

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO RIO DE JANEIRO  
INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL**

**O trabalho em Saúde:  
focalizando pessoas e processos nas equipes de Saúde da Família  
em Juiz de Fora**

**Denise Barbosa de Castro Friedrich**

**Rio de Janeiro  
2005**

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO RIO DE JANEIRO  
INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL**

**O trabalho em Saúde:  
focalizando pessoas e processos nas equipes de Saúde da Família  
em Juiz de Fora**

**Denise Barbosa de Castro Friedrich**

**Tese apresentada como requisito parcial  
para obtenção de grau de Doutor em Saúde  
Coletiva, área de concentração em Política,  
Planejamento e Administração em Saúde –  
Instituto de Medicina Social/UERJ.**

**Rio de Janeiro  
2005**

CATALOGAÇÃO NA FONTE  
UERJ/REDE SIRIUS/CBC

F911 Friedrich, Denise Barbosa de Castro.  
O Trabalho em saúde: focalizando pessoas e processos nas equipes de Saúde da Família em Juiz de Fora / Denise Barbosa de Castro Friedrich. – 2005. 151f.

Orientadora: Célia Regina Pierantoni.  
Tese (doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Recursos humanos na saúde pública – Teses. 2. Pessoal da saúde pública – Teses. 3. Saúde pública – Administração – Teses. 4. Medicina familiar – Teses. 5. Programa Saúde da Família – Juiz de Fora(MG) – Teses. I. Pierantoni, Célia Regina. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. III. Título.

CDU 614:658.3(815.1)

**Dedico este trabalho a  
minha querida Avó  
Carminha, que sempre me  
incentivou para novas  
conquistas.**

## AGRADECIMENTOS

Gostaria de registrar um profundo agradecimento a todas as pessoas e instituições que contribuíram para realização deste trabalho, especialmente:

- ao meu marido Etienne e a meus filhos, Arthur e Thiago, que no decorrer dessa caminhada foram companheiros maravilhosos suportando meus altos e baixos;
- aos meus pais Teresinha e Humberto, que são a razão da minha existência;
- ao meu tio Eduardo um grande colaborador desse meu percurso o meu eterno agradecimento;
- aos trabalhadores e gestores das equipes de saúde da família que com suas colaborações permitiram a realização deste trabalho;
- à Professora Dr<sup>a</sup> Célia Regina Pierantoni, pela colaboração, seriedade e estímulo durante a orientação deste trabalho;
- aos colegas do Curso de Doutorado e Mestrado UFJF/IMS-UERJ em especial Bia, Marcelo, Edna e Darcília pelas relações estabelecidas;
- à amiga Girilas pelo seu exemplo de seriedade, de competência e pela sua valiosa colaboração;
- à amiga Rita pela grata companhia e valiosa colaboração;
- à amiga Noemides pela parceria durante o curso;
- à amiga Maria Helena Leal pelo incentivo e companheirismo;
- à Bia pela companhia nas viagens;
- à Tânia e Tereza pelo acolhimento carinhoso;
- a todos professores e colaboradores do Curso de Doutorado de Saúde Coletiva do IMS/UERJ;
- a todos os funcionários da Secretária do IMS/UERJ, especialmente a Márcia que sempre atendeu minhas solicitações de maneira atenciosa e eficiente;
- à direção da Faculdade de Enfermagem, na pessoa da Professora Marli Salvador pelo apoio incondicional;

- ao NATES/UFJF na pessoa da Professora Teíta pelo empenho em concretizar a pós-graduação em Saúde Coletiva em nossa Universidade;
- aos professores de minha banca de qualificação que tanto colaboraram para o desenvolvimento desse trabalho;
- à administração superior da UFJF;

*“O cientista que abraça um novo paradigma é como uma pessoa que usa lentes inversoras. Defrontando com as mesmas constelações de objetos que antes e tendo consciência disso, ele os encontra, não obstante, totalmente transformados na essência e em muitos de seus detalhes” Thomas S. Kuhn*

## RESUMO

FRIEDRICH, Denise Barbosa de Castro. **O trabalho em Saúde: focalizando pessoas e processos nas equipes de Saúde da Família em Juiz de Fora.** 151p.2005

A partir da observação de que os processos e as pessoas são capazes de interferir no desenvolvimento da estratégia de Saúde da Família, foi analisado o trabalho das Equipes de Saúde da Família no município de Juiz de Fora, na dimensão organizativa do processo produtivo, na dimensão político-ideológica e na econômica. Para isso, utilizou-se uma abordagem qualitativa, realizando um estudo de caso que focalizou as relações de trabalho no contexto das transformações contemporâneas do mundo do trabalho. Foram realizadas entrevistas com os integrantes das equipes, gestores e com os responsáveis pela contratação das equipes, bem como análise de documentos e observação direta das equipes. Essa pesquisa revelou que a **organização do processo produtivo** das equipes se caracteriza por uma intensa divisão de trabalho e que a demanda do usuário e assistência à saúde são sub-temas que emergiram, possibilitando uma maior análise dessa dimensão. Na **dimensão político-ideológica** o trabalho é permeado de práticas de poder diversas, pois ele se desenvolve sobre relações de trabalho, como relações sociais, cabendo ressaltar que sub-temas como modelo assistencial, modelo gerencial e a informação entre equipes e gestores emergiram de forma a explicitar tal dimensão. Na **dimensão econômica** o trabalho se caracteriza por vínculos e remunerações diferenciadas para trabalhadores que compartilham o mesmo grau de responsabilidade, tendo como destaque sub-temas como: modalidades de vínculos, remuneração diferenciada e os direitos sociais. A capacidade instalada, os recursos materiais e humanos da Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) e as relações interpessoais são fatores que influenciam tanto positiva como negativamente o desenvolvimento do trabalho das equipes. Considerando toda essa complexidade, as equipes, na medida em que realizam seu trabalho, estão destacando a importância do mesmo de forma a permitir a construção do Sistema Único de Saúde (SUS) na sua totalidade em Juiz de Fora.

**Palavras chave:** Saúde Pública; Medicina de Família; Trabalho/Economia; Trabalhadores; Condições de Trabalho.



## **ABSTRACT**

FRIEDRICH, Denise Barbosa de Castro. **The job in health: focusing on people and processes in the health staff of Juiz de Fora's family**. 151p. 2005

Regarding the fact that processes and people are able to interfere in the development of Family Health strategy, this thesis aimed at analyzing the Family Health groups' tasks in Juiz de Fora, focusing on the organization dimension of the production process as well as on the political-ideological and economical dimension. For such, it was used the qualitative approach on a study of case which focused on the working relationships into the context of the contemporaneous changes of the working universe. There were implemented interviews with the teams' members, the chairmen and the ones who were responsible for hiring the teams' members. It was also done the analysis of documents and the direct observation of the teams. This research made clear that the teams organization of the production process is made of an intense work division and that the users' demands are sub-themes, which appeared as a request for a deeper analysis of this dimension. In the political-ideological dimension work reveals different practices of power, as it is implemented on work relationships taken as social relationships. On this case, the assistance model, the manager model and the information between the teams were responsible for making this dimension clearer. On the economical dimension, work is characterized by different links and payments for workers who share the same task. On this case, the main sub-themes were the types of links, different payments and social rights. The capacity and the material and human sources of the Basic Unit Family Health (UBSF) and interpersonal relations are features which influence the development of the teams' work. Regarding all this complexity, the teams, while doing their work, show its importance, and it points to the possibility of building the Unique Health System( SUS) in Juiz de Fora.

**Key words:** Public Health; Family Practice; Work/Economics; Workers; Working Conditions

## **LISTA DE SIGLAS**

**ABS – Atenção Básica em Saúde**

**ACS – Agente Comunitário de Saúde**

**ABRASCO – Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva**

**AMAC – Associação Municipal de Apoio Comunitário**

**CBO – Classificação Brasileira de Ocupação**

**CEMIG – Companhia Elétrica de Minas Gerais**

**CESAMA - Companhia de Saneamento e Pesquisa do Meio Ambiente**

**CFM – Conselho Federal de Medicina**

**CLT – Consolidação das Leis de Trabalho**

**DEMLURB – Departamento de Limpeza Urbana**

**CONPAS – Conselhos dos Profissionais de Saúde**

**COREN – SP – Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo**

**DSSDA – Diretoria de Saúde Saneamento e Desenvolvimento Ambiental**

**FMI – Fundo Monetário Internacional**

**MS – Ministério da Saúde**

**NATES – Núcleo de Assessoria, Treinamento e Estudos em Saúde**

**NOAS – Norma Operacional de Atenção em Saúde**

**NOB – 96 – Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde**

**OIT – Organização Internacional do Trabalho**

**PACS – Programa de Agentes comunitários em Saúde**

**PCCS – Plano de Cargo, Carreiras e Salários**

**PIB – Produto Interno Bruto**

**PJF – Prefeitura de Juiz de Fora**

**PND – Plano de Desenvolvimento Nacional**

**PROESF – Projeto de Expansão e Consolidação do Programa de Saúde da Família**

**PSF – Programa de Saúde da Família**

**SIS – Sistema de Informação em Saúde**

**SIAB – Sistema de Informação em Atenção Básica**

**SUS – Sistema Único de Saúde**

**SIC – Segundo Informações Colhidas**

**UBS – Unidade Básica de Saúde**

**UBSF – Unidade Básica de Saúde da Família**

**UERJ – Universidade do Estado do Rio de Janeiro**

**UFJF – Universidade Federal de Juiz de Fora**

## LISTA DE FIGURA E QUADROS

<b>FIGURA</b>	<b>1 Trabalho nas equipes.....</b>	<b>73</b>
<b>QUADRO</b>	<b>1 Principais momentos do Programa de Saúde da Família no Brasil.....</b>	<b>25</b>
<b>QUADRO</b>	<b>2 Capacidade instalada por nível de assistência em Juiz de Fora.....</b>	<b>5</b>
<b>QUADRO</b>	<b>3 Atividades realizadas pelas equipes – Das mais realizadas para as menos realizadas.....</b>	<b>76</b>
<b>QUADRO</b>	<b>4 Médicos de Saúde de Família contratados pela AMAC – Remuneração e Carga Horária .....</b>	<b>110</b>
<b>QUADRO</b>	<b>5 Agentes Comunitários de Saúde – contratados pela AMAC – Remuneração e Carga Horária .....</b>	<b>111</b>
<b>QUADRO</b>	<b>6 Profissionais de Saúde da Família – contratados pela AMAC – Remuneração e Carga Horária .....</b>	<b>111</b>

## SUMÁRIO

RESUMO  
ABSTRACT  
LISTAS  
APRESENTAÇÃO

1	INTRODUÇÃO.....	18
2	O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.....	22
3	O TRABALHO: UMA VISÃO CONTEMPORÂNEA.....	32
4	O TRABALHO EM SAÚDE.....	43
4.1	DIMENSÃO ORGANIZATIVA DO PROCESSO PRODUTIVO.....	46
	O trabalho em equipe.....	48
4.2	DIMENSÃO POLÍTICO-IDEOLÓGICA.....	52
4.3	DIMENSÃO ECONÔMICA.....	55
5	OBJETIVOS.....	61
5.1	OBJETIVO GERAL .....	61
5.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	61
6	PERCURSO METODOLÓGICO.....	62
6.1	CONDUZINDO O ESTUDO DE CASO: o campo da investigação.....	62
6.2	CONDUZINDO O ESTUDO DE CASO: a coleta de vidências.....	68
6.3	ANALISANDO AS EVIDÊNCIAS DO ESTUDO DE CASO.....	71
7	RESULTADOS.....	72
7.1	DIMENSÃO ORGANIZATIVA DO PROCESSO PRODUTIVO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA.....	74
7.1.1	A demanda do usuário.....	77
7.1.2	A assistência à saúde.....	79

7.2	DIMENSÃO POLÍTICO IDEOLÓGICA DO TRABALHO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA.....	93
7.2.1	Modelo assistencial.....	96
7.2.2	Modelo gerencial.....	99
7.2.3	Informação em saúde.....	106
7.3	DIMENSÃO ECONÔMICA DO TRABALHO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA.....	109
7.3.1	Modalidades de vínculos.....	114
7.3.2	Remuneração diferenciada .....	115
7.3.3	Direitos sociais.....	117
7.4	A CAPACIDADE INSTALADA, OS RECURSOS MATERIAIS E HUMANOS DAS UBS E AS RELAÇÕES INTERPESSOAIS NA MEDIAÇÃO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.....	120
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	126
9	REFERÊNCIAS .....	134
	APÊNDICES.....	143
	ANEXO.....	150

## **APRESENTAÇÃO**

Minha trajetória profissional teve início em julho de 1983, quando me graduei no Curso de Enfermagem pela Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). Essa trajetória esteve sempre atrelada às atividades de Saúde Pública. Inicialmente, trabalhei na Secretária de Saúde do Estado de Minas Gerais e na Prefeitura de Juiz de Fora (PJF) onde pude desenvolver atividades de enfermagem e atividades de gestão voltadas para atenção básica de saúde. Atividades de gestão me colocaram frente a frente com a complexidade do trabalho em saúde, pois minha função era coordenar as ações desenvolvidas pelos trabalhadores da rede básica no Município.

No ano de 1993, ingressei na atividade acadêmica como docente o que viabilizou minha iniciação em processos investigativos. Pude, assim, concretizar aspirações anteriores de realizar estudo para compreender o trabalho em saúde. Isso foi concretamente realizado quando fiz o Curso de Mestrado em Enfermagem na Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, no período de 1998 a 2000. Pude, então, investigar sobre o cuidado no trabalho da enfermeira em equipes de saúde de atenção básica.

À época, ocorria a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF), no município de Juiz de Fora, procurando inverter o modelo de assistência, priorizando ações de promoção e prevenção da saúde. A estratégia, naquele momento, se colocou como uma adequada forma de organizar as ações e os processos que envolviam gestores, trabalhadores de saúde e usuários. Nessa perspectiva, o Sistema Único de Saúde (SUS) em Juiz de Fora ganhava nova força para sua reestruturação e os estudos nessa área cresceram. Esses foram desenvolvidos por docentes, discentes e profissionais inseridos nos serviços.

Dessa forma, pude acompanhar também, durante minha pesquisa do mestrado, o cuidado no trabalho das enfermeiras das equipes do PSF, o que possibilitou o contato com o trabalho dos demais integrantes da equipes.

Também constatei nessa investigação que os trabalhadores desenvolviam ações desarticuladas e com pouca interação entre elas, perpetuando o modelo curativo que fragmenta a atenção em saúde, desconsiderando-a em sua dimensão coletiva e interdisciplinar.

O processo de trabalho em equipe descaracterizava-se e a necessária interdisciplinaridade não acontecia. Isso permitiria uma maior diversidade de ações e a busca de consenso para sua realização. Interdisciplinaridade, nesse caso, entendida como um compartilhar de saberes com o objetivo de um trabalho de equipe coordenado com finalidade única (JAPIASSU,1976).

O fato de os trabalhadores atuarem dessa forma compromete a estratégia da Saúde da Família, já que ela parte do pressuposto de que há um trabalho articulado entre os diversos profissionais de saúde. Tal articulação requer alta complexidade tecnológica nos campos do conhecimento, do desenvolvimento de habilidades e de mudanças de atitudes, possibilitando ações cada vez mais próximas das necessidades de saúde da população (VASCONCELOS,1999; FRIEDRCH, 2000).

Essas constatações levaram-me, mais uma vez, a refletir sobre o trabalho das equipes de saúde e a necessidade de um estudo mais aprofundado sobre o tema, porque como relata Gonçalves:

O processo de trabalho não é apenas um dispêndio mecânico de forças: é a forma mais especialmente humana de socialidade, de gênese histórica. Em cada grão de tecnologia estão contidos, assim, ao mesmo tempo, todas as determinações do passado que nela desembocam e toda construção viva do futuro. (GONÇALVES, 1994, p.268)



Assim, esse estudo aconteceu, quando ingressei no Curso de Doutorado em Saúde Coletiva, que está vinculado à experiência adquirida através do contato com os profissionais que desenvolvem a estratégia de Saúde da Família. Esse contato ocorreu através da realização de minhas atividades profissionais enquanto enfermeira e, posteriormente, enquanto docente da UFJF. O resultado constituiu essa tese, que está estruturada em nove partes, incluindo-se as referências bibliográficas.

A primeira traz a introdução, em que são enfocados os avanços e retrocessos do trabalho das equipes de Saúde da Família a partir do desenvolvimento em grandes ou pequenos municípios.

A segunda parte aborda o referencial teórico sobre a atenção básica e o PSF na realidade brasileira. A terceira dá uma visão contemporânea do trabalho, com suas transformações decorrentes do sistema econômico hegemônico em nosso meio.

A quarta parte caracterizou o trabalho em saúde em sua dimensão de organização do processo produtivo, em sua dimensão política-ideológica e em sua dimensão econômica.

A quinta e a sexta parte explicitam os objetivos da pesquisa e o percurso metodológico que descreve como foi desenvolvido o estudo de caso, por meio de análise de documentos, observação direta e entrevistas, em que a articulação dialogada entre os autores de referência e os temas foi o insumo para a construção da análise marcada pela “fala” dos componentes das equipes de saúde e gestores.

A sétima parte discute os resultados que foram analisados, utilizando-se a dimensão organizativa do processo produtivo, seguida das dimensões político-ideológica e econômica. As três dimensões permitiram discutir a capacidade instalada<sup>1</sup>, os recursos materiais e humanos das unidades básicas de saúde (UBS), bem como as relações interpessoais na mediação da estratégia da Saúde da Família no município de Juiz de Fora.

---

<sup>1</sup> Capacidade instalada aqui entendida como estrutura física de cada UBSF

A oitava parte do estudo que tece as considerações finais do trabalho das equipes de Saúde da Família no município de Juiz de Fora onde se ressaltam algumas reflexões e proposições, referentes às ações dos integrantes das equipes, as quais pensou-se serem pertinentes no momento em que foi realizado este estudo.

E, finalmente, a nona parte que descreve o referencial bibliográfico utilizado no decorrer do processo de elaboração da tese.

## INTRODUÇÃO

O trabalho em saúde está relacionado diretamente e indiretamente a todas as questões propostas de mudança de modelo assistencial, questões estas preconizadas desde o início do movimento da reforma sanitária.

Hoje, uma das alternativas do SUS, para minimizar os impactos negativos do modelo curativo de assistência à saúde, realizado através do trabalho parcelado, é o trabalho desenvolvido na atenção básica pelas equipes de Saúde da Família.

O trabalho das equipes de Saúde da Família se originou na ação dos agentes comunitários no Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). As ações dos ACS com as famílias tinham como objetivo inicial contribuir para a redução da mortalidade infantil e mortalidade materna nas regiões norte e nordeste do país. O êxito do PACS e a necessidade de respostas mais efetivas levaram a incorporação de trabalhadores de nível superior, inicialmente o enfermeiro, como supervisor do trabalho dos agentes e, posteriormente, o médico baseando-se na experiência de Niterói com o Programa Médico de Família (VIANA; DAL POZ, 1998).

Ainda segundo Viana e Dal Poz (1998), o desenvolvimento do trabalho das equipes é um mecanismo pré-estabelecido pelo Ministério da Saúde. Desde da concepção do PSF, cada equipe deve trabalhar com 800 a 1000 famílias, e a remuneração deve ser diferenciada dos demais trabalhadores do SUS. A dedicação exclusiva é o regime de trabalho e a assistência prestada deve ser integral e contínua a todos os membros da família, além da atenção à demanda espontânea, organizada e gerada pelas ações educativas e coletivas. Todas essas ações desenvolvidas pelos trabalhadores são submetidas ao controle social.

Dessa forma, o trabalho das equipes de Saúde da Família para Jacobo Finkelman (2002) não é uma simples agregação do trabalho do médico, do enfermeiro, dos auxiliares de enfermagem e dos agentes comunitários. É uma força inovadora que está reformulando

os paradigmas da atenção básica o que cria uma sinergia, cujos resultados se encontram acima dos esforços individuais.

No entanto, as grandes transformações no mundo do trabalho introduzem novas discussões no âmbito do trabalho em saúde, principalmente em relação ao desenvolvimento do PSF.

Nesta direção, Vianna e Dal Poz (1998) afirmam que o desenvolvimento do trabalho das equipes de Saúde da Família vem enfrentando obstáculos desde a concepção do programa. Citam a pouca flexibilização dada pelo Ministério da Saúde, que tem uma estrutura centralizadora e indutora de políticas, como a lenta resposta do aparelho formador, principalmente nas faculdades de Medicina. Associam-se as resistências corporativas das associações de enfermagem e das associações médicas.

Assim, o trabalho das equipes de Saúde da Família enfrenta avanços e retrocessos, e adquire uma singularidade de acordo com o contexto em que ele se realiza.

Isto é afirmado por Vasconcelos (1999) quando diz:

O Programa de Saúde da Família tem-se expandido, sobretudo em áreas onde não existem centros de saúde bem estruturados. [...] Um desafio central do Programa é mostrar sua capacidade de integração com serviços locais de saúde bem estruturados, redefinindo qualitativamente seu modelo de atuação, [...]. (VASCONCELOS, 1999, p.174).

Então, quando as equipes de Saúde da Família desenvolvem seu trabalho em cidades de pequeno porte, realizam-no com características diferentes das cidades de médio e grande porte. O trabalho apresenta-se mais resolutivo nos pequenos municípios, onde normalmente, não há nenhum tipo de serviço estruturado de assistência à saúde, anterior ao PSF, o que o torna referência para as pessoas que necessitam de atenção à saúde.

Além disso, o distanciamento entre trabalhadores e comunidade, a grande alienação dos trabalhadores de saúde, associado ao grande corporativismo das profissões predominantes no setor saúde no Brasil, dificulta maiores avanços nesse processo.

Por acreditar que o PSF é um dos caminhos que pode realmente reorganizar e contribuir para o SUS se efetivar nos municípios brasileiros, procurou-se desenvolver um estudo sobre o trabalho das equipes de Saúde da Família a partir das seguintes questões norteadoras:

- De que maneira se organiza o trabalho nas equipes de Saúde da Família?
- Que aspectos das relações de trabalho das equipes de Saúde da Família favorecem ou obstaculizam o desenvolvimento dessa estratégia?

Tais questionamentos orientaram a busca de fenômenos intrínsecos ao trabalho das equipes de Saúde da Família do município de Juiz de Fora, de forma a proporcionar uma reflexão sobre o processo que as envolve. Isso é justificado pela necessidade de evidenciar novos caminhos para que trabalhadores e instituições dos municípios de médio porte conquistem uma maior resolubilidade na atenção básica e, conseqüentemente, nos demais níveis de atenção.

Nessa perspectiva, este estudo tem como objetivo analisar o trabalho das equipes de Saúde da Família no município de Juiz de Fora, na dimensão organizativa do processo produtivo, na dimensão político-ideológica e na dimensão econômica, considerando o trabalho como um emprego, uma função de organização, de administração, de governo e de reprodução da vida social e que faz parte do dia-a-dia do ser humano.

Para tanto, partindo do proposto por Santana (2001, p.226), estudou-se o trabalho das equipes de Saúde da Família:

- na dimensão organizativa do processo produtivo, em que as relações de trabalho se configuram nas relações decorrentes da sua divisão, isto é, aquelas que se estabelecem, indispensavelmente, entre os diversos atores que interagem no processo produtivo;

- na dimensão político-ideológica, em que as relações de trabalho se configuram nas relações de poder e espaço de geração de conflitos, e, portanto, campo de possibilidades de enfrentamento entre os interesses do trabalhador e os objetivos institucionais;
- na dimensão econômica, isto é, na qual as relações de trabalho se configuram na permuta entre a capacidade de trabalho por remuneração, entendendo-se capacidade como seu potencial de utilidade.

## **2 O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

A organização da atenção básica<sup>2</sup> em saúde no Brasil tem suas origens no movimento da reforma sanitária brasileira que nasceu entre as décadas de 70/80, quando setores acadêmicos (Universidades, Departamentos de Medicina Preventiva e Social e Escolas de Saúde Pública) e setores da sociedade civil começaram com um movimento de intensa crítica à ação centralizadora do Sistema Nacional de Saúde. No nível federal, esta proporcionava uma nítida dicotomia entre as ações coletivas e individuais que eram de responsabilidade do Ministério da Saúde e do Ministério da Previdência e Assistência Social, respectivamente, não havendo um comando único em cada esfera de governo (ANDRADE et al, 2000).

O movimento da reforma sanitária culminou com a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, que ocorreu em março de 1986, com a participação de diversos setores organizados da sociedade e na qual houve consenso sobre uma necessária e ampla reestruturação financeira, organizacional e institucional do setor saúde no Brasil indo ao encontro de uma ampliação do conceito de saúde. Assim, a saúde deveria estabelecer uma estreita relação com as condições de vida dos cidadãos, como moradia, alimentação, trabalho, lazer e renda (BRASIL, 1987).

Após a referida conferência, com a criação da Comissão Nacional da Reforma Sanitária, iniciou-se a implementação das políticas naquele momento sugeridas. O relatório obtido serviu de base para a Constituição de 1988 (BRASIL, 1988), que preconiza um Sistema Único de Saúde. Um sistema universal, integral e com acesso igualitário a todos os níveis de complexidade, o qual garante a qualidade da atenção por equipes profissionais qualificadas e com condições de trabalho.

Segundo Mendes (1998):

---

<sup>2</sup> Neste estudo adotamos a descrição de atenção básica dada por Souza (2003, p.208) que “é a estratégia estruturadora de sistemas de saúde e destaca-se pelo fortalecimento da promoção da saúde como norteadora de ações intersetoriais, pela capacidade de estabelecer vínculos de compromisso e de coresponsabilidade com as famílias e comunidades e pela valorização da atuação multiprofissional”.

No art.196 e inciso I declara-se que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com algumas diretrizes, dentre elas a descentralização, com direção única em cada esfera de governo. (MENDES, 1998, p.27)

A descentralização do setor saúde viabilizou o aumento de oportunidades de acesso aos serviços de saúde para a população, quando o comando das ações de saúde passou a ser local, isto é, próximo da realidade de vida dos cidadãos.

A criação do SUS e a municipalização da Saúde, inscritas na Constituição de 1988 e regulamentados pela Lei 8080, de setembro de 1990, deram continuidade ao processo de descentralização que se fortaleceu, à medida que adquiriu mais adeptos como o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990a).

A participação popular no processo de formulação de políticas de saúde e controle de sua execução em todos os níveis foi regulamentada pela Lei 8142, de dezembro de 1990, que organiza os Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde (BRASIL, 1990b).

A possibilidade de extensão de acesso aos serviços de saúde aos mais pobres e excluídos aí se apresenta, pois o controle e a destinação de verba pública pela sociedade civil, realizado de forma democrática e com justiça social, tendem a diminuir as iniquidades.

A Saúde da Família é uma estratégia de substituição de um modelo em que os trabalhadores das UBS atuam exclusivamente sobre a demanda espontânea de usuários, demanda essa majoritariamente voltada para a cura de doenças. Tal modelo tem ênfase no enfoque curativo, tratando o indivíduo como objeto de ação, com baixa capacidade de resolver problemas de saúde, saber e poder centrados no médico, acarretando desvinculação entre pessoal de serviço e comunidade e uma relação de custo benefício desvantajosa (BRASIL, 1996b). Busca-se um modelo plenamente sintonizado com os



princípios da universalidade e equidade da atenção e da integralidade das ações<sup>3</sup> e, acima de tudo, voltado à constante defesa de vida do cidadão.

A estratégia da Saúde da Família, implantada a partir de 1994, vem funcionando como uma das principais forças motrizes para a organização da atenção básica em saúde, buscando articular no âmbito comunitário, os preceitos de ação local e integral com os princípios basilares do SUS (BRASIL, 1997).

Nessa perspectiva, a organização da atenção básica tende a impulsionar o SUS, dentro da complexa realidade da saúde no Brasil, buscando um acesso à assistência à saúde mais equânime para cerca de 75% da população brasileira que utiliza o sistema (JATENE, 1999).

Para Capistrano Filho (1999),

[...] o Programa de Saúde da Família apresentou resultados extraordinários. Em alguns municípios do Ceará, Pernambuco e Minas Gerais, a mortalidade infantil reduziu-se a metade e continua a diminuir. Reduziram-se as internações hospitalares por desidratação, aumentou a aderência de pacientes de hipertensão arterial, diabetes, tuberculose e hanseníase aos tratamentos prescritos. As ações de educação para a saúde, há tanto tempo apenas preconizadas, começaram a dar frutos: aumentou o número de gestantes que completavam seis ou mais consultas de pré-natal, elevou-se a cobertura vacinal e a porcentagem de mães que amamentam seus filhos por mais de quatro meses. (CAPISTRANO FILHO, 1999, p.90)

Para Soares (2000) em que pesem todas as dificuldades, devido ao fato de ser uma estratégia vertical, imposta de cima para baixo pelo Ministério da Saúde, totalmente normatizada no nível central, é uma estratégia de mudança de modelo de atenção. Hoje se constitui importante política social em curso no país, visando reorganizar serviços, estender o acesso, possibilitar novas experiências em nível municipal, com impacto nos indicadores de saúde.

---

<sup>3</sup> Entende-se neste estudo o princípio da universalidade como o acesso garantido de atenção a saúde a todo cidadão em qualquer nível do sistema de saúde; a equidade como igualdade de direitos à saúde e a integralidade como o princípio que identifica o homem como ser integral, de tal forma que o estado de saúde dos indivíduos e da população seja o resultado das condições de vida, expressas em aspectos como educação, lazer, renda, alimentação, liberdade, condições de trabalho e a relação com o meio ambiente, transporte, moradia, etc.(MATTOS, 2001).

No Quadro 1, sintetizam-se os principais momentos históricos referidos por Viana e Dal Poz (1998), pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2001b, 2004a), sobre o desenvolvimento do PSF:

**QUADRO 1**  
**Principais Momentos do Programa de Saúde da Família no Brasil**

<b>Data</b>	<b>Momento</b>
<b>Década de 80</b>	Início da experiência de Agentes Comunitários de Saúde pelo Ministério da Saúde (MS).
<b>1991</b>	Criação oficial do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) pelo Ministério da Saúde.
<b>1994</b>	Realização do estudo “Avaliação Qualitativa do PACS”; criação do Programa Saúde da Família (PSF); primeiro documento oficial “Programa Saúde da Família: dentro de casa”; e criação de procedimentos vinculados ao PSF e ao PACS na tabela do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS).
<b>1996</b>	Legalização da Norma Operacional Básica (NOB 01/96) para definição de um novo modelo de financiamento para a atenção básica à saúde.
<b>1997</b>	Lançamento do Reforsus, um projeto de financiamento para impulsionar a implantação dos Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Recursos Humanos para Saúde da Família; publicação de um segundo documento oficial “PSF: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial”, dirigido aos gestores e trabalhadores do SUS e instituições de ensino; PACS e PSF são incluídos na agenda de prioridades da política de saúde; publicação da Portaria MS/GM nº 1.886, com as normas de funcionamento do PSF e do PACS.
<b>1998</b>	O PSF passa a ser considerado estratégia estruturante da organização do SUS; início da transferência dos incentivos financeiros fundo a fundo destinados ao PSF e ao PACS, do Fundo Nacional de Saúde; primeiro grande evento: “I Seminário de Experiências Internacionais em Saúde da Família”; edição do “Manual para a Organização da Atenção Básica”, que serviu como importante respaldo organizacional para o PSF; definição, pela primeira vez, de orçamento próprio para o PSF, estabelecido no Plano Plurianual.

<b>1999</b>	Realização do 1º Pacto da Atenção Básica e do segundo grande evento, “I Mostra Nacional de Produção em Saúde da Família – construindo um novo modelo”; realização do estudo “Avaliação da implantação e funcionamento do Programa Saúde da Família”; edição da Portaria n º 1.329, que estabelece as faixas de incentivo ao PSF por cobertura populacional.
<b>2000</b>	Criação do Departamento de Atenção Básica para consolidar a Estratégia de Saúde da Família; publicação dos Indicadores 1.999 do Sistema de Informação da Atenção Básica.
<b>2001</b>	Edição da “Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS/01”, ênfase na qualificação da atenção básica; realização de um terceiro evento, “II Seminário Internacional de Experiências em Atenção Básica/Saúde da Família (ESF); incorporação das ações de saúde bucal ao PSF; realização da primeira fase do estudo “Monitoramento das equipes de Saúde da Família no Brasil”.
<b>2002</b>	Realização de um quarto evento: “PSF – A saúde mais perto de 50 milhões de brasileiros” e da segunda fase do estudo “Monitoramento das equipes de Saúde da Família no Brasil”.
<b>2003</b>	Início da execução do Programa de Expansão e Consolidação da Estratégia de Saúde da Família (PROESF), cuja proposta inicial era a ampliação do programa em municípios de grande porte, ou seja, com mais de 100 mil habitantes, e publicação dos Indicadores 2.000, 2.001 e 2.002 do Sistema de Informação da Atenção Básica.

**FONTE: BRASIL (2001b, 2004a); VIANA ; DAL POZ (1998).**

Em termos de cobertura populacional o PSF<sup>4</sup>, em dezembro de 2004, atingiu nesse período, cerca de 65.856.074 habitantes, isto é, o PSF atingiu 36,08% da população brasileira (BRASIL, 2005).

<sup>4</sup> Sigla consagrada da Estratégia de Saúde da Família desde de sua implantação.

Nesse mesmo período, o número de pessoas em Minas Gerais que estava sendo contemplado era de **9.648.866** com ações de saúde realizadas pelas equipes do PSF, o que representava uma cobertura de **51,4%** da população mineira (BRASIL, 2005).

Assim, os principais benefícios pretendidos com a criação do PSF são: melhorias dos indicadores de saúde; ampliação do acesso a serviços básicos de saúde e ampliação do nível de resolução dos serviços de Atenção Básica de Saúde (estimava-se que 85% dos problemas de saúde poderiam ser resolvidos com ABS). Além desses, pretende-se ainda obter a humanização do atendimento via ampliação do vínculo de profissionais/famílias, a melhoria dos Sistemas Locais de Informação em Saúde, assim como a redução do número de exames complementares, de encaminhamento de urgência-emergência e especialidades de internações hospitalares por causas clínicas.

O PSF incorpora as bases conceituais presentes na Vigilância à Saúde. Estas incluem o planejamento e programação da oferta de serviços a partir do enfoque epidemiológico, abrangendo o entendimento dos diversos fatores de risco e a probabilidade de intervenção sobre os mesmos e utilizando ações de promoção da saúde. Promoção da saúde aqui definida como o processo de capacitar indivíduos e comunidades para a identificação e a realização de aspirações, satisfação de necessidades e, ainda, capacitar para mudar ou controlar o ambiente, aumentando o controle sobre os determinantes da saúde (BRASIL, 2002a).

Para execução de suas atividades, o PSF tem o seu financiamento via Piso de Atenção Básica que é R\$10,00/hab/ano, além do incentivo/ano por equipe que varia de R\$28.008,00 a R\$54.000,00, o que depende do percentual de cobertura da população, recebidos mensalmente em parcelas de 1/12. Há um incentivo adicional para implantação de novas equipes no valor de R\$ 10.000,00, por equipe, pago em duas parcelas (BRASIL, 2001a).

A política do Governo Federal prevê desde 2003 a ampliação dos recursos dos pisos de atenção básica, dos R\$ 1,837 bilhão para R\$ 1,989 bilhão o repasse federal para o

atendimento de saúde básica pelos municípios. Serão destinados mais de 430 milhões para ampliação e funcionamento dos programas de Saúde da Família e agentes comunitários de saúde. O repasse, segundo o governo federal, por equipe da Saúde da Família crescerá, em média, de R\$ 47 mil para R\$ 60,5 mil. Os recursos para agentes comunitários aumentarão, também em média, de R\$ 2.640,00 para R\$ 3.120,00 e permitirão a criação, segundo o Ministério da Saúde, de mais quatro mil equipes do PSF e 3 mil equipes de saúde bucal (BRASIL, 2003).

A expansão do PSF foi consolidada com o Projeto de Expansão e Consolidação do Programa de Saúde da Família - PROESF<sup>5</sup>. Esse projeto tem como objetivo apoiar a organização e o fortalecimento da Atenção Básica à Saúde no país, direcionado aos municípios com população superior a cem mil habitantes, onde o grande desafio é à reorganização desse nível de atenção. Porque segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2002c):

Em áreas de maior concentração populacional, a heterogeneidade das condições econômico-sociais reflete-se também no desigual acesso e utilização dos serviços de saúde. Nos grandes centros urbanos, em que pese a maior disponibilidade de oferta de serviços de saúde, particularmente os de média e alta complexidade, há que ressaltar as limitações quanto à qualidade e capacidade de respostas dos serviços. A implantação do Programa de Saúde da Família nas grandes cidades é mais complexa, exigindo mudanças de ordem quantitativa e qualitativa na sua operacionalização. (BRASIL, 2002c)

Ele prevê qualificação de recursos humanos e reforço ao sistema de informação para avaliação e monitoramento das ações e propõe mudanças na dinâmica do Programa, pois viabiliza recursos para estruturação das equipes/unidades. Busca também integrar procedimentos de outros níveis de complexidade SUS e, aperfeiçoar tecnologias de gestão.

---

<sup>5</sup> O PROESF reafirma as diretrizes operacionais do SUS como: avanços no processo de descentralização; integralidade e hierarquização dos serviços; territorialização e cadastramento da clientela; participação e controle social e atuação com base em equipes multiprofissionais (BRASIL, 2003).

O projeto ainda enfatiza que as particularidades das grandes cidades devem ser ressaltadas como a reestruturação dos modelos de atenção à saúde, a necessidade de regionalização e a reorganização funcional do sistema.

A expansão e o fortalecimento do Programa Saúde da Família deverão combinar a extensão de cobertura de serviços com a maior qualidade da atenção e satisfação das necessidades de saúde da população brasileira. Acrescido a isso vale destacar a aprovação da Emenda Constitucional 29, importante no sentido de um financiamento estável para o SUS, já que assegurou os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços de saúde. No ano de 2004 a previsão foi de 7% do PIB e, em 2005, 8% (BRASIL, 2000b).

A estratégia de Saúde da Família conta com o Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) que produz relatórios possibilitando a equipe conhecer a realidade sócio-sanitária da população acompanhada, avaliar a adequação dos serviços de saúde e ainda permite o monitoramento e avaliação das atividades desenvolvidas pelo PSF por gestores e trabalhadores de saúde municipais.

A equipe inicialmente proposta para implantação do PSF, em nível nacional, é de um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de 4 a 6 agentes comunitários, estimando-se, em média, uma cobertura de 3.450 pessoas por equipe.

De acordo com as orientações da estratégia de Saúde da Família (BRASIL, 2001c) as ações de cada um dos componentes da equipe ficaram assim estabelecidas:

- Os ACS estabelecem a ligação entre as famílias e o serviço de saúde, realizando o mapeamento das áreas, o cadastramento/diagnóstico, a identificação de microáreas de risco e ações coletivas com vistas a mobilizar a comunidade.
- O médico atende a todos integrantes de cada família, independente de sexo e idade, e desenvolve com os demais integrantes da equipe ações preventivas e de promoção da qualidade de vida da população.

- O enfermeiro supervisiona o trabalho do agente comunitário e do auxiliar de enfermagem, realiza consultas na unidade de saúde, além de atender pessoas que necessitem de cuidados de enfermagem no domicílio.
- O auxiliar de enfermagem realiza procedimentos de enfermagem na unidade de saúde e no domicílio, e executa ações de orientação sanitária (BRASIL, 2001).

A equipe de Saúde da Família parte do conhecimento da realidade da população sob sua responsabilidade e busca desenvolver um processo de planejamento pactuado na programação, na execução e na avaliação da estratégia (BRASIL,2000a). Para o MS (BRASIL, 2001c) a metodologia do trabalho das equipes está baseada na reorganização dos métodos e rotinas. A equipe deve organizar a demanda, organizar a atenção domiciliar, organizar o trabalho em grupos e buscar a educação permanente.

A partir dessa organização, as equipes estariam capacitadas para conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis. Elas assim poderiam identificar os principais problemas de saúde e situações de risco aos quais a população estivesse exposta. Com a elaboração de um plano local em conjunto com a comunidade, a equipe poderia melhorar as condições que determinam o processo de saúde/doença.

Os problemas de saúde identificados poderiam ser enfrentados através de ações educativas e intersetoriais. Uma assistência integral e contínua, com a racionalização das demandas organizadas e espontâneas na unidade de saúde, na comunidade, no domicílio e no acompanhamento ao atendimento nos serviços de referência ambulatorial, também levaria à solução dos mesmos (BRASIL, 2001 c).

A equipe tem apoio e referência na unidade básica de Saúde da Família (UBSF). Está é a estruturação física do PSF e assume a responsabilidade de uma população a ela vinculada. Constitui-se parte orgânica do sistema de saúde, dentro dos princípios de integralidade e hierarquização.

As equipes de saúde e as unidades se posicionam na base de organização dos sistemas locais de saúde. Podem atuar como importante orientador de demandas mais complexas, à medida que possibilitam a solução dos problemas mais frequentes e identificam necessidades que requerem intervenções diagnósticas e terapêuticas mais complexas em termos de recursos humanos e materiais.

O PSF acarretou uma maior absorção de trabalhadores de saúde de diferentes formações e especialidades pela abertura de novos postos de trabalho (MISHIMA et al, 1997). A absorção de trabalhadores de saúde, entre outros aspectos, demonstra um avanço significativo no setor saúde; no entanto, o aglomerado de trabalhadores de categorias diferentes, por si só, não assegura a integração em torno de objetivos comuns, nem o aspecto interdisciplinar necessário.

Isso pode ser explicado, de acordo com Bach (2003), por uma insuficiente atenção dada às questões de gerenciamento de recursos humanos na saúde. Para que reformas no setor saúde sejam eficazes é importante reconhecer as características distintas e a herança histórica do gerenciamento de recursos humanos, reconhecer a importância de desenvolvimento de tais recursos desde o estágio inicial da reforma. O desenvolvimento dos recursos humanos na saúde não deve se restringir simplesmente à frequência de treinamentos e planejamento da força de trabalho, mas a uma agenda mais vasta que inclua um programa de capacitação de lideranças com competências necessárias para desenvolver e executar reformas complexas, respeitando um cronograma real para a implementação das mesmas.



### **3 O TRABALHO: uma visão contemporânea**

Os seres humanos são preparados para o trabalho desde o nascimento, pois, para exercê-lo, é preciso adquirir habilidades e conhecimentos. O homem, ao trabalhar, transforma a natureza e ao mesmo tempo transforma-se a si mesmo, porque ao desenvolver o trabalho, o indivíduo é capaz de solucionar os problemas que surgem, muitas vezes, modificando sua concepção inicial, transformando seu modo de pensar e, assim, se modificando.

À medida que o ser humano planeja seu trabalho, altera-o quando necessário e emprega sua força de trabalho<sup>6</sup> para atender a seu objetivo, e controla todo o processo de produção do ofício a que está ligado.

O homem, assim, desempenha um trabalho que é social, isto é, realiza um tipo de atividade estabelecida pela sociedade, e aquele agregado aos demais trabalhos desenvolvidos são para atender às necessidades dessa sociedade. O homem, portanto, é capaz de trabalhar através de uma divisão social de ocupações ou ofícios.

As atividades trabalhistas pré-industriais constituíam parte indissolúvel das demais atividades da vida social, como lazer, família e comunidade. A noção burguesa opõe trabalho a não-trabalho ou lazer, separando as esferas doméstica e pública da vida social.

A Revolução Industrial, ocorrida em fins do século XVIII e início do século XIX, transformou o trabalho desenvolvido pelo homem, ao substituir sociedades de base essencialmente agrícola pelas sociedades industriais, que se baseiam no uso de máquinas e fontes de energia não-animais para produzir bens acabados. Ocasionalmente também, vastos e profundos efeitos sobre a estrutura da vida social, desde as formas assumidas pelas instituições políticas aos ritmos da vida familiar (JOHNSON, 1997).

---

<sup>6</sup> Segundo Bava Júnior (1990:73) é o conjunto das capacidades físicas e intelectuais; próprias a cada indivíduo ou conjunto de indivíduos os quais são postos em movimento nas atividades produtoras das condições de existência de toda sociedade e de cada família em particular. Pensar em força de trabalho é pensar em coisas tais como produção, emprego e desemprego, renda, divisão de trabalho, setor de emprego, assalariamento (NOGUEIRA, 1983).

Com a Revolução Industrial, ocorreu o desenvolvimento do Capitalismo, trazendo uma mudança radical da relação do homem com a natureza e dos homens entre si, possibilitando a apropriação privada dos meios de produção e a exploração do trabalho de segmentos significativos da sociedade. Associou-se a noção de trabalho à sua forma institucional, o emprego. O trabalho, como emprego, como função a ser desempenhada **na** ou **para** produção, tornou-se importante referencial para o desenvolvimento emocional, ético e cognitivo do indivíduo ao longo do seu processo de socialização e, igualmente para seu reconhecimento social.

As transformações do trabalho conseqüentes ao Capitalismo se deram de forma processual. A história do sistema capitalista aponta, de acordo com Braverman (1987), quatro momentos característicos do processo de trabalho neste sistema.

A **cooperação simples**, na qual o trabalhador executa tarefas variadas correspondentes as do artesão, mantendo-se a unidade entre concepção e a execução do trabalho. O controle o capitalista é pela relação de propriedade.

A **manufatura**, em que os ofícios dos antigos artesões são decompostos em várias atividades, tendo-se a separação entre a concepção e a execução do trabalho. Inicia-se, então, o processo de desqualificação do trabalho. Nesse caso o controle do capital permite aumentar a produtividade.

A **maquinaria**, na qual as ferramentas artesanais são substituídas pela máquina e se aprofunda mais a separação entre concepção e a execução do trabalho. O trabalhador desqualifica-se ainda mais, porque passa a fazer algumas tarefas isoladas que o impedem de ter um conhecimento sobre a totalidade do processo de trabalho no qual está envolvido. A maquinaria, por sua vez, apresenta duas situações no que diz respeito à divisão e à organização do trabalho. A primeira é a **maquinaria simples** em que o trabalhador mantém algum controle sobre a realização de sua tarefa. O capital busca incentivar a produtividade, criando a remuneração por volume de produção na tentativa

de fazer o trabalhador aumentar voluntariamente o seu ritmo de trabalho. A segunda é a **organização científica do trabalho** representada pelo taylorismo e fordismo. O primeiro busca reduzir ao máximo o tempo gasto na execução de cada tarefa e o fordismo, um ordenamento seqüencial em cadeia do processo de produção. Ambos atuam na consolidação da etapa da maquinaria, viabilizando uma mudança na base técnica do trabalho e uma divisão extrema no interior da planta industrial, transformando o trabalhador em objeto e não sujeito da produção.

Com a **automação**, marco da era industrial, ocorre uma redução acentuada da participação da força de trabalho, a qual fica restrita às funções de vigilância do processo produtivo. Por um lado, aumenta consideravelmente a produtividade e suprime tarefas repetitivas; por outro lado, o trabalhador não tem mais intervenção direta sobre o processo de produção (COHN; MARSIGLIA, 1992).

O sistema capitalista, com a criação das indústrias, parcelou as ocupações ou ofícios na medida em que apenas o proprietário da indústria detinha o conhecimento da atividade produtiva por completo e os trabalhadores conheciam apenas parcelas da atividade necessária à produção.

Deter o conhecimento sobre a totalidade do processo de produção pelo capitalista, ignorando o conhecimento dos trabalhadores e mantê-los na submissão às regras impostas pelo sistema, levou à criação de processos de controle de administração científicos.<sup>7</sup>

Para Dias(1999), a administração científica preocupava-se com quatro passos fundamentais:

- o primeiro, a importância de uma ciência que criasse regras rígidas de movimento para o indivíduo, a padronização do processo de trabalho;

---

<sup>7</sup> A administração científica é pautada nos ensinamentos de Frederick Winslow Taylor, nas últimas décadas do século XIX.

- o segundo passo era medir as especificações humanas que mais se ajustariam à determinada tarefa, afim de escolher o melhor trabalhador para um trabalho em particular;
- o terceiro passo era o da cooperação em que o gerente dos trabalhadores deveria cooperar com os mesmos para ter certeza de que todos os trabalhos estavam sendo desenvolvidos de maneira correta;
- o quarto passo era a manutenção da divisão do trabalho entre gerentes e trabalhadores; onde havia clara divisão entre o trabalho intelectual e o manual, os gerentes planejavam e os trabalhadores executavam.

O padrão produtivo da administração científica reduziu a ação do trabalhador a um conjunto repetitivo de atividades cujo somatório resultava no trabalho coletivo que originava um determinado produto. O trabalhador passou a ser apêndice da máquina dando ao capital maior intensidade na extração do sobretrabalho.<sup>8</sup>

Desde as três últimas décadas do século XIX, diferentes organizações e instituições foram influenciadas pelo modo de controle do trabalho das fábricas e o padrão produtivo da indústria capitalista se reproduziu para toda sociedade. O aumento da produtividade em uma fábrica, através da divisão pormenorizada do trabalho, foi levado a outras atividades e influenciou decisivamente a condição do ser humano no século passado (DIAS, 1999).

Durante quase três décadas após a Segunda Guerra Mundial, os países industrializados ingressaram num período de crescimento intenso chamado de anos áureos do Capitalismo, quando foi assegurado à expansão econômica e o pleno emprego. Essa expansão da produção capitalista teve como contrapartida o desenvolvimento de sistemas de proteção social fortemente estatizados, em que os Estados adotaram um conjunto de políticas públicas voltadas para a cobertura dos riscos advindos da invalidez,

---

<sup>8</sup> Aqui entendido como aquele necessário para obtenção de mais valia. Mais valia de acordo com a definição de Ferreira (1999, p.1257) é: na economia marxista, valor do que o trabalhador produz menos o valor de seu próprio trabalho (dado pelo custo de seus meios de subsistência). A mais valia mede a exploração dos assalariados pelos capitalistas e é a fonte do lucro destes.

da velhice, da doença, do acidente de trabalho e do desemprego, ficando conhecidos como Welfare-State (DUARTE et al., 2000).

Nos anos 50, uma empresa japonesa introduziu conceitos, que visavam ao máximo controle dos produtos e dos processos, interpretados ora como rompimento, ora como re-significação do taylorismo-fordismo. O Japão, obtendo espetaculares performances no seu comércio exterior, precipitou a crise que o padrão de desenvolvimento capitalista experimentaria, no Ocidente, a partir dos anos sessenta. Iniciou-se uma série de mudanças na organização do processo de produção e de trabalho das empresas, conhecidas como Modelo Japonês de Produção ou toyotismo<sup>9</sup>. As empresas dos países avançados, visando recobrar sua competitividade procuram em um primeiro momento automatizar-se, porém os altos custos em investimentos e os insatisfatórios resultados fazem aquelas empresas perceberem que o diferencial de produtividade em favor do Japão não se deve a uma maior intensidade em capital ou às tecnologias mais avançadas e, sim, à organização da produção e do trabalho (JOHNSON, 1997).

A reestruturação produtiva, desencadeada a partir do final dos anos setenta e início da década de 80, provocou expressivas mudanças tanto na estrutura ocupacional quanto no tocante à qualificação de trabalho, o que determinou a necessidade de modificações na orientação das políticas públicas empresariais de formação profissional e treinamento de recursos humanos.

O mundo passou a vivenciar as rivalidades internacionais e os conflitos originários de sua divisão em esferas de influência econômica. Ocorreu o aumento de organizações monopolistas no centro de cada país capitalista, a internacionalização do capital, a divisão internacional do trabalho, o imperialismo, o mercado mundial e o movimento mundial do capital, bem como as mudanças na estrutura do poder estatal (BRAVERMAN, 1987).

---

<sup>9</sup> Nesta noção, estão envolvidos desde de uma dimensão abstrata como os fundamentos da cultura oriental, procedimentos práticos de operações e administração de estoque e arranjos institucionais e políticas públicas do Japão.

Dias (1999) reforça que aquelas transformações iniciadas no século XIX culminaram com a globalização<sup>10</sup>, que não deve ser considerada como um processo natural, mas, sim, como uma obra humana e como resultado de vários processos políticos e econômicos, tornando-se cada vez mais uma forma de organização e condução da sociedade humana.

A globalização se refere à atual fase histórica do capitalismo, de predomínio do capital financeiro sobre o capital produtivo, acarretando o aumento do caráter especulativo do capitalismo e a intensificação da concorrência, através da eliminação de barreiras e fronteiras que possam impedi-la. As medidas de liberalização e de desregulamentação econômicas surgem transformando o mundo num só e único mercado.

Esse mercado é representado e determinado por empresas, conglomerados e corporações transnacionais e desse modo a vida social passa a ser mais determinada pela esfera privada que não possui nenhum compromisso social, nem preocupação com a qualidade do emprego, saúde, educação, cultura e meio ambiente, mas apenas com a quantidade de riqueza abstrata.

Há que se refletir criticamente sobre a globalização, pois ela escamoteia a permanência e a ampliação das contradições que vêm caracterizando as relações entre países centrais e periféricos. A tecnologia atual tem aprofundado o processo de especialização internacional, elevando a produtividade dos países centrais, a força dos monopólios e as contradições que formam a crise capitalista mundial.

A tecnologia é um produto do trabalho humano, é a natureza modificada, transformada, segundo a intencionalidade humana. A tecnologia moderna (especialmente a automação microeletrônica e a informática) é o suporte da globalização, porque suas características permitem que ocorra produção em massa em ritmos acelerados; segmentação dos processos produtivos permitindo, assim, sua internacionalização; produção, compras, vendas e financiamento controlados à distância, entre outras.

---

<sup>10</sup> Neste estudo consideramos como a existência de profunda interdependência, principalmente econômica entre os países.

Economias como as da Ásia, África e América Latina são condicionadas a transformarem-se em meras fontes de matérias-primas e simples apêndices de processos industriais controlados de fora, fomentados em razão das vantagens comparativas que apresentam como baixos salários, isenção de impostos e facilidades infra-estruturais. Elas assim, integram-se numa ordem econômica internacional que as impede de desenvolver suas forças produtivas, aprofundam suas dependências e lhes agrava os desequilíbrios estruturais (DUARTE et al., 2000).

Essa ordem econômica mundial é baseada no neoliberalismo que teve origem após a Segunda Guerra Mundial (1945), no movimento de reação teórica e política ao Estado intervencionista e de bem-estar, e de uma preocupação com o mundo devido à existência de regimes totalitários como o nazismo, o fascismo e o comunismo (OLIVEIRA JÚNIOR, 2000).

A política e a ideologia neoliberal caracteriza o Estado<sup>11</sup> como uma organização jurídica mínima, que não interfere no livre jogo dos agentes econômicos, em que o mercado tem primazia sobre o Estado. Por isso a instituição é capaz de coordenar racionalmente quaisquer problemas sociais, sejam eles de natureza puramente econômica ou política. As ações individuais se sobrepõem às ações de caráter coletivo.

Na perspectiva neoliberal, para que o mercado possa cumprir a sua função, a interferência do Estado deve ser a menor possível, cabendo a este proteger a liberdade dos indivíduos, preservar a lei e a ordem, reforçar os contratos privados e promover os mercados competitivos. Este Estado volta-se para a defesa externa e a ordem interna, incluindo alguns bens e serviços de consumo coletivos na sua agenda, mas não se encarregando da produção direta desses bens (LAURELL, 1995).

---

<sup>11</sup> Estado entendido como organização jurídica, com poder coercitivo de determinada comunidade (DUARTE, et al., 2000).

Mais ainda, o Estado de bem-estar, em perspectiva neoliberal, é causador de crise, pois, para proporcionar previdência social, cobra altos impostos, além de se valer de uma grande e ineficiente burocracia e proteger exageradamente os trabalhadores sindicalizados. Isto destrói a liberdade dos cidadãos e a força da concorrência, prejudicando a prosperidade de todos (LAURELL,1995).

A ideologia do neoliberalismo procura manter um Estado forte para desestabilizar o poder dos sindicatos no controle do dinheiro, e um Estado mínimo para os gastos com políticas sociais (DUARTE et al., 2000).

Na década de 80, o neoliberalismo se implantou fortemente nos Estados capitalistas avançados devido à crise do capitalismo pós-guerra que gerou uma longa e profunda recessão, tornando-se, posteriormente, hegemônico mundialmente enquanto ideologia (OLIVEIRA JÚNIOR, 2000).

De acordo com Soares (1999), na América Latina, a ideologia do neoliberalismo iniciou-se no Estado autoritário de Pinochet no Chile (pioneiro do ciclo neoliberal da história contemporânea), onde o programa de desregulação, desemprego massivo, repressão sindical, redistribuição de renda a favor dos ricos e privatizações de bens públicos foram duramente implantados.

Segundo a mesma autora, o Brasil, a partir dos anos 80, se tornou bastante frágil devido às mudanças profundas e adversas no âmbito internacional, na qual as opções do passado quanto à expansão capitalista e seu financiamento foram marcantes, focalizando os problemas de ordem tecnológica e financeira da economia brasileira, cada vez mais dependente dos agentes internacionais. Com o fracasso das opções adotadas para organizar um novo caminho de expansão capitalista (II PND, por exemplo)<sup>12</sup> e com a crise do endividamento externo, o país se submete passivamente aos credores internacionais. Em 1989, o Estado brasileiro adota, seguindo os padrões internacionais, a

---

<sup>8</sup> Segundo Plano Nacional de Desenvolvimento (1975 a 1979) constitui uma ampla e articulada experiência de planejamento no Brasil, entretanto fracassou pois coincidiu com a fase de retração cíclica da economia.



política econômica neoliberal como tentativa de solução da hiperinflação e com o objetivo de reorientar a economia brasileira no sentido da modernização e reinserção do país em um mundo globalizado, apoiando-se basicamente na estabilização, na abertura comercial e financeira e na privatização de empresas e de serviços públicos.

Oliveira Júnior (2000) destaca que o Brasil, atendendo aos objetivos dessa ideologia política, facilita o estabelecimento do capital externo, criando condições inapropriadas para a indústria nacional, que aumenta as importações e se torna, cada vez menos viável, deteriorando a soberania nacional. A política neoliberal do Estado brasileiro propicia através da desregulamentação financeira melhores condições para a especulação do que para a produção.

Dados da Folha de São Paulo de 20/08/2001 demonstram que o país estava mais vulnerável e que o grau de dependência em relação ao capital externo (FMI) disparou entre 1995 e 2000. Os números indicam que de 1995 até 2000, o país passou a gastar mais com a dívida externa (os gastos saltaram de 3% do PIB em 95 para 9,4 % em 2000) (CRUZ, 2001).

Observa-se que a adesão, mesmo que tardia, das políticas de ajuste do Brasil a essa ideologia mundial calcada na competição, nos interesses comerciais e financeiros, na lógica do mercado e do consumismo levou a agravar as desigualdades sociais, com o aumento da violência e da pobreza.

A política neoliberal, ao contrário do que dizia seu fundador<sup>13</sup>, não conseguiu nenhuma revitalização básica do capitalismo avançado; ao contrário, conseguiu levar a pobreza e a miséria a dois terços da humanidade e a uma crescente e incessante desigualdade social no mundo.

---

<sup>13</sup> Para Anderson (1995), (apud DUARTE et al., 2000) foi Friedrich Hayek o primeiro a sistematizar as teses neoliberais.

O Brasil, como o mundo de uma maneira geral, até mesmo aqueles países teoricamente contrários à política e ideologia neoliberal, está desprovido de alternativas que consigam fazer frente à hegemonia neoliberal.

O desemprego estrutural<sup>14</sup> foi expandido de forma brutal e atinge o mundo em escala global, e a classe trabalhadora, conseqüentemente, passa por um processo de heterogeneização, fragmentação e complexificação (ANTUNES, 1999).

O mundo do trabalho sofreu transformações ocorrendo: uma diminuição da classe operária industrial tradicional, uma crescente incorporação do contingente feminino ao mundo operário, congregando o padrão dominante de relações sociais entre os sexos existentes na sociedade em geral. Essa incorporação favorece comportamentos de submissão e obediência das mulheres às imposições de ritmo, carga de trabalho, repouso<sup>15</sup>. Tais diferenças, entre outras razões, possibilitam ocultar as variações de salário, critérios de promoção, dificultam a união das reivindicações e justificam muitas discriminações e penalidades a que as trabalhadoras estão sujeitas. A inter-relação entre a esfera doméstica e a esfera de produção é distinta para ambos os sexos: às mulheres cabem as responsabilidades do cuidado com os filhos, o que, em tese entre outras coisas, pode ocasionar atrasos e maior absenteísmo no trabalho.

Segundo Antunes (1999), reforçando tais condições, ocorreu expansão do trabalho parcial, temporário, precário, subcontratado, terceirizado e, principalmente, houve uma expansão do trabalho assalariado no setor de serviços<sup>16</sup>.

---

<sup>14</sup> É causado por mudanças tecnológicas de grande alcance (aumento intensivo e extensivo da mecanização e da automação) ou por alterações profundas no funcionamento do mercado. É entendido como um componente do sistema econômico e é gerado pelo próprio modelo de desenvolvimento adotado (DUARTE et al., 2000).

<sup>15</sup> Os trabalhos considerados femininos são caracterizados pela leveza, repetição, meticulosidade, sedentarismo enquanto que os trabalhos considerados masculinos podem ter características tais como a insalubridade, a periculosidade, a exigência de uso de força física bastante acentuado.

<sup>16</sup> Este setor também chamado de setor terciário da economia abrange a comercialização dos bens de produção de serviços, ou seja, atividades tais como as de comércio, armazenagem, transporte, sistemas educacionais, saúde, sistema bancário, telecomunicações, fornecimento de energia elétrica, administração pública, serviços de água e esgoto e outras atividades (DUARTE, et al., 2000).

Os trabalhadores assalariados do setor de serviços possuem grande diferenciação no que diz respeito a níveis salariais, prestígio e tipo de atividades desenvolvidas, mas são homogêneos por executarem atividades distintas da produção material do tipo industrial (BRAVERMAN, 1987).

O trabalho no setor de serviços pode resultar uma mercadoria para venda, como por exemplo, a comida produzida em uma cantina, ou um serviço ou em um produto no qual a produção e o consumo são indissociáveis, ocorrem simultaneamente como o caso da prestação de serviços de saúde (BRAVERMAN,1987).

O setor de serviços, apesar de intensa multiplicidade de atividades e de feitos de produzir, também é profundamente influenciado pela lógica de acumulação de capital pela tecnologia e pelas maneiras de organização do trabalho utilizadas na indústria. É também influenciado pelo trabalho parcelado e pela gestão taylorista e fordista<sup>17</sup>; como também pelas inovações tecnológico-organizacionais do processo recente da reestruturação produtiva (LEOPARDI,1999).

A Saúde, enquanto integrante do setor de serviços compartilha das mesmas peculiaridades do processo de produção desse setor da economia, ou seja, uma divisão social e técnica do trabalho, mas possui características específicas, que precisam ser compreendidas no sentido de assegurar a resolubilidade do setor saúde.

---

<sup>17</sup> Termo relacionado a Henry Ford, empresário norte-americano, que, no início do século, aplicou e desenvolveu os princípios da organização do trabalho sistematizados por Taylor.

## 4 O TRABALHO EM SAÚDE

O trabalho em saúde, relacionado a uma estrutura social e envolvido em uma rede complexa de relações, já tem sido relatado por vários autores, como Melo (1986) Xavier et al (1987), Egry e Shima (1992), Gonçalves (1994) e Almeida e Rocha (1997), Merhy (1997). Isso demonstra que o trabalho em saúde é um campo rico, diversificado e inesgotável de estudo. Na sociedade capitalista brasileira, o mesmo se organiza tecnologicamente de duas formas: através do modelo epidemiológico que tem o objetivo de controlar as doenças na comunidade e considera doença como um processo coletivo; e do modelo clínico, que se destina a recuperar a força de trabalho e concebe doença como algo biológico e individual (ALMEIDA; ROCHA, 1997). Dependendo do predomínio das ações implementadas, as conseqüências políticas e as práticas de saúde serão diferenciadas.

É um trabalho em que ocorre produção não material e que se completa no ato de sua realização. Seu resultado não é o mesmo de um produto comercializável no mercado, seu produto é indissociável do processo, é a própria realização da atividade. Tem o trabalho como **finalidade** – a ação terapêutica de saúde; como **objeto** – o indivíduo ou grupos doentes, sadios ou expostos a risco, necessitando de medidas curativas, preservar a saúde ou prevenir doenças; como **instrumental de trabalho** – os instrumentos e as condutas que representam o nível técnico do conhecimento, que é o saber de saúde e o **produto final**, a própria prestação da assistência de saúde que é produzida no mesmo momento que é consumida (PIRES, 1998).

O trabalho em saúde é, na maioria dos casos, institucionalizado, realizado no espaço hospitalar ou ambulatorial, resultando de um trabalho coletivo efetivado por diversos trabalhadores treinados para realizar uma série de atividades necessárias para manutenção da estrutura institucional (PIRES, 1998).

Os trabalhadores de saúde são todos aqueles que se inserem direta (médicos, enfermeiras, auxiliares e técnicos de enfermagem, nutricionistas, psicólogos,

fisioterapeutas, odontólogos, fonoaudiólogos, farmacêuticos e bioquímicos e assistentes sociais, técnico raio x, entre outros, que realizam exames complementares) ou, indiretamente, (porteiros, motoristas, funcionários administrativos, cozinheiros, funcionários da limpeza) na prestação de serviços, no interior dos estabelecimentos dessa natureza ou em atividades de saúde, podendo ter ou não formação específica para o desempenho de funções referentes ao setor (PAIM, 1994).

As especificidades do trabalho em saúde são demonstradas principalmente por esses trabalhadores que atuam no setor, os quais podemos denominar de trabalhadores coletivos de saúde, pois são trabalhadores de diversas categorias que integram um processo produtivo, cuja particularidade é a intensa divisão de trabalho levando ao surgimento e consolidação de novas categorias profissionais e ocupacionais (PIRES, 1998; SANTANA, 2001).

A intensa divisão de trabalho compreende três dimensões: a formativa; a de gestão e de gerência de serviços e a de produção de serviço nas quais se operam ações promocionais, preventivas e curativas (RODRIGUES; ARAÚJO, 2003)

Nos serviços públicos de saúde, todos os trabalhadores são assalariados, e em função do caráter da relação trabalhista, passam por situações de contraponto entre as regras de funcionamento das instituições e as regras vigentes sobre o exercício profissional (PIRES, 1998). Modalidades de contratos flexíveis são desenvolvidas tendo como respaldo o Estado Mínimo imposto pelas reformas neoliberais.

No caso do Brasil, a implementação do PSF, além de aumentar postos de trabalho no setor de serviços de saúde, desenvolveu formas flexíveis de contratação de trabalhadores.

A participação da pesquisadora como facilitadora em Treinamentos Introdutórios <sup>18</sup> promovidos pelo Pólo de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para Saúde da Família do NATES/UFJF, nas regiões sul e sudeste de Minas Gerais permitiu observar que:

- os postos de trabalho na rede de atenção básica têm se elevado, sendo um trabalho intensivo a despeito dos avanços tecnológicos e das inovações organizacionais;
- as modalidades de contratação e a flexibilização<sup>19</sup> originam trabalhadores de saúde com vínculos empregatícios precários, pois adotam-se alternativas de subcontratação, envolvendo cooperativas de trabalhadores, organizações não governamentais e ainda empresas privadas;
- as sub-contratações não garantem os direitos sociais e trabalhistas que historicamente estão associados ao setor saúde.

Partindo dessas afirmações, o processo de trabalho na área da saúde deve ser considerado de forma distinta devido à especificidade do setor. A pura operação de forças de mercado não é uma receita adequada para o funcionamento do setor, porque a sociedade constrói formas institucionais variadas para superar essa incapacidade do mercado, determinando um papel essencial para o provimento adequado desses serviços (CAMPOS; ALBUQUERQUE, 1999).

Considerando o processo de trabalho em saúde distinto e com características específicas, Santana (2001), em artigo organizado para capacitação de recursos humanos para saúde, discute acerca da gestão do trabalho nos estabelecimentos de saúde, destacando as relações de trabalho como objeto privilegiado para se tratar. Para o autor é importante estudar as relações de trabalho envolvendo três dimensões, a saber: dimensão

---

<sup>18</sup> Treinamento Introdutório para Saúde da Família segundo o Ministério da Saúde (1999), tem como objetivo introduzir as equipes de Saúde da Família no serviço, visando instrumentalizar os profissionais com conteúdos essenciais para iniciar o trabalho.

<sup>19</sup> Nesse estudo entendida como: a qualidade apresentada pelas relações que se estabelecem no mercado de trabalho incentivada pela crise econômica iniciada nos fins dos anos 80. Ela se caracteriza pela diminuição e mudanças nas normas e leis que regem as relações de trabalho, que têm levado à redução do número de empregos regulares e ao aumento do trabalho temporário, parcial e dos sub-contratados.

organizativa do processo produtivo; dimensão político-ideológica; dimensão econômica.

#### **4.1 A DIMENSÃO ORGANIZATIVA DO PROCESSO PRODUTIVO**

A dimensão organizativa do processo produtivo se caracteriza pela divisão de trabalho que permeia a vida do trabalhador dentro das organizações.

Faz-se necessário, neste momento, esclarecer que a divisão de trabalho a qual nos referimos é aquela divisão manufatureira do trabalho, isto é, o parcelamento dos processos implicados na elaboração do produto em inúmeras operações executadas por diferentes trabalhadores. É a divisão do trabalho no pormenor, aquela que atende às necessidades peculiares do capital e não a divisão social do trabalho<sup>20</sup>.

A divisão do trabalho barateia os custos na sociedade capitalista que é baseada na compra e venda da força de trabalho. A força de trabalho como mercadoria não é organizada de acordo com as necessidades e aspirações dos que a vendem, mas, sim, de acordo com os compradores, os empregadores à procura de ampliar o valor de seu capital (BRAVERMAN, 1987).

A alienação progressiva dos processos de produção pelo trabalhador dá origem a cidadãos mínimos, isto é, cidadãos que não questionam, são subordinados, aceitando exploração e exclusão como fatalidade ou um problema de seu despreparo (FRIGOTTO, 2002).

No setor saúde, a organização e a divisão do trabalho define-se pelo objetivo final que se quer atingir. Se o mesmo se caracteriza pela produção da cura, centrado na concepção médico-curativa, o processo de trabalho é fragmentado, compartimentalizado: cada grupo de profissionais se organiza e presta parte da assistência separado dos demais. Já

---

<sup>20</sup> Deriva-se do caráter específico do trabalho humano, trabalho executado na sociedade e através dela, pois o homem não pode produzir sozinho e sim em conjunto com outros homens (BRAVERMAN, 1987).

se o objetivo final é a produção de saúde, centrado na concepção do cuidado, o processo de trabalho deve ter ênfase no trabalho em equipe, na humanização da assistência e na ética da responsabilidade.

Na produção da cura, o trabalho está centrado na atenção do médico, em que é o elemento central do processo assistencial (PIRES, 1999), porque, nesse modelo, ele detém o conhecimento especializado, específico e suficientemente misterioso para o atendimento da clientela (MACHADO, 1995). Além de que, o trabalho médico é necessário para que muitos aparelhos funcionem e para que muitos procedimentos se realizem gerando receita.

Nessa concepção que é a hegemônica do setor, os demais grupos de profissionais, enfermeiros, fisioterapeutas, assistentes sociais, psicólogos e farmacêuticos, apesar de suas especificidades, atuam majoritariamente em atividades complementares ao ato médico.

A divisão do trabalho nessa concepção pode ser bem visualizada, por exemplo, no trabalho da enfermagem que é realizado por uma equipe ou grupo, formado por **enfermeiras**<sup>21</sup> que são profissionais que possuem diploma de nível superior; **técnicos de enfermagem** trabalhadores que tem formação técnica de nível médio e **auxiliares de enfermagem** que fazem curso específico e possuem ensino fundamental.

Esses profissionais dividem o trabalho, garantindo à enfermeira o papel de detentora do saber e controladora do trabalho em enfermagem, e cabendo aos demais o papel de executores de tarefas delegadas.

A partir da divisão do processo de trabalho, as relações de poder, assim, se estabelecem dentro da equipe de enfermagem. As enfermeiras, ao realizarem atos de saúde como, por exemplo, grupos educativos e consultas de enfermagem, consideram-nos de maior

---

<sup>21</sup> Utilizou-se a designação do gênero feminino, evitando o emprego do masculino genérico, ao referir-se aos profissionais de nível superior partindo da realidade de ser a atividade desempenhada majoritariamente por mulheres, não querendo desconsiderar a participação dos homens na profissão.



complexidade. Já os demais trabalhadores de enfermagem realizam a maioria das atividades complementares ao ato médico, como nebulizações, injeções e curativos, considerados como procedimentos básicos da enfermagem (FRIEDRICH, 2000).

Na produção da saúde, o trabalho está centrado na equipe, que não pressupõe acabar com as especificidades dos diversos trabalhos, porque as diferenças técnicas possibilitam várias contribuições para melhoria da assistência prestada. A especificidade permite aprimoramento do conhecimento e do desempenho técnico (PEDUZZI, 2001).

#### **4.1.1 O trabalho em equipe**

O desenvolvimento do trabalho em equipe se baseia em três concepções distintas: a primeira é uma decorrência das mudanças nos modos de produção e nas formas de gestão advindas do processo de desenvolvimento do Capitalismo. Essa concepção teve início em empresas como a Volvo e a Toyota. Atualmente são partes essenciais na forma de negociar das grandes empresas, porque as equipes são concebidas para o aumento da produtividade e racionalização dos serviços. A segunda é em decorrência das relações interpessoais e dos processos psíquicos como auto-avaliação, confiança entre os participantes, interdependência, cooperação (GOULART, 2002). A terceira é em decorrência da interdisciplinaridade, na qual há articulação de saberes e divisão do trabalho, sendo base de organização dos serviços de saúde (PEDUZZI, 2001).

O trabalho em equipe diferencia-se do trabalho em grupo. Nestes, as pessoas interagem para trocar informações e tomar decisões para melhor realizar suas tarefas individuais, e o resultado é a soma das partes. Em equipe, as pessoas coordenam os esforços. O desempenho é coletivo e o resultado é maior que a soma das partes individuais. A verdadeira equipe é a integração de talentos individuais em uma habilidade coletiva para produzir serviços de forma eficiente e efetiva (MOTTA, 2001).

As equipes são um conjunto ou grupo de pessoas que se aplicam a uma tarefa ou trabalho (FERREIRA, 1999). Partindo dessa definição, podemos dizer que as equipes de

saúde são formadas por um conjunto de trabalhadores que possuem competências específicas e que se unem para realizar assistência em saúde e que, para o bom desempenho desse trabalho, se faz necessário um certo grau de flexibilidade na divisão do trabalho e autonomia para darem respostas de qualidade.

A flexibilidade da divisão do trabalho se caracteriza pela coexistência de ações: ações privativas das respectivas áreas profissionais e ações que são realizadas, indistintamente, por trabalhadores de diferentes campos de atuação. Os trabalhadores realizam intervenções próprias de suas respectivas áreas, mas também realizam atividades comuns, nas quais estão integrados saberes provenientes de diferentes campos como, por exemplo: a recepção, o acolhimento, os grupos educativos, os grupos operativos e outras (PEDUZZI, 2001).

A autonomia é necessária no trabalho em saúde à medida que não é possível desenhar um projeto assistencial que já seja definitivo e único antes de sua implementação. A autonomia pressupõe liberdade com responsabilidade, e o trabalho autônomo não necessita chefia e, sim, coordenação, avaliação externa e supervisão para indicar correções de rumo eventualmente necessárias (CAMPOS, 1997).

As equipes de trabalho em saúde se dedicam a atividades comunitárias, atividades internas de unidades de saúde (primárias ou secundárias) e hospitais.

A tecnologia contemporânea tende a individualizar o trabalho, reduzindo o esforço físico e exigindo conhecimentos mais específicos. Além de reduzir o esforço físico, a tecnologia moderna mudou o ambiente de trabalho também nas interações pessoais, tornando o trabalho mais individualizado que interdependente. O trabalho em equipe convive com a contradição cultural de se incentivar a competição e o individualismo, ao mesmo tempo em que prega a necessidade de cooperação como forma de eficiência e harmonia.

Hoje em dia, há contradições no trabalho em equipe: práticas administrativas que valorizaram a diferença e a competição entre as pessoas. As pessoas se sentem ameaçadas com a ausência das funções tradicionais de direção e supervisão. E porque há sobrevalorização das relações pessoais, as inter-relações humanas são consideradas mais importantes que qualquer outra dimensão do trabalho, inclusive as próprias tarefas e pessoas (MOTTA, 2001).

Segundo Motta (2001), alguns aspectos são importantes de serem destacados com relação ao trabalho em equipe:

- **o conflito**, que é um clima de discordância entre os membros de uma equipe, que gera tensão, ansiedade, frustração e hostilidade;
- **a participação**, que compreende todas as formas e meios pelos quais os componentes de uma equipe podem influenciar os destinos dessa equipe, pode ser vista como uma forma de romper com a alienação, a dependência e a passividade, para colocar as pessoas em uma postura ativa para cooperarem e buscarem, de forma eficaz, a solução ou acomodação de divergências.
- **a cooperação**, que nasce da participação e desenvolve um ambiente mais propício às comunicações francas e autênticas facilitando, o trabalho a partir da negociação entre os membros da equipe. Ocorre a legitimação de novos canais de comunicação e novos interlocutores que anteriormente eram sujeitos exclusivamente à subordinação.

O referido autor ainda destaca que os indivíduos não querem ser observadores passivos, mas atores ativos na realidade em que trabalham. A grande maioria procura o desempenho de um papel social relevante e o reconhecimento pelos serviços desejados pela sociedade; oportunidades de aprendizagem e progresso constantes; maior liberdade e autonomia na execução de suas tarefas; possibilidade de influência nos destinos do serviço em que trabalha e equidade e justiça entre o grau de contribuição e o grau de retribuição pelo trabalho exercido.

A participação efetiva, aquela em que os membros da equipe lutam no sentido de atender prioritariamente às necessidades do trabalho em equipe, dá-se por meio de um processo de conquista (DEMO, 1993). Sendo assim, trabalhadores de saúde, devem refletir sobre as práticas autoritárias construídas historicamente, no sentido de avaliar os limites e as possibilidades contidas no exercício do trabalho coletivo.

O desafio maior na construção do SUS é implementar um trabalho em equipe, em todos os níveis de atenção, em um movimento em espiral que desconstrua o que está posto; um trabalho mais flexível, menos hierarquizado e que consiga incrementar as reformas necessárias a partir da atenção básica. Para isso é necessário que gestores, trabalhadores, universidades e comunidades, através dos conselhos de saúde, estejam atentos para alguns aspectos que, segundo Goulart (2002), são necessários a todas as equipes para desenvolver um bom trabalho intra-equipes e intequipes como:

1- desenvolvimento de habilidades sociais de comunicação, cooperação, compromisso coletivo, que será responsável pelo compartilhamento de conhecimentos, pela capacidade de estabelecer relacionamentos interpessoais, pela abertura para compreender o ponto de vista do outro, pela habilidade de ouvir e expressar-se de modo claro e consistente; 2- atitude crítica diante da experiência, que torna o profissional capaz de repetir as coisas que dão certo e evitar as que resultam em erros. Quando um trabalho é feito por um conjunto organizado de pessoas, todas são responsáveis por ele e criticá-lo deixa de ser uma acusação a uma pessoa e passa uma forma de torná-lo melhor. 3- reunião de perspectivas diferentes. 4- mudança nos padrões de raciocínio e valorização da investigação. 5 – a emergência de uma visão compartilhada, isto é, construção social de uma imagem consensual do que será o futuro. (GOULART, 2002, p.259)

Existem alternativas para organizar o processo produtivo e devem ser reforçadas com a avaliação, implementação de mecanismos de controle e qualificação dos trabalhadores (CHAGAS; SECLLEN, 2003) garantindo-se, assim, a qualidade que atenda os princípios doutrinários e organizativos do SUS. Esses princípios podem se contrapor aos princípios valorizados pelo sistema econômico vigente no país, onde há um Estado mínimo para políticas sociais e um Estado forte para atender os interesses dos organismos internacionais.

## 4.2 DIMENSÃO POLÍTICO-IDEOLÓGICA

Na contemporaneidade, os trabalhadores passam parte substancial de suas vidas em contato com organizações<sup>22</sup>, principalmente ao desenvolver sua atividade laboral. As organizações têm que ser administradas e dispõem de uma certa estrutura hierárquica, além de estarem voltadas a certos objetivos e se distinguem por inúmeras relações entre seus componentes: poder, divisão de trabalho, motivação entre outras.

Neste momento, interessa-nos discutir sobre as relações de poder<sup>23</sup> nas organizações: um sistema de relações sociais baseado em diferentes capacidades dos indivíduos nas posições que estes ocupam nas organizações. Corroborando, Luz (1986, p.35) descreve que “as relações de poder institucional se exprimem em uma rede de normas que instituem dominantes e dominados. Estes se confirmam mutuamente em seus lugares enquanto aceitam as regras institucionais e sua hierarquia [...]”.

As organizações formam um espaço de poder, um palco em que se debatem forças interessadas em apropriar-se de bens socialmente escassos.

Assim, nas empresas capitalistas a disputa pelo poder se centraliza nos gestores que disputam poder com os proprietários, entre si ou com assessores. Os conflitos são por salários, autonomia de ação, por mais subordinados, acesso a informações e participação em comitês que dispõem de autoridade. Existem conflitos visíveis; outros, subjacentes; entretanto conflitos supõem alianças sem o que a organização não sobrevive. Formam-se coalizões que dividem a organização: o mando repousa na mão da coalizão interna dominante (SROUR, 1998).

Nas organizações públicas, os dirigentes nomeados por autoridades políticas, ao assumirem os cargos, procuram montar uma coalizão interna com boa capacidade de manobra. Para se tomar decisões, faz-se necessário perceber o amplo leque de interesses

---

<sup>22</sup> Adotaremos neste estudo o entendimento de Dias (1999, p.151), que organização é um ente social criado intencionalmente para se conseguir determinados objetivos mediante o trabalho humano e o uso de recursos materiais.

<sup>23</sup> Poder aqui entendido como propõe Dias (1999, p.165) como um meio que o grupo ou indivíduo tem de fazer com que as coisas sejam realizadas por outros indivíduos ou grupos.

em jogo, muitas vezes não explícitos, mas cuja presença se comprova nas múltiplas fontes de pressão (SROUR, 1998).

O funcionamento de qualquer organização tem relação com um conjunto de práticas de poder externas à organização, orientadas para o controle dos limites de atuação da mesma, como legisladores, competidores, clientes, provedores, acionistas entre outros (DIAS, 1999).

A legitimidade do gestor de uma organização repousa na legalidade do cargo ocupado, isto é, os subordinados reconhecem o gestor como autoridade institucionalizada e na competência técnica do gestor reconhecida pelos trabalhadores, além da capacidade do mesmo trabalhar em equipe (SROUR, 1998).

Legítimo ou não, o gestor exerce seu poder administrativo sobre os trabalhadores, pois, nas sociedades capitalistas, os trabalhadores desprovidos de meios de produção ficam impossibilitados de produzirem sua subsistência de forma autônoma e, assim, cumprem ordens. Nas organizações públicas, os trabalhadores e gestores podem possuir objetivos de trabalho díspares ou contraditórios, ocorrendo conflitos e disputas, inerentes à relação política estabelecida.

Diante dessa complexidade, faz-se necessário entender a estrutura das organizações para que possamos compreender certos fatores que definem o padrão de comportamento e a dinâmica gerencial das mesmas e, por fim, entender as especificidades das organizações de saúde.

Segundo Mintzberg (1995, p.19), o modelo padrão das organizações é constituído de cinco partes básicas: **o núcleo operacional**, composto pelas pessoas que executam o trabalho básico de fabricar produtos ou prestar serviços; **a linha intermediária**, composta por pessoas que ocupam cargos de chefia, criando uma linha intermediária de hierarquia entre a cúpula estratégica e o núcleo operacional; **a cúpula estratégica**, cujo administrador dedica-se integralmente à organização, sendo responsável pelo

cumprimento da missão institucional; **a tecnoestrutura**, formada pela assessoria, isto é, as pessoas ou analistas que coordenam o trabalho dos setores da organização de forma a tornar o trabalho mais eficaz e **a assessoria de apoio**, que auxilia no trabalho e que provêm a organização de serviços indiretos.

A inter-relação das cinco partes de uma organização, isto é, como a organização coordena suas tarefas, se dá através de mecanismos clássicos de coordenação – a supervisão direta, o ajustamento mútuo e a padronização. A partir da coordenação, de parâmetros próprios de delineamento e de fatores situacionais específicos se define qual é a sua configuração: a Estrutura Simples, a Burocracia Mecanizada, a Burocracia Profissional, a Forma Divisionalizada e a Adhocracia (MINTZBERG, 1995).

As organizações de saúde têm características de duas configurações propostas por Mintzberg (1995): **a Burocracia Profissional**, que é aquela coordenada por padronização de atividades, já que as ações em hospitais, unidades de saúde, laboratórios, unidades de reabilitação e centros de vigilância são predeterminadas ou previsíveis e **a Forma Divisionalizada** já que as ações do Ministério da Saúde, Secretárias de Saúde e Distritos Sanitários, são minimamente interdependentes, fazendo com que cada uma delas opere como uma entidade quase autônoma, livre da necessidade de se coordenar com as outras.

Nas organizações de saúde, sejam elas caracterizadas como **Burocracia Profissional** ou como **Forma Divisionalizada**, as relações de poder se manifestam principalmente na organização do processo produtivo da cúpula estratégica sobre a linha intermediária, da linha intermediária sobre o núcleo operacional. No núcleo operacional, dos médicos em relação aos demais profissionais de saúde, dos profissionais de nível superior (como, por exemplo, as enfermeiras) sobre os de nível médio e elementar e dos profissionais de saúde sobre os clientes (PIRES, 1999).

O poder e o prestígio da Medicina na contemporaneidade resultam do desenvolvimento pela profissão de sólida base cognitiva e pelo exclusivo e extenso mercado de trabalho

com forte credibilidade social, tendo como suporte o Estado que oferece vantagens a uma atividade profissional fundamental ao bem-estar dos cidadãos. Ainda vale destacar, que essa profissão desenvolveu mecanismos fortemente ideológicos que levam a população a identificar e correlacionar os médicos ao sistema de saúde, responsabilizando estes profissionais pela qualidade da assistência prestada, bem como definidora das políticas de saúde (MACHADO, 1997).

Entretanto, a crise do Sistema de Saúde, a deterioração das condições de trabalho, o assalariamento crescente, o reordenamento do processo de trabalho e a inserção de outros profissionais na equipe de saúde, bem como a institucionalização da medicina, ocasionando a burocratização e racionalização de procedimentos, têm levado o poder médico a ser questionado e partilhado com outros profissionais da área (MACHADO, 1997), trazendo, conseqüentemente, mudanças nas relações de trabalho das organizações de saúde.

#### **4.3 DIMENSÃO ECONÔMICA**

O mercado de trabalho consiste em uma esfera das práticas sociais em que a força de trabalho, sob determinadas normas e leis, é comprada e vendida. Constitui-se por trabalhadores, empregadores e capitalistas mediados ou não pelo Estado. As relações entre trabalhadores, empregadores, Estado e as condições econômicas estabelecem o mercado de trabalho (DUARTE et al., 2000).

As condições econômicas de um país interferem diretamente em seu mercado de trabalho e são historicamente construídas. A crise econômica contemporânea do país tem seu epicentro no Estado brasileiro, que outrora assumiu papel decisivo nos processos de industrialização e modernização da sociedade brasileira, promovendo e assegurando reprodução e acumulação de capital com forte desigualdade.

Para entendermos a crise econômica, faz-se necessário explicar a atuação do Estado brasileiro capitalista, que desenvolve seu modo de produção através da propriedade



privada, caracterizando-se fundamentalmente pela relação salarial, na qual a força de trabalho é trocada como mercadoria, e este é o elemento central de sobrevivência dos indivíduos.

A organização social do capitalismo sempre vem acompanhada de questões sociais complexas e intensas à medida que promove a concentração da população em centros urbanos, fazendo surgir a insegurança social e a pobreza, além da busca, pelos indivíduos, da garantia da satisfação das necessidades sociais básicas como, alimentação, habitação, saúde e educação.

Os indivíduos, para satisfação de suas necessidades básicas, procuram permutar sua capacidade de trabalho por remuneração que é a forma dominante de trabalho no Sistema Capitalista. Capacidade de trabalho entendida como força de trabalho. O salário é o valor monetário contratado para remuneração da força de trabalho. Esse valor é produto da relação social estabelecida entre os proprietários e os não proprietários de meios de produção. Os trabalhadores assalariados podem ser autônomos, temporários, permanentes, domésticos, entre outros (BAVA JÚNIOR, 1990).

Esta relação de troca estabelecida entre o trabalhador e os proprietários dos meios de produção faz com que o trabalhador ao mesmo tempo em que vende sua força de trabalho também perde seu interesse no trabalho. O processo de trabalho é controlado pelo proprietário, ocorrendo à alienação progressiva dos processos de produção pelo trabalhador (BRAVERMAN, 1987).

As questões sociais citadas acima se transformam em fatos políticos em que o Estado desempenha um papel fundamental na formulação e efetivação de políticas sociais que atendam às necessidades da sociedade como um todo.

O Estado brasileiro, como os demais países capitalistas, está sempre sujeito a crises econômicas devido à natureza contraditória do Capitalismo. Neste sistema, em diversos momentos, ocorre o aumento de produção de muitas mercadorias, impossibilitando a

venda por valores que possam garantir o lucro. Assim, a economia se desestrutura, levando ao fechamento de empresas, demissões, queda de produção, da renda, das vendas dos investimentos e do emprego (COIMBRA, 2001).

No Brasil, a orientação política dos anos 90, ao impor um desarranjo da estrutura produtiva existente e ao comprometer mais intensamente a capacidade do Estado em ampliar os investimentos econômico e social, estreitou enormemente as possibilidades de integração socioeconômica da população por meio do emprego e dos serviços públicos (BALTAR et al., 1996).

Os postos de trabalho nacionais têm diminuído efetivamente, desde a implantação do Plano Real, que adotou políticas de valorização cambial e elevadas taxas de juros, bem como retomou a abertura comercial sem políticas industriais. Houve redução da competitividade dos produtos nacionais exportados e o favorecimento das importações pela valorização cambial, em meio a um grande processo defensivo de reestruturação das empresas, sem a criação de instrumentos de negociação da reestruturação ou de mecanismos de prevenção de *dumping*<sup>24</sup> (MATTOSO, 1996).

A diminuição de empregos, especialmente dos que absorviam na indústria e na construção civil uma população com baixo nível de instrução, faz agravar ainda mais o problema da pobreza. Nesse contexto, a sobrevivência depende, cada vez mais, de um esforço coletivo dentro da família. Essas exigências da sobrevivência mobilizaram intensamente a participação das mulheres no mercado de trabalho (LEONE, 1996).

Tal participação extrapola as áreas em que tradicionalmente sempre foi expressiva a presença feminina, como a área têxtil, e está presente em novos ramos como a indústria microeletrônica, sem falar no setor de serviços (ANTUNES, 1999).

Não podemos reduzir a questão da participação da mulher na economia a um fator de necessidade econômica da família. A mulher no mercado de trabalho também tem a ver

---

<sup>24</sup> Prática Comercial que consiste na venda de produtos por um valor igual ou inferior ao preço de custo, visando à eliminação da concorrência (DUARTE et al., 2000)

com as transformações nos padrões de comportamento e nos valores relativos ao seu papel social intensificado pelo impacto dos movimentos feministas (LEONE, 1996).

O segmento informal do mercado de trabalho, representado pelos assalariados sem carteira assinada e os trabalhadores por conta própria, cresceu, pois absorveu não apenas os trabalhadores expulsos do segmento formal. Uma parcela dos indivíduos especialmente mulheres, cônjuges e filhos de indivíduos que passaram à condição de desempregados procuraram entrar no mercado de trabalho, com o objetivo de aumentar a renda familiar (FURTADO, 1998).

Vale destacar a participação de menores no mercado de trabalho (entre 10 e 17 anos), embora tenha decrescido em termos proporcionais no conjunto das pessoas ocupadas de 14,2% para 11,6% entre 1981 e 1990. Em termos absolutos, essa participação permanece em patamares elevados (2.873.523 crianças na faixa etária de 10 a 14 anos e 4.425.822 adolescentes na faixa de 15 a 17 anos em 1990) (SOARES, 1999).

A economia brasileira está sendo capaz de gerar empregos na informalidade, empregos, na sua maioria, de baixa qualidade. Exceção pode ser destacada dos trabalhadores qualificados que também migraram para a informalidade (conta-própria) aumentando sua produtividade e conseguindo uma remuneração mais elevada (BRASIL, 1998).

Ainda segundo o Ministério do Trabalho (1998), é nas atividades do setor terciário que se concentra a grande parte da informalidade observada, pois a maior geração de empregos deslocou-se da atividade industrial, nos anos 70, para o setor de serviços nos anos 80 e 90. Em 1992, o setor terciário e a indústria de transformação eram responsáveis, respectivamente, por 71,6% e 19,8% da ocupação não agrícola; já em 1996, o setor terciário abrigava 73,7% da ocupação não agrícola e mais da metade da população ocupada do país, enquanto a indústria reduziu sua participação para 17,9%. (BRASIL, 1998)

De acordo com Soares (1999), o aumento de novos postos de trabalho no setor terciário foi ocasionado por diversos fatores como processos de ajuste produtivo; externalização de serviços industriais; ampliação e diversificação da rede de comércio e serviços e a política compensatória de emprego público. Isso fez com que a participação relativa do setor público na distribuição setorial de pessoas ocupadas passasse de 8% em 1981 para 9,7% em 1991.

O mercado de trabalho de saúde no Brasil representa, no setor de prestação de serviços, público e privado, uma importante parcela da economia, uma vez que gera um volume considerável de empregos, em torno de 2 milhões de empregos diretos. Este setor, ao contrário dos demais, em plena era tecnológica que se caracteriza pela redução do uso de mão-de-obra, é um setor gerador de empregos, principalmente no setor público que absorve mão de obra excedente de outros setores da economia afetados pelas mudanças e crises econômicas ocorridas no Brasil na última década (MACHADO, 2003).

Inúmeros empregos, novas profissões, novas ocupações e novas especialidades são gerados no mercado de trabalho em saúde por conta de sua natureza e da complexidade dos atos profissionais que necessitam sempre de profissionais atualizados e tecnicamente competentes, tornando-os insubstituíveis (MACHADO, 2003).

Corroborando com a afirmação anterior, Girardi e Carvalho (2003) relatam que:

[...] no setor saúde mais especificamente com relação ao PSF que aproximadamente 170 mil postos de trabalho são envolvidos diretamente no programa, sem somar os postos de trabalho de apoio administrativo. Neste postos de trabalho, os autores inferem que 6% seriam de médicos ativos; um pouco mais de 2% de dentistas e cerca de 15% do contingente de enfermeiros. (GIRARDI; CARVALHO 2003, p.157)

Como vimos, apesar do setor saúde ter um diferencial com relação aos demais setores da economia, no sentido de oferta de postos de trabalho, é também influenciado pela crise econômica, pois conforme descreve Machado (2003):

[...] apesar de seus salários terem atingido níveis sustentáveis, médicos e enfermeiros vivem objetivamente a precarização do trabalho, traduzindo na falta de garantias trabalhistas e nas condições ainda precárias de alguns municípios que implantaram o PSF. Os dados que atestam essa situação de precarização são os seguintes: em torno de 70% dos médicos e enfermeiros tem seus contratos temporários e, apenas, 15% tem garantias trabalhistas da CLT e o mesmo percentual por meio do estatuto do servidor público. Trabalho temporário, contratos de prestação de serviços, cargo em comissão, cooperativas são exemplos do cotidiano no ambiente de trabalho destes profissionais. (MACHADO, 2003, p.244)

Pode-se inferir que o aumento do trabalho informal, consequência da crise econômica contemporânea, tende a pressionar mais a desregulação do mercado de trabalho (tanto no setor público como no privado) sob a justificativa de que para diminuir o desemprego há que se flexibilizar as relações de trabalho no país, diminuindo os encargos sociais das instituições públicas e privadas para se recuperar a competitividade dos produtos e serviços brasileiros.

Assim, o presente estudo, tendo como foro a expansão da atenção básica via implementação do Programa de Saúde da Família, objetiva analisar o processo de trabalho nas equipes em um município brasileiro.

## **5 OBJETIVOS**

Esse estudo, que versa sobre o trabalho das equipes de Saúde da Família no município de Juiz de Fora tem como:

### **5.1 OBJETIVO GERAL**

Analisar a dimensão organizativa, a dimensão político-ideológica e a dimensão econômica do processo de trabalho das equipes de Saúde da Família do município de Juiz de Fora.

### **5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- descrever como se estabelece a divisão de trabalho entre os componentes da equipe;
- identificar divergências ou convergências de interesses do trabalho entre as equipes e os dirigentes;
- identificar remuneração e vínculos empregatícios dos trabalhadores das equipes;
- discutir os fatores do trabalho que favorecem ou obstaculizam o desenvolvimento da estratégia de Saúde da Família no município de Juiz de Fora;
- propor ações que auxiliem nos processos de formação e de gestão do trabalho dos profissionais envolvidos nas atividades do PSF.

## **6 PERCURSO METODOLÓGICO**

Com uma abordagem qualitativa, foi realizado um estudo de caso para apreender o trabalho das equipes de Saúde da Família.

Optou-se pelo estudo de caso (YIN, 2003) por entender que seria uma maneira pertinente de desenvolver esta pesquisa, porque envolve o trabalho das equipes, que é um processo complexo, específico e inserido no contexto da vida real. Essas características da pesquisa fazem com que ela se adeque a essa estratégia de investigação.

Utilizaram-se, como fonte de evidências, os documentos Núcleo de Assessoria, Treinamento e Estudos em Saúde (NATES) da UFJF, documentos administrativos da Diretoria de Saúde Saneamento e Desenvolvimento Ambiental (DSSDA) da Prefeitura de Juiz de Fora (PJF), a observação direta do trabalho das equipes e as entrevistas individuais.

As três fontes de evidências utilizadas permitiram apreender que a realidade se transforma a cada momento, que a realidade não é eterna e está sempre dando lugar a novas realidades. Isso foi de fundamental importância para compreender que a análise do trabalho em saúde, que se pretendeu, foi própria de um momento único e singular para os gestores, trabalhadores das equipes e da própria pesquisadora.

### **6.1 CONDUZINDO O ESTUDO DE CASO: o campo da investigação**

A cidade de Juiz de Fora, em 154 anos de existência, encontra-se a 679m do nível do mar e ocupa uma área de 1.429 Km<sup>2</sup> na região sudeste do Estado de Minas Gerais, na Zona da Mata, entre as serras da Mantiqueira e do Mar. O município e a região congregam uma rede de cidades que para ela convergem em busca de serviços de

assistência médica, educacional, e para o comércio varejista, transformando-a em uma cidade pólo da Zona da Mata (JUIZ DE FORA, 2002).

O clima predominante é o tropical de altitude, com verões quentes e chuvosos e invernos secos. A temperatura média anual é de 19° C, sendo a média máxima de 26° C e a mínima de 15° C.

A população, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, através da contagem da população em 1996, era de 456.796 habitantes, estando distribuída 98,76% na Zona Urbana e 1,24% na Zona Rural, caracterizando-a como uma cidade de médio porte (JUIZ DE FORA, 2002).

A cidade conta com mais de 200 estabelecimentos de ensino de primeiro e segundo grau e escolas profissionalizantes públicas e privadas. O ensino superior na cidade conta com a Universidade Federal de Juiz de Fora, fundada em 1960, a Universidade Presidente Antonio Carlos, e com faculdades particulares, como o Centro de Ensino Superior, o Instituto Viana Júnior, as Faculdades Machado Sobrinho, a Faculdade de Ciências Contábeis de Juiz de Fora, entre outras.

A Companhia de Saneamento e Pesquisa do Meio Ambiente – CESAMA - é responsável pelo saneamento básico do município. A captação de águas, que abastece a cidade, é realizada através das represas Dr. João Penido e São Pedro. O deságüe da maioria dos esgotos vem sendo lançado em córregos e ribeirões, sem qualquer tipo de tratamento prévio, ocasionando problemas ambientais. A primeira estação de tratamento de esgotos foi implantada para tratar os efluentes da Mercedes Benz do Brasil e dos moradores do bairro Barreira do Triunfo, em 1998, na zona norte da cidade, e há planejamento de mais uma estação de tratamento para 2010, que atenderá 660.000 habitantes na zona sul (JUIZ DE FORA, 2002).

A limpeza urbana é de responsabilidade do Departamento de Limpeza Urbana – DEMLURB, que tem por finalidade promover coleta, transporte e depósito de lixo,



atendendo grande parte da população. O depósito final do lixo é um o aterro controlado pelo DEMLURB e está em andamento um projeto de construção, instalação e operação de um aterro sanitário, de acordo com as normas internacionais e com moderna tecnologia para evitar impactos ambientais (JUIZ DE FORA, 2002).

A Companhia Energética de Minas Gerais atende 99% da população urbana e da iluminação pública. A CEMIG e a Prefeitura de Juiz de Fora mantêm um relacionamento operacional eficiente e o sistema não apresenta problemas, atendendo a toda a cidade.

No município, a saúde e o saneamento é que apresentam maior peso proporcional no orçamento (37,24% em 1997 e 34,19% em 1998), no entanto apenas as despesas com educação registraram um crescimento significativo, enquanto as demais áreas permaneceram estáveis, exceto a área de habitação e urbanismo que registrou declínio de 3,2% (JUIZ DE FORA, 2002).

Da arrecadação total de impostos e transferências pelo município o percentual aplicado em gastos com ações e serviços de saúde girou em torno de 20,60% no exercício de 2001, 23,13% em 2002 e, de janeiro a março de 2003, ficou em torno de 13,27% (JUIZ DE FORA, 2003).

A população da cidade e região pode contar, conforme demonstrado no quadro 2 a seguir com uma boa capacidade instalada de serviços de saúde e com procedimentos sofisticados como cirurgias cardíacas e transplantes (JUIZ DE FORA, 2002).

**QUADRO 2**  
**Capacidade Instalada por Nível de Assistência em Juiz de Fora**

<b>Nível Primário</b>	- Possui 55 Unidades Básicas de Saúde, sendo quatorze na zona rural e quarenta e uma na zona urbana. Existem 80 equipes de Saúde da Família implantadas, sendo uma na zona rural.
<b>Nível Secundário</b>	- Possui 1 Pronto Socorro Municipal de Saúde e 1 Pronto Atendimento Infantil com atendimento de urgência e emergência; duas unidades regionais, a da zona leste e a da zona norte, para o atendimento de urgência e referência para as unidades básicas de saúde. - Seis Institutos: da Mulher, da Criança, do Adolescente, de Saúde Bucal, de Saúde Mental e de Clínicas Especializadas.
<b>Nível Terciário</b>	- Possui 22 hospitais, sendo 3 hospitais públicos, 19 conveniados com o SUS e 2 que possuem apenas atendimento particular e através de convênios com planos de saúde. O nível terciário conveniado oferece 1827 leitos hospitalares, sendo que 750 leitos são leitos de psiquiatria, um número insuficiente pelo fato de Juiz de Fora ser uma cidade pólo para onde convergem pessoas de outras cidades e de outros estados em busca de assistência médica.

**Fonte: Juiz de Fora, 2002.**

O Plano Municipal de Saúde de Juiz de Fora (JUIZ DE FORA, 2002) revela que os serviços públicos de saúde no município são organizados de acordo com o modelo assistencial proposto pelo SUS, isto é, se fundamenta nas leis números 8080 de 19 de setembro de 1990 e 8142 de 28 de dezembro de 1990 (BRASIL, 1990a, 1990b). As unidades básicas de saúde constituem a porta de entrada do sistema, esperando-se que 85% dos problemas sejam resolvidos neste nível, através da assistência dos médicos, enfermeiras e demais profissionais de saúde.

Em junho de 2004, segundo o departamento de pessoal da DSSDA, 2.808 servidores de vínculos diversos (Federal, Estadual e Municipal) estavam trabalhando nessa Diretoria, dentre os quais, 79 enfermeiras, 82 médicos, 17 assistentes sociais, 87 auxiliares de enfermagem, e 461 agentes comunitários de saúde estavam inseridos nas trinta unidades de Saúde da Família e, em 16 unidades, havia no mínimo um cirurgião dentista por unidade, embora oficialmente ainda não estivessem inseridos na estratégia.

Segundo o atual Plano Municipal de Saúde (JUIZ DE FORA, 2002) a estratégia de Saúde da Família na atenção básica continua eleita pelo município como forma de mudança de modelo assistencial e preconiza, além da inserção do assistente social, o dentista, o técnico de higiene dental e o atendente de consultório dentário nas equipes de Saúde da Família.

A estruturação da Saúde da Família no município de Juiz de Fora segundo o Programa Municipal de Expansão da Saúde da Família deu-se inicialmente em agosto de 1995 com a implantação de oito UBS da região urbana e uma unidade móvel da área rural (JUIZ DE FORA, 2003), à época totalizando 17 equipes e perfazendo 14,91% de cobertura populacional.

Em março de 1996, o PSF foi implantado em mais 7 UBS, com 15 equipes de Saúde da Família, totalizando 32 equipes e gerando uma cobertura populacional de 23,95%.

Em janeiro de 1997, Juiz de Fora já contava com um total de 20 UBS com o PSF implantado somando 42 equipes e 31,92% de cobertura. Em 1998, não houve nenhuma expansão das equipes.

Já em 1999, ocorreu o descredenciamento do Município, em função da existência de equipes incompletas, sem o ACS, sem enfermeiras e sem auxiliares de enfermagem. Então, foi realizada seleção pública para ACS e concurso público para auxiliar de enfermagem e enfermeiro.

Em janeiro de 2000, o município credenciou junto ao Ministério da Saúde, 36 equipes de Saúde da Família em 18 unidades básicas, sendo uma das equipes na área rural em uma unidade móvel.

Em junho de 2000, foram credenciadas mais 20 novas equipes distribuídas nas unidades de Saúde da Família existentes e mais cinco outras UBS, completando assim 23 UBS com a estratégia de Saúde da Família no município.

No período de realização da pesquisa, a estratégia de Saúde da Família em Juiz de Fora possuía oitenta (80) equipes credenciadas no Ministério da Saúde e a estratégia cobria 42% do município. Atualmente o município conta segundo Ministério da Saúde com uma cobertura de 48,7% do PSF e possui 82 equipes e 2 PACS (BRASIL, 2005).

A cobertura pelas equipes de Saúde da Família no município de Juiz de Fora englobava no momento deste estudo, especificamente três pontos cardeais da cidade: o norte, o sul e o leste, porque no oeste da cidade não havia equipes implantadas.

Optou-se por iniciar essa investigação pelas equipes inseridas nas unidades de Saúde da Família localizadas na região sul. Essa região foi escolhida por ser onde a pesquisadora supervisionava o estágio curricular do oitavo período do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora.

Três das unidades de Saúde da Família, que foram cenários deste estudo, ficam localizadas em bairros pertencentes a duas das doze regiões sanitárias que compõem o município de Juiz de Fora, a região 10 e 11. Tais regiões englobam em conjunto um total de 151 223 habitantes e possuem em seu território três unidades básicas de saúde e três unidades de Saúde da Família e a maior parte da rede de atenção secundária e terciária do município (JUIZ DE FORA, 2003).

Duas unidades de Saúde da Família dessas regiões possuem três equipes, e a terceira possui quatro equipes. Em uma das unidades de Saúde da Família há implantado um modelo híbrido de atenção, porque durante o dia se desenvolve a estratégia de Saúde da Família e há um terceiro turno que atende à demanda espontânea nos moldes tradicionais de assistência.

A quarta unidade de Saúde da Família, que integrou este estudo, se localiza na região leste da cidade, possui cinco equipes e pertence à região sanitária três. Essa região

engloba uma população de 35 716 habitantes, possuindo três unidades de Saúde da Família e dois hospitais. (JUIZ DE FORA, 2003).

A quinta unidade de Saúde da Família que também, integrou este estudo possui três equipes de Saúde da Família e se localiza na região norte da cidade pertencente à sétima região sanitária que engloba uma população de 55 042 habitantes. Tal região sanitária possui apenas rede de atenção básica com quatro unidades de Saúde da Família e três unidades básicas de saúde (JUIZ DE FORA, 2003).

Cabe destacar que, nas organizações públicas de saúde do município de Juiz de Fora, tradicionalmente, a gestão dos serviços fica sempre a critério de um profissional da área médica, especialista ou não da área de Saúde Coletiva.

## **6.2 CONDUZINDO O ESTUDO DE CASO: a coleta de evidências**

A necessidade de uma primeira aproximação ao objeto de estudo levou a pesquisadora a buscar documentos de pesquisa já elaborados pelo NATES/UFJF sobre o trabalho das equipes de Saúde da Família do município de Juiz de Fora.

Concomitantemente, realizaram-se entrevistas (APÊNDICE A) devidamente autorizadas (APÊNDICE B), com as pessoas responsáveis pela contratação dos trabalhadores das equipes de Saúde da Família. Dentre elas dois gestores, um responsável pelo departamento de pessoal da DSSDA da PJJ e um responsável pelo departamento de pessoal da AMAC.

Para obter-se a anuência da DSSDA/PJJ apresentamos ao seu responsável uma correspondência solicitando autorização para a pesquisa, na qual a autora se comprometeu com o sigilo e a utilização das informações coletadas para elaboração da tese e publicação de artigos técnico-científicos (APÊNDICE C).

A pesquisadora docente da Faculdade de Enfermagem, em dedicação exclusiva, não pôde se desligar de suas atividades acadêmicas. Com o apoio do Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública e da Direção da referida faculdade foi possível atrelar suas atividades docentes à pesquisa. Isso não só contribuiu para condução deste estudo de caso, mas também foi fundamental para que se realizassem pela pesquisadora noventa horas de observação direta do trabalho das equipes. A realização das entrevistas com os componentes das equipes e com os gestores foi a fonte de evidências mais rica na condução deste estudo, as quais seguiram um protocolo previamente elaborado e testado, através de entrevistas-piloto que ocorreram em novembro de 2003. Um médico, um enfermeiro, um agente comunitário e um auxiliar de enfermagem de uma equipe foram entrevistados e a partir de suas falas, foi possível uma reorganização do instrumento utilizado (APÊNDICE D). Vale destacar que esta equipe fez parte da investigação somente para testagem e adequação do instrumento de coleta de evidências.

As demais entrevistas foram realizadas no período 6 de fevereiro de 2004 a 19 de maio de 2004 orientadas pelo protocolo (APÊNDICE E). Algumas perguntas complementares foram inseridas quando necessário. As quarenta e nove entrevistas tiveram duração que variou de 20 a 60 minutos, foram gravadas e depois transcritas pela pesquisadora. Do total de entrevistados 39 eram do sexo feminino e 10 do sexo masculino.

No cumprimento da Resolução nº 196/96 do Ministério da Saúde (BRASIL, 1996), que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos, foram realizados os procedimentos exigidos e verificados pela comissão de ética da UERJ. Buscamos a concordância dos informantes, através de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE F). O referido termo foi aprovado em conjunto com o projeto de pesquisa no Comitê de Ética em Pesquisa da UERJ (ANEXO). Somente após a realização desses procedimentos iniciou-se a investigação.

Optou-se por iniciar as entrevistas com os profissionais que compõem o quadro de coordenação das equipes em nível central (gestores). Foram entrevistados seis

trabalhadores, quatro médicos, um dentista e um engenheiro. Cada um com uma função específica na gestão das equipes em nível central, entre elas as de: gerência geral (que no momento da entrevista também exercia a função interina equivalente a secretário de saúde do município), direção de departamento, coordenação propriamente dita das equipes, coordenação de educação continuada, representante dos dentistas (apesar de este profissional no momento, ainda não compor oficialmente a equipe de Saúde da Família no município) e coordenação de obras e manutenção da capacidade instalada.

Os componentes das equipes de Saúde da Família, lotados nas UBS, foram entrevistados posteriormente e as entrevistas se iniciaram pela região sul da cidade. Nessa região, seis equipes foram entrevistadas e, no tempo em que ocorreram reincidências das informações (MINAYO, 1994), ou seja, quando não surgiram evidências novas, o que ocorreu na trigésima nona entrevista, estendeu-se à coleta a mais duas equipes: uma da região leste e outra da região norte. Nas falas dessas equipes não houve novas evidências o que permitiu efetivamente encerrar o processo.

Durante as entrevistas, quatro trabalhadores das equipes, dois auxiliares de enfermagem, um médico e um dentista não se dispuseram a participar da pesquisa.

Para a realização da observação direta do trabalho das equipes foi necessário estar nas UBS, aguardar na sala de espera, observar como a equipe se organiza, faz reuniões, se relaciona com a comunidade, se movimenta dentro do espaço físico, enfim como constrói e reconstrói seu cotidiano. A inserção da pesquisadora nas UBS facilitou o agendamento das entrevistas individuais. O horário em que o trabalhador estivesse disponível foi respeitado, um fato complicado devido ao trabalho contínuo e tumultuado da UBS. Em algumas equipes, o agendamento ficou a cargo do gerente e, em outras, a pesquisadora teve o contato prévio com os entrevistados deixando a critério dos mesmos a melhor data para a entrevista.

### **6.3 ANALISANDO AS EVIDÊNCIAS DO ESTUDO DE CASO**

Os trabalhadores das equipes de Saúde da Família durante a coleta de evidências expressaram suas crenças, seus valores, suas dúvidas, permitindo emergir os temas que permeiam o trabalho na Saúde da Família.

Para análise do trabalho das equipes, na dimensão organizativa do processo produtivo, na dimensão político-ideológica e na dimensão econômica, foi necessário inicialmente a leitura de documentos administrativos, de pesquisas anteriores, conversas informais e entrevistas com gestores e pessoal responsável pela contratação. Nesse momento, pôde-se apurar os modos mais comuns de vínculos e a remuneração básica dos trabalhadores. Uma primeira análise das relações de trabalho na dimensão econômica foi realizada, evidenciando os valores salariais e vínculos empregatícios praticados pela PJF. Essas fontes iniciais foram essenciais para a análise das demais entrevistas as quais se mostraram complexas, específicas e singulares.

As evidências do trabalho das equipes, resultantes das fontes iniciais, foram complementadas a partir da riqueza dos temas que emergiram de cada entrevista individual. Temas aqui entendidos como problemas ou situações que interferem ou colaboram no trabalho das equipes (CAMPOS, 2003).

Utilizou-se a Classificação Brasileira de Ocupações – CBO (BRASIL, 2002b) para descrever as atividades realizadas por cada um dos trabalhadores das equipes. Essa classificação cria uma linguagem comum e possibilita informações atualizadas sobre o conteúdo das atividades do mundo do trabalho (JOBIM FILHO, 2003). A análise de sua utilização no mercado de trabalho em saúde, realizada por Pierantoni e Varella (2003), demonstrou que a CBO, atualizada em 2002, através de profissionais e trabalhadores da área em questão, se coloca como uma base recente de dados qualitativos, daí a opção da pesquisadora em adotá-la neste estudo.



## 7 RESULTADOS

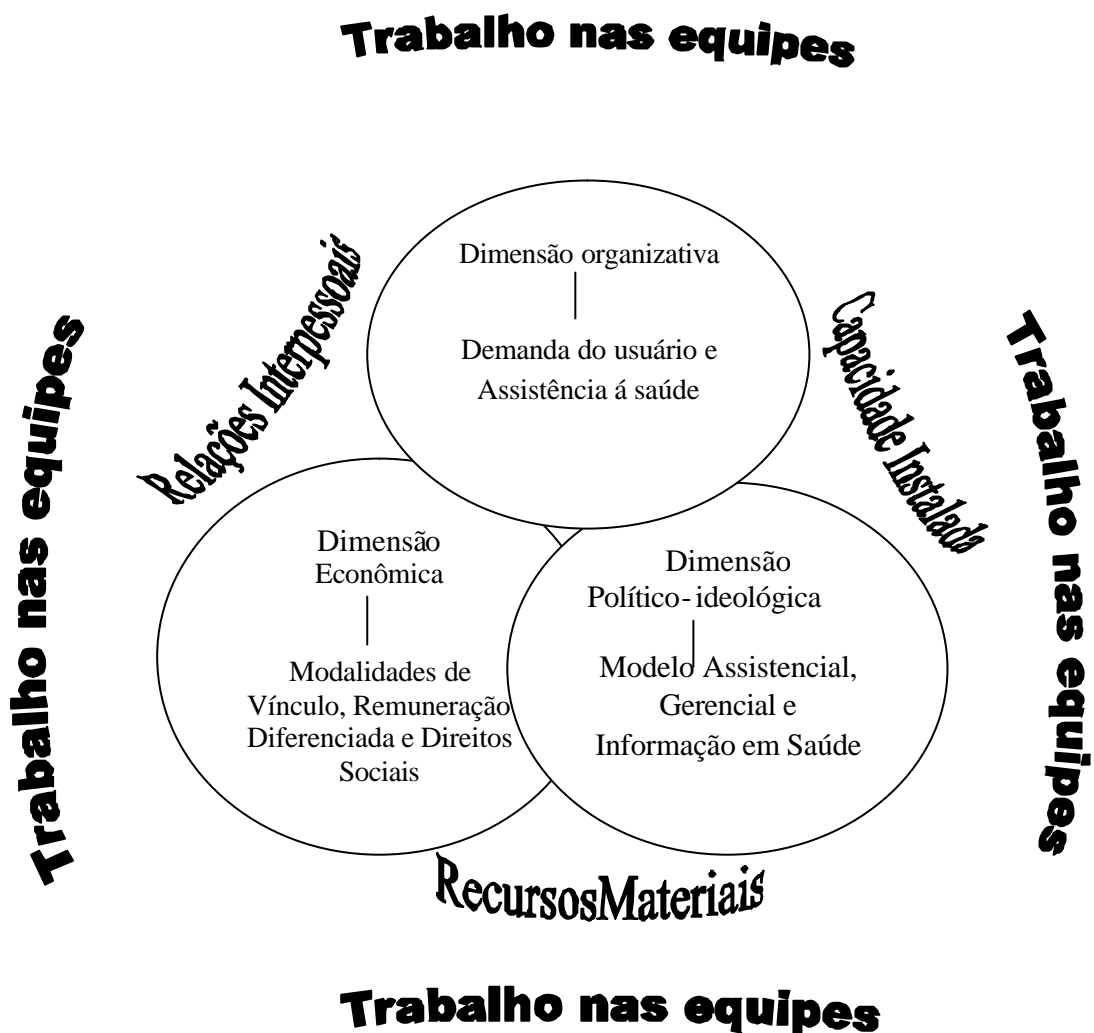
Os resultados obtidos foram revelados a partir dos grandes temas definidos anteriormente e dos sub-temas revelados em cada uma das dimensões:

- **dimensão organizativa do processo produtivo** em que se destacaram a demanda do usuário e a assistência à saúde;
- **dimensão político-ideológica** em que se destacaram o modelo assistencial, o modelo gerencial e a informação em saúde;
- **dimensão econômica** em que se destacaram as modalidades de vínculos, a remuneração diferenciada e os direitos sociais.

Os temas anteriores foram mediados em sua totalidade por facilidades e dificuldades no desenvolvimento do trabalho das equipes. Dentre as mais expressivas, encontraram-se a capacidade instalada, os recursos materiais e as relações interpessoais.

A partir dos temas foi possível construir um marco conceitual do trabalho das equipes que aponta as dimensões interligadas, interdependentes e que se influenciam mutuamente como demonstrado na Figura 1 a seguir:

FIGURA 1



A seguir fez-se uma análise detalhada do trabalho das equipes em cada uma das dimensões descritas acima. As várias fontes utilizadas e descritas na revisão bibliográfica possibilitaram essa análise: as falas dos entrevistados foram as fontes mais ricas e importantes.

## **7.1 DIMENSÃO ORGANIZATIVA DO PROCESSO PRODUTIVO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

A observação direta das equipes de Saúde da Família foi extremamente importante no sentido de apreender o trabalho na concretamente e ainda permitiu captar alguns fenômenos ocorridos no desenvolvimento do processo produtivo nas unidades básicas de saúde.

A estratégia de Saúde da Família efetivou algumas mudanças na maneira como se organiza o processo produtivo nas UBS, porque a autora deste estudo, no início da década de noventa, pôde vivenciar como enfermeira e, posteriormente, ocupante de cargo administrativo da Secretária Municipal de Saúde de Juiz de Fora o trabalho desenvolvido nas UBS.

A grande maioria das UBS da área urbana de Juiz de Fora possuía um médico clínico, um pediatra, uma enfermeira, um auxiliar de enfermagem que desenvolviam ações tradicionais de saúde pública, como consulta médica, vacina, curativos, nebulizações e atividades de controle de doenças transmissíveis. Algumas unidades já contavam também com a assistente social.

Os médicos trabalhavam com as consultas propriamente ditas e as enfermeiras e auxiliares de enfermagem se responsabilizavam, na maioria das vezes, por ações propedêuticas e terapêuticas complementares ao ato médico que podem ser exemplificadas como a oxigenoterapia e administração de medicamentos<sup>25</sup>. As assistentes sociais trabalhavam com os programas de distribuição de leite, cestas básicas e atividades educativas em conjunto com as enfermeiras.

As ações de controle de risco como, por exemplo, a aplicação de vacinas eram realizadas pelas enfermeiras e pelos os auxiliares sob a supervisão daquelas que,

---

<sup>25</sup> Xavier (1987) conceitua as várias ações realizadas pela Enfermagem.

também, se responsabilizavam pela parte administrativa das unidades e eram os contatos da UBS com o nível central da Secretária Municipal de Saúde (XAVIER, 1997).

A partir da implantação, em 1995, da estratégia de Saúde da Família, em Juiz de Fora, ocorreram não só alterações quantitativas no número de trabalhadores nas UBS como alterações qualitativas no trabalho. As especializações existentes na época para enfermeiras da área de Saúde Pública transformaram a prática dessas trabalhadoras, que passaram a assumir um papel mais autônomo e, ao longo do tempo, foram delegando as atividades complementares ao ato médico para os auxiliares de enfermagem.

Utilizando os primeiros resultados da pesquisa em andamento de acompanhamento e avaliação das equipes de Saúde da Família (UFJF, 2001), destacam-se as atividades realizadas pelo médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde das equipes de Juiz de Fora. Essa pesquisa foi importante, pois já se dispunha de alguns dados sistematizados sobre o trabalho das equipes de PSF de Juiz de Fora, o que permitiu uma primeira aproximação da pesquisadora ao seu objeto de pesquisa.

O instrumento de coleta de dados da referida pesquisa foi aplicado em 76% das equipes de Saúde da Família do município, sendo que a última aplicação do instrumento data de 17/07/2002.

Após a análise dos documentos da pesquisa, que eram de interesse para este estudo, chegou-se à síntese apresentada no Quadro 3:

**QUADRO 3**  
**Atividades realizadas pelas equipes de Saúde da Família**  
**Juiz de Fora**  
**Das mais realizadas para as menos realizadas.**

<b>Categoria/ Atividade</b>	<b>A CS</b>	<b>Auxiliar de Enfermagem</b>	<b>Enfermeiro</b>	<b>Médico</b>
<b>Atendimento Individual</b>	5 <sup>a</sup>	1 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
<b>Atendimento clínico – demanda</b>	não aparece	2 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	1 <sup>a</sup>
<b>Atendimento clínico programado</b>	não aparece	não aparece	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>
<b>Atividade adm/gerencial</b>	3 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	7 <sup>a</sup>
<b>Grupo educativo</b>	2 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>
<b>Reunião com a comunidade</b>	6 <sup>a</sup>	não aparece	8 <sup>a</sup>	8 <sup>a</sup>
<b>Reunião de equipe</b>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	7 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>
<b>Visita domiciliar</b>	1 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>

Fonte: UFJF/NATES 2002

Neste quadro percebe-se que a divisão de tarefas no trabalho das equipes se estabelece de forma diferenciada de acordo com a especificidade do profissional e do nível de escolaridade. Médicos e enfermeiras dividem os atendimentos clínicos. As atividades de grupos educativos tradicionalmente feitas por enfermeiras, na pesquisa realizada pelo NATES, são atividades mais realizadas pelos médicos, demonstrando flexibilização no processo de trabalho em saúde.

No trabalho do ACS, apesar da atividade mais comum ser a visita domiciliar, as reuniões com a comunidade (atividade principal do ACS, pelo menos teoricamente) aparecem em último lugar, demonstrando que as atividades desenvolvidas são construídas e produzidas no cotidiano desses trabalhadores. Já o auxiliar de enfermagem mantém suas atividades tradicionais, envolvendo-se minimamente com atividades de caráter educativo e não participa de atividades relacionadas à comunidade.

Os temas que emergiram das entrevistas realizadas com os trabalhadores das equipes em alguns pontos coincidem e, em outros, não, com a pesquisa realizada pelo NATES/UFJF.

Com a leitura das entrevistas, dois sub-temas se destacaram com relação à organização do processo produtivo: a **demanda do usuário** e a **assistência à saúde**.

### 7.1.1 A demanda do usuário

Analisando a organização do processo produtivo no trabalho das equipes de Saúde da Família, evidenciou-se a influência da demanda do usuário neste processo.

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2000), a estratégia de Saúde da Família organiza e diminui a demanda espontânea, à medida que os problemas de saúde coletivos vão sendo identificados e uma abordagem coletiva é colocada em prática através de trabalhos com grupos na própria unidade ou na comunidade, além da assistência domiciliar prestada pela equipe.

Contraditoriamente ao que se espera da estratégia de Saúde da Família, as respectivas unidades, no município de Juiz de Fora, ainda estão abarrotadas de demanda espontânea. As falas de alguns entrevistados expressam que a **demanda espontânea** é uma realidade no município (*sic*):

“Uma coisa é no papel outra coisa é você realizar atividade aqui, botar em prática, uma vez que a demanda te exige muito” (Médico 3).

“Eu não posso entrar numa equipe e ela me dizer que não atende demanda, não existe, entendeu? Eles têm que ter um atendimento de demanda.” ( Gestor 2).

“[...] a população é grande demais e a gente realmente não consegue fazer Saúde da Família, a gente atende uma média de 100 pessoas em uma manhã aqui na unidade, isso todo dia de segunda a sexta.” (Enfermeira 7).

A demanda espontânea do usuário também se mostrou como indutora das atividades realizadas pela equipe como é demonstrado a seguir:

“[...] quando começamos a trabalhar aqui, nós começamos a atender a demanda e da demanda nós fomos montando os grupos, nós fomos distribuindo a população” (Médico1).

“ O usuário chega e ele tem uma demanda pessoal em relação à saúde ou mesmo de sua família e aí vai ser tomada uma decisão com relação, à questão, qual atividade que vai se fazer, se vai ser feita uma consulta, se vai ser feita uma visita, um encaminhamento esse tipo de coisa.” ( Médico 4).

Segundo Nogueira (1997),

[...] a assistência em saúde é entre outras coisas um processo de intensa relação entre quem presta e quem consome o serviço. Mais tipicamente que em outros setores da economia de serviço, vamos encontrar aí o fato peculiar de que o usuário é um fornecedor de valores de uso substantivos de tal modo que ele é um co-partícipe do processo de trabalho [...].

Nesse sentido, acredita-se que, apesar de ser um dos objetivos do PSF organizar a demanda, isso em Juiz de Fora se destaca como problema. O serviço do PSF no município ainda não deu conta de salientar para população usuária a dinâmica da prestação desse serviço. Pode-se inferir que isso ocorre, porque no município já possuía um serviço de saúde estruturado, anterior à implantação do PSF que atendia em parte às necessidades de cura da população. As UBS da cidade ofereciam assistência ginecológica, clínica geral e pediatria. Programas sociais, como o de distribuição de leite para crianças desnutridas, também faziam parte das atividades das UBS.

A grande demanda espontânea dos usuários retrata um descompasso entre as ações propostas pelo “fornecedor”, no caso o PSF, e os valores de quem consomem esse serviço, no caso, os usuários.

As ações pré-estabelecidas do PSF (atenção ao diabético, hipertenso, pré-natal entre outras) acabam por inibir outras ações da estratégia como o levantamento de problemas de saúde, próprios da localidade, pelos usuários e pelos trabalhadores, problemas esses relativos à saúde, em seu conceito ampliado (como geração de renda, organização da população para promoção da saúde com o lazer, etc). O planejamento conjunto de soluções desses problemas poderia transformar a qualidade de vida das pessoas. Corroborando Vasconcellos (1999, p.174), afirma que o desafio do PSF é “mostrar sua capacidade de integração com serviços locais de saúde bem estruturados, redefinindo qualitativamente seu modelo de atuação”.

Torna-se realmente um desafio para o município organizar a demanda e redefinir o modelo de atenção, que é necessário para dar maior resolubilidade aos problemas de saúde de sua população.

Nesse momento, evidenciou-se a contradição entre o desejado e o possível, quanto à organização da demanda. Fica manifesta a urgência de se estabelecerem alianças que fortaleçam o resgate da atenção à saúde com o olhar voltado tanto para comunidade como para os trabalhadores de saúde.

### **7.1.2 A assistência à saúde**

A assistência à saúde se evidenciou como um sub-tema na dimensão organizativa do processo produtivo e pode se verificar que as atividades assistenciais realizadas pelos trabalhadores de saúde seguem prioritariamente as pré-estabelecidas pelo MS e pela NOAS (BRASIL, 2001b) descritas anteriormente.



Os depoimentos a seguir demonstram que as atividades assistenciais do **agente comunitário** de saúde no município de Juiz de Fora consistem basicamente de visita às famílias cadastradas, de mobilização da comunidade para que a mesma procure resolver seus problemas de saúde com a equipe de Saúde da Família, de orientações quanto a medicações e de identificação de indivíduos e/ou famílias que necessitem de um atendimento domiciliar de e grupos educativos. No que diz respeito às atividades de assistência a saúde, realizadas pelo ACS a equipe relata que (*sic*):

“Os ACS eles fazem a visita domiciliar com a busca ativa de gestantes, da mãe que está amamentando, da criança desnutrida, dos hipertensos, dos diabéticos, né? Eles fazem isso e a gente procura atender dentro da proposta de Saúde da Família” (Assistente Social 1).

“O agente de saúde é o que posso falar mais certo, é atendimento de visitas às casas, faz o acompanhamento se o hipertenso está tomando a medicação se a criança está tomando as vacinas, conversa muito com as pessoas” ( ACS 1).

“As ACS da minha equipe elas fazem a visita domiciliar e trazem algum problema mais premente, uma visita domiciliar de acamados, aí eu vou e faço”( Médico 1).

“O agente de comunitário faz a visita domiciliar deles, participam dos grupos educativos de saúde” (Enfermeira 6).

“Os ACS fazem tanto o trabalho dentro das unidades, como sala de espera, como faz o trabalho da rua, né?” (Auxiliar de Enfermagem 2).

“O ACS fazem a visita domiciliar diária é o trabalho deles em campo e participam junto com os auxiliares e enfermeiros nos grupos educativos”( Gestor 1)

As atividades dos agentes comunitários de saúde são realizadas, na maioria das vezes, fora da unidade de saúde. Durante as entrevistas, eles descreveram o seu trabalho como fundamental para a estratégia de Saúde da Família. Pode-se inferir que o agente comunitário de saúde, ao exercer suas atividades, ainda que pré-definidas, se encontram em um processo de construção de uma categoria que se destaca das demais por sua

abertura aos problemas da população, pela ausência de certos moldes de formação já impingidos nos demais trabalhadores da equipe.

Os agentes comunitários de saúde, de uma maneira geral, segundo a CBO (BRASIL, 2002) visitam domicílios periodicamente, dispensando-lhes cuidados simples de saúde, sob orientação e supervisão de profissionais de saúde: orientam a comunidade para a promoção da saúde; rastreiam focos de doenças específicas; promovem educação sanitária e ambiental; participam de campanhas preventivas; incentivam atividades comunitárias; promovem comunicação entre unidades de saúde, autoridades e comunidade; participam de reuniões profissionais e executam atividades administrativas.

**Os médicos** das equipes de Saúde da Família em Juiz de Fora realizam, na maioria das vezes consultas de demanda, consulta de grupos de hipertensos e diabéticos<sup>26</sup>, consulta pré-natal, preventivos, puericultura, visita domiciliar, como se vê a seguir (*sic*):

“O médico ele tem o atendimento de demanda, faz as consultas de pré-natal, puericultura, de desnutridos, ele é membro do conselho, o médico dessa equipe” ( Assistente Social 1).

“O médico faz atendimento à comunidade aqui na UBS [...] o médico autoriza..., faz atendimento do acolhimento, faz grupos” ( ACS 4).

“a parte de assistência fica muito a cargo do médico e do dentista, que são os profissionais que ficaram mais lidando com a parte assistencial, assim no sentido de atender a demanda” ( Médico 4).

“o atendimento do médico é o atendimento de demanda, espontânea e programada. As demandas programadas são de grupos de puericultura, grupos de desnutridos, pré-natal, hipertensos, diabéticos, preventivo. A parte educativa o médico do meu grupo ele não é... ele se dispõe a fazer quando a gente solicita, mas ele não tem aquela coisa sistemática na atividade educativa e também realiza visitas domiciliares.”  
(Enfermeira 1)

“ Os médicos do programa de Saúde da Família fazem um trabalho de prevenção através de grupos de hipertenso, puericultura, pré-natal e o trabalho com os desnutridos”(Auxiliar Enfermagem 1).

---

<sup>26</sup> Os grupos definidos no atendimento médico se referem a um grupo de pessoas que têm uma determinada patologia como hipertensão ou diabetes e que é agendado para consultas em um determinado dia.

“São atividades definidas e que independem da demanda, que são aquelas que estão previstas na NOAS, seria o controle de hipertensão e diabetes que é feito tanto por médico como por enfermeiro. Assistência à saúde da mulher e da criança que tem puericultura, pré-natal, preventivo e que também é feito por médico e por enfermeiro” ( Gestor 4).

A Medicina é a arte e a ciência de evitar ou curar doenças ou de paliar seus efeitos (FERREIRA, 1999). Sendo assim, a Medicina produz conhecimento sobre as doenças, o que sustenta a prática médica, sendo o médico o sujeito dessa prática.

Os médicos de modo geral são formados em razão do mito da eficácia e racionalidade técnica, por um modelo de ensino por disciplinas que favorece e estimula a opção prematura por uma especialidade como a cardiologia, pediatria, dermatologia, radiologia, entre outras. É prática nas escolas médicas e, embora os conteúdos programáticos dessas disciplinas se sobreponham em diversos aspectos, eles são ministrados de forma independente, prevalecendo a lógica interna de cada disciplina ou especialidade (MACHADO, 1997).

A Classificação Brasileira de Ocupações-CBO (BRASIL, 2002b) descreve que os médicos realizam consultas e atendimentos médicos, tratam pacientes e clientes; programam ações para promoção da saúde; coordenam programas e serviços de saúde; efetuam perícias, auditorias e sindicâncias médicas; elaboram documentos e difundem conhecimentos na área médica. E, ainda, que existem cinquenta e sete especialidades médicas no Brasil, dentre elas, inclusive, a de médico de Saúde da Família. Já o Conselho Federal de Medicina reconhece cinquenta e nove especialidades (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2004).

A assistência realizada pelos médicos demonstra que sua prática em Saúde da Família, apesar de já ser considerada especialidade, é diferenciada das demais, porque em seu cotidiano na Saúde da Família, ele deve exercer a sua profissão de forma integral, isto é, ele assume ações que muitas vezes dependem de conhecimentos de ginecologia, obstetrícia e pediatria. Tais conhecimentos durante sua formação são ensinados como

especialidades e, portanto apenas aqueles que optam por essas clínicas as estudam com mais propriedade.

As atividades assistenciais realizadas **pelas enfermeiras** das equipes de Saúde da Família são atividades de demanda programada, isto é, atividades agendadas previamente como pré-natal de baixo risco, preventivo, visita domiciliar, acolhimento<sup>27</sup>, grupos educativos, além das atividades burocráticas e administrativas como o preenchimento de formulários e a supervisão de auxiliares e agentes comunitários, como pode ser confirmado nos enunciados a seguir (*sic*):

“[...] as enfermeiras elas fazem consulta de enfermagem de puericultura, pré-natal. Atualmente com esse negócio do protocolo, elas só estão fazendo somente preventivo, elas estão esperando o protocolo para realizar as outras ações. [...] a supervisão do agente comunitário de saúde atualmente também está com a enfermeira” (Assistente Social 1).

“A enfermeira da nossa área faz grupos de direitos reprodutivos, grupo de climatério, gestantes, atendimento no acolhimento, algumas receitas ela pode passar” (ACS 4).

“A nossa enfermeira por enquanto ela não faz certos grupos, mas tende a vir a fazer porque está saindo um protocolo da enfermagem e a gente ainda vai estudar junto, tal coisa. Hoje ela faz o preventivo e visita domiciliar que a gente faz também e faz as orientações gerais de acolhimento e essas coisas” (Médico 7).

“Dentro da equipe o enfermeiro tem um papel de supervisor do agente comunitário de saúde, preenche o SIAB e o SIS Pré-Natal, a parte burocrática, PMA2, SSA2, que faz parte do SIAB além das consultas, consultas de enfermagem, relacionadas hoje, à saúde da mulher vai começar provavelmente a puericultura, tem também um protocolo de hipertensão e do diabético, como é patologia, a gente está discutindo, só deixar por conta do médico” (Enfermeira 5).

“O enfermeiro tem o atendimento de demanda, além disso, eles fazem consulta de gestante né? Pré-natal, puericultura e o

---

<sup>27</sup> Nesse estudo entende-se por acolhimento, quando o profissional recebe o usuário na UBS e o escuta. A partir da escuta do usuário será definido o tipo de encaminhamento para o mesmo, que pode ser para a própria enfermeira ou para os outros integrantes da equipe.

preventivo e mais as visitas domiciliares, além de fechar a produtividade”(Auxiliar de enfermagem 4).

“ [...] as enfermeiras elas estão nesse processo de construção da grade de atividades e agora a gente teve um problema sério, não sei se você se lembra, por conta do ato médico, elas todas pararam de atender e aí surgiu esse protocolo, esse protocolo foi votado no dia 16/12/2003 então agora ele já está autorizado pelo Conselho, já passou por todas as instâncias e já está sendo implementado” (Gestor 2).

Pode-se inferir pelas falas anteriores que as atividades realizadas pela enfermeira nas UBS são bem diversificadas. Isso demonstra que essa trabalhadora possui habilidades, tanto em administração de pessoal quanto habilidades assistenciais o que possibilita uma maior interlocução com os demais trabalhadores.

Conforme lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986 que dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem há três níveis de atuação da enfermagem, dependendo do grau de escolaridade: enfermeiro, técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem. Cada nível de formação prepara profissionais para determinadas atribuições (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM São Paulo- COREN-SP, 2000).

À enfermeira cabe privativamente dirigir órgãos de enfermagem das instituições de saúde pública ou privada, chefiar serviços e unidades de enfermagem, bem como planejar, organizar e avaliar a assistência direta de enfermagem. Essa assistência compreende as consultas e prescrições de enfermagem, e prestação de cuidados a pacientes graves com risco de vida, além da prestação de cuidados de maior complexidade tecnológica, que exigem conhecimentos científicos e capacidade de tomar decisões imediatas. Na área de saúde pública, a enfermeira está autorizada a prescrever medicamentos definidos pela instituição de saúde, atuando também no controle das doenças transmissíveis e nos programas de vigilância epidemiológica.

A lei do exercício profissional da Enfermagem em seu Art. 11, diz que cabe ao enfermeiro privativamente realizar a consulta de enfermagem e, além disso, é facultado, como descrito anteriormente, ao enfermeiro utilizar meios como a terapia

medicamentosa desde que integrantes de programas oficiais e com protocolos<sup>28</sup> aprovados nas instâncias legais (COREN-SP, 2000),

Tradicionalmente, no município de Juiz de Fora a assistência à saúde da mulher era uma prática desenvolvida pelas enfermeiras apesar da ausência de protocolos oficialmente legalizados, diferentemente de ações relativas à saúde da criança como a consulta de puericultura pela enfermeira. Vale destacar que, no momento desta investigação, as enfermeiras das equipes de Saúde da Família estavam em processo de implantação do protocolo de ações de enfermagem cujo objetivo foi legalizar na DSSDA/PJF a execução da assistência de enfermagem, tendo em vista a tramitação no Congresso Nacional da Lei do Ato Médico (CONPAS, 2003).

A elaboração do protocolo de ações de enfermagem no município mobilizou de forma efetiva a categoria das enfermeiras a qual demonstrou um salto de qualidade no que diz respeito à sua organização, porque as enfermeiras conseguiram sistematizar suas ações e evitar prejuízos à assistência à saúde da população, destacando a importância da força de trabalho no Município.

A enfermeira, ao realizar a consulta de enfermagem, na maioria das vezes, afasta-se de ações básicas como acolhimento, grupos educativos, entre outras preconizadas pelo PSF, de caráter coletivo, que poderiam ter melhores impactos sobre a saúde da população.

Segundo Peduzzi (2001), a necessidade de flexibilizar a divisão do trabalho nas equipes de saúde é fundamental para a integração da equipe. É, no entanto, importante ressaltar que a consulta de enfermagem realizada a partir de agendamentos nos moldes preconizados pela instituição, nos quais a enfermeira divide a demanda de usuários com os médicos, perpetua o modelo curativo, pois cada profissional atende individualmente em sua sala de forma desarticulada, ou seja, não integrada à ação programática.

---

<sup>28</sup> Para Ferreira (1999, p. 1655) protocolo é o registro de atos públicos. O protocolo de ações dos enfermeiros desenvolvidas nos serviços de atenção primária e secundária em Juiz de Fora formaliza as atividades assistenciais exercidas pelo enfermeiro aos usuários do SUS.

Dessa forma, o trabalho da enfermeira realizado com o uso do instrumento consulta de enfermagem, nas equipes de Saúde da Família, não atinge uma nova qualidade, não transforma a realidade, pois reitera o modelo exercido por outra casta de trabalhadores, não atendendo, assim, aos objetivos gerais do PSF.

A consulta de enfermagem, como instrumento de trabalho utilizado pela enfermagem no processo de assistir, deve ser revista e avaliada a todo o momento, com o objetivo de se tornar verdadeiramente uma prática que, se associada a outras práticas, possibilite vínculos de responsabilização entre enfermeiras e usuários, em torno do problema de saúde a ser enfrentado, contextualizando-o, não somente enquanto patologia, mas também em sua questão social.

A equipe de Saúde da Família possui em sua composição dois trabalhadores de Enfermagem: o enfermeiro e o auxiliar de enfermagem. Nas equipes de Saúde da Família de Juiz de Fora existem técnicos e auxiliares de enfermagem de formação, entretanto eles executam atividades inerentes à função de auxiliar de enfermagem.

Essas atividades realizadas pelos **auxiliares de enfermagem** nas equipes de Saúde da Família são retratadas pelas falas a seguir (*sic*):

“O auxiliar faz coleta de material, visita domiciliar, injeção, nebulização, curativo, né? Faz a coleta de sangue, anotam também agendamento de consulta, agendamento de exames, essas coisas” (Assistente Social 2).

“O auxiliar de enfermagem faz coleta de sangue, com os agentes no caso, é marcada através da visita domiciliar e o médico agenda se há necessidade de uma coleta de sangue ou de um curativo e o auxiliar vai com a gente” (ACS 4).

“O auxiliar de enfermagem junto com a enfermeira fazem coisas mais técnicas, às vezes, aplicação de medicação, de distribuição de remédios, aferição de pressão arterial, a marcação de consultas, pegar os prontuários, fazer agendamentos, alguma acolhimento de balcão, algum acolhimento mais simples assim” (Médica 5).

“O auxiliar de enfermagem faz atividades de curativo, vacinação, a parte de administração de medicamentos injetáveis, via oral, ela atende

também a parte de balcão e faz algumas visitas principalmente as visitas relacionadas a curativos”. (Enfermeira 5)

“O auxiliar fica mais no posto quando ele deveria ir mais para área, na área eu faço um curativo, se a pessoa não pode vir ao posto, de um acamado eu faço coleta de sangue, se ele não pode vir ao posto, às vezes uma pressão, o médico pede, a gente vai aos dias pré-determinados. No posto a gente ainda cuida e faz a coleta de sangue, curativos, tem a sala de vacina, a gente faz vacina em casa na época da campanha”. (Auxiliar de Enfermagem 3)

“O auxiliar de enfermagem faz essas práticas que seriam o ato mais de Enfermagem e que a enfermeira supervisiona que é a vacinação, curativos, um atendimento imediato, uma medicação de urgência, uma nebulização esses atos de rotina”. (Gestor 4).

Observou-se que o auxiliar de enfermagem realiza atividades tradicionais. Atividades para produção de cura, como cuidados de rotina que compreendem, entre outros, preparar as pessoas para consulta, exames e tratamentos, administrar medicamentos, fazer curativos, aplicar oxigenoterapia e vacinas, além de fazer esterilização de material, prestar cuidados de higiene e conforto, servir alimentação e zelar pela limpeza e ordem dos equipamentos, material e dependência dos ambientes terapêuticos.

Embora o trabalho das equipes tenha como pressuposto produzir saúde, e nessa concepção esteja atrelado à necessidade de um trabalho que compartilhe saberes e práticas (CAMPOS, 1997; PEDUZZI, 2001), claro que respeitando as especificidades, os auxiliares de enfermagem em suas atividades continuam reiterando o modelo de atenção curativo. Eles exercem atividades complementares ao ato médico, na maioria das vezes, deixando de exercer atividades de cunho coletivo que certamente teriam um melhor impacto sobre os problemas de saúde da população.

Os auxiliares de enfermagem realizam atividades preconizadas pela lei do exercício profissional e na maioria das equipes eles se sentem insatisfeitos e um pouco alijados do PSF. As atividades desenvolvidas pelos auxiliares englobam, além de suas atividades tradicionais, as ações administrativas de agendamentos e atendimento ao usuário. A ausência de um trabalhador para realizar essas ações e a grande demanda fixam o auxiliar na unidade.



Algumas falas **dos auxiliares** retratam tal situação, demonstrando também certo conflito quanto às atividades realizadas (*sic*):

“Os auxiliares de enfermagem basicamente a gente serve para abrir e fechar o posto, só pelo menos é isso que em seis anos do programa de Saúde da Família é o que eu vejo a gente não tem participação nenhuma, não tem direito a falar nada. A gente simplesmente tem que acatar” (Auxiliar de enfermagem 2).

“Nós, os auxiliares, fazemos o que geralmente eles mandam a gente fazer, por exemplo, visita domiciliar a gente não tem um agendamento de visita. A gente não vai fazer uma visita, a gente vai fazer uma injeção, uma coleta, um curativo que eles programam, normalmente é assim que a gente trabalha” (Auxiliar de enfermagem 1).

Podemos observar que, ao realizarem a assistência a saúde, os trabalhadores de Enfermagem vivenciam conflitos inerentes à divisão técnica do trabalho, porque as enfermeiras executam atividades consideradas de maior complexidade como consultas de enfermagem na unidade e no domicílio, enquanto os auxiliares de enfermagem realizam a maioria das atividades complementares ao ato médico, como nebulizações, injeções e curativos considerados como procedimentos básicos de Enfermagem (FRIEDRICH, 2000).

Apoiando-nos na análise de Demo (1993), pode-se inferir que os conflitos criam um efeito sobre a realidade no trabalho dos auxiliares de enfermagem, fazendo-os acreditar que precisam ter um papel mais definido no trabalho das equipes de Saúde da Família. Estes trabalhadores não percebem que seu papel é construído no seu cotidiano, que eles precisam conquistar um espaço de participação efetiva para sua autopromoção, à medida que eles são a grande maioria dos trabalhadores de saúde, diminuindo, assim, as desigualdades.

**As assistentes sociais** são vinculadas a uma equipe, entretanto, prestam assistência à saúde as comunidades da área de abrangência de no mínimo três equipes. Elas realizam grupos educativos, atendimentos individuais, cadastram usuários para o programa de

saúde mental, fazem visita domiciliar, acolhimento e participam das reuniões dos conselhos locais de saúde.

As falas a seguir demonstram as atividades realizadas pelas assistentes sociais junto às equipes de Saúde da Família em Juiz de Fora (*sic*):

“Quando a equipe me solicita, exemplo, eu tenho acompanhado a equipe com um grupo de hipertensos, passeios e caminhadas eu não fui não! Atendimento individual quanto a orientações sobre previdência social, a gente tem tido uma demanda grande a respeito de benefícios. A gente tá sendo muita referência a saúde mental, depois passa pelo médico, também tem uma outra enfermeira que está se interessando trabalhar são muitas atividades né? A gente também tem uma ligação com a comunidade e com as equipes, são cinco equipes e a gente é uma só. Faz visitas domiciliares. Ajuda muito na orientação dos agentes com o novo preenchimento do cartão SUS. Quando ainda não chegou, a gente dá uma declaração que a pessoa já fez o cartão, já foi cadastrado, porque o SUS está exigindo, então a gente dá a declaração. A gente acompanhou muito mesmo o cartão SUS aqui. A pessoa tem a gente, como uma referência para algumas orientações, nós referenciamos muita gente, por exemplo, dentista que tá demorando.”( Assistente social 3).

“A assistente social faz o encaminhamento para saúde mental, essas pessoas passam pela assistente social aqui. Ela tem outro trabalho que é com as crianças desnutridas, ela encaminha as crianças de alto risco lá para baixo [...]” ( ACS 3).

“A assistente social coopera aqui com o grupo de desnutridos, nas reuniões do climatério, nas de direito reprodutivo, entendeu? Elas acompanham a gente no conselho local de saúde” (Médico 1).

“O ano passado fiquei responsável pelo grupo de climatério, porque a gente dividiu, porque aí eram três equipes, cada uma ficou com uma parte. A gente fazia as reuniões eu assumia a primeira parte e a médica assumia depois, junto também com a assistente social a gente sempre estava em duas ou três” ( Enfermeira 2).

“A assistente social atende o público em geral, faz visitas também domiciliar, faz o acolhimento e atende os grupos, né”? (Auxiliar de enfermagem 4)

“O assistente social que aqui em Juiz de Fora faz parte do programa eles fazem visitas e atendem essas demandas sociais, entendeu?” (Gestor 5).

As atividades da assistente social, segundo a CBO (BRASIL, 2002) são as seguintes: prestar serviços sociais, orientando indivíduos, famílias, comunidade e instituições sobre direitos e deveres, serviços e recursos sociais e programas de educação; planejar, coordenar e avaliar planos, programas e projetos sociais em diferentes áreas de atuação profissional, tanto nas esferas públicas como privadas.

As assistentes sociais são em número reduzido em Juiz de Fora. Acredita-se que isso ocorre porque elas não fazem parte oficialmente da equipe proposta pelo Ministério da Saúde. O Município, no momento da implantação, já contava com essa trabalhadora nas unidades básicas de saúde e, através de um curso de especialização foram capacitadas, para atuarem dentro da filosofia do PSF.

**Os dentistas**, no momento da investigação, ainda não eram integrantes das equipes de Saúde da Família, entretanto algumas ações conjuntas com os demais trabalhadores já se delineavam. Por exemplo, o atendimento odontológico planejado para as áreas de abrangência do PSF e o contato dos usuários através dos ACS.

Os enunciados a seguir evidenciam tal situação (*sic*):

“A dentista ela tá trabalhando nos grupos, eu tenho feito uma agenda com a dentista para ela estar atendendo às crianças desnutridas, da puericultura, então a gente está conseguindo um entrosamento dela estar participando desse trabalho educativo” ( Assistente social 2).

“O cirurgião-dentista não participa efetivamente do programa. Só que aqui nós começamos a desenvolver a odontologia nos moldes do programa, já com o objetivo de inseri-la, deixando a nossa unidade como ponta realmente em Juiz de Fora. Despontando nesse sentido. Então são duas profissionais uma no turno da manhã outra no turno da tarde, são quatro microáreas, então ficou dividido duas microáreas para cada profissional, né?” (Dentista 1).

“A parte assistência fica muito a cargo do médico e do dentista que são os profissionais que ficam mais lidando com a parte assistencial [...]”. (Médico 4)

“O dentista entrou agora no programa ele tem feito algumas atividades da comunidade junto com o agente comunitário, ele faz uma palestra educativa e depois ele seleciona aquelas famílias que participarão de algum tratamento e parece que a dentista responsável da nossa área vai fazer um grupo de idosos”. (Enfermeira 5)

“O dentista atende criança, adulto faz o trabalho da puericultura, do desnutrido de todos”. (Auxiliar de enfermagem 4)

“Hoje a gente ainda, não tem o dentista propriamente incluído na Saúde da Família. Alguns seguem alguma coisa mais específica da Saúde da Família, outros não, desenvolvem seu trabalho como se estivessem em uma unidade tradicional”. (Gestor 3)

A incorporação dos cirurgiões-dentistas à estratégia de Saúde da Família em Juiz de Fora está em processo. Apesar de alguns trabalhadores estarem começando a atuar de forma articulada às equipes de Saúde da Família, isso ainda é muito pontual e a assistência em saúde bucal ainda precisa ser organizada na atenção básica.

Os cirurgiões-dentistas, segundo a CBO (BRASIL, 2002), atendem e orientam pacientes e executam tratamento odontológico realizando, entre outras atividades, radiografias e ajuste oclusal, aplicação de anestesia, extração de dentes, tratamentos de doenças gengivais e canais, cirurgias bucomaxilofaciais, implantes, tratamentos estéticos e de reabilitação oral, confecção de prótese oral e extra-oral. Diagnosticam e avaliam pacientes e planejam tratamentos. Realizam auditorias e perícias odontológicas, administram condições de trabalho, adotando medidas de precaução universal de biosegurança. Podem desenvolver pesquisas na prática odontológica e integrar comissões de normatização do exercício da profissão.

Percebe-se que a **assistência à saúde** realizada, apesar de ser na maioria das vezes **pré-estabelecida**, é discutida entre os componentes das equipes. Essa discussão ocorre em reuniões semanais ou mensais, o que depende da unidade de saúde e da demanda de usuários. Observa-se tal realidade nas seguintes falas (*sic*):

“A gente tem uma reunião geral e cada equipe senta para fazer seu planejamento, têm algumas mais avançadas e outras que estão caminhando” (Assistente social 3).

“As atividades realizadas são decididas em cada equipe, têm reuniões mensais por equipe e dentro dessas reuniões é discutido o que vai ser feito. Então, o ACS passa para enfermeira que nasceu um recém-nascido, então ela vai agendar uma data para poder fazer uma visita aquele recém-nascido” (ACS 3).

“Na nossa equipe, a gente decide como realizar as atividades com algumas reuniões, aqui no posto há uma reunião mensal com todas as equipes, deveria haver uma reunião semanal com a equipe só que não há, a busca é tão grande, a demanda é tão grande que nós não temos tempo para isso, para essa reunião semanal, que seria com os agentes, enfermeira, auxiliar e médico” ( Médica 7).

“A gente tem reunião de equipe toda segunda de manhã depois do acolhimento” (Enfermeira 5).

“A gente faz reunião, faz reunião mensal e a gente faz um esquema mesmo, para poder ver direitinho, todo mês a gente faz um esboço” (Auxiliar de enfermagem 6).

“A gente tende a fazer reuniões da equipe aqui, no posto têm três equipes, a gente tenta fazer reunião de equipe e a reunião dos profissionais da unidade e os profissionais das três equipes”. (Médico 6)

Enfim, a dimensão organizativa do processo produtivo das equipes de Saúde da Família se caracteriza pela realização de inúmeras atividades e pela **intensa divisão de trabalho**. As equipes prestam assistência por meio das atividades propostas pelo programa. Tais atividades já existiam anteriormente em programas distintos do Ministério da Saúde e que agora foram condensadas na estratégia de Saúde da Família.

Observa-se que a divisão do trabalho ocorre entre os componentes das equipes e entre as categorias. Em cada unidade básica de saúde, existem em média três equipes. Os médicos programam suas atividades assistenciais em conjunto com as enfermeiras e também de acordo como os outros médicos. As visitas domiciliares são realizadas em dias fixos e diferentes para cada médico. As enfermeiras dividem entre elas as questões burocráticas, administrativas e educativas. Dessa forma, uma é responsável pelo grupo de direitos reprodutivos, a outra é responsável pelo grupo de climatério. Os auxiliares fazem rodízio de tarefas semanais, e assumem individualmente o setor de nebulizações, de curativos e de vacinas.

O processo produtivo é organizado de forma parcelada, fragmentada e isolada. Os trabalhadores se colocam disponíveis para atuarem em conjunto, demonstram interesse

pelo que fazem, entretanto a demanda da comunidade pela assistência de saúde tradicional é intensa e forte. Eles se encontram em um espaço de conflito, um espaço onde há uma contradição entre o que é proposto pelo PSF e a vontade dos usuários. O que implica muitas vezes a total absorção dos trabalhadores em atividades de caráter imediato e pouco resolutivo. Pode-se inferir que isso resulta também da ausência de políticas programáticas efetivas, de acordo com a realidade das áreas de abrangência de cada equipe, porque as ações são pré-estabelecidas e idênticas na maioria das equipes estudadas.

A transformação dessa realidade está vinculada a múltiplos fatores e um deles é a formação dos trabalhadores voltada para mudança do modelo assistencial, que está em processo. Existem em andamento políticas coordenadas entre os Ministérios da Educação e da Saúde que contam com a participação das universidades, das entidades dos profissionais de saúde, de gestores municipais, trabalhadores e usuários. Tais políticas buscam a interdisciplinaridade, a integração ensino-serviço-pesquisa e os compromissos éticos, humanitários e sociais do trabalho multiprofissional.

## **7.2 DIMENSÃO POLÍTICO-IDEOLÓGICA DO TRABALHO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Nessa dimensão, adotou-se uma adaptação do modelo organizacional proposto por MINTZBERG (1995), com a finalidade de sistematizar as observações referentes ao trabalho das equipes. Definiremos como uma organização o conjunto formado pelo Ministério da Saúde - **a cúpula estratégica** -, a Secretaria Municipal de Saúde (Diretoria de Saúde, Saneamento e Desenvolvimento Ambiental em Juiz de Fora) como - **a linha intermediária** - e finalmente as Unidades Básicas com a estratégia de Saúde da Família (UBSF) - **o núcleo operacional**.

Durante a supervisão do estágio curricular do Curso de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da UFJF, a pesquisadora pôde observar de maneira mais aprofundada que o trabalho das equipes de Saúde da Família, isto é, a organização do trabalho no núcleo

operacional, é altamente complexa e diversificada. Essa observação é possível porque o professor supervisor e os alunos do Curso de Enfermagem são inseridos no trabalho cotidiano das equipes. Nessa inserção, pode-se vivenciar o trabalho das equipes na sua concretude, isto é, como ele se desenvolve como são suas diversas relações e processos.

Todos os trabalhadores, de uma forma geral, acreditam na estratégia de Saúde da Família como um modelo que tem por objetivo promover a vigilância à saúde. Entretanto, percebem-se inoperantes e descrentes quando se deparam no cotidiano de seu trabalho, com relações hierarquizadas e fortes pressões. Estas partem tanto dos dirigentes como da comunidade, originadas da necessidade de uma assistência à saúde voltada para o modelo curativo, centrado na doença.

Como se verifica nas falas a seguir (*sic*):

“[...] Apesar de todas as dificuldades, a gente não pode desanimar, pois em algum momento vai surgir alguma coisa, e a gente vai ser iluminado, vai surgir alguma idéia ou a coordenação vai se sensibilizar, porque a gente luta por qualidade de serviço para o usuário, por equidade e justiça social, de saúde como direito [...]”. ( Assistente Social 2)

“[...] a gente sempre tem medo que o PSF acabe, entendeu? É um programa muito bom, se ele pudesse ser colocado em prática da forma que está no papel, as autoridades competentes devem se esforçar um pouco mais para manter esse programa, para dar uma estrutura maior para que esse trabalho vá em frente, porque eu acho que vale a pena [...]”. ( ACS 1)

“ Eles não entenderam que o processo do PSF é irreversível, é o processo mais lógico de conduta em se tratando de saúde, é um processo mais barato. E mais ainda, os profissionais são como se estivessem em um processo de transição, eles ainda não entenderam a filosofia tanto da profissão dele como médico quanto do programa em si, da ação em si”. ( Médico 3)

“[...] A gente precisava emplacar mais o programa, não é só aumentar equipes para vir verbas, mas dar mais suporte para as que já trabalham, o programa precisa ser construído, a gente sabe que na atenção primária o investimento tem que ser maior para amenizar a atenção secundária e terciária”. (Enfermeira 1)

“ O bom seria a gente ir para rua e não ficar neste tumulto aqui, de tirar fichas e guardar fichas, o trabalho lá fora do PSF é completamente

diferente. Acaba que a gente fica aqui sem poder fazer nada, por exemplo, agora são 3 e 45, duas pessoas me pediram uma visita, uma leva 40 minutos daqui até lá, o que eu vou fazer lá, vou chegar lá e vou sair, é o tempo de olhar uma pressão [...] a gente fica cansado não por causa do PSF, mas por causa da demanda”. (Auxiliar de Enfermagem 5)

“Com a formação do conselho a gente tem conseguido mais coisas, até a Saúde da Família, o que ela era até uns anos atrás era um programa do PSDB. A comunidade às vezes não recebe bem o PSF, porque, simplesmente, retiram o profissional que a mesma já estava acostumada, sem haver uma integração do antigo com o novo. A comunidade está muito acostumada com a formação de especialista. Em curto espaço de tempo, é difícil a gente estar modificando tudo na cabeça do profissional, do gestor, da comunidade” (Gestor 3).

As diversas categorias que compõem as equipes têm uma formação heterogênea. Muitos fizeram cursos de especialização, cursos introdutórios e muitos foram simplesmente inseridos nas equipes sem nenhum preparo. Conseqüentemente, a aderência à estratégia é diversificada, pois aqueles, que foram minimamente preparados, conseguem perceber onde se dão os equívocos no seu desenvolvimento e conseguem se posicionar frente aos gestores de uma maneira crítica e reflexiva. Por outro lado, os demais se posicionam de uma forma estritamente individual e buscam apenas resolver os problemas de cunho pessoal mostrando-se alienados quanto ao processo como um todo.

As relações entre gestores e trabalhadores se estabelecem de uma forma hierárquica e verticalizada. A relação de poder aí se estabelece. Os gestores, que trabalham na linha intermediária da organização, ficam atrelados aos financiamentos advindos do Ministério da Saúde e Secretária Estadual de Saúde e das determinações da administração superior da Prefeitura de Juiz de Fora. Isso resulta em pouca autonomia para a gestão. Os mesmos são responsáveis por ações administrativas que acabam por direcionar os demais trabalhadores. Eles realizam lotação e relotação nas UBS, são responsáveis por educações continuadas<sup>29</sup>, por divulgar as orientações e normatizações necessárias para o desenvolvimento do trabalho.

---

<sup>29</sup> Cursos padronizados para profissionais específicos com carga horária, conteúdo e dinâmica, definidos por eles a partir de uma leitura geral dos problemas.



Entre os gestores e os trabalhadores das equipes de Saúde da Família existe o supervisor, que é um trabalhador da equipe, é o elo da equipe com o nível intermediário da organização. Cabe a ele a responsabilidade de coordenar as equipes e resolver, não somente problemas burocráticos, como também os conflitos existentes entre os trabalhadores. O supervisor é o elemento que respalda ou não o trabalhador frente aos gestores e frente à comunidade, pois quando há algum problema a comunidade se dirige a ele e aos gestores. O supervisor se responsabiliza também por representar os trabalhadores junto a comunidades em ocasiões em que se fazem necessárias discussões sobre as facilidades e dificuldades do processo de trabalho e os resultados esperados.

A maioria dos trabalhadores com a função de supervisão detém poder entre os demais, pois é escolhido entre seus pares e assume praticamente todos os problemas advindos do trabalho. Observou-se que qualquer trabalhador pode assumir a função de supervisor, porque não há pré-requisito com relação à formação do trabalhador que assume essa função.

Pode-se inferir que as relações de poder e os conflitos que configuram a dimensão político-ideológica do processo de trabalho das equipes se originam a partir da organização das práticas sanitárias do município. Cabe aqui destacar que, durante as entrevistas com os gestores/trabalhadores, os sub-temas como o **modelo assistencial**, o **modelo gerencial** e a **informação em saúde** entre equipes e gestores emergiram de forma a explicitar tal dimensão.

### **7.2.1 Modelo Assistencial**

Pode-se identificar que o modelo proposto pelo PSF não é o modelo assistencial hegemônico. O modelo curativo aquele que se organiza através da demanda espontânea, é o predominante no município.

Em termos gerais, um modelo pode ser considerado como um padrão, um exemplo, um signo figurativo ou uma norma, algo que serve de tipo a ser imitado (FERREIRA, 1999).

Esta definição poderia expressar um momento estanque, definido a priori como uma estabilidade nos critérios definidores de modelo.

Os modelos de assistência não podem ser tomados a partir dessa estabilidade e possível reprodução. No caso da saúde, os modelos assistenciais são combinações tecnológicas utilizadas para a organização dos serviços de saúde em determinados espaços – populações, incluindo ações sobre ambiente, grupos populacionais, equipamentos comunitários e usuários de diferentes comunidades prestadoras de saúde com distinta complexidade, postos, centros de saúde e hospitais (PAIM, 1999).

O Plano Municipal de Saúde de Juiz de Fora (JUIZ DE FORA, 2002) adota como definição de modelo assistencial a proposta de Campos et al. (1989, p.53), que o considera como: “o modo em que as ações de saúde são produzidas e a maneira pela qual os serviços de saúde e o Estado se organizam para produzi-las e distribuí-las”.

No município de Juiz de Fora, apesar da estratégia Saúde da Família ser uma tentativa de inversão do modelo de assistência vigente, não consegue superar o modelo de assistência sustentado na atenção à livre demanda; ele é curativo, individual, oneroso e pouco resolutivo frente aos reais problemas de saúde da população.

Observou-se que as divergências de interesses entre trabalhadores e dirigentes nascem da contradição do que é proposto como modelo de assistência à saúde e do que realmente se estabelece na realidade das unidades básicas do município.

Os trabalhadores de saúde entrevistados deixam claro, através de suas falas qual o modelo de assistência predominante no Município (*sic*):

“Não sei se o tempo ainda não chegou, tanto do profissional como da população essa mudança de atendimento não atingiu nem o profissional nem a população. Eu acho que o programa está basicamente só com o atendimento de demanda, esta parte de prevenção está muito pouca mesmo. A gente não trabalha com dados epidemiológicos, por exemplo, para desenvolver uma atividade na unidade, a gente nem tem isto, isto é uma das coisas principais que a gente deveria ter.”( Assistente Social 1).

“[...] agora na minha área, que tem um poder maior, agora está tendo uma procura aqui no posto pelo pessoal da minha área, aumentou a demanda e a gente pode tomar conta da nossa área, porque antes a médica tinha que atender a gente de outra área porque não tinha gente suficiente da nossa área que viesse aqui no posto” (ACS 2).

“[...] na verdade muitos colegas são específicos, não têm idéia de acompanhamento e atendimento do paciente como um todo, sendo que essa estratégia é para modificar muita coisa, então não adianta você querer ter uma idéia única, ter um atendimento visando apenas aquele atendimento, até a própria população até hoje, na verdade, eles querem que você atenda a todo o momento e eles querem ver o médico e na verdade, é a equipe, cada um fazendo seu papel.”(Médico 7).

“[...] a gente está fazendo mais saúde curativa do que preventiva. Você agrada a população quando você dá algo em troca, quando você tem medicação. Ninguém vai querer vir ao grupo se só tem que vir aferir a pressão, isso eles não querem. Eles querem sempre que tenha o remédio.”(Enfermeira 6).

“ [...] Aqui a gente não trabalha PSF, porque a gente trabalha mais aqui na unidade, porque só tem o médico, não tem enfermeiro. A gente não tem tempo para sair na rua e fazer nosso trabalho na rua.”(Auxiliar de enfermagem 5).

“ Eu acho que hoje as pessoas estão começando a entender realmente com um pouquinho de dificuldade ainda, o que é a estratégia de Saúde da Família, que ela não visa à doença ela visa, na verdade, a prevenção e para isso é preciso inverter a questão... só tocar na doença, não focar no indivíduo e sim na coletividade, esta é a visão” (Gestor 1).

Apesar das diretrizes nacionais, das determinações municipais com relação à Saúde da Família em nível local, as práticas não mudaram, pois ações de promoção de saúde não permeiam o trabalho das equipes. O que reforça que a priorização da atenção básica para inversão do modelo assistencial não caminha sem mudanças efetivas na prática.

Acreditando-se que o movimento permanente da organização das práticas sanitárias no município de Juiz de Fora e que a inserção dos diversos trabalhadores, influenciando esta organização e sendo influenciadas por ela, as mudanças de ordem econômica, política e cultural são construídas, de acordo com o movimento da realidade política local.

O contexto no qual os trabalhadores de saúde estão inseridos exige criatividade e atenção para as rupturas desejadas. É necessário transgredir de forma construtiva algumas normas pessoais e institucionais para que se possa construir um novo modelo de atenção à saúde no município de acordo com a sua realidade. Tal modelo contempla uma concepção de trabalhador de saúde cidadão, disposto a se posicionar claramente a favor dos direitos da população, para que se construam as transformações dos serviços de saúde no bojo de mudanças das políticas públicas no campo social. Essa perspectiva deve estar respaldada em alianças entre diferentes atores institucionais e sociais. No caso da saúde, assim como das demais áreas sociais, torna-se imperativo contar com a participação dos sujeitos/cidadãos para interpor os processos de transformação desejados.

### **7.2.2 Modelo gerencial**

Atrelado ao modelo de assistência, está o modelo gerencial ou de coordenação que é adotado pelo município. Nesse estudo, considera-se organização o conjunto formado pelo MS, pela DSSDA (através principalmente da gerência de promoção da vida na qual está o departamento de atenção básica e a equipe de coordenação dos serviços das equipes de Saúde da Família) e pelas unidades básicas onde trabalham as equipes de Saúde da Família. O MS funciona como indutor da política de saúde no município, a DSSDA como uma organizadora dessa política e as equipes de Saúde da Família como executoras (ARRETCHE, 2003).

Primeiramente, é preciso definir gerência para que se possa partir para uma análise que permita captar esse fenômeno nas relações de trabalho das equipes.

Adotaremos neste estudo a definição de Campos (1989) que a considera como:

“[...] um instrumento necessário, mas não suficiente, à implementação de políticas elaboradas, por sua vez, a partir de interesses diversos ou até mesmo contraditórios, de forças sociais ou vinculadas à produção de serviços e insumos para o setor saúde, ou às interessadas na manutenção e reprodução do modelo econômico e político vigente, ou aos usuários do sistema de saúde.” (CAMPOS, 1989, p.10).

A partir dessa definição, pode-se inferir que a gerência está subordinada à política de saúde predominante em um determinado período. A mesma se desenvolve a partir dos pressupostos definidos pela organização em um dado momento.

Vale resgatar um pouco da história do modelo gerencial no município, antes da implantação da estratégia de Saúde da Família, por ocasião da II Conferência Municipal de Saúde realizada em 1995. Delineou-se que cada unidade básica de saúde teria um trabalhador responsável pela gerência e que este seria escolhido através do voto direto dos conselheiros locais de saúde e dos trabalhadores de saúde da unidade básica. O candidato a gerente deveria ter o 2º grau de escolaridade, disponibilidade de oito horas diárias para o trabalho, vínculo com o SUS e não poderia ter cargo de confiança em empresas privadas prestadoras de serviços de saúde, nem ser proprietário de uma delas (JUIZ DE FORA, 1995b).

Atualmente, esse trabalhador se coloca como um articulador entre a equipe de Saúde da Família e a equipe de gerenciamento em nível central e é denominado de supervisor. Ele participa de reuniões e leva para as unidades básicas as determinações e resoluções da linha intermediária da organização. Os supervisores das equipes investigadas eram na maioria médicos e assistentes sociais.

As falas a seguir destacam essas características (*sic*):

“A gente tem um dia de reuniões de gerente, a gente vai e eles passam as informações.” (Assistente social 2).

“Nós temos uma gerência e dentro do possível, o que nós não conseguimos resolver entre nós mesmos, nós costumamos passar para gerência e se ela não resolve passa para a DSSDA” (Médica 7).

“A gente estava sem gerente, agora tem gerente que leva todos os problemas daqui para a gerência, além de trazer as resoluções deles para gente”. Tem um relacionamento bom porque tem um relacionamento de médico para médico, né? (Auxiliar de enfermagem 2).

“ o gerente da Unidade hoje chamado supervisor da unidade, essa pessoa faz o meio de campo. O problema que a gente tem hoje é que muitas unidades não têm gerente.” (Gestor 2)

Podemos inferir que o papel do supervisor nas unidades de Saúde da Família é um papel mecanicista<sup>30</sup>. Para Pierantoni (2001), isso resulta de um aspecto mais amplo da reforma do sistema de saúde, que criou um cardápio diversificado de alternativas para gestão e para articulação contratual de recursos humanos, não sistematizando um modelo de gestão. A mesma autora salienta que o supervisor (gerente) deve ser capaz de ir além dessas questões mecanicistas, deve ter capacidade e especialidade de adaptação às necessidades da finalidade do trabalho na organização, enfim as necessidades do sistema social.

Corroborando, Bach (2003) salienta que a questão crucial é a divisão de responsabilidades entre especialistas de recursos humanos e os gerentes de linha (aqui representados pelo supervisor). O supervisor tem de assumir responsabilidades inerentes ao desenvolvimento de recursos humanos na organização, como recrutamento e seleção de pessoal, avaliação, comunicação e, até certo ponto, treinamento e disciplina dos funcionários.

O modelo gerencial do trabalho das equipes de Saúde da Família, que está descrito no Plano Municipal de Saúde (JUIZ DE FORA, 2002), se refere unicamente à gerência da linha intermediária da organização. Ele é submetido claramente às políticas de saúde desenvolvidas em Juiz de Fora, porque os trabalhadores que integram a equipe de gerenciamento ou de coordenação são nomeados pelo Diretor da DSSDA. No momento desse estudo, a equipe era formada pelos seguintes profissionais: três médicos, um dentista, um engenheiro e um sociólogo com as competências previamente estabelecidas: acompanhar o trabalho das equipes de Saúde da Família;

- coordenar a implantação e a utilização do sistema de informação da atenção básica;

---

<sup>30</sup> Papel mecanicista aqui entendido como um papel desarticulado de um contexto maior, de uma visão ampliada sobre as questões de desenvolvimento de recursos humanos para saúde.

- promover reuniões sistemáticas com as equipes;
- organizar as unidades de Saúde da Família;
- atuar junto ao Conselho Municipal de Saúde, divulgando as vantagens e resultados alcançados;
- participar na seleção dos profissionais que irão compor tais equipes;
- promover a articulação intersetorial;
- programar e coordenar os treinamentos introdutórios;
- implantar protocolos de processo de trabalho e desenvolver parcerias com outras instituições e setores da Prefeitura de Juiz de Fora;
- implantar o terceiro turno regionalizado.

Identificou-se que o modelo de gerência adotado pela DSSDA/PJF congrega ações de vários trabalhadores e é um trabalho atrelado às orientações do MS. Tem pouca autonomia para executar as atividades e, além do mais, é centralizado impedindo um trabalho mais autônomo e resolutivo pelas equipes de Saúde da Família do Município. Isso acarreta divergências de interesses, o que fica claro nos depoimentos a seguir (*sic*):

“Eu sinto que eles teriam que fazer supervisão, estar em campo, ficar com a gente, sentir o que a gente está sentindo, eu acho que facilitaria para tá orientando a gente a tomar determinados rumos” (Assistente social 2).

“Nós temos um bom relacionamento com a gerência, mas na hora de implementar aquilo que a gente chega em uma concordância, a gente não consegue colocar para frente por causa do problema político, porque a questão que a gente sempre esbarra é o chefe do chefe do chefe e eu acho e o meu colega também fala é muita gente pra mandar remar e um remador só”(Médico 6).

“[...] a gente vê as vontades políticas que passam por cima da equipe de gerenciamento, vai consegue coisa que a equipe não concordava tecnicamente” (Gestor 3).

A atuação da equipe de gerenciamento sobre as equipes de Saúde da Família não acontece de forma a orientar, coordenar o trabalho da equipe como um todo. Ela é pouco clara para os agentes comunitários de saúde, o que demonstra certa fragmentação das

ações gerenciais. Para os ACS a gerência é algo desconhecido como é descrito nas falas a seguir (*sic*):

“Eu não tenho noção de como é feito isso e quando vejo que tem algum problema que tem chamar algum órgão lá em baixo é a enfermeira que chama”(ACS 7)

“Eu como ACS não tenho contato nenhum, o meu contato é aqui dentro, principalmente com a enfermeira da minha equipe, as decisões, as opiniões as trocas de idéias são todas com ela. Dali pra lá eu não sei de nada” (ACS 1).

“Eu faço um relatório todo mês do que eu fiz e a enfermeira passa para gerência” (ACS2)

A coordenação e a supervisão do trabalho das equipes reiteram o modelo da administração científica (DIAS, 1999), porque elas acontecem de forma hierárquica entre os gestores e trabalhadores das equipes de Saúde da Família. As relações de poder ficam estabelecidas em cascata entre os gestores, trabalhadores de nível superior e os trabalhadores de nível médio.

Nessa coordenação não há nenhum especialista em recursos humanos demonstrando que essa função na área de saúde ainda precisa ser construída e inserida na agenda das reformas do setor. Deve-se investir na capacitação de pessoal de recursos humanos para que adquiram competências para articular questões operacionais tradicionais do setor com questões estratégicas e, assim, dar a credibilidade necessária ao desenvolvimento dessas funções (BACH, 2003).

Com oitenta equipes de Saúde da Família implantadas e em média com quinhentos e sessenta trabalhadores de saúde, pode se inferir que um modelo gerencial centralizado ocasiona grandes obstáculos ao desenvolvimento da estratégia de Saúde da Família no Município no que se refere à alocação de recursos humanos e materiais.



As divergências ou convergências de interesses no trabalho emergem da articulação entre gestores e trabalhadores de saúde no cotidiano das relações de trabalho onde o real contrapõe-se ao ideal e elas podem ser identificadas nas falas a seguir (*sic*):

“Quando falta tudo de material, fica difícil de trabalhar. Nós vamos para o campo, o agente na verdade escuta tudo, porque quem vem para dentro do posto são as pessoas que a gente conversa lá fora, conquista elas para vir estar utilizando os serviços. Só que às vezes quando falta material a pessoa reclama, puxa vida, você me orientou e eu não consegui, a gente tenta mudar a cabeça deles, não, não está assim, já melhorou, aí eles vêm e não têm material, falta remédio, falta o básico, então fica muito difícil.” (ACS 5).

“[...] tem muita coisa que não depende só da gerência de promoção da vida, porque precisa de certo respaldo superior e eles não têm. Parece que as coisas são muito centralizadas ficam três pessoas por conta de gerir várias unidades de saúde, responsáveis por medicamento, responsáveis por situação de limpeza, responsáveis por situações de profissionais, responsáveis... Então eu acho que eles não dão conta, não dão conta do trabalho” (Médica 2).

“Eu acho uma coisa bem imposta, sabe não tem muita abertura não [...] falta uma reunião, uma coisa mais horizontal, eu acho que é uma coisa muito vertical, eles vêm, impõem as coisas e fica por isso mesmo, não troca uma idéia, não vê a realidade da comunidade, a realidade que a gente vive”( Enfermeira 6).

“Nós comunicamos com o gerente e ele leva para promoção da vida, o problema é a resolutividade deles lá, eu acho que é muito lenta e eles sabem do problema e nem sempre nos ajudam como deviam.” (Auxiliar de enfermagem 6).

“A dificuldade infelizmente é a falta de verba que a gente tem para viabilizar certos projetos que a gente tem na cabeça.” (Gestor 5).

O Ministério da Saúde, segundo Arretche (2003), é indutor de políticas de saúde devido principalmente aos financiamentos do setor, o que torna os municípios dependentes e com poucas possibilidades de manobras quando procuram desenvolver os programas definidos pelo próprio Ministério, o que representa certa ausência de autonomia pelos gestores municipais.

A autonomia dos municípios, ou seja, a autonomia dos agentes responsáveis pela gestão da atenção em saúde é essencial para que o trabalho em saúde seja eficaz e resolutivo (CAMPOS, 1997).

Ocorre, assim, um efeito cascata na gerência da organização de saúde, pois a linha intermediária da organização (MINTZBERG, 1995) aqui representada pela coordenação das equipes de Saúde da Família do Departamento de Atenção Básica da DSSDA/PJF, também tem pouca ou quase nenhuma autonomia de ação frente ao desenvolvimento da estratégia no município de Juiz de Fora. Dentro dessa perspectiva, a atuação gerencial é praticamente baseada na administração clássica/ taylorista, pois, como diz Campos (1997, p.231), ela é basicamente “[...] um acúmulo das equipes com normas administrativas e padronizações técnicas. [...] a gerência controla e regulamenta toda e qualquer possibilidade imaginável de trabalho”, e sendo assim também retira a autonomia dos trabalhadores das equipes que se encontram no núcleo operacional da organização.

Pode-se deduzir que o trabalho das equipes de Saúde da Família do município de Juiz de Fora em sua dimensão político-ideológica se delinea a partir da política de saúde vigente, que se caracteriza pela dinamicidade do desenvolvimento do modelo assistencial predominante: o modelo curativo, centrado na doença, que é reforçado pelos programas verticalizados do MS<sup>31</sup> que, por sua vez, determina e é determinado pelo modelo gerencial da atenção básica em Juiz de Fora.

A necessidade de valorização dos profissionais na implantação dos modelos assistenciais e a regulação das relações de trabalho são prementes, e os instrumentos legais para isso são necessários e urgentes.

---

<sup>31</sup> Programas como o de assistência ao hipertenso, ao diabético entre outros.

### 7.2.3 Informação em saúde

A informação é necessária para qualquer decisão que tomemos em nossa vida cotidiana. No trabalho em saúde a informação se torna imprescindível na tomada de decisões acertadas para melhorar o nível de saúde de uma determinada população.

Analisando o documento – Programa Municipal de Expansão da Saúde da Família (JUIZ DE FORA, 2003) – percebe-se que o nível intermediário da organização, representado nesse estudo pela DSSDA, na sua elaboração compilou informações necessárias e importantes sobre a situação atual e as ações que se pretendem desenvolver na atenção básica em Juiz de Fora como:

- dados de identificação;
- dados de caracterização básica: população total por faixa etária e sexo, perfil epidemiológico, estimativa de áreas de risco, dimensionamento territorial dos serviços de saúde, gastos totais em saúde no ano de 2001, situação do município com relação à Emenda Constitucional – 29<sup>32</sup>;
- diretrizes sobre o modelo de atenção e gestão do sistema de saúde local;
- caracterização e propostas sobre a Saúde da Família e áreas, ações e/ou projetos estratégicos: estruturação da Saúde da Família, recursos humanos, estruturação e funcionamento da assistência farmacêutica, atenção secundária (consultas médicas especializadas), regulação, controle e avaliação, monitoramento, avaliação e sistemas de informação em saúde.
- planejamento intersetorial e inovações no sistema de saúde local.

A partir da análise desse documento, percebe-se que a DSSDA tem clareza da deficiência na geração de informações que permitam o monitoramento da acessibilidade e utilização dos serviços de saúde, da produtividade e da resolubilidade do processo de trabalho, bem como o acompanhamento da qualidade de vida da população.

---

<sup>32</sup> Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos ao financiamento das ações e serviços públicos de saúde (BRASIL,2000).

Os dados que alimentam os diversos Sistemas de Informação em Saúde - SIS utilizados pelo município como, por exemplo, o de mortalidade, sobre nascidos vivos, sobre vigilância nutricional, SIS - pré-natal e SIAB são originários em sua grande maioria do trabalho realizado na atenção básica nela incluído o trabalho das equipes de Saúde da Família.

Como descrito anteriormente, a própria DSSDA reconhece as deficiências na divulgação das informações de saúde no Município. As falas a seguir demonstram que o trabalho das equipes de Saúde da Família paradoxalmente se desenvolve alijado de informações sobre os resultados gerais de seu próprio trabalho (*sic*):

“Não sei qual o impacto desse trabalho em Juiz de Fora. Quem avaliou isso e quem está com isso aí, eu aqui não sei, nem da minha área eu não sei qual foi o impacto. Porque há seis anos que o programa está aqui e o que a gente conseguiu melhorar? Conseguiu reduzir? Isso que eu falo como é que você tem um programa e você não avalia. Qual foi o impacto desse programa desde que ele começou? Nós não sabemos. A gente não pega nada para analisar pelo menos aqui em... a gente não tem tempo para analisar os poucos dados que a gente tem aqui no posto e programar em cima deles.”( Assistente social 2).

“De modo geral eu não sei, você teria que falar com [...] na AMAC, não sei se você já fez entrevista lá na AMAC, por que lá eles têm uma visão geral do PSF em Juiz de Fora.” (ACS 4).

“A meu ver a ponta, a UBS está muito longe de saber esses resultados porque quem alimenta o sistema, tudo de informação é a ponta, mas essa informação não tem retorno. Eu fiz uma solicitação de atendimento daquilo que eu fiz por um período de seis meses ao rapaz responsável pela informação, lá embaixo e ele falou: Eu vou copiar para você e vou mandar pelo malote eu disse: Tá legal manda. para eu ver, o que eu fiz na minha área. Se não como eu vou saber o que é que eu tenho feito. O que eu tenho visto pelo levantamento de dados da equipe está certo? Será que estou trabalhando dentro daquela proporção de 8% de diabéticos? Quando ele foi tirar os resultados na impressora, ele me ligou e disse que o responsável falou que não era para mandar, porque vai ser feito um mapa e depois vai ser discutido pessoalmente com as equipes, e eu estou esperando isso tem seis meses” (Médico 3).

“Eu acho que tem resultado sim não são os ideais, porque o PSF não funciona como deveria, mas eu acho que a gente já consegue ver resultados, a gente consegue ter vínculo com a população, a gente consegue fazer um trabalho mínimo de prevenção através da educação,

eu acho que já tem um pouco de reflexo talvez sem internação hospitalar, a gente não tem muito acesso a esses dados principalmente com relação à AVC, as seqüelas, a gente não tem de Juiz de Fora.” (Enfermeira 7).

“Eu não tenho o resultado, eu não tenho essa informação” (Auxiliar de enfermagem 4).

“A gente tem dificuldade do sistema de informação, eu não sei se você conhece o SIAB mais a fundo, ele é bem complicado de preencher e ele permite uma série interpretações e então eu tive que sentar com cada equipe e dizer a eles que eles não tinham que interpretar que eles tinham ler e escrever o que se estava pedindo, então hoje a gente tem alguns resultados que a gente pode medir e mostrar [...]” (Gestor 2).

Disseminar informação é partilhar conhecimentos e tornar efetivamente co-responsáveis outros atores envolvidos no processo de fazer saúde, o que resulta em construções coletivas e mais resolutivas.

Pode-se concluir que a disseminação de informações na estratégia de Saúde da Família em Juiz de Fora está em processo, e percebe-se que as informações são produzidas e existem concretamente. Entretanto, não são divulgadas, e isso é justificado pelos gestores na ausência de aparatos tecnológicos e de inovações administrativas que ainda estão em projeto.

Avanços tecnológicos e administrativos nas organizações são necessários e justificados, mas sua ausência não impede que maneiras alternativas e simples sejam adotadas. Encaminhar as unidades de Saúde da Família, os documentos produzidos pela DSSDA, que contenham informações do desenvolvimento do PSF no Município, seria um caminho.

Um serviço de informação eficiente reduz custos, tempo e, na maioria das vezes, pode, elevar o grau de satisfação dos que estão envolvidos no “ fazer saúde”.

### **7.3 DIMENSÃO ECONÔMICA DO TRABALHO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

A dimensão econômica do trabalho das equipes se caracteriza por relações de trabalho que se configuram na permuta entre a capacidade de trabalho individual de cada integrante da equipe por remuneração, entendendo-se capacidade como o potencial de utilidade do trabalhador.

Além da observação direta do trabalho das equipes, a sua dimensão econômica foi apreendida a partir de duas aproximações sucessivas. A primeira aproximação se deu por meio de entrevistas, realizadas com as pessoas responsáveis pela contratação dos trabalhadores, isto é, o diretor da atenção básica, os responsáveis pelo departamento de pessoal da DSSDA e pelo departamento de pessoal da AMAC. A segunda foi através de entrevistas realizadas com os gestores e componentes das equipes de Saúde da Família.

Cabe explicar que as primeiras entrevistas realizadas tinham o objetivo de evidenciar os valores salariais e vínculos empregatícios de fontes oficiais praticados pela Prefeitura de Juiz de Fora. E a segunda aproximação tinha o objetivo de identificar vínculos e remuneração na visão dos próprios trabalhadores.

Os vínculos e a remuneração de trabalho das equipes de Saúde da Família no município de Juiz de Fora<sup>33</sup> foram captados tanto do ponto de vista institucional como do ponto de vista dos trabalhadores de saúde.

Os dados obtidos durante as entrevistas com os responsáveis pela contratação dos trabalhadores das equipes permitem indicar que as relações de trabalho nas equipes de Saúde da Família, no que se refere à dimensão econômica, são realmente variantes do modelo tradicional. Isso ocorre porque as remunerações são diferenciadas entre as diversas categorias, mesmo quando essas categorias desenvolvem atividades assistenciais de mesmo grau de responsabilidade.

---

<sup>33</sup> Este item se refere ao conteúdo do trabalho apresentado no Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, Brasília 2003. (FRIEDRICH, 2003)

Os médicos e agentes comunitários da Saúde da Família em Juiz de Fora são contratados pela AMAC, entidade sem fins lucrativos, e as enfermeiras, os auxiliares de enfermagem e a assistente social o são pela PJF. Está em tramitação na Câmara Municipal um PCCS e a partir de sua aprovação os novos profissionais contratados para quadro do PSF serão servidores ocupantes de emprego público em regime de contratação da CLT, após realização de concurso público de provas ou provas de título, conforme a natureza e a complexidade do emprego (JUIZ DE FORA, 2004).

A AMAC, através de convênio com a PJF, realiza processo seletivo externo e contrata médicos e agentes comunitários de saúde pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). O trabalhador tem contrato de experiência de noventa dias, o qual é denominado contrato determinado, esse é revisto nos primeiros quarenta e cinco dias e depois, ao término de noventa dias, é automaticamente renovado por tempo indeterminado. Em novembro de 2002, a AMAC possuía em seu quadro cinqüenta e um (51) médicos de quarenta horas semanais e vinte e nove (29) de vinte horas semanais. Os agentes comunitários de saúde correspondiam a um total de trezentos e quinze (315).

Os quadros 4 e 5 abaixo demonstram, respectivamente, a carga horária e a remuneração dos médicos de Saúde da Família e dos agentes comunitários de saúde contratados pela AMAC.

#### QUADRO 4

##### Médicos de Saúde da Família

##### Contratados pela AMAC - Remuneração e Carga Horária

Carga Horária Semanal	Salário Base	Adicional de Dedicção exclusiva	Adicional de Resultado	Insalubridade	Salário Total
40 horas	R\$ 2085,21	R\$ 1042,59	R\$ 780,98	R\$ 40,00	R\$3948,78
20 horas	R\$ 1042,62	R\$ 1042,59	R\$ 780,98	R\$ 40,00	R\$ 2906,22

Fonte: AMAC, 2002

## QUADRO 5

### Agentes Comunitários de Saúde Contratados pela AMAC - Remuneração e Carga horária

Carga Horária Semanal	Salário
40 h	R\$ 252,00

Fonte: AMAC, 2002

A AMAC se responsabiliza pela seleção dos profissionais através de concurso, elaboração das provas e pelo controle e marcação de férias. A contratação e a demissão ficam sob responsabilidade da DSSDA/PJF. Isso demonstra que, apesar de vínculos externos, os profissionais têm seu trabalho tecnicamente articulado com a coordenação central do programa dentro do DSSDA. Pode-se inferir, nesse caso, que a AMAC não possui independência gerencial e técnica sendo apenas um instrumento de flexibilização da ação do setor público.

A PJF, através da Diretoria de Administração de Recursos Humanos, seleciona e contrata enfermeiros, auxiliares de enfermagem, assistentes sociais e médicos sob o regime jurídico único, através do estatuto dos servidores municipais que estabelece a remuneração, vantagens e condições previdenciárias.

O quadro 6 demonstra a remuneração e a carga horária dos componentes das equipes de Saúde da Família com vínculo de trabalho com a PJF.

## QUADRO 6

### Profissionais das Equipes de Saúde da Família contratados pela PJF – Remuneração e Carga Horária

Categoria Profissional	Carga Horária Semanal	Salário Base	Hora Extra	Insalubridade	Salário Total
Assistente Social	40 h	R\$1263,75	R\$ 430,82	R\$ 40,00	R\$ 1734,57
Auxiliar de Enfermagem I	40 h	R\$ 345,43	R\$ 117,76	R\$ 40,00	R\$ 503,19
Auxiliar de Enfermagem II	40 h	R\$ 738,46	R\$ 251,74	R\$ 40,00	R\$ 1030,20
Enfermeiro	40 h	R\$1263,75	R\$ 430,82	R\$ 40,00	R\$ 1734,57
Médico	20 h	R\$ 947,83	R\$ 473,91	R\$ 40,00	R\$ 1461,74

Fonte: DSSDA, 2002



Os quadros anteriores demonstram uma disparidade salarial entre os profissionais de nível superior – enfermeiro, assistente social e médico – tendo a mesma carga horária semanal e atuando em um mesmo serviço que preconiza, no mínimo teoricamente, uma co-responsabilidade na assistência prestada, o que pode provocar impasses ou situações de difícil superação no estabelecimento de relações de trabalho (SANTANA, 2001).

Essa realidade não é uma particularidade do município de Juiz de Fora, pois Machado (2003, p.244), destaca em relação ao salário de médicos e enfermeiras do PSF em nível nacional: “o valor salarial do trabalho desses dois profissionais no sistema de saúde precisa ser revisto: enfermeiros continuam trabalhando nas equipes com jornadas semelhantes e salários inferiores àqueles percebidos pelos médicos”.

Vale destacar, entretanto, que o PSF representa um grande avanço no mercado de trabalho para as enfermeiras, pois, segundo Girardi e Carvalho (2003, p.167), “o PSF contava, em dezembro de 2001, com 14 mil postos para enfermeiras”.

Na visão do diretor da Gerência de Promoção da Vida, da PJJ, “os programas” são um obstáculo à iniciativa do município em definir carreiras assumindo um compromisso financeiro sem contrapartidas do Estado e da Federação.

Na realidade, ocorre que o Governo Federal, através do MS tem expressivo poder de indução sobre as decisões e ações dos governos locais, porque controla o financiamento e os mecanismos de coordenação intergovernamental, apesar dos estados e municípios terem direitos institucionalizados de participação na formulação de regras das políticas que lhes afetam diretamente e a prerrogativa de não aderir à política federal (ARRETCHE, 2003).

Podemos observar que, para minimizar as imposições propostas pelos “programas” e garantir os recursos humanos necessários para o desenvolvimento da Saúde da Família no Município, a estratégia utilizada pela PJJ é a flexibilização dos vínculos de trabalho.

Tais arranjos flexíveis permitem aos dirigentes pagar aos profissionais de saúde uma remuneração direta bem mais elevada que o salário médio pago nos vínculos internos. A vigência de duas formas de vínculos, entretanto, pode acarretar inúmeras desigualdades e conflitos entre os trabalhadores.

A flexibilidade de vínculos dos componentes das equipes de Saúde da Família em Juiz de Fora, porém, se aplica à categoria médica, e futuramente essa prerrogativa se estenderá aos odontólogos conforme o PCCS para as Equipes de Saúde da Família (JUIZ DE FORA, 2004), pois as demais só contam com uma forma de vinculação. Atualmente, a categoria médica ainda possui condições de ter dois vínculos, um com a AMAC e outro com a PJF. Isso ocorre, quando o profissional médico contratado sob o regime jurídico único do município, com carga horária semanal de vinte horas, faz opção pelo trabalho da Saúde da Família que exige uma carga horária semanal de quarenta horas.

Para se garantir “minimamente” os objetivos da Saúde da Família, o município utiliza estratégias para fixação de médicos no PSF como a possibilidade de mais de um vínculo e de adicionais na remuneração de trabalho.

Na dimensão econômica do trabalho das equipes, três sub-temas emergiram das entrevistas com os trabalhadores e gestores: as **modalidades de vínculos**, a **remuneração diferenciada** e os **direitos sociais** conferidos pelo contrato de trabalho.

No momento das entrevistas, a dimensão econômica do trabalho estava em destaque, pois se iniciava no município uma discussão sobre um plano de cargos carreiras e salários para PSF. Esse plano, em sua versão original, mantinha discrepâncias salariais entre as diversas categorias profissionais e ele ainda permanece em discussão. Observou-se na época os trabalhadores em conflito, desmotivados e descrentes para trabalho.

### 7.3.1 Modalidades de vínculos

Além dos vínculos sob o regime celetista pela AMAC e o vínculo de estatutário com a Prefeitura de Juiz de Fora, existem entre os componentes das equipes de Saúde da Família trabalhadores que foram municipalizados e seu vínculo de origem é com a Secretaria Estadual de Saúde Minas Gerais como se verifica nos enunciados a seguir (*sic*):

“Bom têm vários tipos de vínculos, tem vínculo com o estado, tem com a prefeitura e vínculo com a AMAC.” (Assistente social 3).

“Meu vínculo inicial era do Estado, eu era estatutária, meu vínculo é com o Estado. Quando eu vim para Juiz de Fora eu já vim municipalizada [...] e aí teve uma chamada que iria iniciar o programa [...]”(Gestor 2).

Com a municipalização da saúde, muitos trabalhadores puderam optar por permanecerem em seus vínculos de origem ou se municipalizarem, ficando sob a gestão do Município, inclusive, percebendo uma remuneração diferenciada.

Observaram-se evidências de que alguns trabalhadores, devido à remuneração, tendiam a buscar outras fontes de renda. Assim, eles trabalhavam nas equipes de Saúde da Família durante o dia. Durante a noite, faziam plantões noturnos, tanto em organizações privadas como em outros setores do serviço de saúde do Município. Isso demonstra que o vínculo com a Saúde da Família não é um vínculo de dedicação exclusiva. Pode-se inferir que a dedicação exclusiva proporcionaria uma relação de trabalho de maior qualidade, conseqüentemente uma assistência mais adequada à população, como é preconizado pelo PSF.

O Município utiliza sua força de trabalho de forma produtivista<sup>34</sup>, uma vez que permite aos trabalhadores das equipes de Saúde da Família exerçarem atividades em outro setor. Nessa perspectiva, o trabalhador exerce jornadas exaustivas de trabalho. Isso de

---

<sup>34</sup> Entende-se por produtivista uma força de trabalho voltada para produção de procedimentos em saúde de forma que possam ser contabilizados e assim garantir repasse financeiro para o município.

certa forma funciona como uma estratégia de sobrevivência, o que certamente causa danos a sua saúde e prejuízos na qualidade de assistência que ele promove.

O modelo de produção capitalista é reiterado pelo Município que emprega e explora esses trabalhadores que não colocam essa situação de maneira transparente, devido à necessidade de manter mais uma fonte de renda, e o Município, como empregador, utiliza essa situação para resolver, de forma imediatista, as crises cotidianas com relação aos recursos humanos necessários para o setor.

Segundo Roza e Rodrigues (2003) no PSF: “ O gestor tem várias formas de contratação previstas em lei, podendo, dependendo de sua necessidade, optar pelo tipo de contratação que ofereça melhor custo benefício”. Entretanto, esses autores relatam que:

O gestor que tem responsabilidade tanto com o social quanto com bem público conseguirá administrar as finanças a partir de decisões de como contratar seus recursos humanos, não perdendo de vista a importância de se adotar políticas de proteção do trabalho, evitando a precarização do vínculo. (ROZA; RODRIGUES, 2003, p.72)

Nesse sentido, o Município através de seu gestor deve utilizar melhor os recursos públicos, valorizar seus recursos humanos e considerar o desenvolvimento de ações nessa área como investimento.

### **7.3.2 Remuneração diferenciada**

Comentar sobre a remuneração da equipe foi um tanto complicado naquele momento para os trabalhadores. Alguns não se colocaram muito à vontade para falar de outras categorias devido às disparidades salariais entre os integrantes das equipes e devido ao descontentamento com o PCCS, ficando claro nos depoimentos a seguir (*sic*):

“A remuneração é péssima, péssima, péssima, ainda mais com esse plano agora. O médico é R\$ 4000,00 e poucos reais para quem está entrando agora e a gente vai aposentar a gente de carreira na prefeitura na letra não sei quanto com R\$ 3000,00 e poucos” (Assistente social 2).

“Posso comentar o meu, os outros eu não sei, não sei quanto que ganha uma enfermeira, não sei quanto que ganha um médico, o agente de saúde ganha bem pouco. Até a gente provar que o agente de saúde é peça fundamental no PSF, até a gente provar isso a remuneração vai continuar baixa.” (ACS1).

“Hoje isto é até controverso, é até complicado porque está uma briga muito grande. Hoje nós não temos um plano adequado que nos faça crescer dentro do trabalho, a gente na verdade é contratada, a gente faz o trabalho é aquele salário ali e não tem mais nada, ontem a gente estava na exposição do plano de cargos e salários, agente estava torcendo para sair apesar de alguns colegas estarem preocupados com essa falta de certos acréscimos e adicionais de salário, mas eu acho que a gente só vai ter a ganhar futuramente”(Médico 6).

“ A gente agora está vivenciando este plano de cargos e salários, uma coisa imposta que não foi discutida. A princípio a gente desconhece até quem fez quem foi o autor disso, a briga tem sido feia e já vai para Câmara, de maneira geral há uma insatisfação principalmente de nós, enfermeiros e assistente sociais; dentro desse plano existe uma diferenciação salarial, não é que a gente queira ganhar como médico, cada um tem seu mérito, mas a gente precisa ser mais valorizado” (Enfermeiro 5).

“A nossa remuneração da Saúde da Família é baseada em 50 horas extras, a gente não tem uma remuneração fixa do programa de Saúde da Família, apenas os médicos têm essa remuneração” (Auxiliar de Enfermagem 2).

“Esse é um nó, hoje tem os enfermeiros e auxiliares que são estatutários, são do quadro efetivo [...] eles têm progressão dentro da rede um único problema que eles não têm remuneração oficial para o PSF, eles ganham as 50 horas extras, já os médicos e ACS esses são por contrato de CLT e com isso eles não tem progressão” (Gestor 2).

As diferenças salariais ocasionam conflitos entre as categorias que pertencem à Saúde da Família criando obstáculos para o desenvolvimento adequado do trabalho. Os salários dos trabalhadores da Saúde da Família podem ser determinados pelas leis de mercado e por valorização de uma determinada categoria reiterando modelo tradicional de assistência à saúde.

Isso ocorre porque o setor saúde, seja ele público ou privado, é integrante do setor de serviços e é profundamente influenciado pelas leis do mercado, ou seja, pela lógica de

acumulação de capital e pelo desenvolvimento tecnológico principalmente da indústria farmacêutica e dos meios de diagnóstico (LEOPARDI, 1999). Essa dinâmica fortalece o modelo de atenção que tem por concepção a produção da cura destacando, inclusive, pela remuneração, o elemento central desse modelo, o qual detém o saber específico necessário para o seu desenvolvimento.

As transformações necessárias se fazem urgentes e é necessário que gestores e trabalhadores reflitam sobre esse tema e busquem novos caminhos que minimizem as desigualdades para que se possa promover uma assistência de saúde integral e resolutiva conforme preconiza a estratégia de Saúde da Família.

### **7.3.3 Direitos sociais**

A Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988), em seu Capítulo II Art. 7º, prevê direitos sociais aos trabalhadores que se inserem formalmente no mercado de trabalho como férias, aposentadoria, décimo-terceiro salário, licenças diversas, entre outros benefícios.

Os trabalhadores das equipes de Saúde da Família do município de Juiz de Fora, sejam eles celetistas ou estatutários, possuem garantidos legalmente os direitos sociais necessários ao exercício da cidadania e à condição digna de trabalho. Esses mesmos trabalhadores, aos serem questionados com relação aos direitos conferidos por seu contrato de trabalho, demonstraram certo desconhecimento sobre quais seriam tais direitos. Pode-se inferir certa alienação dos mesmos quanto aos seus direitos, enquanto trabalhador.

Os enunciados a seguir ratificam tal análise (*sic*):

“Direitos sociais? Férias, licença para tratamento, quando tem uma pessoa doente da família a gente pode pedir isso, mais o quê? Acho que é só isso as coisas da legislação mesmo. Nunca pensei nisso. Não tem muita diferença de celetista para estatutário, acho que não tem não.” ( Assistente social 2).

“Só temos direito mesmo ao salário, o agente de saúde a não ser as consultas que a gente tem pela casa do servidor, outra remuneração nós não temos”(ACS 6).

“Fundo de garantia, essas coisas? Pela AMAC é o fundo de garantia tem umas questões ligadas ao INSS é descontado no contra cheque, aí na prefeitura também tem um fundo de participação, uma previdência e fundo de previdência municipal pela prefeitura, o plano de saúde do servidor opcional quem quiser pagar pode pagar.” (Médico 4).

“ E, aí dançou, eu não sei, dançou, com relação às licenças que tenho direito, mais o quê? Esse direito a licença para acompanhar pessoa da família, direito à folga se eu participo de algum evento fora do horário de trabalho, folga de vacina, que eu tenho direito né? A gente não tem na realidade muito daquela preocupação, só quando a gente se depara com alguma situação é que a gente se pergunta a gente tem direito a quê? (Enfermeira 1).

“Direitos sociais? Se tiver que ser consultada por um especialista tem que entrar na fila tanto quanto aos outros. Surgiu um plano de saúde da prefeitura que a gente paga por ele, paga menos é claro, uma taxa de acordo com o salário, tudo é pago, não vejo nenhum privilégio, nada, nada”. (Auxiliar de enfermagem 6)

Observamos durante essa investigação que as necessidades vitais dos indivíduos são diversas e são fortemente influenciadas pelo sonho de uma vida melhor. Isso se torna utópico frente ao sistema econômico vigente em nosso país.

A remuneração, isto é, o valor que se recebe mensalmente, aquele valor que é dado quando o trabalhador vende sua força de trabalho, é o mais significativo para a maioria dos trabalhadores. Ele se dispõe a duplas ou triplas jornadas de trabalho, mesmo em detrimento de sua saúde, para perceber uma remuneração que atenda às suas necessidades, muitas vezes impostas pelo sistema vigente.

A qualidade de vida, a liberdade e os direitos sociais ficam em segundo plano para os trabalhadores, que se alienam em um cotidiano de trabalho árduo que é a única alternativa para sua sobrevivência imediata.

Tradicionalmente, o direito é entendido como a arte do “bom” e do equitativo e os direitos sociais são regidos pela ética, pela justiça e mediados pelos princípios da cidadania.

Na atualidade, devido ao processo de globalização, os direitos sociais se encontram ameaçados, pois eles são responsabilizados pela redução de investimentos na economia e vistos como obstáculos para o crescimento e desenvolvimento econômico dos países. A garantia desses direitos passa pelo cumprimento de leis que organizam as relações de trabalho. Concepções político-ideológicas defendem que para as empresas está cada vez mais difícil cumprir tais leis. Isso se deve ao alto custo dos encargos sociais e trabalhistas o que acarreta novas formas de relações de trabalho menos vantajosas para os trabalhadores (DUARTE et al., 2000).

Dentro dessa perspectiva, conforme o Seminário Anual dos Observatórios de Recursos Humanos de Saúde de Saúde, realizado em Brasília de 16 a 18 de novembro de 2004 na Organização Pan-Americana de Saúde, com o trabalho decente<sup>35</sup> nos serviços de saúde se evitariam o desgaste da força de trabalho, o estresse profissional e trabalhadores improdutivos precocemente. Além de que, o compromisso dos governos com relação ao trabalho decente se faz mister, considerando que as condições de trabalho devam ser compreendidas em sua amplitude, isto é, não apenas em seus aspectos salariais, mas na infra-estrutura, na salubridade e nas relações de trabalho entre outras (PIERANTONI, 2004).

Pode-se deduzir que os trabalhadores das equipes de Saúde da Família de Juiz de Fora se encontram no momento como os demais trabalhadores de saúde, desprovidos de ações que considerem os recursos humanos em saúde como prioridade. Acredita-se que a melhoria nas condições de trabalho fomenta a motivação para o trabalho em saúde, pois

---

<sup>35</sup>Segundo a OIT entende-se por trabalho decente a ocupação que permite a homens e mulheres o equilíbrio entre trabalho e vida familiar com remuneração que viabilize uma vida digna; o acesso à educação dos filhos do trabalhador e condições para retirá-los do trabalho infantil. Permita, ainda, oportunidades de capacitação para manter-se em dia com as novas qualificações tecnológicas, por meio de formação contínua; condições para preservação da saúde com a prevenção de acidentes e doenças; garantia para ter voz no lugar de trabalho e na comunidade e por fim uma distribuição equitativa de riqueza (PIERANTONI,2004)



somente valorizando os trabalhadores será possível o desenvolvimento de uma atenção à saúde de qualidade e efetiva.

#### **7.4 A CAPACIDADE INSTALADA, OS RECURSOS MATERIAIS E HUMANOS DAS UBS E AS RELAÇÕES INTERPESSOAIS NA MEDIAÇÃO DA ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA.**

Vínculos de trabalho e remuneração adequada são condições essenciais, entretanto não são suficientes para que o trabalho se realize satisfatoriamente. No entanto, o local onde esse trabalho se desenvolve, também é condição essencial para que o mesmo atinja seus objetivos. A dimensão econômica do trabalho das equipes de Saúde da Família também se descortinou, quando se deparou na observação direta desse trabalho: locais para seu desenvolvimento eram insalubres, escuros e com sujidade aparente.

A unidade básica de saúde, além de proporcionar conforto para o usuário, deve proporcionar condições adequadas para que o trabalhador possa desenvolver suas atividades.

Pode-se observar que algumas das unidades de **Saúde da Família** possuíam salas comuns para curativos e coleta de sangue, não possuíam ventilação, o mobiliário era enferrujado e as salas eram atulhadas de caixas de papelão. Havia falta de local apropriado para armazenamento de materiais. Na sala de vacina e de injeção só cabiam duas pessoas, além da geladeira e do mobiliário necessário, impedindo um atendimento adequado. A sala de espera dos usuários era escura e úmida, propiciando um ambiente adequado para as infecções cruzadas.

Em outras unidades de **Saúde da Família**, observou-se que as vacinas são administradas no mesmo espaço de nebulizações, de esterilização de material. Além do que, o espaço era dividido com uma balança e, segundo a enfermeira, ainda iriam colocar um computador para registro de dados da unidade.

E, em seguida ainda foram observadas unidades de **Saúde da Família** onde a sala do café dos trabalhadores divide o espaço com a telefonista, com as reuniões dos agentes comunitários e demais integrantes da equipe. E a enfermeira, a assistente social têm que fazer seus atendimentos em uma sala de um pouco mais de um metro quadrado.

Enfim, inúmeras situações contrárias à **saúde** são encontradas e nos permitem inferir que as condições de trabalho de algumas equipes de Juiz de Fora são precárias, tanto para os trabalhadores como para usuários. Investimento nas instalações físicas para proporcionar um local adequado de trabalho funcionaria como um fator adicional de motivação para o trabalhador, independente dos aspectos econômicos relacionados à retribuição financeira.

As unidades básicas que desenvolvem a estratégia de Saúde da Família em Juiz de Fora, apesar de receber incentivos financeiros dos governos Federal e Estadual e do próprio Município, não se diferenciam muito das demais unidades de atenção. Estas não possuem a estratégia, e durante as entrevistas com os componentes das equipes de Saúde da Família foi dito que um dos fatores que obstaculizam o desenvolvimento da estratégia é a falta de infra-estrutura, material de consumo, medicações básicas e recursos humanos, problemas comuns descritos pela mídia local às outras unidades de saúde do Município.

As falas a seguir demonstram tal condição (*sic*):

“Não se contrata não pode contratar, aí ficam os agentes de saúde sobrecarregados com um número de famílias além do que eles dão conta. Aí não dá para fazer um trabalho legal e aí vêm as queixas, tanto da comunidade, quanto deles e com a gente também” (Assistente Social 2).

“A nossa dificuldade maior eu acredito, que seja tanto a minha como a dos outros profissionais, é a falta de estrutura mesmo, nós agentes de saúde gastamos uma quantidade enorme de caneta e lápis, de caderno e a gente nunca recebeu nada. Você compra tudo, o salário é pequeno é R\$ 270,00 e você tem que comprar caderno e tirar xerox. Se eles pedem um levantamento de alguma coisa, você tem que tirar xerox você tira dinheiro do seu bolso, xerox é barato é, mas se você for ao final do mês fazer as contas de quanto você gastou [...]” (ACS1).

“ A falta de uma equipe completa, acho que a dificuldade maior é a falta de uma equipe completa [...], com a equipe incompleta as funções não estão estabelecidas realmente, eu acabo muitas vezes fazendo papel de um aconselhador, que em um determinado momento eu não poderia nem fazer, não tenho nem condição, nem tempo [...]” (Médico 6).

“A dificuldade que eu acho principalmente é na parte de material, está dificultando bastante para gente, a gente tem que improvisar o máximo, o máximo. Até fazer coisas que não corresponde a gente, para que o serviço ande.”( Enfermeira 2).

“A minha equipe está desfalcada, falta enfermeira para orientar e nós não temos” (Auxiliar de enfermagem 2).

“Dificuldade na infra-estrutura das unidades, porque a região vai aumentando o número da população. Às vezes você tem que colocar um profissional a mais naquela região, e você não consegue, porque não tem infra-estrutura, não tem infra-estrutura física que de suporte, até você construir, pedir, fazer licitação complica. Entendeu?” (Gestor 5).

A estratégia de Saúde da Família depende de articulação e da vontade política dos governantes das três esferas (municipal, estadual e federal). O incentivo do governo federal, aos municípios, proporciona um crescimento quantitativo das equipes que não é acompanhado pelo crescimento dos vários recursos necessários para seu desenvolvimento.

Para Souza (2003, p.211), “apesar do crescimento quantitativo do PSF em nível nacional o número de equipes ainda é insuficiente para uma adequada cobertura populacional, principalmente no que se refere á municípios com mais de 100 mil habitantes”.

Acresce-se a isso que o indicador de cobertura da Estratégia Saúde da Família está em função do número de equipes de saúde e da população por ela acompanhada, existindo entre essas duas variáveis uma relação de proporcionalidade. Ter uma população definida por equipe nem sempre significa que essa população esteja sendo acompanhada de fato pela referida equipe.

Ao oferecer índices de cobertura da atenção básica em todo o país, gera-se, no imaginário popular e até mesmo de profissionais da saúde, que esse indicador guarda alguma relação com indicadores de eficiência do programa. Ter índices favoráveis de cobertura, entretanto, não significa que a proposta de atenção básica tem sido eficiente e/ou eficaz, de modo a se avaliar melhorias na qualidade de vida da população em seus aspectos qualitativos.

Resgatando o pensamento de Vasconcelos (1999) pode-se inferir que no município de Juiz de Fora o grande desafio:

- desenvolver a estratégia de Saúde da Família em unidades com infraestrutura pré-existentes;
- integrar os serviços da atenção básica com os serviços de atenção secundária e terciária;
- conseguir articular ações que minimizem as distorções existentes na atenção básica que convive com dois modelos, o do PSF com cobertura em torno de 42% do município e os 58% restantes com uma assistência à saúde nos moldes tradicionais, em que parte da população “recebe” os benefícios do PSF e a outra “não”.

As formas de financiamento do PSF foram se alterando ao longo do tempo e o financiamento para o Programa de Saúde da Família em Juiz de Fora sempre existiu, entretanto, como relata Saldanha (2003):

Num primeiro momento em Juiz de Fora o pagamento para o desenvolvimento do PSF era feito por convênio entre o Ministério da Saúde e o município, posteriormente foi instituído o Piso de Atenção Básica pela NOB -96 que também redefiniu as condições de gestão, ficando o financiamento do PSF vinculado à parte variável do PAB. A Emenda Constitucional 29 deveria contribuir além dos incentivos específicos para o programa, entretanto, a dificuldade é a descontinuidade nos pagamentos o que gera desabastecimento das UBS e desmotivação da equipe. (SALDANHA, 2003, p.5)

Em 4 de julho de 2004, o “Tribuna de Minas”, jornal tradicional da cidade, publicou que o município gastou aproximadamente uma verba de 1 milhão de reais com liminares

determinadas pela Justiça que garantiram compra de medicamentos, realização de exames ou internação em hospitais particulares para usuários do SUS. Esse valor foi maior que os 940 mil reais destinados à assistência farmacêutica durante o ano para toda a população da cidade. O gerente de Atenção Secundária à Saúde de Juiz de Fora criticou a interferência da Justiça na regulação do acesso à saúde e, por outro lado o promotor de saúde argumentou que “a situação só chegou a esse ponto porque o poder executivo, nas três esferas, não tem se mostrado capaz de resolver os problemas e de dar respostas rápidas aos usuários do SUS” (TRIBUNA DE MINAS, 2004).

Observa-se que a desarticulação política, entre as esferas governamentais, emperra o desenvolvimento da estratégia de Saúde da Família, porque acarreta desabastecimento das unidades de saúde que desenvolvem a estratégia, desmotivação dos trabalhadores e descrença por parte dos usuários.

Analisando as falas dos entrevistados, pode-se perceber que, além das condições de infra-estrutura, recursos humanos, recursos materiais e medicamentos insuficientes, os integrantes das equipes destacaram o **relacionamento interpessoal** nas equipes ora como um possível obstáculo ora como um facilitador do trabalho (*sic*):

“ [...] é difícil trabalhar em equipe, é, e ao mesmo tempo são mais cabeças para pensar são mais opiniões, mais divergências, mas são mais coisas para você dividir então isso é uma facilidade grande do trabalho em equipe” (Assistente Social 1).

“Ter entrosamento, sem ter entrosamento não tem jeito de trabalhar, isto é primordial, se não, não tem jeito de trabalhar com ninguém” (ACS 5).

“É difícil a cada dia a equipe... cada pessoa é uma cabeça diferente, as pessoas são diferentes, te vejo hoje de manhã, de tarde estás com outra cabeça, com outra idéia, principalmente mulher com o ciclo hormonal ela muda, então fica um pouco difícil o trabalho em equipe, difícil, difícil no sentido de você comungar a mesma idéia”. (Médico 3)

“Eu acho que toda a equipe tem suas diferenças na forma de pensar, mas a gente consegue chegar a um consenso[...]”. ( Enfermeira 1)

“Atualmente nós estamos passando por uma boa crise nas equipes da unidade, há um certo ambiente meio difícil de a gente conviver todo

mundo desconfiado de todo mundo, aqui está funcionando assim, então está aquela coisa ruim”(Auxiliar de enfermagem 1).

“ [...] quando você trabalha no coletivo, você sempre depende que o outro faça uma parte que você não fez aí, equipes são equipes, você tem todo o tipo de pessoa, então têm aquelas pessoas que avançam e fazem tudo sozinha, você tem que esperar puxar, trazer de volta, assim como aquelas pessoas que não fazem nada e fica você carregando no ombro.” (Gestor 2).

As relações interpessoais estabelecidas entre os integrantes das equipes se baseiam no cotidiano criado através das comunicações interpessoais em ambientes comuns compartilhados por eles. A relação social que reúne e integra as equipes nasce na vivência do cotidiano coletivo e se alicerça na comunicação interpessoal, na relação face a face e que se efetiva de forma intensa na relação grupal (WELS, 2004).

O importante e indispensável é que os integrantes das equipes de Saúde da Família percebam com clareza os objetivos que precisam alcançar com seu trabalho e a necessidade de investir energia para alcançá-los em conjunto. O enfoque das relações interpessoais no ambiente de trabalho mudou de maneira significativa, e independente de boas ou más relações interpessoais, há que se direcionar os esforços para atender aos objetivos do trabalho em saúde.

Dentro dessa perspectiva, resgatando as três concepções distintas do desenvolvimento do trabalho em equipe **a de resultados, a das relações interpessoais e a da interdisciplinaridade** (PEDUZZI, 2001; MOTTA, 2001; GOULART, 2002), julga-se importante para o trabalho das equipes de Saúde da Família que o mesmo mescle essa três concepções. Isso se justifica porque a produção de saúde necessita de resultados, que não são para atender às necessidades do capital, mas resultados eficientes e eficazes na solução dos problemas de saúde da população. Justifica-se porque o trabalhador, ao assumir seu trabalho nas equipes, incorpora sua subjetividade, suas crenças e seus valores pessoais, daí a importância da concepção baseada nas relações interpessoais. Já a interdisciplinaridade é necessária para que a divisão de trabalho seja coerente e utilize os vários saberes e práticas na construção de um trabalho coletivo, resolutivo e adequado às reais necessidades da população.

## **8 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O processo de condução deste estudo mostrou que a realidade do cotidiano do setor saúde no município de Juiz de Fora é dinâmica e se encontra em constantes transformações. No momento desta investigação, o Município, como os demais do país, se encontrava no final de mandato do poder executivo e concomitante com esse fato, reformas administrativas foram implantadas, gestores e coordenadores do programa de Saúde da Família foram trocados, enfim, ocorreram mudanças que interferiram no trabalho em saúde.

A descoberta de que o trabalho em saúde é construído no cotidiano de seus trabalhadores foi contemplada à medida que ocorria a análise das evidências que emergiram dos documentos, da observação direta do espaço onde os mesmos o desenvolvem e das entrevistas com gestores, trabalhadores administrativos e componentes das equipes de saúde.

O trabalho é dinâmico, está em constante movimento, não é uma realidade neutra, desligada de um processo histórico e social. Esta realidade é uma condição para que o trabalho seja construído, pois somente a partir do momento em que os trabalhadores de saúde exercem uma atividade material e se tornam trabalhadores, podem realizar o trabalho em suas diferentes dimensões e interações com outros sujeitos que integram o processo de trabalho – indivíduo, família e comunidade.

O trabalho das equipes de Saúde Família analisado nas dimensões organizativa do processo produtivo, político-ideológica e econômica permitiu responder à primeira questão norteadora deste estudo. Possibilitou a descrição de como se estabelece a divisão de trabalho entre os componentes da equipe, a identificação das divergências e convergências de interesses do trabalho entre as equipes e dirigentes e a remuneração e vínculos de trabalho dos componentes das equipes de Saúde da Família.

No que se refere à organização do processo produtivo, há uma intensa divisão de trabalho: não uma divisão em que há troca de saberes e práticas, nem uma divisão em que todos os trabalhadores compartilham algumas atividades comuns a todas as áreas, tais como: práticas educativas, práticas de promoção e prevenção, entre outras. Existe, sim, a divisão de atividades que são atribuídas ao modelo de atenção curativo, levando a uma organização do processo produtivo alienante no qual as relações de subordinação são reiteradas e os trabalhadores deixam de se posicionar e tomar decisões em busca do consenso que possa contribuir para uma melhoria das condições de vida da população de sua área de atuação.

Por outro lado, a assistência prestada pela equipe está longe de ser uma assistência interdisciplinar; o que ocorre é uma assistência horizontal, ou seja, uma assistência em que os trabalhadores se afastam de suas especificidades profissionais. Eles crêem que essa homogeneidade de ações caracteriza o trabalho de equipe, aquele onde não se faz necessária nenhuma especificidade, nem de funções, nem de ações assistenciais e gerenciais.

Pela observação direta do trabalho das equipes de Saúde da Família pode-se perceber que os trabalhadores são absorvidos pela grande demanda espontânea de usuários e suas ações são basicamente produtivistas e pré-estabelecidas pela estratégia, gerando desmotivação, alienação e desinteresse pelo trabalho realizado.

Os médicos, enfermeiros, assistentes sociais, auxiliares e agentes das equipes de Saúde da Família de Juiz de Fora têm formações diferentes, vêm de classes sociais diferentes, têm história de vida e visões de mundo diferentes. Alguns possuem especializações, outros, treinamentos na área de Saúde da Família, e ainda outros, nenhuma coisa nem outra. Com esse perfil, são inseridos, a partir do trabalho, na organização de saúde, mais especificamente em uma equipe de Saúde da Família. Com estabelecimento das relações de trabalho devem se tornar um grupo com objetivos comuns, que pode realizar um trabalho que teoricamente está embasado na compreensão de conceitos sobre saúde,



equipe, participação popular entre outros, conceitos ampliados, abstratos e incompreensíveis para muitos.

O que ocorre então? Frente a todos esses aspectos, os conflitos, as divergências, os interesses corporativos são evidenciados e a realização dos objetivos do trabalho em saúde colocada em segundo plano, acarretando um distanciamento dos trabalhadores das reais necessidades da população.

Em um país como o nosso, com tantas desigualdades e políticas sociais públicas de baixa efetividade e fragmentadas, como desejar que trabalhadores com formações diferentes e, muitas vezes inadequadas ao preconizado pelo SUS, consigam realizar uma assistência integral? Esta deve ser constantemente almejada e para conquistá-la gestores, trabalhadores e usuários em Juiz de Fora devem rever o trabalho das equipes a todo o momento. Ao final deste estudo acreditamos que algumas proposições quanto à organização do processo produtivo das equipes devem aqui ser descritas a como seguir:

A divisão técnica do trabalho transformou-se entre médicos e enfermeiras, à medida que as enfermeiras começaram a executar ações como a consulta de enfermagem da mulher, da criança e do adulto. As ações administrativas e burocráticas deixaram de ser exclusividade das enfermeiras passando a ser assumidas também por assistentes sociais e por trabalhadores de nível médio.

As enfermeiras da atenção básica possuem autonomia profissional, apesar de a Enfermagem enfrentar avanços e retrocessos. Isso ocorre principalmente quando elas reiteram o modelo curativo, priorizando ações de atendimento individual (preventivos e pré-natal). E se afastam de ações que lhe são exclusivas, como a sistematização da assistência pela a equipe de enfermagem.

A Enfermagem precisa reconstruir seu saber fazer. A equipe de enfermagem deve realizar o cuidado integral e humanizado articulado aos demais trabalhadores.

As enfermeiras devem ser o agente de articulação da equipe de enfermagem conduzindo o saber fazer dos auxiliares de enfermagem, integrando-os às atividades realizadas pela equipe de Saúde da Família. Atividades de cunho educativo devem ser priorizadas para, por meio delas, retirar os auxiliares das funções meramente administrativas. Essas atividades os desmotivam e os alienam de sua formação. Cabe às enfermeiras e auxiliares de enfermagem transformar seu fazer e concretamente reivindicar, junto ao nível intermediário da organização, agentes administrativos para a realização de tais funções.

Na atualidade os países periféricos, como o Brasil, são dependentes dos interesses da economia mundial em detrimento de uma política independente e de autodeterminação. Esses países são dominados por políticas de interesse das grandes potências, que determinam quais ações devem ser priorizadas, o que ocasiona crises das políticas sociais, entre elas as que determinam o sistema de saúde (FIORI, 1999). Tais crises submetem os trabalhadores de enfermagem e os demais trabalhadores de saúde a uma situação complexa em que as soluções dos problemas do trabalho em saúde extrapolam a estrutura em que os mesmos estão inseridos.

Os assistentes sociais prestam a assistência às áreas de abrangência de no mínimo três equipes, equivalendo a um total de 1.800 famílias em média. E aqui vale uma pergunta: de que forma ocorre essa assistência? Ou se efetiva concretamente a ação do profissional na atenção básica ou se decide por colocá-los em outros níveis onde realmente possam desenvolver suas ações de forma satisfatória. O que não se pode manter é o entendimento de que esses profissionais estão efetivamente inseridos no PSF.

Acredita-se que as assistentes sociais no setor saúde poderiam, através de sua identidade profissional, promover a articulação entre os usuários e demais trabalhadores de saúde no resgate da atenção de saúde como direito social. Envolvendo-se com usuários e trabalhadores de saúde, as assistentes sociais podem conquistar uma participação efetiva no controle social da saúde e garantir, assim, a reprodução de sua força de trabalho.

Os médicos como socialmente responsáveis pela saúde se colocam em “xeque” em todos os momentos: Atender demanda? Fazer visitas domiciliares? Fazer grupos educativos? Não ser mais o organizador hierárquico das ações? Como trabalhar em equipe multiprofissional e interdisciplinar? Ações distantes de sua formação e agora em seu cotidiano. Como desenvolver essas ações coletivas de saúde se não são reconhecidas pela maioria de seus colegas? Como trabalhar com questões tão contraditórias?

O médico e a medicina passam por grandes transformações, principalmente os médicos que optam por trabalhar na atenção básica em saúde. Esses profissionais devem urgentemente resignificar sua atuação. A revalorização desse profissional frente às demais categorias que fazem a saúde é premente, e isso poderá ocorrer a partir do resignificado da profissão frente às demais profissões e no processo de trabalho em saúde.

O trabalho em saúde, como processo coletivo, multiprofissional e interdisciplinar deve passar de um conceito teórico para uma formulação que correlacione a formação técnica de qualidade com a formação para o trabalho em saúde. Tal formação não se dará através de atitudes corporativas isoladas e descoladas do nmo das conquistas na saúde. Ao contrário, atitudes corporativas poderão induzir rupturas que terão impacto negativo na assistência à saúde da população brasileira.

Os Agentes Comunitários de Saúde, por sua vez, em um número expressivo, permanecem desarticulados do todo. Eles deveriam ser mais informados sobre a estrutura da organização a qual estão vinculados para que se aproximassem sucessivamente da totalidade do trabalho em saúde e pudessem, efetivamente, se fortalecer como agente de mudanças na sociedade.

Com relação à dimensão político-ideológica do trabalho das equipes, destacou-se que as práticas de poder são diversas porque o processo de trabalho se desenvolve sobre relações de trabalho como relações sociais. Essas envolvem diferentes sujeitos, com diferentes intencionalidades, concretizando-se, portanto, um trabalho imerso em conflitos.

Em municípios como Juiz de Fora, as práticas de poder se desenvolvem de acordo com o movimento da política local. Os gestores são nomeados por autoridades políticas e, quase sempre, os gestores nomeados não são legítimos frente aos trabalhadores daquela organização. A arena política, como sabemos, é um campo de confrontos onde se medem forças e interesses divergentes.

Percebe-se que a transformação do modelo assistencial é processual no município. A estratégia de Saúde da Família ainda não efetivou mudanças que se apliquem ao conjunto dos recursos humanos necessários ao seu desenvolvimento. A inexistência de um Plano de Cargos, Carreiras e Salários, que promova o trabalho decente e que minimize as diferenças salariais nos serviços de saúde, atua como fator inibidor dessas mudanças. Além disso, há uma gerência, ainda influenciada por moldes tradicionais da administração, com pouca autonomia em seus diversos níveis. O Ministério da Saúde atua como carro mestre na programação das ações de saúde. A mudança do modelo assistencial e a gerência das ações de saúde ainda são mais obstaculizadas, porque as informações não são democraticamente veiculadas, o que emperra o processo de trabalho das equipes de Saúde da Família na busca de soluções para os problemas encontrados em nível local.

Os trabalhadores e gestores procuram realizar suas ações tentando alcançar os objetivos da estratégia. Contudo, não há como atingir tais objetivos com uma gerência centralizada e sem que o município tenha uma cobertura próxima de 100% do PSF. A ação gerencial deveria ser descentralizada para as regiões sanitárias e deveria atuar de forma colegiada integrando gerentes, trabalhadores e usuários, com autonomia financeira, de planejamento e de programação: autonomia gerencial para coordenar e supervisionar recursos humanos e materiais de acordo com o perfil epidemiológico e social de cada região.

A função do supervisor das equipes de PSF deveria ser reformada e priorizada na atenção básica. Um supervisor capacitado para olhar amplamente sobre todo o processo

de trabalho da equipe e capaz de agir frente, não só às questões burocráticas, como ocorre atualmente, mas também frente às questões técnicas: ele deveria ser capaz de perceber a necessidade individual de cada trabalhador e propor a educação permanente necessária.

Para atuar na gerência de um processo de trabalho complexo e multifatorial, é indispensável ter um trabalhador com perfil diferenciado com noção das mudanças e transformações necessárias de acordo com a realidade local. As competências e habilidades para articular o processo de trabalho das equipes com os outros níveis da organização e com a comunidade são imprescindíveis a esse supervisor.

Com relação aos vínculos e remuneração das equipes de saúde família, na dimensão econômica do trabalho, identificou-se que a possibilidade de um trabalho integrador de ações e saberes, resolutivo, integral com co-responsabilidade de todos os integrantes só se constrói, quando o trabalho não se diferencia, através dos vínculos e das remunerações, para trabalhadores que compartilham o mesmo grau de responsabilidade.

A segunda questão norteadora - Que fatores das relações de trabalho das equipes de Saúde da Família favorecem ou obstaculizam o desenvolvimento dessa estratégia? - ficou contemplada à medida que se descobriu que a capacidade instalada das UBS, os recursos humanos e materiais e as relações interpessoais são fatores que influenciam tanto positiva como negativamente o desenvolvimento do processo de trabalho das equipes de Saúde da Família.

O PSF, suas diretrizes de atuação e seus propósitos de melhoria da saúde da população, com certeza, levam mudanças ao nível de atenção básica, porém isso não é um processo isolado. A atenção básica influencia e é influenciada pelos níveis secundários e terciários de atenção. Dessa forma, o desenvolvimento da estratégia de Saúde da Família em Juiz de Fora deve ser constantemente revisto e avaliado, pois pode se tornar um processo inviável, caso não seja o mais adequado para o Município. Articulações são necessárias

entre os diversos níveis, bem como entre os diversos setores da sociedade para a busca de soluções coerentes com a realidade do setor saúde do município.

As transformações necessárias na atenção básica, a partir da estratégia de Saúde da Família, só serão possíveis, visíveis e concretas quando a estratégia cobrir a maior parte da população da cidade. Isso deverá exigir mudanças efetivas na capacidade instalada das UBS e nos recursos humanos e materiais necessários ao desenvolvimento do PSF. O que foi diferente quando se implantou o PSF, pois a cidade era menor e o número de trabalhadores também, as categorias se especializavam separadamente e as ações realizadas eram mais criativas facilmente monitoradas e avaliadas.

Com a implementação e incentivo pelo MS da estratégia de Saúde da Família, a criação dos cursos introdutórios e de especialização em Saúde da Família para todas as categorias, uniformizou-se e massificaram-se as ações realizadas. Por outra via, a práxis desses trabalhadores tornou-se mais reiterativa do que criativa, por vezes distante da realidade local.

As relações interpessoais coerentes com a proposta da Saúde da Família têm de estar atreladas à formação dos trabalhadores das equipes. Essa formação, não apenas produzida por especializações e outros cursos, mas, sim, baseada em competências que devem ser inseridas precocemente nos cursos técnicos e de graduação da área da saúde desenvolvendo habilidades crítica e capacidade para mudanças.

Este não é um estudo acabado: incorpora-se a tantos outros que, consolidando a construção do sistema de saúde, valorizam o trabalhador do setor como ator ativo e modificador da sociedade brasileira.

## 9 REFERÊNCIAS

ABRASCO. Boletim Especial do VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva: saúde, justiça e cidadania para todos! **Boletim Informativo da Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 88, maio/set., 2003.

ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, S. M. M. **O trabalho de enfermagem** São Paulo: Cortez, 1997. 296p.

ANDRADE, L. M.; MARTINS JUNIOR, T. M.; PONTES, R. J. S. A descentralização no marco da reforma sanitária no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washington, v.8, p.85-91, 2000

ANTUNES, R. **Adeus ao trabalho? Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho**. 6. ed. São Paulo: Cortez; Campinas: Editora da Universidade Estadual de Campinas, 1999. 155 p.

ARRETCHE, M. Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.8, n.2, p. 331-345, 2003.

BALTAR, P. E. A.; DEDECCA, C. S.; HENRIQUE, W. Mercado de trabalho e exclusão social no Brasil. In: OLIVEIRA, C. E. B.; MATTOSO, J. E. L. (Org.) **Crise e Trabalho no Brasil: modernidade ou volta ao passado?** São Paulo: Scritta, 1996. p. 85-93.

BACH, S. Human resources and new approaches to public sector management: improving human resources management capacity. In: FERRINHO, P.; DAL POZ, M. Editors. **Towards a global health workforce strategy**. Genebra: WHO, 2003.

BAVA JÚNIOR, A. C. **Introdução à sociologia do trabalho**. São Paulo: Ática, 1990.

BRAVERMAN, H. **Trabalho e capital monopolista**; a degradação do trabalho no século XX. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1987. 379p.

BRASIL. Constituição 1988. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988. 292p.

BRASIL. **Emenda Constitucional Nº 29**. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde, Brasília, 2000b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil/03/Constituicao/Emendas/Emc/emc29.htm>. Acesso em: 15 abr. 2005.

BRASIL. Lei 8080, 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, da organização e funcionamento dos serviços correspondentes e de outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20 set. 1990a. Seção 1, p.18055-9.

BRASIL. Lei 8142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros da área da saúde e de outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 29 dez. 1990b. Seção 1, p.25694-5.

BRASIL. Ministério da Saúde. Assessoria de Comunicação Social. Divisão de Imprensa. **Ações do Ministério da Saúde**: janeiro a junho de 2000. Brasília, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Informação em Saúde, abril de 2005. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em: 16 maio 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **As cartas da promoção da saúde**. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8. 1987. Brasília. **Anais ...** Brasília, 1987.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília, 1996a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma operacional básica do Sistema Único de Saúde – 01/96. In: \_\_\_\_\_. **Gestão Municipal de Saúde**: leis, normas e portarias atuais. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2001a. 230p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 95, de 26 de janeiro de 2001 e norma operacional de assistência á saúde, 26 de janeiro de 2001. In: **Gestão Municipal de Saúde**: leis, normas e portarias atuais Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2001b. 230p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Saúde da Família**, 2004b. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/saude/arquivos/pdf/planilhpdf\\_agosto\\_.2004.pdf](http://portal.saude.gov.br/saude/arquivos/pdf/planilhpdf_agosto_.2004.pdf)>. Acesso em: 17 out. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Saúde da Família**, 2004c. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/saude/arquivos/pdf/psfinfo21.pdf>>. Acesso em: 17 out. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto de Expansão e Consolidação do Programa de Saúde da Família**. Brasília, 2002c. Disponível em: <<http://dtr2002.saude.gov.br/proesf/>>. Acesso em: 23 nov. 2004.



BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da Família (PSF) e Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Projeto Mais Saúde - Municipalização com Qualidade. In: \_\_\_\_\_. **Gestão Municipal de Saúde**: textos básicos. Brasília, 2001c. 342p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família**: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial. Brasília, 1997. 34p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Assistência e Promoção à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família**: uma estratégia de organização dos serviços de saúde. Brasília, 1996b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **A implantação da unidade de Saúde da Família**. Brasília, 2000a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação em Atenção Básica**. 2004d. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 17 out. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação em Atenção Básica**, 2005. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 15 mar. 2005.

BRASIL. Ministério do Trabalho. **Emprego no Brasil**: diagnóstico e políticas. Brasília: Assessoria Especial do Ministro, 1998. 84p.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **Classificação Brasileira de Ocupações – CBO 2002**. Brasília, 2002b. Disponível em: <<http://www.mtecbo.gov.br>>. Acesso em: 26 set. 2004.

CAMPOS, F. E.; ALBUQUERQUE, E. M. As especificidades contemporâneas do trabalho no setor saúde: notas introdutórias para uma discussão. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS DO TRABALHO, 6., 1999, Rio de Janeiro. Publicações Associação Brasileira de Estudos do Trabalho, 2002, 26 p. Disponível em: <<http://www.race.nuca.ie.ufrj.Br/abet>>. Acesso em: 24 set. 2004.

CAMPOS, G. W. S. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003.185p.

CAMPOS, G. W. S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre o modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997.

CAMPOS, G. W. S.; MERRHY, E. E.; NUNES, E. D. **Planejamento sem normas**. São Paulo: Hucitec, 1989. 134p.

CAPISTRANO FILHO, D. O Programa de Saúde da Família em São Paulo. **USP Estudos avançados**: dossiê saúde pública, São Paulo, v.13, n.35, p. 34-43, jan./abr. 1999.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Especialidades médicas. Disponível em <<http://www.cfm.org.br>> Acesso em: 01 nov. 2004.

CHAGAS, L.; SECLEN J. **Informe sobre a reunião de trabalho:** discussão sobre o marco referencial e conceitual da Atenção Básica e Saúde da Família no Brasil. OPAS/Projeto de Desenvolvimento de sistemas e Serviços. Brasília, 2003. 11p Disponível em: < <http://www.opas.org.br/servico/Arquivos/Sala5309.pdf> >. Acesso em: 20 jan. 2004.

COHN, A.; MARSIGLIA, R. G. **Processo e organização do trabalho:** um roteiro para seu entendimento. Texto apresentado no Curso de Planejamento e Administração de Sistemas de Saúde.Convênio Prefeitura Municipal de Juiz de Fora, Escola Nacional de Saúde Pública e Universidade Federal de Juiz de Fora. Juiz de Fora, 1992.

COIMBRA, A. L. S Decifra-me ou te devoro: notas sobre a participação sindical nos espaços institucionais. **Libertas**, Juiz de Fora, .v.1, n.2, p.101-18, jul./dez.2001, 2001.

CONPAS – MG. **Saúde mais:** em defesa da vida, da saúde e da sociedade. Contra o ato médico. Publicação de conselhos de profissionais da área de saúde sobre o ato médico.Belo Horizonte, Fato Comunicação, 2003. 12p.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. São Paulo- COREN- SP. **Principais leis e resoluções que regulamentam o exercício profissional de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.** São Paulo, 2000. 232p.

CRUZ, N. H. Indicadores do BC mostram país mais vulnerável. **Folha de São Paulo.** São Paulo, 20 ago. 2001.

DEMO, P. **Participação é conquista.** 2. ed. São Paulo: Cortez, 1993.

DIAS, R. **Sociologia & administração.** Campinas: Alínea,1999.

DUARTE, A.; DINIZ, A.; BARBIERI, A. **Dicionário da educação profissional.** Belo Horizonte: Fidalgo & Machado Editores, 2000.

EGRY, E. Y.; SHIMA, H. (Coord.). Integração docente assistencial como referencial teórico–metodológico para o ensino e a pesquisa da assistência em enfermagem em saúde coletiva. In: UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. **Integração docente assistencial.** São Paulo: Escola de Enfermagem da USP, 1992. p.75-155.

FERREIRA, A. B. H. **Novo Aurélio:** o dicionário da língua portuguesa. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999. 2128p.

FINKELMAN, J. **Relatório final.** In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE EXPERIÊNCIA EM ATENÇÃO BÁSICA/SAÚDE DA FAMÍLIA, 2., 2001. Brasília. Brasília: Ministério da Saúde, Secretária de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2002.

FIORI, J. L. **Estados e moedas no desenvolvimento das nações**. Petrópolis: Vozes, 1999.

FRIEDRICH, D. B. C. **O cuidado no trabalho da enfermeira em Unidade Básica de Saúde: uma praxis em transformação**. 2000. 132f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) -Escola de Enfermagem da UFMG. Belo Horizonte, 2000.

FRIEDRICH, D. B. C. As relações de trabalho na Saúde da Família: uma primeira aproximação. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, 7., 2003, Brasília. **Livro de resumos I**. Brasília: ABRASCO, 2003. v.8

FRIGOTTO, G. Trabalho, educação e a construção social do conhecimento. In: RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Estado da Educação. **Caderno Pedagógico Seminário Estadual de Educação Popular**. Porto Alegre, 2002. p.7-12.

FURTADO, A. Evolução Recente e perspectiva do mercado de trabalho. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Regulação e gestão de recursos humanos em saúde na perspectiva da reforma do estado**. Brasília, 1998. 198 p.

GIRARDI, S. N.; CARVALHO, C. L. Contratação e qualidade do emprego no Programa de Saúde da Família. In: FALCÃO, A. et al. (Org.). **Observatório de recursos humanos em saúde: estudos e análises**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. 458p.

GONÇALVES, R. B. M. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde**; características tecnológicas de processos de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec, 1994. 278p.

GOULART, I. B. Desenvolvimento das equipes de trabalho. In: GOULART, I. B. (Org) **Psicologia organizacional e do trabalho: teoria, pesquisa e temas correlatos**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002. 377p.

JAPIASSU, H. **Interdisciplinaridade e a patologia do saber**. Rio de Janeiro: Imago, 1976. 220p.

JATENE, A. Novo modelo de saúde. **USP Estudos avançados: dossiê saúde pública**. São Paulo, v.13, n.35, jan./abr., 1999.

JOHNSON, A. G. **Dicionário de sociologia**: guia prático da linguagem sociológica. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.

JOBIM FILHO, P. Classificação Brasileira de Ocupação. **Formação – Mercado de Trabalho em Saúde**, Brasília, v.2, n.6, p.99-103, 2002.

JUIZ DE FORA. Prefeitura Municipal. Diretoria de Saúde, Saneamento e Desenvolvimento Ambiental. **Plano Municipal de Saúde 2002-2005**. Juiz de Fora, 2002. 291p.

JUIZ DE FORA. Prefeitura Municipal. Diretoria de Saúde, Saneamento e Desenvolvimento Ambiental, Gerência de Promoção da Vida, Departamento de Atenção Primária. **Programa de Expansão da Saúde da Família**. Juiz de Fora, 2003. 100p.

JUIZ DE FORA. Prefeitura Municipal. **Projeto de lei s/n**. Dispõe sobre a criação do quadro de pessoal do Programa de Saúde da Família do Município de Juiz de Fora e respectivo plano de carreira. Juiz de Fora, 2004. Mimeografado.

JUIZ DE FORA. Secretária Municipal de Saúde. **Relatório Final**. In: SMS II-CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2., 1995. Juiz de Fora, 1995b. 4p. Mimeografado.

LAURELL, A. C. (Org.). **Estado e políticas sociais no neoliberalismo**. São Paulo: Cortez, 1995.

LEONE, E. T. Empobrecimento da População e a Inserção da Mulher no Mercado de Trabalho na Região Metropolitana de São Paulo na Década de 1980. In: OLIVEIRA, C. E. B.; MATTOSO, J. E. L. (Org.) **Crise e trabalho no Brasil: modernidade ou volta ao passado?** São Paulo: Scritta, 1996. 344 p.

LEOPARDI, M. T. **Processo de trabalho saúde: organização e subjetividade**. Florianópolis: Papa Livros, 1999.

LUZ, M. T. **As Instituições médicas no Brasil: instituição e estratégia de hegemonia**. Rio de Janeiro: Graal, 1986.

MACHADO, M. H. (Org.) **Profissões de saúde: uma abordagem sociológica**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ. 1995. 226p.

MACHADO, M. H. (Coord.) **Os médicos no Brasil: um retrato da realidade**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997. 244p.

MACHADO, M. H. Mercado de trabalho em saúde. In: FALCÃO, A. et al. (Org.) **Observatório de recursos humanos em saúde: estudos e análises**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. 458p.

MATTOS, R. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.; (Org.) **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO, 2001. 180p.

MATTOSO, J. E. Emprego e concorrência desregulada: incertezas e desafios. In: OLIVEIRA, C. E. B. ; MATTOSO, J. E. L. (Org.) **Crise e trabalho no Brasil: modernidade ou volta ao passado?** São Paulo: Scritta, 1996. p.34-45.

MELO, C.M.M. **Divisão social do trabalho e enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1986. 94p.

MENDES, E. V. (Org.). **A organização da saúde no nível local**. São Paulo: Hucitec, 1998. 359p.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997.

MINAS GERAIS. Secretaria do Estado de Saúde. **Programa de Saúde de Família**, 2004. [http:// <www.saude.mg.gov.br>](http://www.saude.mg.gov.br). Acesso em 25 jan 2005.

MISHIMA, S .M.; VILLA, T. C.; ROCHA, S. M. M. A enfermagem nos serviços de saúde pública do Estado de São Paulo. In: ALMEIDA, M.C.P.; ROCHA, S.M.M. **O trabalho de enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997. p.29-36.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994. 265p.

MINTZBERG. H. **Criando organizações eficazes: estruturas em cinco configurações**. São Paulo: Atlas, 1995.

MOTTA, P. R. **Desempenho em equipes de saúde**. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2001.

NOGUEIRA, R. P. A força de trabalho em saúde. **RAP**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 61-70 jul. /set.1983, 1983.

NOGUEIRA, R. P. O trabalho em Serviços de Saúde. In: OPAS. **Desenvolvimento gerencial de Unidades Básicas do Sistema de Saúde**. Brasília: OPAS, 1997.p.182-186.

OLIVEIRA JÚNIOR, O. **O neoliberalismo, educação e emprego**. Juiz de Fora: Feme, 2000.

PAIM, J. S. A reforma sanitária e os modelos assistenciais; a epidemiologia na organização dos serviços de saúde. In: COSTA, M. F. L.; SOUZA, R. P. **Qualidade de vida; compromisso histórico da epidemiologia**. Belo Horizonte: COOPMED, 1994. p.189-198.

PAIM, J. S A reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia & saúde**. 5. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1999.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de **saúde: conceito e tipologia**. **Revista de Saúde Pública**, v. 35, n. 1, p.103-109, fev. 2001.

PIERANTONI, C. R. As reformas do Estado, da saúde e recursos humanos: limites e possibilidades. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.6, n.2, p. 25-45, 2001.

PIERANTONI, C. R. VARELLA, T.C. Classificação Brasileira De Ocupações–2002 perspectivas para análise do mercado de trabalho em saúde na enfermagem. **Formação - Mercado de Trabalho em Saúde**, Brasília v.2, n.6, p.55-69, 2002.

PIERANTONI, C. R. **Relatório Final**. In: SEMINÁRIO ANUAL DOS OBSERVATÓRIOS DE RECURSOS HUMANOS DE SAÚDE. Processos de Reforma Setorial na Região das Américas. 16-18 nov. 2004. Brasília [s.n.] Mimeografado.

PIRES, D. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. São Paulo: Confederação Nacional dos Trabalhadores em seguridade social – CUT, Annablume, 1998. 254 p.

PIRES, D. A estrutura do trabalho em saúde. In: LEOPARDI, M. T. **Processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade**. Florianópolis: Papa Livros, 1999.

RODRIGUES, M. P.; ARAÚJO, S. S **O processo de trabalho em Saúde da Família**.2003. Disponível em: <<http://www.ufrn./davinci/abril/capa.htm>>. Acesso em: 22 fev. 2005.

ROZA, J. R.; RODRIGUES, V. A. O programa de Saúde da Família e os vínculos institucionais externos. In: FALCÃO, A. et al. (Org) **Observatório de recursos humanos em saúde: estudos e análises**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. 458 p.

SALDANHA, C. R. **Avaliação do PSF em Juiz de Fora**. Juiz de Fora, 2003. Disponível em:< <http://www.opas.org.br/servico/Arquivos/Sala5325.pdf> > Acesso em: 15 nov. 2004.

SANTANA, J. P. A gestão do trabalho nos estabelecimento de saúde: elementos para uma proposta. In: Brasil, Ministério da saúde.**Gestão municipal de Saúde: textos básicos**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2001. p219-234.

SOARES, L. T. R. **Ajuste neoliberal e desajuste social na América Latina**. Rio de Janeiro: UFRJ, 1999. 368 p.

SOARES, L. T. R. As atuais políticas de saúde: os riscos do desmonte neoliberal. In: **Revista Brasileira Enfermagem**, Brasília, v.53, n.esp., p.17-24, dez.2000.

SROUR, R. H **Poder, cultura e ética nas organizações**. Rio de Janeiro: Campus, 1998.337p.

SOUZA, S. P. S. **A inserção dos médicos no serviço no serviço público de saúde: um olhar focalizado no programa de Saúde da Família**. 2001. 129f. Dissertação.( Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2001.

SOUZA, H. M. Análise das práticas assistenciais na área de saúde da mulher nas equipes do programa de Saúde da Família: um estudo de caso em Estado selecionado. In: PIERANTONI, C. R.; VIANNA, C. M. M. (Org.). **Gestão de sistemas de saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, 2003. 389 p.

TRIBUNA DE MINAS. Juiz d Fora, v.21, n.3541, p. 4-5, jul. 2004.

UFJF/NATES. **Projeto do Pólo de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para Saúde da Família do Sul e Sudeste de Minas Gerais**. Juiz de Fora, 2000. 21p.

UFJF/NATES. **Acompanhamento e avaliação de equipes de Saúde da Família**. Juiz de Fora, 2001.

VASCONCELOS, E. M. **Educação popular e a atenção à Saúde da Família**. São Paulo: Hucitec, 1999.332p.

VIANA, A. L. D'Á.; DAL POZ, M. R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o programa de Saúde da Família. **PHYSIS Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.8, n.2, p.11-48, 1998.

WELS, A. M. C. Reflexões sobre o ambiente de comunicação comum, relações interpessoais estabelecidas e socialidade. *Revista Comunicação Organizacional*. Disponível em: <<http://www.pucrs.br/famecos/geacor/texto15.html>> Acesso em: 05 jul. 2004

XAVIER, I. M. et al. Subsídios para a conceituação da assistência de enfermagem rumo à Reforma Sanitária. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.40, n.2/3, p.177-180, abr./set. 1987.

YIN, Roberto K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2003. 205p.

## **APÊNDICES**



## APÊNDICE A

Data da entrevista:

Setor:

Questões:

- 1- Quantas equipes de Saúde da Família existem atualmente em Juiz de Fora?
- 2- Como é formada a equipe de Saúde da Família em Juiz de Fora?
- 3- Quais as formas de contratação e a remuneração dos componentes das equipes de Saúde da Família em Juiz de Fora?
- 4- Dê sua opinião a respeito da flexibilização dos vínculos empregatícios no setor saúde?

## **APÊNDICE B**

## APÊNDICE C

## APÊNDICE D

Formulário de Entrevistas:

Caracterização do Informante

Identificação:

Cargo:

Profissão:

Instituição Formadora:

Local de trabalho Nível Central/UBS:

Data da entrevista:

Sexo:

Vínculo de trabalho:

Tempo de trabalho no PSF/ Prefeitura Municipal:

Objetivo 1: Descrever como se estabelece a divisão de trabalho entre os componentes da equipe de Saúde da Família.

- 1- Comente sobre o processo de trabalho das equipes de Saúde da Família?
- 2- Quais são as atividades realizadas pelo médico?
- 3- Quais são as atividades realizadas pela enfermeira?
- 4- Quais são as atividades realizadas pela assistente social?
- 5- Quais são as atividades realizadas pelo auxiliar de enfermagem?
- 6- Quais são as atividades realizadas pelos agentes comunitários?

Objetivo 2: Identificar divergências ou convergências de interesses do trabalho em Saúde da Família entre as equipes e os dirigentes.

- 1- Como você percebe o desenvolvimento da estratégia de Saúde da Família no município de Juiz de Fora?
- 2- Como se dá a articulação do trabalho entre o nível central e as equipes de Saúde da Família?
- 3- Quais as facilidades e dificuldades que você encontra nesta articulação?
- 4- Quando ocorrem dificuldades no trabalho das equipes de Saúde da Família como as mesmas são solucionadas?
- 5- Quais os resultados em Juiz de Fora do trabalho das equipes de Saúde da Família?

Objetivo 3 - Identificar remuneração e vínculos de trabalho dos componentes das equipes de Saúde da Família.

- 1- Comente sobre a remuneração e os vínculos de trabalho das equipes de Saúde da Família.
- 2- Você tem informação sobre a remuneração de todos os profissionais da equipe de Saúde da Família?
- 3- De quais profissionais você tem a informação?
- 4- Como você foi contratado para trabalhar no PSF?
- 5- Qual é o salário inicial em sua categoria para o trabalho na equipe de PSF?
- 6- Qual é a sua carga horária de trabalho?

Objetivo 4 – Discutir os fatores do processo de trabalho que facilitam ou obstaculizam o desenvolvimento da estratégia de Saúde da Família no município de Juiz de Fora.

- 1- Comente sobre as facilidades do trabalho nas equipes de Saúde da Família.
- 2- Comente sobre as dificuldades do trabalho nas equipes de Saúde da Família.

## APÊNDICE E

Formulário de Entrevistas:

Caracterização do Informante

Identificação:

Cargo:

Profissão:

Instituição Formadora:

Local de trabalho Nível Central/UBS:

Data da entrevista:

Sexo:

Vínculo de trabalho:

Tempo de trabalho no PSF/ Prefeitura Municipal:

Remuneração:

Objetivo 1: Descrever como se estabelece a divisão de trabalho entre os componentes da equipe de Saúde da Família.

1-Comente sobre o trabalho da equipe de Saúde da Família, quais são as atividades realizadas pelo médico, pela enfermeira, pela assistente social, pelo dentista, pelo auxiliar de enfermagem, pelos agentes comunitários.

2-Como se decide sobre as atividades realizadas?

Objetivo 2: Identificar divergências ou convergências de interesses do trabalho em Saúde da Família entre as equipes e os dirigentes.

1-Como você percebe o desenvolvimento da estratégia de Saúde da Família no município de Juiz de Fora?

2-Como se dá a articulação da equipe com a DSSDA?

3-Quais as facilidades e dificuldades que você encontra nesta articulação?

4-Que tipos de dificuldades são estas?

5-Quando elas ocorrem como as mesmas são solucionadas?

6- Quais os resultados em Juiz de Fora do trabalho das equipes de Saúde da Família?

Objetivo 3 -Identificar remuneração e vínculos de trabalho dos componentes das equipes de Saúde da Família.

1- Comente sobre a remuneração e os vínculos de trabalho dos profissionais da equipe?

2-Você tem informação sobre a remuneração de todos os profissionais da equipe de Saúde da Família?

3- De quais profissionais você tem a informação?

4-Como você foi contratado para trabalhar no PSF?

5-Qual é o salário inicial em sua categoria para o trabalho na equipe de PSF?

6- Qual é a sua carga horária de trabalho?

7-Quais os direitos sociais que são conferidos pelo seu contrato de trabalho?

Objetivo 4- Discutir os fatores do processo de trabalho que facilitam ou obstaculizam o desenvolvimento da estratégia de Saúde da Família no município de J. Fora.

1- Quais são as facilidades do trabalho realizado em sua equipe?

2- Dentre estas facilidades quais você acredita que possam contribuir para o alcance de objetivos e metas propostos pela SF?

3-Quais são as dificuldades do trabalho realizado em sua equipe?

## APÊNDICE F

### Termo de consentimento Livre e Esclarecido

Juiz de Fora, / / de 200\_.

Prezado(a) Sr.(a): \_\_\_\_\_

Unidade Básica de Saúde: \_\_\_\_\_

Estou desenvolvendo uma pesquisa para obtenção de título de Doutor em Saúde Coletiva. Sou aluna do Curso de Doutorado em Saúde Coletiva, do Programa de Pós-Graduação do Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro.

A pesquisa tem como título provisório: O processo de trabalho das equipes de Saúde da Família: focalizando as relações de trabalho das equipes de Juiz de Fora.

Desta forma, solicito a sua participação voluntária para realização de uma entrevista, o que possibilitará a esta pesquisadora dar seqüência à sua investigação.

Sua colaboração será muito importante para a realização desta pesquisa. A participação é voluntária, tendo como participante, a liberdade para desistir durante o processo de coleta de dados, caso venha desejar, sem risco de qualquer penalização. A participação no estudo não inclui pagamento de qualquer forma por parte do pesquisador. As informações/ opiniões emitidas por você serão tratadas anonimamente no conjunto dos demais respondentes. Os resultados serão divulgados na defesa da tese, eventos científicos e publicações de artigos.

Agradecendo sua colaboração, solicitando ainda o seu acordo neste documento,  
Atenciosamente,

Denise Barbosa de Castro Friedrich (telefones : 3236-2474 /99616024)

.....

..

Pelo presente termo de consentimento Livre e Esclarecido, eu, \_\_\_\_\_, aceito participar como voluntário das atividades da pesquisa: *O processo de trabalho das equipes de Saúde da Família: focalizando as relações de trabalho das equipes de Juiz de Fora.* Estou ciente que os resultados serão tratados sigilosamente.

Data e Assinatura: \_\_\_\_\_

## **ANEXO**

