqueles em detrimento destes e também porque os grandes centros urbanos apresentam questões de maior complexidade que dificultam sua implementação (MACHADO; LIMA; VIANA, 2008).

Um dos grandes desafios da atualidade é avaliar a ESF e seus resultados, verificando se o trabalho realizado pelas equipes de saúde da família está impactando nos condicionantes e determinantes do processo saúde-doença e de como vem produzindo-se a mudança do modelo tecnoassistencial em saúde no SUS.

Segundo Franco e Merhy (2003), apesar da ESF apresentar fundamentos e diretrizes voltados para o acolhimento, a integralidade, o vínculo e a responsabilização, a sua implementação em municípios brasileiros não garante uma modificação do modelo biologicista, já que não muda os processos de trabalho centrados na utilização das tecnologias duras (relacionadas a equipamentos e procedimentos), com foco em procedimentos, mantendo o núcleo do cuidado na lógica instrumental. A organização altamente normatizada da ESF, funcionando sob a lógica das ações programáticas, com horários rígidos para o atendimento de determinados grupos de usuários, as fichas, as senhas, a configuração de disponibilidade de certos procedimentos, impõe amarras aos trabalhadores de saúde, impedindo-os de estabelecer relações construtivas com os usuários (FRANCO, 2006).

Para Franco e Merhy (2003), a superação do modelo médico hegemônico ocorrerá por meio de uma reorientação dos processos de trabalho para processos determinados pela utilização das tecnologias leves (relações entre trabalhadores e usuários), ou seja, pela constituição de uma nova subjetividade entre os envolvidos na produção em saúde. Ainda em relação ao processo de trabalho, apesar do MS

adotar como prioridade a capacitação das equipes de saúde da família para trabalharem dentro da lógica proposta pela ESF, o que se observa é que dentro dessas equipes tem se destacado “[...] o recorte multi-disciplinar em uma lógica de estratificação atributiva que define os papéis de um modo rígido no desenvolvimento das ações, com a preservação dos campos de domínios e o *status quo* de cada corporação profissional” (ABRAHÃO, 2007, p. 2).

Em 2006, o MS realizou uma pesquisa nacional para registrar a evolução da ESF, no período de 1998 a 2003/2004, e a sua relação com indicadores de saúde sensíveis à APS relacionados às áreas de saúde da criança, saúde da mulher e controle da hipertensão arterial sistêmica, tendo como base aspectos como porte dos municípios, renda e o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH). Os resultados se mostraram positivos para todas as áreas e demonstraram que os efeitos da ESF sobre os indicadores selecionados são mais significativos quanto maior a sua cobertura e quanto menor o IDH dos municípios. Também, observou-se que a ESF apresentava maior cobertura em municípios de IDH mais baixo e estava aproximando os indicadores desses com os de municípios de IDH mais alto, impactando no princípio da equidade (BRASIL, 2006b).

Em 2008, foi realizada uma atualização do estudo original para os anos de 2005/2006, resultando em uma tendência de evolução favorável dos indicadores, com exceção da proporção de nascidos vivos de mães com menos de vinte anos de idade, o que pode estar refletindo a ausência ou fragilidade das ações da ESF direcionadas a essa questão (BRASIL, 2008). Sobre a avaliação dos usuários da ESF, em pesquisa sobre a percepção social sobre a saúde, o atendimento realizado por profissionais da ESF foi o mais bem avaliado pelos usuários, dentre os serviços ofertados pelo SUS (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2011).

Em estudo recente realizado por Gérvas e Pérez Fernández (2011), por meio de visitas a setenta centros de saúde no Brasil que apresentavam equipes de saúde da família, em sua maioria, foram encontrados como aspectos positivos da ESF, dentre outros: a dedicação dos profissionais; a distribuição das Unidades Básicas Saúde (UBS) conforme a necessidade das populações; a oferta de ações e serviços de odontologia; a disponibilização de medicamentos; a capacidade da ESF em atender

a demandas muito variadas; a existência de um sistema de informação com definições homogêneas; e, em alguns locais, a disponibilidade de prontuário eletrônico.

Por outro lado, os pesquisadores identificaram no estudo, os seguintes obstáculos a serem superados: a precariedade tecnológica das UBS, que ainda se estruturam dentro de um modelo voltado para doenças infecciosas e parasitárias; o predomínio de programas verticais, gerando, como consequência, a oferta de serviços verticais; a presença de uma “cultura da desconfiança” entre os atores da ESF; a tendência de protocolar desde o acolhimento até o atendimento de urgência (segundo os autores, um “horror à incerteza” clínica); escassez de atividades curativas e de reabilitação (“déficit curativo”); equipes não funcionais; e rotatividade excessiva de profissionais.

Como conclusão, os estudiosos apontaram que a ESF no Brasil se apresenta rígida, seguindo protocolos e programações, além de ser pouco resolutive, tanto para problemas agudos quanto para problemas crônicos, apresentar encaminhamentos excessivos e apresentar uma insignificante ou inexistente coordenação com os outros níveis de atenção (GÉRVAS; PÉREZ FERNANDEZ, 2011).

Como pode-se observar, ainda que tenham sido verificados avanços com a implementação da ESF, vários são os obstáculos que restringem seu potencial transformador do modelo assistencial de saúde no Brasil, muitos deles relacionados aos trabalhadores de saúde e suas práticas, podendo, assim, ser sensíveis à gestão do trabalho em saúde, tema que será tratado a seguir.

2.2 GESTÃO DO TRABALHO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: AVANÇOS E DESAFIOS

Antes da abordagem sobre a problemática da gestão do trabalho na ESF, apontando os avanços e desafios existentes, é importante um resgate histórico da área. De acordo com Paim (1994), a noção de “recursos humanos em saúde” no Brasil surgiu na década de 1950, com as pesquisas sobre a formação médica incentivadas pela

Organização Pan-Americana da Saúde (Opas). Nos anos de 1960 e 1970, houve um aumento do interesse sobre as investigações nessa área a partir da criação dos PECs. Na década de 1970, houve um avanço no entendimento das práticas de saúde e seus agentes, a partir de estudos sobre a organização social da prática médica. Já os anos de 1980 foram marcados pelas pesquisas sobre força de trabalho em saúde e pelo início do processo de institucionalização da área, envolvendo diversas instituições. O autor realiza uma distinção, relevante para o estudo da gestão do trabalho em saúde, entre os diferentes termos utilizados para denominar os atores sociais envolvidos com as questões de saúde (PAIM, 1994), a saber:

- a) recursos humanos em saúde: “[...] conjunto de agentes capazes de desenvolverem ações de saúde, sejam as de promoção, proteção, recuperação ou reabilitação [...]” (PAIM, 1994, p. 3), ou seja, todos os agentes que cuidam da saúde, podendo ser profissionais, técnicos e o pessoal de nível médio e fundamental, não devendo ser concebidos como meros insumos organizacionais. A CF/1988 incorporou o conceito ampliado de saúde, expandindo essa noção para os agentes que produzem as condições necessárias para a preservação da saúde da população, não somente os que cuidam diretamente da saúde, como por exemplo, empresários, políticos, cidadãos mobilizados para a defesa da vida, dentre outros;
- b) força de trabalho em saúde: absorvendo entendimento da economia política e da demografia, significa “[...] um segmento da população economicamente ativa vinculado ao mercado de trabalho em saúde, formalmente capacitada ou não [...]” (PAIM, 1994, p. 4);
- c) pessoal de saúde: agentes formalmente habilitados no campo da saúde e inseridos no mercado de trabalhado do setor saúde;
- d) categorias profissionais: agentes com formação específica, tecnicamente preparados para desempenhar certas profissões dentro da divisão técnica e social do trabalho em saúde;
- e) trabalhadores de saúde: agentes que exercem atividades ou funções em serviços de saúde, dentro dos estabelecimentos de saúde ou em atividades de saúde, não necessitando formação técnica na área da saúde; e

- f) agentes das práticas de saúde: detém o conceito de “pessoal de saúde”, porém permite análises do processo de trabalho em saúde, individualizando o agente-sujeito que realiza o trabalho.

No campo da saúde, as teorias clássicas da Administração influenciaram a compreensão dos trabalhadores da saúde como recursos essenciais nos processos produtivos das organizações. Essas abordagens funcionalistas converteram o homem trabalhador da saúde em mais um recurso, ou “recursos humanos da saúde”, que, do ponto de vista do planejamento em saúde, necessitam ser gerenciados de modo a produzir melhores resultados em menos tempo e com um custo menor, buscando atingir os objetivos das organizações de saúde com eficiência máxima (CECCIM, 2005). A visão positivista da gestão, em que o planejamento, o controle, a especialização, as medidas racionalizadoras seriam suficientes para se alcançar a equidade social, burocratizou as organizações de saúde de tal forma que limitou as diversas possibilidades de resultados que poderiam ser atingidos por essas instituições (CAMPOS, 2006).

A terminologia “recursos humanos em saúde” encontra-se impregnada com essa visão limitada do ser humano envolvido nos processos de produção da saúde. Os trabalhadores de saúde não fazem apenas parte das organizações de saúde, eles representam-nas dentro de um contexto maior da sociedade em que se convive com situações de competitividade, solidariedade, pressões e necessidades das mais diversas, e se manifestam com base na sua vontade própria podendo transformar as diferentes realidades, constituindo-se em fator essencial para a eficiência e eficácia dos serviços e ações de saúde (LIMA, 2001; FLEGELE et al., 2010).

Alguns autores propõem, com o objetivo de superar essa visão reduzida de recursos e avançar na abordagem dada a esses indivíduos, o termo “coletivos organizados de produção da saúde” (CECCIM, 2005; CAMPOS, 2007). Esta expressão denota que os envolvidos na produção da saúde podem vir a atuar como um dispositivo voltado para um mesmo objetivo: a defesa da vida. Na visão desses teóricos, a gestão desses coletivos deve ser uma atividade-fim da produção da saúde, bem como a melhoria das condições de saúde dos usuários e a reprodução social da instituição.

Tendo em vista a importância que os trabalhadores de saúde apresentam para o fortalecimento dos sistemas de saúde, as políticas de gestão do trabalho na saúde devem ser prioritárias nas agendas dos governos. Sobre o desenvolvimento dessas políticas no Brasil, Machado (2005) identifica três períodos distintos: 1) de 1967 a 1974, caracterizado pelos incentivos à formação profissional, especialmente de nível superior, pelo estímulo à hospitalização/especialização e pela expansão dos empregos privados a partir do financiamento público e aumento da contratação de médicos e atendentes de enfermagem; 2) entre 1975 e 1986, houve incentivos para mudar o quadro até então existente, por meio do incremento à participação do setor público na oferta dos serviços, do aumento do quantitativo na rede ambulatorial e do acréscimo da formação do pessoal técnico; e 3) o período de 1987 em diante, que foi caracterizado pelas transformações organizacionais de implementação do SUS, tendo como base os ideais da RSB, apresentando como marco o processo de descentralização da assistência e, em consequência, dos agentes que integram esses trabalhos.

Esse processo de descentralização política e administrativa das ações e serviços de saúde e do aumento de trabalhadores de saúde em nível municipal, ocorreu em um momento, na década de 1990, de adoção de políticas neoliberais pelo Estado. Dentro desse contexto, foi difundida a necessidade de adoção de uma “administração pública gerencial” descentralizada, com base no princípio da eficiência, de maneira que o cidadão estivesse mais próximo da máquina estatal, e focada no controle dos resultados, no intuito de transpor a ineficiência da “administração pública burocrática”, considerada morosa, inchada e acomodada (KISHIMA, 2012). Esse movimento, denominado Nova Gestão Pública (*New Public Management*), ficou conhecido no Brasil como Reforma Gerencial, proposta pelo então Ministro da Administração e Reforma do Estado, Luiz Carlos Bresser-Pereira (BRESSER-PEREIRA, 1998). As políticas adotadas incentivaram a privatização por meio da terceirização de serviços, a flexibilização das relações de trabalho e a abertura indiscriminada de novos cursos na área da saúde.

Frente a esse contexto, na tentativa de desenvolver mecanismos e instrumentos mais adequados para a gestão do trabalho no SUS, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) propôs, em 2002, a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o

SUS (NOB/RH-SUS). Esse regulamento tinha como objetivos reintroduzir a importância do trabalho para o SUS, valorizar o trabalhador na implantação dos modelos assistenciais e regular as relações de trabalho no setor saúde (BRASIL, 2005). No entanto, devido a questões conflituosas envolvendo a implementação da norma, dentre as quais, o contexto político e econômico contrário à sua adoção, poucos avanços foram identificados nos estados e municípios brasileiros.

No âmbito federal, o MS cria a SGTES, em 2003, em conformidade com os princípios e diretrizes da NOB/RH-SUS. Com a criação da SGTES, um novo ciclo no campo da gestão do trabalho no SUS é inaugurado. A área passa a ser denominada “gestão do trabalho e da educação em saúde”, compondo-se pelos planos da formação e do exercício profissional, envolvendo questões como remuneração, plano de carreiras, vínculos trabalhistas, estruturação da gestão voltada aos trabalhadores, regulação do trabalho, processos formativos e de capacitação dos trabalhadores, dentre outros, tendo como alicerce a visão política na qual o trabalhador é considerado agente transformador de seu ambiente de trabalho (MACHADO; OLIVEIRA, 2012). A estrutura da SGTES é composta por dois departamentos: o Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (DEGERTS), voltado para o planejamento e a formulação de políticas de gestão e de regulação do trabalho em saúde, e o Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES), que atua nas áreas de formação e educação permanente no setor da saúde.

Vale ressaltar, no entanto, que o setor saúde apresenta uma grande complexidade gerencial, tanto pelo quantitativo de trabalhadores, quanto pela diversidade de categorias profissionais inseridas no sistema e pelas características próprias do trabalho em saúde, fazendo da gestão do trabalho um campo com muitos desafios (FRANÇA, 2007).

Vários são os problemas existentes, como por exemplo: a baixa qualificação dos gestores para lidarem com questões referentes ao trabalho, a falta de estruturas de gestão do trabalho nas secretarias de saúde, a ausência de sistemas de informação a respeito dos trabalhadores, a precarização do trabalho, a ausência de planos de carreiras, cargos e salários, a baixa remuneração, a alta rotatividade de

trabalhadores (MACHADO; MOYSÉS; LEMOS, 2012), a fragmentação do processo de trabalho, os processos formativos centrados nos aspectos biológicos e a ausência de uma cultura de negociação entre os atores envolvidos na produção da saúde (LIMA, 2009).

Dentre essas questões, um dos maiores desafios para a gestão do trabalho na ESF é a adequação, à realidade da estratégia, dos processos formativos no Brasil, que se apresentam fragmentados, centrados no estudo dos órgãos, visando à formação de profissionais especialistas, ocorrendo com “[...] baixa capacidade crítica e associação com os fatores que determinam os lugares sociais, num mundo de tantas desigualdades e iniquidades no acesso e na utilização dos equipamentos públicos” (LIMA, 2009, p. 790).

Essa fragmentação é reproduzida nos processos de trabalho dos trabalhadores, o que contribui significativamente para produção da alienação entre esses atores sociais e consequente fragilização de sua potência transformadora (LIMA et al., 2011). No caso específico da ESF, pesquisa em quatro centros urbanos encontrou a existência de uma baixa qualificação dos trabalhadores para atuar em APS, sendo de fundamental importância a vontade política da gestão municipal para reverter esse quadro (MENDONÇA et al., 2010).

Outro problema de grande impacto no âmbito da gestão do trabalho na ESF é a precarização do trabalho em saúde. Conforme Kalleberg (2009), trabalho precário é aquele “[...] incerto, imprevisível, e no qual os riscos empregatícios são assumidos principalmente pelo trabalhador, e não pelos seus empregadores ou pelo governo” (p. 21).

Conforme apontado anteriormente, as reformas estruturais do Estado brasileiro, como consequência da reestruturação produtiva que teve início na década de 1990, propuseram novas conformações jurídicas para o trabalho, mais flexíveis, que incluíam a possibilidade do Estado associar-se a instituições privadas para alcançar a execução de seus compromissos de bem-estar social, dentre eles, os que envolvem a saúde da população (NOGUEIRA, 2006). A política de flexibilização das relações de trabalho acarretou uma multiplicação das formas de vínculos

profissionais existentes no setor público de saúde e consequente precarização do trabalho (KOSTER; MACHADO, 2012).

Essa precarização tem afetado a qualidade das ações e dos serviços do setor, por promover alta rotatividade, descontinuidade dos processos de trabalho, inseguranças e insatisfações por parte dos trabalhadores, dificultando o trabalho em equipe, a longitudinalidade do cuidado e não permitindo um aprofundamento de vínculo entre os profissionais e usuários que responda à complexidade e variedade de necessidades da população, relações essas essenciais para o trabalho na ESF (BRASIL, 2006a, 2012a; DALEPRANI, 2008). Ademais, a instabilidade promovida pelo vínculo precário acarreta uma desestabilização dos interesses subjetivos, profissionais e afetivos dos trabalhadores, o que causa impactos negativos para todos os envolvidos no processo de produção de saúde (SANTOS FILHO, 2007).

Em estudo sobre os agentes institucionais e as modalidades de contratação na ESF em municípios brasileiros, foi constatado o predomínio das modalidades de contratação temporária (o contrato temporário com a administração pública é regido por legislação especial visando o atendimento à necessidade temporária de excepcional interesse público) e de prestação de serviços, em detrimento das outras formas de vinculação (GIRARDI et al., 2010a). Segundo os secretários de saúde e os coordenadores da ESF que participaram do estudo, essa precariedade se deve à flexibilização, às restrições impostas pela Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), oficialmente Lei Complementar n.º 101/2000, que impõe limite aos gastos com pessoal, além da instabilidade do financiamento da ESF.

Outro fator que contribuiu para esse quadro foi a implantação da ESF nos municípios brasileiros, que representou uma significativa expansão do mercado de trabalho, sem a solução dos problemas políticos e financeiros mencionados, ocasionando uma forte desregulação do trabalho (ANDRADE; TEIXEIRA; MACHADO, 2012; HADDAD et al., 2010; JUNQUEIRA et al., 2010; SILVA, 2009).

Ademais, a existência de maneiras de inserção no cargo sem a realização de concurso público reproduz a prática de clientelismo e apadrinhamento nos estados e municípios, pois permite aos secretários de saúde e às organizações que prestam

serviços para o SUS a possibilidade de escolher quem será ocupante do cargo público.

Sobre esse assunto, Nunes (2003) assinala que, no processo de redemocratização, a adoção da gramática política do universalismo de procedimentos, com seus códigos racionais e legais pautados na impessoalidade da administração pública, não extinguiu outras gramáticas, como o clientelismo patrimonialista, em que o Estado é entendido como uma extensão do contexto privado das famílias e, por isso, deve estar a serviço de seus familiares e amigos.

Diante desse cenário, o Ministério Público do Trabalho, por meio de suas Procuradorias, tem exigido a realização imediata de concursos públicos, por meio de Termo de Ajuste de Conduta (TAC) ou por via judicial, especialmente na ESF. Além disso, a SGTES propôs o Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS (DesprecarizaSUS) e criou, em 2003, o Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS, com a finalidade de elaborar políticas e diretrizes para a desprecarização do trabalho no sistema de saúde (BRASIL, 2006a). Não obstante esses esforços, a precarização do trabalho na ESF ainda se constitui um desafio a ser superado por grande parte dos municípios brasileiros.

Outro desafio enfrentado na área de gestão do trabalho é a ausência de PCCS específico para a saúde e de uma política de desenvolvimento de pessoas, na maioria dos estados e municípios. Essas lacunas acabam por desestimular

[...] o crescimento profissional e um maior envolvimento do trabalhador no processo de trabalho, o que desqualifica o atendimento, interfere no estabelecimento de vínculos institucionais, profissionais e comunitários, provoca a desmotivação e a não responsabilização perante o serviço e o usuário. Influenciam, ainda, na dedicação dos trabalhadores de saúde e na sua profissionalização e na elevada rotatividade e descontentamento profissional. Essa situação torna-se cada vez mais preocupante, se considerarmos o papel que os trabalhadores têm na implementação de uma nova forma de organização do trabalho, na inserção do usuário nesse processo e na garantia da qualidade dos serviços oferecidos (DALEPRANI, 2008, p.48).

O problema da elevada rotatividade dos trabalhadores na ESF, principalmente dos médicos, leva os gestores a adotarem diversos incentivos no intuito de atrair e fixar esse profissional na equipe, como, por exemplo, o incremento salarial, a promoção

da educação permanente e a melhoria das condições de trabalho (GARCIA, 2010; GIRARDI et al., 2010a). Porém, como na ESF não existem parâmetros trabalhistas, observa-se a ocorrência de disputa por profissionais de saúde entre municípios vizinhos, o que acarreta a flexibilização da carga horária de quarenta horas semanais e seu cumprimento por meio de plantões, prejudicando os municípios que apresentam menos aporte financeiro (FARAH, 2006).

Ainda em relação à remuneração dos trabalhadores na ESF, em pesquisa realizada em 859 municípios brasileiros, Girardi et al. (2010a) constataram que, no período entre 2001 e 2010, houve um incremento nos salários de todos os integrantes das equipes de saúde da família. O maior crescimento foi na remuneração dos ACS (188%), em seguida dos médicos (83,3%), dos técnicos/auxiliares de enfermagem (83,2%), e, por fim, dos enfermeiros (40,3%). Os médicos apresentam a maior média de remuneração (R\$ 7.477,40), seguidos pelos dentistas (R\$ 2.755,90) e enfermeiros (R\$ 2.442,50). Chama atenção na pesquisa o fato de que os trabalhadores de nível superior recebem maiores salários quando são contratados por meio da modalidade indireta.

A falta de capilaridade das políticas e programas na área da gestão do trabalho para os estados e, principalmente, para os municípios, tem representado um complicador importante para a superação dos problemas apontados. Segundo Pierantoni e Garcia (2012), isso se deve ao fato de que esses entes não estão estruturados para lidar com questões concernentes à área, representando sua baixa institucionalidade.

Em pesquisa realizada pelo Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS), em 2003, com objetivo de conhecer a estruturação da área de gestão do trabalho nos estados brasileiros e no Distrito Federal, observou-se que não existia estrutura institucional para a implementação de políticas de gestão do trabalho em mais da metade das secretarias estaduais de saúde e, nas outras secretarias, esse espaço ocupava, em sua maioria, o terceiro escalão da administração. Os maiores desafios ressaltados pelos representantes do setor de gestão do trabalho nas secretarias estaduais foram a falta de recursos financeiros, a ausência de pessoal qualificado, a precarização do trabalho, dentre outros (CONSELHO NACIONAL DOS SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2004).

Em outro estudo (PIERANTONI et al., 2004), realizado nos municípios brasileiros, identificou-se que os dirigentes responsáveis pela gestão do trabalho não apresentavam autonomia para administrar processos de trabalho básicos para a área, como a contratação de trabalhadores, por exemplo, além de não serem devidamente capacitados para desempenhar tal função e carecerem de informações básicas para a tomada de decisões necessárias no cotidiano das atividades. As estruturas encontradas mais se assemelhavam à estrutura de departamento pessoal, caracterizadas, principalmente, pelo cumprimento de atividades burocráticas.

Frente a essa realidade e com base na percepção de que a gestão do trabalho no SUS tem sido realizada sem a devida compreensão das questões administrativas, jurídicas, políticas e éticas envolvidas nessa área, o MS lançou, em 2006, o Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho no SUS (ProgeSUS) (FRANÇA, 2007). O programa visa estruturar, qualificar e suprir as secretarias de saúde dos estados, Distrito Federal e municípios com ferramentas para a organização, modernização e profissionalização da gestão do trabalho no SUS, com o intuito de mudança da lógica instrumentalizadora na abordagem dos trabalhadores da saúde. Conforme a portaria instituída (BRASIL, 2006c), o ProgeSUS é constituído por quatro componentes:

- a) componente I: financiamento para a modernização dos setores de gestão do trabalho e da educação na saúde de secretarias da saúde de estados, do Distrito Federal e de municípios, por meio da aquisição de mobiliário e de equipamentos de informática;
- b) componente II: disponibilização, pelo MS, de Sistema de Informação Gerencial para o setor das secretarias da saúde que desejarem adotá-lo;
- c) componente III: capacitação de equipes que atuam no referido setor das secretarias da saúde de estados, do Distrito Federal e de municípios; e
- d) componente IV: constituição do Sistema Nacional de Informações em Gestão do Trabalho do SUS, abrangendo os sistemas de informações das secretarias municipais, estaduais, do Distrito Federal e do MS.

Avaliando os resultados da implantação do ProgeSUS, Machado, Moysés e Lemos (2012) concluíram que o programa obteve êxito, pois contou com a adesão de todos os estados da federação e suas capitais. As estruturas de gestão do trabalho de várias secretarias da saúde no país foram mobiliadas, informatizadas e modernizadas, por meio da implantação de sistemas de informação específicos para a gestão do trabalho e, principalmente, pela capacitação de centenas de técnicos para a gestão do trabalho no SUS, inclusive por meio de mestrados profissionais na área.

Contudo, é necessário assinalar que, ainda que o programa tenha alcançado resultados importantes, a maior parte dos 5.570 municípios brasileiros não foi contemplado pelo ProgeSUS. Vale mencionar, também, que foi iniciada, em 2012, e ainda está em curso, uma pesquisa, na Estação de Trabalho do Observatório de Recursos Humanos em Saúde do Instituto de Medicina Social, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, com o intuito de avaliar os impactos concretos desse programa.

Em 2008, foi realizada uma pesquisa com os responsáveis pela gestão do trabalho nas secretarias da saúde estaduais, das capitais e de municípios com população superior a cinquenta mil habitantes e com mais de quinhentos postos de trabalho público em saúde, evidenciando avanços e desafios na implementação das políticas de gestão do trabalho (PIERANTONI; GARCIA, 2012). Os principais resultados da pesquisa foram:

- a) 77% informaram apresentar setor específico de gestão do trabalho na estrutura da secretaria;
- b) 42,3% não conheciam o DesprecarizaSUS e dos que conheciam, 33,2% não haviam aderido ao programa principalmente por falta de apoio técnico;
- c) 47,8% mencionaram não apresentar PCCS específico para seus trabalhadores;
- d) 27,3% afirmaram dispor de Mesa de Negociação do Trabalho, fórum com participação de trabalhadores e gestores para resolução de conflitos inerentes às relações de trabalho;

- e) 46,2% assinalaram estar referenciados a algum Polo de Educação Permanente em Saúde (PEPS), instâncias, que já não existem mais porque foram substituídas por outros arranjos, voltadas para formação e desenvolvimento dos trabalhadores do SUS; e
- f) 60% não conheciam o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) que busca a aproximação entre a formação de graduação no país e as necessidades dos serviços de saúde.

Vale ressaltar que uma iniciativa de reconhecimento político da área foi a inclusão de compromissos relacionados à gestão do trabalho e da educação na saúde no Pacto de Gestão do SUS, um dos componentes do Pacto pela Saúde, que corresponde a um conjunto de reformas institucionais acordado entre as três esferas de gestão do SUS (União, estados, municípios e Distrito Federal), com vistas a promover inovações nos instrumentos e processos de gestão.

Entretanto, em estudo que investigou o cumprimento desses compromissos em oito municípios do estado de São Paulo, os investigadores constataram que a sua implementação é insuficiente, com falhas na descentralização da gestão em nível municipal. Outros achados da pesquisa foram: não adoção de um PCCS específico do SUS na maioria dos municípios; pouca influência das decisões das Mesas de Negociação do Trabalho na política de gestão do trabalho; ações limitadas e pontuais em termos da política de formação de pessoal, que, geralmente, é dissociada da progressão funcional nos municípios (JUNQUEIRA et al., 2011).

Em consonância com esses resultados, Machado, Moysés e Lemos (2012) afirmam que a área de gestão do trabalho no SUS ainda não atende aos pré-requisitos mínimos para a oferta de serviços que atendam com qualidade as necessidades de saúde da população. Segundo Ceccim (2005), frente a esse contexto de variados e complexos desafios “[...] devem ser utilizadas estratégias mobilizadoras que estabeleçam uma relação de envolvimento participativo e descentralizado com todos os interessados no processo” (p. 166).

CAPÍTULO 3
METODOLOGIA

3.1 DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa exploratória, descritiva, de abordagem qualitativa do objeto de análise e parte do pressuposto de que a sociedade é formada por atores sociais que conferem sentido ao mundo do qual fazem parte, influenciando e sendo influenciado por esse mundo.

Neste estudo, buscou-se a observação, a descrição e a documentação de aspectos de uma situação que naturalmente acontece, com o objetivo de proporcionar maior familiaridade com o objeto de pesquisa, tornando-o mais explícito, por meio de uma abordagem qualitativa, cuja premissa é a de que o conhecimento sobre os sujeitos somente é possível a partir da descrição da experiência humana, da forma como ela é vivenciada e explicada pelos seus próprios atores (DIEHL; TATIM, 2004).

Para Minayo (2008), a pesquisa qualitativa deve apreciar as ações, as relações e as estruturas sociais como dotadas de significado e intencionalidade, com o intuito de abranger a lógica interna de atores, grupos e instituições. Essa abordagem busca o sentido atribuído pelos atores às situações vividas, levando o investigador a examinar proposições socialmente estabelecidas (POPE; MAYS, 2009).

Nesse caminho, tem-se como foco os modos pelos quais os diferentes atores sociais interpretam o contexto social do qual fazem parte, quais são suas perspectivas sobre um determinado assunto, quais pressupostos fundamentam a sua vida, pois o que um sujeito pensa interfere no seu comportamento (TRIVIÑOS, 1987).

Dessa forma, parte-se de premissas contrárias à ideia de neutralidade científica: 1) o ato de investigar acontece a partir de uma dinâmica interação entre o sujeito da pesquisa e o pesquisador; 2) este, tanto influencia na pesquisa, como é por ela influenciado; 3) não é o método que irá gerar o dado, mas sim o pesquisador, que com sua capacidade de interpretar o fenômeno de interesse, irá construí-lo. Assim, o objeto em análise sofre um recorte, porque é delimitado e definido a partir da perspectiva que o pesquisador tem da realidade em que vive, perspectiva essa que é determinada pelo seu posicionamento histórico e social (MINAYO, 2008).

3.2 CENÁRIO DO ESTUDO

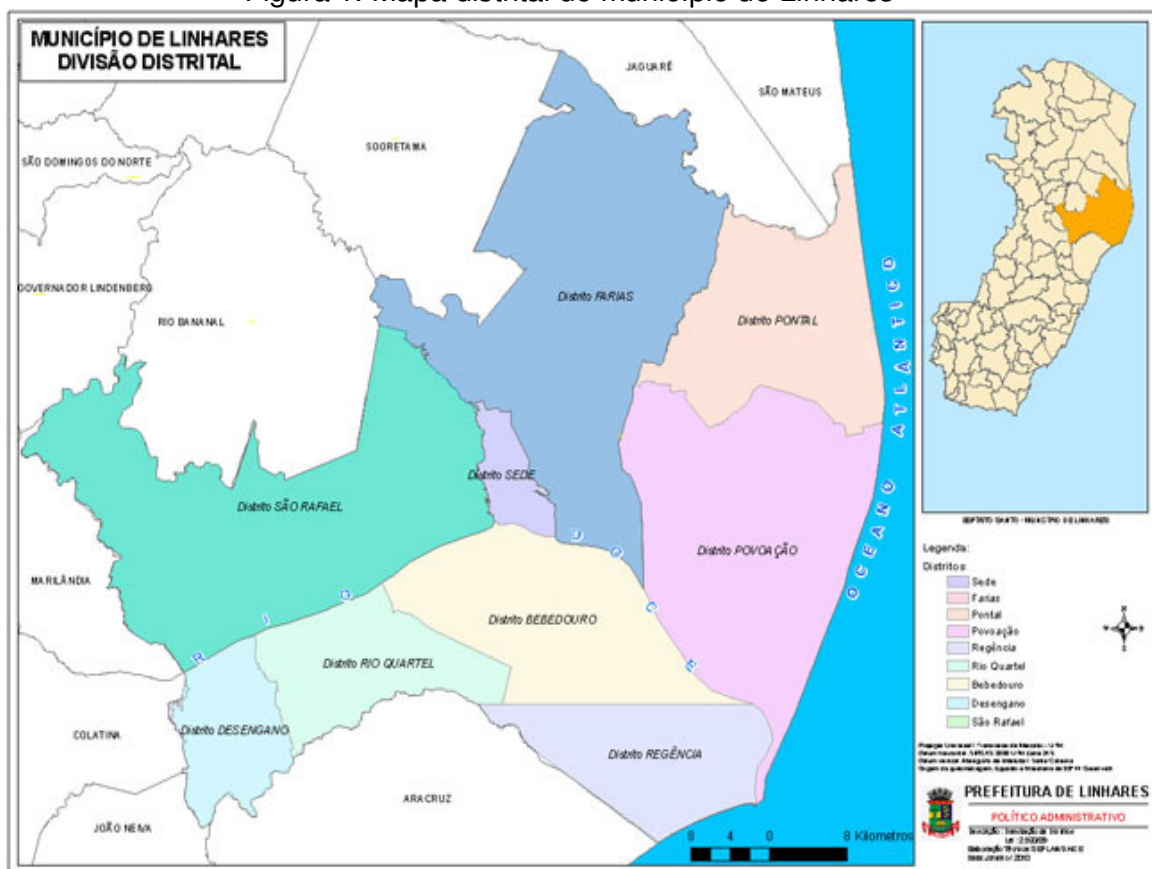
O cenário do estudo deste trabalho está inserido no contexto maior do campo social, entendido como um espaço que acaba por emoldurar a atuação dos sujeitos sociais. O local que determinado ator social ocupa nos campos de estudo, bem como nos contextos sociais, influencia na constituição da sua prática; dito de outra maneira, as diversas formações sociais sujeitam os indivíduos a condições objetivas e pressões sociais que os fazem agir de uma determinada forma (LEFEVRE; LEFEVRE, 2010).

O estudo faz parte de uma pesquisa mais ampla intitulada “Análise das Principais Modelagens de Gestão na Estratégia Saúde da Família no Espírito Santo”, executada em 39 municípios do estado por pesquisadores do Nupgasc/PPGSC/UFES, com financiamento da FAPES.

Dentre os 39 municípios da pesquisa, Linhares, localizado no norte do ES, foi selecionado como local de estudo de modo intencional, por apresentar tempo de implantação da ESF maior que dez anos (a implantação ocorreu em 2001) e por oferecer 64,91% de cobertura da ESF aos seus munícipes. Além disso, o município carece de estudos sistematizados sobre a gestão do trabalho, os quais, geralmente, têm acontecido na Região Metropolitana da Grande Vitória, onde se concentra a maior parte da riqueza, desenvolvimento e oportunidades no estado.

Com uma população de 141.306 habitantes, Linhares é a maior cidade do norte capixaba com uma área de 3.506 km² (Figura 1). O município se constitui como um importante polo de desenvolvimento econômico e social, atraindo para o seu território notáveis empreendimentos industriais, além do significativo valor da agricultura e da pecuária para a economia local. Linhares destaca-se, ainda, como importante centro moveleiro, além de grande produtor de petróleo e gás natural (LINHARES, 2013).

Figura 1. Mapa distrital do município de Linhares

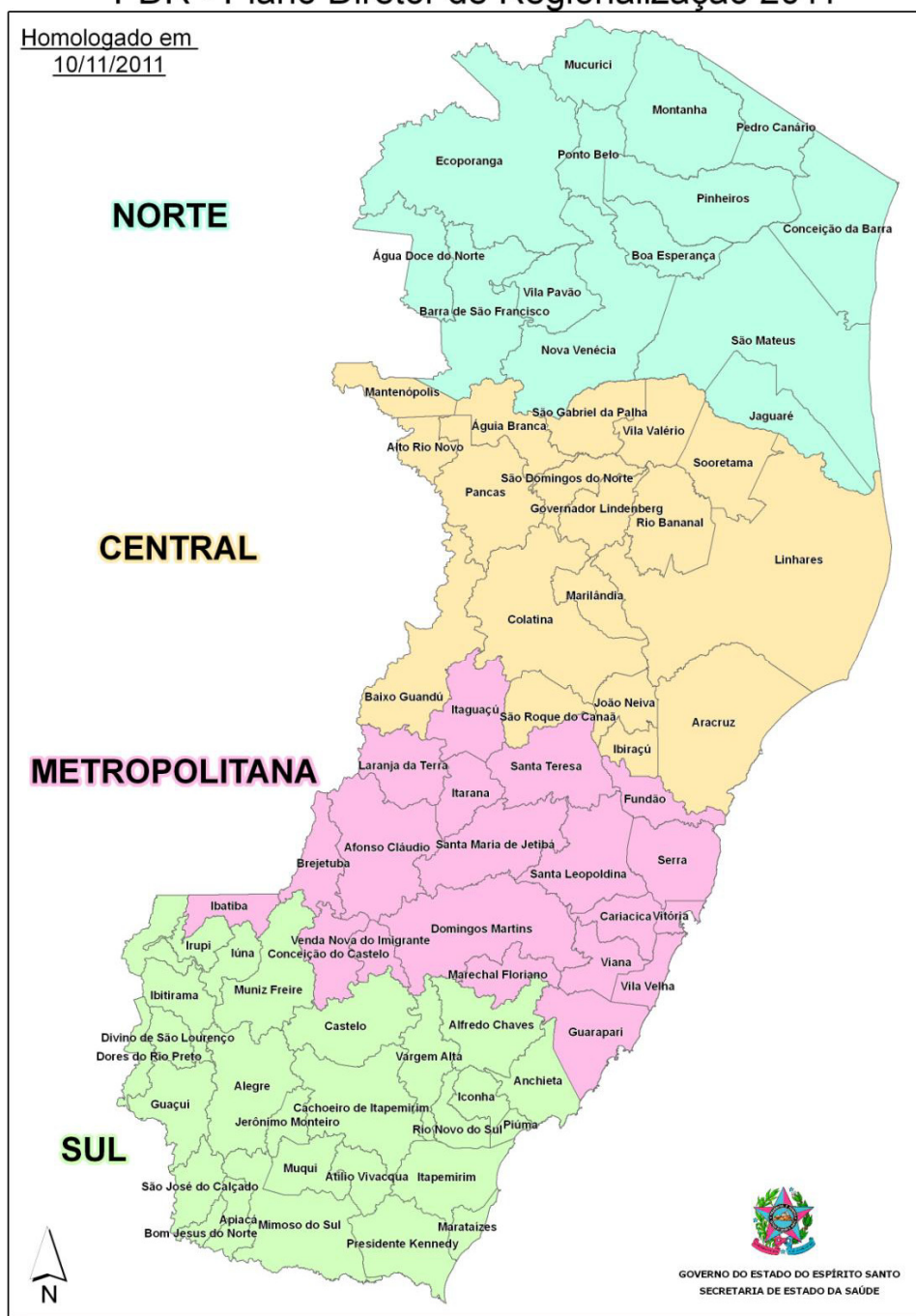


Fonte: Linhares (2013).

Em termos da composição de sua população, Linhares acompanha os padrões nacionais como a elevação na longevidade, a queda na fecundidade, a expansão da classe média e elevação do IDH, atualmente 0,757 (LINHARES, 2009).

No Plano Diretor de Regionalização (PDR) da Saúde do Espírito Santo (ESPÍRITO SANTO, 2011), Linhares faz parte da Região Central de Saúde, constituída por 18 municípios (Figura 2). O município teve seu Termo de Compromisso de Gestão (TCG) homologado pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT), que é composta paritariamente por representantes do MS, do CONASS e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), conforme Portaria do Gabinete do Ministro nº 2.868, de 27 de novembro de 2008.

Figura 2. Plano Diretor de Regionalização da Saúde do Espírito Santo, 2011
PDR - Plano Diretor de Regionalização 2011



Fonte: Espírito Santo (2011).

Fazem parte da rede municipal pública de saúde de Linhares os seguintes estabelecimentos: 33 UBS, a Clínica de Fisioterapia de Linhares, o Centro de Atenção Psicossocial II, o Centro de Saúde/Unidade Sanitária de Linhares (unidade de atenção especializada), o Núcleo de Atenção e Promoção da Saúde (núcleo que

oferece serviços dos diversos programas de saúde), a Casa Rosa (núcleo de referência em saúde da mulher) e o Hospital Geral de Linhares.

O perfil de mortalidade de Linhares acompanha o padrão dos centros urbanos no Brasil. Em 2010, as doenças do aparelho circulatório foram responsáveis pelo maior número de óbitos no município (226), seguidas das causas externas (167) e das neoplasias (107). O perfil de morbidade é liderado por doenças crônicas sensíveis à APS. Em relação ao financiamento da saúde, o município destinou, em 2010, 30,58% do orçamento municipal para o setor, mais que o dobro do mínimo exigido por lei (LINHARES, 2012).

A gestão da APS na secretaria municipal de saúde de Linhares está dividida em três diretorias: Diretoria de Atenção Básica, Diretoria de Saúde da Família e Diretoria de Saúde Bucal. O município apresentava um total de 28 equipes de saúde da família, responsáveis pela cobertura de 64,91% da população, além de 298 ACS (BRASIL, 2013).

3.3 SUJEITOS DO ESTUDO

De modo coerente com os objetivos propostos, foram selecionados para o estudo o secretário municipal de saúde, o diretor da Atenção Básica, o diretor da Saúde da Família e equipes de saúde da família do município, que atuaram na gestão municipal no período de 2009 a 2012.

O secretário municipal de saúde, o diretor da Atenção Básica e o diretor da Saúde da Família foram escolhidos com base nos seguintes critérios: ocupar cargo formal de gestão no contexto da ESF e estar implicado na implementação e avaliação de políticas, programas e ações voltados para a gestão do trabalho em saúde. Cabe ressaltar que, optou-se por não entrevistar o responsável pela estrutura de gestão do trabalho da secretaria municipal de saúde, por esse setor funcionar apenas como executor de atividades relacionadas aos trâmites burocráticos envolvendo os trabalhadores vinculados à secretaria municipal de saúde, como admissão, folha de

pagamento e demissão, em formato semelhante a um departamento pessoal. Sendo assim, o responsável por esse setor não atenderia aos critérios adotados.

O critério de inclusão das equipes foi o tempo mínimo de um ano de atuação de seus trabalhadores na ESF, dentro do quadriênio considerado. No momento da pesquisa, a ESF de Linhares era composta por 28 equipes de saúde da família, com as modalidades de vínculo trabalhista apresentadas na Tabela 1. Importa destacar que, no caso da categoria enfermeiro, quatro dos 28 enfermeiros da ESF apresentavam duplo vínculo: regime estatutário e contrato temporário.

Tabela 1. Vínculos trabalhistas praticados em contratações diretas com o município na ESF, por ocupação – Linhares, 2013

Ocupação	Regime Estatutário			Contrato Temporário
	40 horas	30 horas	20 horas	
ACS	298	-	-	-
Auxiliar de Enfermagem	-	-	-	28
Enfermeiro	-	1	3	28
Médico	-	-	-	28

Fonte: Linhares (2013).

Das 28 equipes, apenas três preencheram o critério de tempo mínimo de um ano de atuação de seus trabalhadores na ESF, tendo em vista a realização de um processo seletivo simplificado no final da gestão, que provocou grande alteração no quadro de trabalhadores. Participaram da pesquisa 24 trabalhadores das seguintes categorias ocupacionais: ACS (quinze), enfermeiro (três), médico (três) e auxiliar de enfermagem (três). Visto que os ocupantes dos cargos “auxiliar de enfermagem” entrevistados são técnicos de enfermagem e se reconhecem profissionalmente desta forma, neste estudo, esses sujeitos são denominados “técnicos de enfermagem”.

Para Minayo (2008), numa pesquisa de abordagem qualitativa, a eleição de atores sociais para a participação na pesquisa deve levar em conta os objetivos de aprofundar a compreensão sobre determinado fenômeno social, não sendo pré-requisito a representatividade numérica desses sujeitos que pressuporia a generalização dos resultados alcançados.

3.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada entre os meses de fevereiro e abril de 2013, pela própria pesquisadora, e consistiu na realização de: 1) entrevistas semiestruturadas com o secretário municipal de saúde, o diretor da Atenção Básica e o diretor da Saúde da Família, e 2) grupos focais com os trabalhadores das equipes selecionadas para o estudo.

3.4.1 Entrevistas semiestruturadas

As entrevistas foram agendadas conforme a disponibilidade dos gestores e ocorreram em seus respectivos locais atuais de trabalho. Com o consentimento dos entrevistados, as falas foram registradas em um gravador digital para posterior transcrição e análise dos dados. A entrevista semiestruturada tem valor fundamental na medida em que permite a produção de conteúdos emitidos diretamente pelos atores sociais envolvidos nas questões de interesse, sujeitos esses que são convidados a realizar uma atividade reflexiva acerca do objeto de estudo, já que se parte do pressuposto de um mundo social criado pelos indivíduos em seu cotidiano (GASKELL, 2002).

Essa técnica de pesquisa caracteriza-se por uma comunicação verbal que reforça a importância da linguagem e do significado da fala, sendo útil como meio de coleta de informações sobre um determinado tema científico (MINAYO, 2008). A função do pesquisador, nesse contexto, é descobrir o que é significativo nas falas dos entrevistados, suas preocupações, interpretações e visões de mundo.

Ainda, segundo Minayo (2008), o pesquisador, nessa abordagem, objetiva um conhecimento mais aprofundado de seu objeto de pesquisa. Por meio de suas respostas, o entrevistado expressa opiniões, valores, sentimentos e atitudes, sendo a entrevista um momento de interação social sujeita às dinâmicas das relações que existem na sociedade como um todo. Dessa forma, a entrevista proporciona

informações que auxiliam na compreensão das relações entre os sujeitos e sua situação (GASKELL, 2002).

As entrevistas foram conduzidas com o auxílio de um roteiro de entrevista (APÊNDICE A), que funcionou como um guia norteador para atender aos objetivos da pesquisa. Também denominado de tópico-guia, o roteiro de entrevista é baseado na conjugação de alguns elementos, como a leitura crítica do referencial teórico referente ao tema, as informações sobre o campo e a criatividade, sendo ideal que proporcione um referencial fácil e confortável para discussão (GASKELL, 2002).

Vale ressaltar que o uso do roteiro em entrevista semiestruturada valoriza a presença do pesquisador, da mesma forma que proporciona condições para que se capture comportamentos espontâneos, o que enriquece o estudo (TRIVIÑOS, 1987). Nesse sentido, essa técnica

[...] mantém a presença consciente e atuante do pesquisador e, ao mesmo tempo, permite a relevância na situação do ator. Este traço da entrevista semiestruturada, segundo nosso modo de pensar, favorece não só a descrição dos fenômenos sociais, mas também sua explicação e a compreensão de sua totalidade, tanto dentro de sua situação específica como de situações de dimensões maiores (TRIVIÑOS, 1987, p. 152).

3.4.2 Grupos Focais

Os grupos focais com os trabalhadores das equipes selecionadas foram agendados com o auxílio da Diretoria da Saúde da Família do município. Essa técnica foi escolhida por permitir a exploração de opiniões, atitudes e sentimentos dos sujeitos. O grupo focal, segundo Gaskell (2002), é um ambiente mais natural e integral em que seus participantes “[...] levam em consideração os pontos de vista dos outros na formulação de suas respostas e comentam suas próprias experiências e as dos outros” (p. 76). Assim, o que se busca é incitar a fala e a reação dos participantes ao que outros integrantes dizem, promovendo a interação social, a comunicação e a troca de ideias.

Foi utilizado um roteiro de grupo focal para auxiliar a condução do método (APÊNDICE B), que apresenta como vantagem a possibilidade de maior diversidade e profundidade de respostas, sendo necessária a criação, por parte do moderador, de um ambiente onde os participantes se sintam seguros para compartilhar suas opiniões e vivências. Nesse compartilhar, emergem preocupações e interesses comuns frente ao que é vivenciado por todos. Além disso, o espaço do grupo focal propicia aos integrantes o acolhimento de novas ideias e a possibilidade de refletir sobre suas implicações (GASKELL, 2002).

3.5 ANÁLISE DO MATERIAL

Os dados coletados por meio das entrevistas e dos grupos focais foram transcritos na íntegra, obedecendo-se de maneira rigorosa a estrutura das falas dos sujeitos com o intuito de manter a fidedignidade dos depoimentos. O material produzido foi analisado de modo a se apreender os sentidos e significados expressos pelos sujeitos da pesquisa, por meio da utilização da técnica de análise de conteúdo proposta por Laurence Bardin (2011).

Segundo a autora, o termo análise de conteúdo designa um conjunto de técnicas sistemáticas de análise das comunicações humanas, com o objetivo de se obter indicadores que permitam inferir conhecimentos relacionados com o contexto de produção e recepção das mensagens. Bardin (2011) ressalta ainda que a leitura realizada pelo analista de conteúdo busca realçar um sentido que se encontra em segundo plano. Tendo isso em mente, a análise de conteúdo foi organizada em três etapas: a pré-análise, a exploração do material e, por fim, o tratamento dos resultados, compreendendo a codificação dos dados e a inferência.

Na primeira fase, o material resultante das transcrições foi organizado de modo a compor o *corpus* do estudo para a formulação de hipóteses e elaboração de indicadores que nortearam a análise. Foram realizadas leituras flutuantes de todo o material, permitindo-se fluir impressões e orientações sobre os dados, com o

objetivo de apreender de maneira não sistematizada aspectos relevantes para a análise.

Nas etapas de exploração do material e de tratamento dos resultados, foi feita a codificação dos dados, transformando-os e agregando-os em unidades de registro, observando-se a frequência, a intensidade, a direção e a ordem que essas unidades apareceram no material. Dessa análise, emergiram as seguintes categorias: 1) conhecimento sobre as políticas de gestão do trabalho; 2) inserção no cargo; 3) vínculo trabalhista; 4) PCCS e remuneração; 5) infraestrutura de trabalho; 6) carga de trabalho; 7) formação e capacitação.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi executado com base na Resolução n.º 196, de 10 de outubro de 1996, do CNS, que trata das diretrizes e normas reguladoras de pesquisa envolvendo seres humanos. O projeto de pesquisa (n.º 303/2011) foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), do Centro de Ciências da Saúde (CCS), da UFES, em 15 de novembro de 2011, conforme carta de aprovação (ANEXO A).

Além disso, foi efetuada reunião com o secretário municipal de saúde e os diretores envolvidos com a APS no município para apresentação do projeto e autorização para a realização da pesquisa, que ocorreu por meio da assinatura do Termo de Consentimento de Realização de Pesquisa (APÊNDICE C).

Na coleta de dados, cada sujeito do estudo foi informado quanto aos objetivos da pesquisa, quanto à garantia da confidencialidade de sua identidade e das informações prestadas. Com o intuito de preservar o anonimato dos sujeitos da pesquisa, estes foram identificados pela sigla ACS (agente comunitário de saúde), letra E (enfermeiro), letra G (gestor), letra M (médico) e letra T (técnico de enfermagem), acompanhado de um número arábico, conforme a ordem das entrevistas realizadas. Além disso, foi esclarecido quanto ao direito de desistência de participação em qualquer momento do estudo. Para assegurar que foram

devidamente esclarecidos e que consentiram com a participação na pesquisa, os sujeitos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE D).

CAPÍTULO 4

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O primeiro aspecto a ser destacado é referente à estrutura de gestão do trabalho da secretaria de saúde no município. Os gestores entrevistados, quando questionados se o município havia sido contemplado no ProgeSUS, responderam que sim e informaram que foram enviados dois técnicos do setor para participar da capacitação oferecida pelo MS (Componente III – Capacitação da Equipe de Gestão do Trabalho e da Educação no SUS), durante a gestão municipal anterior, no período de 2005 a 2008, ou seja, os entrevistados não participaram dessa decisão. Essa participação no ProgeSUS não produziu mudanças concretas para a estrutura no município, que, segundo os gestores, ainda funciona nos moldes semelhante a um departamento pessoal, responsável por informar a frequência dos trabalhadores, os benefícios como insalubridade, hora extra e gratificação para o processamento da folha de pagamento na secretaria de administração e dos recursos humanos da prefeitura. Ademais, essa estrutura está vinculada à Diretoria de Administração da secretaria municipal de saúde, ocupando o terceiro escalão da gestão.

4.1 (DES)CONHECIMENTO SOBRE AS POLÍTICAS DE GESTÃO DO TRABALHO

Nas três equipes pesquisadas, encontramos trabalhadores de diferentes categorias, que contavam com considerável tempo de experiência atuando na ESF. Em todas as categorias ocupacionais havia trabalhadores inseridos na ESF desde a sua implantação no município. A média de tempo de exercício na função foi de seis anos para os ACS e os médicos e de sete anos para os técnicos de enfermagem e enfermeiros. Entre os gestores, a média de tempo de exercício no cargo foi de oito anos.

Não obstante o tempo de experiência, o conhecimento desses trabalhadores e gestores sobre políticas e iniciativas de gestão do trabalho se apresentou muito limitado. Quando foi perguntado se conheciam essas políticas, dos 24 trabalhadores que participaram dos grupos focais, dezoito permaneceram em silêncio, dois afirmaram não conhecê-las e apenas quatro mencionaram alguma política ou iniciativa de gestão do trabalho.

Esses profissionais apontaram ações voltadas para a qualificação profissional como especialização, educação permanente e continuada. Uma enfermeira citou o PCCS e outra apontou o protocolo de saúde do trabalhador. Em relação aos gestores, houve menção ao PCCS e também às ações de qualificação como treinamentos, a especialização em APS e as oficinas do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde, estas duas últimas ofertadas pelo estado.

O desconhecimento sobre as políticas e programas de gestão do trabalho propostos pelo MS também foi observado em pesquisa realizada com os responsáveis pela gestão do trabalho e da educação em secretarias de saúde estaduais e municipais no país, nos anos de 2004, 2005 e 2008. Esses estudos constataram a falta de capilaridade dessas estratégias para os estados e municípios e a baixa institucionalidade da área (PIERANTONI; GARCIA, 2012).

Esse quadro aponta para a necessidade de desenvolvimento de metodologias para monitorar e aprimorar a implementação de políticas na área, visto que vários anos já decorreram desde a formulação dessas políticas em âmbito federal e elas ainda não são conhecidas.

4.2 O PROCESSO DE INSERÇÃO NA ESF: DESAFIOS E FRAGILIDADES

Em Linhares, todos os trabalhadores ingressaram no atual cargo via processo seletivo. No caso dos ACS, segundo os próprios agentes, o primeiro processo seletivo público realizado no município, em 2001, foi composto por prova escrita, entrevista e avaliação com profissional de Psicologia, devendo o candidato se inscrever para a área onde residia. Já o último, realizado na gestão municipal do período de 2005 a 2008, contou apenas com a prova escrita e não houve especificação da área de domicílio, tendo em vista que, segundo os trabalhadores, para algumas áreas não haveria candidatos.

Os técnicos de enfermagem, enfermeiros e médicos participaram do primeiro processo seletivo simplificado no final da gestão municipal do período de 2009 a

2012. Esse processo foi composto por avaliação de títulos, sendo considerado para a pontuação o tempo de serviço e a titulação dos candidatos. Antes disso, haviam sido recrutados diretamente pela secretaria de saúde de Linhares.

Os trabalhadores avaliaram a forma como os processos seletivos foram conduzidos. Alguns ACS de uma equipe consideraram que o último processo seletivo para agentes foi pouco divulgado e o tempo para realizar a inscrição foi curto.

Eu acredito que a inscrição foi pouco divulgada. Saiu de repente e poucas pessoas ficaram sabendo (ACS8).

Sobre o processo seletivo simplificado para o restante da equipe, um dos gestores criticou o critério de pontuação adotado, questionando a importância dada aos títulos e ao tempo de serviço, nos casos em que a titulação ou a experiência do profissional não possui relação com o tipo de atividades que serão desempenhadas na estratégia, o que poderia comprometer o trabalho realizado na ESF:

Para mim, um título de enfermagem obstétrica não deveria contar ponto [...] Houve o caso de uma médica que apresentou uma pontuação elevada, mas a pontuação do tempo de serviço era toda voltada para hospital. Então, ela está tendo dificuldade de assumir a estratégia (G1).

Da mesma forma, alguns profissionais questionaram o fato de não haver diferença entre o tempo de atuação na ESF e outras experiências na saúde, enquanto outros avaliaram de forma positiva os pontos considerados pelo tempo de serviço, independente da área.

Não deu mais pontos pelo tempo de serviço no PSF, entendeu? Foi a mesma pontuação para o tempo em hospital e PSF. Eles não priorizam o tempo de serviço na estratégia (E1).

Eu acho bom o processo seletivo em cima do currículo, porque nos favorece, já que estamos há muitos anos trabalhando (M1).

Além disso, chama atenção o uso frequente do termo PSF nos discursos dos entrevistados, dado que, desde o ano de 2006, o PSF passou a ser tratado pelo MS como uma estratégia política, tornando-se fundamental na reorganização da prática assistencial no SUS. Sendo assim, mostra-se necessário um estudo mais aprofundado sobre esse aspecto, na medida em que a utilização desse termo pode

significar um desconhecimento acerca dos fundamentos e da evolução na implementação da ESF.

Já o processo de inserção no cargo dos três gestores entrevistados ocorreu por meio de convite realizado com base na experiência anterior no cargo que esses trabalhadores apresentavam:

Foi a partir da área técnica. Eu tinha conhecimento técnico, devido à experiência anterior, ligado ao lado político (G3).

Pela experiência que eu tinha adquirido numa gestão anterior, recebi o convite e aceitei mais um desafio (G2).

Eles entenderam que eu tinha conhecimento, que valeria a pena trabalhar comigo, pela experiência que eu tive na outra gestão (G1).

Os trabalhadores também mencionaram a vulnerabilidade política à qual estão expostos, ocasionada pela forma de contratação sem a existência de concurso público que, além de preencher o princípio da isonomia da administração pública, impede que o aparelho estatal seja manipulado de maneira a favorecer os “apadrinhados” políticos. Alguns profissionais questionaram a realização do processo seletivo simplificado no final do mandato do prefeito que não fora reeleito para o período de gestão 2013-2016, além do pouco tempo disponibilizado para apresentar a documentação solicitada.

Foi uma coisa estranha, porque o prefeito tinha perdido [...] Qual era a ideia do prefeito que entrou? Tirar quem era da outra gestão, o que sempre acontece, e inserir quem era da nova gestão. Foi tudo feito rápido. Eu fui lá, por exemplo, pedir minha documentação e não consegui a tempo [...] O prefeito da outra gestão quis atrapalhar o desta gestão, amarrando a contratação em cima do processo seletivo. Política, né? (M1).

A esse respeito, Nunes (2003) alerta que a redemocratização no país não aboliu práticas políticas arcaicas, como o clientelismo patrimonialista, que considera o Estado como uma extensão da vida privada das famílias, devendo, dessa forma, estar a serviço de seus amigos e familiares. A ausência de concurso público como recurso para inserção nas instituições públicas no SUS parece ratificar as práticas destacadas pelo autor.

4.3 VÍNCULO TRABALHISTA PRECÁRIO E A INSTABILIDADE NAS RELAÇÕES DE TRABALHO

Em relação ao vínculo trabalhista, todos os trabalhadores manifestaram insatisfação relacionada à modalidade por meio da qual estão inseridos no trabalho. O tipo de vínculo adotado pelo município para profissionais de nível superior e técnico é o contrato temporário. Segundo Girardi et al. (2010b), os contratos temporários com a administração pública são regidos por legislação especial visando o atendimento à necessidade temporária de excepcional interesse público, cumprindo o requisito da legalidade, porém, não se configuram como cargos públicos, e sim como vínculos temporários com a administração que incorporam, conforme a situação, direitos previdenciários e trabalhistas em maior ou menor extensão. Os contratos temporários constituem uma forma transitória de regularização dos vínculos, contudo, para os pesquisadores, acabam por preterir uma solução definitiva para a precarização das relações de trabalho na ESF.

Para Kalleberg (2009), trabalho precário é aquele “[...] incerto, imprevisível, e no qual os riscos empregatícios são assumidos principalmente pelo trabalhador, e não pelos seus empregadores ou pelo governo” (p. 21). No Brasil, a categoria trabalho protegido inclui o regime estatutário (vínculo padrão dos ocupantes de cargos públicos) e o da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) (vínculo dos empregados públicos e privados), que apresentam como características a cobertura legal, a proteção social, com garantia plena dos direitos trabalhistas e previdenciários, e a indeterminação temporal dos contratos (GIRARDI et al., 2010b).

Com base nesses critérios, concluímos que o regime adotado pela prefeitura de Linhares para os profissionais de nível técnico e superior na ESF está dentro da categoria de trabalho desprotegido, devido aos vínculos serem frágeis, à falta de garantia plena de direitos previdenciários e trabalhistas e por apresentar prazo determinado de vigência.

Muitos municípios têm escolhido modalidades consideradas não protegidas como regime de vínculo dos trabalhadores inseridos nas equipes de saúde. Para os gestores, a flexibilidade para demitir, contratar e remanejar, as dificuldades para o

processo de criação de cargos públicos e realização de concursos públicos, bem como a LRF, que impõe limite aos gastos com pessoal, são fatores que determinam essa opção (GIRARDI et al., 2010b). No caso de Linhares, os gestores alegaram o fato de o custeio das equipes ser feito por incentivos financeiros e não por meio de um financiamento fixo. Dessa forma, o município não poderia assumir o risco financeiro de ter os trabalhadores das equipes de saúde da família na condição de servidores estatutários:

A estratégia deixou de ser programa e o financiamento tem que deixar de ser incentivo e se tornar fixo, para que os municípios realmente façam concursos públicos (G3).

Os gestores revelam ainda preocupação com a efetivação dos profissionais por meio de concurso público, o que, segundo eles, poderia provocar acomodação e diminuição de desempenho na realização das atividades. Como alternativas para evitar esse comportamento, são apontadas a terceirização e o concurso público atrelado a mecanismos de compromisso de desempenho:

Eu sou a favor da terceirização, à contratação de uma Organização da Sociedade Civil de Interesse Público, uma Organização Social, para administrar o serviço público. A secretaria seria fiscalizadora, auditora e acompanharia os dados (G2).

[...] a gente tem que ter o termo de compromisso, um contrato de gestão mesmo, para ter a questão de produtividade (G1).

Um aspecto bastante mencionado por todas as categorias foi a insegurança gerada por um vínculo do tipo contrato temporário:

Acho que o PSF só não melhora devido ao vínculo precário. Acho que esse vínculo é frustrante, é desumano e é inseguro. Ele não garante continuidade do processo de trabalho e atrapalha o vínculo do profissional com a comunidade (M1).

Eu me sinto insegura. Não faço nenhum compromisso muito longo, porque existe a possibilidade de eu ser desvinculada da ESF [...] A gente tem essa insegurança, porque não tem nada documentado. O certo seria ter um concurso mesmo (E3).

Quando eu entrei aqui, em 3 meses, passaram 2 médicos. Os usuários queriam alguém com quem criassem vínculo também, só que não fica ninguém (M2).

A rotatividade na ESF, verificada em estudo com 855 municípios brasileiros (GIRARDI et al., 2007), ocorre principalmente entre profissionais da Medicina e não permite o aprofundamento de vínculo entre equipe e usuários, necessário para responder às necessidades variadas e complexas da população atendida. O desenvolvimento da relação de vínculo entre os trabalhadores e a comunidade é uma das diretrizes básicas da ESF e exige tempo para se estabelecer, como indicado por um dos profissionais:

Eu acho que para o profissional do PSF o importante seria a estabilidade, essa questão do vínculo estável com o município. [...] a base do PSF é esse envolvimento com a comunidade, o que não se consegue com 2, 3 anos. A primeira coisa é que a comunidade tem que confiar em você, pra depois te dar acesso, te dar liberdade pra trabalhar com ela. Isso é coisa que depende de muito tempo. A rotatividade do profissional do PSF não permite isso. Quando a comunidade tá começando a conhecer o profissional, a gestão substitui ele. É por isso que muitos PSF não têm um bom desenvolvimento. Às vezes, a equipe tem um profissional bom, mas que, infelizmente, devido à política, acaba não ficando. [...] Hoje eu consigo ter esse *feedback* com a minha comunidade, porque já estou há quase 7 anos. Mas só eu sei como foi difícil quando eu cheguei. Eu precisei de muito tempo pra eles confiarem em mim (E2).

Como podemos constatar, o estabelecimento de uma relação de confiança entre sujeitos não ocorre de uma hora para outra e é fundamental no processo de cuidar, interferindo positivamente na continuidade das ações de saúde e na longitudinalidade desse cuidado, resultado que se almeja para a ESF.

Apesar de não constataremos um quadro de rotatividade entre os trabalhadores das equipes selecionadas para esta pesquisa, o problema de fixação dos médicos foi apontado por um dos gestores como o maior entrave para o funcionamento efetivo da ESF, o que, segundo ele, estaria relacionado à questão do mercado de trabalho:

É a disponibilidade do profissional mesmo. Não tem médico no mercado. Se o município pagasse um salário maior, atrairia muito mais pessoas (G2).

Campos et al. (2008) apontam para a dificuldade de gerenciamento do trabalho médico em unidades de saúde, “muito frequentemente com presença rarefeita de médico, tanto proporcionalmente à população, quanto em função do pequeno envolvimento dele” (p. 135), indicando, ainda, o hábito de não cumprimento da carga horária contratada.

Esse quadro compele os gestores a adotarem incentivos diversos a fim de atrair e fixar esse profissional na equipe, como, por exemplo, o incremento salarial e a melhoria das condições de trabalho (GIRARDI et al., 2010a). No caso de Linhares, os gestores oferecem ao profissional médico tanto uma remuneração superior comparada a maioria dos municípios da região, bem como permitem o denominado “*day-off*”, um dia de folga na semana que, segundo o entendimento, deveria ser utilizado para a realização de treinamentos e cursos de qualificação ou programação de atividades.

Na prática, segundo os gestores, o “*day-off*” se configura em uma folga para os profissionais realizarem um plantão extra no hospital local e, assim, aumentarem sua renda, ou então para realização de curso preparatório para a aprovação em residência médica. Essa condição gera impactos na organização do trabalho e oferta de ações e serviços para a comunidade, além de causar insatisfação nos demais integrantes da equipe que não são beneficiados com esse dia de folga.

No caso dos técnicos de enfermagem, ainda existe um sentimento de injustiça e de desvalorização em relação ao cargo. Apesar de serem técnicos de enfermagem, esses profissionais são contratados na ESF na função de auxiliar de enfermagem, cargo criado quando o município implantou o PSF, em 2001, e inalterado desde então.

Eu trabalho como técnica de enfermagem, sou paga como técnica, mas o meu cargo é de auxiliar. Eu não posso trabalhar durante o horário estendido e receber hora extra, porque pra isso tem que ser contratado como técnico de enfermagem. É muito injusto (T1).

A insatisfação dos trabalhadores das equipes de saúde da família também está relacionada à falta da garantia de todos os direitos trabalhistas e previdenciários gozados pelos trabalhadores estatutários ou regidos pela CLT, gerando dificuldades na própria sustentação financeira do trabalhador.

Eu saí em dezembro, só com o salário, 13º, férias e acabou [...] Você não tem direitos. Seu direito é enquanto você está no trabalho (T1).

[...] eu tive que me afastar por uma questão de doença. Enquanto fiquei afastada, não recebi o salário de PSF, só o básico das minhas 20 horas. Não me avisaram que ia ser assim e eu precisava desse dinheiro, porque

usava medicação de alto custo [...] Pra mim foi tenso. Quem é contratado para o PSF, se entrar de licença, recebe o salário de PSF normalmente. Eu, que sou efetiva, não (E3).

Nós queríamos a nossa efetivação certa, mas também com direitos. Eu já tenho 11 anos. Já perdi meu quinquênio, meu decênio. Então, eu poderia pegar uma licença (prêmio) se eu quisesse, mas não posso (ACS12).

Como podemos perceber, os trabalhadores apresentam-se frustrados por não contarem com a proteção social relacionada aos seus direitos trabalhistas e previdenciários. Há também uma percepção de injustiça na forma como são tratados pelo empregador em comparação aos funcionários efetivos da prefeitura. Mesmo no caso da profissional que é efetiva, quando se trata do vínculo com a ESF, a instabilidade e a falta de direitos estão presentes. Essa percepção de desigualdade de tratamento pode gerar, além da insatisfação, a desmotivação para o trabalho, influenciando de maneira negativa o desempenho na execução dos respectivos processos de trabalho por parte desses trabalhadores.

Um dado que chamou atenção foi o desconhecimento por mais da metade dos ACS sobre o seu vínculo trabalhista. Após a promulgação da Emenda Constitucional n.º 51, de 14 de fevereiro de 2006, institucionalizou-se a contratação dos ACS por meio de processo seletivo público e o aproveitamento de ACS que já exerciam a atividade, desde que contratados a partir de algum processo de seleção pública. A Lei Municipal n.º 2.737, de 13 de dezembro de 2007, criou o cargo público de ACS e estabeleceu o regime jurídico estatutário para as relações trabalhistas.

Apesar do regime adotado pelo município para os ACS ser o estatutário, a lei que criou o cargo estabelece que vários dos direitos e benefícios próprios do regime no município não são assegurados para os ACS, como a estabilidade, a gratificação adicional por tempo de serviço, as férias-prêmio, dentre outros. Entretanto, muitos ACS não estão informados sobre o regime jurídico e apesar de ser um vínculo protegido, causa insatisfação e sentimento de insegurança nos trabalhadores.

A gente é contratado, não é efetivo, não é enfermeira? Ninguém sabe, nem eles (gestores) mesmo sabem explicar. Logo que eu entrei, em 2008, vinha outro nome no contracheque. Depois mudou para estatutário. Não entendi nada e ninguém soube responder o porquê (ACS7).

A gente precisa ter essa segurança, porque nunca se sabe o que a gestão tá preparando, o que eles estão pensando em fazer. [...] Eu me dedico totalmente ao meu trabalho, para depois entrar alguém que não sabe nada e ocupar minha vaga. Sabe-se lá, amanhã ou depois, o que a gestão pode fazer? (ACS11).

Se acabarem com os ACS, nós queremos que coloquem a gente em outro lugar. Esse vínculo gera muita humilhação, a verdade é essa. [...] Se você se mudar da área onde trabalha, tem que fazer o concurso de novo. Isso é muito injusto, conquistar a vaga, passar no concurso e não ter segurança. Aqui, ninguém foi indicado por político. Todo mundo fez uma prova e passou (ACS2).

Além disso, a diferença de vínculos dentro da mesma equipe de saúde da família pode prejudicar o processo de trabalho, uma vez que gera instabilidades e descontinuidades nas equipes e mesmo na relação com os usuários. Afeta e dificulta os consensos sobre ações e procedimentos:

Muitos enfermeiros reclamam que, às vezes, os ACS não respeitam eles. O enfermeiro cobra e não adianta. Isso acontece porque o agente tem estabilidade e o enfermeiro não. Então, o enfermeiro fica inseguro de cobrar. Às vezes, o agente está naquela área há 10 anos e o enfermeiro chegou nesta gestão. Então, existe uma disparidade (M1).

Dessa forma, a fim de que seja amenizado o tensionamento das relações entre os trabalhadores, decorrente dessa diversidade de vínculos, fazem-se necessário esforços mais efetivos na busca de soluções que possibilitem esses trabalhadores usufruírem plenamente dos seus direitos trabalhistas.

Além de tudo descrito até aqui, a instabilidade do vínculo favorece, ainda, uma desestabilização dos interesses afetivos, subjetivos e profissionais dos trabalhadores, gerando impactos negativos para todos os envolvidos no processo de produção de saúde (SANTOS FILHO, 2007). Ademais, a estabilidade no emprego é fator preponderante para um maior agir político dos trabalhadores na gestão em saúde, visto que promove segurança para se expressarem mais livremente nos ambientes de trabalho (CAMPOS, 2006).

As consequências da opção política de priorizar o acesso via processo seletivo e a manutenção de contratos temporários, acaba determinando relações de trabalho instáveis e efêmeras que são negativas para a produção de saúde na ESF, pois isso provoca a rotatividade de profissionais, a descontinuidade dos processos de

trabalho, a dificuldade de se estabelecer vínculos de confiança, além de diversas inseguranças nos trabalhadores, que interferem direta e negativamente na qualidade das ações em saúde, bem como na saúde do profissional.

A modelagem que prioriza o processo seletivo e o vínculo temporário marca, então, um distanciamento da aposta na construção de carreiras profissionais públicas voltadas para o trabalho no SUS, uma premissa que, reiteradamente, tem se constituído como sendo uma das bandeiras de luta com vistas à despreciação das relações de trabalho e efetivação das políticas públicas.

4.4 PCCS E REMUNERAÇÃO PROFISSIONAL: FATORES DE (DES)ESTÍMULO AO EXERCÍCIO PROFISSIONAL

De acordo com o que determina a Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990, o repasse de recursos do Fundo Nacional de Saúde para municípios, estados e Distrito Federal para cobertura de ações e serviços, tem como um dos pré-requisitos a existência de uma comissão para elaboração do PCCS, previsto o prazo de dois anos para sua implementação. No entanto, Linhares não dispõe de um PCCS para seus servidores, o que acarreta insatisfação para os trabalhadores entrevistados, que se sentem desvalorizados:

[...] para eles (gestores) tanto faz se a pessoa é recém-formada e não sabe o que está fazendo, ou se a pessoa já tem 10 anos de experiência e sabe o que faz. É a mesma coisa. Isso seria diferente se tivesse um plano de carreiras, cargos e salários, né? Acho que a falta de um PCCS nivela todo mundo por baixo. O profissional tem uma qualificação, mas isso não é visto (M1).

[...] a gente não tem direito a nada. Outros funcionários que são efetivos. tem direito a plano de cargos e carreiras, quinquênio, decênios. Nós, agentes de saúde, não temos direito a nada (ACS2).

Vale ressaltar que o descontentamento dos trabalhadores com a inexistência de um PCCS está atrelado ao fato de não haver uma diferenciação salarial, mesmo quando o profissional investe em capacitação profissional, possui larga experiência na ESF e convive com condições de trabalho e de acesso ao trabalho desfavoráveis:

Eu acho que no interior tinha que ter diferenciação no salário, ajudas, porque a nossa realidade é totalmente diferente da realidade da cidade (E2).

Nós temos a pós-graduação, a capacitação. O que nos diferencia dos outros? Nada (M1).

Essa falta de perspectiva de progressão na carreira, além de promover insatisfação, acaba por desestimular o investimento na qualificação do exercício profissional e um envolvimento maior do trabalhador com seu processo de trabalho, provocando a desmotivação e a não responsabilização perante o serviço e o usuário, impactando negativamente no estabelecimento de vínculos institucionais e comunitários (DALEPRANI, 2008).

Em relação ao PCCS, os gestores reconhecem sua importância, apontam iniciativas realizadas pela gestão municipal no sentido de desenvolvimento de um plano, todavia, ressaltam a falta de autonomia no que diz respeito a sua elaboração e implantação:

A nossa proposta era ter um diferencial de 30% para o interior, para valorizar quem ia para lá. Mas não conseguimos, porque não tínhamos essa liberdade financeira (G3).

O PCCS-SUS entra como meta no relatório de gestão, mas a gente depende da prefeitura (G1).

Essa questão aponta, de certa forma, a insatisfação que é comum, tanto por parte dos trabalhadores, quanto dos gestores. A autonomia é relativa para atender as demandas dos vários atores envolvidos nesse processo. A impressão é de que a junção de um modo “insatisfeito” adotado pelos trabalhadores da ponta, com um modo de pensar em que trabalhadores em cargos oficiais de gestão priorizam o vínculo temporário, e não a carreira na ESF, como opção política, agrava-se num engessamento de não responsabilização pela forma como a gestão do trabalho se organiza no município.

Quais os motivos desse engessamento? Há clareza sobre as leis que determinam a realização de concursos públicos e a efetivação de um PCCS? Há clareza quanto à priorização do emprego de recursos financeiros disponibilizados à saúde? Seja

como for, a percepção é de que os modos “trabalhadores da ponta” e “trabalhadores-gestores” se complementam na fragilização do próprio SUS e, com efeito, da gestão do trabalho da ESF nos princípios do SUS.

A insatisfação com a ausência de um PCCS mantém-se quando se trata de remuneração. É importante destacar que a remuneração se apresenta como um dos fatores capazes de resgatar o orgulho profissional dos trabalhadores de saúde, visto que o dinheiro produz subjetividade, e é importante que essa remuneração esteja atrelada à produtividade com o objetivo de se prevenir a burocratização dos processos de trabalho e desinteresse desses profissionais (CAMPOS, 1997). Com exceção dos ACS, fica evidente o descontentamento dos técnicos de enfermagem, médicos e enfermeiros:

Nós técnicos não estamos satisfeitos com o salário (T3).

A carga horária tá boa, mas o salário tinha que ser melhor. No PSF, você é mais cobrada pela população, você tem o vínculo, então, sua cobrança é maior. Você se sente mais responsável pelos seus pacientes, diferente de ir lá no hospital, dar um plantão, ganhar dinheiro e acabou (M2).

Eu tô insatisfeita com meu salário. As cobranças são todas em cima de mim (E2).

O discurso dos ACS aponta para uma maior satisfação, ainda que ressalte a necessidade de uma melhor remuneração, dadas as suas condições de trabalho. Os agentes consideram bom seu nível salarial, sobretudo quando comparam sua remuneração com a de outros trabalhadores:

[...] o salário hoje não é tão ruim comparado com o dos outros trabalhadores (ACS2).

Em vista de muitos salários de agentes comunitários por aí, o nosso tá bom. Lógico que poderia ser melhor, né? (ACS12).

Se a gente pudesse ser um pouquinho melhor remunerada, seria melhor, porque a gente é que tá com a cara ali, que representa a unidade (ACS15).

[...] muitos trabalhadores tem nível superior e não chegam a receber o que a gente tá ganhando (ACS8).

A diferença salarial entre as diferentes categorias também é apontada como um importante fator de insatisfação, especialmente entre enfermeiros e outras categorias de nível superior e entre técnicos de enfermagem e ACS:

Eu acho que o salário do PSF poderia ser um pouco melhor pra enfermeiro, porque se comparar ao dos outros, é o que ganha menos entre os profissionais de nível superior (E3).

Eu acho que para eles (ACS) o salário está ótimo, acho que tá certo, tá justo. [...] Ganha mais que o técnico de enfermagem, que estudou 2 anos e tem uma responsabilidade enorme (T1).

Não obstante a insatisfação com a remuneração apontada pelos profissionais, os gestores destacam que os trabalhadores de saúde da família recebem salários maiores que os demais da rede pública, constituindo-se um importante atrativo para atuarem na ESF:

Hoje, todo o profissional que sai da faculdade quer fazer ESF, porque o salário está diferenciado (G1).

Cabe destacar que essa diferenciação na remuneração dos trabalhadores da equipe de ESF, embora possa ser um fator de atração para o campo, não garante, no entanto, a inserção de trabalhadores com experiências e perfis afins para atuarem dentro do modelo proposto. Haja vista, como citado anteriormente, os critérios utilizados para seleção de profissionais para a ESF, que não valorizaram a experiência prévia no campo específico da estratégia. É fato que se constitui como um dos maiores facilitadores para o desenvolvimento das atividades na ESF a atuação de trabalhadores com perfil em Saúde Pública.

4.5 INFRAESTRUTURA DE TRABALHO E AS PRÁTICAS EM SAÚDE DAS EQUIPES

Nesta categoria estão inseridas questões relacionadas às instalações físicas e aos equipamentos de trabalho disponibilizados pelo município para o desenvolvimento das atividades da ESF, de modo a garantir acesso e qualidade da atenção em saúde

a toda a população. Sobre esses aspectos, o discurso dos gestores aponta para um investimento realizado pela gestão para o devido funcionamento das equipes:

A estrutura para as equipes trabalharem era boa. Todas as unidades tinham carro, telefone e informática. Temos sete equipes no interior e as sete têm carro. Os exames laboratoriais e a entrega dos resultados são realizados nas unidades. O agente de saúde tem aparelho de pressão de ponta, balança, mochila, bolsa e uniforme. Então, a gente dá condições para poder cobrar (G2).

Todas as unidades têm autoclave, nós compramos cadeiras odontológicas novas, instituímos normas e rotinas para as serventes e conseguimos redividir algumas equipes que estavam sobrecarregadas (G1).

Ter conseguido garantir o funcionamento das equipes e ainda ampliar já é um avanço, porque o custo era alto. Também, o estado construiu duas unidades no município já voltadas para a atenção primária, pelo convênio que fizemos (G3).

Os trabalhadores reconheceram a importância de algumas dessas iniciativas mencionadas pelos gestores, como a criação de uma equipe para a redivisão da área de uma das unidades, a construção de um posto de apoio em um bairro distante de outra e a disponibilização de aparelhos de aferir pressão para todos os ACS. Contudo, trabalhadores de duas UBS se mostraram descontentes com o espaço físico onde trabalham, assinalando a sua inadequação para realizar as atividades cotidianas:

O problema do PSF é que ele foi encaixado na saúde. Então, utilizaram a unidade que já existia e enxertaram o PSF. Não tem espaço pra gente trabalhar (M1).

Esta unidade não tem estrutura adequada, não tem salas de curativos e de imunização adequadas. Eu não tenho uma sala e não tem espaço para fazer as ações de educação em saúde (E1).

Outra dificuldade que atrapalha bastante o nosso trabalho é que quase nunca tem reuniões de equipe porque a gente não tem espaço. Como não tem espaço, a gente não vai na unidade todos os dias, aí, no dia que a gente vai, a gente perturba a equipe a manhã toda porque tem que tentar resolver tudo naquele dia (ACS4).

Esta unidade é antiga, ela não foi construída para comportar duas equipes, porque só tem uma sala pra enfermagem, dois consultórios pra médico e não tem laboratório para coletar sangue. Também, temos uma unidade de apoio, só que não tem estrutura nenhuma para atendimento. É uma casa, que dividiram com divisórias, não tem ar condicionado, é muito quente e não tem sala de espera para os pacientes, que ficam esperando no sol (M3).

Essa inadequação das instalações do serviço se deve ao reaproveitamento da rede física estabelecida no município para que a ESF pudesse funcionar, o que é permitido pelo MS. Entretanto, esse reaproveitamento deve permitir a execução do trabalho dentro dessa nova lógica e apresentar capacidade para atender as necessidades de saúde da comunidade adscrita. Pela fala dos entrevistados, podemos concluir que essas duas UBS estão em desconformidade com as especificações informadas pelo DAB (BRASIL, 2012a), parecendo não ter havido um planejamento do espaço físico para a implantação de adaptações necessárias para o funcionamento das equipes. Assim, novas formas de organizar o trabalho como a realização periódica de reuniões de equipe e a execução de atividades educacionais em saúde, tão caras aos fundamentos da ESF, não ocorrem como deveriam.

Em relação aos equipamentos e instrumentos de trabalho disponibilizados pela gestão municipal, os trabalhadores, principalmente os ACS, mencionaram diversas dificuldades que enfrentam em seu dia a dia pela falta ou pela não adequação do fornecimento dessa infraestrutura:

Faltam instrumentos de trabalho. Quando dão problema, a gente envia para a manutenção, mas demoram a voltar. Tem apenas um otoscópio, uma lanterna e um sonar para os dois médicos (M3).

As bicicletas que eles mandam pra gente não são boas, dão problema e eles não consertam. Não tem manutenção. A minha funcionou dois meses só (ACS12).

A gente trabalha com a nossa moto e a gente que coloca gasolina. Eles dão bicicleta, mas como vou subir morro? Já foi falado em ajuda de custo para gasolina, mas eles dizem que não podem dar (ACS7).

Eu falei que balança digital para o agente comunitário do interior não dá certo, porque aqui tem muito buraco. Aí, a balança quebra e não tem conserto. Das oito balanças que enviaram, só uma tá funcionando (E2).

A gente gasta o telefone da gente para ligar para a unidade e marcar consulta, porque, às vezes, a pessoa não tem telefone e nem condições financeiras e, se deixar por conta dela, ela tem que ir na unidade marcar consulta em um dia, ir consultar no outro, aí, tem que ir colher o sangue e, depois, tem que mostrar o resultado do exame para a médica. Isso dá quatro viagens e tem gente que gasta mais de duas horas a pé pra chegar na unidade (ACS11).

Tem que ter mais uniformes, eles fornecem poucos. Também, o material da bolsa que a gente usa para trabalhar tem que ser melhor porque estraga muito rápido. A gente carrega muito peso, carrega uma balança dentro da

mochila, e a gente só recebe esses materiais uma vez por ano. Cada vez que a gente recebe um material bom, novo, também incentiva o nosso trabalho. Dá mais ânimo (ACS9).

Como podemos observar nos discursos desses trabalhadores, ainda faltam ferramentas básicas de trabalho para algumas categorias, bem como o atendimento de necessidades decorrentes das especificidades que algumas regiões de saúde apresentam, o que dificulta a realização das práticas de saúde e o acolhimento das demandas particulares de cada população. Segundo Trad e Rocha (2011), os obstáculos advindos da carência de infraestrutura influenciam na “condição física e emocional dos trabalhadores e desestimula a adesão a um modelo pautado na integralidade, na promoção da saúde e no enfoque interdisciplinar de atuação” (p. 1979), além de dificultar a construção de um trabalho humanizado na ESF.

4.6 (SOBRE)CARGA DE TRABALHO: FRAGILIDADES DO COTIDIANO DE TRABALHO DOS ENFERMEIROS E ACS

O estudo também apresenta um descontentamento das categorias enfermeiro e ACS com a carga de trabalho na ESF, considerada por eles excessiva.

[...] conforme o tempo foi passando, foi aumentando a quantidade de famílias. Então, a gente é muito cobrado pela secretaria para fazer visita domiciliar, fora as outras coisas. Às vezes, eles não percebem que, além da visita, a gente tem palestra, tem que participar de reuniões e também fazer reuniões (ACS12).

Eu tô saturada, sinceramente, tô sobrecarregada. As atividades da minha profissão mesmo, eu sinto dificuldade para exercer (E2).

Eles (gestores) falam: aqui é seu trabalho, então, você vai ouvir os problemas e, acabou seu trabalho, você vai esquecer. Então, às vezes, a gente fica tão sobrecarregada com certos problemas, que nem a gente consegue entender, e aí é difícil chegar na casa da família no outro dia e estar bem, disposta a conversar, a falar e a ouvir (ACS8).

[...] a gente se sente sobrecarregada e pouco valorizada, porque tudo é responsabilidade do enfermeiro. Eu acho que esse trabalho poderia ser dividido entre os outros membros da equipe (E1).

A sobrecarga de trabalho dos ACS foi constatada em outros estudos que se propuseram a investigar as condições e relações de trabalho desses trabalhadores e

está relacionada a diversos fatores, como a quantidade de famílias que os ACS precisam acompanhar, a dificuldade para cumprir a meta de visitas devido ao desencontro entre o horário de trabalho e a disponibilidade das famílias para recebê-los, a resistência e incompreensão dos usuários, a carga emocional relacionada ao processo de trabalho, a relação com os profissionais da equipe e a própria gestão do trabalho, dentre outros (GALAVOTE, 2010; OLIVEIRA JÚNIOR, 2012; ROSA; BONFANTI; CARVALHO, 2012; WAI; CARVALHO, 2009). Esses fatores parecem estar relacionados com a produção de sofrimento psíquico nesses trabalhadores, podendo provocar absenteísmo e adoecimento relacionado ao trabalho (ROSA; BONFANTI; CARVALHO, 2012).

Embora os ACS relatem o sofrimento com o excesso de trabalho, essa sobrecarga fica ainda mais evidente nos depoimentos dos outros trabalhadores e dos gestores sobre os enfermeiros, que assumem, além das atribuições inerentes à sua categoria, responsabilidades de coordenação das equipes e suas atividades:

O enfermeiro do PSF é muito sobrecarregado, porque tudo vem em cima do enfermeiro (M1).

Tudo o que vem pra unidade de saúde cai nas costas do enfermeiro (ACS7).

Em 2001, a carga de serviços do enfermeiro era pequena. Em 2012, essa carga era dez vezes maior e permaneceu um enfermeiro por equipe (G2).

As cobranças são todas em cima dele (enfermeiro) (T1).

Ela (enfermeira) é a mais cobrada de todos (M3).

Chama atenção o fato de que, embora as atividades como a organização de relatórios, coordenação das ações desenvolvidas pelos ACS, gerenciamento dos insumos, treinamento de pessoal, organização de ações de prevenção e promoção da saúde, busca ativa e notificação de doenças, dentre outras, devam ser realizadas com a participação de outros integrantes da equipe, conforme prevê a PNAB, na prática, são, geralmente, assumidas, em Linhares, pelos enfermeiros.

Nesse contexto, o enfermeiro amplia o olhar para além do trabalho da equipe de enfermagem e dos ACS, abrangendo toda a equipe multiprofissional. No

desenvolvimento da função de gerente da equipe, acumula atividades burocráticas, distanciando-se da assistência direta aos usuários e à comunidade (JONAS; RODRIGUES; RESCK, 2011). Conforme observado nas falas dos profissionais, essa forma de organização dos processos de trabalho na ESF, determinado e sustentado pela gestão municipal, não atende aos interesses e desejos dos enfermeiros, provocando os mais diversos sofrimentos, podendo afetar a saúde desses trabalhadores.

A literatura destaca ainda que, além da sobrecarga de atividades, esses profissionais, muitas vezes, submetem-se a outras condições de trabalho desumanas, como, por exemplo, a falta de recursos materiais e infraestrutura e relações interpessoais/profissionais conflitantes, podendo deixá-los em situações de risco, vulnerabilidade e incapacidade (GIRONDI et al., 2010). Segundo alguns dos entrevistados, esse contexto teria relação com o mercado de trabalho da categoria:

Como tem muita oferta de enfermeiro no mercado, o gestor não se importa se o enfermeiro está sendo muito cobrado (M1).

Enfermeiro, tem muito no mercado (G2).

De modo a reverter esse quadro, os profissionais de saúde assinalaram algumas possíveis alternativas:

Eu acho que deveria ter uma pessoa responsável apenas pelos balanços, pela organização (das atividades) e outro para fazer palestras, visitar as puérperas e os idosos, avaliar os curativos (E1).

Eu acho que seria interessante todo coordenador de posto ser enfermeiro também, porque dividiria as atribuições. Ele iria ficar mais na parte administrativa e a enfermeira conseguiria fazer o trabalho de enfermeira (M2).

[...] eu acho que a gestão deveria cobrar também dos outros membros da equipe, porque eles cobram somente do enfermeiro (E3).

4.7 FORMAÇÃO E CAPACITAÇÃO DOS TRABALHADORES DA ESF

Nesta categoria estão incluídas análises relacionadas à formação profissional, ao treinamento inicial para a atuação na ESF e às capacitações no período de exercício

do cargo. Em relação à formação profissional, existe a percepção, entre os gestores, de inadequação dos processos formativos ao tipo de trabalho desenvolvido na ESF, principalmente do profissional médico:

Os médicos foram formados para a atuação no hospital (G2).

Como o médico ainda vê o paciente como doente, ele tem dificuldade para fazer a promoção da saúde, para fazer uma palestra, uma sensibilização e evitar o adoecimento do usuário. Eu acho que ele não é preparado para serviço público e que ele apresenta dificuldade para se identificar com a comunidade, porque ali ele vai se deparar com paciente que é drogado, que fica amarrado dentro de casa, entendeu? Com aquilo que a sociedade esconde e essas coisas não aprendem na faculdade. O odontólogo, o enfermeiro e os agentes comunitários têm uma formação melhor para a atuação na estratégia (G3).

O profissional sai da universidade e não tem a formação adequada para o trabalho na ESF (G1).

Esses discursos remetem aos processos formativos baseados no Relatório Flexner, que trouxe implicações para a formação médica, orientando os currículos a partir de uma visão estritamente biologicista da doença, com foco na assistência hospitalar de caráter individual e especializado (COELHO, 2008; MATTA; FAUSTO, 2007). Nesse sentido, Lima (2009) chama a atenção para a fragmentação dos processos de formação no Brasil, que objetivam formar profissionais especialistas, centrando-se no estudo dos órgãos. A autora destaca, ainda, a falta de associação desses processos com fatores determinantes dos lugares sociais. Dessa forma, a fragmentação se reproduz nos processos de trabalho, fragilizando a potência transformadora dos trabalhadores da saúde (LIMA et al., 2011).

Cabe destacar que, há anos, vem sendo discutida a necessidade de mudanças na formação profissional de maneira a aproximá-la dos princípios e conceitos que possibilitem a prática da integralidade e da humanização nos serviços de saúde (BRASIL, 2004). Entretanto, a despeito desses debates e das diversas proposições de alterações nos cursos de graduação na área da saúde, como o Pró-Saúde, que visa a integração ensino-serviço com o objetivo de reorientar a formação profissional de modo a assegurar a abordagem integral do processo saúde-doença com foco na APS, observa-se que a orientação hegemônica apresenta-se alheia à forma como a gestão setorial é organizada. Fato é que, no Brasil, “as instituições formadoras têm

perpetuado modelos os mais conservadores, [...] dependentes de procedimentos e de equipamentos de apoio diagnóstico e terapêutico e limitados à exposição às aprendizagens do hospital universitário” (BRASIL, 2004, p.3).

Importa ressaltar que a ESF, de acordo com a PNAB, traz em seu bojo o imperativo de reorganizar a prática assistencial de modo a superar, justamente, a visão biologicista hegemônica envolvida no processo saúde-doença-cuidado, abrangendo a família e seu ambiente físico e social, o que possibilitaria um entendimento ampliado desse processo e da necessidade de intervenções, para além das puramente curativas, de prevenção e promoção da saúde que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (ONOCKO CAMPOS et al., 2012).

Ao exigir uma nova prática, é importante um processo específico de capacitação para o trabalho na ESF, antes que o profissional inicie suas atividades. Esse treinamento introdutório apresenta-se como uma possibilidade de discutir os princípios e diretrizes do SUS e da ESF, as rotinas, os instrumentos, entre outras questões relacionadas ao processo de trabalho. Além disso, é uma oportunidade de integração das equipes e de organização inicial do trabalho. Para tanto, é importante que seja ministrado por instrutores qualificados e capacitados para estimular e orientar a interação com a comunidade. Contudo, em Linhares, observa-se a ausência de um treinamento introdutório sistematizado, de modo que a capacitação inicial para atuar na ESF se dá na prática cotidiana dos trabalhadores, sobretudo, com o auxílio das enfermeiras:

Aqui, quem me passou tudo foi a enfermeira. Aprendi no dia a dia (M3).

O treinamento, quando a gente começa a trabalhar, é feito pelo enfermeiro, que ensina como funciona todo o trabalho (ACS12).

Se você fizer essa pergunta, todo mundo vai falar assim: eu aprendi ligando pra um, ligando pra outro. Do mesmo jeito que eu aprendi há sete anos atrás (E2).

A enfermeira vai passando as orientações. E as pessoas de casa, eles já sabem como funcionam e te ajudam (ACS6).

Ninguém da gestão sentou comigo. Eu assinei o contrato e vim trabalhar. Até hoje eu tenho dificuldade. Várias vezes, eu saio da sala no meio do atendimento e vou perguntar à enfermeira. (M2).

Essa falta de treinamento inicial para o trabalho na ESF é assinalada também pelos gestores. Eles citam apenas o curso de formação para os ACS, porém, vale destacar que, segundo esses trabalhadores, o curso não é oferecido periodicamente e muitos só participam anos após sua inserção no cargo. Essa realidade se agrava com a inadequação dos processos formativos reconhecida também pelos gestores, na medida em que não são oferecidos aos trabalhadores oportunidades iniciais de qualificação para as atividades a serem realizadas.

O fato de defendermos uma formação sistematizada em ESF como fator fundamental para o fortalecimento das ações em saúde no município de Linhares é compatível com a ideia de que essa formação possa ser feita por trabalhadores locais, com experiência prática no campo. A sistematização de uma formação que já acontece “naturalmente” nos serviços, pode incluir os próprios trabalhadores do município, que além de conhecer o trabalho da ESF, conhecem as peculiaridades dos territórios linharenses.

Observa-se que o desenvolvimento de competências que contemplem o trabalho em equipe, a vigilância em saúde, o enfoque do cuidado integral familiar e comunitário, a promoção da saúde e a reflexão crítica sobre os problemas enfrentados no cotidiano do trabalho, apresenta-se como um dos maiores desafios relacionados aos trabalhadores da ESF. Sobre esse assunto, Ceccim e Feuerwerker (2004) afirmam que não será possível transformar, de fato, a forma de cuidar da saúde dos usuários se não forem mudados os processos de ensinar e aprender. Da mesma forma, o aprendizado não ocorrerá caso os atores envolvidos na produção de saúde não se tornarem conscientes do problema e se nele não se reconhecerem em sua singularidade (MERHY, 2005).

Com o objetivo de promover espaços para essa aprendizagem significativa dos trabalhadores de saúde e (re)significar seus perfis de atuação, o MS elegeu a educação permanente em saúde como eixo central da política de gestão da educação no trabalho em saúde (BATISTA; GONÇALVES, 2011). A política nacional

de educação permanente em saúde propõe que as ações de educação dos trabalhadores da saúde ocorram a partir da problematização do processo de trabalho, além de considerar que as necessidades de formação e desenvolvimento desses trabalhadores sejam orientadas pelas necessidades de saúde das pessoas, envolvendo vários saberes e articulando a gestão e o cuidado (BRASIL, 2009b).

Em Linhares, as capacitações foram as iniciativas mais citadas por gestores e trabalhadores quando questionados sobre políticas de gestão do trabalho implementadas durante o período em análise. Conforme apontado pelos gestores, as capacitações no município são pontuais e não ocorrem de maneira planejada ou sistematizada, havendo uma limitação e ausência de uma política de educação permanente que contribua para a ressignificação dos processos de trabalho das equipes de saúde:

Todo mundo foi capacitado pela Casa Rosa, por exemplo, para os casos de câncer. Teve treinamento para o Bolsa Família, a pesagem das crianças, o acompanhamento do pré-natal das mães e outros. Mas não tivemos avanço na área de RH, nem na área da qualificação (G3).

O estado ofereceu a especialização em atenção primária à saúde. Praticamente, quase todos nossos profissionais participaram. O município não tem educação permanente e nem continuada (G1).

Nós fazíamos capacitações, mas não era uma coisa sistematizada. Quando a gente sentia uma necessidade, disparava o treinamento. Muitas vezes, os coordenadores dos programas tinham coisas novas para ensinar. O PDAPS (Plano Diretor da Atenção Primária em Saúde, oferecido pelo estado) foi muito bom, até melhor que a especialização. A especialização em atenção primária foi muita teoria. Já o PDAPS foi mais prático (G2).

É importante ressaltar que, para dois dos gestores, a política de educação permanente foi considerada a política prioritária para atender as necessidades de saúde da população de Linhares. No entanto, no município, essa política não tem sido priorizada, pois os trabalhadores, ao mencionaram as capacitações promovidas pela gestão municipal e pelo estado, destacaram uma diminuição significativa dessas ações durante a gestão municipal do período estudado:

Ultimamente, eu tenho sentido falta de capacitação. As coisas estão mudando e, antes, eu participava de muitos cursos. Nesses últimos quatro anos, a gente quase não fez curso nenhum. Então, às vezes, eu fico em dúvida de como agir em determinada situação e sinto falta de ter um

intercâmbio com trabalhadores de outros municípios, uma troca de experiência para saber o que eles estão fazendo (E3).

Nesse tempo todo só tive uma capacitação de vacina e uma sobre como preencher folhas de vigilância epidemiológica, só isso (T2).

No meu modo de ver, eu acho que deveria ter mais treinamento, a gente tem pouco. Na maioria das vezes, é quando tem alguma campanha ou algum problema (ACS8).

Ano passado tivemos umas atualizações sobre obstetrícia. Acho que poderia dar essa continuidade no estudo, com outros assuntos, como hipertensão, diabetes (M3).

Na secretaria, os coordenadores dos programas mantinham a gente atualizada. Já na gestão passada, não teve isso. Parecia que a gente nunca estava sabendo de nada (ACS4).

Ao responderem sobre as razões que impediram a implantação dessa e de outras políticas de gestão do trabalho, foram destacadas pelos gestores: a falta, na secretaria de saúde, de uma estrutura adequada de gestão do trabalho e de um profissional responsável pela educação permanente; a prioridade de atendimento das demandas da assistência hospitalar; e a ausência de apoio financeiro para a APS por parte do estado.

A análise dos processos educativos para trabalhadores de saúde implica considerar que, embora toda capacitação vise a melhoria do desempenho do pessoal, ela não envolve, necessariamente, a educação permanente, pois nem todas as ações de capacitação fazem parte de uma estratégia de mudança institucional, orientação central nesse processo (BRASIL, 2009b).

Sobre essa temática, Batista e Gonçalves (2011) explicitam que, no Brasil, há uma incongruência entre a necessidade de ruptura dos programas verticalizados e a prevalência desses programas planejados centralmente e voltados a diferentes categorias.

Para essas autoras, é importante que a capacitação seja realizada de maneira descentralizada, ascendente e em todos os locais institucionais, devendo ser desenvolvida na prática das equipes, a partir de reflexões críticas frente aos problemas cotidianos, considerando as diversidades dos usuários, das profissões,

da organização de serviços, das tecnologias, das relações e dos espaços. Nesse sentido, estaria sendo realizado o que se entende por educação permanente.

As autoras fazem, ainda, uma distinção entre educação permanente e educação continuada. Esta se caracteriza por um processo organizado, permanente, sistemático, direcionado aos trabalhadores, baseado em processos racionais e planejado centralmente, de maneira a se aprimorar a competência técnica dos indivíduos. Embora apresentem diferentes abordagens, educação permanente e continuada não são consideradas antagônicas, na medida em que ambas propõem uma estratégia global de desenvolvimento dos trabalhadores, pois alguns problemas demandam a aplicação de conhecimentos técnicos e científicos e outros requerem um trabalho no campo das relações interpessoais e institucionais (BATISTA; GONÇALVES, 2011).

O que se percebe nos discursos dos trabalhadores é justamente a necessidade de que sejam realizadas, no município, ações tanto de educação continuada, como de educação permanente:

O médico faz pré-natal, então, poderiam pedir a um médico obstetra que repasse o básico do pré-natal. As enfermeiras colhem preventivo e poderiam pedir a um ginecologista para informar sobre algumas lesões que precisam ser observadas. Então, falta capacitação dessa parte prática, do nosso dia a dia mesmo (M1).

Faltam capacitações para as técnicas de enfermagem e elas questionam isso. Acho que é importante até mesmo para elas se sentirem mais valorizadas (E1).

Eu sinto falta dos treinamentos que a gente tinha. Na época da gestão de 2005, a gente teve vários. Inclusive, tivemos um treinamento que trabalhava com autoestima, não deixava a gente cair na mesmice e sempre tinha uma coisa nova. Eu sinto falta disso, de um estímulo novo, porque você vai trabalhando e vira rotina (ACS4).

Eu trabalharia mais a capacitação dos profissionais, tanto da rede, como do PSF, porque muitos que entram passam quatro anos sem ter uma capacitação na área da saúde. A questão da humanização, do acolhimento, são fundamentais, principalmente para aqueles que estão ali na frente recebendo os pacientes (E2).

Eu acho que deveria trabalhar temas diferentes, porque a família está esperando que você fale sobre assuntos diferentes (ACS10).

Como podemos observar, na análise desta categoria, assim como das demais, é notável o grau de insatisfação dos trabalhadores com as relações e condições de trabalho aos quais estão submetidos. Contudo, chama atenção o fato de que, ao serem questionados se o trabalho traz alegria ou tristeza, a maior parte (vinte trabalhadores) respondeu que o trabalho traz mais alegria do que tristeza, enfatizando que estão realizados com as atividades que desempenham, mas apontando o descontentamento com as condições de trabalho. Provavelmente, esse sentimento está mais relacionado com a natureza do trabalho do que com as condições em que ele é executado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Toda abordagem é um processo e apresenta limites nem sempre muito claros. Um deles está ligado ao fato de a pesquisa se constituir numa fotografia que captura elementos, momentos, num processo extensivo de anos de trabalho, de dificuldades e conquistas. Outro limite é anunciado pelo corpo, pelo sentir e pensar, forçados pelo campo de pesquisa e pelas fronteiras conceituais e físicas, efeitos expressos no cansaço, na desistência, na retomada, na orientação e na assunção da própria singularidade de pesquisadora.

Das entrevistas individuais e dos grupos focais, identificamos sete categorias de análise, com as quais procuramos compreender as conexões e vislumbrar um conjunto de sentidos dos processos de gestão do trabalho em Linhares. Importa lembrar o caráter momentâneo dessas características e análises, embora sejam indícios de questões linharenses de gestão do trabalho no campo da ESF.

A análise da gestão do trabalho no contexto da ESF, no município de Linhares, possibilitou observar alguns desafios que necessitam ser enfrentados a fim de se obter avanços nesse campo. Podemos dizer que um dos principais desafios é favorecer a circulação da palavra. Uma palavra que compartilhe dificuldades cotidianas, que expresse e acolha insatisfações, que discuta modos de gestão do trabalho, que invente estratégias. Uma palavra que seja dita e ouvida, pois observamos divergências e inconsistências nas falas dos gestores e trabalhadores, que podem estar sinalizando problemas na comunicação entre esses atores da ESF.

Outra possibilidade para esse quadro de inconsistência das falas diz respeito ao lugar social que cada ator ocupa no sistema municipal de saúde. Os gestores ocupam um lugar em que o poder político, considerando-se a tipificação setorial de poder proposta por Mario Testa (administrativo, técnico e político), manifesta-se de maneira mais enfática, permeando o discurso desses atores, que realçam os aspectos positivos de sua gestão.

Ainda que haja um consenso sobre a centralidade dos trabalhadores no processo de produção de saúde, verificamos que as políticas relacionadas a essa área são pouco conhecidas pelos gestores e trabalhadores da saúde da família, reforçando o vazio

da área em Linhares e comprometendo o desenvolvimento de ações que poderiam melhorar as condições de trabalho desses trabalhadores.

Não obstante a criação da SGTES, em 2003, constatamos que a falta de capilaridade das políticas de gestão do trabalho e da educação em saúde para os municípios e estados ainda representa um obstáculo importante para a sua efetiva implementação, sendo necessário ampliar os estudos que investiguem as causas dessa problemática e que proponham soluções de enfrentamento.

Diante das especificidades da ESF, não há dúvida quanto à necessidade de se qualificar os trabalhadores para atuar na construção desse modelo de assistência à saúde. No entanto, são fundamentais ações planejadas de maneira estratégica, envolvendo os diferentes atores que fazem parte desse processo – usuários, trabalhadores e gestores, o que não pôde ser observado em Linhares. Nesse município, embora exista, por parte de trabalhadores e gestores, um reconhecimento sobre o papel prioritário das iniciativas de capacitação para melhoria dos processos de trabalho, há a ausência de uma política de educação permanente que colabore para a ressignificação dos processos de trabalho das equipes de saúde da família.

O que ainda prevalece no município são capacitações pontuais, atreladas às campanhas e aos programas de saúde, definidas verticalmente sem um planejamento global. Entendemos ser necessário que esses processos sejam revistos, de modo a estabelecer canais de diálogo entre gestores, trabalhadores e usuários, para que as demandas de qualificação dos profissionais e de saúde da população sejam contempladas.

Por outro lado, compreendemos, consonante com Espíndola, Lemos e Reis (2011), os limites do discurso de que a formação dos trabalhadores voltada para a atuação na ESF constitui-se como a única possibilidade de mudanças na forma de produzir saúde nesse serviço, pois ele raramente considera a existência de outras questões políticas e estruturais como a falta de recursos, a precarização do trabalho, a visão imediatista e curativista da própria comunidade, os impasses com a gestão, dentre outras. Essas questões foram encontradas em Linhares, assim como abordagens

meramente administrativas sobre o trabalho, que ainda desconsideram as condições de trabalho como fator decisivo na efetivação das ações em saúde.

Sobre a precarização do trabalho, embora no primeiro momento de implantação dessa política tenha sido priorizada na agenda a despreciação (TEIXEIRA; OLIVEIRA; ARANTES, 2012), cerca de dez anos depois ainda é possível observar situações como a do município de Linhares, onde prevalece a inexistência de concurso público para trabalhadores da saúde da família e de trabalho protegido, contexto que favorece a rotatividade de trabalhadores e a descontinuidade das ações de saúde, comprometendo a efetividade das práticas da ESF. Entendemos a necessidade de maior responsabilização da gestão municipal para a regularização dos vínculos de trabalho na ESF, de maneira a entender e atender as necessidades dos trabalhadores.

Da mesma forma, no âmbito federal, uma das estratégias adotadas para a despreciação do trabalho foi a construção de diretrizes para a implementação do PCCS, contemplando as especificidades do setor saúde (TEIXEIRA; OLIVEIRA; ARANTES, 2012). No entanto, em Linhares, ainda que exista um reconhecimento sobre a importância desse instrumento de gestão, o PCCS não é uma realidade. Dessa maneira, fica comprometida a profissionalização e a valorização de todos os trabalhadores da saúde, considerando que esse instrumento destaca as especificidades do setor saúde e possibilita a composição de um quadro de pessoal com competências para o processo de produção de saúde. Silva (2009) questiona, inclusive, a possibilidade de construção de uma política de Estado que aumente o quantitativo de médicos generalistas para a atenção primária sem a instituição de carreiras para o setor público capazes de atrair e motivar os profissionais de saúde.

Cabe ressaltar que as políticas de despreciação do trabalho e de PCCS estão atreladas a uma negociação complexa que envolve, além de criatividade e vontade política, um montante considerável de recursos financeiros. Contudo, existem alternativas menos dispendiosas como a implantação de Mesas de Negociação do Trabalho e de metodologias de gestão participativa, que se constituem importantes espaços de pactuação entre gestores e trabalhadores para a melhoria das condições e relações de trabalho e que não são adotadas pelo município.

O estudo ainda assinala que, além da falta de políticas e ações voltadas para a melhoria das relações de trabalho, a realização do cuidado em saúde é dificultada pela sobrecarga de trabalho a que estão sujeitos os trabalhadores das equipes de saúde da família, principalmente os ACS e os enfermeiros. Um dado a ser destacado sobre esse tema é o reconhecimento da sobrecarga de trabalho do enfermeiro por todas as outras categorias, inclusive gestores, demonstrando a significância desse problema para os atores entrevistados. Portanto, torna-se fundamental um estudo aprofundado no município sobre as variáveis que possam estar causando esse excesso de carga de trabalho, com propostas concretas de solução para essa problemática.

Percebemos, também, inadequações e insuficiências no plano da infraestrutura disponibilizada pela gestão municipal para o funcionamento das equipes que participaram do grupo focal. Esse resultado constitui-se como um fator que limita a implementação de diretrizes e aspectos operacionais propostos pelo MS para a ESF, atuando no sentido de dificultar mudanças das práticas em saúde das equipes, comprometendo a qualidade das ações desenvolvidas.

Ademais, ainda que para a maioria dos trabalhadores o trabalho na ESF traga mais alegrias que tristezas, constatamos um elevado nível de insatisfações, frustrações, além de sentimentos de insegurança, desvalorização e desigualdade, entre os trabalhadores das equipes estudadas, determinado pela forma como as condições e relações de trabalho estão estabelecidas no município. Assim, aponta-se a necessidade de ampliação dos debates entre os trabalhadores e gestores sobre o seu cotidiano, sobre os modos de gerir e operar o trabalho, criando estratégias de melhoria das condições de trabalho e de fortalecimento de sua participação na construção de assistência à saúde que se pretende com a ESF.

Considerando o caráter estratégico do campo da gestão do trabalho e da educação para o favorecimento de um maior protagonismo desses trabalhadores na consolidação da ESF, reconhecida, inclusive, pelos gestores e trabalhadores entrevistados, verificamos que essa valorização ainda se encontra mais no plano do discurso e não se reflete na agenda política municipal, enquanto ações capazes de

provocar mudanças paradigmáticas no processo de produção de saúde em Linhares, de modo a romper com o modelo de assistência tradicional.

Buscamos, com este trabalho, contribuir para a compreensão da gestão do trabalho em saúde, no contexto da ESF, no município de Linhares e consideramos que essa tentativa continua no processo de devolução dos resultados e análises aqui presentes. A possibilidade da fala e da escuta por uma pesquisadora, de confiar e contar vivências laborais, foi um passo fundamental, no sentido de oferecer bases para outros debates, pensar junto outras estratégias, criar espaços de falas e de fortalecimento de alianças entre os diferentes atores – usuários, trabalhadores e gestores da ESF – envolvidos nesse processo.

REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, Ana Lúcia. Atenção primária e o processo de trabalho em saúde. **Informe-se em Promoção da Saúde**, Niterói, v. 3, n. 1, p. 1-3, 2007. Disponível em: <<http://www.uff.br/promocaodasaude/informe>>. Acesso em: 03 set. 2012.

ALMEIDA, Célia Maria de. Reforma de sistemas de saúde: tendências internacionais, modelos e resultados. In: GIOVANELLA, Lígia et al. (Org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: CEBES/Fiocruz, 2008. p. 871-922.

ANDRADE, Laíse Rezende de; TEIXEIRA, Márcia; MACHADO, Cristiani Vieira. Gestão do trabalho na atenção básica: a proposta da Fundação Estatal Saúde da Família da Bahia. **Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 47, p. 65-76, 2012.

BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. História das políticas de saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde. In: MATTA, Gustavo Corrêa; PONTES, Ana Lúcia de Moura (Org.). **Políticas de saúde: a organização e a operacionalização do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 29-60.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BATISTA, Karina Barros Calife; GONÇALVES, Otília Simões Janeiro. Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 884-899, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório da 8ª conferência nacional de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1986. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf>. Acesso em: 30 jan. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **AprenderSUS: o SUS e os cursos de graduação da área da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS**: NOB/RH-SUS. 3. ed. rev. atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Programa nacional de despreciação do trabalho no SUS: perguntas & respostas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados: 1998-2004**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. Portaria/GM n.º 2.216, de 22 de setembro de 2006. Institui o Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS. **Diário**

Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, 26 set. 2006c. Seção 1, p. 34-37.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da família no Brasil**: uma análise de indicadores selecionados: 1998-2005/2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cartilha da política nacional de humanização**: gestão participativa e co-gestão. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política nacional de educação permanente em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Evolução do credenciamento e implantação da estratégia saúde da família**. 2012b. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf.php>. Acesso em: 15 mar. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. 2013. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/>>. Acesso em: 24 abril 2013.

BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos. Uma reforma gerencial da administração pública no Brasil. **Revista do Serviço Público**, Brasília, ano 49, v. 1, n. 1, p. 5-42, 1998. Disponível em: <http://www.enap.gov.br/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=2888>. Acesso em: 27 ago. 2012.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, Emerson Elias; ONOCKO CAMPOS, Rosana Teresa (Org.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo/Buenos Aires: Hucitec/Lugar Editorial, 1997. p. 229-266.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **A saúde pública e a defesa da vida**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: método da roda. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; AMARAL, Maria Aparecida do. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 849-859, 2007.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa et al. Reflexões sobre a atenção básica e a estratégia de saúde da família. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; GUERRERO, André Vinicius Pires. (Org.). **Manual de práticas da atenção básica: saúde ampliada e compartilhada**. São Paulo: Hucitec, 2008. p. 132-153.

CARVALHO, Cristiana Leite; GIRARDI, Sabado Nicolau (Org.). **Agentes institucionais e modalidades de contratação de pessoal no programa saúde da família no Brasil**. Belo Horizonte: Núcleo de Pesquisa em Saúde Coletiva/Universidade Federal de Minas Gerais, 2002. Disponível em: <<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2437.pdf>>. Acesso em: 27 ago. 2012.

CECCIM, Ricardo Burg. Onde se lê “recursos humanos da saúde”, leia-se “coletivos organizados de produção de saúde”: desafios para a educação. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de (Org.). **A construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2005. p. 161-180.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

COELHO, Ivan Batista. Formas de pensar e organizar o sistema de saúde: os modelos assistenciais em saúde. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; GUERRERO, André Vinicius Pires (Org.). **Manual de práticas em atenção básica: saúde ampliada e compartilhada**. São Paulo: Hucitec, 2008. p. 96-131.

CONSELHO NACIONAL DOS SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Estruturação da área de recursos humanos nas secretarias de saúde dos estados e do Distrito Federal**. Brasília: CONASS, 2004.

DALEPRANI, Karina. **Trabalhadores de saúde no SUS: vínculos frágeis? Implicações complexas?** 2008. 155 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2008.

DIEHL, Astor Antonio; TATIM, Denise Carvalho. **Pesquisa em ciências sociais aplicadas: métodos e técnicas**. São Paulo: Prentice Hall, 2004.

ESPÍNDOLA, Paula dos Santos; LEMOS, Cristiane Lopes Simão; REIS, Liliane Braga Monteiro dos. Perfil do profissional de nível superior na estratégia saúde da

família. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 24, n. 4, p. 367-375, 2011.

ESPÍRITO SANTO (Estado). Secretaria do Estado da Saúde. **Plano diretor de regionalização da saúde**: Espírito Santo. Vitória: SESA, 2011. Disponível em: <<http://www.saude.es.gov.br/download/PDR.zip>>. Acesso em: 17 maio 2012.

FARAH, Beatriz Francisco. **A educação permanente no processo de organização em serviços de saúde**: as repercussões do curso introdutório para equipes de saúde da família – experiência do município de Juiz de Fora/MG. 2006. 270 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

FLEGELE, Débora dos Santos; GUERRA, Maika Alves; DALEPRANI, Karina; LIMA, Rita de Cássia Duarte. Trabalhadores de saúde e os dilemas das relações de trabalho na estratégia saúde da família. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, Vitória, v. 12, n. 2, p. 5-11, 2010.

FRANÇA, Tania. **Limitações à gestão de recursos humanos em saúde no nível municipal**. 2007. 156 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

FRANCO, Túlio Batista. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de (Org.). **Gestão em redes**: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2006. p. 459-474.

FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias. Programa saúde da família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, Emerson Elias et al. (Org.). **O trabalho em saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 55-124.

GALAVOTE, Heletícia Scabelo. **Alegrias e tristezas no cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde**: cenários de paixões e afetamentos. 2010. 112 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde da Comunidade, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2010.

GARCIA, Ana Claudia Pinheiro. **Gestão do trabalho e da educação na saúde**: uma reconstrução histórica e política. 2010. 169 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

GASKELL, George. Entrevistas individuais e grupais. In: BAUER, Martin W.; GASKELL, George. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**: um manual prático. Petrópolis: Vozes, 2002. p. 64-89.

GÉRVAS, Juan; PÉREZ FERNÁNDEZ, Mercedes. **Uma atenção primária forte no Brasil**. Relatório sobre como fortalecer os acertos e corrigir as fragilidades da estratégia de saúde da família. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, 2011. Disponível em: <http://www.sbmfc.org.br/media/file/documentos/relatoriofinal_portugues.pdf>. Acesso em: 17 maio 2012.

GIRARDI, Sábado Nicolau et al. (Org.). **Precarização e qualidade do emprego no programa de saúde da família**. Belo Horizonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado em Saúde/ Universidade Federal de Minas Gerais, 2007.

GIRARDI, Sábado Nicolau et al. (Org.). **Monitoramento da qualidade de emprego da estratégia saúde da família**: relatório de pesquisa. Belo Horizonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado em Saúde/Universidade Federal de Minas Gerais, 2010a. Disponível em: <<http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/epsm/Pesquisas/Monitoramento%20da%20qualidade%20do%20emprego%20na%20ESF%20-%202010.pdf>>. Acesso em: 26 nov. 2011.

GIRARDI, Sábado Nicolau et al. O trabalho precário em saúde: tendências e perspectivas na estratégia da saúde da família. **Divulgação em Saúde para Debate**, Londrina, n. 45, p. 11-23, 2010b.

GIRONDI, Juliana Balbinot Reis et al. Risco, vulnerabilidade e incapacidade: reflexões com um grupo de enfermeiras. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. [Internet]. v. 12, n. 1, p. 20-27, 2010.

HADDAD, Ana Estela et al. Formação de profissionais de saúde no Brasil: uma análise no período de 1991 a 2008. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 383-393, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico 2010**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1766>. Acesso em: 17 maio 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Estatísticas da saúde**: assistência médico-sanitária 2009. Brasília: IBGE, 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/ams/2009/default.shtm>>. Acesso em: 17 nov. 2011.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Sistema de indicadores de percepção social (SIPS)**: saúde. Brasília: IPEA, 2011.

JONAS, Lucélia Terra; RODRIGUES, Hugo Cardoso; RESCK, Zélia Marilda Rodrigues. A função gerencial do enfermeiro na estratégia saúde da família: limites e

possibilidades. **Revista de APS - Atenção Primária à Saúde**, Juiz de Fora, v. 14, n. 1, p. 28-38, 2011.

JUNQUEIRA, Túlio da Silva et al. Saúde, democracia e organização do trabalho no contexto do programa de saúde da família: desafios estratégicos. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 1, p. 122-133, 2009.

JUNQUEIRA, Túlio da Silva et al. As relações laborais no âmbito da municipalização da gestão em saúde e os dilemas da relação expansão / precarização do trabalho no contexto do SUS. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 5, p. 918-928, 2010.

JUNQUEIRA, Virgínia et al. O pacto pela saúde e a gestão da força de trabalho na atenção básica do SUS: um retrato da situação de alguns municípios no estado de São Paulo. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 675-693, 2011.

KALLEBERG, Arne L. Crescimento do trabalho precário: um desafio global. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 24, n. 69, p. 21-30, 2009.

KISHIMA, Vanessa Sayuri Chaer. **Avanços e desafios na gestão municipal do SUS**: um retrato das contratações de pessoas e serviços no Estado de São Paulo. 2012. 164 f. Tese (Doutorado em Administração de Empresas) – Fundação Getúlio Vargas, Escola de Administração de Empresas de São Paulo, São Paulo, 2012.

KOSTER, Ana Isabella; MACHADO, Maria Helena. A gestão do trabalho e o contexto da flexibilização no Sistema Único de Saúde. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 47, p. 33-44, 2012.

LEFEVRE, Fernando; LEFEVRE, Ana Maria Cavalcanti. **Pesquisa de representação social**: um enfoque qualiquantitativo. Brasília: Liber Livro, 2010.

LIMA, Rita de Cássia Duarte. **A enfermeira**: uma protagonista que produz o cuidado no cotidiano do trabalho em saúde. Vitória: EDUFES, 2001.

LIMA, Rita de Cássia Duarte. SUS e as teias de diálogos (im)pertinentes para transformar a formação dos trabalhadores de saúde com vistas à humanização das práticas. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 13, supl. 1, p. 781-95, 2009.

LIMA, Rita de Cássia Duarte et al. Significando os sentidos da vida na formação dos profissionais de saúde: com a palavra os estudantes. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 16, n. 1, p. 167-170, 2011.

LINHARES. Prefeitura municipal de Linhares. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano municipal de saúde 2010-2013**. Linhares: Semus, 2009.

LINHARES. Prefeitura Municipal de Linhares. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório anual de gestão 2011**. Linhares: Semus, 2012.

LINHARES. Prefeitura municipal de Linhares. **[Site]**. Disponível em: <<http://www.linhares.es.gov.br/>>. Acesso em: 12 mar. 2013.

LINS, Auristela Maciel; CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. Campos de intervenções organizacionais: a contribuição das ciências humanas para uma leitura crítica das propostas de gestão das organizações de saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 11, n. 23, p. 503-514, 2007.

LUZ, Madel Terezinha. **Ordem social, institucionalização e políticas de saúde no Brasil**: textos reunidos. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS, LAPPIS/ABRASCO, 2007.

MACHADO, Cristiani Vieira; LIMA, Luciana Dias de; VIANA, Ludmilla da Silva. Configuração da atenção básica e do programa saúde da família em grandes municípios do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, suppl. 1, p. 42-57, 2008.

MACHADO, Maria Helena. Trabalhadores da saúde e sua trajetória na reforma sanitária. In: LIMA, Nísia Trindade et al. (Org.). **Saúde e democracia**: histórias e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 257-281.

MACHADO, Maria Helena; MOYSÉS, Neuza Maria Nogueira; LEMOS, Waldirlando. ProgeSUS: uma proposta para mudar a realidade da gestão do trabalho. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 47, p. 16-28, 2012.

MACHADO, Maria Helena; OLIVEIRA, Eliane. Apresentação. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 47, p. 10-12, 2012.

MATTA, Gustavo Corrêa; FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues. Atenção primária à saúde: histórico e perspectivas. In: MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães Cardoso; CORBO, Anamaria D'Andrea (Org.). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 43-76.

MEDEIROS, Kátia Rejane de et al. **Lei de responsabilidade fiscal e formas de contratação dos trabalhadores nos municípios**: relatório de pesquisa. Recife: CPqAM/Fiocruz, 2007. Disponível em: <http://www.observarh.org.br/observarh/repertorio/Repertorio_ObservaRH/CPqAM/Pesquisa_LRF.pdf>. Acesso em: 23 out. 2010.

MELLO, Guilherme Arantes; FONTANELLA, Bruno José Barcellos; DEMARZO, Marcelo Marcos Piva. Atenção básica e atenção primária à saúde: origens e diferenças conceituais. **Revista de APS - Atenção Primária à Saúde**, Juiz de Fora, v. 12, n. 2, p. 204-213, 2009.

MENDES, Eugênio Vilaça. **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de et al. Desafios para gestão do trabalho a partir de experiências exitosas de expansão da estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2355-2365, 2010.

MERHY, Emerson Elias. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. In: MERHY, Emerson Elias et al. (Org.). **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 15-35.

MERHY, Emerson Elias. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 172-174, 2005.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

NEY, Márcia Silveira. **Condições de fixação do médico no programa saúde da família**. 2009. 128 f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) – Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro, 2009.

NOGUEIRA, Roberto Passos. **Problemas de gestão e regulação do trabalho no SUS**. Brasília: Núcleo de Estudos de Saúde Pública/Universidade de Brasília, 2006. Disponível em: <http://www.observearh.org.br/observearh/repertorio/Repertorio_ObservaRH/NESP-UnB/Problemas_gestao_regulacao.pdf>. Acesso em: 06 set. 2010.

NUNES, Edson de Oliveira. **A gramática política do Brasil: clientelismo e insulamento burocrático**. 3. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2003.

OLIVEIRA JÚNIOR, João Geraldo de. **Agentes comunitários de saúde: fatores restritivos e facilitadores do seu trabalho na estratégia de saúde da família**. 2012. 137 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2012.

ONOCKO CAMPOS, Rosana Teresa et al. Atenção primária à saúde e sua (des)articulação com ações de promoção à saúde: pluralidades práticas e discursivas. In: LANDIM, Fátima Luna Pinheiro; CATRIB, Ana Maria Fontanelle; COLLARES, Patrícia Moreira Costa (Org.). **Promoção da saúde na diversidade humana e pluralidade de itinerários terapêuticos**. Campinas: Saberes, 2012. p. 113-128.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório mundial de saúde 2008: cuidados de saúde primários agora mais do que nunca**. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde, 2008. Disponível em: <http://www.who.int/whr/2008/whr08_pr.pdf>. Acesso em: 29 nov. 2012.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Declaração de Alma-Ata.** Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde. Brasília: OPAS, 1978. Disponível em: <http://www.mp.ro.gov.br/c/document_library/get_file?p_l_id=42536&folderId=42469&name=DLFE-32330.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2011.

PAIM, Jairnilson Silva. **Recursos humanos em saúde no Brasil:** problemas crônicos e desafios agudos. São Paulo: Universidade de São Paulo/Faculdade de Saúde Pública, 1994.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma sanitária brasileira:** contribuição para a compreensão e crítica. Salvador/Rio de Janeiro: EDUFBA/Editora Fiocruz, 2008.

PAIM, Jairnilson Silva. *Medicina comunitaria: introducción a un análisis crítico.* **Salud Colectiva, Lanús**, v. 5, n. 1, p. 121-126, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652009000100008&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 29 nov. 2012.

PAULA, Ana Paula Paes de. **Por uma nova gestão pública:** limites e potencialidades da experiência contemporânea. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2005.

PIERANTONI, Celia Regina et al. **Capacidade gestora de recursos humanos em instâncias locais de saúde em municípios com população superior a 100 mil habitantes:** relatório final. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social/Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: <http://www.obsnetims.org.br/uploaded/30_4_2013__0_Relatoio_Pesquisa_Capacidade_Gestora_Superior_Cem_Mil.pdf>. Acesso em: 13 fev. 2011.

PIERANTONI, Celia Regina et al. **Capacidade gestora de recursos humanos em instâncias locais de saúde em municípios com população inferior a 100 mil habitantes:** relatório final. Rio de Janeiro: OPAS, 2006. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/capacidadegestorainferior.pdf>>. Acesso em: 13 fev. 2011.

PIERANTONI, Celia Regina; GARCIA, Ana Claudia Pinheiro. A gestão do trabalho e da educação na saúde em secretarias estaduais e municipais de Saúde. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 47, p. 45-55, 2012.

PIERANTONI, Celia Regina; VARELLA, Thereza Christina; FRANÇA, Tania. Recursos humanos e gestão do trabalho em saúde: da teoria para a prática. In: BARROS, André Falcão do Rêgo et al. (Org.). **Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil:** estudos e análises. v. 2. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p. 51-70.

POPE, Catherine; MAYS, Nicholas. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde.** 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

ROSA, Alcindo José; BONFANTI, Ana Letícia; CARVALHO, Cíntia de Sousa. O sofrimento psíquico de agentes comunitários de saúde e suas relações com o trabalho. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 141-152, 2012.

SANTOS FILHO, Serafim Barbosa. Um olhar sobre o trabalho em saúde nos marcos teórico-políticos da saúde do trabalhador e do HumanizaSUS: o contexto do trabalho no cotidiano dos serviços de saúde. In: SANTOS FILHO, Serafim Barbosa; BARROS, Maria Elizabeth Barros de (Org.). **Trabalhador da saúde**: muito prazer!: protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde. Ijuí: Unijuí, 2007. p. 73-96.

SANTOS, Nelson Rodrigues dos. Desenvolvimento do SUS: rumos estratégicos e estratégias para visualização dos rumos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 429-435, 2007.

SILVA, Silvio Fernandes da. Sistema Único de Saúde 20 anos: avanços e dilemas de um processo em construção. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 38-46, 2009.

SILVA JÚNIOR, Aluísio Gomes da; ALVES, Carla Almeida. Modelos assistenciais em saúde: desafios e perspectivas. In: MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães Cardoso; CORBO, Anamaria D'Andrea (Org.). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p.27-42.

SOARES, Laura Tavares. Políticas sociais na América Latina. In: GIOVANELLA, Lígia et al. (Org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: CEBES/Fiocruz, 2008. p. 923-944.

STARFIELD, Barbara. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco/Ministério da Saúde, 2002

TEIXEIRA, Marcia; OLIVEIRA, Roberta Gondim de; ARANTES, Rosana Freitas. Mudanças nas políticas do trabalho e da educação em saúde no governo Lula. In: MACHADO, Cristiani Vieira; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria; LIMA, Luciana Dias de. **Políticas de saúde no Brasil**: continuidades e mudanças. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 197-225.

TRAD, Leny Alves Bomfim; ROCHA, Ana Angélica Ribeiro de Meneses e. Condições e processo de trabalho no cotidiano do programa saúde da família: coerência com princípios da humanização em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 1969-1980, 2011.

TRIVIÑOS, Augusto Nibaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

VANDERLEI, Maria lêda Gomes; ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de. A concepção e prática dos gestores e gerentes da estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 443-453, 2007.

WAI, Mey Fan Porfírio; CARVALHO, Ana Maria Pimenta. O trabalho do agente comunitário de saúde: fatores de sobrecarga e estratégias de enfrentamento. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 563-568, 2009.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Roteiro de Entrevista

Data: _____

Local: _____

Cargo: _____ Tempo no cargo: _____

Formação Profissional: _____

Cursos ou pós-graduação em Saúde ou Gestão: _____

Cursos de capacitação desde que assumiu o cargo: _____

Experiência anterior em Saúde e em Gestão: _____

1. Como se tornou você gestor neste município?
2. Fale sobre sua experiência de estar na gestão nesse período, apontando a sua relação com a SESA, com o MS, com o conselho municipal de saúde e outros movimentos sociais, com os trabalhadores de saúde e com os usuários.
3. Você conhece as políticas de gestão do trabalho para o SUS? Aponte o que você considera avanços e limites dessas políticas.
4. Numa escala de prioridade, na sua opinião, qual política faz mais sentido para as necessidades de saúde da população de Linhares?
5. Na sua opinião, ao planejar e tomar decisões sobre a gestão do trabalho na ESF, elas estavam alinhadas com as políticas formuladas pelo MS? Explique.
6. Dentre as políticas e programas de gestão do trabalho, quais o município conseguiu implementar?
7. Dentre as políticas e programas de gestão do trabalho formulados, quais o município não conseguiu implementar? Aponte os principais fatores de impedimento.
8. Aponte as dificuldades existentes no período em que esteve na gestão.
9. Aponte os avanços alcançados com a implementação de políticas nesse período.

APÊNDICE B – Roteiro de Grupo Focal

Data do grupo focal: _____

Equipe: _____

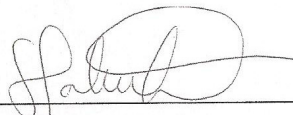
1. Vocês conhecem as políticas de gestão do trabalho para o SUS? Aponte o que vocês consideram avanços e limites dessas políticas.
2. Como avaliam vocês a implementação dessas políticas no município?
3. Que iniciativas implementadas pela gestão passada influenciaram positivamente na organização do seu trabalho?
4. Como avaliam vocês as suas condições de trabalho na ESF?
5. Como avaliam vocês a sua participação na tomada de decisões a respeito da organização do processo de trabalho na ESF?
6. Que dificuldades vocês enfrentam em seu cotidiano de trabalho?
7. Para você, o seu trabalho traz alegria ou tristeza? Por quê?

APÊNDICE C – Termo de Consentimento de Realização de Pesquisa**TERMO DE CONSENTIMENTO DE REALIZAÇÃO DE PESQUISA**

Confirmando ter sido informada e esclarecida sobre a realização da pesquisa ***“Os Dispositivos de Gestão do Trabalho na Estratégia Saúde da Família nos Municípios da Microrregião de Saúde Linhares – Espírito Santo”***, a ser realizada pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo (PPGSC/UFES), sob a coordenação da Prof.^a Dra. Rita de Cássia Duarte Lima, nos municípios de Aracruz, Ibirapu, João Neiva, Linhares, Rio Bananal e Sooretama.

Dou o meu consentimento para que os pesquisadores de campo possam aplicar os instrumentos de coleta de dados junto aos sujeitos da pesquisa mencionada, no município de Linhares.

Linhares, 19 / 04 / 2012.



Sônia Maria Dalmolim de Souza
Secretária Municipal de Saúde - Linhares

APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa intitulada “Gestão do Trabalho na Estratégia Saúde da Família em Linhares – Espírito Santo”.

A pesquisa tem como objetivo geral analisar as modelagens de gestão do trabalho na Estratégia Saúde da Família, no município de Linhares, Espírito Santo, no período 2009-2012.

Gostaríamos de contar com a sua participação na pesquisa, respondendo às perguntas sobre o tema da pesquisa, que lhe serão feitas pelo pesquisador.

Serão garantidos o sigilo e a privacidade aos participantes, assegurando-lhes o direito de omissão de sua identificação ou de dados que possam comprometê-lo. Na apresentação dos resultados, não serão citados os nomes e não haverá forma de identificar qualquer um dos participantes. Os resultados obtidos com a pesquisa serão apresentados em eventos ou publicações científicas.

Durante sua participação, você poderá se recusar a responder a qualquer pergunta que por ventura possa lhe causar algum constrangimento. Além disso, você poderá se recusar a participar da pesquisa ou poderá abandonar o procedimento em qualquer momento, sem nenhuma penalização ou prejuízo.

A sua participação na pesquisa será como voluntário, não recebendo nenhum privilégio para isso, seja ele de caráter financeiro ou de qualquer natureza. Entretanto, todos os cuidados necessários serão garantidos a sua participação, de acordo com seus direitos individuais e respeito ao seu bem-estar físico e psicológico.

Não se tem em vista que a sua participação poderá envolver riscos ou desconfortos, sendo que os benefícios previstos da pesquisa envolvem a ampliação dos conhecimentos sobre a gestão do trabalho na Estratégia Saúde da Família, no município de Linhares.

Você receberá uma cópia deste termo de consentimento, onde consta o telefone e o endereço do pesquisador responsável, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento, telefonando a cobrar para os telefones abaixo. Caso você tenha dificuldade em entrar em contato com o pesquisador, comunique o fato ao Comitê de Ética em Pesquisa/UFES.

Eu, _____,
confirmando ter sido esclarecido sobre o conteúdo deste termo e concordo em participar desta pesquisa.

_____, _____ de _____ de _____.

Assinatura do participante: _____

Camila Nogueira Felsky

Camila Nogueira Felsky

Pesquisadora Responsável
Aluna do Mestrado em Saúde Coletiva
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Av. Marechal Campos, 1468
Maruípe – Vitória/ES – CEP 29.040-090
Telefone/Fax: (27) 3325-7602 – (27) 9989-1171
E-mail: cnfelsky@gmail.com –
ppgasc@npd.ufes.br
Endereço eletrônico: <http://www.ufes.br/ppgasc/>

Comitê de Ética em Pesquisa/UFES

Av. Marechal Campos, 1468
Maruípe – Vitória/ES – CEP 29.040-090
Telefone: (27) 3335-7211
E-mail: cep@ccs.ufes.br – cep.ufes@hotmail.com
Endereço eletrônico: <http://www.ccs.ufes.br/cep/>

ANEXO

ANEXO A – Carta de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

Vitória-ES, 15 de dezembro de 2011.

De: Prof. Dr. Adauto Emmerich Oliveira
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde

Para: Prof. (a) Rita de Cássia Duarte Lima
Pesquisador (a) Responsável pelo Projeto de Pesquisa intitulado **“Os dispositivos de Gestão do Trabalho na Estratégia Saúde da Família nos Municípios da Microrregião de Saúde Linhares- Espírito Santo.”**

Senhor (a) Pesquisador (a),

Informamos a Vossa Senhoria, que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, após analisar o Projeto de Pesquisa nº. 303/11 intitulado **“Os dispositivos de Gestão do Trabalho na Estratégia Saúde da Família nos Municípios da Microrregião de Saúde Linhares- Espírito Santo.”** e o **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**, cumprindo os procedimentos internos desta Instituição, bem como as exigências das Resoluções 196 de 10.10.96, 251 de 07.08.97 e 292 de 08.07.99, **APROVOU** o referido projeto, em Reunião Ordinária realizada em 14 de dezembro de 2011.

Lembramos que, cabe ao pesquisador responsável elaborar e apresentar os relatórios parciais e finais de acordo com a resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196 de 10/10/96, inciso IX.2. letra “c”.

Atenciosamente,

Coordenador do
Comitê de Ética em Pesquisa
CEP/UFES