

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO
MESTRADO EM EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

Renato Penha de Oliveira Santos

"Metas para que te quero?" Algumas reflexões sobre os novos modelos de gestão e gerenciamento do trabalho e seus efeitos nos trabalhadores de uma equipe da Estratégia Saúde da Família do município do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2017

Renato Penha de Oliveira Santos

"Metas para que te quero?" Algumas reflexões sobre os novos modelos de gestão e gerenciamento do trabalho e seus efeitos nos trabalhadores de uma equipe da Estratégia Saúde da Família do município do Rio de Janeiro

Dissertação apresentada à Escola Politécnica em Saúde Joaquim Venâncio, como requisito para a obtenção do Título de Mestre em Educação Profissional em Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Filippina Chinelli

Co-orientadora: Profa. Dra. Angélica Fonseca

Rio de Janeiro

2017

Catálogo na fonte

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Biblioteca Emília Bustamante

S237m Santos, Renato Penha de Oliveira
"Metas para que te quero?": algumas reflexões sobre os novos modelos de gestão e gerenciamento do trabalho e seus efeitos nos trabalhadores de uma equipe da Estratégia Saúde da Família do município do Rio de Janeiro / Renato Penha de Oliveira Santos. - Rio de Janeiro, 2017.
94 f.

Orientadora: Filippina Chinelli
Co-orientadora: Angélica Fonseca

Dissertação (Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde) - Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz, 2017.

1. Política de Saúde. 2. Estratégia Saúde da Família. 3. Gestão do Trabalho em Saúde. 4. Condições de Trabalho. I. Chinelli, Filippina. II. Fonseca, Angélica. III. Título.

CDD 614

Renato Penha de Oliveira Santos

"Metas para que te quero?" Os novos modelos de gestão e gerenciamento do trabalho e as percepções dos trabalhadores de uma equipe da Estratégia Saúde da Família do município do Rio de Janeiro

Dissertação apresentada à Escola Politécnica em Saúde Joaquim Venâncio, como requisito para a obtenção do Título de Mestre em Educação Profissional em Saúde.

Aprovado em 31/05/2017

BANCA EXAMINADORA

Prof.^aDr.^aFilippinaChinelli(EPSJV / (FIOCRUZ) (orientadora)

Prof.^aDr.^a Angélica Ferreira Fonseca (EPSJV/ Fiocruz) (co-orientadora)

Prof.^aDr.^a Maria Inês Carsalade Martins (Ensp/Fiocruz)

Prof.^aDr.^a Monica Vieira (EPSJV / Fiocruz)

*Dedico este trabalho aos profissionais de
saúde da Atenção Primária do município do
Rio de Janeiro e aos lutadores e lutadoras que
constroem e defendem o Sistema Único de
Saúde.*

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Francisco e Izabel, pelo apoio e incentivo em todos os momentos da minha vida, além da compreensão das minhas ausências devido aos dias de dedicação intensa ao estudo.

À minha irmã, Izabela (Bela), pelas acolhidas em terras paulistanas e também pelo apoio na organização e formatação deste trabalho.

À querida Ana Clara Newlands (Clarinha), pelo apoio e companheirismo ao longo da reta final desta jornada.

Às professoras Filippina Chinelli (orientadora) e Angélica Fonseca (co-orientadora), por aceitarem o desafio de me orientarem neste estudo, além dos constantes incentivos à superação dos meus limites frente ao tema da pesquisa.

Às contribuições das professoras Maria Inês Carsalade Martins e Mônica Vieira na banca de qualificação da pesquisa.

Aos professores e trabalhadores da EPSJV, pelo cuidado acolhido ao longo dessa jornada, além dos ensinamentos para a vida acadêmica e profissional.

Ao meu amigo/irmão Fabrício e à minha amiga/irmã Luciana Cajado, pelo companheirismo e apoio ao longo das vivências em terras cariocas.

Aos meus amigos e amigas de Norte a Sul deste país, que sempre me acolheram e me ajudaram em algumas discussões deste trabalho, em especial André Luis Leite, Rafaela Brasil, Simone Santos e Maria Rita Monteiro.

Às companheiras e companheiros da organização política Consulta Popular, pelos intensos debates e lutas políticas, em especial Thiago Henrique e Liz Duque Magno.

Aos movimentos sociais Rede Nacional de Médicos e Médicas Populares e Movimentos dos Trabalhadores Rurais Sem Terra, além do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde, pela formação política e pelo incentivo às lutas frente ao desmonte do SUS.

À Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro e aos trabalhadores da saúde da atenção primária do Rio de Janeiro por me ajudarem na realização deste estudo.

*A utopia está lá no horizonte. Me aproximo
dois passos, ela se afasta dois passos.
Caminho dez passos e o horizonte corre dez
passos. Por mais que eu caminhe, jamais
alcançarei. Para que serve a utopia? Serve
para isso: para que eu não deixe de caminhar*

(Eduardo Galeano, citando Fernando Birri)

RESUMO

O presente estudo teve por objetivo identificar quais as penosidades presentes no cotidiano do trabalho de uma equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) do município do Rio de Janeiro, a partir das percepções desses profissionais de saúde sobre o trabalho na atenção primária sob a égide de novos modelos de gestão e gerenciamento do trabalho, implantados no município do Rio de Janeiro após 2009. O contexto do estudo remete ao processo de reestruturação produtiva e aos novos modos de gestão e gerenciamento do trabalho que vem sendo implantados tanto em empresas privadas como em serviços ou empresas públicas. Essas transformações foram incorporadas à dinâmica dos serviços públicos, de acordo com a lógica neoliberal e de reformas administrativas do aparelho de Estado, como resposta à crise capitalista do Estado do Bem-Estar-Social e do modelo de produção hegemônico fordista-taylorista, sob o discurso da promoção da melhor eficiência da máquina pública. No Brasil, essas transformações nos serviços públicos foram sendo executadas durante a década de 1990, como nos serviços de saúde, os quais tinham sofrido mudanças substanciais, principalmente em seu modelo assistencial, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e da ESF. Por conseguinte, várias repercussões e contradições dos novos formatos gerenciais vêm se apresentando no cotidiano do trabalho, principalmente no que tange à subjetividade e às experiências vividas pelos trabalhadores no ambiente de trabalho. Com isso se retoma a discussão em torno de aspectos que ressignificam o sentido do trabalho, tornado o mais explorado e mais difícil de ser suportado, gerando o que tem sido denominado pela Sociologia do Trabalho francesa de penosidades. O estudo foi realizado numa clínica da família do Rio de Janeiro, inspirando-se na etnografia de caso ampliado, desenvolvida por Michael Burawoy e utilizou a observação participante com a realização de entrevistas semiestruturadas com trabalhadores de uma equipe da ESF dessa clínica. Após análise do diário de campo e das entrevistas, verificou-se a predominância de mulheres na equipe estudada, correspondendo à tendência da feminização da força de trabalho na saúde. Além disso, foram caracterizadas como penosidades: a jornada de trabalho extensa, a constante interação com os usuários, o excesso de demanda de trabalho, a exigência de polivalência e mudança constante de funções no ambiente de trabalho. Ressalta-se a necessidade de aprofundar o estudo das contradições entre os valores e aspectos que envolvem esse o modelo de gestão e gerenciamento do trabalho com a lógica do cuidado e outros valores preconizados historicamente pela reforma sanitária e na construção do SUS.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família. Gestão do Trabalho em Saúde. Penosidade. Precarização. Reestruturação Produtiva.

ABSTRACT

The present study aimed to identify the workers suffering and pain present in the daily work of a team of the Family Health Strategy (ESF) in the city of Rio de Janeiro, based on the perceptions of these health professionals about work in primary care under the new management and work management models implemented in the city of Rio de Janeiro after 2009. The context of the study refers to the process of productive restructuring and the new management and work management modes that have been implemented both in private companies and in services or public companies. These transformations were incorporated into the dynamics of public services, in accordance with the neoliberal logic and administrative reforms of the State apparatus, as a response to the capitalist crisis of the Welfare State and the fordist-taylorist hegemonic production model with the idea of promoting the best efficiency of the public machine. In Brazil, these transformations in public services were implemented during the 1990s, as the health services, which had substantial changes, mainly in its care model, with the creation of the Unified Health System (SUS) and the ESF. Consequently, several repercussions and contradictions of the new management formats have been appearing in the work routine, especially regarding the subjectivity and the experiences lived by the workers in the work environment. The discussion about aspects that re-signify the meaning of work as something more difficult to do has been denominated by the French Sociology as workers suffering and pain. The study was in a “family clinic” of Rio de Janeiro, drawing on the case-study ethnography developed by Michael Burawoy and used the participant observation with the semi-structured interviews with workers of an ESF team of this clinic. After analyzing the field diary and the interviews, the predominance of women in the study team was verified, corresponding to the feminization trend of the health workforce. In addition, some situations were characterized as workers suffering and pain: the extensive working day, the constant interaction with the users, the excess of work demand, the requirement of polyvalence and constant change of functions in the work environment. It is necessary to deepen the study of the contradictions between the values and aspects that involve this model of management and work management with the logic of care and other values historically advocated by health reform and the construction of SUS.

Keywords: Family Health Strategy. Health Work Management. Penibility. Precarization. Productive Restructuring.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACSs – Agentes Comunitários de Saúde
BM – Banco Mundial
CTA – Comissões Técnicas de Acompanhamento
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa
CICV – Comitê Internacional da Cruz Vermelha
CLT – Consolidação das Leis do Trabalho
CAP – Coordenação de Área Programática
EPSJV – Escola Politécnica em Saúde Joaquim Venâncio
ESF – Estratégia Saúde da Família
EqSF – Equipe de Saúde da Família
FEDP – Fundações Estatais de Direito Público
FMI – Fundo Monetário Internacional
GHC – Grupo Hospitalar Conceição
INSS – Instituto Nacional de Seguridade Social
LRF – Lei de Responsabilidade Fiscal
MARE – Ministério da Administração Pública e Reforma do Estado
NASF – Núcleo de Apoio Saúde da Família
NOBS – Normas Operacionais Básicas
NOAS – Normas Operacionais da Assistência à Saúde
NGP – Nova Gestão Pública
OSCIPs – Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público
ONGs – Organizações Não Governamentais
OSs - Organizações Sociais em Saúde
PPP – Parcerias Público – Privadas
PLR – Participação nos Lucros e Resultados
PAB – Piso da Atenção Básica
PDRAE – Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado
PNAB – Política de Atenção Básica
PACS – Programa de Agentes Comunitários
PSF – Programa de Saúde da Família
RJU – Regime Jurídico Único
SGTES – Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde

SMSDC-RJ – Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do município do Rio de Janeiro

SISREG – Sistema de Regulação

SUS – Sistema único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TEIAS – Território Integrado de Atenção à Saúde

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

UFPA – Universidade Federal do Pará

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
1. CAPÍTULO 1 - AS MÚLTIPLAS DETERMINAÇÕES DO TRABALHO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO: UMA ABORDAGEM SOCIOLOGICA	15
1.1. A REESTRUTURAÇÃO PRODUTIVA E SETOR SAÚDE: UMA APROXIMAÇÃO COM A REALIDADE DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	16
1.2. A REFORMA GERENCIAL DO ESTADO BRASILEIRO E OS EFEITOS SOBRE A IMPLANTAÇÃO DO SUS.....	19
1.3. A TERCEIRIZAÇÃO NOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE E A PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO	30
1.4. AS ESPECIFICIDADES DO TRABALHO EM SAÚDE E A LÓGICA MERCANTIL	32
2. CAPÍTULO 2 - ASPECTOS DA PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO: AS PENOSIDADES NO COTIDIANO DO TRABALHO EM TEMPOS DE ACUMULAÇÃO FLEXÍVEL	36
2.1. AS PENOSIDADES DO COTIDIANO DO TRABALHO MODERNO	38
2.2. A PRECARIZAÇÃO DA SUBJETIVIDADE NO TRABALHO CONTEMPORÂNEO	41
3. CAPÍTULO 3 - ASPECTOS METODOLÓGICOS	52
3.1. TIPO DE ESTUDO	52
3.2. OS DESAFIOS DA PESQUISA DE CAMPO E O CENÁRIO DE ESTUDO	55
3.3. CARACTERIZAÇÃO DA COLETA E DA ANÁLISE DE DADOS DO ESTUDO	59
4. CAPÍTULO 4 -O COTIDIANO DO TRABALHO NUMA UNIDADE DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO	61
4.1. DECIFRA-ME OU DEVORO-TE: PERCEPÇÕES DOS TRABALHADORES DE UMA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA E OS NOVOS MODELOS DE GESTÃO E GERENCIAMENTO DO TRABALHO	61
4.2. CARACTERIZAÇÃO DOS ENTREVISTADOS	63
4.3. EXCESSO DE DEMANDA DE TRABALHO	65
4.4. SOBRE A ORIENTAÇÃO PARA O EXERCÍCIO DO TRABALHO	67
4.5. SOBRE O USO DO PRONTUÁRIO ELETRÔNICO.....	70
4.6. SOBRE A AVALIAÇÃO POR DESEMPENHO E O <i>ACCOUNTABILITY</i> :.....	72
4.7. AS PENOSIDADES NO COTIDIANO DO TRABALHO DA EQUIPE CUBA	76
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	79
REFERÊNCIAS	82
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	91
APÊNDICE B –ROTEIRO DE ENTREVISTA	93
APÊNDICE C – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	94

INTRODUÇÃO

Este estudo tem por objetivo analisar as percepções dos profissionais de saúde de uma equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) a respeito do trabalho na atenção primária, sob a égide dos novos modelos de gestão e gerenciamento do trabalho implantados no município do Rio de Janeiro após 2009. Ele se insere na vertente de estudos do trabalho, nas contribuições do campo da Sociologia do Trabalho, que se dedica às repercussões e aos efeitos da modernização do trabalho decorrente da reestruturação produtiva.

Ao longo desse estudo, a análise se deterá nas penosidades, antigas ou novas, presentes no cotidiano do trabalho desses profissionais de uma Equipe de Saúde da Família (EqSF), considerando fenômeno denominado de “gerencialismo na saúde”. Assim, esta categoria constituirá o eixo da interpretação das falas dos entrevistados, sempre considerando o contexto das transformações que, com a reestruturação produtiva, também ocorreram nos serviços públicos de saúde.

Desde o final da década de 1980, muitos estudos sociológicos têm sido realizados com diferentes enfoques e perspectivas para a compreensão das mudanças do trabalho na sociedade moderna. No entanto, Alves (2007) critica uma tendência geral da sociologia e da economia do trabalho em ressaltar a deterioração dos estatutos salariais, em decorrência da reestruturação produtiva presente no capitalismo global financeiro atual. Com isso, acabam deixando para segundo plano a manipulação da subjetividade do trabalho, presente na intensificação dos mecanismos envolvidos nos dispositivos ideológicos e organizacionais do capital previstos no “espírito do toyotismo”. Vale ressaltar que essa questão é uma das mais perversas dimensões da precarização do trabalho, frente às mutações do capitalismo do século XXI (ALVES, 2011).

Diversos estudos vêm tentando preencher essa lacuna, promovendo uma intersecção entre análises psicossociológicas, sociológicas e psicanalíticas, envolvendo a dimensão da racionalidade econômica com a vivência e os sentidos construídos pelos assalariados no trabalho, abrangendo, também, análises do trabalho como instituição e como organização. Lhuillier (2014) exemplifica algumas filiações científicas no campo do estudo do trabalho, como a psicodinâmica do trabalho, a clínica da atividade, a ergologia, a sociologia clínica do trabalho e a psicossociologia do trabalho. Assim, o enfoque terá o recorte dos estudos sociológicos do trabalho a respeito da reestruturação produtiva, como já mencionado, considerando também a análise de Danièle Linhart sobre as penosidades; a psicossociologia clínica com enfoque da análise institucional – através, principalmente, das contribuições de

Eugène Enriquez; e a psicodinâmica do trabalho desenvolvida por Christophe Dejours. No entanto, são necessárias ainda algumas interlocuções para com as particularidades do trabalho nos serviços públicos e do setor saúde, no contexto brasileiro do Sistema Único de Saúde (SUS) (SOUZA, 2016).

Segundo Souza (2016), o setor saúde, na contemporaneidade, constituiu-se num importante mercado de trabalho no âmbito público, através da expansão dos serviços e principalmente através da implementação do SUS. Acrescenta-se que o trabalho humano é fator fundamental no campo da saúde.

O modelo capitalista de produção na atualidade impõe modificações estruturais que, de acordo com Harvey (2008), financeirizam a economia global e reorganizam do papel do Estado a partir da ampliação da intervenção deste na organização do mercado e nas políticas públicas universais. No Brasil, as diversas modalidades de Parcerias Público-Privadas (PPP) começam a ser implementadas, assumindo um espaço e responsabilidades anteriormente atribuídas ao setor público. Além disso, cabe destacar que os aspectos estruturais da organização flexível da produção e as relações de trabalho se precarizam com a crescente flexibilização dos vínculos trabalhistas, da remuneração, dos horários de trabalho e com o aumento dos processos de terceirização que acompanham a ampla difusão da ação do setor privado, via PPP. É notável a incorporação de novas competências que o trabalhador precisa desenvolver no processo produtivo; o forte controle de qualidade e rapidez na execução das tarefas e a multifuncionalidade dos trabalhadores (SANTANA&RAMALHO, 2010).

Autores como Linhart (2007) e Dejours (2015) ressaltam, para além dessas mudanças, as reverberações na subjetividade dos trabalhadores frente à essa modernização do trabalho, que também engloba os novos modelos de gestão e gerenciamento. Apesar de diferentes enfoques, esses autores convergem para o fato de que todas essas mudanças apontam novos aspectos e contradições nas relações contemporâneas de trabalho, com a coexistência do paradigma técnico econômico, toyotista, e o modelo taylorismo-fordismo de produção (vigente nos anos de 1910 a 1970), que se encontra longe de ser inteiramente superado.

Essas transformações trazem novas vivências e sentidos para o trabalho. Tais sentidos são continuamente redefinidos, principalmente por força da implementação dos novos modelos de gestão e gerenciamento do trabalho – que reforçam o aumento da individualização e da polivalência dos trabalhadores – e do discurso da necessidade permanente de maior qualificação técnica para a realização de várias atividades e/ou funções. Esses elementos também se confrontam com novos aspectos éticos e morais construídos na sociedade contemporânea como um todo e nos ambientes de trabalho de modo particular.

É nesse sentido que, a partir da experiência francesa, Linhart (2012) desenvolve análises em torno da intensificação das antigas ou novas “penosidades”. As penosidades remetem aos danos, constrangimentos e desacordos que tornam o trabalho insuportável e insustentável, afetando ou aumentando o risco de afetar a saúde dos trabalhadores, mentalmente e/ou fisicamente.

No Brasil, os serviços públicos de saúde sofrem importantes modificações com a reforma gerencial do Estado, que se inicia mais agudamente em 1995, quando surgem as novas modalidades de gestão e prestação dos serviços públicos de saúde através de PPP. Essas mudanças de cunho neoliberal são realizadas com o discurso da modernização e da eficiência desses serviços, o que Alves (2014) denomina de “racionalidade gestonária”, termo usado por esse autor ao analisar os efeitos das técnicas de gestão e racionalidade econômica implantadas na educação pública paulista, desde os anos 1990.

No Sistema Único de Saúde, esses novos modelos de gestão e gerenciamento estão presentes em várias situações, como na organização da rede de atenção primária do município do Rio de Janeiro, que desde 2009 inicia um processo de expansão. Entre as bases desse processo está a contratualização de objetivos e metas firmados entre a prefeitura e as organizações sociais que passam a assumir a gestão de unidades da rede pública.

Diversos estudos, desenvolvidos no Brasil, com enfoque na saúde do trabalhador e na psicodinâmica do trabalho, apontam o modo como esses novos formatos podem ter influenciado a ocorrência de várias morbidades que afastam os trabalhadores das unidades de saúde da atenção primária (RIBEIRO&MARTINS, 2011; MATIAS, WOLFF&MALINOWSKI, 2010; TRINDADE, LAUTERT&BECK, 2009).

A motivação para a realização do presente estudo está relacionada à minha vivência como trabalhador na Estratégia Saúde da Família, que se iniciou quando me formei, em 2011, em medicina pela Universidade Federal do Pará (UFPA). A primeira experiência foi no município de Paragominas, nesse mesmo estado. A continuidade dessa experiência se dá como residente de Medicina de Família e Comunidade no Grupo Hospitalar Conceição (GHC), em Porto Alegre, Rio Grande do Sul e posteriormente na minha atuação profissional na rede de atenção básica do município do Rio de Janeiro, desde 2014.

Muitas das minhas inquietações se intensificaram por ter presenciado e observado situações de dificuldades atreladas ao modelo de gestão e gerenciamento do trabalho das equipes da ESF adotado pela Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do município do Rio de Janeiro (SMSDC-RJ).

Como médico atuante na Atenção Primária a Saúde (APS), fiquei sensibilizado por essas situações e assim surgiu o interesse em aprofundar essa discussão, com aporte dos estudos do campo do Trabalho. Defini como interesses as discussões situadas na intersecção entre: a) o tema da reestruturação produtiva; b) abordagens da psicossociologia e da psicodinâmica do trabalho com a categoria de análise “penosidade”. Essa categoria ressurge, segundo Fortino (2009), num contexto de tensão social na França, devido às reformas do regime de aposentadoria dos assalariados, em 2003, e ao forte apelo midiático após o aumento de casos de suicídio nos locais de trabalho em empresas, como Renault e a France Telecom, nos anos 2000.

Em decorrência dessas escolhas, o presente estudo tem como questionamento central: quais as percepções dos trabalhadores de uma equipe de ESF do município do Rio de Janeiro sobre a influência do modelo de gestão e gerenciamento sobre o cotidiano do trabalho? E outras questões derivam desse questionamento central, a saber: quais aspectos podem ser apontados como penosidades no trabalho na ESF no município do Rio de Janeiro? Como é o cotidiano de trabalho de uma equipe de ESF no Rio de Janeiro? Quais são as características dos trabalhadores que compõem uma equipe da ESF carioca?

Com base nessas questões foi formulado o seguinte objetivo geral para este estudo: identificar quais as penosidades presentes no cotidiano do trabalho de uma equipe da Estratégia Saúde da Família do município do Rio de Janeiro. E, do mesmo modo, foram especificados também os objetivos específicos, que são: descrever o cotidiano do trabalho de uma equipe da Estratégia Saúde da Família de uma Clínica da Família do município do Rio de Janeiro; caracterizar o perfil do trabalhador de saúde presente numa equipe de saúde da família no município carioca; distinguir entre novas e velhas penosidades presentes no trabalho dessa equipe, sob a égide dos novos modelos de gestão e gerenciamento do trabalho presentes na rede de atenção primária desse município.

1. CAPÍTULO 1 - AS MÚLTIPLAS DETERMINAÇÕES DO TRABALHO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO: UMA ABORDAGEM SOCIOLÓGICA

Sobretudo a partir do final do século XX, novos conceitos e categorias passaram a ser cunhados na tentativa de explicar e justificar transformações nas diferentes esferas da vida em sociedade. Assim, com a ampliação do setor de serviços, correlata às mudanças na organização da produção industrial, as sociedades ocidentais passaram a ser denominadas como “sociedades de serviços” ou “sociedades pós-industriais”.

O aumento desse setor ocorreu em virtude de alguns fatores: foi uma estratégia de absorver e manejar a competitividade entre diferentes empresas (por exemplo, a maior diversificação de ramos de produção e serviços); uma reação à socialização dos crescentes custos da reprodução dos trabalhadores e das lutas de classes (por exemplo, a diminuição de salários e a flexibilização da legislação trabalhista); uma resposta às tendências de estagnação econômica do setor industrial e da super-industrialização (por exemplo, a absorção da força de trabalho desempregada do setor industrial); a externalização de atividades como pesquisa, desenvolvimento, design, etc. para empresas de serviços, entre outros (OFFE,1991;PIRES, 2008).

Esse processo se dá no contexto de reestruturação geral do capital frente à crise estrutural pós anos 1970, com o avanço técnico científico, a reorganização geopolítica internacional e conseqüentemente as mudanças nas lutas de classes. A esse respeito, Montañó (2010, p.16) destaca três frentes articuladas de transformações: “o *combate ao trabalho* (às leis e políticas trabalhistas e às lutas sindicais e da esquerda) e as chamadas *reestruturação produtiva e reforma do Estado*” (grifos meus). Neste caso, o autor, assim como Harvey (2008) considera que essas mudanças são estruturantes de um projeto de caráter neoliberal.

Segundo Harvey (2008), as modificações estruturais que o sistema capitalista de produção vem apresentando o configuram na atualidade como estando numa fase monopolista-financeira que se caracteriza pela organização flexível da produção e das relações de trabalho, assim como por um crescente processo de internacionalização nos diferentes setores da economia em escala mundial. Ou seja, a economia global tem sua organização voltada para o capital financeiro, com diminuição do Estado nas políticas públicas e aumento do papel do mesmo na organização do mercado.

1.1. A REESTRUTURAÇÃO PRODUTIVA E SETOR SAÚDE: UMA APROXIMAÇÃO COM A REALIDADE DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

De acordo com Amin (2012), nos países centrais do capitalismo (ou “países desenvolvidos”), o setor de serviços era responsável por 50% do PIB já na primeira década do século XXI, e que esse crescimento correspondeu a uma constante diminuição da gestão e do gasto público em serviços considerados como desdobramentos de formas de socialização da democracia e da civilização humana (como transporte público, educação, saúde, seguridade social), típicas do Estado do Bem-Estar-Social; neste processo, tais preocupações foram sendo substituídas por gestão privada e por bens de consumo, num movimento de socialização de mercado com o pressuposto de direitos individuais livremente negociados.

Em comparação com os países do capitalismo central, a América Latina e o Brasil seguiram percursos diferentes nesse conjunto de transformações, por se tratarem de países que se constituíram através de um capitalismo oligárquico¹. De fato, não houve no Brasil um Estado de Bem-Estar-social efetivo, e sim a transição de um regime autoritário, concentrador e excludente para um Estado gerencial, no qual os serviços não exclusivos do Estado são transformados em propriedade pública não estatal, pela vida da transferência de serviços de responsabilidade estatal para entidades públicas não-estatais e de direito civil privado, como é o caso da saúde (MONTAÑO, 2010).

Obviamente, o setor saúde no Brasil não passou ileso a essas mudanças, passando também por um processo de reestruturação importante nos anos 1990, com a implantação do SUS e posteriormente com os novos arranjos institucionais do Estado brasileiro, orientados pelos marcos do gerencialismo e do ajuste fiscal que estavam presentes na agenda de reformas da América Latina (TEIXEIRA, 2015).

Ainda sobre essas reformas, é de se destacar a orientação de que esses serviços fossem executados por associações civis sem fins lucrativos, que deveriam estar orientadas diretamente para o atendimento do interesse público, seguindo uma lógica de gestão do

¹ O *capitalismo oligárquico dependente* é uma teoria sociológica que possui como um dos seus principais estudiosos Florestan Fernandes, e que pode ser compreendida, segundo Cardoso (2013), como uma formação social marcada pela articulação entre dependência externa e a segregação social. A dependência externa refere-se à sociedade tributária aos interesses externos das nações centrais do sistema capitalista mundial, em virtude da carência de forças culturais, políticas e econômicas próprias. Essa relação pode ser imposta ou associada. Sobre a segregação social, esse autor define como a sociedade está fortemente marcada por esse fenômeno, herdado do período colonial escravocrata, que é reformulado constantemente ao longo de sua história. Logo, essa sociedade constitui-se com uma grande parcela da população excluída dos benefícios do progresso material capitalista, como direitos sociais e trabalhistas.

trabalho e contratação de servidores similar ao setor privado, de acordo com a dinâmica de mercado.

Isso aponta para o fato de que a reestruturação produtiva se configurou no setor saúde como uma possibilidade promissora de incremento econômico, pois os diagnósticos e tratamentos já haviam se tornado bens de consumo tanto na lógica privada como na dos serviços públicos, sendo o Estado o maior provedor de financiamento (LIMA, 2010).

Sobretudo a partir de meados dos anos 1980, na opinião de Lima (2010), ocorreram em vários países novos processos de organização da grande empresa médica corporativa e da indústria hospitalar de alta capitalização. O autor relata que houve um forte ingresso do capital financeiro na saúde, por volta da década de 1990, exigindo novos arranjos institucionais para a centralização, concentração e diversificação de funções e operações, as quais influenciaram o processo de trabalho em saúde. A transição tecnológica impressa nessas alterações ocasionou transformações no perfil da qualificação dos trabalhadores, no mercado de trabalho, nos modelos de gestão, entre outras mudanças (PIRES, 2008), o que vai ao encontro do que afirmam Chinelli, Vieira & Deluiz (2013, p.34) ressaltam que o setor sofreu

Forte impacto das macrotransformações no processo produtivo: focalização das políticas, redução de custos, aumento da produtividade, aceleração da participação de empresas privadas, incorporação de novas tecnologias, novos requisitos para a formação da força de trabalho, terceirização de atividades etc.

Nesse contexto, Pierantoni (2002) acrescenta que a força de trabalho em saúde está submetida à mesma dinâmica que caracteriza o mercado de trabalho capitalista em geral, mas com configurações inerentes ao setor.

No Brasil, os serviços de assistência à saúde públicos e privados vêm aumentando desde a década dos anos 1950 (PIRES, 2008). Nos anos entre 1960 e 1980, houve a ampliação dos serviços públicos de saúde, culminando no ano de 1988 com a criação do Sistema Único de Saúde, após forte mobilização de vários setores da sociedade no contexto da luta pela redemocratização do país (PAIM, 2008). De fato, em 2009, o número de estabelecimentos de saúde girava em torno de 94.070, sendo que mais da metade era de natureza pública, maior parte concentrada nos municípios, gerando mais de três milhões de empregos, com forte expansão nos serviços públicos (BATISTA JÚNIOR, 2016; DIAS, 2016).

Pierantoni (2002) aponta que a consolidação do SUS tem possibilitado ampliar o mercado de trabalho dos profissionais de saúde, em um movimento crescente desde a década de 1980, para o que contribui, sobretudo, a ESF, na medida em que se amplia necessidade de contratar médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários,

odontólogos, assistentes de consultórios e técnicos em saúde bucal que têm sido absorvidos pelos sistemas municipais de saúde. No entanto, essa autora argumenta que as proposições para a área de recursos humanos em saúde são permeadas por novos e antigos problemas que abrigam interesses múltiplos e diversificados.

Informações do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde dão conta de que existiam no Brasil em 2016, quase 40.000 equipes de saúde da família, correspondendo à cobertura de 60,98% da população brasileira. Na cidade do Rio de Janeiro, no mesmo ano, segundo a SMSDC-RJ, havia algo em torno de 1.300 equipes de saúde da família, alcançando uma cobertura de 70% da população carioca.

Esses dados demonstram como vem ocorrendo uma expansão da estratégia saúde da família em todo o país, assim como no município do Rio de Janeiro, corroborando com outras análises (MACHADO et al., 2011) que apontam para a “ambulatorização dos empregos”, uma vez que no período entre 1992 e 2005 houve um aumento de 139% desses empregos em serviços não hospitalares públicos ou privados, contra 44% da rede hospitalar.

Esta expansão ocorreu desacompanhada da valorização dos trabalhadores, que tiveram sua remuneração, em geral, diminuída, o que provocou a extensão do tempo trabalhado para parcela considerável dos ocupados do segmento (tanto no setor privado como no público) e o aumento do número de trabalhadores que possuem um trabalho adicional ou mais de um vínculo empregatício (DIEESE, 2009).

De acordo com Girardiet al. (2010), na ESF não se apresentam as maiores evidências de utilização de trabalho precário ou terceirização no setor de saúde, quando comparado com os serviços hospitalares de média e alta complexidade, além das emergências e urgências. No entanto, esses autores destacam que existem vínculos trabalhistas frágeis e a presença do discurso da flexibilização e do gerencialismo entre os gestores municipais de saúde.

Dias (2016), alerta para a tendência gerencial e a possibilidade do crescimento acelerado da terceirização dos serviços de saúde, através de Organizações Sociais (OSs), Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs) e fundações públicas de direito privado, que acabam precarizando as relações de trabalho, por meio de diferentes modalidades de vínculos de trabalho que podem ser desde concursos até contratos temporários, constituídos ou não nos marcos das Consolidações das Leis de Trabalho (CLT).

1.2. A REFORMA GERENCIAL DO ESTADO BRASILEIRO E OS EFEITOS SOBRE A IMPLANTAÇÃO DO SUS

Ao longo dos anos 1990, foram introduzidos novos modelos de gestão pública no Brasil, em decorrência da reforma administrativa do aparelho do Estado brasileiro. Essa reforma foi ancorada nas ideias presentes no “Plano Diretor da Reforma do Estado”, do ano de 1995, e encabeçada por Luiz Carlos Bresser Pereira, que ocupava o Ministério da Administração Pública e Reforma do Estado (MARE), o qual foi criado no primeiro governo de Fernando Henrique Cardoso (TEIXEIRA, 2015).

Segundo Sano & Abrucio (2008), o caso brasileiro ocorreu em um contexto histórico de mudanças da administração pública em diversos países, que visavam a flexibilização do setor público desde os anos 1980. Tais mudanças foram denominadas de Nova Gestão Pública (NGP), a qual, de acordo com os autores, é alicerçada em três pontos principais que são: a administração pública voltada para resultados; a contratação entre estruturas estatais e entes públicos não estatais para execução de serviço; e a criação de mecanismos institucionais de controle. Neste sentido, o “Plano Diretor da Reforma do Estado” estabelecia a flexibilização das relações de trabalho no setor público com permissão de regimes jurídicos diferenciados, bem como a definição de tetos de gastos com os servidores públicos, além de novos formatos de gestão do trabalho, via Parcerias Público-Privadas (TEIXEIRA, 2015). Conforme o Plano, dever-se-ia:

(...) Transferir para o setor público não-estatal estes serviços, através de um programa de “publicização”, transformando as atuais fundações públicas em organizações sociais, ou seja, em entidades de direito privado, sem fins lucrativos, que tenham autorização específica do poder legislativo para contrato de gestão com o poder executivo e assim ter direito a dotação orçamentária (BRASIL/ MARE, 1995, p. 46 e 47)

Esses novos formatos institucionais estariam orientados diretamente para o atendimento do interesse público, porém segundo uma lógica de gestão do trabalho e contratação de servidores similar ao setor privado, e de acordo com a dinâmica de mercado. Dessa forma, a regulamentação das relações de trabalho no setor público passaria por alterações, como a contratação de pessoal através do regime das CLT em detrimento do Regime Jurídico Único (RJU), além da possibilidade da criação do dispositivo do contrato de gestão, promovendo a autonomia gerencial.

Ainda sobre essas mudanças, Carneiro (2013) destaca que elas emergiram num momento de contradições econômicas e sociais, devido ao término da ditadura e ao período de

redemocratização no país que, se por um lado resultou na Constituição de 1988, por outro, assinalou a presença de ideais neoliberais como a saída para a crise econômica e política.

Logo após a promulgação da Carta Magna, os governos de Fernando Collor de Melo, Itamar Franco e Fernando Henrique Cardoso passaram a adotar medidas econômicas de cunho neoliberal e a reestruturar o Estado Brasileiro sob a justificativa da necessidade de pagamento da dívida externa e da inserção numa agenda internacional de globalização do capital. Nesse sentido, o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE) e a implementação do Plano Real tinham o intuito de promover um ajuste fiscal com diminuição dos gastos públicos frente à forte pressão do Fundo Monetário Internacional (FMI) e do Banco Mundial (BM) (CARNEIRO, 2013). Esse ajuste fiscal do Estado brasileiro implicou em diversas limitações legais aos municípios e estados, principalmente no quesito de financiamento de políticas públicas, influenciando na adoção de diversos mecanismos institucionais e arranjos jurídicos, como a adoção de formas de terceirização e contratos de gestão.

No setor saúde, durante a década de 1990, Carneiro (2013) ressalta a construção de uma agenda de gestão do trabalho pautada na adoção das medidas flexibilização de contratação de serviços e de regime de trabalho, frente ao crescimento substantivo do número dos postos de trabalho no Sistema Único de Saúde, decorrente da expansão da rede pública de serviços a nível municipal, como, por exemplo, o Programa de Saúde da Família (PSF). Destaque-se no período um substancial aumento, principalmente durante o governo do Fernando Henrique Cardoso, da utilização das novas formas contratuais ou novos modelos flexíveis de gestão do trabalho, através de cooperativas profissionais e Organizações Não Governamentais (ONGs).

Alguns autores como Corbo, Pontes & Morosini (2007) apontam que, mesmo com a criação do SUS, o país não dispunha, na década de 1990, de um modelo de assistência em saúde que correspondesse às necessidades de atenção e cobertura da população. Dessa forma, em 1994, ocorre a criação do Programa Saúde da Família, a partir dos resultados positivos do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e experiências anteriores de implantação de serviços de atenção primária em algumas cidades como Montes Claros (Projeto Montes Claros, ainda no final dos anos 1970), Porto Alegre (Grupo Hospitalar Conceição, em 1983), São Paulo (Ação Programática em Saúde, nos anos 1970), Niterói (Médico de Família, em 1992) e Campinas (Modelo Defesa da Vida, no final dos anos 1980).

Logo, o PSF surge como um importante indutor de mudanças no modelo de assistência nos serviços públicos de saúde, com objetivo de reorganizar a prática assistencial e orientá-la para uma compreensão ampliada do processo saúde-doença, e para intervenções centradas na

família e o seu meio social, na tentativa de romper com práticas curativas características do modelo hospitalocêntrico (BRASIL, 1998). A partir de 1996, o PSF passa a ser denominado de Estratégia Saúde da Família, com várias alterações na gestão e no financiamento introduzidas ao longo das décadas de 1990 e 2000, através das normas operacionais básicas (NOBS), das normas operacionais da assistência à saúde (NOAS), do Piso de Atenção Básica (PAB) fixo e variável, da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) de 2006 e 2012, e do Pacto pela saúde.

Além dessas mudanças, outras estratégias e incentivos no campo formativo foram criados para os profissionais das equipes de saúde da família, como as residências multiprofissionais, a formação em medicina de família e comunidade (de nível superior), a qualificação em serviço e os cursos técnicos de ensino médio (CORBO, PONTES&MOROSINI, 2007).

Nos anos 2000, com os governos Lula, houve a tentativa de rever a regulação e a gestão do trabalho no SUS, com a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (SGTES)². No entanto, sua agenda política não avançou e esses governos ficaram marcados, principalmente, pela proposição das Fundações Estatais de Direito Privado (FEDP), como uma alternativa a outras formas de parcerias público-privadas que pudessem ter vínculos trabalhistas mais precários. Sobre a implementação de Organizações Sociais em Saúde, Carneiro (2013) destaca majoritariamente a atuação em níveis de atenção secundária e terciária, como em hospitais, ao longo dessas duas décadas. Porém, tanto essa autora como Dias (2016) e Batista Júnior (2016) apontam para a tendência da inserção das OSs na organização da atenção primária, vide a presença deste arranjo institucional na organização da ESF nos municípios de São Paulo e Rio de Janeiro, sobretudo neste último, desde o ano de 2009.

Nesse ano, a cobertura da Estratégia de Saúde da Família era de 9,24%, e a Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro iniciou a reformulação e o aprimoramento da rede assistencial de saúde local. Ressalta-se que o histórico de construção da rede municipal de saúde do Rio de Janeiro é concentrado na presença de diversos hospitais

² Segundo Vieira, Durão e Lopes (2011), nos dois governos de Luiz Inácio Lula da Silva, as políticas sociais de saúde continuaram fragmentadas e subordinadas ao modelo econômico de cunho neoliberal, também presente nos governos Fernando Henrique Cardoso. Dessa forma, mesmo com a criação da SGTES, em 2003, com o intuito de inserir o trabalho e a educação no campo da formação dos recursos humanos em saúde, percebeu-se a dificuldade em avançar na construção de políticas públicas que valorizassem esses aspectos em sintonia com os ideais e as diretrizes da Reforma Sanitária – mostrando, assim, pouca efetividade de enfrentamento ao cenário de precarização do trabalho e de terceirização dos trabalhadores no SUS.

e especialidades médicas, principalmente pelo fato de a cidade ter sido capital federal até 1960, constituindo uma escassez de serviços básicos de saúde, os quais não funcionavam de forma padrão.

Um exemplo disso foi a expansão dessa rede assistencial, entre os anos 2003 e 2005, de modo que unidades foram abertas com funcionamentos diferentes e com diversos tipos de vínculos empregatícios realizados por intermédio da administração direta, de organizações não governamentais e associações de moradores e/ou cooperativas (CARNEIRO, 2013).

Logo, com o início da reforma da atenção primária no Rio de Janeiro em 2009, verificou-se um mosaico de diferentes estilos de unidades de saúde correspondente à atenção básica, nas quais as Clínicas da Família e as Unidades tipo A são ambas 100% ESF, as unidades B são aquelas com algumas ESF e as unidades C são tradicionais, ou seja, sem ESF.

Essa mescla de diferentes tipos de unidades e modelos na atenção básica, segundo Carneiro (2013), tem relação com um dos objetivos propostos na reforma, que era a construção de novas unidades e a padronização delas, com o intuito de facilitar a reorganização da rede de atenção primária a partir da estrutura já existente. Dessa forma, a SMSDC-RJ optou por um desenho de clínicas com várias equipes de saúde da família, podendo haver a ocupação de até mais de 10 equipes no mesmo espaço físico. Além disso, a secretaria também criou a carteira de serviços, descrevendo quais tipos de funções e atividades são executadas nas unidades, bem como a organização do acesso da população adscrita, através da classificação de risco dos casos clínicos e das propostas de linhas de cuidado (como hipertensão e diabetes) e ciclos de vida (como criança e idoso) (RIO DE JANEIRO, 2010, 2011).

Esse enfoque da expansão na ESF, como eixo norteador dessas mudanças, tinha como exemplos os sistemas de saúde das cidades olímpicas e de Portugal. Dessa forma, a gestão municipal realizou parcerias com OSs para organizar os serviços prestados pelas unidades de saúde da família, estabelecendo contratos de gestão entre elas e a administração direta, nos quais estão presentes cláusulas com as contrapartidas, os deveres e as obrigações de ambas as partes, bem como os sistemas de avaliação e monitoramento das ações executadas pela contratada, conforme apontam Martins e Carneiro (2014).

Assim sendo, a proposta de reorientação do modelo de atenção básica no Rio de Janeiro apresenta características próprias como a escolha do número de equipes de saúde atuando no mesmo espaço físico e a nomenclatura das unidades por clínicas da família, evidenciando semelhanças e diferenças com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (CARNEIRO, 2013).

De acordo com a PNAB, a equipe de uma ESF deve ser composta por, no mínimo: médico generalista ou especialista em medicina de família e comunidade; enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; auxiliar ou técnico de enfermagem; e agentes comunitários de saúde (ACSs), podendo ter também cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, e auxiliar ou técnico em saúde bucal (BRASIL, 2012).

Ainda de acordo com essa política, cada equipe de Saúde da Família deve ter uma população adscrita de 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000, podendo ser menor que isso de acordo o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território. O número de ACSs deve cobrir 100% da população cadastrada, com o máximo de 750 pessoas por cada agente, não devendo ultrapassar o número de 12 ACSs por equipe.

Pela PNAB, todos os profissionais devem ter a carga horária de 40 horas semanais, com exceção dos médicos, que podem ter carga horária de 30 e 20 horas semanais. Outra possibilidade é a carga horária de 32 horas para os profissionais que estão realizando atividades de educação permanente ou pós-graduação, conforme a autorização prévia do gestor municipal de saúde (BRASIL, 2012).

Em relação ao Núcleo de Apoio Saúde da Família – NASF³, as portarias que definem as suas atribuições e organização são a 2.488, de 21 de outubro de 2011, a qual aprova a PNAB, e a 3.124, de 28 de dezembro de 2012, que redefine os parâmetros de vinculação das modalidades 1 e 2, além de criar a modalidade 3 (BRASIL, 2014). Esses documentos preveem que essas equipes tenham o objetivo de ampliar a abrangência e a resolutividade do escopo das ações da atenção básica. Nesse sentido, as atividades propostas são:

discussão de casos, atendimento conjunto ou não, interconsulta, construção conjunta de projetos terapêuticos, educação permanente, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais e da coletividade, ações intersetoriais, ações de prevenção e promoção da saúde, discussão do processo de trabalho das equipes. etc. (BRASIL, 2012, p. 70).

³ Segundo a portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012, passaram a existir três modalidades de NASF. No NASF 1, a soma das cargas horárias semanais dos membros da equipe deve ter, no mínimo, 200 horas e nenhum profissional poderá ter carga horária menor que 20 horas semanais e a equipe NASF deve ser vinculada, no mínimo, a 5 e, no máximo, 9 equipes da ESF ou de Atenção Básica para populações específicas como ribeirinha ou consultório na rua.

No NASF 2, a soma das cargas horárias semanais dos membros da equipe deve ter, no mínimo, 120 horas e nenhum profissional poderá ter carga horária menor que 20 horas semanais e a equipe NASF deve ser vinculada no mínimo, três e, no máximo 4 equipes da ESF ou de Atenção Básica para populações específicas como ribeirinha ou consultório na rua.

No NASF 3, a soma das cargas horárias semanais dos membros da equipe deve ter, no mínimo, 80 horas e nenhum profissional poderá ter carga horária menor que 20 horas semanais e a equipe NASF deve ser vinculada no mínimo, à uma e, no máximo, duas equipes da ESF ou de Atenção Básica para populações específicas como ribeirinha ou consultório na rua.

As equipes do NASF devem ser construídas por profissionais de saúde de acordo com os critérios e prioridades das necessidades locais de saúde; no entanto, a política prevê que elas devem ser compostas pelas seguintes categorias:

Médico acupunturista; assistente social; profissional/professor de educação física; farmacêutico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; médico ginecologista/obstetra; médico homeopata; nutricionista; médico pediatra; psicólogo; médico psiquiatra; terapeuta ocupacional; médico geriatra; médico internista (clínica médica); médico do trabalho; médico veterinário; profissional com formação em arte e educação (arte educador); e profissional de saúde sanitária, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas (BRASIL,2012, p.72).

Outro aspecto, que vale ressaltar, diz respeito aos vínculos trabalhistas dos trabalhadores da saúde, especificamente dos profissionais da ESF. De acordo com Carneiro (2013), a partir de 2009, a SMSDC-RJ optou pelo modelo de contratação destes por intermédio das OSs⁴, em concordância com as propostas presentes no modelo de administração pública gerencial do Plano Diretor da Reforma do Estado, de 1995. A autora descreve que esse modelo também está presente em vários países da Europa Ocidental, que realizaram reformas em relação aos seus sistemas de saúde, incluindo a atenção primária.

Várias justificativas foram apontadas pela SMSDC-RJ para a adoção deste modelo, ressaltando o argumento da burocratização e da ineficiência do Estado, bem como a dificuldade de oferecer salários competitivos para a atração e fixação dos profissionais de saúde. Logo, na visão dos gestores desta secretaria, a expansão e a reforma da Atenção Primária à Saúde – APS só foram possíveis devido a este modelo adotado, haja vista que os principais gargalos, destacados por eles, eram os recursos humanos, principalmente no que tangia ao profissional médico (CARNEIRO, 2013; HARZEIM et al., 2013).

No entanto, há controvérsias em relação à escolha adotada pela SMSDC-RJ. Segundo Carneiro (2013), esse modelo pode ser considerado como uma política de flexibilização da gestão do trabalho que difere do que é preconizado pelas diretrizes e pelos princípios do SUS, uma vez que as ações de saúde são descentralizadas para a iniciativa privada e não para os municípios. Além disso, o modelo também pode proporcionar uma autonomia administrativa e financeira que pode não obedecer à hierarquização prevista no SUS, conforme os níveis de atenção e complexidade, pactuados entre as diferentes esferas de governabilidade municipal, estadual e federal.

⁴ Lei municipal nº 5.026, de 19 de Maio de 2009; Decreto nº 30.780 de 02 de Junho de 2009.

Mais ainda, o modelo também pode ser caracterizado como um mecanismo de terceirização dos serviços públicos de saúde e, conseqüentemente, como uma forma de privatizá-los, pois não se trata somente da transferência da contratação da força de trabalho para a iniciativa privada, mas também das próprias condições de execução e gerência dos serviços pelos entes privados, financiados por recursos públicos, por intermédio de contratos realizados anteriormente (BASTISTA JÚNIOR, 2016). Nesse sentido, Batista Júnior (2016) destaca que esse fenômeno pode favorecer a precarização dos vínculos trabalhistas e interferir na organização dos processos de trabalho.

Nessa nova organização realizada pela SMSDC-RJ, a administração direta é responsável pelo financiamento, pela indução e pela regulação da política da atenção básica, além do acompanhamento e da avaliação da execução das ações e serviços da ESF executadas pelas OSs – sendo tais serviços estabelecidos e previstos em contrato de gestão (RIO DE JANEIRO, 2009, 2010). Desse modo, as OSs se tornam responsáveis pela seleção, contratação, demissão e remuneração dos trabalhadores, bem como pela gestão do trabalho executado pelas equipes de saúde da família. Cabe assinalar o distanciamento entre as metas e os indicadores estabelecidos no nível central da SMSDC-RJ e as necessidades de saúde da população, assim como a organização operacional para a realização desses serviços (MARTINS&CARNEIRO, 2014).

(...) No Contrato de Gestão do município do Rio de Janeiro, identifica-se, na especificação dos serviços, o forte controle e normatização da SMS em relação às OSs. Ela acompanha a produção mínima de procedimentos esperados por cada profissional de saúde, alguns indicadores de boa prática clínica, o número máximo de pessoas cadastradas por equipe, a articulação com outros níveis assistenciais e a implementação das atividades de promoção da saúde e prevenção da doença.

Na aquisição de insumos, contratação e demissão de pessoal, a autonomia é parcial, pois a SMS normatiza a remuneração dos profissionais bem como o limite financeiro a ser comprometido com recursos humanos, aquisição de equipamentos e contratos de manutenção das unidades de saúde. Sobre esse aspecto, cabe destacar que, para o Direito Administrativo, o contrato de gestão, quando celebrado com organizações sociais, restringe a sua autonomia, pois, entidades privadas terão que sujeitar-se a exigências contidas no contrato de gestão.

Também os indicadores de monitoramento são pré-definidos pela SMS e algumas metas são pactuadas de acordo com especificidades locais (COSTA E SILVA, ESCOVAL&HORTALE,2014,p. 3598).

Esses indicadores e metas são organizados em três componentes relacionados com a parte variável do recurso orçamentário repassado pela SMSDC-RJ para as contratadas, a cada trimestre⁵. Esses componentes são denominados como variável (01, 02 e 03), correspondendo

⁵[http://subpav.org/download/prot/Pagamento%20por%20performance versao FINAL.pdf](http://subpav.org/download/prot/Pagamento%20por%20performance%20versao%20FINAL.pdf)
<http://subpav.org/download/prot/Pagamento por desempenho novas metas 2013.pdf>

ao conjunto de indicadores e metas pelos quais são avaliados, e também definemo local e a ação em que o recurso financeiro deve ser destinado. Segundo Martins & Carneiro (2014, p.106), as variáveis são divididas da seguinte forma:

A parte variável 01 é composta por um conjunto de indicadores organizacionais e de produção relacionados à estrutura e organização das unidades de saúde que devem ser cumpridos pelas OS.

A parte variável 02 é formada por quatro grupos de indicadores e metas: acesso, desempenho assistencial; satisfação do paciente e eficiência, que devem ser efetivados pelas unidades de saúde. Cumprindo a pactuação, as unidades recebem um valor trimestral preestabelecido (R\$ 3 mil por equipe), aplicável na própria unidade de atenção primária por meio de ações de qualificação, no apoio à investigação ou no aumento das amenidades de exercício de funções da equipe multiprofissional.

A parte variável 03 é composta por indicadores de vigilância de grupos de usuários vulneráveis e de risco (mulher em idade fértil, gestantes, crianças menores de um ano e pessoas com diabetes, tuberculose e hanseníase) e por indicadores organizacionais, que devem ser cumpridos pelas equipes de saúde da família com o apoio da gestão local e regional. O recurso orçamentário repassado para essa variável converte-se em uma parte do salário para os profissionais das equipes.

As Comissões Técnicas de Acompanhamento (CTA) são responsáveis pela avaliação do desempenho e dos resultados das contratadas. Essas comissões não garantem a participação dos trabalhadores e são compostas por servidores públicos dos níveis central e distrital da SMSDC-RJ, tendo foco nos resultados alcançados pelas contratadas, a partir dos indicadores de desempenho estabelecidos, confrontando as metas pactuadas e a relação custo-benefício no desenvolvimento das atividades e das ações previstas no contrato de gestão. As autoras destacam, como possível consequência desse modelo de gestão, um processo de trabalho voltado para o alcance de metas estabelecidas em detrimento do cuidado em saúde (COSTA E SILVA, ESCOVAL & HORTALE, 2014; MARTINS & CARNEIRO, 2014).

Essas mudanças realizadas na gestão da ESF da capital fluminense também estão presentes em outros serviços públicos de saúde do município, de modo que, segundo Lima & Bravo (2015), no período de 2009 a 2013 existiram contratos de gestão com catorze organizações sociais.

Fonseca (2013) ressalta que esses modelos de gestão, no campo da saúde, encontram-se presentes também nos sistemas de saúde de vários países, como Reino Unido, Portugal, Austrália, Estados Unidos. Ela destaca que esse fenômeno ocorreu de acordo com uma agenda de reformas de gestão de políticas públicas de inspiração neoliberal durante a década de 1990, visando o estabelecimento de metas e o pagamento por performance (*payment for performance*), a partir da lógica de que a recompensa ou punição pode promover a adesão às boas práticas levando ao incremento da qualidade.

Esses novos modos de gestão pública repercutem nas relações e no processo de trabalho, bem como no cotidiano do trabalhador, uma vez que implementam dispositivos de controle da força de trabalho baseados na lógica da produtividade característica do setor privado, com o intuito de incrementar a efetividade e a eficiência dos serviços prestados, reduzindo os gastos públicos e, supostamente, melhorando sua qualidade (FONSECA, 2013).

Deve-se chamar atenção para a ausência de marcos regulatórios mais explícitos sobre as diversas formas de parcerias entre as organizações sociais e o poder público, o que interfere no gerenciamento dos processos de trabalho nos serviços de saúde; na insegurança sobre direitos e deveres entre contratantes e contratados; na Consolidação das Leis de Trabalho, e na proteção social, resultando na precarização do trabalho e em situações que podem comprometer a qualidade da assistência prestada (TEIXEIRA, 2015).

Corroborando com essa análise, Martins e Molinaro (2013, p.1675), a partir de contribuições de Ferreira (2005), relacionam o conjunto de aspectos abaixo, que descaracterizam o paradigma clássico do direito do trabalho e das relações laborais no setor saúde no Brasil. Os autores sintetizam reflexões em um quadro (ver Quadro 1) no qual destacam as tensões produzidas pelas transformações em curso no campo da gestão do trabalho, apontando a necessidade de investigar diversas variáveis, identificadas na coluna 1.

Quadro 1 - Variáveis Padrão do Modelo de Direito do Trabalho na Área Social aplicado às relações de trabalho no Setor Público de Saúde no Brasil, dos anos 1990 até os dias atuais

Variáveis padrão do Modelo de Direito do Trabalho na Área Social	Tensões na relação trabalho-emprego no âmbito dos serviços públicos de saúde no Brasil	
Mercado de trabalho	Adequadas oportunidades de acesso ao emprego e garantias estatais de emprego no setor público.	Desigualdade de oportunidades e acesso ao emprego no setor público em função da terceirização e consequente multiplicidade de formas de contrato.
Emprego	Proteção contra demissão arbitrária: regulação das formas de contratação, regulamentação dos contratos de trabalho, etc.	Ausência de normas reguladoras de admissão; demissão; desregulamentação nos contratos de trabalho terceirizados; instabilidade dos vínculos.
Condições de trabalho	Proteção contra acidentes de trabalho e doenças profissionais através da regulação das condições de segurança, saúde e higiene no trabalho; da limitação do tempo no trabalho, trabalho noturno, etc.	Diminuição ou ausência de regulação das condições de trabalho; flexibilização dos horários e dos tempos de trabalho com a intermediação dos contratos.
Formação, educação e qualidade do emprego	Criação de oportunidades de formação ao longo da vida, interrupções para a formação, formação profissional, contratos de aprendizagem, etc.	Ausência de oportunidades de formação e desenvolvimento na perspectiva de carreira, de mobilidade e ascensão profissional.
Rendimento	Proteção do rendimento, estabelecimento de salários mínimos, rendimento de inserção, subsídio de desemprego, incidência da carga fiscal sobre os rendimentos do trabalho, mecanismos de segurança social, reformas, tipos de prestações assistenciais, etc.	Não fixação de salários mínimos e instâncias de negociação; ausência de mecanismos de negociação coletiva; desigualdade de mecanismos de proteção social.
Representação	Proteção da voz coletiva no mercado de trabalho, proteção do reconhecimento como parceiro social, proteção do diálogo social através de sindicatos livres e	Não reconhecimento dos direitos sindicais e de participação; não reconhecimento do direito à greve tanto dos vínculos estatais, temporários e terceirizados.

	independentes e associações de empregadores, direitos à greve, direitos de informação, participação e consulta.	
--	---	--

Fonte: Martins e Molinaro(2013, p.1675), adaptado de Ferreira (2005).

Souza (2016) destaca também outras alterações de arcabouço legal que corroboram com a reforma gerencial, influenciando na desregulação das relações de trabalho nos serviços públicos, citando, por exemplo, as emendas constitucionais e as leis federais a seguir: modificações no regime de princípios e normas da Administração Pública, servidores e agentes políticos, controle de despesas e finanças públicas (Lei nº. 19/1998⁶), modificações sobre o sistema de previdência social (Leis nº. 20/1998⁷, 41/2003⁸ e 47/2005⁹), estabelecimento de critérios para o cálculo e a correção dos proventos da aposentadoria por invalidez dos servidores públicos até o ano de 2003 (Lei nº. 70/2012¹⁰), instituição de normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal (Lei nº 101/2000¹¹) e instituição do regime de previdência complementar para os servidores públicos federais titulares de cargo efetivo (Lei nº 12.618/2012¹²).

⁶ Modifica o regime e dispõe sobre princípios e normas da Administração Pública, servidores e agentes políticos, controle de despesas e finanças públicas e custeio de atividades a cargo do Distrito Federal, e dá outras providências.

⁷ Modifica o sistema de previdência social, estabelece normas de transição e dá outras providências.

⁸ Modifica os arts. 37, 40, 42, 48, 96, 149 e 201 da Constituição Federal, revoga o inciso IX do § 3 do art. 142 da Constituição Federal e dispositivos da Emenda Constitucional nº 20, de 15 de dezembro de 1998, e dá outras providências.

⁹ Altera os arts. 37, 40, 195 e 201 da Constituição Federal, para dispor sobre a previdência social, e dá outras providências.

¹⁰ Acrescenta art. 6º à Emenda Constitucional nº 41, de 2003, para estabelecer critérios para o cálculo e a correção dos proventos da aposentadoria por invalidez dos servidores públicos que ingressaram no serviço público até a data da publicação daquela Emenda Constitucional.

¹¹ Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências.

¹² Institui o regime de previdência complementar para os servidores públicos federais titulares de cargo efetivo, inclusive os membros dos órgãos que menciona; fixa o limite máximo para a concessão de aposentadorias e pensões pelo regime de previdência de que trata o art. 40 da Constituição Federal; autoriza a criação de 3 (três) entidades fechadas de previdência complementar, denominadas Fundação de Previdência Complementar do Servidor Público Federal do Poder Executivo (FUNPRESP-Exe), Fundação de Previdência Complementar do Servidor Público Federal do Poder Legislativo (FUNPRESP-Leg) e Fundação de Previdência Complementar do Servidor Público Federal do Poder Judiciário (FUNPRESP-Jud); altera dispositivos da Lei nº 10.887, de 18 de junho de 2004; e dá outras providências.

1.3. A TERCEIRIZAÇÃO NOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE E A PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO

Essas mudanças legais demonstram a possibilidade do aumento de contratações com maior flexibilidade e fragilidade nos vínculos empregatícios (TEIXEIRA, 2015). Contreiras e Matta (2015) ao analisarem a privatização da gestão do sistema municipal de saúde por meio de Organizações Sociais na cidade de São Paulo, incluindo a atenção primária, destacam o afrouxamento da regulação das PPP e dos convênios estabelecidos além da expansão das organizações sociais. Esse fenômeno também ocorre no município do Rio de Janeiro, desde 2009, o que é denominado de terceirização.

A definição de terceirização no caso brasileiro é, segundo Marcelino (2013), mais abrangente do que as definições em países europeus, como a França, onde esse termo se refere à empresa subcontratada trabalhando dentro da empresa principal. A autora infere que isso pode ocorrer devido ao fato de que, no Brasil, a terceirização se caracteriza como “todo processo de contratação de trabalhadores por empresa interposta, cujo objetivo último é a redução de custos com a força de trabalho e/ou externalização dos conflitos trabalhistas”(MARCELINO, 2013, p.50).

Pochmann (2007) e Marcelino (2013) apontam uma ambiguidade jurídica no que se refere a atividade-fim e atividade meio, observando cada vez mais a inserção da terceirização na atividade fim do processo produtivo. Nos serviços públicos, a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) contribuiu bastante, conforme Pochmann (2007), para a expansão da terceirização. A Lei limita despesas com pessoal e impede aumentos de gastos sem que se aponte a origem dos novos recursos. Assim, inibe a realização de concursos públicos e estimula a contratação de outra empresa, pois isso não é considerado despesa de pessoal, o que acaba por possibilitar contratos precários de características temporárias, emergenciais, entre outras. Acrescente-se que outros fatores influenciam esse processo de terceirização, como o discurso político-ideológico que aponta para a maior eficiência do setor privado em relação ao público, o que permite contratar e demitir trabalhadores, sobretudo em períodos eleitorais(KREIN,2007).

Ainda no que se refere aos aspectos jurídicos, Marcelino (2013) e Krein (2007) apontam que há um arcabouço legal que subsidia a terceirização no setor público, sob a justificativa da desobrigação de tarefas executivas pela administração pública, mediante execução indireta, através de contratos com a iniciativa privada, o que vem contribuindo sobremaneira para o aumento da terceirização de vários serviços públicos. Dessa forma,

concordam com Antunes & Druck (2014), que apontam para o crescimento desse fenômeno ao longo dos anos 2000, no setor público e nas empresas estatais, assim como nos serviços de saúde.

No campo da saúde, está presente o discurso da valorização da efetividade e eficiência dos serviços prestados, baseados na lógica da produtividade característica do setor privado, visando, supostamente, melhorar a qualidade dos serviços, o que possivelmente repercute nas relações de trabalho e no cotidiano do trabalhador da saúde (FONSECA, 2013).

Sobre as alterações no mercado de trabalho, Pochmann (2007) e Antunes & Druck (2014) relatam que a terceirização aumenta a instabilidade e a insegurança no trabalho, uma vez que favorece tipos de contratos de alta rotatividade, flexíveis e com salários reduzidos. No processo e organização do trabalho, esses autores relatam um aumento da jornada de trabalho, da competição entre os trabalhadores, da facilidade em burlar normas de segurança de trabalho e, conseqüentemente, maior exposição a ambientes mais insalubres de trabalho (MARCELINO, 2013; KREIN, 2007).

Para exemplificar alguns aspectos citados anteriormente, um estudo sobre qualificação e mercado de trabalho, realizado pelo DIEESE-CUT (2011), apontou que a remuneração dos empregados em “setores tipicamente terceirizados” (como limpeza e vigilância) é 27,1% menor, o tempo de permanência no emprego é 55,5% menor e a jornada de trabalho é três horas superior do que a dos demais empregados.

Em relação à organização dos trabalhadores, Pochmann (2007), Antunes & Druck (2014) e Marcelino (2013) destacam a fragmentação e divisão das identidades coletivas, com uma diferenciação entre os trabalhadores terceirizados e os não-terceirizados, além de uma pulverização de sindicatos e um enfraquecimento de lutas coletivas e sindicais. Na ESF, há o envolvimento de diferentes categorias profissionais representados por seus respectivos sindicatos. No entanto, em alguns casos, os sindicatos de cunho municipal podem, dependendo do tipo de vínculo, representar trabalhadores de diferentes categorias, se contratados diretamente pela secretaria municipal de saúde, por exemplo. No caso do município do Rio de Janeiro, esses trabalhadores são contratados por OSs, o que pode dificultar a mobilização desses trabalhadores.

Essas situações de precarização incidiram sobre os trabalhadores da estratégia saúde da família de uma maneira geral (MOROSINI, 2010). No entanto, elas apresentam efeitos diferenciados de acordo com as funções e qualificações profissionais, o tempo de formação e o prestígio social da atividade desempenhada, pelo valor social atribuído ao trabalho e ao

trabalhador, o que pode se refletir nas diferenças salariais entre os grupos profissionais, por exemplo, com reflexos na saúde física e psicológica dos trabalhadores.

1.4. AS ESPECIFICIDADES DO TRABALHO EM SAÚDE E A LÓGICA MERCANTIL

Na tentativa de compreender algumas especificidades do trabalho no setor saúde, Sayd, Vieira & Velandia (1998) relatam que as atividades assistenciais na saúde possuem particularidades tanto do setor terciário, ou seja de serviços, como também apresentam princípios e regras que regem seu exercício e sua legitimidade na sociedade. Essa perspectiva vai ao encontro das análises de Offe (1991), para quem o trabalho em serviços é fundamentalmente reflexivo, com problemas de ordenamento e normatização, com grande heterogeneidade e com limitação no desenvolvimento de critérios racionais para definir o aproveitamento da força de trabalho.

Essa aproximação conceitual com Offe (1991) baseia-se no fato de que o trabalho em saúde é tratado do mesmo modo que as atividades em serviço, conforme aponta Britos (2004, p.4), citando Garza de Toledo,

Tem um caráter imaterial e depende de disposições subjetivas do prestador, visto que 'não existe separada da própria atividade de produzir' e 'não opera principalmente com instrumentos, nem matérias-primas a serem transformadas, mas com símbolos, informação, competências discursivas e interação com pessoas.

Dessa forma, Souza (2016) afirma que o “trabalho humano continua imprescindível para a realização das ações de saúde”, mesmo com os avanços técnicos científicos.

Sobre esses avanços, Amoretti (2005) acrescenta que desde a metade do século XX, houve aceleração do desenvolvimento científico no campo da saúde, bem como uma introdução em larga escala de novas tecnologias e procedimentos clínicos e cirúrgicos. Esse processo impulsionou o mercado biomédico em escala global e exerceu forte influência na organização e gestão dos hospitais, clínicas e consultórios. Fortaleceu-se, assim, uma medicina centrada na realização de procedimentos, que interfere na autonomia do trabalho médico e é atravessada por uma lógica produtivista.

Note-se que no período pós-segunda guerra mundial, o setor industrial e toda a cadeia produtiva associada foram os maiores beneficiários dos serviços de saúde, sobretudo nos países onde se configurou o Estado de Bem-Estar-Social, em que os custos e a ampliação desses serviços eram assumidos pelo Estado. Braga & Paula (1981) apontam que nos moldes

da organização taylorista-fordista¹³ da produção ocorreu uma maior racionalização, padronização e hierarquização do trabalho na saúde, bem como maior especialização médica e fragmentação científica e tecnológica, estando a instituição hospitalar no centro da indústria farmacêutica e da formação de recursos humanos.

Cabe assinalar que, sobretudo a partir de meados dos anos 1980, ocorreram em vários países novos processos de organização da grande empresa médica corporativa e da indústria hospitalar de alta capitalização. Lima (2010) relata que houve um forte ingresso do capital financeiro na saúde, por volta da década de 1990, exigindo novos arranjos institucionais para a centralização, concentração e diversificação de funções e operações, as quais influenciaram o processo de trabalho em saúde. Esse processo é correlato da transição tecnológica, ocasionando transformações no perfil da qualificação dos trabalhadores, no mercado de trabalho, nos modelos de gestão, entre outras mudanças (PIRES, 2008).

Nesse mesmo período, sobretudo desde a criação do SUS, é mais evidente um processo de disputa de diretrizes políticas para o campo da saúde entre o setor público e privado, dentro desse contexto de inserção de novas tecnologias (PIRES, 1996). De acordo com Viana e Dal Póz (1998), esse processo ocorre, em função do fato de que a implantação do SUS introduziu importantes modificações no modelo de assistência pública. Os autores destacam que as principais dessas mudanças se deram em sua operacionalização, com a descentralização e a participação de vários atores sociais (prestadores, trabalhadores, gestores e usuários) nas novas formas de gestão criadas, além do surgimento do PSF, denominado posteriormente de ESF. Logo, a ESF seria um importante indutor de mudanças no modelo assistencial, através da reorganização da prática assistencial orientada para uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e da necessidade de intervenções centradas na família e o seu meio social, que vão além das práticas curativas num modelo hospitalocêntrico (BRASIL, 1998).

Destacando outro aspecto da questão, Corbo, Pontes & Morisini (2007), apontam que apesar das possibilidades de mudanças no modelo assistencial com a implantação da ESF, na prática, os processos de organização do trabalho e de avaliação podem ser reinterpretados a

¹³ Esse modelo de organização da produção foi apropriado e aprimorado por Henry Ford, passando a ser denominado de modelo taylorista-fordista, ou fordismo. Conforme Santana e Ramalho (2010, p.15), as características principais eram: “separação entre concepção e execução, fragmentação/ rotinização / esvaziamento das tarefas; a noção de um homem/uma tarefa com especialização desqualificante; o controle do tempo de execução das tarefas estritamente orientadas por normas operacionais em um processo onde a disciplina se torna o eixo central da qualificação requerida; pouca ou nenhuma aceitação do saber dos trabalhadores tendo em vista contribuir para a melhoria do processo produtivo, e, conseqüentemente, do produto”.

partir das próprias concepções dos profissionais ou dos contextos dos serviços onde eles estão inseridos. Souza (2016) relata que isso pode ocorrer devido ao fato de que o trabalho em saúde é baseado na interação social importante que envolve o trabalhador de saúde e o usuário, além de uma complexa gama de necessidades, de tal forma que o usuário também é coparticipante do processo de trabalho. Neste sentido, o resultado não é um produto material, mas é a própria realização da atividade, envolvendo um significativo teor de subjetividade. No entanto, a autora alerta que mesmo com as particularidades do trabalho em saúde, isso não impede os efeitos e as repercussões da sociedade como um todo, de modo que a incorporação massiva de insumos tecnológicos agudiza a desvalorização do trabalho no campo da saúde, além de reforçar a lógica mercantil.

Não se podem ocultar os rebatimentos das novas exigências da acumulação capitalista nesse campo, que, ao requisitarem do Estado um novo papel, levam a sua força de trabalho à degradação das condições de vida e trabalho. A força de trabalho do serviço público de saúde não está imune à vulnerabilidade social imposta aos trabalhadores no tempo presente. É preciso descortinar a realidade que envolve essa força de trabalho, indicando o que vem determinando as novas configurações do trabalho e suas implicações para o setor público de saúde (SOUZA, 2016, p.119).

A este respeito, já são muitos os estudos no Brasil que descrevem situações relacionadas aos trabalhadores da ESF, com base na psicodinâmica do trabalho, dentre os quais estão os de Ribeiro & Martins (2011), Matias, Wolff & Malinowisk (2010), Trindade, Lautert & Beck (2009), Carreiro et al. (2013) e outros. Tais estudos apontam aspectos como aumento do stress e do adoecimento/sofrimento psíquico, exacerbação da competição inter e intra equipes, dificuldades para lidar com mudanças, medo de desemprego, sentimento de impotência em relação à gestão e às relações com os empregadores, construção de relações verticais entre os trabalhadores, etc. Em relação aos usuários, apontam dificuldades para executar ações planejadas; enfim, uma variedade de aspectos físicos e psíquicos que impactam a saúde dos trabalhadores de equipes ESF e as atividades por eles desempenhadas. Souza (2016, p. 119) explicita que:

A condição de precarização do trabalho em saúde está determinada, por um lado, pelas características próprias do trabalho em saúde - que envolve a fragmentação, heterogeneidade e a rotinização ao lidar com a dor, o sofrimento e a morte -, e, por outro, pelas novas formas de gestão do trabalho no setor - que envolvem a flexibilização e a desregulamentação dos processos, das relações e da organização do trabalho, comprometendo diretamente a prestação dos serviços de saúde (SOUZA, 2015, p.119).

De modo parecido, Linhart (2007) alerta para o modo como a precarização está também presente nas novas formas de racionalização do trabalho¹⁴, reforçando a individualização com o discurso contraditório da inovação. Assim,

Essa individualização se inscreve em um quadro geral de esgarçamento das grandes categorias coletivas que estruturam o mundo do trabalho: explosão e diversificação das formas de emprego, do tempo de trabalho, dos horários, das remunerações, evolução da negociação coletiva que passa do plano nacional e interprofissional para o plano da empresa. Mas é um aspecto bem particular que transforma a relação de cada qual com a sua empresa com a sua chefia, com seus colegas e com seu trabalho, assim como a vivência desse trabalho. Com o aumento da individualização, estamos diante de uma inovação maior, cujo impacto poderoso não cessa de se impor de múltiplas formas (LINHART, 2007, p.226).

Esta autora afirma também que a estreita autonomia sobre o trabalho sob grande vigilância pode resultar em sofrimento, em virtude da individualização desenvolvida, das tensões e das inquietações em torno do medo do fracasso. Ressalta também que a modernização da gestão e o gerenciamento do trabalho mudou o comportamento e a subjetividade do trabalhador, de tal forma que a maioria das pesquisas de campo apontam que essa individualização não resultou em confiança e nem em comportamento profissional desejável.

Alves (2011) analisa que a fase atual monopolista-financeira e mundializada do capitalismo implica em um novo e precário mundo do trabalho complexificado, o qual apresenta um forte aparato ideológico através do discurso de inovações tecnológicas e organizacionais, tão presentes nas grandes empresas, influenciando na “captura” da subjetividade humana.

Sendo assim, essa reestruturação abre um campo de novas discussões sobre os sentidos do trabalho na contemporaneidade e seus impactos sobre o trabalhador, uma vez que as diversas tarefas e a flexibilização do processo produtivo acentuam de forma grave as exigências físicas e psicológicas sobre os trabalhadores (DEJOURS, 2015).

¹⁴ De acordo com Santana e Ramalho (2010), uma característica desses novos modelos seria a flexibilização dos processos de trabalho, que impõe uma aproximação das etapas de concepção, execução e controle, a partir da relação entre o homem e um posto ou tarefa, com progressiva incorporação de competências no processo produtivo e com forte controle de qualidade e rapidez – o que se denominou processo *just in time*, tendo como exemplo mais marcante desse modelo a empresa Toyota, no Japão e por isso, denominado de toyotismo, mas também presentes na “Terceira Itália” (região de pequenas e médias empresas da região da Emilia Romana) e na fábrica da Volvo, na Suécia.

2. CAPÍTULO 2 - ASPECTOS DA PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO: AS PENOSIDADES NO COTIDIANO DO TRABALHO EM TEMPOS DE ACUMULAÇÃO FLEXÍVEL

Ao longo deste capítulo serão discutidas algumas concepções de subjetividade e sua relação com o trabalho contemporâneo, procurando apontar afinidades, mas considerando as diferenças entre os eixos de pensamento dos estudos sociológicos do trabalho sobre a reestruturação produtiva e a análise sobre as penosidades; a psicossociologia clínica com enfoque da análise institucional e a psicodinâmica do trabalho.

Sá& Azevedo (2013) apontam que a psicossociologia é uma corrente da psicologia social que tem como campo de estudo os grupos, as organizações e as comunidades que “medeiam a vida pessoal dos indivíduos e são por eles gerados, geridos e transformados”. Ela ressalta que o aspecto clínico dessa abordagem surge com possibilidade de intervenção que visa ajudar a aliviar os sofrimentos e infelicidades gerados pelas restrições sociais sobre os indivíduos, grupos e organizações sociais, dentro de um determinado contexto histórico-social.

De acordo com Heloani & Silva (2008), a abordagem psicossociológica desenvolvida por Eugène Enriquez, André Lèvy e Vincent de Gaulejac visa analisar e interpretar as estruturas e a natureza das organizações. Dessa forma, estão implicadas em discutir o fato organizacional, ou seja, as contradições, os conflitos, a constituição de normas e outros atributos (noção de poder, por exemplo) envolvidos em determinada tendência de estrutura organizacional que determinado grupo construiu dentro de um contexto histórico e sócio-econômico, permitindo, assim, algum tipo de intervenção institucional, se necessário.

Sá& Azevedo (2013) também destacam que nas análises de Eugène Enriquez existe a perspectiva da “produção de sentido pelos sujeitos e seu sofrimento na vida organizacional e em sua relação com o trabalho”. Segundo as autoras, o pensamento desenvolvido por Enriquez considera a análise das determinações sociais, porém a ênfase principal é dada nos vínculos construídos pelos indivíduos, coletivos e organizações nas mudanças nos âmbitos microsociais em vez das mudanças nas estruturas macrosociais. Citando o próprio autor:

(...) a psicossociologia clínica, como se sabe, tenta o contrário, ver o indivíduo em sua totalidade, com seu psiquismo, suas interações com os outros, em um conjunto em que há normas sociais e maneiras de reagir a essas normas, de ver como elas são interiorizadas, como podem ser transgredidas, reorganizadas, com a ideia fundamental de fazer, ao contrário, com que os indivíduos, compreendendo bem a situação em que se encontram, possam efetivamente se tornar mais autônomos, em relação às determinações sociais nas quais se encontram.

(...) A grande diferença é que a intervenção psicossociológica tem sempre como objetivo ter uma boa escuta das pessoas com quem se trabalha e trabalhar, talvez, mais como um psicanalista, atuando sobre suas resistências, escutando e colocando interpretações progressivas que lhes permitam evoluir (ENRIQUEZ, 2006, p. 2645).

Sobre a psicodinâmica do trabalho desenvolvida por Christophe Dejours, Sá & Azevedo (2013) relatam que se trata de uma abordagem também considerada clínica, pois a análise é focada na relação entre trabalho, prazer e sofrimento psíquico e as estratégias dos trabalhadores frente ao sofrimento.

Em psicodinâmica do trabalho, procuro argumentar com a tese da centralidade do trabalho. A centralidade ante a construção da identidade, sendo esta concebida como essencialmente inacabada, à espera de confirmação e realização. O trabalho não é apenas uma atividade solipsista. É também uma atividade dirigida ao outro: trabalhamos sempre para alguém, para um patrão, para um chefe, para nossos subordinados, para nossos colegas. Uma vez reconhecido, o trabalho oferece não apenas a oportunidade de transformação de si mesmo, mas também a de realização no campo social. Assim, o trabalho pode ser um poderoso mediador da construção da identidade. Em particular, quando a realização de si mesmo no campo erótico — no amor — é posta em xeque. À medida que a identidade constitui a base da saúde mental (toda crise psicopatológica é centrada por uma crise de identidade), podemos dar-nos conta de como o trabalho pode constituir uma segunda oportunidade de construirmos nosso equilíbrio psíquico e nossa saúde mental. Mas não há neutralidade do trabalho e se ele não oferecer a possibilidade de reconhecimento, só produzirá sofrimento e progressivamente impelirá o sujeito para a descompensação. Portanto, centralidade ante a identidade e a saúde mental (DEJOURS, 2001, p.90).

Para Heloani & Silva (2008), a psicodinâmica do trabalho envolve algum tipo de intervenção nas situações de trabalho, a partir do entendimento de que estas situações geram sofrimento, conforme a compreensão do desenvolvimento das relações de organização do trabalho e o adoecimento. Segundo esses autores, esse método surge da concepção da importância do trabalho na estrutura psíquica humana, considerando o quanto o trabalho é fundamental para a construção da integração social. Assim, para o indivíduo enquanto trabalhador, o trabalho tem uma série de implicações: a constituição de identidade e da subjetividade, a mobilização da inteligência, a sensação de pertencimento e, nesse sentido, espaço de reconhecimento e gratificação. Por conseguinte, a intervenção, se necessário, objetiva focar na relação entre sofrimento/adoecimento com prazer/desenvolvimento do trabalhador, no contexto de um indivíduo inserido em algum coletivo e/ou instituição.

Na sociologia francesa, o conceito de penosidade, cujo termo em francês é *penibilité*, vem sendo aprofundado como uma categoria de análise em vários estudos que envolvem diversos grupos e trabalhadores, analisando a degradação de suas condições de trabalho, em virtude das reformas realizadas pelo governo francês no regime de aposentadorias dos assalariados em 2003 e ao aumento de casos de suicídios nos locais de trabalho em empresas como Renault e France Telecom, ao longo dos anos 2000 (FORTINO, 2009).

2.1. AS PENOSIDADES DO COTIDIANO DO TRABALHO MODERNO

As penosidades aparecem como um sofrimento proveniente de um conjunto dinâmico de constrangimentos que fazem com que o trabalho possa se tornar insuportável ou insustentável para os trabalhadores, podendo colocar em risco a saúde destes. Esses constrangimentos podem ser antigos ou novos, afetando a dimensão subjetiva dos trabalhadores (FORTINO, 2009; LINHART, 2010).

Linhart (2007) destaca as especificidades da realidade francesa nos aspectos dos níveis da formação escolar, formas de emprego, tetos salariais, entre outros. No entanto, ela afirma que os estudos comparativos entre Brasil e França, a respeito das estratégias gerenciais desenvolvidas por multinacionais instaladas em ambos os países, demonstram algumas semelhanças sobre a mobilização e utilização da subjetividade dos trabalhadores no cotidiano do trabalho.

Miranda (2015) ressalta que, em relação aos direitos trabalhistas, os contextos europeus são diferentes dos países periféricos, pois nos primeiros esses direitos encontram-se alicerçados sobre o modelo social europeu que, mesmo ameaçado pela crise econômica atual, ajudou a criar uma identidade individual e coletiva que influencia na consciência dos trabalhadores sobre questões relacionadas com a precarização do trabalho. Enquanto isso, nos países periféricos há constante descumprimento dos direitos trabalhistas, sem essa construção de um modelo de estado de bem-estar social mínimo.

Em relação à categoria *penosidade* e sua relação com o direito trabalhista, essa autora afirma que a penosidade pode ser uma das formas de representação de precariedade do trabalho, bem como uma categoria jurídica laboral¹⁵. Segundo ela, isso ocorreria de acordo com a perspectiva de reintroduzir a temática da subjetividade no processo de trabalho e as formas de regulação, visando às novas representações e identidades laborais criadas a partir das novas compreensões sobre trabalho penoso no mundo contemporâneo.

¹⁵Miranda (2015) aponta em sua tese de doutorado, intitulada “El reconocimiento jurídico y social del trabajo penoso”, a dificuldade em definir o trabalho penoso e as penosidades no direito trabalhista, a partir de comparações entre a legislação internacional, no caso espanhola e algumas citações da francesa, com a brasileira. Segundo essa autora, na legislação internacional e na brasileira há uma definição estrita do trabalho penoso em torno de atividades que devido às suas especificidades exigem fisicamente e mentalmente do trabalhador e que podem ocasionar decaimento da capacidade laboral deste, bem como, problemas de saúde. No entanto, ela aponta a necessidade de se ampliar essa concepção para que possa englobar o sujeito de forma integral, ou seja, que envolva princípios de um trabalho digno e o livre desenvolvimento e adequação do trabalho à personalidade do indivíduo. Essa ampliação poderia envolver uma integração com as políticas de seguridade e proteção social, assim passando a ser interpretado como um direito social. Ela destaca que nas legislações espanholas e francesas vem ocorrendo avanços neste sentido, enquanto que o mesmo não é observado no contexto brasileiro.

Nesse sentido, ela destaca o avanço das legislações espanholas e francesas em relação à brasileira, por exemplo. Segundo a autora, boa parte dos países europeus possuem leis que regulam direta ou indiretamente atividades ou trabalhos penosos, mesmo com a dificuldade contemporânea de definição jurídica destes, visando além da remuneração e tempo de descanso, ações de prevenção em conjunto com políticas de seguridade social. Enquanto isso, no caso brasileiro, existe apenas a compensação financeira adicional ao salário, com base na constituição de 1988, não havendo, na jurisprudência, normas coletivas ou doutrinas que avancem em ações jurídicas mais eficazes e interligadas com as políticas proteção e seguridade social que abranjam outros âmbitos da vida do trabalhador (MIRANDA,2015).

Sato (1996) relata que a penosidade no trabalho está presente na seção de direitos sociais da Constituição da República, no artigo número sete, que trata dos direitos dos trabalhadores urbanos e rurais. Está previsto um adicional de remuneração para as atividades penosas, insalubres ou perigosas, sendo estas interpretadas como condições de trabalho que causam sofrimento, incômodo e/ou demandam esforço. A autora aponta que essa perspectiva não considera outras concepções sobre as penosidades no cotidiano dos trabalhadores, focadas nas análises das relações construídas no ambiente de trabalho, que envolve desde os contextos organizacionais até as condições para a execução de determinadas atividades, a partir das percepções dos trabalhadores.

Linhart (2011) aprofunda alguns aspectos das penosidades ao apontar que estas surgem do sentimento de confusão, injustiça, impotência e isolamento, a partir das dificuldades dos trabalhadores, que não conseguem dominar ou perdem essa capacidade frente ao seu ofício, em decorrência de lógicas organizacionais que interferem nas relações e nos sentidos do trabalho. Essa autora destaca que alguns desses aspectos não são novos no mundo do trabalho. No entanto, no mundo do trabalho contemporâneo, percebe-se a intensificação de velhas penosidades, ao mesmo tempo em que outras surgem:

As penosidades sempre fizeram parte do mundo do trabalho, pois este se caracteriza pelas restrições que ele impõe aos indivíduos e necessariamente constitui veículo de desacordos, dificuldades que ressoam em todas as dimensões da existência. Mas, bem contemporaneamente, a temática das penosidades tomou força e entra em ressonância com o tema onipresente do sofrimento no trabalho. O trabalho tende a ser associado à idéia de mal-estar e de uma possibilidade tão presente de dano psicológico que pode até conduzir ao suicídio, ou pelo menos à depressão. Os indivíduos que conhecemos durante a pesquisa designam como penosidades as dificuldades com as quais não conseguem lidar ou que não conseguem dominar, que surgem como estranhas à sua profissão, que encontram origem em lógicas profissionais diferentes das que os motivam, que se inscrevem em outro registro de valores, que não lhes parecem equitativamente divididas e às quais esses indivíduos não conseguem mais atribuir um sentido. São penosidades, porque lhes parecem injustificadas, quer elas firmam sua identidade profissional ou sua autoimagem, quer

sejam vividas como um não reconhecimento da suas necessidades de fazer um trabalho de qualidade, verdadeiramente profissional (LINHART, 2011, p.150).

Fortino (2014), Linhart (2010) e Metzger (2011) demonstram que a modernização das empresas e dos dispositivos técnicos e de gestão da organização do trabalho contribuem para quebrar a dimensão coletiva do trabalho. Isso inclui aspectos como a gestão personalizada com a instauração de horários variados, bônus e salários individualizados; difusão da lógica de prestações de serviços com próprios recursos do trabalhador; além das exigências em torno da polivalência, da mobilidade funcional e um estímulo à competição sistemática entre trabalhadores. Outras situações também são relatadas, como entrevistas individuais com o superior hierárquico imediato, com o qual cada assalariado negocia seus objetivos, suas tarefas e a avaliação de desempenho no final do ano, semestre ou período acordado.

Dessa forma, as relações de trabalho se individualizam a tal ponto que o trabalhador responde sozinho por sua competência e funções, diminuindo a referência no sentido do trabalho coletivo. Logo, o papel da coletividade na redução do sofrimento se esvazia, tanto pelo apoio como no aspecto de dar um sentido coletivo ao sofrimento, de modo que as adversidades encontradas no trabalho intensificam o que os autores citados anteriormente, denominam *penosidade*.

Esse contexto de intensificação das penosidades, segundo Metzger (2011), advém da racionalização do trabalho, como parte do atual contexto de organização do sistema capitalista, no qual existe uma constante pressão sobre os trabalhadores para responder às diferentes demandas das empresas ou dos serviços, onde as regras do jogo mudam o tempo todo. Isso é muito perceptível no setor terciário, bem como nos “serviços de relacionamento com usuários/clientes, caso das centrais de atendimento, dos serviços de alimentação do tipo *fastfood*, dos hospitais, inclusive dos serviços públicos e de entidades associativas”. Isso porque, conforme Enriquez (1997, p. 21):

(...) a empresa necessita de indivíduos sutis, capazes de tomar iniciativas e de reagir o mais rapidamente possível, provando leveza e flexibilidade frente aos acontecimentos imprevisíveis, constantes e numerosos com os quais são confrontados. Todo mundo torna-se um jogador, tentando ganhar e devendo ter sucesso, mesmo nas piores condições.

As novas penosidades estão presentes entre os funcionários públicos e os privados, atingindo tanto assalariados estáveis quanto os precarizados, sendo que o “estresse” acaba sendo o termo que expressa os sentimentos de medo, ansiedade e/ou insegurança, além de relatos de baixa autoestima, relacionados à sensação de incompetência no trabalho e de

isolamento e abandono frente às adversidades e conflitos do cotidiano do trabalho (FORTINO, 2009; LINHART, 2007).

2.2. A PRECARIZAÇÃO DA SUBJETIVIDADE NO TRABALHO CONTEMPORÂNEO

As contribuições dos autores acima apontados deixam claro que as penosidades estão inscritas no âmbito da subjetividade, ou melhor, da intersubjetividade construída no cotidiano do trabalho. Analisa-se a seguir essa relação no que se refere ao trabalho contemporâneo, lançando-se mão do diálogo entre algumas abordagens da psicossociologia com a sociologia do trabalho. Ressalta-se que o presente estudo não irá esgotar as diversas interpretações e os diferentes enfoques existentes no campo dos estudos do trabalho. Faz-se, porém, necessário apresentar algumas das similaridades e divergências e na interpretação da relação entre precarização e a construção da subjetividade/intersubjetividade dos trabalhadores.

De acordo com Alves (2007), as mudanças na organização do trabalho interferem na realidade concreta do cotidiano do trabalho, com repercussões na subjetividade dos trabalhadores, acarretando no que Linhart (2014) chama de *precarização subjetiva*. De fato, nos anos 2000, verifica-se no Brasil o aumento de transtornos psicossociais e de saúde, que ocupam o terceiro lugar na lista das razões que justificam benefícios concedidos aos trabalhadores, de acordo com Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) (ALVES, 2013).

Azevedo (2013, p. 55), com base na psicossociologia, afirma que “cada sociedade conforma as bases sobre as quais se constituirá a experiência subjetiva de seus membros”. De acordo com a autora, houve nas últimas décadas um fortalecimento do princípio de mercado que tem orientado a revalorização da subjetividade em torno de um ideário liberal, conduzindo ao autocentramento dos sujeitos, ao narcisismo e ao idealismo, representado por um culto aos objetos, em detrimento do senso de coletividade e de cidadania. Isso influenciaria na construção de formas de subjetivação pautadas por um sentimento de busca sem limites da felicidade e uma forte negação do sofrimento.

Enriquez e Carreteiro (2013), num esforço de compreensão das dinâmicas sociais e psíquicas presentes no mundo atual, descrevem questões como a dificuldade em construir a democracia, o reduzido progresso na vida psíquica e o desgaste das ciências em compreender o mundo que produz o que eles denominam de “mal-estar da civilização” atual – referindo-se às influências da obra e do pensamento de Freud em suas análises. Ressaltam ainda que a expansão do capitalismo financeiro reforçou uma tendência ao efêmero e ao espírito do empreendedorismo, favorecendo um processo de individualização, de performances e

aparências, no qual o indivíduo, nas sociedades atuais, tem que ser capaz de controlar coisas e os outros, o que dificultaria a possibilidade de construir relações sociais duradouras ou baseadas na reciprocidade.

Dejours (1999) acrescenta que nas sociedades contemporâneas há uma tendência para a banalização da injustiça social, ou seja, os indivíduos tornam-se mais tolerantes e conformistas em relação aos sofrimentos dos outros, e engendram estratégias de defesa psíquicas que tornam aceitáveis atos que seriam moralmente condenáveis.

Assim sendo, de acordo com os autores citados, a subjetividade seria resultante de um conjunto de atributos, no qual o trabalho está incluído, sendo envolvida por afetos, desejos, sentidos, pulsões, sofrimentos e prazer experimentados de forma singular tanto no corpo como na estrutura psíquica do indivíduo. Dejours (2004), entretanto, considera que esses aspectos são permeados pelas relações sociais construídas na sociedade, como explicita a seguir:

A subjetividade só se experimenta na singularidade irredutível de uma encarnação, de um corpo particular e de uma corporeidade absolutamente única. Entre a subjetividade e o sujeito, a diferença consiste na insistência sobre a singularidade não somente no plano de uma afetividade, mas, também, no de um vir-a-ser ou até mesmo de um destino, com implicações no registro da saúde e da patologia mental, fundamentalmente interrompidas neste corpo e no seu porvir na experiência do trabalhar[...]. No contexto contemporâneo – e talvez já desde há muito tempo – as situações ordinárias de trabalho não podem ser descritas como a justaposição de experiências e de inteligências singulares. Porque, via de regra, trabalha-se para alguém: para um patrão, para um chefe ou um superior hierárquico, para seus subordinados, para seus colegas, para um cliente, etc. O trabalho não é apenas uma atividade; ele é, também, uma forma de relação social, o que significa que ele se desdobra em um mundo humano caracterizado por relações de desigualdade, de poder e de dominação. Trabalhar é engajar sua subjetividade num mundo hierarquizado, ordenado e coercitivo, perpassado pela luta para a dominação (DEJOURS, 2004, p.29-31).

Nesse contexto, Azevedo (2013) aponta que a sociedade, em sua conformação atual, permite que novas organizações ou instituições se tornem símbolos para as construções das relações sociais. Dessa forma a empresa torna-se a principal referência enquanto símbolo e identidade dessas construções, em virtude da reestruturação simbólica e econômica da sociedade, destacando, como palavras de ordem, capacidade de adaptação e flexibilidade, o que possibilita uma construção de uma sociedade quase gerencial reforçando a competitividade e o individualismo.

Isso significa que essa instituição chamada “empresa” vai impondo uma ideologia e valores através de estratégias de manipulação e sedução, conforme destaca Enriquez (1997, p. 23):

Trata-se simplesmente de mostrar que as empresas têm uma tendência a engajar pessoas cujos comportamentos são adequados ao estilo da empresa, ou quando elas não podem ser assim, transformá-las (pelo trabalho, pela pressão de grupo, pela ideologia dominante na empresa, pelos estágios de formação) em indivíduos que, ao menos exteriormente, façam prova das qualidades que favorecem o crescimento da empresa.

Para o autor, as empresas contemporâneas teriam o que ele denomina de “estrutura estratégica”, na qual os indivíduos têm que ser flexíveis e capazes de tomar iniciativas e de reagir rapidamente frente aos acontecimentos imprevisíveis, constantes e numerosos com os quais eles lidam no cotidiano. Além disso, ele destaca uma grande contradição nesse processo, pois há exigência da integração de cada um à organização e à idealização desta estrutura, demandando assim um espírito individualista e ao mesmo tempo um forte senso de trabalho em equipe.

Enriquez (1997) relata ainda que esse tipo de estrutura mescla as particularidades do modelo nipônico (toyotismo) e do modelo americano (taylorista-fordista), e pauta-se na comunicação, em performances, em relações operacionais, na competitividade e na modulação dos papéis sociais. O autor discute:

Em outros tipos de estrutura foram valorizados um controle do pensamento, um controle da psique e, igualmente, um controle do corpo (este último tipo estando reservado essencialmente aos operários, sendo o ritmo e o estilo de trabalho definidos pelo setor de aplicação de métodos, impondo a adaptação do corpo, com todas as conseqüências nefastas: doenças profissionais etc., que podem disso resultar). Na estrutura estratégica, se o controle sobre o modo de pensar é reforçado (é preciso pensar apenas no bem de uma empresa e um tal objetivo não é alcançável senão graças a um modo de pensar puramente operacional, "calculista", diria Yves Barel), se o controle da psique torna-se mais e mais sutil (os indivíduos identificando-se com a empresa e com seus chefes e idealizando-os, tornando-se, assim, "serviçais voluntários" que encontram o gozo na submissão), o controle sobre o corpo (e, em particular, o dos dirigentes) torna-se essencial. Um dirigente frágil, com problemas, que não se sente bem na própria pele, é incapaz de se superar fisicamente e de controlar seu corpo (de controlá-lo totalmente) não pode ser mais que um loser (um perdedor) do qual a empresa deve-se livrar o mais rápido. Assim, o controle social torna-se total ou cede à fantasia do totalitarismo, ainda que o controle total não tenha jamais existido (felizmente, salvo em casos raros: campos de concentração)(ENRIQUEZ,1997,p.23).

Em diálogo com tais análises, Azevedo (2013)aponta que as incertezas da flexibilidade, o ambiente de competitividade ea individualização em detrimento das construções coletivas no trabalho provocam alienação e um esgarçamento da ética dos trabalhadores. Além disso, ela relata o sofrimento moral dos trabalhadores em função do medo e da submissão, frente às possibilidades do desemprego e da exclusão.

Na perspectiva marxiana¹⁶, objetividade e subjetividade estão relacionados com o aspecto ontológico e histórico da formação humana. Segundo Saviani (2007), desde as comunidades primitivas, o trabalho tem a ver com o modo do homem produzir sua existência frente à natureza, ou seja, produzir sua própria vida, transformando-a e adaptando-a de acordo com as suas necessidades, bem como estabelecendo relações sociais entre si. Neste sentido, o homem torna-se homem a partir da condição de aprender a produzir sua existência, o que é denominado de fundamento ontológico do trabalho. Ramos (2010), a partir de uma perspectiva histórica, ressalta que esse processo ocorre ao longo do tempo através da organização dos diferentes modos de produção da vida e da forma que o trabalho assume (desde o primitivo até o assalariado).

Ao aprofundar essa análise, Saviani (2003) relata que em Marx a subjetividade é correlata à individualidade e aparece principalmente nos textos da obra “*Grundrisse*”. Segundo esse autor, a contribuição Marx foi no sentido de trazer a teoria socio-histórica para a discussão da formação do indivíduo. Ele afirma:

Com efeito, se cada indivíduo humano sintetiza relações sociais, isto significa que ele só se constitui como homem por meio das relações que estabelece com os outros homens, isto é, só pode se tornar homem se incorporar em sua própria subjetividade formas de comportamento e ideias criadas pelas gerações anteriores e retrabalhadas por ele e por aqueles que com ele convivem. Isto significa que o indivíduo da espécie humana não nasce homem; ele se torna homem, se forma homem (SAVIANI, 2003, p.16).

Saviani & Duarte (2010) apontam que, na sociedade capitalista, ou seja, uma sociedade dividida em classes, na qual os resultados da produção material beneficiam as classes dominantes e são incorporados ao processo de acumulação de capital, a apropriação dos produtos da atividade humana se dá de forma alienada, isto é, o produto do trabalho se torna uma mercadoria¹⁷ que pertence ao capital, logo o objeto produzido se torna estranho para quem o produziu:

¹⁶O termo “marxiano” é usado em referência ao pensamento e termos elaborados por Karl Marx e seus intérpretes e/ou pensadores (SAVIANI, 2003).

¹⁷Marx (2010), ao longo do livro I do Capital, discute que no decorrer da história, as diferentes sociedades vão desenvolvendo modos de produção, relações sociais e, conseqüentemente, a divisão do trabalho, sendo que a primeira seria geral, onde ocorre distinção entre produtores em agricultores, manufatores e comerciantes; a segunda seria especial, onde a ocorre a divisão de cada ramo de trabalho em espécies; e a terceira, ele denomina como divisão da operação de trabalho, onde se estabelece os ofícios e profissões separados.

Vale ressaltar que a divisão do trabalho, apontada anteriormente, é acompanhada de um processo de apropriação privada dos meios de produção, o que vai se configurando como uma divisão de classes, entre proprietários e não proprietários, resultando em transformação do produto do trabalho, não apenas, em produto com “valor de uso”, mas também como “valor de troca”.

Logo, essa relação entre valor de uso e valor de troca, num sistema de configuração do tipo capitalista, transforma os produtos e os meios de produção em mercadorias, na qual, as utilidades ou valores de uso de determinados produtos possuem também valores de troca, estipulados a partir de suas propriedades úteis aos

A objetivação, que é a única forma de o ser humano se efetivar, se desenvolver, torna-se uma objetivação alienante. Mas isso não significa, de forma alguma, que necessariamente a objetivação produza alienação e exteriorização. As relações sociais capitalistas é que transformam aquilo que seria humanização em seu oposto, ou seja, em alienação: transformam, (...)a realização efetiva do trabalho em desefetivação do trabalhador, transformam a objetivação em perda do objeto e servidão ao mesmo, posto que o objeto assume a forma de capital(SAVIANI& DUARTE, 2010, p.427).

Para os autores, então, o produto do trabalho, apropriado pelo capital, não expressa a individualidade do trabalhador, já que este se aliena de seu trabalho, devido à obrigação de vender sua atividade em troca de um salário que assegure a sua sobrevivência, em vez da possibilidade de desempenhar uma atividade autorealizadora que potencialize a sua individualidade como essência humana – o que é explicado por Marx:

Na forma da atividade vital reside o caráter dado de uma espécie, seu caráter genérico, e a atividade livre, consciente, é o caráter genérico do homem. A vida mesma aparece somente como meio de vida. (...) A atividade vital consciente distingue imediatamente o homem da atividade vital animal. Justamente, e só por isso, é ele um ser genérico. Ou, dito de outra forma, somente é ser consciente, quer dizer, somente é sua própria vida objeto para ele, porque é um ser genérico. Só por isso sua atividade é livre. O trabalho alienado inverte a relação, de maneira que o homem, precisamente por ser um ser consciente, faz de sua atividade vital, de sua essência, um simples meio para sua existência (MARX, 1985, p.111-112 apud SAVIANI & DUARTE, 2010).

Lima (2016), com base em Lukács e Marx, cita Ranieri para destacar que um dos aspectos do fenômeno da alienação¹⁸ é o estranhamento, referindo-se ao trabalho estranhado e como este se apresenta nas relações de trabalho e em outras esferas da vida.

O trabalho estranhado é a síntese de um estranhamento genérico que penetra em todas as esferas da socialidade humana, pois a totalidade da apropriação do trabalho é uma realidade efetiva ancorada na falta de equilíbrio histórico entre produção, apropriação e redistribuição dos produtos da atividade do trabalhador (RANIERI, 2008, p.579 apud LIMA, 2016).

homens, bem como o tempo de trabalho, matéria-prima e instrumentos de trabalho necessários para a produção destes objetos concretos ou abstratos, visando não somente a subsistência do homem, mas também a acumulação de capital.

¹⁸Antunes (2014) e Alves (2013), a partir de Marx, Lukács e Mézaros relatam que alienação pode ser entendida como uma mediação histórica que se interpõe na relação entre o homem e a natureza, ou seja, sobrepondo a categoria trabalho, condicionando esta à divisão do trabalho e/ou à atividade, por exemplo. Logo, a alienação, numa sociedade capitalista na qual o trabalho e a força de trabalho são transformados em mercadorias, o fenômeno do estranhamento é mais evidente. Pois, o homem se faz homem por meio do trabalho. Desse modo, ocorre a produção do objeto pelo sujeito (objetivação), esse objeto retorna sobre o sujeito (exteriorização), por conseguinte esse processo de retorno é uma resposta socio-ontológica criada pela relação sujeito e objeto criado, dependendo assim das relações sociais presentes naquele meio. No sistema capitalista, o objeto é uma coisa ou uma mercadoria, ou seja, um produto histórico de uma sociedade pautada na propriedade privada dos meios de produção, reverberando em instituições e valores sociais estranhados. Logo o homem é reduzido à condição de força de trabalho, constituindo sua subjetividade/individualidade da mesma forma, as suprimindo em virtude das exigências da produção e reprodução social.

Dessa forma, Ranieri também destaca que no capitalismo pós-industrial de recorte neoliberal, há uma intensificação da exploração nas relações do mundo do trabalho e uma maximização da alienação, bem como do fenômeno do estranhamento em todas as esferas da sociabilidade. Isso demanda a conformação de um trabalhador adequado ao surgimento de um novo clima ideológico e emocional, por meio de inovações empresariais que se expandem para as diversas instâncias de produção e reprodução social, exemplificando que é “pela tempestade ideológica de valores, expectativas e utopias de mercado que se busca formar o novo homem produtivo do capital” (ALVES, 2007, p.89). Desse modo, critérios de produtividade e de desempenho presentes no espírito do toyotismo disseminam-se como valores pela sociedade, influenciando as relações afetivas e os parâmetros linguístico-comunicativos, de tal forma que trazem à tona uma nova estrutura da vida cotidiana de homens e mulheres que trabalham (ALVES, 2007).

A organização do trabalho na sociedade capitalista contemporânea, conforme Vasapollo (2006), assume características que aumentam a precariedade, a flexibilização e a desregulamentação, ocasionando um mal-estar do trabalho, além da angústia em relação às inovações tecnológicas que não conseguem resolver as necessidades sociais, resultando numa sensação de precarização da “totalidade do viver social”. Isso remete ao fato de que a “acumulação flexível decorre da necessidade do capital reconstituir sua base de produção” (ALVES, 2007, p.12), evidenciando-se no uso dos termos flexibilidade e flexibilização as novas tendências do trabalho no século XXI, uma vez que estes termos se desdobram em várias determinações no interior do processo de trabalho capitalista, interferindo assim nos aspectos objetivos e subjetivos do conjunto dos trabalhadores. Como afirma Alves (2007, p.112), “uma das determinações estruturais do modo de produção e reprodução capitalista é a constituição sistêmica, a partir de processos de precarização do trabalho vivo, de formas históricas de precariedade social”.

Na opinião do autor, a distinção entre precarização e precariedade é a seguinte: a precariedade seria a condição socioestrutural que configura o trabalho vivo e a força de trabalho como mercadoria, determinando condições objetivas e subjetivas da vida social – neste sentido, o trabalho assalariado seria a forma predominante de precariedade social nas sociedades burguesas ao longo da história; já a precarização estaria relacionada à “reposição sócio-histórica da precariedade” (ALVES, 2007, p.114). Isso significa dizer que a precariedade, enquanto condição estrutural, se manifesta em diversas formas de precarização de acordo com o momento histórico. Nesse sentido, a precarização sofre influência da luta de classes, um confronto entre capital e trabalho, de natureza complexa, desigual e combinada.

Logo, a precarização do trabalho seria a perda de direitos ou diminuição dos obstáculos conquistados/constituídos pela classe trabalhadora, frente à correlação de forças políticas e econômicas entre capital e trabalho, ao longo do século XX.

A precarização é um atributo modal da precariedade. É uma forma de ser sócio-histórica da condição ontológica da força de trabalho como mercadoria. Enquanto existir precariedade haverá possibilidade objetiva de precarização que pode assumir dimensões objetivas e subjetivas. A precarização não apenas desvela uma condição ontológica da força de trabalho como mercadoria, mas explicita novos modelos de alienação/estranhamento e fetichismo da mercadoria no mundo social do capital (ALVES, 2007, p.115).

Logo, o quadro atual de precarização do mundo do trabalho envolveria aspectos que estão relacionados ao complexo de máquinas informacionais, novos métodos de gestão e organização do trabalho, coletivos geracionais híbridos do trabalho reestruturado e novas relações flexíveis de trabalho (ALVES, 2013).

Mészáros (2006) e Vasapollo (2006) citam vários exemplos de precarização, no período desde 1970 até os anos 2000, em países de capitalismo avançado a partir de análises sobre Inglaterra, Espanha, Itália e outros, além dos Estados Unidos e do Japão. Eles apontam, nesses países, aumento do desemprego; aumento dos vínculos de trabalho temporários (nos quais não há garantias mínimas trabalhistas, com exigência de alta especialização técnica, por exemplo); surgimento da organização de jornadas de trabalho flexíveis; além de mudanças nas leis trabalhistas e dificuldades de reivindicações dos sindicatos frente a essas mudanças.

Druck (2013), ao analisar a situação brasileira, assinala que a precarização aos moldes da reestruturação produtiva é um fenômeno recente, que se apresentou ao longo dos últimos 20 anos, apesar da precarização histórica e estrutural típica de um país capitalista tardio. Dessa forma, ela apresenta ao menos cinco grandes formas de precarização presentes na situação brasileira: formas de mercantilização da força de trabalho nas últimas duas décadas; organização do processo de trabalho e as condições de trabalho; condições de segurança no trabalho; reconhecimento/valorização simbólica no processo de construção da identidade individual e coletiva; e as condições de representação e de organização sindical.

Em síntese, as condições atuais de trabalho, para os mais diferentes setores e segmentos, vêm sofrendo um processo de degradação em que a precarização se torna, em suas múltiplas faces, uma determinação fria e perversa da regressão social e de vida dos trabalhadores. Esse processo, embora seja uma tendência predominante, encontra resistências de diversos, que mesmo pontuais e localizadas, expressam recuos e fragilidades dos organismos mais tradicionais de representação dos trabalhadores, como os sindicatos, e novas formas de ação, luta e contrapoder que se opõem precarização social do trabalho (DRUCK, 2013, p.71).

Acrescente-se ainda sobre a realidade brasileira o fato de que a reestruturação produtiva apresenta uma racionalização do trabalho baseada em novas práticas que coexistem e se unem às antigas, contribuindo para a intensificação da exploração sobre o trabalhador, pautadas nos modelos precedentes do taylorismo e do fordismo, com as novas formas de gerir e de organizar a produção nos moldes do toyotismo.

Combinando elementos herdeiros do fordismo (vigentes em vários ramos e setores produtivos) com uma nova pragmática pautada pela acumulação flexível, pela empresa enxuta (*leanproduction*), pela implantação de programas de qualidade total e sistemas *just-in-time* e *kanban*, além da introdução de ganhos salariais vinculados à lucratividade e à produtividade (como o programa de Participação nos Lucros e Resultados (PLR)), sob uma pragmática que se adequava fortemente aos desígnios do capital financeiro e do ideário neoliberal, tudo isso acabou possibilitando uma reestruturação produtiva de grande intensidade no Brasil, que teve como consequências a ampliação da flexibilização, da informalidade e da precarização da classe trabalhadora (ANTUNES, 2014, p. 40).

Contudo, como anteriormente se apontou, a literatura pertinente destaca que a reestruturação produtiva provocou e vem ocasionando transformações em termos globais, como a intensificação de mecanismos sistêmicos voltados para a manipulação da subjetividade dos trabalhadores, através de dispositivos ideológicos e organizacionais presentes no toyotismo, além de outros aspectos como o medo do desemprego. Assim sendo, uma das dimensões da precarização do trabalho envolve também a subjetividade humana (ALVES, 2007).

Nesse sentido, é possível estabelecer diálogo entre Alves (2007) e Linhart (2014), visto que esta autora analisa o que denomina de “precariedade subjetiva”, sentimento do trabalhador que se intensifica principalmente a partir dos anos 1990, acompanhado de aumento do sofrimento no trabalho que cada vez mais apresenta características mais abstratas, envolvendo maior intelectualidade e maior autonomia, além de reforçar maior insegurança, medo e sensação de isolamento. Dessa forma, isso levaria “à desagregação das respostas coletivas às agressões do trabalho” e “à pretensão de mobilizar, formatando-a e canalizando-a, a subjetividade dos assalariados” (LINHART, 2014, p.47).

Para a autora, então, além da precariedade objetiva presente com os baixos salários, alta rotatividade, baixa possibilidade de ascensão na carreira, más condições de trabalho e intensificação do trabalho, outra característica do contexto atual seria a precariedade subjetiva que resulta de vários fatores como o sentimento de não dominar o trabalho, o desconforto com os ofícios/funções a serem executados, o esforço para atingir as metas e responder às expectativas, a constante adaptação às demandas exigidas, a falta de recursos coletivos e a dificuldades de apoio dos superiores hierárquicos em casos de problemas graves.

Alves (2013) sinaliza que a precarização na atualidade pode se apresentar em um complexo que envolve crises da vida pessoal, de sociabilidade e autoreferência pessoal: a presença maior de tempo de trabalho estranhado na vida dos trabalhadores ocasiona a crise da vida pessoal; a crise de sociabilidade decorreria do dilaceramento dos laços sociais devido ao esvaziamento de espaços de reconhecimento do outro, em função da fragmentação dos espaços coletivos; e, por último, a crise de autoreferência se desenvolveria na medida em que o sujeito é reduzido à sua força de trabalho, influenciando na deterioração da autoestima pessoal, em função da intensificação da manipulação da subjetividade.

Primeiro, reduz o homem como ser genérico à força de trabalho com mercadoria. Segundo, ameaça no plano imaginário, simbólico e real, as individualidades de classe com a demissão de sua força de trabalho. É um mote ideológico para constringer a autoestima e abrir no “espaço interior” da subjetividade humana, brechas para a emulação paradoxal de operários e empregados implicados no trabalho estranhado (ALVES, 2013, p.113).

Linhart (2007) aponta algumas contradições presentes no contexto atual do trabalho, que interferem na subjetividade dos trabalhadores, as quais surgiram devido à reestruturação produtiva e ao cenário de precarização descritos anteriormente, quais sejam os aspectos que envolvem a modernização dos meios de produção e dos métodos de gestão do trabalho. Ela ressalta entre esses aspectos: a “coexistência de natureza dupla para os gerentes, o exercício de controle e coerção ligados a um déficit de confiança em relação aos assalariados, necessidade de adaptação às exigências de mercado e das formas de concorrência” (LINHART, 2007, p. 238). E a autora ainda destaca que

a modernização enuncia um novo código social. Os assalariados, agora gerenciados como indivíduos, de acordo com suas qualidades pessoais e específicas, encontrariam no trabalho novos modos de comunicação (graças às tecnologias da informação e da comunicação), que constituiriam o centro das atividades profissionais modernas.

Mas isso descreve apenas uma parte da realidade do trabalho moderno, que absorve cada vez mais contradições. Em inúmeros casos, assiste-se a uma superposição de lógicas contraditórias, que se explicam pelo fato de que os gerentes perseguem objetivos de naturezas diferentes. As inovações que levam à instauração sistemática de uma individualização das situações de trabalho e de tratamento dos assalariados responde a um duplo imperativo: um imperativo de ordem social, destinado a restaurar uma relação de forças mais favorável e a neutralizar a capacidade destruidora da crítica, ou da rejeição; e um imperativo mais diretamente organizacional, decorrente da evolução da natureza do trabalho e das pressões geradas pela concorrência (LINHART, 2007, p.235).

Azevedo (2013), a partir de Dejours (2007), também identifica algumas consequências da precarização do trabalho, a saber: intensificação do trabalho; neutralização da mobilização coletiva contra o sofrimento e contra a dominação; aumento do sofrimento

subjetivo;desenvolvimento de estratégias de defesa subjetivas individuais que negam o sofrimento alheio, além do aumento do individualismo.Essas considerações vão ao encontro das reflexões de Sennett (1999) que evidencia que, no contexto atual, a modernização do trabalho, principalmente em torno das inovações de gestão e de organização do trabalho,dificultaconstruções coletivas, pois promove laços sociais fracos entre os trabalhadores e com as empresas onde trabalham, influenciando negativamente sobre a ética e a moral no cotidiano do trabalho e também nas relações sociais.

Para analisar o trabalho em saúde no SUS, devido a sua complexidade e singularidade, são necessárias várias intersecções teóricas,tendo em vista que há múltiplas conexões entre dimensões que envolvem gestores, trabalhadores e usuários, perpassando por questões próprias dos usuários, até a forma como a rede assistencial está organizada e as relações sociais estabelecidas na sociedade brasileira. No entanto, o trabalho em saúde é, segundo Cecílio & Lacaz (2012, p.36)“altamente institucionalizado, isto é, realiza-se em organizações formais” que podem ser denominadas de organizações de saúde, como, por exemplo, os hospitais e as unidades básicas que conformam grande parte dos serviços públicos de saúde no SUS.

Estes autores destacam que os serviços de saúde sofrem influência das novas estratégias de intervenção e de gestão, que podem ser enquadradas no modelo designado por “gerencialismo”. Eles descrevem que, nessa perspectiva, as estratégias estão relacionadas à definição clara de papéis e responsabilidades em contratos de gestão, aprimoramento de seleção do trabalhador com o perfil mais adequado pela instituição, sensibilização dos trabalhadores com os propósitos da instituição, além de outros aspectos. Eles sugerem:

A ênfase é em contratos de gestão, apresentados como a chave que abrirá o micro¹⁹ e o tornará cada vez mais visível e modelável pela direção, seja de uma empresa privada, seja de um governante, criando uma cultura de responsabilização e *accountability*²⁰, no jargão gerencialista. Se bem analisado o recente “Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica”²¹, em boa medida, preso a tal paradigma, na medida em que ele segue um “contratualismo”, operando uma lógica em que as equipes são avaliadas por metas e indicadores bem definidos, por avaliadores externos, resultando em ganhos financeiros (CECÍLIO & LACAZ, 2012, p. 44)

¹⁹Entenda-se micro, na citação dos autores, como as relações estabelecidas entre os trabalhadores no cotidiano do trabalho.

²⁰*Accountability* é um termo de origem da língua inglesa sem tradução exata para o português, que expressa a idéia de responsabilização pessoal, de quem ocupa algum cargo, pelos atos praticados. De tal forma que o mesmo precisa realizar uma prestação de contas, seja no âmbito público ou no privado. (PINHO E SACRAMENTO, 2009).

²¹(BRASIL, 2008).

Os autores ressaltam ainda que essa concepção vem ganhando mais destaque na agenda dos governantes, apoio da mídia e repercussão positiva junto a amplos setores da sociedade brasileira, como resultado do discurso de que é necessário governar de acordo com metas, racionalizando recursos, mediante a profissionalização da gestão.

Azevedo (2013) destaca que esse discurso é calcado numa conjuntura de sucateamento, de desinvestimento dos serviços públicos de saúde no Brasil e de um imaginário de paralisia burocrática, clientelismo, baixa qualidade e ineficiência em torno destes. Porém, tanto Azevedo (2013) como Cecílio & Lacaz (2012) concordam que existe um movimento duplo nessa conjuntura, que envolve a tendência em delegar funções governamentais para entes privados (através de terceirizações, por exemplo) e um desinvestimento na força de trabalho (como falta de planos de carreiras), que contribuem para a desvalorização do serviço público e de seus trabalhadores, aumentando assim a precarização dos vínculos e das condições de trabalho. Para esses autores, esse duplo movimento se situano contexto de reestruturação produtiva neoliberal globalizada, e o não cumprimento de regras de proteção social ao trabalho, acentuando-se valores pautados no individualismo, na disputa e na busca imediata por resultados.

3. CAPÍTULO 3 - ASPECTOS METODOLÓGICOS

3.1. TIPO DE ESTUDO

Dados os objetivos da pesquisa, optou-se por realizá-la através de procedimentos de caráter qualitativo e de inspiração etnográfica. Foram utilizadas a observação direta da organização e da dinâmica de trabalho na clínica escolhida, com registro em diário de campo, e entrevistas semiestruturadas junto aos trabalhadores de uma equipe de saúde da família, pertencentes à Clínica da Família cujo nome fictício é Fidel Castro. A clínica está localizada na zona norte do município da cidade do Rio de Janeiro.

A escolha pela abordagem qualitativa ocorreu pelo fato de ser a que torna possível pesquisar a questão do significado e da intencionalidade dos atos, das relações e das estruturas sociais presentes nas construções humanas, como descreve Minayo (2014). Para a autora, a pesquisa qualitativa é aquela:

que visa compreender a lógica interna de grupos, instituições e atores quanto a: (a) valores culturais e representações sobre a sua história e temas específicos; (b) relações entre indivíduos, instituições e movimentos sociais; (c) processos históricos, sociais e de implementação de políticas públicas e sociais (MINAYO,2014,p.23).

Ao estudar as implicações da avaliação e da supervisão sobre os sentidos construídos sobre o trabalho dos agentes comunitários de saúde, Fonseca (2013) utiliza o método etnográfico pela possibilidade que esta metodologia tem de fornecer elementos específicos à pesquisa social qualitativa. Essa autora argumenta que a etnografia possibilita explorar um fenômeno social particular, e implica na necessidade de pesquisa de campo com a imersão e observação direta, podendo haver a complementação de dados secundários, quando necessário. Procedimentos de caráter etnográfico permitem dar conta de estudos que envolvem poucos casos empíricos, valorizando a profundidade em relação à amplitude, como no caso em que se procura compreender alguma situação social, evento, papel social, interação específica ou prática institucional. Neste caso, ao menos em parte, a etnografia possibilita captar como os sujeitos percebem a realidade em que estão inseridos, tornando possível tomar seus pontos de vista para efeitos analíticos (FONSECA, 2013).

Brandão (2007) descreve dois momentos da observação em campo. Inicialmente o pesquisador se faz presente observando e compreendendo o que está acontecendo e participando do cotidiano dos sujeitos em estudo. Em seguida, procura se envolver no cotidiano dos sujeitos, o que depende do nível de confiança estabelecida entre estes e o pesquisador. Para que informações e impressões não sejam perdidas, estas devem ser

registradas no diário de campo, o que, na fase de análise do material, permite que os dados sejam cotejados e articulados com outras informações, incluindo as entrevistas, o referencial teórico e mesmo estatísticas, quando for o caso. Conforme aponta Minayo (2014), o observador é parte da observação, ou seja, o pesquisador tem que imergir na realidade da investigação, colocando-se na perspectiva do grupo pesquisado para que se proceda à apreensão mais aprofundada possível da realidade, o que permite

mapear, descrever e analisar o contexto, as relações e as percepções a respeito da situação, fenômeno ou episódio em questão. E é útil para gerar conhecimento sobre características significativas de eventos vivenciados, tais como intervenções e processos de mudança (MINAYO, 2014, p.164).

Cabe ressaltar que o caso da presente pesquisa envolveu a observação da própria realidade na qual o pesquisador se encontrava inserido, visto que atuou como médico numa equipe da estratégia saúde da família do município do Rio de Janeiro. Para o antropólogo Roberto Da Matta (1978, p.28) situações de pesquisa como essa implicam uma dupla tarefa para o pesquisador:

transformar o exótico no familiar/ou (b) transformar o familiar em exótico. (...) a primeira transformação - do exótico em familiar - corresponde ao movimento original da Antropologia quando os etnólogos conjugaram o seu esforço na busca deliberada dos enigmas sociais situados em universos de significação sabidamente incompreendidos pelos meios sociais do seu tempo. (...) A segunda transformação parece corresponder ao momento presente, quando a disciplina se volta para a nossa própria sociedade, num movimento semelhante a um auto-exorcismo, pois já não se trata mais de depositar no selvagem africano ou melanésico o mundo de práticas primitivas que se deseja objetificar e inventariar, mas de descobri-las em nós, nas nossas instituições, na nossa prática política e religiosa. O problema é, então, o de tirar a capa de membro de uma classe e de um grupo social específico para poder — como etnólogo — estranhar alguma regra social familiar e assim descobrir (ou recolocar, como fazem as crianças quando perguntam os "porquês").

Dialogando com essa perspectiva, Velho (1994) aponta que o pesquisador pode ter um envolvimento inevitável com o objeto de estudo, e que isso não se constitui necessariamente em viés, pois a perspectiva qualitativa se baseia em algum grau de vivência ou contato direto com o grupo investigado, visando aprofundar aspectos que não estão visíveis à superfície do problema estudado:

A observação participante, a entrevista aberta, o contato direto, pessoal, com o universo investigado constituem sua marca registrada. Insiste-se na ideia de que para conhecer certas áreas ou dimensões de uma sociedade é necessário um contato, uma vivência durante um período de tempo razoavelmente longo pois existem aspectos de uma cultura e de uma sociedade que não são explicitados, que não aparecem à superfície e que exigem um esforço maior, mais detalhado e aprofundado de observação e empatia. No entanto, a ideia de tentar pôr-se no lugar do outro e de

captar vivências e experiências particulares exige um mergulho em profundidade difícil de ser precisado e delimitado em termos de tempo (VELHO, 1994, p. 123-124).

Isso significa que a proximidade não quer dizer conhecimento. Nas palavras do autor, “o fato de dois indivíduos pertencerem à mesma sociedade não significa que estejam mais próximos do que se fossem de sociedades diferentes, porém aproximados por preferência, gostos, idiossincrasias” (VELHO, 1994, p. 124). Considero, portanto, que o fato de ser médico atuante na atenção básica não me confere, necessariamente, conhecimento acerca de todos os processos que ocorrem na clínica escolhida, nem acerca das opiniões e vivências de todos os trabalhadores que nela atuam. Por outro lado, esta condição certamente me facilitou não só o estabelecimento da relação de confiança com os trabalhadores da clínica escolhida, como também a compreensão de aspectos do cotidiano e da dinâmica de trabalho na clínica – aspectos que talvez fossem mais difíceis de serem apreendidos, não fosse a familiaridade proporcionada pela minha condição profissional.

Outro aspecto a ser ressaltado é que, de acordo com Michel Burawoy (2014), a tentativa de observar e compreender o mundo não implica em sua confirmação ou apreensão automática, mas permite revelar conexões entre o micro e o macro, ou seja, o contexto ampliado de nossas ações, através da imaginação sociológica, o que possibilita uma passagem entre o senso comum e a ciência social. Dessa forma, esse autor desenvolveu ao longo de seus estudos etnográficos um método que ele denomina de estudo de caso ampliado, descrevendo-o através de quatro ampliações que são as seguintes:

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

Braga e Santana (2009) relatam que o método desenvolvido por Burawoy é a sistematização da trajetória intelectual deste autor nas suas pesquisas de campo – como o próprio Burawoy sintetiza em uma entrevista:

Há algumas dimensões mais controversas: a primeira, eu estendi do micro ao macro. Estou interessado na forma como o contato com as forças macro modela as situações micro. Logo, você pode dizer que as teorias de escolha racional olham para as bases da macrossociologia. Eu olho para as bases macro da microssociologia. Então, você pode dizer que essa é uma terceira extensão. Ou melhor, a primeira extensão é quando você vai até os lugares; a segunda, quando você estende isso também no tempo; a terceira é quando você estende do macro ao micro; e a quarta extensão é que não se constrói teoria da observação, mas sim se reconstróem teorias preexistentes. Você inicia com teoria e a reconstrói com base em suas observações.

Então, eu não acredito que se possa ir a algum lugar sem teoria, pois todos temos alguma. Acho, aliás, que é necessário tornar isso explícito. A ideia é, em grande parte, reconstruir a teoria. Algumas pessoas falam em sintetizar diferentes teorias, mas o ponto central talvez seja reconstruí-las, muito mais do que induzir (BURAWOY, 2012, p.150).

Esse método desenvolve-se a partir da proposta do que Burawoy (2012; 2014) denomina de uma ciência reflexiva, na qual ocorre um diálogo entre o processo local e forças externas, envolvendo as percepções do observador e dos participantes;desse modo, tal abordagem se contrapõe à perspectiva da ciência positiva, que tem o pressuposto de isolar o sujeito do objeto de pesquisa, negando a intersubjetividade entre o participante e o observador. Dessa forma, esse autor destaca que a observação participante é fundamental para o método de estudo de caso ampliado.

3.2. OS DESAFIOS DA PESQUISA DE CAMPO E O CENÁRIO DE ESTUDO

Desde a graduação em medicina, eu tinha interesse em trabalhar na ESF em virtude da minha trajetória de vida, que envolveu calorosos debates na faculdade e no movimento estudantil sobre a atenção básica ou APS e o SUS. Logo após a finalização da graduação na Universidade Federal do Pará (UFPA), trabalhei no município de Paragominas, no interior desse estado. Em seguida, fiz a residência de medicina de família e comunidade, no Grupo Hospitalar Conceição (GHC) em Porto Alegre (RS), e então vim trabalhar na APS do município do Rio de Janeiro, onde estava ocorrendo uma reforma intensa na saúde, com a implantação das Clínicas da Família. Comecei a trabalhar em meados de março de 2014 na Clínica da Família Fidel Castro, onde permaneci até julho de 2015, na equipe Cuba, como médico de família, com jornada de trabalho de 40 horas semanais iniciais, ocupando o cargo de Responsável Técnico. Posteriormente, reduzi a carga horária para 20 horas semanais, desocupando o referido cargo.

Após minha saída da clínica, dediquei alguns meses somente ao mestrado, retornando ao trabalho numa clínica na área programática 3.2 por quatro meses, no ano de 2016 e, então, fui transferido para outra clínica na área programática 3.1, onde estou até o momento atual.

Dessa forma, estive boa parte da minha trajetória profissional na atenção primária, e mais recentemente, inserido na realidade carioca bem como na área programática 3.1 e na clínica. Essas três unidades, conseqüentemente, foram os cenários de minhas incursões etnográficas.

A pesquisa de campo ocorreu ao longo dos meses de outubro, novembro e parte de dezembro de 2016. Essa inserção incluiu participação em reuniões da equipe Cuba e do corpo

técnico da Clínica da Família Fidel Castro, além de diversas conversas e alguns cafés nos diferentes espaços da clínica, seguidos de alguns reencontros com antigos pacientes.

Minha experiência com o trabalho de campo de inspiração antropológica foi tranquila, mas um pouco confusa, pois, apesar do reconhecimento de muitos profissionais em relação ao meu passado recente nessa clínica, existiram dificuldades no entendimento do objeto do estudo por parte deles, além da desconfiança do gerente. O cargo já não era mais ocupado pela mesma pessoa e, também, desde a minha saída, ocorrera a troca de alguns profissionais, além de um grande movimento de reorganização dos processos de trabalho dessa clínica.

A inserção no campo de estudo e a obtenção de dados ocorreram conforme o período citado anteriormente, após a aprovação da pesquisa pelos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola Politécnica em Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV) e da Secretaria de Saúde do município do Rio de Janeiro, sendo respeitados todos os ditames éticos e de anonimato frente aos dados coletados, que ficarão sob a responsabilidade do pesquisador.

A respeito do cenário de estudo, a Clínica Fidel Castro foi inaugurada em 2011, sendo considerada uma unidade do tipo A, ou seja, composta somente por equipes da estratégia saúde da família, possuindo uma população adscrita de 30.000 pessoas. Vale ressaltar que essa classificação é utilizada na reforma da APS na cidade do Rio de Janeiro, que iniciou no ano de 2009, quando a cobertura da Estratégia Saúde da Família estava em torno de 9,24%. Nessa reforma, as unidades foram classificadas em Unidades tipo A (100% ESF), unidades B (Unidades com algumas ESF) e C (Unidades Tradicionais, sem ESF). Atualmente, a capital fluminense apresenta uma cobertura de estratégia saúde da família de 70% da população, segundo a SMSDC-RJ.

O modelo arquitetônico das Clínicas da Família, como da clínica Fidel Castro, foi projetado pela empresa pública da Prefeitura do Rio de Janeiro, que atua no gerenciamento de obras públicas, denominada RioUrbe. As unidades do tipo A, B e C possuem diferenças entre si, já que a estrutura de uma unidade varia de acordo com a presença de equipes de ESF e a área física disponível. Neste caso, o projeto de uma unidade A é composto, em grande medida, por mobiliário, presença de ar condicionado, sinalização dentro e fora das unidades, existência de equipamentos de informática, acesso à internet de banda larga, e outros insumos para prática clínica – como prontuário eletrônico, eletrocautério, eletrocardiograma, nitrogênio líquido, materiais cirúrgicos para procedimentos dermatológicos, aparelhos de ultrassonografia e de radiografia, além de materiais para coletas de exames e para atendimento imediato de urgências e emergências. No entanto, destaca-se que essas unidades

já apresentam a necessidade de aumento no número de salas e outras reformas, devido ao crescimento da demanda de atendimento (HARZHEIM et al. ,2013)

Nas unidades tipo A, existe a preocupação constante em atender tanto consultas agendadas quanto demandas espontâneas, com o intuito de que o usuário prefira ir numa unidade da APS do que diretamente em algum serviço de emergência ou Unidade de Pronto Atendimento (UPA). No entanto, percebe-se que há diferenças nas formas como as equipes organizam isso, mesmo quando inseridas na mesma unidade (HARZHEIM et al., 2013).

As unidades que atuam na APS carioca, de acordo com esses Harzheim et al. (2013), utilizam sistemas de encaminhamento, como o Sistema de Regulação (SISREG), com o objetivo de agendar atendimentos especializados em serviços de referência e hospitais, por exemplo.

O desenho arquitetônico da Clínica Fidel Castro tem um formato que lembra a letra “U”. Em uma das pernas, se concentram os consultórios para atendimentos médicos, de enfermagem e odontológicos, além da sala de vacinação, almoxarifado, sala de coletas para exames e a farmácia. Na entrada desse corredor, ficam os guichês de recepção das equipes da clínica, um ao lado do outro, sendo ocupados principalmente pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACSs). Essa sala de espera é climatizada e separada dos corredores por portas de vidro, possuindo ainda uma tabela com os indicadores da clínica e outra com o mapa do território.

No outro corredor, encontram-se as salas dos ACSs, da gerência, dos trabalhadores administrativos, de reuniões, de observação clínica, da ultra-sonografia, da radiografia, do expurgo, dos pequenos procedimentos, dos insumos da limpeza, além do refeitório e do acesso à Academia Carioca. Esse corredor tem uma conexão com a sala de espera da clínica e uma entrada própria.

De segunda a sexta-feira, a clínica abre às 7horas da manhã e fecha às 19 horas;nos sábados, funciona das 8horas até o meio dia. É mais movimentada durante a semana, no início dos turnos da manhã e da tarde; no sábado, a procura dos usuários é pequena. Durante a semana, várias atividades ocorrem na clínica, como coleta de exames laboratoriais e imagem (radiografia, ultrassonografia, eletrocardiograma); consultas de medicina, de enfermagem, de odontologia e eventuais consultas com os profissionais do Núcleo de Apoio Saúde da Família (NASF); além de atividades de grupos, como grupo de mulheres, de crianças, de alimentação saudável, de gestante, de terapia corporal entre outros.Aos sábados, algumas funções não são executadas (como coleta de exames), funcionando com uma escala de profissionais similar à

que funciona às quartas-feiras, quando acontecem as reuniões – nestes casos, uma “equipe mínima” fica responsável pelos atendimentos de todas as equipes.

A clínica comporta oito equipes de ESF, uma de Núcleo de Apoio Saúde da Família (NASF) e quatro equipes de saúde bucal. As equipes de ESF estão completas e são compostas por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde, além de residentes de enfermagem ou de medicina ou estagiários de alguma dessas duas categorias. As equipes de saúde bucal são compostas por dentistas, técnicos de saúde bucal e auxiliares de saúde bucal. O NASF é composto por assistente social, dois psicólogos, nutricionista, fisioterapeuta e educador físico. Além disso, a unidade possui uma gerente, uma farmacêutica, dois auxiliares de farmácia, agentes de vigilância em saúde, um técnico de radiologia, um médico ultrassonografista, administrativos, seguranças e funcionários de serviços gerais que são responsáveis pela limpeza da clínica. Através da observação realizada, percebeu-se que, para cada duas equipes de ESF, há uma equipe de saúde bucal responsável pelo atendimento aos usuários. O NASF desenvolve atividades com todas as equipes. Essas atividades envolvem discussão de casos, organização e apoio nos grupos da unidade e também consultas individualizadas de alguns usuários com ou sem a presença de algum profissional da ESF de referência, dependendo de combinação realizada anteriormente.

Observa-se que os trabalhadores da clínica Fidel Castro são compostos de três categorias – da saúde, da segurança e dos serviços gerais–, sendo terceirizados e contratados por empresas distintas; ou seja, uma é responsável pelos profissionais da saúde e outra pelos seguranças, por exemplo.

A equipe Cuba possui população adscrita de 3.517 pessoas, e conta com seis agentes comunitários, um enfermeiro, um médico, um técnico de enfermagem, três residentes do programa de enfermagem do município do Rio de Janeiro, além de uma dentista e uma auxiliar de saúde bucal – todos com carga horária de 40 horas semanais, contratados pela OSs Viva-Rio, com exceção das profissionais residentes, que têm o vínculo estabelecido via programa de especialização citado acima, com uma carga horária de 60 horas semanais. Cabe assinalar que existe a possibilidade de liberação para a participação de atividades ligadas às pós-graduações *stricto sensu*: para trabalhadores da ESF, a liberação é de 10 horas; para profissionais que compõem o NASF, é de 20 e 30 horas; sendo, por fim, de 20 horas para a categoria médica.

3.3. CARACTERIZAÇÃO DA COLETA E DA ANÁLISE DE DADOS DO ESTUDO

As estratégias utilizadas para a coleta de dados foram a observação do cotidiano dos trabalhadores na clínica, o uso do diário de campo e a realização de entrevistas semiestruturadas, as quais obedeceram a normas de ética em pesquisa, uma vez que os entrevistados, antes de responderem às perguntas, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A), sendo garantido o sigilo da sua participação.

No diário de campo, registrei impressões pessoais sobre a atuação dos trabalhadores, e percepções sobre seu cotidiano de trabalho frente às diversas situações que ocorrem durante o funcionamento da unidade. Isso foi realizado com o intuito de favorecer a qualidade e a profundidade das análises, em conjunto com as entrevistas obtidas através de um roteiro (APÊNDICE B) que apresentou questões fechadas e abertas que possibilitassem uma interação maior entre o pesquisador e o entrevistado (MINAYO, 2014).

Salienta-se que as entrevistas foram gravadas e depois transcritas, com vistas à leitura flutuante das informações nelas contidas. O mesmo procedimento foi realizado com o diário de campo, extraindo-se dele os elementos essenciais para a posterior análise de conteúdo das informações obtidas – análise essa que, segundo Minayo (2014), deve ser focada no processo de inferências sobre os dados obtidos a partir de um determinado contexto.

Foi utilizada a vertente temática da análise de conteúdo, na qual uma palavra, uma frase ou um tema comportam um feixe de relações, sendo que a presença de determinados temas demonstra valores de referência e/ou modelos de comportamento presentes na fala dos entrevistados.

Minayo (2014) descreve alguns passos para realizar essa análise, a saber: a leitura flutuante do material coletado, selecionando assim um *corpus* deste; a escolha dos temas ou unidades de significados a partir da “conjunção de interdependência entre os objetivos do estudo, as teorias explicativas adotadas pelo pesquisador e por que não dizer as próprias teorias pessoais intuitivas do pesquisador”; e o processo de categorização, que envolve a classificação de enunciados constituídos a partir de uma quantidade variável de temas, que de acordo com o grau de intimidade ou proximidade, apresentem significados e elaborações importantes para os objetivos de estudo e criação de novos conhecimentos.

Segundo Campos (2004), esse tipo de análise possibilita trabalhar com os significados produzidos através de suposições subliminares acerca de determinada mensagem, embasadas “em pressupostos teóricos de diversas concepções de mundo e com as situações concretas de

seus produtores ou receptores”, situação esta que é determinada pelo contexto histórico e social.

Foram entrevistados oito profissionais, de um total previsto de 12 pessoas que preenchiam os critérios de inclusão, comportando os trabalhadores e a gerente da unidade. Eles são identificados no texto por números de 1 a 8. Ressalta-se que a equipe Cuba é formada pelas seguintes categorias profissionais: um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem, três residentes de enfermagem, seis agentes comunitários de saúde, um odontólogo e um técnico de saúde bucal, totalizando 14 profissionais.

Vale destacar ainda que os três residentes de enfermagem são ligados ao Programa de residências da Prefeitura do Rio de Janeiro, sendo compreendidos pela legislação em vigor como profissionais ainda em formação, não tendo sido entrevistados por essa razão. Desse modo, consideraram-se apenas aqueles profissionais contratados no regime de trabalho de 40 horas semanais.

No início da pesquisa considerou-se importante incluir, entre os sujeitos entrevistados, a gerente da Unidade de Saúde, visto que este possui ingerência sobre o processo de trabalho na unidade. Contudo, no decorrer do estudo e da vivência no campo optou-se, por isto mesmo, por não entrevistá-la.

4. CAPÍTULO 4 -O COTIDIANO DO TRABALHO NUMA UNIDADE DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

4.1. DECIFRA-ME OU DEVORO-TE: PERCEPÇÕES DOS TRABALHADORES DE UMA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA E OS NOVOS MODELOS DE GESTÃO E GERENCIAMENTO DO TRABALHO

Ao longo da observação de campo na clínica Fidel Castro, percebe-se que a demanda de trabalho é grande ao longo da semana, pois a clínica da família é a porta de entrada principal para toda a rede assistencial de saúde (composta por serviços municipais, estaduais e federais), e se relaciona com outros dispositivos públicos que compõem os setores da educação, da assistência e da previdência social. Nos picos de movimento na unidade, são presenciados momentos de tensão e eventuais discussões na sala de espera e nas filas para coleta de exames e da farmácia, por vários motivos que vão desde a demora para atendimento, eventual falta de algum profissional como enfermeiro ou médico, até a reclamação por falta de medicamentos. Nesses momentos, notam-se informações desencontradas entre os usuários e os trabalhadores e muito estresse relacionado ao fato de que muitos pacientes formam filas antes da unidade abrir, mesmo com o horário de funcionamento da clínica estendendo-se das sete horas da manhã até às 19 horas.

Destaca-se que os trabalhadores têm uma constante preocupação com o ponto eletrônico e com a possibilidade de notificações negativas por parte da ouvidoria, o que pode ocorrer em virtude de situações como as citadas anteriormente. Assim, são frequentes as conversas nos corredores, com reclamações sobre as posturas de alguns usuários, sobre problemas com o registro do ponto eletrônico e sobre o banco de horas.

A maioria dos trabalhadores que desempenham atividades diretamente ligadas à saúde se reúnem para definir fluxos e processos de trabalho na unidade de saúde, enquanto os demais seguem uma rotina de trabalho definida previamente e conhecida apenas por alguns administrativos e pela a gerente.

As reuniões que definem os fluxos e processos de trabalho da clínica são de três tipos: as de módulo (todos os profissionais de saúde da clínica), as de corpo técnico (profissionais de nível técnico e superior e eventualmente com alguma representação dos ACSs) e as de equipe, sendo que as mais frequentes são as duas últimas, com destaque para as de equipe, que ocorrem semanalmente.

É muito comum observar os trabalhadores exercerem diferentes atividades ao longo do dia, sendo isso mais perceptível com os ACSs. Por exemplo, os profissionais dessa categoria ora estão no acolhimento na sala de espera, ora estão ajudando em algum outro setor da clínica, além de também estarem fazendo visitas domiciliares.

Ressalta-se que essa clínica possui profissionais que exercem atividades relacionadas com os Programas de Residência Médica e de Enfermagem (especializações *lato sensu* em serviço de saúde), além de ter outras atividades de ensino, já que a unidade recebe estagiários de cursos de graduação de diversas áreas da saúde de diferentes instituições, tanto públicas quanto privadas. Isso ocasiona várias discussões entre os trabalhadores, devido à falta de salas para atendimento e à dificuldade de entrosamento entre trabalhadores, residentes, estagiários e estudantes.

No cotidiano da clínica, a interação entre os usuários e os trabalhadores e entre os próprios trabalhadores é o que alicerça quase todo o processo de trabalho. Boa parte da interação é realizada através de computadores, os quais possuem o prontuário eletrônico (PRIME[®]) e acesso à internet. Quase todas as salas são informatizadas e interligadas a diferentes redes de dados (plataformas virtuais para recebimento de exames, de marcação de consultas, de acionamento de ambulâncias; e execução de cadastros específicos, como o do cartão SUS e RIOCARD[®]).

Muitos desses dados, principalmente os relacionados ao prontuário eletrônico, são utilizados para a contabilização da produtividade e para o monitoramento de indicadores e metas. Esse uso de computadores para o monitoramento dos dados é outro motivo de preocupação para os trabalhadores, pois eles são fundamentais para a execução das atividades e para o recebimento de gratificação, de acordo com as metas atingidas e para a construção do *accountability*. No entanto, com frequência os computadores estão em manutenção devido a algum problema operacional, o que provoca muitas reclamações dos trabalhadores sobre as falhas que ocorrem no prontuário eletrônico ou sobre as dificuldades para preencher alguns dados específicos neste.

Outro aspecto relevante é a preocupação com a violência crescente na área adscrita da unidade, expressa nas conversas com os usuários e com os trabalhadores. Segundo, eles a região sempre teve problemas com o tráfico de drogas, mas principalmente com a milícia. Porém, há dois anos o problema começou a se agravar com as disputas entre facções adversárias do tráfico de drogas. No caso dos trabalhadores, as preocupações estão relacionadas com a segurança no ambiente de trabalho e com as atividades realizadas no

território. A preocupação com a violência também envolve a questão da produtividade, pois isso pode comprometer o alcance das metas, já que estas são monitoradas quantitativamente.

A violência na área da clínica é monitorada através do protocolo “Acesso Mais Seguro”, que vem sendo utilizado para analisar melhor os riscos provocados pela violência armada na área adscrita da unidade, proporcionando maior proteção para as equipes. É com base no nível de risco que se define o funcionamento ou não da clínica e das atividades no território. Esse protocolo foi desenvolvido através de uma parceria entre a SMSDC-RJ com o Comitê Internacional da Cruz Vermelha (CICV).

Todos estes problemas repercutem na equipe Cuba. No entanto, aparentemente, há um clima harmonioso entre esses trabalhadores, sendo possível perceber gestos de solidariedade frente à demanda de trabalho. De todo modo, ainda se percebem tensionamentos com algumas posturas da gerente da unidade, muitas vezes relacionados ao monitoramento de indicadores ou a metas não alcançadas. Outro motivo de descontentamento entre esses trabalhadores é a organização de certos fluxos de trabalho sem a concordância ou sequer discussão anterior com a equipe.

4.2. CARACTERIZAÇÃO DOS ENTREVISTADOS

Foram entrevistados oito trabalhadores da equipe Cuba, todas mulheres, situadas na faixa etária entre 25 anos a 60 anos. Todas possuem carga horária de 40 horas semanais e pertencem às seguintes categorias: cinco ACSs, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem e uma dentista. Quanto ao nível de escolaridade, seis profissionais cursaram técnico completo, sendo que uma frequentava à época da entrevista um curso superior; duas possuem ensino superior completo e também pós-graduação completa. Uma realizou residência multiprofissional em Saúde da Família e outra possui especialização em odontopediatria, residência em odontologia e mestrado em saúde pública. Esses dados corroboram com outros estudos que apontam para uma tendência de feminização nas profissões e ocupações na área da saúde no contexto brasileiro (MATOS, TOASSI & OLIVEIRA, 2013; WERMERLINGER et al. 2010).

A feminização da força de trabalho é um fenômeno internacional que se refere ao crescimento da população feminina no mercado de trabalho, com destaque para algumas profissões que, historicamente, eram desempenhadas pelos homens. A presença de profissionais mulheres se inicia no final do século XIX, principalmente em relação às

atividades vistas como tendo características femininas, como as que envolviam os atos de cuidar e educar.

Logo, o setor saúde tem uma presença grande de mulheres, com maior participação na categoria profissional de enfermagem; no entanto, tem-se percebido o aumento também nas profissões médica, cirurgiã-dentista e veterinária, que historicamente são ocupações desempenhadas majoritariamente por homens. No Brasil, esse fenômeno começa a ser percebido após a década de 1970, com o crescimento expressivo nas décadas de 1990 e 2000, devido à expansão da ESF. Ressalta-se que esse processo de feminização é ainda maior entre as profissões de nível técnico e auxiliar, como o caso da equipe Cuba. Porém, autoras como Matos, Toassi & Oliveira (2013) e Wermerlinger et al. (2010) destacam que esse fenômeno precisa ser priorizado nos estudos sobre o trabalho, pois existem especificidades em relação às questões de gênero, que trazem outras implicações para a precarização do trabalho na realidade específica das mulheres, e que se manifestam de diversas formas nas relações de trabalho, desde a dupla/tripla jornada de trabalho (no emprego e nas tarefas domésticas) até a compreensão do sofrimento psíquico.

Entre as trabalhadoras que têm curso técnico na equipe Cuba, cinco realizaram cursos que não são da área da saúde, sendo que três fizeram na área de pedagogia, uma em informática e recepção e a outra em segurança do trabalho. Estas cinco profissionais nunca tinham trabalhado na saúde anteriormente, sendo que a média de tempo de trabalho na ESF varia entre um ano e sete meses até cinco anos.

Já no caso das trabalhadoras com formação específica na área da saúde, a técnica de enfermagem trabalha na atenção primária há 16 anos, desde o Programa de Agentes Comunitários de Saúde; a dentista trabalha há dois anos na ESF e a enfermeira, há cinco anos.

As entrevistadas relatam confusões em relação à sindicalização, conforme demonstrado anteriormente. Entretanto, todas mencionaram o desconto anual no salário correspondente ao imposto sindical. A categoria profissional que apresentou mais informações sobre os sindicatos que as representam foram as ACSs.

Sobre as motivações para trabalhar na clínica da família, as entrevistadas apresentaram diferentes respostas. Com exceção da enfermeira e da dentista, as outras trabalhadoras relataram motivações relacionadas a “ajuda financeira”, “ajudar as pessoas”, “trabalhar com pessoas”.

A primeira é financeira, porque eu preciso trabalhar. É, eu fiquei 16 anos sem trabalhar, porque assim... eu trabalhava com vendas, mas eu precisava cuidar da saúde do meu filho(...). Eu também gosto muito de trabalhar com pessoas. Então,

para mim foi muito bom, uniu o útil ao agradável porque eu também gosto, de pessoas, de conversar...e de cuidar mesmo de pessoas (entrevistada 2).

O que me motiva? Ah, ajudar os outros, ser prestativa, assim, falar com as pessoas sobre a saúde delas nas minhas visitas, que elas precisa se cuidar (entrevistada 3).

Ah, sei lá... acho que poder ajudar as pessoas. Às vezes eles não querem muito, eles querem passar pelo médico, então eu me sinto meio que uma porta par o médico. Ouvir, às vezes. Às vezes o que eles querem é que gente escute. A gente não vai resolver, mas a gente pode escutar, então... eu gosto de me sentir útil nessa função (entrevistada 5).

A enfermeira e a dentista relataram outros elementos relacionados à estrutura do serviço, à autonomia na organização do seu trabalho e às atividades de formação, como o programa de residência em enfermagem do município do Rio de Janeiro.

É... assim, agora para mim a única coisa que me estimula é porque eu estou dentro do programa. Tanto a minha saída da assistência para gerência era pensando assim: Essas transições que eu fiz foram pensando, assim, em como eu poderia modificar a realidade(...).Então, isso me faz ter um afastamento, e aí também me faz ter um estímulo maior porque tem a questão educativa, tem a educação junto, a prática junto com a educação. Isso para mim é a única, hoje, é a única coisa que me estimula a vir aqui, para cá. Porque eu tenho as residentes (entrevistada 1 ao falar sobre as motivações para trabalhar na clínica).

A infraestrutura é boa, ter auxiliar prodentista também é muito bom, também ajuda muito. A gente tem liberdade de organizar a nossa maneira de trabalho, isso também é bem legal(...). Então saber que tem uma infraestrutura legal e uma maneira boa de trabalhar é bem melhor do que um estágio no Lourenço Jorge, que você não tinha material, você não tinha esterilização funcional à noite, se faltasse material a partir de um momento, você não teria mais como fazer uma sutura, porque acabou. Então isso atrapalha. Então, você trabalha meio vendido, não funciona (entrevistada 8).

Para além da caracterização das entrevistadas e da equipe Cuba, durante a descrição do processo de trabalho na clínica percebeu-se que várias questões observadas no âmbito geral também perpassavam essa equipe. Dessa forma, algumas destas questões, bem como as repercussões sobre as trabalhadoras e como elas as percebem, serão abordadas nos tópicos a seguir, relacionando-as a aspectos da organização do trabalho como excesso de demanda de trabalho, orientações para a realização das atividades na clínica e o uso de ferramentas como o prontuário eletrônico, além da avaliação do trabalho.

4.3. EXCESSO DE DEMANDA DE TRABALHO

Ao longo da observação de campo percebeu-se, conforme apresentado anteriormente, que a demanda de trabalho é intensa na clínica, e as entrevistadas apontam que o mesmo

ocorre na equipe Cuba. Elas ressaltam que não se trata apenas da jornada longa de trabalho, mas da quantidade de pessoas a serem atendidas nesse tempo, o que produz desgaste físico e emocional, impede o controle do próprio tempo e dificulta a possibilidade, por exemplo, de ampliar a qualificação profissional.

(...)quarenta horas, eu acho uma jornada muito pesada, principalmente pela forma como hoje está organizada, porque você trabalhar de oito às sete, mesmo compensando, a tua compensação serve para você descansar, porque você fica dez horas numa clínica. Fora a coleta de sangue, que você tem que acordar cinco horas da manhã para estar aqui às sete. Por mais que você saia uma hora mais cedo, é muito cansativo. E além de trabalhar nos sábados ainda, que não esteja previsto no contrato, mas você tem fazer e depois tira essas horas. Não tem nem o direito nem de você “Ah, eu quero ser pago por essas horas e não quero tirar folga”. Você acaba sendo obrigado, mas não deveria ter essa obrigação porque não foi, não estava no meu contrato que eu tinha que trabalhar nos sábados, por exemplo. E, eu acho que é isso, assim, não sei se é... eu tenho dúvida ainda em relação a isso. Mas eu acho, eu acredito que se houvesse uma redução ou pelo menos uma flexibilização para eu pelo menos ter essa opção de querer optar qual carga horária eu preferiria para eu poder me qualificar nesse tempo livre, eu teria tempo para estudar. Quem é que com quarenta horas chega em casa animado para estudar? É um esforço fazer isso. É uma hora, mas é uma hora que você queria estar deitado porque você está exaurido. E pensando também na, pressão assistencial. Quem sabe se tivesse uma modificação do território, tivesse um teto de duas mil pessoas... eu tenho quatro mil e seiscentos. É mais que o dobro. O trabalho, quem sabe, cansaria menos e você teria mais disposição. Só que além de você ter uma carga horária de quarenta que fecha toda uma semana, você também, aí vamos supor, quero fazer um mestrado, aí você tem que barganhar a liberação do mestrado. Então, sempre tudo é uma barganha. De você ter quarenta horas fechadas. Se a gente não tivesse, pelo menos você teria autonomia para dizer o que eu vou fazer ou não daqueles outros restantes (entrevistada 1).

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

Algumas entrevistadas apontam também a variedade de atividades que têm que ser realizadas durante a rotina de trabalho e que muitas vezes surgem de forma imediata, atrapalhando o desenvolvimento das atividades previstas ou programadas anteriormente.

A jornada horária, apesar da gente ter uma folga na semana, mas de 8 às 19, mesmo assim, é um horário longo. Mesmo tendo a folga. Compensa na folga. Mesmo assim é pesado (...). Eu acho que não é nem pelo horário ser grande, é por ter muita atividade, muito serviço que a gente tem que fazer para aquele horário, para compensar (...). Eu digo, assim, é muita coisa para gente fazer. “Atualiza Bolsa Família” (...), uns serviço que dão para gente, que é tipo *flash*, aparece assim na hora. Muita atividade para pouco, é muito serviço até para pouco horário e, às vezes, acaba não dando tempo da gente ir na rua fazer visita (entrevistada 3).

São 40 horas. Acho muito pesado. Acho que a minha demanda de trabalho ela é, é assim, é pesada. Mas eu gosto, sabe? É uma coisa que eu gosto. Eu acho que uma

coisa que podia melhorar seria, você ficar mais centrada na equipe, coisa que o técnico na clínica da família ele não é muito centrado na equipe. (...)Técnico faz tudo. Como o médico também faz tudo, o enfermeiro também. Mas eu acho que é pesado por isso, pela carga horária e pela quantidade de coisas que você tem que fazer, às vezes ao mesmo tempo (entrevistada 4).

Às vezes eu saio de casa com um plano: eu hoje vou chegar na clínica e vou no território, vou na casa de fulana, fulana, fulana. Mas aí a gente chega aqui e muda tudo e às vezes eu não posso mais sair porque alguém tem que ficar para tomar conta de alguma sala, ou tem que ficar no acolhimento, ou tem que ir para algum grupo... e às vezes as coisas são assim, muito em cima da hora. Então, não dá para planejar muito. Aí esse período se torna pequeno e confuso, porque não dá tempo de fazer tudo e fica tudo muito embaraçado. Você não consegue se organizar. Eu não consigo fazer o meu trabalho, o meu, de agente comunitário de saúde, que eu entendo que é ir para o território, estar mais tempo no território. Às vezes eu fico mais presa do que propriamente onde eu deveria estar, que é no território (entrevistada 5).

Nesses trechos, percebe-se que há insatisfações e frustrações das entrevistadas em relação à percepção de que a demanda de trabalho é excessiva. São muitas as pessoas a serem atendidas, e muitas são as atividades para serem executadas de diferentes formas, boa parte das vezes sem planejamento anterior e eventualmente em curto prazo de tempo, tornando assim a jornada de trabalho mais desgastante e cansativa.

Linhart (2010) e Fortino (2012) apontam que os efeitos da modernização do trabalho, através de novas formas de gestão e gerenciamento, são similares tanto nos serviços públicos como nas empresas privadas, sendo que nos serviços públicos ocorrem diversas contradições em função do movimento de aprimorar os serviços para os beneficiários com o discurso da eficácia e eficiência e, ao mesmo tempo, de ter que lidar com as diversas situações socioeconômicas dos usuários que utilizam aquele serviço. Por exemplo, no presente estudo, nota-se a tentativa de transformar o cotidiano do trabalho mais gerenciável e, em paralelo, percebem-se situações de saúde dos usuários várias vezes complexas e difíceis de serem resolvidas, tornando a rotina de trabalho mais exigente na percepção dos trabalhadores.

4.4. SOBRE A ORIENTAÇÃO PARA O EXERCÍCIO DO TRABALHO

Quando solicitadas a falar sobre as orientações para a execução das atividades e sobre ações desenvolvidas pela equipe Cuba na rotina do trabalho na clínica Fidel Castro, a maioria das entrevistadas relatou dificuldade para obter essas informações, já que boa parte destas não tinha experiência na saúde ou na ESF. Dessa forma, algumas apontam que muitas orientações foram obtidas pelos colegas de trabalho mais antigos.

Aprendi aqui quando eu cheguei. Não foi passado. Falaram que eu tinha que fazer atendimento domiciliar e ir na escola, atendimento básico, mas não chegaram a explicar o que seria atendimento domiciliar, atendimento na escola. Atendimento básico. Pela faculdade a gente sabe, mas o resto não foi explicado. (...) É, eu tinha uma noção. Não sabia certinho que a gente vai na escola, que tem que passar de turma em turma, tem que avaliar todas as crianças... eu sabia que tinha que ir na escola, mas que teria que ir uma vez por mês. O processo todo organizacional, eu não estava sabendo, não tinha noção de como funcionava. Não tinha a consciência de que a área era dividida por equipes, que eu ficaria responsável por equipes. Eu não sabia. Isso tudo para mim foi novidade (Entrevistada 8).

(...) porque antes de eu começar eu não sabia, nunca tinha vindo aqui. Então, eu só comecei mesmo a saber o que era a clínica da família quando eu entrei. Porque nem meu agente [ACS] eu conhecia, devido ao meu trabalho. O horário que eu chegava então também não conhecia. Então, eu só comecei a saber quando eu vim trabalhar aqui mesmo (...). Ah, muitas pessoas me ajudaram. [nome da colega] me ajudou muito, a [nome da colega], muitos agentes de outras equipes, como [nomes de outras colegas]. Algumas outras pessoas também me ajudaram (Entrevistada 7).

No entanto, as trabalhadoras reconhecem que há cursos e capacitações para o exercício do trabalho na ESF, embora informem que nem todos os trabalhadores conseguem realizá-los. Essas capacitações visam todas as categorias profissionais presentes na ESF, sendo que o mais citado foi o “Introdutório”, curso de curta duração – apenas poucos dias – que apresenta a ESF no Rio de Janeiro e a carteira de serviços oferecidos em qualquer clínica da família.

Vale ressaltar que a maioria das entrevistadas aponta que a reunião de equipe é um espaço importante para definir as orientações para o trabalho, proporcionando esclarecimentos sobre as dificuldades enfrentadas e sobre o número de atividades que os trabalhadores e as equipes têm que desempenhar ao longo da jornada de trabalho, conforme apontado nos trechos acima, o que pode demonstrar um clima de solidariedade entre as trabalhadoras da equipe Cuba.

Introdutório é quando você está iniciando na atenção básica. Aí eles te passam as informações, como que funciona a clínica, o trabalho do enfermeiro, do médico, do técnico. (...) O certo é que todo mundo fizesse, mas tem pessoas que ainda não fizeram (...). Agente comunitários, enfermeiros, médicos... Às vezes eles entram na saúde da família para trabalhar sem essa introdução e aí aprendem na prática mesmo (Entrevistada 6).

(...) assim, esses cursos que às vezes são oferecidos, quando a gente faz, de saúde mental, às vezes (...) de diabetes, de hipertensão. Mas quando eu entrei mesmo não tive nenhuma capacitação mesmo, de alguém chegar assim e explicar direto o que era estratégia, como funcionava estratégia. Isso eu fui aprendendo no dia-a-dia com os colegas Agente Comunitários e nas reuniões com os médicos, as enfermeiras. Até preenchimento de ficha, foi tudo na prática mesmo (Entrevistada 5).

Eu acho assim, a nossa equipe é uma equipe madura, um procura ajudar o outro. E tem equipes que não têm isso, cada um por si, cada um faz o que quer. É meio assim. (...) A gente pode ter umas diferenças, a gente briga igual família, mas está sempre agindo, procurando trabalhar, trabalhar direitinho (Entrevistada 2).

Em relação às capacitações, a enfermeira e a técnica de enfermagem relatam que elas poderiam ser realizadas de outras formas, além de criticarem suas limitações. Essas entrevistadas ressaltam ainda outras possibilidades de obtenção das informações para o exercício do trabalho na clínica, que não apenas o apoio dos colegas de trabalho.

Eu acho que o certo seria todo profissional ter tipo, como se fosse um introdutório. Porque quando eu trabalhei no PACS, eu tive uma capacitação de três meses. Eu passei por vários profissionais que me falaram de tudo que acontece na clínica, na estratégia da saúde da família, (...) de território, de demanda, de acolhimento. Eu tive uma capacitação bem legal e hoje eu não vejo isso (Entrevistada 4).

(...)É, eu entrei para enfermeira assistencial, que foi meu primeiro emprego aqui no Rio. Eu não tive orientação. (...) eu só tive orientação do que tinha que fazer, de quantas VDs eu tinha que atender, a respeito de contrato de gestão...porque eu dividia casa com uma gerente. Então, eu ia atrás, ela me dava os instrumentos, eu estudava, lia como era cálculo de variável... Mas, nunca ninguém veio e [disse] “funcionamento da unidade é esse, está aqui o contrato de gestão, é esperado que o enfermeiro faça isso e aquilo, que o agente de saúde faça isso, e o médico faça isso”. Porque não esgota só em eu saber o que eu tenho que fazer. Eu tenho que saber o que a minha equipe tem que fazer. Então, quando eu fui para a gestão, eu consegui me apropriar muito mais ainda. Porque eu tinha necessidade na ponta, consegui sanar na gestão aqui que eu tinha de dúvida, e hoje eu me sinto muito mais preparada, mas não porque alguém me orientou (Entrevistada 1).

Enriquez (1997) afirma que as estruturas organizacionais no contexto atual do mundo do trabalho reforçam situações contraditórias que envolvem o sentido do trabalho em equipe e o sentimento de competição individual do trabalho. Linhart (2007; 2010) aponta que há um processo de esgarçamento do senso coletivo do trabalho, com uma exacerbação da individualização deste, o que, segundo Azevedo (2013), influenciaria no comportamento ético e moral dos trabalhadores, gerando sentimentos de medo e submissão e o reforço de uma conformidade de comportamentos imorais e pouco éticos no ambiente de trabalho.

No entanto, nota-se na equipe Cuba uma noção de solidariedade entre as trabalhadoras entrevistadas, sendo mais perceptível esse sentimento entre a categoria profissional das ACSs. Essa solidariedade resulta principalmente da troca de informações e orientações sobre a rotina dos processos de trabalho de uma equipe da ESF, já que há um descompasso entre a grande quantidade de normas prescritivas para o trabalho, a falta de espaços formativos, a grande quantidade de profissionais para serem capacitados e a grande relevância para capacitações voltadas para o alcance das metas e indicadores de saúde.

Dessa forma, essa solidariedade presente pode ser uma tentativa de ressignificação da noção de coletivo no trabalho, segundo Enriquez (1997), ou um mecanismo de resistência que mantém um sentido para o trabalho, de acordo com Fortino (2012), de forma que este gere algum grau de satisfação nas trabalhadoras em foco.

4.5. SOBRE O USO DO PRONTUÁRIO ELETRÔNICO

Durante as entrevistas com a equipe Cuba, as trabalhadoras reconhecem a utilidade do prontuário eletrônico no cotidiano do trabalho da clínica da família, que no caso é o PRIME[®], e demonstram ter domínio sobre essa ferramenta.

Eu acredito que é para sistematizar melhor esses dados. Ele também acaba fornecendo um *checklist* mínimo, básico. Numa consulta de hipertensão, você tem que no mínimo verificar todos esses pontos. É o nosso hoje estabelecido pelo menos no Rio. Ele não é prontuário que é universal. (...)É o Prime. Então, ele não é do ministério nem nada. Cada CAP escolhe o seu sistema a ser implantado. Tem o Vita Care, tem o Prime, nem sei se tem outro. Ele facilita para o profissional que está ali, para compilar os registros, para não se perder. Até porque tem uma nuvem, se você se perder a OS tem um mantenedor dessas informações. Eu acho que cria uma continuidade de registros que você consegue ver a temporalidade dele melhor do que se fosse prontuário de papel, por exemplo. Para mim, facilita porque eu digito bem, então isso facilita, mas o que é um problema para mim, é que ele é restrito a uma CAP. E além de CAP, ele é restrito por unidade. Por exemplo, eu não consigo acessar o registro de um usuário que é atendido na Felipe Cardoso e que pode bater aqui. Então, eu acho que, essa questão é um dos pontos negativos. Mas fora isso, eu acho que é isso. (Entrevistada 1).

Então, o prontuário eletrônico, a finalidade dele é para registrar o paciente, ver se ele realmente mora na área, como a gente tem um controle melhor de quem mora na área. Sempre tem um que fala que mora e não mora e assim, para a gente saber. Às vezes alguma coisa que a gente bota no Prime. Por exemplo, nas visitas domiciliares antigamente a gente fazia o caderno de campo e agora a gerente pediu para gente fazer só o Prime e eu acho até melhor porque você relata tudo que aconteceu na visita. Se o paciente chega aqui, o médico, o enfermeiro tem como vê ali, abrir, ver o que foi relatado. Eu acho o processo do Prime, não o prime em si, mas [como] o programa eletrônico que veio para somar. (Entrevistada 2).

No entanto, elas questionam as falhas nos registros no prontuário e a confiabilidade no seu uso, resultando em frustrações e situações de estresse na rotina de trabalho.

(...) sinceramente, todos os erros que eu encontro até nas variáveis, porque eu sempre estou atenta aos relatórios, variáveis e às produções. Todos esses dados divergem, é sinalizado, mas o retorno é: ou você não tem o retorno ou o retorno é como se o erro fosse nosso. “Ah, você não registrou em tal lugar”, aí você vai lá ver e está lá o registrado. E aí você vai ver na compilação final e não tem. Eu me sinto mal porque parece que a gente está trabalhando e você não consegue ter um dado fidedigno do que você está fazendo, e aí também o gestor não se importa com isso. Aí fica isso por isso. Até hoje o meu nome não está na equipe. No prontuário cadastrado está o da enfermeira anterior, e isso já foi sinalizado, eu tenho e-mails comprovando, e nada é modificado. Entende? Parece que é assim, desvalorizando a fala do profissional. É isso que eu sinto, na real. (Entrevistada 1).

Porque o Prime eu acho que tem muitas falhas. Por exemplo, eu tenho paciente que está marcado, agendado uma consulta. Eu tenho que entrar todos os dias para ver qual. O mês de dezembro, por exemplo, ele está agendado. Aí perdeu a marcação da consulta. Ele chega aqui querendo saber: “Ah, eu perdi”. Eu tenho que entrar em todos os dias do médico para ver qual foi o dia em que ele foi agendado. Poderia ser um processo mais fácil, você botar o nome do paciente e aparece o agendamento dele, por exemplo. (...) Acontece porque o Prime não é confiável. O Prime às vezes

a gente bota algumas coisas, você bota o paciente definitivo. Daqui a uma semana você volta naquele paciente, tem certeza que botou definitivo. Uma gestante não pode ser atendida se não pôr definitiva. Tem que estar o prontuário dela todo certinho. Você volta daqui uma semana, eles mesmo falaram que fazem uma atualização toda segunda-feira e perde-se alguns dados. Quer dizer, eu volto daí uma semana e a paciente está temporária (...) Frustrada, porque você sempre tem que estar voltando para fazer o mesmo trabalho, sendo que você já fez aqui e que teria que estar tudo certinho. (Entrevistada 2).

Muito ruim, uma porcaria o prontuário eletrônico. Estava bom para jogar no lixo. Porque ele não funciona. É muito ruim. (...) A finalidade deveria ser que você coloque os dados lá e ele permaneça. Quando você procurasse, acessasse, encontre as informações que colocou ali. Mas isso não acontece porque sempre se perde, sempre some (...) Porque eles não acham nada, aí pedem a gente para rever tudo, sair contando tudo. É difícil. Porque são trabalhos dobrados. Você já fez aquele trabalho, já registrou aquilo. Então, tinha que estar ali certinho para quando precisar, você ir ali e encontrar (...) Aí você tem que ir no manual mesmo. Tem que sair contando tudo, ficha por ficha. Ou tem que ir atrás da pessoa no território (...) acontece, nós achamos que fica um trabalho perdido, ficamos desmotivadas porque é trabalho perdido. (Entrevistada 6).

Ah, é complicado. Porque se é uma coisa obrigatória, a gente tem que colocar alguma coisa, senão o sistema não salva. Vamos supor a cor da pessoa. Eu estou vendo a pessoa, então automaticamente eu coloco. Mas quando chega nas doenças que às vezes tem lá pedindo ou se o paciente tem uma pergunta, se a pessoa quer dizer qual o gênero dela. Isso tem na ficha do sistema, mas não tem na ficha do papel. Aí você tem que deduzir se o cara quer ser hétero, se ele quer ser homossexual, ou se ele quer ser bissexual. Então, geralmente, eu coloco que ele não optou porque senão o sistema não salva. Só que eu não acho isso legal, porque eu estou respondendo pela pessoa. Ou, então, quando fala para eu registrar um kit que eu não entreguei, porque tem que aumentar a variável. Isso eu não concordo. Ou eu entrego o kit e lanço ou eu não lanço e infelizmente aquela variável vai perder. Mas não é o que acontece. (Entrevistada 5).

Alves (2011) aponta que uma das dimensões da reestruturação produtiva é a inovação tecnológica, que constitui o arcabouço técnico-organizacional do toyotismo presente tanto no setor industrial, quanto nas atividades de gestão, finanças e serviços. Assim, essas inovações estariam de acordo com uma nova ideologia que é a gestão por competências, baseada na lógica de formação profissional voltada para a utilidade prática e imediata, de tal forma que seja possível ter trabalhadores flexíveis que possam lidar com fatos imprevistos ou mudanças, além de passíveis de trocar de funções se houver necessidade, bem como fazer a auto-gestão do trabalho.

Linhart (2007) aponta que essas inovações tecnológicas causam comportamentos e sentimentos ambivalentes nos trabalhadores, pois elas permitem um compilado de dados e uma facilidade para organizá-los, ao mesmo tempo que aumentam o envolvimento e a responsabilidade dos trabalhadores frente à produção desses dados. Outro aspecto que ela ressalta, é que mesmo os trabalhadores com baixas qualificações necessitam ter uma polivalência sistemática para ampliarem suas intervenções no aumento da produtividade e rentabilidade dos serviços prestados. Desse modo, conforme a autora, essas inovações

proporcionam menor autonomia dos trabalhadores em relação aos seus superiores, porém os apoios mais próximos destes.

Conforme se pode perceber nas falas das entrevistadas, o prontuário eletrônico é considerado útil para a compilação de dados. Contudo, na medida em que as informações são processadas e interpretadas de maneira quantitativa, a análise qualitativa dos resultados obtidos acaba relegada ao segundo plano, detendo-se a avaliação sobretudo na mensuração da produtividade dos trabalhadores da saúde. Outro aspecto relevante é o envolvimento importante dos trabalhadores com a produção desses dados, e a sensação de pouco reconhecimento ou amenização disto no cotidiano do trabalho.

4.6. SOBRE A AVALIAÇÃO POR DESEMPENHO E O *ACCOUNTABILITY*:

Durante a pesquisa de campo, houve uma dificuldade para entender o objeto do estudo por parte dos trabalhadores e da gerente da clínica em que o trabalho de campo foi realizado. Após uma das conversas que tive com a gerente sobre o estudo, um profissional da saúde veio dialogar comigo, apontando que o “clima” na unidade estava começando a melhorar, já que muitas mudanças haviam ocorrido com saídas e entradas de novos profissionais, inclusive com a troca de gerente. Esse trabalhador relatou que muitas tensões ficaram evidentes, principalmente, em relação aos novos fluxos e processos de trabalho e aos possíveis impactos destes sobre as metas e os indicadores de saúde da unidade.

A respeito da gestão do trabalho em torno de metas e indicadores de saúde, Carneiro (2013) afirma que, a partir da contratualização dos serviços da ESF pela SMS-RJ, está sendo adotado desde 2010 o modelo de programa de pagamento por desempenho (*pay-for-performance* ou “*valuebased purchasing*”), baseado na experiência das reformas realizadas no Sistema Nacional de Saúde de Portugal e na matriz de avaliação da atenção primária do Sistema Nacional de Saúde inglês. Harzheim et al. (2013, p. 52) descrevem o funcionamento desse modelo da seguinte forma:

Esse sistema, baseado em informações originadas dos prontuários eletrônicos, que emitem relatórios mensais de acompanhamento com metas divididas em três níveis: incentivo à gestão do Território Integrado de Atenção à Saúde (TEIAS), incentivo à Unidade de Saúde e incentivo à equipe de saúde da família e saúde bucal. O primeiro conjunto de metas e incentivos é relacionado à Organização Social responsável por uma ou mais APs, gerando um incentivo financeiro para a OS. O segundo e o terceiro são relacionados às ações realizadas nas unidades de saúde pelas equipes de ESF (modelos A e B). Os incentivos financeiros gerados pelo alcance das metas do segundo grupo são investidos na própria Unidade de Saúde, enquanto os incentivos do terceiro grupo refletem em benefícios financeiros diretamente a cada um dos integrantes das equipes que alcancem suas metas, correspondendo a um acréscimo de cerca de 10% do salário mensal de cada profissional. Os indicadores referentes às metas e incentivos relacionados às

unidades de saúde se referem ao acesso da população a unidade, ao desempenho assistencial das equipes, à qualidade percebida pelos usuários, e ao desempenho econômico da Unidade. Os indicadores do terceiro grupo compreendem ações relacionadas à gestão da clínica com potencial importante para gerar mudanças no processo de trabalho. Cada indicador selecionado tem uma descrição detalhada do seu significado assistencial, apontando para uma série de ações que almejam aumentar a qualidade do cuidado. Por exemplo, o indicador “acompanhamento de uma gravidez” será considerado alcançado quando, entre outros critérios, o pré-natal tiver começado antes da 12ª semana de gestação, com, no mínimo, seis consultas de pré-natal e uma de puerpério, aliado à realização oportuna de VDRL e anti-HIV.

Segundo esses autores, essa foi uma das estratégias desenvolvidas pela SMSDC-RJ para certificar a qualidade do serviço e valorizar as boas equipes e os bons profissionais. Soranz, Pinto & Penna(2016, p.1331) afirmam que esse é um dos aspectos de um “modelo organizacional mais flexível ou pluralismo institucional” que está pautado em “modelo das organizações sociais; gestão para resultados e novas formas de *accountability*”.

Sano & Abrucio (2008) especificam com mais detalhes esse modelo, ao relatar que ele necessita de mecanismos de contratualidade de gestão apoiada na transparência das ações governamentais, uma pluralidade de servidores públicos e mecanismos institucionais de controle. Eles ressaltam que a ideia de *accountability* presente nas concepções das OSs, a partir do estudo da realidade paulista, envolveria responsabilização pelo controle social e pelo controle de resultados.

Na realidade do município do Rio de Janeiro, o *accountability* é apresentado como seminário de gestão e começou a ser realizado no segundo semestre de 2013, sendo que “a proposta é que as unidades de Atenção Primária realizem, além de uma prestação de contas, uma auto avaliação, apresentando o alcance dos seus objetivos no último ano, os problemas encontrados e propostas para a melhoria dos resultados”(PREFEITURA MUNICIPAL DO RIO DE JANEIRO, 2014).

Vale ressaltar que, segundo Fonseca (2013), os esquemas de pagamento por performance/desempenho não são equivalentes aos modelos de avaliação. No entanto,esses métodos estão embasados em práticas avaliativas e de monitoramento, com o objetivo trazer implicações sobre o trabalho, tanto nas atividades gerenciais quanto nas ações realizadas pelos profissionais de saúde. No cotidiano do trabalho da equipe Cuba, percebe-se uma dificuldade na compreensão dos aspectos da avaliação do trabalhador. Além disso, também é questionada a lógica quantitativa do *accountability* e os reflexos deste mecanismo de gestão e no gerenciamento do trabalho sobre a rotina dos trabalhadores na unidade de saúde.

Eu acho que hoje como é visto, é pelas metas, do cumprimento de tarefas. Mas o que eu sinto falta e o que eu não saberia te dizer é a questão da qualidade do serviço. Eu só posso falar de um desempenho de um funcionário a partir do momento em que eu

consigo supervisionar e acompanhar toda a jornada de trabalho dele, durante um período que a gente estipula juntos. Mas eu não sinto que hoje é feito dessa forma e é uma das coisas que eu sinto falta. De ter alguém que posso... não ter só essa base de avaliação quantitativa. Como é que a gente avalia a qualidade do serviço também? Porque o desempenho também está nisso. Como você desenvolve as suas habilidades daquilo que é previsto? Mas o que você desenvolve e com que qualidade você desenvolve? Eu posso atender sempre no teto de consultas que é estipulado, cento e noventa. Mas com qual qualidade que eu estou desenvolvendo essas cento e noventa? Eu posso estar hoje se eu atingindo todas essas metas, eu estou tendo um bom desempenho. Mas e se eu não estou fazendo, vamos supor que eu não estou atingindo as metas, mas porque, são questões de a longo prazo e de médio prazo e que num bimestre ou num trimestre eu não vou conseguir avaliar? Como se dá esse desenrolar. Hoje eu não saberia dizer porque não existe nenhum instrumento para isso. (entrevistada 1).

Eu já li, eu li dois artigos sobre o *accountability* porque eu sei que ele é uma, uma prática dos Estados Unidos, que eles utilizam, como um relatório de gestão e que é voltado mais para gestores a nível de secretaria e coordenação. Não tem experiência com unidades de saúde. Então é um troço totalmente adaptado que não tem nada a ver com a nossa realidade. Porém, eu acho que no *accountability*, como é só números e o tempo é curto, você um tempo cronometrado de 15 minutos para apresentar todos os dados da sua equipe. (...) Eu acho que, na verdade, tem que acontecer, eu acho que em algum momento do ano, e deveria até acontecer com mais frequência, mas no sentido não de prestação de contas, mas da gente poder refletir sobre quais os processos que estão se dando dentro da equipe e o porquê. (...) também tem muita rotatividade dos avaliadores. (...) Não tem um envolvimento dos representantes da secretaria, por exemplo. A discussão na coordenação, pela CAP, por exemplo, ainda tem uma discussão, mas são pessoas que não estão perto da gente para discutir os nossos processos. Então fica a equipe falando uma coisa, secretaria falando outra e CAP falando outro totalmente fora da nossa realidade. E acaba ficando, na verdade, em justificativas e não em discussões reflexivas, que é isso que eu sinto falta, da gente discutir aqueles dados. Não tem como a gente apresentar o *accountability*, por exemplo, num turno de toda a unidade. Senão ficam aquelas apresentações de dados por dados e você acaba não podendo fazer o reflexivo do profissional que está ouvindo e apresentando. Às vezes, eu observo posturas totalmente inadequadas de apontar os erros no momento da apresentação. Eu acho que esses retornos ou eles acontecem posteriormente à apresentação ou a gente pode dizer “Estamos abertos aqui para ver isso juntos, pensar isso juntos”. Mas como é algo que tem que ser bem formalzinho e bem dentro do padrão, saiu do padrão você é errado, você que não coletou na fonte certa e tudo mais. E, além disso, tem muitos erros de fontes. Às vezes, para a gente falar de um único dado, eles dão opções de três fontes de dados e essas três fontes de dados são totalmente diferentes e você que tem que escolher. Então, uma equipe pode escolher uma fonte, outra equipe escolhe outra, porque elas são opcionais, e eu acho que traz também dados que não são fidedignos (entrevistado 1).

Seria um bom desempenho se você pudesse suprir a necessidade do paciente, sendo que a gente sabe que tem paciente que tem muitas demandas. (...) assim, pelo menos uma vez por mês se a gente pudesse dar uma visita de qualidade, sem pressa, que a gente pudesse conversar, sentar, porque muitas vezes também você vai fazer a visita e você tem a cobrança, vamos dizer, das 150 visitas. Não tem nem condição de você dar uma visita de qualidade, de sentar e ouvir o que o paciente está dizendo (entrevistado 2).

Tem o relatório de produção, que é nossa produção mensal, que mostra ali o quantitativo de consultas feitas no mês, quantidade de extrações, de restaurações, essa coisa toda. Mostra que a gente atende muito. (...) Não, mostra que a produção, o trabalho. A gente está aqui, mas está desempenhando a função. Tanto que o *accountability* mostra quantas consultas foram feitas, quantidade de escovação, porcentagem de consulta em relação à extração de dentes. Só que não mostra, por exemplo, se o mesmo paciente veio duas vezes no mês, não mostra que ele foi

atendido, que o mesmo paciente foi atendido duas vezes. Vai entrar, tem duas consultas perdidas lá no meio. A gente não tem como quantificar quantos pacientes foram atendidos no mês. (entrevistado 8).

Por exemplo, quando tem uma morte de criança, morte de um recém-nascido, nossa, isso é complicadíssimo, porque a gente tem que dizer o que houve com essa criança, o que levou que chegasse ao óbito, se ela estava recebendo visita, se ela estava vindo às consultas. A morte de uma gestante também é algo bem complicado. Bolsa família que a gente tem que responder pelo outro, é muito complicado porque, às vezes, as pessoas não vêm, não colaboram. E aí eles olham os números “Poxa, mas está baixo! Mas porque que está baixo?”. Aí tem aquela questão de que a gente não conseguiu chegar no território, que o paciente não conseguiu chegar na unidade, que teve conflito ou porque simplesmente não quis vir. É um tipo de resposta que não é aceita, o usuário não vir. Então, a gente tem que convencer o usuário de que ele precisa estar aqui, de que isso é importante para ele. É tudo um trabalho que é mais de informação, que quanto mais informação você tem, mais você consegue resolver isso. Só que às vezes é complicado. (entrevistado 5).

Logo, percebe-se que tanto o pagamento por desempenho como a execução do *accountability* são controversos enquanto instrumentos de gestão e gerenciamento do trabalho, de acordo com as entrevistadas. Outro aspecto relevante é que esses instrumentos podem não ser mecanismos de reflexão para a prática dos profissionais e nem das equipes, pois, no cotidiano do trabalho, eles estão estruturados numa lógica quantitativa e com pouca abertura para mudanças e interpretações de acordo com as especificidades locais, ou de acordo com a atuação das categorias profissionais presentes na ESF.

Dejours (2008) relata que no setor de serviços, a maioria das atividades envolve uma relação entre produtor e cliente ou prestador e usuário, como é o caso do setor público da saúde. Dessa forma, essas atividades têm uma dinâmica que pressupõe a “cooperação do beneficiário na própria produção do serviço” (DEJOURS, 2008, p.61), diferindo esta atividade do setor produtivo clássico, como a indústria e a agricultura.

Longe de esgotar essa discussão, é necessário apresentar algumas ponderações apontadas por esse autor, sobre “a avaliação por desempenho” para o setor de serviços. Segundo ele, há uma discrepância entre o trabalho prescrito e o efetivo, como se houvesse um espaço que não pode ser preenchido de antemão entre esses dois. Logo, o “trabalhar” seria o preenchimento deste espaço, tendo em vista que inúmeros fatores interferem nas situações de trabalho, como eventos inesperados, experiência do trabalhador, questões de equipe e de chefia, inclusive do próprio cliente/usuário, entre outras.

Sendo assim, Dejours (2008) afirma que as tarefas ligadas aos serviços “requerem uma mobilização subjetiva por parte do trabalhador em registros invisíveis, uma vez que são relacionais e até mesmo intersubjetivos” (DEJOURS, 2008, p.62), ou seja, em muitas situações só é avaliado o que é visível, como o número de atendimentos ou o volume de

tratamentos, por exemplo, havendo uma desconexão com a realidade do trabalho. Nesse sentido, o autor afirma que em relação às atividades de serviço ou às relações de serviço, ainda se precisa avançar bastante nos estudos sobre métodos de avaliação para a melhor compreensão do conteúdo dessas atividades.

No que se refere à avaliação do trabalho em saúde, autores como Lins & Cecílio (2008) e Fonseca (2013) afirmam que ela deveria reconhecer e respeitar as singularidades e as dinâmicas das instituições, criando modos próprios de alcançar suas finalidades nos seus contextos específicos, com a produção de sentidos para esses modos de agir como parte de um processo necessário de transformação das práticas de saúde.

Assim sendo, essas práticas avaliativas poderiam potencializar a capacidade de questionar o Sistema Único de Saúde (SUS) e sua relação com a sociedade, incentivando que os trabalhadores de saúde possam ter um compromisso efetivo com as necessidades dos usuários.

4.7. AS PENOSIDADES NO COTIDIANO DO TRABALHO DA EQUIPE CUBA

Nas seções anteriores, se procurou mostrar como os dispositivos de gestão – contratualmente estabelecidos ou não – repercutem sobre a subjetividade dos trabalhadores da equipe Cuba, discutindo suas implicações no cotidiano de trabalho. Esta discussão permite retomar a categoria *penosidade*, na concepção de Linhart (2011), compartilhada por autores como Fortino (2012) e Metzger (2011), que discutem, por exemplo, os aspectos que podem exacerbar o sofrimento ou o mal-estar na rotina de trabalho, ou quais os gatilhos para esse processo, podendo inclusive ressoar na saúde dos sujeitos envolvidos.

Linhart (2011) ressalta que as penosidades sempre estiveram presentes no mundo do trabalho, tendo sido analisadas por vários autores, como Jean-Daniel Reynaud, Gilbert de Terssac, Philippe Bernoux. Em síntese, todos ressaltam que o cotidiano do trabalho sempre foi permeado por uma mobilidade cognitiva e subjetiva do trabalhador, e que sempre ocorreram desacordos, restrições e dificuldades impostas aos indivíduos, tornando a vivência do trabalho não apenas como algo sentido e vivenciado coletivamente, mas como algo singular para cada sujeito.

Ao longo da pesquisa de campo na Clínica Fidel Castro, algumas situações que foram apresentadas pela equipe Cuba podem ser tomadas como penosidades, como a exigência constante de mudança, implicando na polivalência e sobrecarga para os trabalhadores; a

jornada de trabalho considerada muito longa; a demanda de interação constante com os usuários; e o estresse exacerbado.

A análise dos diversos aspectos destacados ao longo dessa discussão sobre o cotidiano do trabalho da equipe Cuba permite distinguir as implicações da jornada de trabalho e da contínua interação com os usuários como “velhas penosidades”, tendo em vista que há uma sensação de conformidade e até compreensão dessas situações. Isso pode ter relação com o imaginário vivenciado por essas trabalhadoras, devido a várias possibilidades que podem incluir aspectos como a experiência pessoal ou de vida destas trabalhadoras com o ramo de serviços e até com o próprio SUS; os acordos de trabalho concretizados pelos contratos legais ou editais de seleção; e até a representação social construída pela sociedade em relação ao funcionamento dos serviços públicos de saúde. Ressalta-se que muitos aspectos sobre a jornada de trabalho e as atribuições de cada profissional de saúde na atenção básica estão disponíveis na PNAB, publicada em 2012.

Já as novas penosidades são acarretadas pela gestão gerencialista, e estariam relacionadas à polivalência, à mudança permanente de funções e à intensa demanda de trabalho, aspectos destacados com certa frequência pelas entrevistadas. Suas falas sugerem que esses aspectos fogem do seu controle, e que isso traz algum tipo de desacordo em relação ao que elas pensam que seria a melhor forma de organização do trabalho, ou sobre a qualidade do serviço que prestam. Por exemplo, o fato dessas trabalhadoras estarem sempre executando diferentes funções (polivalência) e a constante mudança na organização dos fluxos de trabalho são compreendidos como fatores que atrapalham o seu bom desempenho e que, devido a isso, nem sempre as avaliações correspondem ao trabalho de fato executado. Ressalta-se que a gerente da clínica e a Coordenação da Área Programática (CAP) influenciam para que essas situações ocorram com determinada frequência.

No que se refere à demanda de trabalho, as entrevistadas apontam que diversas situações de diferentes complexidades tornam a jornada de trabalho mais cansativa, sendo que muitas destas não são previstas por elas, o que ocasiona a sensação de insegurança ou até de inutilidade. Elas também apontam que, muitas vezes, o envolvimento empregado para lidar com essas situações não é reconhecido ou avaliado de forma coerente com o que de fato foi executado. Acrescente-se que essa demanda de trabalho é intensificada por outras variáveis como a violência da área adscrita da unidade, bem como as falhas que ocorrem, seja por problemas do prontuário eletrônico, seja pelo preenchimento incorreto deste.

Essas penosidades estão ainda relacionadas ao sistema de avaliação do trabalho, centrado na quantidade de trabalho executado, e não na sua qualidade. Neste caso, a lógica

organizacional da empresa privada está presente no cotidiano desta clínica e da equipe Cuba, através de painéis de indicadores e metas, jargões como “colaborador” e “*accountability*”, e até mesmo a comparação com o funcionamento dessas empresas. Isso vai ao encontro dos estudos de Linhart (2011), Fortino (2011) e Metzger (2011), que apontam que a “modernização do trabalho” resultou em práticas de gestão similares entre serviços prestados por empresas privadas e serviços públicos de gestão estatal ou privatizados, o que se reflete no confronto entre valores e aspectos éticos que são diferentes da lógica privada para a pública. De fato, a realidade do serviço de atenção básica prestado por OSs no Rio de Janeiro gira em torno das contradições cuidado x produtividade, dos conflitos de interesse entre a obtenção de lucro e o compromisso histórico de construção do SUS, dos valores constituídos da Reforma Sanitária e das necessidades sociais em saúde.

Ressalta-se que para o aprofundamento sobre outras penosidades presentes no cotidiano do trabalho das equipes ESF do município do Rio de Janeiro, são necessários mais estudos para a compreensão de questões relacionadas ao gênero, já que empiricamente é perceptível a presença de muitas mulheres compondo essas equipes. Também é necessário investigar o papel dos gerentes na organização do processo de trabalho e as diferenças que existem entre unidades do tipo A e do tipo B e unidades pertencentes a outras áreas programáticas e que estão sobre gerência de diferentes OSs.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve como eixo de análise as penosidades antigas ou novas presentes no cotidiano do trabalho de profissionais de uma EqSF, tendo em vista os novos modelos de gestão e gerenciamento do trabalho, oriundos do fenômeno denominado de “gerencialismo na saúde”, com enfoque na ESF do município do Rio de Janeiro.

Nesse sentido, o aporte teórico percorreu os caminhos no campo da sociologia do trabalho, da psicossociologia e psicodinâmica do trabalho, trazendo as contribuições teóricas dessas áreas de estudo sobre as transformações que ocorrem no setor de serviços na sociedade contemporânea, em virtude da reestruturação produtiva e da fase atual do capitalismo financeiro mundial.

Sendo assim, percebeu-se que mesmo com as especificidades regionais do setor de serviços e da saúde, muitos aspectos da gestão e do gerenciamento do trabalho adotados na ESF do município do Rio de Janeiro são também demonstrados em outros estudos do campo do trabalho no Brasil e em países europeus como a França, Itália e Espanha, nos quais notaram-se a organização flexível e precarizada das relações de trabalho, envolvendo os vínculos trabalhistas frágeis, a polivalência dos trabalhadores e a fragilização dos sindicatos. Nestes estudos, até mesmo as percepções dos trabalhadores a respeito destes modelos se aproximam das percepções que foram apresentadas aqui.

Dessa forma, essas questões corroboram com as análises dos fenômenos da reestruturação produtiva e da diminuição do papel do estado nas políticas públicas, bem como a substituição da gestão destas por entes privados, com a conformação de um Estado gerencial.

Sobre as penosidades no cotidiano do trabalho, percebeu-se que na equipe Cuba há uma compreensão de que a jornada de trabalho na ESF é longa e que o trabalho perpassa pela interação entre os profissionais de saúde e os usuários. Logo, esses aspectos podem ser considerados como velhas penosidades, pois essas percepções já eram presentes no imaginário dessas trabalhadoras, seja por experiência pessoal, ou por informações obtidas em editais de seleção e em regras apresentadas no ato da contratação; ou seja, na própria representação construída na sociedade a respeito do funcionamento dos serviços públicos de saúde no município do Rio de Janeiro.

Dessa maneira, o que é interpretado como novas penosidades por essas trabalhadoras são situações relacionadas à polivalência, à mudança permanente de funções e à demanda de atividades em detrimento da produtividade. Muitas dessas percepções surgiram ao longo do

cotidiano de trabalho, as quais se colocaram a partir de questionamentos e confrontações entre o que as trabalhadoras pensam do que deveria ser o trabalho numa clínica da família, ou o sentido que este adquire para elas com as normas prescritivas, e as situações inesperadas do cotidiano deste trabalho, além da forma como ocorre o gerenciamento deste.

As penosidades estão presentes no trabalho desde o momento que este é permeado e caracterizado por restrições ou desacordos muitas vezes impostos à vontade ou à existência dos indivíduos, ressoando num sentimento de sofrimento ou mal-estar no trabalho. Logo, as penosidades são experimentadas de forma singular pelos sujeitos, e se denotam em virtude das dificuldades dos trabalhadores em lidar com aspectos ou situações que exacerbam esse mal-estar no trabalho, de tal modo que interfira no sentido do trabalho para esses indivíduos de diferentes formas, como na auto-imagem e/ou nos seus valores. Isso pode vir a desencadear uma série de repercussões na vida dos trabalhadores, desde transformar a vivência do trabalho mais difícil ou insuportável, até problemas que possam ser gatilhos para transtornos psicológicos.

Diversos fatores podem influenciar nas penosidades no trabalho, que envolvem a relação entre a subjetividade dos trabalhadores e a organização do trabalho, que há mais de 20 anos vem sofrendo importantes mudanças no bojo da modernização deste e do ascenso da lógica empresarial na produção de bens e serviços, mesclando a lógica taylorista e toyotista de organização do trabalho sem muita distinção entre o setor público e o privado.

A complexidade na compreensão das transformações do mundo do trabalho e dos sentidos que elas têm na contemporaneidade para os trabalhadores influenciam em diversas análises, que perpassam desde a discussão sobre a organização científica do trabalho e os instrumentos de luta dos trabalhadores até a avaliação deste.

Logo, um dos temas que precisa ser mais aprofundado é a avaliação do trabalho, principalmente na lógica dos serviços. Nas entrevistas realizadas com as trabalhadoras da equipe Cuba, bem como na observação de campo, notou-se a insatisfação e o descontentamento com a forma de avaliação do trabalho baseada no desempenho, o que era acompanhado por um sentimento ambíguo em relação ao pagamento de gratificação: em várias ocasiões, foi ressaltada a dificuldade para ter o reconhecimento do trabalho realizado. Isso pode ocorrer devido ao fato dos estudos e métodos de avaliação realizados para a lógica de produção industrial apresentarem diversos limites para a realidade dos serviços.

Dessa forma, um dos aspectos que poderiam auxiliar a pensar na organização do trabalho na ESF, no município do Rio de Janeiro, bem como a sua avaliação, seria a maior participação dos trabalhadores na gestão dos serviços, dentro de uma perspectiva da

valorização do bem público em detrimento das práticas e lógicas organizacionais privadas estabelecidas atualmente pela SMSDC-RJ e as OSs.

Por conseguinte, democratizar a gestão do trabalho e pensar numa lógica mais coletiva do que individual na organização deste é reforçar os valores e os compromissos que foram historicamente constituídos na reforma sanitária e na construção do SUS.

REFERÊNCIAS

ALVES, G. **Trabalho e subjetividade**: o espírito do toyotismo na era do capitalismo manipulatório. 1. ed. São Paulo: Boitempo, 2011.164 p.

_____. **Dimensões da reestruturação produtiva**: Ensaios de sociologia do Trabalho. 2. ed. Londrina: Praxis, 2007. 288 p.

_____. **Dimensões da Precarização do Trabalho**: Ensaios de sociologia do Trabalho. 1. ed. Bauru: Canal 6 (Projeto Editorial Praxis), 2013. 240 p.

ALVES, W. F. Crítica à razão gestonária na educação: o ponto de vista do trabalho. **Rev. Bras. Educ.**, v. 19, n. 56, 2014.

AMIN,S. **El Capitalismo Contemporáneo**. Barcelona: El Viejo Topo, 2012. 188 p.

AMORETTI, R. A educação médica diante das necessidades sociais em saúde. **RevBrasEduc Med**. 2005; 29:(2):136 -146.

ANTUNES, C. Considerações sobre trabalho. precarização, alienação e subjetividade. In: ANTUNES, R. (Org.). **Riqueza e miséria do trabalho no Brasil III**. São Paulo: Boitempo, 2014. Cap. 10. p. 121-135.

ANTUNES, R.; DRUCK, G. A epidemia da terceirização. In: ANTUNES, R. (Org.). **Riqueza e miséria do trabalho no Brasil**. São Paulo: Boitempo, 2014. Cap. 1. p. 13-24.

AZEVEDO, C. da Silva. A Sociedade Contemporânea e as Possibilidades de Construção de Projetos Coletivos e de Produção do Cuidado nos Serviços de Saúde. In: AZEVEDO, C. da Silva; SÁ, M de Castilho. **Subjetividade, Gestão e Cuidado em Saúde**: Abordagens da psicossociologia. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013. Cap. 2. p. 51-74.

BATISTA JÚNIOR, Francisco. O SUS e as Transformações do Trabalho em Saúde. In: BRAGA, I.F.et al. **O Trabalho no Mundo Contemporâneo**: fundamentos e desafios para a saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz/EPSJV, 2016. Cap. 5. p. 129-148.

BRAGA, J.C. de S., PAULA,S.G de. **Saúde e previdência**: Estudos de política social. São Paulo: Cesbes-Hucitec, 1981.

BRAGA, R.; SANTANA, M. A. Sociologia pública: engajamento e crítica social em debate. **Cad. CRH**, Salvador , v. 22, n. 56, p. 223-232, Aug. 2009 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-49792009000200001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 Ago. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-49792009000200001>.

BRANDÃO, C. R. Reflexões sobre como fazer trabalho de campo. **Sociedade e cultura**, Goiânia, v. 10, n 1,p.11-27,2007.

BRASIL. Ministério da Saúde.**Saúde da família**:uma estratégia de reorientação do modelo assistencial. Brasília.1998.

_____. Ministério da Saúde. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. v. 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. (Cadernos de Atenção Básica, n. 39). Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/cab39>>. Acesso em: 05 set. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 12 de outubro de 2014.

BRITOS, Nora. **Trabajo social, trabajo de servicios. Algunos problemas en la comprensión de los determinantes del trabajo profesional**. 2004. Disponível em: <<http://reco.concordia.ca/pdf/Britos04trabajo%20social.pdf>>. Acesso em: 14 fev. 2017.

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

CARDOSO, F. M. **A Saúde entre negócios e a questão social: privatização, modernização e segregação na ditadura civil-militar (1964-1985)**. 1. ed. São Paulo: Hucitec, 2013. 240 p.

CARNEIRO, C. C. G. **O trabalho do Agente Comunitário de Saúde e suas determinações: um estudo de caso do município do Rio de Janeiro**. 2013. 125 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <<http://saudepublica.bvs.br/pesquisa/resource/pt/tes-5583>>. Acesso em: 20 mar. 2016.

CARREIRO, G. S. P. et al. O processo de adoecimento mental do trabalhador da Estratégia Saúde da Família. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 15, n. 1, p. 146-55, 2013.

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

CHINELLI, F.; VIEIRA, M.; DELUIZ, N. Conceito de qualificação e a formação para o trabalho em Saúde. In: MOROSINI, M. G. V. et al. (org.). **Trabalhadores técnicos da saúde: aspectos da qualificação profissional no SUS**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2013.

CONTREIRAS, H.; MATTA, G. C. Privatização da gestão do sistema municipal de saúde por meio de Organizações Sociais na cidade de São Paulo, Brasil: caracterização e análise da regulação. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 2, p. 285-297, fev. 2015.

CORBO, A. M. D'A., PONTES, A., MOROSINI, M. V. G. C. Saúde da família: construção de uma estratégia de atenção à saúde. In: MOROSINI, M. V. G. C., CORBO, A. (Orgs.). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro, Ed: EPSJV/Fiocruz, 2007, p.69-106.

CORREIA, M.V. C., SANTOS, V. M dos. Privatização da Saúde via novos modelos de gestão: Organizações Sociais (OSS) em questão. In: BRAVO, M.I S. ANDREAZZI, M.F.S, MENEZES, J.S.B. LIMA, J.B. SOUZA, R.O.(Orgs.). **A mercantilização da saúde em debate: as Organizações Sociais no Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro:UERJ/Rede Sirius, 2015.120p.

COSTA E SILVA, V.; ESCOVAL, A.; HORTALE, V. A. Contratualização na Atenção Primária à Saúde: a experiência de Portugal e Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 8, p. 3593-3604, 2014.

CURITIBA. Coordenação do Acesso e Vínculo. Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba. **Novas possibilidades de organizar o Acesso e a Agenda na Atenção Primária à Saúde**. Curitiba: Departamento de Atenção Primária à Saúde, 2014. 29 p. Disponível em: <http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/images/cartilha_acesso_avançado_05_06_14.pdf>. Acesso em: 05 jun. 2014.

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

_____. **Trabalho, Tecnologia e Avaliação**: Avaliação do trabalho submetida à prova do real. São Paulo: Blucher, 2008. (Cadernos de TTO, n 2).

_____. **A banalização da injustiça social**: crítica ao padrão emergente de intervenção social. 7. ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007. 160 p.

_____. Subjetividade, trabalho e ação. **Production**, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 27-34, dez. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65132004000300004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 maio 2017.

_____. Christophe Déjours. **Ágora**, Rio de Janeiro, v.4, n.2, jul./dez. 2001. Entrevista concedida a Marta Rezende Cardoso.

_____. **A banalização da injustiça social**. Rio de Janeiro: Editora da FGV; 1999

DE LIMA, J.B.L., BRAVO, M.I.S. O percurso do financiamento das organizações sociais no município do Rio de Janeiro. In: BRAVO, M.I S. ANDREAZZI, M.F.S, MENEZES, J.S.B. LIMA, J.B. SOUZA, R.O.(Orgs.). **A mercantilização da saúde em debate**: as Organizações Sociais no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro:UERJ/Rede Sirius, 2015. 120p.

DIAS, N. O mundo do Trabalho: desafios para trabalhadores e gestores da saúde. In: BRAGA, Ialê Falleiros et al. (Orgs.). **O Trabalho no Mundo Contemporâneo**: fundamentos e desafios para a saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/EPSJV, 2016.

DIEESE (Departamento Intersindical de Estatísticas e Estudos Socioeconômicos). **O Trabalho na Saúde – 1998-2008**. São Paulo: Dieese, 2009. 11 p. (Boletim Trabalho na Saúde). Disponível em: <www.dieese.org.br/estudosetorial/2009/2009pedsetoriaissaude.pdf>. Acesso em: 01 mar. 2016.

DRUCK, Graça. A precarização social do trabalho no Brasil. In: ANTUNES, Ricardo (Org.). **Riqueza e miséria do trabalho no Brasil II**. São Paulo: Boitempo, 2013. Cap. 4. p. 55-73.

ENRIQUEZ, E. O indivíduo preso na armadilha da estrutura estratégica. **Rev. adm. empres.** São Paulo, v. 37, n. 1, p. 18-29, mar. 1997. Disponível em

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75901997000100003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 14 fev. 2017.

_____.; CARRETEIRO, T. C. Reconhecimento e resistências nas sociedades contemporâneas. In: AZEVEDO, C. da Silva; SÁ, M de Castilho. **Subjetividade, Gestão e Cuidado em Saúde: Abordagens da psicossociologia**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013. p. 75-87.

_____.; CASTILHO, P. T. Acerca da psicologia social, da análise institucional, da psicossociologia e da esquizoanálise. **Psicol. rev.**, Belo Horizonte, v. 12, n. 20, p. 263-272, dez. 2006.

FERREIRA, A.C. **Para uma concepção decente e democrática do trabalho e dos seus direitos: (Re) pensar o direito das relações laborais**. In: Boaventura SS, organizador. **A Globalização e as Ciências Sociais**. 3ª Edição. São Paulo: Cortez; 2005. p. 257-300.

FONSECA, A.F. **O trabalho do agente comunitário de saúde: implicações da avaliação e da supervisão na educação em saúde**. 2013. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. 2013, 233p.

FORTINO, S. Processo de vulnerabilização e danos ao ofício: a Modernização do Trabalho em questão. **RBSO**, v. 37, n. 126, p. 213-224, 2012.

_____.; LINHART.D. **Trabalho contemporâneo: sentidos e novas formas de penosidade**-SabineFortino., (Apresentação), 2009. Disponível em: <<http://www4.ensp.fiocruz.br/biblioteca/home/exibedetalhesBiblioteca.cfm?ID=8894>> Acesso em: 20 de janeiro de 2017.

GIRARDI, S. et al. O trabalho precário em saúde: tendências e perspectivas na Estratégia da Saúde da Família. **Divulgação em saúde para debate**, Rio de Janeiro, n. 45, p. 11-23, 2010.

HARZHEIM, E. (Org.). **Reforma da Atenção Primária à Saúde na cidade do Rio de Janeiro – avaliação dos primeiros três anos de Clínicas da Família**. Porto Alegre: OPAS, 2013. 84 p.

HARVEY, D. **O neoliberalismo: história e implicações**. Ed. Loyola. São Paulo. 2008.

_____. **Condição Pós-moderna**. Uma Pesquisa sobre as Origens da Mudança Cultural. 24ª ed. Ed. Loyola. São Paulo. 2013.

HARZHEIM, E. (Org.). **Reforma da Atenção Primária à Saúde na cidade do Rio de Janeiro – avaliação dos primeiros três anos de Clínicas da Família**. Porto Alegre: OPAS, 2013. 84 p. Disponível em: <http://www.sbmfc.org.br/media/file/reforma_atencao.pdf>. Acesso em: 16 Abr. 2016.

HELOANI, R.; SILVA, E.P. e. Sobre um Modelo Teórico-Metodológico de Intervenção Institucional: Reflexões Acerca de suas Possibilidades e Limites. In: VILARTA, R.; GUTIERREZ, G.L. (Org.). **Qualidade De Vida No Ambiente Corporativo**. Campinas: Ipes Editorial, 2008. p. 25-35.

HIRATA, H. Da polarização das qualificações ao modelo de competência. In: Ferreti, C. et al. **Novas tecnologias, trabalho e educação: um debate interdisciplinar**. Petrópolis, RJ. Ed: Vozes, 1994.

KREIN, J. D. **Tendências Recentes nas relações de Emprego no Brasil. 1990-2005**. 319p. Tese (Doutorado em Economia Aplicada) – Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2007.

LHUILIER, D. Introdução à psicossociologia do trabalho. **Cad. psicol. soc. trab.**, São Paulo, v. 17, n. spe., p. 5-20, jun. 2014. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-37172014000100003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 15 de jan. 2017.

LIMA, L. C. de A. O compromisso ético político do psicólogo terceirizado na política pública de saúde no município de São Paulo. 2016. 168 f. Tese (Doutorado em Psicologia Social) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2016.

LIMA, J. C. F. **Política de Saúde e Formação Profissional dos Trabalhadores Técnicos de Enfermagem**. Tese (Doutorado em Educação). Rio de Janeiro: Faculdade de Educação, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2010.

LINHART, D. **A desmedida do capital**. Tradução de Wanda Caldeira Brant. São Paulo: Boitempo, 2007. 248 p.

_____. Entrevista: Danièle Linhart. **Trab. educ. saúde (Online)**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 149-160, Junho, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462011000100011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 jan. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462011000100011>.

_____. Modernização e Precarização da vida no Trabalho. In: ANTUNES, R. (Org.). **Riqueza e miséria do trabalho no Brasil III**. São Paulo: Boitempo, 2014. Cap. 4. p. 45-54.

_____. Uma abordagem sociológica das novas penosidades no trabalho. **Seminário Internacional “Organização e condições do trabalho moderno: emprego, desemprego e precarização do trabalho”**. Unicamp, Campinas, SP, Brasil. 2010b (mimeo), 2010.

LINS, A. M.; CECILIO, L. C. de O. O discurso da institucionalização de práticas em saúde: uma reflexão à luz dos referenciais teóricos das ciências humanas. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 483-499, 2008.

MARCELINO, P. R. P. **Trabalhadores Terceirizados e Luta Sindical**. Curitiba: Apris, 2013. 310 p.

MATOS, I. B.; TOASSI, R. F. C.; OLIVEIRA M. C. Profissões e ocupações de saúde e o processo de feminização: tendências e implicações. **Athenea Digital**, Barcelona, v. 13, n. 2, 2013. pp. 239-244.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 14 ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MACHADO, M. H.; OLIVEIRA, E. S; MOYSES, N. M. N. Tendências do Mercado do Trabalho em Saúde no Brasil. In: PIERANTONI, Celia; DAL POZ, Mario Roberto; FRANÇA, Tania (Orgs.). **O Trabalho em Saúde**: abordagens quantitativas e qualitativas. Rio de Janeiro: CEPESC, 2011, v. 1, pp. 103-116.

MARTINS, M. I. C.; CARNEIRO, C. C. G. Política de Gestão do Trabalho e a Atenção em Saúde: um estudo de caso sobre a experiência de contratualização da Atenção Básica no Município do Rio de Janeiro. **CICS-Publicações/eBooks**, 2014. Disponível em: <http://revistacomsoc.pt/index.php/cics_ebooks/article/view/1901> Acesso em: 16 Abr. 2016.

MARTINS, M. I. C.; MOLINARO, A. Reestruturação produtiva e seu impacto nas relações de trabalho nos serviços públicos de saúde no Brasil. **Ciênc. Saúdecoletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1667-1676, jun. 2013.

MATIAS, M. C. M., WOLFF, S., MALINOWSKI, M. L. A saúde do trabalhador da saúde: impactos da reestruturação produtiva no campo da Atenção Básica. In: SEMINARIO DE SAUDE DO TRABALHADOR DE FRANCA, 7., 2010, Franca. **Anais eletrônicos**. Unesp Franca, Disponível em: <http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC000000011201000100010&lng=es&nrm=abn>. Acesso em: 23 Nov. 2015.

MATTA, R. da. Ofício do etnólogo ou como ter antropological blues. In: **Aventura Sociológica**. Rio de Janeiro, Zahar, 1978, p.23-35.

METZGER, J.L. Mudança permanente: fonte de penosidade no trabalho?. **Rev. bras. saúde ocup.**, São Paulo, v. 36, n. 123, p. 12-24, Junho 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572011000100003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 14 dezembro 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0303-76572011000100003>.

MÉSZAROS, Istvan. Desemprego e precarização: um grande desafio para a esquerda. In: ANTUNES, Ricardo (Org.). **Riqueza e miséria do trabalho no Brasil**. São Paulo: Boitempo, 2006. Cap. 2. p. 27-44.

MIRANDA, A.H. de. **Reconocimiento Jurídico y Social del Trabajo Penoso**. 2015. 285 f. Tese (Doutorado) - Facultad de Derecho y Ciencias Sociales, Universidad Castilla de La Mancha, Ciudad Real, 2015.

MONTAÑO, C. **Terceiro setor e questão social**: crítica ao padrão emergente de intervenção social. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2010. 288 p.

MOROSINI, M. V. G.C. **Educação e trabalho em disputa no SUS**: a política de formação dos agentes comunitários de saúde. Rio de Janeiro: EPSJV, 2010.

OFFE, C. **Trabalho e Sociedade**: problemas estruturais e perspectivas para o futuro da sociedade do trabalho. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1991.

PAIM, J. S. Reforma sanitária brasileira: avanços, limites e perspectivas. In: MATTA, G. C., FRANÇA LIMA, J.C.(Orgs.). **Estado, sociedade e formação em saúde**: contradições e desafios em 20 anos de SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz/EPSJV, 2008, p.91-122.

PEREIRA, I. B., RAMOS, M. **Educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: Ed:Fiocruz, 2006, 120p.

PIERANTONI, C. R. Recursos humanos e gerência no SUS. IN: NEGRI, B.; FARIA, R.; VIANA, A. L. D. (orgs.). **Recursos humanos em saúde**: política, desenvolvimento e mercado de trabalho. Campinas: Unicamp; 2002. p. 221-56

PIRES, D. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. 2.ed. São Paulo, Ed: Annablume, 2008.

POCHMANN, M. **Sindeepres 15 anos – a superteceirização dos contratos de trabalho**. 2007. Disponível em: <http://www.bancax.org.br/br/admin/noticias/arquivos/5be45325eb3947d508e7b2cb2c37069f1601_arqui.pdf>. Acesso em 12 jan. 2017.

RAMOS, M. N. **A pedagogia das competências: autonomia ou adaptação?** São Paulo. Ed: Cortez, 2001.

_____. **Trabalho, educação e correntes pedagógicas no Brasil**: estudo a partir da formação dos trabalhadores técnicos da saúde. 2. ed. Rio de Janeiro: EPSJV/UFRJ, 2010. 290 p.

RANIERI, J. O fenômeno do estranhamento e a atualidade do conteúdo da crítica ao capital: ainda Marx. In: ANTUNES, R. (org.) **Riqueza e miséria do trabalho no Brasil III**. São Paulo: Boitempo, 2014.

RIBEIRO, S. F. R., MARTINS, S. T. F. Sofrimento psíquico do trabalhador da saúde da família na organização do trabalho. **Psicologia em Estudo**, v. 16, n. 2, p. 241-250, 2011.

RIO DE JANEIRO (cidade). Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. Superintendência de Atenção Primária. **Guia de Referência Rápida**. Carteira de serviços: relação de serviços prestados na atenção primária à Saúde. Rio de Janeiro: SMSDC-RJ, 2011. Disponível em: <<http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/137240/DLFE-228987.pdf/1.0>>. Acesso em: 09 ago. 2017

_____. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. Superintendência de Atenção Primária. **Manual de Orientações para a expansão das clínicas da família**. Rio de Janeiro: SMSDC-RJ, 2010. Disponível em: <http://subpav.org/download/biblio/SUBPAV_Manual_de_Orientacoes_para_Expansao_das_Clinicas_da_Familia.pdf>. Acesso em: 09 ago. 2017

_____. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. **Plano Municipal de Saúde (2010-2013)**: documento síntese, 2009. Disponível em: <<http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/3700816/4130215/PLANOMUNICIPALDESAUDE20102013.pdf>>. Acesso em: 08 ago. 2017

_____. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. **Plano Municipal de Saúde (2014-2017)**: documento síntese, 2013. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/3700816/4128745/PMS_20142017.pdf>. Acesso em: 08 ago. 2017

_____. **Saúde divulga calendário do 2º ciclo dos seminários de gestão – Accountability**. 2014. Disponível em: <<http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/exibeconteudo?id=4862774>>. Acesso em: 19 ago. 2016.

_____. **Lei nº 5.026, de 19 de Maio de 2009**. Dispõe sobre a qualificação de Organizações Sociais e dá outras providências, 2009. Disponível em: <http://smaonline.rio.rj.gov.br/legis_consulta/31548Lei%205026_2009.pdf>. Acesso em: 07 set. 2017.

_____. **Decreto nº 30.780 de 02 de Junho de 2009**. Regulamenta a Lei Municipal nº 5026, de 19 de maio de 2009, que dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais e dá outras providências. Disponível em: <http://smaonline.rio.rj.gov.br/legis_consulta/31547Dec%2030780_2009.pdf> Acesso em: 07 set. 2017.

SÁ, M. de Castilho; AZEVEDO, C. da Silva. Subjetividade e Gestão: explorando as articulações psicossociais no trabalho gerencial e no trabalho em saúde. In: AZEVEDO, C. da Silva; SÁ, M. de Castilho. **Subjetividade, Gestão e Cuidado em Saúde**: Abordagens da psicossociologia. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013. Cap. 1. p. 33-50.

SANO, H.; ABRUCIO, F.L. The promises and results of new public management in Brazil: the case of social health organizations in São Paulo. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 48, n. 3, p. 64-80, 2008.

SANTANA, M. A., RAMALHO, J.R. **Sociologia do trabalho no mundo contemporâneo**. 3.ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2010.

SATO, L. As implicações do conhecimento prático para a vigilância em saúde do trabalhador. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, 1996, p. 489-495.

SAVIANI, D. Trabalho e educação: fundamentos ontológicos e históricos. **Revista Brasileira de Educação**, Rio de Janeiro, v.12, n.34, jan./abr.2007.

_____. Perspectiva marxiana do problema subjetividade-intersubjetividade. **Crítica ao fetichismo da individualidade**. Campinas: Autores Associados, 2004.

_____; DUARTE, N. A formação humana na perspectiva histórico-ontológica. **Revista Brasileira de Educação**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 45, p. 422-433, 2010.

SAYD, J.D., VIEIRA JR., L., VELANDIA, I. C. Recursos humanos nas conferências nacionais de saúde (1941 a 1992). **Physis**, Rio de Janeiro, v. 8, p. 165-198, 1998.

SENNETT, Richard. **A Corrosão do caráter**: conseqüências pessoais do trabalho no novo capitalismo. Trad. Marcos Santarrita. Rio de Janeiro: Record, 1999.

SORANZ, D.; PINTO, L.F.; PENNA, G.O. Eixos e a Reforma dos Cuidados em Atenção Primária em Saúde (RCAPS) na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1327-1338, Maio 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000501327&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 de maio de 2016.

SOUZA, M. A. S. L. de. Trabalho em Saúde: como a lógica mercantil determina seu processo de precarização. In: BRAGA, I. F. et al. **O Trabalho no Mundo Contemporâneo: fundamentos e desafios para a saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/EPSJV, 2016. Cap. 4. p. 109-128.

TANIGUTI, G. T.; TSUNODA, F. S.; DOS SANTOS, W. E. F. Entrevista com Michael Burawoy. **Plural**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 149-160, 2012.

TEIXEIRA, M. **Desenhos Institucionais e Relações de Trabalho no Setor Público de Saúde**. Tese de doutorado. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, 2015.

TRINDADE, L. L., LAUTERT, L., BECK, C. L. C. Mecanismos de enfrentamento utilizados por trabalhadores esgotados e não esgotados da estratégia de saúde da família. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 5, p. 607-612, 2009.

VASAPOLLO, L. O trabalho atípico e a precariedade: elemento estratégico determinante do capital no paradigma pós-fordista. In: ANTUNES, R. (Org.). **Riqueza e miséria do trabalho no Brasil**. São Paulo: Boitempo, 2006. Cap. 3. p. 45-57.

VELHO, G. Observando o familiar. In: **Individualismo e Cultura: Notas para uma antropologia da sociedade contemporânea**. Rio de Janeiro. Zahar, 1994. p. 121-132.

VIANA, A.L.D., DAL POZ M.R. **Reforma em Saúde no Brasil: programa saúde da família – informe final**. Rio de Janeiro: IMS, UERJ, 1988. (Série Estudos em Saúde Coletiva).

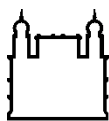
VIEIRA-DA SILVA, 2014. L. M. **Avaliação de políticas e programas de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014, 110p.

VIEIRA, M.; CHINELLI, F.; LOPES, M.R. O trabalho e a educação na saúde: a "questão dos recursos humanos". In: VIEIRA, M.; DURÃO, A.V.; LOPES, M.R. **Trabalho e qualificação dos agentes comunitários de saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2011. p. 79-117.

VIEIRA, M.; DURÃO, A.V.; LOPES, M.R. (orgs.). **Para além da comunidade: trabalho e qualificação dos agentes comunitários de saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2011.

WERMELINGER, M. et al. A Força de Trabalho do Setor de Saúde no Brasil: Focalizando a Feminização. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 45, p. 55-71, abr. 2010.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

Coordenação do Programa
de Pós-Graduação em Educação
Profissional em Saúde



ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE
JOAQUIM VENÂNCIO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado participante,

Eu Renato Penha de Oliveira Santos, discente do Curso de Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde, da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio Cruz (EPSJV/FIOCRUZ), convido você a participar da pesquisa **“Metas, pra quê te quero?” Algumas reflexões sobre os novos modelos de gestão e os seus efeitos sobre os trabalhadores de equipes da Estratégia Saúde da Família no município do Rio de Janeiro.** Esta pesquisa tem como objetivo: **Identificar e analisar os efeitos dos novos modelos de gestão e gerenciamento do trabalho contemporâneo sobre a saúde dos trabalhadores de uma equipe da Estratégia Saúde da Família.**

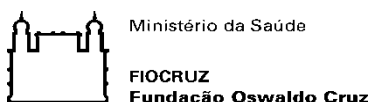
A sua participação é voluntária e consistirá em responder perguntas de um roteiro de entrevista individual ao pesquisador do projeto em um espaço reservados sem interferência de outras pessoas, garantindo-lhe privacidade, e as informações fornecidas serão confidenciais.

Nesse momento peço-lhe também autorização para gravar a entrevista em aparelho de áudio portátil, que serão depois transcritas para arquivos digitais que ajudará na adequada interpretação e análise dos dados, porém somente o pesquisador e sua orientadora terão acesso, e ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos.

É importante também lhe informar que a qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar ao pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste termo, e assim como, poderá se retirar da pesquisa sem nenhum dano para sua pessoa. Informo-lhe ainda, que você não receberá pagamento em dinheiro ou de outra forma em troca pela sua participação, bem como não terá nenhum gasto decorrente da sua colaboração neste estudo, além disso, todos os procedimentos adotados obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução no. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Os benefícios relacionados com a sua colaboração nesta pesquisa é o de fornecer informações importantes para pesquisa na área da saúde, sobre as características do novo modelo de gestão e gerenciamento da unidade de saúde da família onde a pesquisa será realizada; das condições sociais, laborais e da saúde dos trabalhadores de uma equipe da estratégia saúde da família; dos efeitos do novo modelo de gestão e gerenciamento do trabalho da equipe selecionada.

Rubrica pesquisador: _____ Rubrica participante: _____



Coordenação do Programa de
Pós-Graduação em Educação
Profissional em Saúde



Os riscos que podem surgir a partir deste estudo serão mínimos, e consistem no desconforto em informar aspectos pessoais e da rotina de seu trabalho, porém serão contornados quando pelo o sigilo, evitando-se a identificação no roteiro escrito da entrevista, e para isso cada entrevistado receberá um código, assim como sua voz na gravação será modificada.

Os resultados deste estudo serão divulgados em palestras dirigidas ao público participante, relatórios individuais para os entrevistados, artigos científicos e na dissertação do mestrado.

Consentimento Livre e Esclarecido

Declaro que li as informações acima sobre o projeto, e que me sinto perfeitamente esclarecido(a) sobre o conteúdo do mesmo, ficando explícitos os propósitos do trabalho, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes.

AUTORIZO a gravação da entrevista individual a ser realizada, bem como o registro escrito e o uso dos dados e documentos obtidos a partir dos encontros, para serem utilizados na divulgação à comunidade científica em geral e/ou apenas para uso interno desta instituição, desde que não haja desvirtuamento da sua finalidade científica e que não ocorra o uso público das gravações de áudio, ainda que sob descaracterização da voz. Confiro que este termo foi redigido em duas vias, que serão assinadas por mim e rubricadas pelo pesquisador, e uma delas ficará comigo.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da EPSJV. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade.

Contato do Comitê de Ética

Tel - (21) 3865-9705

E-Mail: cep@epsjv.fiocruz.br

Endereço: Av. Brasil, 4365 - Manginhos, Rio de Janeiro - RJ, 21045-900

RENATO PENHA DE OLIVEIRA SANTOS

(PESQUISADOR RESPONSÁVEL)

Contato com o pesquisador responsável

Tel: (21) 965529120

e-mail: renatopenha_s@hotmail.com

Rio de Janeiro, ___/___/2016

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

(Assinatura do participante da pesquisa)

Nome do participante:

Rubrica do participante _____ Rubrica do pesquisador _____

APÊNDICE B –ROTEIRO DE ENTREVISTA

Código do Entrevistado: Nº _____

- 1-Idade: Até 25() De 26 a 30 () De 31 a 40 () De 41 a 45 () acima de 45()
- 2- Gênero: Feminino () Masculino ()
- 3-Profissão:
- 4-Tempo de Formado (anos):
- 5-Qualificação profissional: Espec. SF ou afins () Resid. SF ou afins() Mest. SF ou afins () Dout. ou afins () Outros (), no caso especificar:
- 6- Tempo de trabalho na SF: menos de 2 () De 3 a 5 () De 6 a 8 () De 9 a 10 () acima de 10 ()
- 7- Você é sindicalizado? Sim () Não()
Se sim, qual sindicato e há quanto tempo?
- 8-Quais são as suas motivações para trabalhar numa da clínica da família?
- 9-Como você sabe quais atividades e ações têm que ser realizadas por uma equipe da clínica da família?
- 10-O que você acha da sua jornada e da demanda de trabalho na clínica da família?
- 11-Como você definiria um bom desempenho no trabalho? (Identificar a percepção do trabalhador acerca das formas de avaliação do trabalho).
- 12-O que você entende por *Accountability*?
- 13-Pra você, qual é a finalidade/objetivo de preencher o Prontuário eletrônico?
- 14-Como você faz para atingir as metas mais difíceis?
- 15-O que você sente quando não consegue atingir alguma meta ou não recebe gratificação financeira das metas? (Identificar o conhecimento acerca do modelo de pagamento por desempenho de acordo com as variáveis (V1,V2,V3),o envolvimento e as repercussões no processo de trabalho da equipe para o alcance dessas gratificações).
- 16-Como é a relação dentro da equipe e com a gerência em relação ao *Accountability* e as metas?

APÊNDICE C – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

Projeto submetido à avaliação na Plataforma Brasil em 05/09/2016, tendo recebido parecer favorável em 18/10/2016.

Número do CAAE: 57507716.8.3001.5279.

Informações disponíveis em:

<http://aplicacao.saude.gov.br/plataformabrasil/visao/pesquisador/gerirPesquisa/gerirPesquisaAgrupador.jsf>