

Bruna Ballarotti

**PERCEPÇÃO DE MÉDICOS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO: O COTIDIANO DO
TRABALHO MÉDICO SOB A GESTÃO DE ORGANIZAÇÕES SOCIAIS**

Dissertação apresentada à Universidade
Federal de São Paulo - Escola Paulista de
Medicina, para obtenção do título de
Mestre em Ciências.

São Paulo

2015

Bruna Ballarotti

**PERCEPÇÃO DE MÉDICOS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO: O COTIDIANO DO
TRABALHO MÉDICO SOB A GESTÃO DE ORGANIZAÇÕES SOCIAIS**

Dissertação apresentada à Universidade
Federal de São Paulo - Escola Paulista de
Medicina, para obtenção do título de
Mestre em Ciências.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Virgínia Junqueira

São Paulo
2015

Ballarotti, Bruna

Percepção de médicos da Estratégia de Saúde da Família do Município de São Paulo: o cotidiano do trabalho médico sob a gestão de Organizações Sociais / Bruna Ballarotti. - São Paulo, 2015

xiii, 93f

Tese (Mestrado) - Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

Título em inglês: Physician's perceptions of Family Health Strategy in São Paulo: the daily medical work under the management of Social Organizations

1. SUS. 2. Organização Social. 3. Estratégia de Saúde da Família.

Universidade Federal De São Paulo
Escola Paulista de Medicina
Departamento de Medicina Preventiva
Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva

Chefe do Departamento: Prof.^a. Dr.^a. Rebeca de Souza e Silva

Coordenador do curso de pós-graduação: Prof.^a. Dr.^a. Suely Godoy Agostinho
Gimeno

BRUNA BALLAROTTI

**PERCEPÇÃO DE MÉDICOS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO:
o cotidiano do trabalho médico sob a gestão de Organizações
Sociais**

Presidente da banca:

Profa. Dra. Virginia Junqueira

Banca examinadora:

Dr. Nicanor Rodrigues da Silva Pinto

Prof. Dr. Mário César Scheffer

Profa. Dra. Maria de Fátima Siliansky de Andreazzi

Profa. Dra. Patrícia Martins Goulart

Às mulheres

AGRADECIMENTOS

Foram três anos de caminhada, em que o mestrado, o trabalho na Estratégia de Saúde da Família e a militância se intercalaram e se embolaram muitas vezes.

Agradeço a Virginia, pela compreensão das minhas limitações, pela sabedoria, pela serenidade, pelo incentivo, por ser um exemplo de profissional. Agradeço por estar ombro a ombro concluindo essa etapa comigo. Foi um privilégio ser sua orientanda.

Agradeço às colegas e aos colegas do departamento de Preventiva da Unifesp, do grupo de pesquisa “Gestão do trabalho em saúde”, que me receberam prontamente e com os quais em aprendi tanto. Agradeço ao Lacaz, Sandra, Nicanor, Paty Vechia, Sheila, Rosana.

Agradeço a banca de qualificação do projeto, Mário Scheffer e Francisco Lacaz, pelas contribuições.

Agradeço Monique pelas transcrições.

Agradeço todos os médicos e médicas que participaram da pesquisa, suas contribuições foram fundamentais e muito especiais para mim.

Agradeço aos profissionais da UBS Canaã em São Paulo, que acompanharam o início da correria ao final de 2013, especialmente às ACS da Equipe Amarela pelo carinho e pelo incentivo.

Agradeço ao Departamento de Atenção Básica e Gestão do Cuidado da Secretaria de Saúde de São Bernardo do Campo, na figura de Isabel Fuentes, por possibilitar a produção do mestrado nesses dois anos em que trabalho no município. Sem o incentivo certamente não teria sido possível concluir o mestrado em 2015.

Agradeço a toda equipe da Residência de Medicina de Família e Comunidade do município de São Bernardo, pela paciência, pelo incentivo, pelo companheirismo.

Agradeço aos profissionais da UBS União e especialmente aos da Equipe Cristal, pela paciência, pela convivência, pela confiança, pelo aprendizado, pelo incentivo.

Agradeço às companheiras e companheiros de luta do Fórum Popular de Saúde, da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde, e do Setorial de Saúde do PSOL, pelas reflexões, pelas inquietações, pelo aprendizado, pela luta.

Agradeço aos camaradas e às camaradas do Coletivo Primeiro de Maio, pelas reflexões, pelo incentivo, pelo apoio, por entenderem minha ausência nessa reta final do mestrado.

Agradeço Heitor por ajudar no período de elaboração do projeto e do desenho da pesquisa. Agradeço Paulo Spina que deu o pontapé inicial de me apresentar para a Virgínia em 2013, quando tudo começou.

Agradeço Felipe Monte Cardoso pelas reflexões, pelo aprendizado, pelo incentivo, pela paciência, pela presença na produção dessa pesquisa, mesmo à distância.

Agradeço às amigas Denize, Diângeli, Renata e Vandrêa, pelo incentivo, pela compreensão, pelas reflexões, pela paciência, pela companhia. Sou uma médica de família melhor por causa de vocês. Denize, agradeço por todo apoio. Diângeli, agradeço pelo suporte e pelo otimismo que às vezes contraria as leis da natureza, e que foi fundamental nessa reta final. Renata, agradeço pela contribuição indescritível nesse projeto.

Agradeço amigos médicos que durante a caminhada compartilharam reflexões e provocações sobre os rumos do SUS e da APS, Mariana, Vitor, Demian e Antônio.

Agradeço minha família, pelo apoio, pela compreensão das minhas ausências, pelo carinho, pela preocupação, por me incentivar a correr atrás do que acredito. Agradeço minha mãe e meu pai pelos exemplos de amor ao próximo. Agradeço minha irmã Larissa por me ajudar a cuidar da minha saúde, pelo incentivo, pelo companheirismo.

Agradeço especialmente Felipe, meu companheiríssimo. Obrigada por cuidar de tantas, tantas, coisas para que eu pudesse me dedicar a produzir esse mestrado, principalmente nesses últimos três meses de trabalho intenso e extenuante. Obrigada pelas inquietações e reflexões diariamente compartilhadas, por nossos estudos em conjunto, pelos planos conjuntos, pela cumplicidade, pelo carinho, pelo incentivo. Você me ajuda a ser melhor, a cada dia. Eu te amo.

Por fim agradeço às mulheres que desbravaram os caminhos da produção científica, ainda tão hegemônico pelos homens, nessa sociedade de desigualdades. Algumas delas são referências teóricas desse mestrado, uma inspiração.

Sumário

AGRADECIMENTOS	vi
LISTA DE SIGLAS	ix
RESUMO	xii
ABSTRACT	xiii
1 APRESENTAÇÃO.....	1
2 NEOLIBERALISMO NO BRASIL: ALGUNS ELEMENTOS DO CONTEXTO HISTÓRICO	3
3 A SAÚDE COMO QUESTÃO PARA O ESTADO NO BRASIL: UM BREVE HISTÓRICO	9
3.1 Direitos sociais e assistência à saúde no período anterior ao SUS	9
3.2 Criação do Sistema Único de Saúde	12
3.3 O SUS e as políticas neoliberais.....	14
3.4 Atenção Primária à Saúde no Brasil.....	19
3.5 Um breve histórico do SUS no município de São Paulo	23
4 TRABALHO MÉDICO	26
5 OBJETIVO	31
6 PERCURSO METODOLÓGICO	32
7 RESULTADOS E DISCUSSÃO	37
7.1 Características dos entrevistados	37
7.2 Análise das entrevistas	39
7.2.1 Relações trabalhistas	40
7.2.2 Gestão	49
7.2.3 Organização do trabalho	58
7.2.4 Democratização	73
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	80
Referências	82
Anexos	

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AD	Administração direta
AMA	Assistência Médica Ambulatorial
APS	Atenção Primária à Saúde
BM	Banco Mundial
BVS/Bireme	Biblioteca virtual em saúde/ Biblioteca Regional de Medicina
CAP	Caixa de Aposentadorias e Pensões
Cebes	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
Cepal/ONU	Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe/ Organização das Nações Unidas
CF/88	Constituição Federal de 1988
CFM	Conselho Federal de Medicina
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
Cnes	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNPJ	Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas
CNS	Conferência Nacional de Saúde
Conasems	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
DeCS/MeSH	Descritores em Ciências da Saúde/ Medical Subject Headings
DRU	Desvinculação de Receitas da União
Ebserh	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EC-29	Emenda Constitucional 29
Ecem	Encontro Científico dos Estudantes de Medicina
ESF	Estratégia Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
Fapesp	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo
FED	Federal Reserve System
FEDP	Fundação Estatal de Direito Privado
FGV	Fundação Getulio Vargas

FHC	Fernando Henrique Cardoso
FMI	Fundo Monetário Internacional
Fmusp	Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
GP	general practitioner
IAM	Infarto agudo do miocárdio
IAP	Institutos de Aposentadorias e Pensões
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
Inamps	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IP	Instituições parceiras
Mare	Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado
MBA	Master of Business Administration
Medline	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
MFC	Medicina de Família e Comunidade
Mpog	Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão
Nasf	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
NHS	National Health Service
NOB 93	Norma Operacional Básica - SUS 01/93
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organizações não governamentais
OS	Organização Social
Oscip	Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público
PAB	Piso de Atenção Básica
PAS	Plano de Atendimento à Saúde
PCCS/SUS	Planos de Carreiras, Cargos e Salários para o SUS
PCP	Primary care physicians
PCR	Parada Cardiorrespiratória
PDRE	Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado

PIB	Produto interno bruto
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
Pnab	Política Nacional de Atenção Básica
POP	Procedimento Operacional Padrão
PSF	Programa Saúde da Família
Pubmed/NLM	Research center of the United States National Library of Medicine
RH	Recursos humanos
RS	Rio Grande do Sul
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
SBMFC	Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade
SES/SP	Secretaria Estadual de Saúde do Estado de São Paulo
SP	São Paulo
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UERJ/IMS	Universidade Estadual do Rio de Janeiro/ Instituto de Medicina Social
Unasus	Universidade Aberta do SUS
Unicef	Fundo das Nações Unidas para a Infância
Unifesp	Universidade Federal de São Paulo
VD	Visita domiciliar

RESUMO

Trata-se de um estudo qualitativo que teve como objetivo identificar percepções de médicos contratados por Organizações Sociais (OS) na Estratégia de Saúde da Família do município de São Paulo, sobre as formas de gestão e as relações com seu cotidiano de trabalho. No que concerne ao método, a busca pelos sujeitos da pesquisa se deu através da técnica de snowball sampling, e foram realizadas entrevistas a partir de um roteiro semi-estruturado. Utilizou-se a técnica de análise de conteúdo para as transcrições. Como resultado, foram entrevistados cinco médicos, que trabalharam em três regiões, sete distritos da cidade de São Paulo e cinco diferentes OSs. Quatro dos cinco entrevistados são médicos com especialização na área de Saúde da Família, apresentando, portanto, um perfil de identificação com o trabalho realizado na atenção primária à saúde. Da análise das entrevistas, foram extraídas as categorias de relações trabalhistas, gestão, organização do trabalho e democratização. Considerou-se, ao final, que no geral as percepções dialogaram com a literatura em diversos temas: multiplicidade de vínculos dos médicos no Brasil, incluindo vínculos concomitantes no serviço público e no serviço privado; a ausência de uma gestão da força de trabalho adequadamente voltada para o SUS e para a ESF; a alta rotatividade presente na ESF; as contradições entre a defesa formal das OSs - como modelo de gestão mais eficiente para o SUS - e o cotidiano no qual a maior parte dos entrevistados não referiam vantagens; as limitações de infraestrutura; os limites à autonomia dos trabalhadores; a sobrecarga de trabalho; o processo de trabalho sob formatos de gestão verticalizados e rígidos; a avaliação e supervisão do trabalho principalmente sob a égide de metas quantitativas definidas em nível central; a relação conflituosa com as metas, ora naturalizadas, ora burladas; ameaças sobre os trabalhadores para alcançar a meta; a qualidade do serviço não ser abordada no cotidiano; a existência de espaços para discussão que tinham poder de decisão limitado; o descumprimento da diretriz de democratização das relações de trabalho no SUS. Mais pesquisas são necessárias, com a finalidade de reunir elementos para análise de que SUS se está construindo na prática, para além dos números mostrados pelas organizações sociais, gestões municipais e federal.

Palavras-chave: SUS; Organização Social; Estratégia de Saúde da Família; Gestão; Trabalho Médico.

ABSTRACT

This qualitative study aimed to identify perceptions of physicians hired by Social Organizations (SO) in the Family Health Strategy (FHS) of São Paulo, about the forms of management and its relations with their daily work. Regarding the method, the search for physicians was done through the snowball sampling technique, and interviews were conducted from a semi-structured script. The content analysis technique was used to the transcripts. As a result, five physicians were interviewed, they have worked in three regions, seven districts of the city of São Paulo and hired by five different SO. Four out of five respondents were physicians with expertise in the area, presenting, therefore, identification with Primary Health Care work. Regarding the analysis of the interviews, the categories extracted were: labor relations, management, work organization and democratization. Overall perceptions dialogued with the literature on various topics: multiplicity of physicians working ties in Brazil, including concurrent ties between the public service and private service; the lack of a proper workforce management directed to the SUS and the FHS; high turnover in FHS; the contradictions between the formal defense of SO as a more efficient management model for the SUS and the daily work, in which the majority of physicians did not report benefits; the infrastructure limitations; the workers' autonomy limitations; work overload; the work process under vertical and rigid management formats; the work evaluation and supervision occur mainly through quantitative targets set at a central level; the conflicting relations with the goals, sometimes naturalized, sometimes circumvented; threats on workers to reach the goal; the quality of service are not addressed in the daily work; the existence of meetings that had limited power of decision; the failure to implement the democratization policy of labor relations in the SUS. More research is needed in order to bring up elements for analysis of the SUS, for beyond the numbers shown by social organizations, municipal and federal governments.

Keywords: SUS; Social organization; Family Health Strategy; Management; Medical Work

1 APRESENTAÇÃO

Antes de iniciarmos a introdução à pesquisa propriamente dita, cabe apresentar a autora e parte da sua trajetória que tem relação com a escolha do tema para esse estudo.

Sou médica de família e comunidade, e desde que me formei em 2010 trabalho na Estratégia da Saúde da Família. Desde o período de graduação, já militava em defesa do direito à saúde e pela construção do SUS. Nesses quase cinco anos, tive a experiência de trabalhar em diversos arranjos diferentes: como funcionária pública estatutária; como funcionária terceirizada, contratada por uma organização social, mas em uma unidade gerida diretamente pela prefeitura; e também como terceirizada no município de São Paulo, em serviço no qual tanto a contratação como também a gestão eram realizadas pela organização social. Vivenciar a construção do SUS e da ESF no cotidiano, seus grandes desafios, me motivou a voltar para a academia para estudar esses processos, e, quem sabe, poder contribuir de alguma forma com as reflexões necessárias.

Uma das coisas que me chamou a atenção nesses anos é que, apesar da dificuldade que existe para atrair médicos para a atenção primária, eu observo cada vez mais os médicos, inclusive especialistas em Medicina de Família e Comunidade, se afastando da assistência. Um colega caracterizou a ESF “como uma máquina de moer gente”, dado a frequência de desgaste, sobrecarga, *burnout* nos colegas. Muitos buscam diminuir a carga horária, se inserir na docência ou em cargos de gestão. Muitos ampliam seus vínculos no setor privado. Para além da quantidade de pacientes por equipe - às vezes quatro vezes maior do que nos países da OCDE, que tem serviço público de saúde organizado pela atenção primária - me chamou a atenção também a maneira pela qual as formas de gestão impactam no trabalho do dia a dia e, conseqüentemente, nos resultados desse trabalho.

Poder participar do grupo de pesquisa “Gestão do trabalho em saúde em dois sistemas municipais do estado de São Paulo: implicações operacionais e Psicossociais para uma política de pessoal”, mesmo que de forma periférica, a convite da professora Virgínia e do professor Lacaz, foi meu retorno à academia de certa forma. Propiciou-me espaço para reflexões sobre o contexto que eu mesmo estava vivendo “na ponta” do serviço e que motivou a estudá-lo de forma mais sistemática.

Esse estudo parte então dessa curiosidade e da intenção de trazer ao registro acadêmico situações “indizíveis” que são vivenciadas pelos profissionais de saúde da ESF, e nesse caso específico pelos médicos. O objetivo então desse trabalho foi identificar percepções de médicos contratados por Organizações Sociais (OS) na Estratégia de Saúde da Família do município de São Paulo, sobre as formas de gestão e as relações com seu cotidiano de trabalho.

Os três próximos capítulos trazem os referenciais teóricos utilizados pela autora nessa pesquisa, bem como revisão bibliográfica acerca dos temas envolvidos. O segundo capítulo “Neoliberalismo no Brasil: alguns elementos do contexto histórico” tem como objetivo trazer elementos sobre como o ideário neoliberal se tornou hegemônico no mundo e de que forma incidiu no Brasil.

O terceiro capítulo “A Saúde como questão para o Estado no Brasil: um breve histórico” parte do contexto trabalhado no capítulo anterior para resgatar a relação do Estado brasileiro com os direitos sociais e com a saúde, mais especificamente. Inicia com um resgate acerca dos direitos sociais e saúde no período anterior ao SUS, faz uma breve retomada dos elementos envolvidos na criação do SUS, em seguida contextualiza a implantação do SUS no período de ascensão das políticas de ideário neoliberal. Em seguida, o capítulo aborda a trajetória da Atenção Primária à Saúde no Brasil e encerra com um breve resgate da história do SUS em São Paulo.

O quarto capítulo “Trabalho Médico”, teve como objetivo trazer alguns elementos que contribuam para entender, mesmo que de forma geral, algumas características da profissão médica e a inserção do médico no mundo do trabalho hoje no Brasil e na cidade de São Paulo.

No quinto e sexto capítulos, respectivamente, foram explicitados o objetivo dessa pesquisa e os percursos metodológicos transcorridos.

No sétimo capítulo foram apresentados os resultados produzidos e a discussão com literatura pertinente em cada subcategoria. Na sequência, o oitavo capítulo apresenta as considerações finais do estudo.

2 NEOLIBERALISMO NO BRASIL: ALGUNS ELEMENTOS DO CONTEXTO HISTÓRICO

No mês de agosto de 2015, o presidente do Senado, Renan Calheiros, apresentou ao Palácio do Planalto uma proposta de agenda para combater a atual crise econômica do país, a Agenda Brasil. A mesma foi recebida com apoio público do Governo Federal, e considerada indispensável para o ajuste fiscal atualmente em implementação no país (Cruz, 2015; Folha de S. Paulo, 2015). O conteúdo dessa Agenda (Senado Notícias, 2015) - que inclui regulamentar a terceirização do trabalho, estabelecer idade mínima para aposentadoria, revisar marcos jurídicos que regulam terras indígenas, implantar modelo de administração pública gerencial e até mesmo instituir cobrança dentro do SUS (item que foi posteriormente suprimido) - pode ser um exemplo atual de política neoliberal, e, conjuntamente com a crise econômica e ajuste fiscal no Brasil, tem sido debate frequente na mídia e nos espaços públicos por diversos setores da sociedade, incluindo o setor da saúde (Cebes, 2015; Formenti, 2015).

Ao tecer análises sobre a atual situação dos trabalhadores do SUS, se faz necessário buscar entender o contexto econômico no qual está inserido o próprio sistema de saúde e sua relação com o Estado brasileiro. Nesse sentido, esse capítulo tem como objetivo trazer alguns elementos sobre como o ideário neoliberal se tornou hegemônico no mundo e de que forma incidiu no Brasil.

O surgimento do neoliberalismo enquanto teoria se deu a partir do final da década de 1940, a partir de um grupo de intelectuais articulados pelo economista austríaco Friederich von Hayek. Esse grupo de intelectuais que criticava o descenso da crença na propriedade privada e no mercado competitivo teve dificuldades para alcançar alguma repercussão nos meios acadêmicos e políticos nesse período pós Segunda Guerra Mundial que ficou conhecido como os “anos dourados do capitalismo” (Harvey, 2014).

As questões principais que os países centrais do capitalismo enfrentavam no pós-guerra incluíam: a necessidade de prevenir que conflitos econômicos entre Estados se desdobrassem novamente em conflito bélico; a necessidade de evitar catástrofes econômicas como a Grande Depressão na década de 1930; e a disputa ideológica que se travava com o socialismo real (Paulani, 2008; Harvey, 2014). O acordo de Bretton Woods (1944), que estabeleceu uma regulação internacional do

movimento de capitais; maciço investimento e intervenção estatal na economia e a construção de sistemas de proteção social (principalmente na área de saúde e aposentadoria), são representantes das medidas de reestruturação das relações internacionais e das formas de Estado que se desenvolveram no período pós-guerra. O fato dessas políticas se darem na vigência de quase trinta anos de crescimento econômico mundial acelerado, baixíssimo desemprego e inflação reduzida (Paulani, 2008) trazia dificuldades para que teorias que defendessem a ideia de estado mínimo ganhassem relevância.

Importante destacar que essa nova ordem social que se implantou no período pós-guerra tinha como objetivos explícitos o crescimento econômico e o pleno emprego. O compromisso com políticas de proteção social e fortalecimento dos sindicatos foram fatores que contribuíram para taxas de lucro mais baixas para as elites econômicas (Duménil, Lévy, 2010).

Ao final de década de 1960, já havia sinais de uma grave crise de acumulação do capital, com aumento das taxas de desemprego e da inflação, que posteriormente se desdobrariam na fase de estagflação que durou grande parte da década de 1970 (Harvey, 2014). Duas crises do petróleo (1973 e 1979), crises fiscais nos países centrais (com diminuição drástica da arrecadação e aumento acentuado dos gastos sociais) e colapso do crescimento econômico evidenciaram que as políticas keynesianas já não eram suficientes. A crise da década de 1970 impactou também de forma especial os países da América Latina. A reciclagem dos “petrodólares”, significativas quantidades de dólares decorrentes do aumento do preço do petróleo aplicadas no mercado financeiro, chegaram a esses países em forma de empréstimos e de linhas de créditos de bancos internacionais (Chesnais, 2005). As bases da dívida externa desses países estavam lançadas e sofreriam abrupto aumento quando o Banco Central dos Estados Unidos (FED, do inglês *Federal Reserve System*) aumentou consideravelmente sua taxa de juros em 1979. A multiplicação por três ou até por quatro das taxas de juros precipitou a crise da dívida do “Terceiro Mundo”, levando o México à moratória na década de 1980 e estabelecendo uma relação de dominação econômica e política dos países capitalistas centrais sobre os da periferia que daria condições para que, posteriormente, se impusessem medidas de ajuste estrutural e desindustrialização em muitos desses países (Laurell, 1995; Chesnais, 2005).

É nesse contexto de crise que surgem as condições materiais necessárias para que o pensamento neoliberal tenha repercussão. O modelo institucional e econômico que emergiu de Bretton Woods e que funcionou durante quase 30 anos se via confrontado com taxas de lucro declinantes, aumento da inflação e baixo crescimento econômico. Isso explica a grande pressão pela liberalização dos mercados financeiros e pela desregulamentação dos mercados de capitais que se seguiu (Paulani, 2008). No âmbito das lideranças políticas mundiais, Harvey destaca a virada conservadora propagada a partir de Margareth Thatcher:

E foi Margareth Thatcher quem, buscando uma estrutura mais adequada para atacar os problemas econômicos de sua época, descobriu politicamente o movimento [neoliberal] e voltou-se para seu corpo de pensadores em busca de inspiração e recomendações depois de eleita em 1979. Em reunião com Reagan, ela transformou toda a orientação da atividade do Estado, que abandonou a busca do bem-estar social e passou a apoiar ativamente as condições “do lado da oferta” da acumulação do capital. O FMI e o Banco Mundial mudaram quase da noite para o dia seus parâmetros de política, primeiramente no mundo anglo-saxão porém mais tarde em boa parte da Europa e do mundo. Como a privatização e a liberalização do mercado foram o mantra do movimento neoliberal, o resultado foi transformar em objetivo das políticas do Estado a “expropriação das terras comuns” (Harvey, 2013, p. 130).

A partir desse período, portanto, o discurso de controlar gastos públicos (diminuindo redes de proteção social) para alcançar o equilíbrio fiscal e controlar inflação; de privatizar empresas estatais; de eliminar ao nível máximo possível regras que instituíam controle do Estado sobre o mercado (libertando-o para alcançar prometida eficiência e recuperação dos lucros) passa a se tornar cada vez mais hegemônico. Nessa teoria, era necessário restringir o tamanho e o papel do Estado ao mínimo possível: manter estrutura de justiça e segurança para garantir as regras que viabilizam o jogo capitalista (Paulani, 2008). Até a década de 1990 diversas experiências de políticas neoliberais foram implementadas mundialmente, mas é no Consenso de Washington que se cristaliza uma nova ortodoxia (Harvey, 2014), o mínimo denominador comum das políticas macroeconômicas que deveriam ser implementadas e oficialmente recomendadas pelo Fundo Monetário Internacional (FMI) aos seus países devedores.

Os porquês de o neoliberalismo ter se mostrado vitorioso como a única resposta para a crise do capitalismo a partir da década de 1970 não é objeto desse capítulo. Mas dados apresentados por Harvey (2014) mostram que após a implementação das políticas neoliberais no final da década de 1970, a parcela de renda nacional do 1% mais rico dos Estados Unidos disparou, chegando a 15% da riqueza nacional perto do final do século (valor próximo à fatia que possuíam no período anterior à Segunda Guerra Mundial), trajetória semelhante foi observada nos segmentos mais ricos da Grã-Bretanha e da França. Os países da OCDE (Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico) registraram grandes aumentos da desigualdade social a partir da década de 1980 e países da Europa Oriental e da Comunidade de Estados Independentes registraram também alguns dos maiores aumentos de desigualdade social (Harvey, 2014). Na América Latina os efeitos também foram significativos. A década de 1980, que ficou conhecida como a “década perdida” para o subcontinente, foi marcada por baixo crescimento econômico, aumento do desemprego, arrocho salarial, medidas fiscais regressivas (que penalizam relativamente mais o segmento menos favorecido) e empobrecimento em massa associado a aumento da desigualdade social. Ao início da década de 1990 cerca de metade da população latino-americana estava vivendo na pobreza (Cepal/ONU, 1991). Por esses motivos Harvey chega a afirmar que:

“efeitos redistributivos e uma desigualdade social crescente tem sido de fato uma característica tão persistente do neoliberalismo que podem ser considerados estruturais em relação ao projeto como um todo. (...) os dados sugerem vigorosamente que a virada neoliberal está de alguma maneira e em algum grau associada à restauração ou reconstrução do poder das elites econômicas.” (Harvey, 2014, p. 26).

Olhando de forma mais específica para o Brasil, a crise da dívida precipitada pelo aumento das taxas de juros pelo FED em 1979, impactou significativamente na economia brasileira. Com a moratória do México, em 1982, havia ainda mais dificuldade para que países como Brasil conseguissem financiamento externo. Somado a esse cenário, foram realizadas diversas tentativas de ajuste econômico que por fim resultaram em queda das taxas de crescimento ao final da década de 1980 e aceleração inflacionária intensa. A partir de 1982 o Brasil passa a receber empréstimos do FMI, acompanhados de termos de ajustamento com medidas

recessivas para a economia, que não surtiram efeito de sanar a crise econômica vivenciada pelo país, já que não visavam resolver problemas estruturais de uma economia tão suscetível a variações externas (Tavares, Belluzzo, 2002; Mendes, Marques, 2010). Pode-se dizer que nesse período já havia se instalado, portanto, uma pressão internacional para que o Brasil iniciasse seus passos na trilha neoliberal, rompendo de certa forma com as políticas desenvolvimentistas que marcaram as décadas anteriores.

Politicamente, o Brasil vivia um momento peculiar ao final da década de 1980, marcado pela transição do regime civil-militar para a redemocratização, pela crise social instalada, pela organização da sociedade civil através de movimentos sociais, partidos, comunidades eclesiais de base, e por uma nova constituição sendo construída. A Constituição Federal de 1988, conhecida como a “Constituição Cidadã” foi uma conquista em um cenário muito desfavorável à garantia de direitos sociais no mundo. Enquanto os países centrais do capitalismo estavam retrocedendo nas conquistas do Estado de bem-estar social, o Brasil tentava se aproximar do seu. Ainda assim, o país não sairia incólume dessa onda neoliberal que varreu o mundo a partir de 1970.

A eleição presidencial de 1989 foi um marco relevante desse momento político, em que essas duas concepções de Estado abordadas acima estavam em disputa, e da qual o projeto neoliberal saiu vitorioso com a eleição de Fernando Collor de Melo. A partir de então o discurso neoliberal da necessidade de diminuir o tamanho do Estado, de abrir o mercado, de desregulamentar a economia, de privatizar empresas estatais, de enxugar os gastos públicos, se tornou mais frequente no país, e apesar de Collor não ter tido oportunidade de executar esse projeto, preparou os caminhos para as reformas que viriam a seguir.

Até o final da década de 1980 o Brasil ainda não estava preparado para desempenhar o papel de país financeiramente emergente. Paulani (2008) elencou como fatores que impediam que o Brasil fosse considerado, pelo capital financeiro mundial, uma boa oportunidade de investimento, quais sejam: taxas altas de inflação (que impactam na instabilidade de preços, nas taxas de câmbio e nas taxas de juros); dificuldade de controlar os gastos do Estado (que também se relaciona com o item anterior e tem impacto nos juros da dívida pública, espaço potencial de valorização do capital internacional); tamanho do Estado e a quantidade de responsabilidade

destinado a ele pela CF; ambiente de negócios não tão favorável aos credores (em caso de falência a prioridade eram as dívidas trabalhistas e a dívida com o Estado; sistema previdenciário (mercado promissor para o capital financeiro) caracterizado pela solidariedade intergeracional e praticamente monopolizado pelo Estado. Paulani descreve: “Começando no governo Collor, atravessando o de Itamar e as duas gestões de Fernando Henrique Cardoso e chegando a Lula, quase todas as transformações necessárias para enfrentar esses obstáculos foram feitas, em conjunto com as privatizações e a abertura comercial” (Paulani, 2008).

O próximo capítulo tem como objetivo recuperar brevemente parte da história da construção do direito à saúde no Brasil e do Sistema Único de Saúde, e trazer alguns elementos de como as políticas neoliberais impactaram nesse processo.

3 A SAÚDE COMO QUESTÃO PARA O ESTADO NO BRASIL: UM BREVE HISTÓRICO

No capítulo anterior foram trazidos alguns elementos que ilustram o processo que culminou na hegemonia, tanto internacionalmente, quanto nacionalmente, do ideário e das políticas neoliberais. Como esse processo impacta nos direitos sociais e especialmente na área da saúde, o desenrolar da luta pelo direito à saúde no Brasil, de que forma esse processo afeta o Sistema Único de Saúde, quais desafios acompanharam e ainda acompanham a construção do SUS, serão brevemente abordados nesse capítulo. Para analisar a inserção e o papel dos trabalhadores do SUS, com foco na percepção dos médicos, que trabalham na Estratégia de Saúde da Família, dos modelos de gestão atualmente em voga, no seu trabalho, serão abordados também alguns elementos sobre a Atenção Primária à Saúde no Brasil e a crescente privatização da gestão da rede assistencial do SUS.

3.1 Direitos sociais e assistência à saúde no período anterior ao SUS

Donnangelo, no seu clássico estudo *Medicina e Sociedade*, ao analisar a participação do Estado na assistência médica, traz a seguinte caracterização do processo de criação ou de ampliação dos direitos sociais:

“[...] partindo-se do pressuposto de que ele [o Estado] não foi o autor autônomo e independente dos direitos sociais, no sentido de que a incorporação desses direitos não se dá através de processos internamente contidos ao nível do poder do Estado, a questão que se coloca é a do significado que as pressões geradas no padrão de ‘desigualdade’ econômica e social podem adquirir no interior da estrutura social que se está considerando, isto é, a estrutura de sociedades capitalistas. [...] Já não se trata, portanto, de uma resposta a interesses coletivos “comuns”, mas de um processo de acomodação de interesses de diferentes classes sociais, diretamente relacionado à continuidade do sistema. [...] Esse quadro permite explicar o padrão de desenvolvimento dos direitos sociais em sua dimensão mais geral, isto é, como um processo que ocorre no interior de todo o sistema socioeconômico capitalista; e ainda, as particularidades do momento, intensidade e forma por ele assumidas em cada uma das sociedades que o integram, como contrapartida, não apenas de seu padrão de ‘riqueza’ (ou pobreza) mas de configurações imediatamente assumidas pela dinâmica das relações de classes.” (Donnangelo, 1975, p. 5-6)

A conquista de direitos sociais no Brasil também se desenvolve nessa dinâmica das relações de classes. No caso da saúde, o início da participação estatal na assistência à saúde é datado da década de 1920 e principalmente a partir da década de 1930. Ao final da década de 1920 o fenômeno da urbanização era crescente, com 20% da população vivendo nas grandes cidades do país. O processo de industrialização em expansão propiciou também o surgimento do movimento operário, que, sob influência de ideários anarquistas e socialistas, alcançou destaque nacional com suas reivindicações (Escorel, Teixeira, 2008). A Greve Geral de 1917, por exemplo, que iniciou em São Paulo, controlou a cidade por 30 dias e obrigou o governo estadual a deixar a capital, rapidamente se espalhou por outras cidades do estado e do país (Linhares, 1977). Elói Chaves, que era Secretário da Justiça no momento da greve, foi responsável pela criação da Lei que recebeu seu nome, e que foi a primeira lei previdenciária do país, em 1923. Criada a primeira Caixa de Aposentadorias e Pensões (CAP) para os funcionários da Imprensa Nacional em 1917, o modelo se expandiu para outras empresas ao longo da década de 1920 e 1930 como dos ferroviários, portuários, marítimos, comerciários. As CAPs eram entidades autônomas semi-públicas (Escorel, Teixeira, 2008), se constituíam de fundos organizados por empresas, com contribuição dos trabalhadores e dos empregadores, cujo destino dos recursos eram aposentadorias, benefícios e pensões, e algumas também forneciam assistência médica. A partir de 1933 o governo de Getúlio Vargas passou a criar os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), que agregava os trabalhadores por categorias e não mais por empresas, o que caminhou gradualmente para um sistema de previdência social nacional gerido, e, posteriormente também, financiado parcialmente pelo Estado (Oliveira; Teixeira, 1986; Vianna, 1998; Escorel; Teixeira, 2008). Em um contexto de crise econômica internacional e nacional após 1929, crise política e tensões sociais exacerbadas, a Previdência Social é criada como resposta a esse contexto, somado a outras conquistas trabalhistas. Por um lado, garantiu aos trabalhadores acesso mínimo a alguns direitos sociais, e por outro, proporcionou clientela garantida para os grupos que se beneficiariam com o consumo decorrente desse modelo (Donnangelo, 1975).

A assistência à saúde individual promovida pelo Estado nesse processo de criação e ampliação da Previdência Social seguiu, de forma relativa, modelo semelhante nas décadas que se seguiram. Essa assistência era voltada

exclusivamente para trabalhadores assalariados com vínculo formal, minoria da população brasileira¹. A maior parte da população brasileira, trabalhadores rurais, informais, desempregados, não tinha acesso à assistência à saúde do Estado. Estavam fadados a recorrer a serviços no livre mercado, no caso de terem condições financeiras, no caso de não terem, restavam a atenção hospitalar através das Santas Casas de Misericórdia e outros serviços filantrópicos, ou mesmo a desassistência (Escorel, Teixeira, 2008). Outra característica relevante que se manteve praticamente inalterada até a década de 1950 é a separação entre a saúde pública e a assistência médica previdenciária e individual (Escorel, Teixeira, 2008). O Ministério da Educação e Saúde era responsável por controlar e erradicar doenças infectocontagiosas, endemias e epidemias. O Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio era responsável pela assistência médica individual dos trabalhadores segurados acometidos por doenças que os impedissem de trabalhar, com vistas a garantir condições mínimas para reprodução da força de trabalho (Escorel, Teixeira, 2008; Cardoso, 2013).

No período da ditadura civil-militar, os IAPs foram centralizados com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) em 1966. Os volumosos recursos da previdência, então concentrados, pouco foram usados para investimento em rede assistencial própria e estruturação da saúde pública. Além do uso em larga escala para estruturação da rede hospitalar privada, os recursos foram posteriormente usados pelo Estado para investir nos “faraônicos” projetos de infraestrutura pelo país. Cardoso caracteriza as mudanças do sistema previdenciário no período da ditadura no sentido “da garantia da expansão dos serviços privados mediante incentivos estatais que contemplassem, de forma mais ou menos abrangente, todos os setores ligados ao chamado ‘complexo médico-empresarial’” (Cardoso, 2013, p. 110).

Como ilustrado no capítulo anterior, a crise econômica da década 1970 não deixaria de afetar também o Brasil. Após a crise do petróleo de 1973 passou-se a reconhecer oficialmente o fim do “milagre brasileiro”, caracterizado então pela desaceleração econômica, aumento da dívida externa, aumento da inflação, aumento do desemprego, da miséria, da violência urbana. A piora das condições de vida e de saúde da população brasileira foi motivo de mobilização de diversos setores da

¹ Em 1963, apenas 10% da população era coberta pela assistência médica dos IAPs (Bahia, 2005).

sociedade, que passaram a formular críticas ao modelo de (des)assistência à saúde vigente no país e ao regime político autoritário que o sustentava. Segue um trecho do relatório final do Encontro Científico dos Estudantes de Medicina de 1977, que ilustra uma linha dessa análise feita ao final da década de 1970:

“Mesmo uma análise superficial permite identificar a causa básica da existência de um quadro tão grave da saúde do brasileiro no seu baixo nível de renda [...] esta situação de brutal desigualdade no plano econômico é garantida, no plano político, por um regime violentamente repressivo que atuando em todos os níveis [...] age no sentido de impedir o avanço da consciência e da organização de amplas camadas de descontentes da população e, fundamentalmente, das classes trabalhadoras. [...] Coerente com todo o sistema de exploração que vigora hoje no país, a Medicina que aqui se desenvolve é também baseada na empresa privada. A indústria farmacêutica e as empresas hospitalares e de outros serviços dependem da população doente para extraírem seus lucros. [...] Hoje, o Estado se desobriga ele próprio de fornecer os serviços de saúde pagando a empresas privadas por estes serviços. Estas empresas de saúde visam, naturalmente, o lucro. Daí decorre a “comercialização” da Medicina no Brasil e a conseqüente deterioração do nível de atendimento médico. Desse modo, hoje a política nacional de saúde se resume a medidas paliativas que em nada contribuirão para uma verdadeira melhoria na realidade de saúde brasileira.” (Ecem, 1977).

Na interpretação de Jairnilson Paim (2008) e Sérgio Arouca (Arouca, 1975), em conjunto com a falência do “milagre econômico”, com o decréscimo da legitimidade do autoritarismo do regime, convivia-se com uma crise no setor saúde que se expressava “por baixa eficácia da assistência médica, pelos altos custos do modelo médico-hospitalar e pela baixa cobertura dos serviços de saúde em função das necessidades da população” (Paim, 2008, p. 75).

3.2 Criação do Sistema Único de Saúde

A partir de meados da década de 1970, intelectuais, profissionais da saúde, estudantes e movimentos populares passam a se mobilizar em torno da temática da saúde, compondo o que ficou conhecido como movimento da reforma sanitária. Paim (2008) resume os elementos constituintes da Reforma Sanitária Brasileira (RSB):

“a) *democratização da saúde*, o que implica a elevação da consciência sanitária sobre saúde e seus determinantes e o reconhecimento do

direito à saúde, inerente à cidadania, garantindo o acesso universal e igualitário ao Sistema Único de Saúde e participação social no estabelecimento de políticas e na gestão; b) *democratização do Estado* e seus aparelhos, respeitando o pacto federativo, assegurando a descentralização do processo decisório e o controle social, bem como fomentando a ética e transparência nos governos; c) *democratização da sociedade* alcançando os espaços da organização econômica e da cultura, seja na produção e distribuição justa da riqueza e do saber, seja na adoção de uma “totalidade de mudanças”, em torno de um conjunto de políticas públicas e práticas de saúde, seja mediante uma reforma intelectual e moral.” (Paim, 2008, p. 173).

Da década de 1970 para 1980, o movimento da RSB participou ativamente do debate nacional da saúde. Na chamada “Nova República” articulou, a partir de suas inserções na institucionalidade, algumas experiências que seriam relevantes para a constituição de um sistema nacional de saúde público no Brasil. As Ações Integradas de Saúde (AIS) foram consideradas estratégia-ponte para reorganização dos serviços e a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) foi um marco da formulação de um projeto de saúde para o país.

A 8ª CNS contou com mais de quatro mil participantes, foi a primeira com ampla participação da sociedade civil, reunindo profissionais de saúde, trabalhadores, movimentos populares (Paim, 2008, p. 99). Seu relatório final traz os elementos principais do projeto de RSB: “a) ampliação do conceito de saúde; b) reconhecimento da saúde como direito de todos e dever do estado; c) criação do SUS; d) participação popular; e) constituição e ampliação do orçamento social” (8ª Conferência Nacional de Saúde, 1986; Paim, 2008). O conceito de saúde a seguir, extraído do relatório final, ilustra o acúmulo do debate que se fazia da determinação social do processo saúde-doença (Paim, 2008, p. 123) a partir da década de 1970 no bojo da Saúde Coletiva no Brasil e na América Latina:

“Em seu sentido mais abrangente, a saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas.” (8ª Conferência Nacional de Saúde, 1986, p. 4).

A 8ª CNS debateu também, entre diversos outros aspectos do que deveria vir a ser o Sistema Único de Saúde, a relação que o sistema deveria estabelecer com o sistema privado, tão presente na assistência médica brasileira, principalmente através do modelo assistencial da previdência. Embora não fosse possível consenso em diversos aspectos, como por exemplo o debate de estatização ou não, de estatização imediata ou progressiva, o seguinte trecho do relatório ilustra o vetor final desse debate:

[...] criação de um Sistema Único de Saúde [...] separando totalmente saúde de previdência, através de uma ampla reforma sanitária. [...] Respeito à dignidade dos usuários por parte dos servidores e prestadores de serviços de saúde, com um claro dever e compromisso com sua função pública; [...] O setor privado será subordinado ao papel diretivo da ação estatal nesse setor, garantindo o controle dos usuários através dos seus segmentos organizados; [...] deverá ser considerada a possibilidade de expropriação dos estabelecimentos privados nos casos de inobservância das normas estabelecidas pelo setor público (8ª Conferência Nacional de Saúde, 1986, p. 10-2).

O relatório final da 8ª CNS serviu de base para as articulações que se seguiram no processo da Constituinte, que, apesar das tensões provenientes das disputas entre grupos de diferentes interesses, e, apesar da RSB contar com estreita base de sustentação política e social, produziu uma Constituição Federal que, no tange à saúde, incorporou maior parte do projeto da RSB (Paim, 2008, p. 143).

Apesar do avanço que significou a Constituição Federal de 1988, que estabeleceu a saúde como direito de todos e dever do Estado, bem com a criação do SUS, o momento em que isso foi conquistado no Brasil coincidia com hegemonia internacional das políticas de cunho neoliberal e inclusive de retrocesso nas políticas de proteção social nos países centrais do capitalismo. Assim, as décadas que se seguiram evidenciaram essa contradição através das limitações estruturais enfrentadas pelo SUS desde seu surgimento.

3.3 O SUS e as políticas neoliberais

A relação entre a dinâmica econômica internacional e a estruturação dos sistemas públicos de saúde no Brasil e em outros países da América Latina se materializou através das recomendações de órgãos internacionais como do Banco

Mundial (BM) e do Fundo Monetário Internacional (FMI) que estiveram envolvidos com a negociação da dívida externa e estabelecimento de metas, que, via de regra, restringiam o investimento público em gastos sociais (Marques, Mendes, 2014; Rizzotto, 2014). Na concepção das agendas do BM, o Estado só deve intervir para garantir o mínimo necessário para aliviar a pobreza e garantir os serviços que a iniciativa privada não se dispõe a produzir, além dos serviços de “apropriação coletiva”. Propõem políticas assistencialistas que especificam, de forma bastante assertiva aos governos, quais programas implementar e quem se deve incluir a fim de evitar que se gerem “direitos” (Laurell, 1995, p. 163). No documento de 1987, na “véspera” da criação do SUS, o BM já explicitava quais deveriam ser as prioridades de reformas no sistema de saúde dos países em desenvolvimento: cobrar usuários por uso de instituições de saúde governamentais; estimular seguros ou outras formas de cobertura de risco; descentralizar serviços de saúde governamentais; usar recursos não-governamentais eficientemente (Akin et al, 1987). Nas décadas que se seguiram a concepção se manteve e as propostas foram sendo pouco adaptadas. No documento as estratégias sugeridas são o redirecionamento dos gastos para programas eficazes de menores custos e focalizados para pobres e a diversificação e a concorrência no financiamento e prestação dos serviços de saúde (leia-se ênfase no setor privado) (Banco Mundial, 1993). É possível interpretar, portanto, que as políticas incentivadas pelo BM se chocam com os princípios do SUS de universalidade, equidade e integralidade instituídos na CF/88.

O Governo Collor, eleito em 1989, mesmo ano da queda do Muro de Berlim, seria altamente influenciado por esse contexto internacional de predominância do pensamento neoliberal (Faleiros et al., 2006). Com idas e vindas e vetos pelo caminho, a Lei Orgânica da Saúde (8080/90), complementada pela Lei 8142/90, foram avanços na regulamentação do SUS. Mas o saldo ao – precoce – fim do Governo Collor contava com período de desmobilização crescente dos setores que lutaram pela RSB, e, ao mesmo tempo em que incorporava um terço da população brasileira ao sistema de saúde, a saúde teve seus recursos diminuídos quase pela metade (Paim, 2008).

A extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), o avanço da descentralização com a Norma Operacional Básica 93 (NOB 93), a criação do Programa Saúde da Família, interlocução com os movimentos sociais, são algumas ações de destaque dos caminhos do SUS no Governo Itamar

(Paim, 2008). Nesse período há que se destacar o Plano Real, conduzido por Fernando Henrique Cardoso (FHC), que trouxe um conjunto de políticas de ajuste macroeconômico que impactaram e continuariam a impactar as políticas sociais.

O governo de FHC, no período 1995-2002, tinha como uma de suas principais prioridades o ajuste macroeconômico e a Reforma do Estado, em consonância com as recomendações do Banco Mundial e outros organismos internacionais vinculados às políticas neoliberais. Além de resultar em uma construção errática do SUS, essas medidas de ajuste macroeconômico resultaram em piora das condições de vida da população, com aumento do desemprego, diminuição do salário mínimo real, agravamento da pobreza, aumento da violência, com conseqüente aumento da demanda por serviços e benefícios sociais, que estão sendo restringidos pelo próprio ajuste, deteriorando também a saúde da população e agravando situação social como um todo, principalmente do segmento mais vulnerável da sociedade (Soares, 1999). A Reforma do Estado visava enxugar a esfera estatal, abrir espaço para atividades econômicas com potencial de lucro para o setor privado. No Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRE), um dos principais documentos do Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado (MARE), estabelecia como objetivos:

"[...] aumentar a governança do Estado, ou seja, sua capacidade administrativa de governar com efetividade e eficiência, voltando a ação dos serviços do Estado para o atendimento dos cidadãos; [...] limitar a ação do Estado àquelas funções que lhe são próprias, reservando, em princípio, os serviços não-exclusivos para a propriedade pública não-estatal, e a produção de bens e serviços para o mercado para a iniciativa privada; [...] aumentar, assim, a eficiência e a qualidade dos serviços, atendendo melhor o cidadão-cliente a um custo menor." (Bresser Pereira, 1995).

A partir desse arcabouço, o governo alterou a legislação, possibilitando a expansão do setor privado na gestão dos serviços de saúde (Bresser Pereira, 1998), inicialmente a partir das Organizações Sociais (OS), que foram criadas a partir da Lei 9637/1998 (Correia, 2005). Os serviços de saúde, entendidos então como "não-exclusivos", tiveram, a partir do final da década de 1990, cada vez mais a sua gestão transferida para entes "não-estatais".

Essa transferência de gestão da administração direta ou indireta para gestão por entes de direito privado apresentou acentuada expansão em todos governos que se seguiram: FHC, Luís Inácio da Silva e Dilma Rousseff. Além das OSs, outros entes

foram criados no período: Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (Oscip, 1999), Fundações Estatais de Direito Privado (FEDP, 2007), Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh, 2010). Apesar de suas diferenças, todas essas “novas modalidades” de gestão fazem parte da estratégia da Reforma do Estado, que, por meio de transferência de recursos públicos para entes privados, visam à flexibilização da gestão e das relações de trabalho (Correia, Santos, 2015). O orçamento da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo (SES/SP), estado pioneiro na implantação de OSs a partir de 1998, mostra que de 2007 a 2014 os recursos repassados às OSs aumentaram cerca de 150% (Mendes, 2015). A Coordenadoria de Contratos de Serviços de Saúde da SES/SP, responsável pelas OSs, representa cerca de quase 30% do Orçamento de 2014 (em torno de 4 bilhões de reais) (Mendes, 2015). Segundo dados do IBGE (2014), no ano de 2013, 1216 municípios possuíam contratação de serviço de saúde através de Organização Social. Segundo outra pesquisa do IBGE no mesmo ano (IBGE, 2014), 17 estados da federação possuíam contratação via OS. Esses dados divergem da informação colhida por Santos (Santos, 2014), através de pesquisa no sítio do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (Cnes). Em outubro de 2014, 24 estados da federação tinham contrato com OSs. As quais gerenciavam 231 unidades de saúde no país (incluindo as de gestões estaduais e municipais). Apesar da divergência dos dados conseguidos e da dificuldade de acesso a estimativas mais apuradas, há evidências de que o modelo se expandiu consideravelmente desde sua criação.

Apesar da justificativa de que tal mudança se fazia para aumento da eficiência e da qualidade dos serviços, alguns estudos e relatórios colocam em dúvida que tais objetivos possam assim ser alcançados e o tema se mantém controverso no âmbito acadêmico (Ibañez et al., 2001; Ugalde, Homedes, 2005; Ibañez, Neto, 2007; Marcelo, 2008; Costa, 2010; Barbosa, Elias, 2010; Paim et al., 2011).

Outro grande desafio para a construção do Sistema Único de Saúde é a questão do financiamento. Ao longo desses mais de vinte e cinco anos, o financiamento do SUS foi motivo de grandes embates. Mendes e Marques (2010) descrevem que as tensões poderiam ser resumidas na disputa que existe entre os setores que buscam garantir financiamento adequado para um sistema de saúde que deveria garantir universalidade, e os setores que buscam cortar gastos sociais, com vistas a garantir altos superávits primários em todas esferas de atuação estatal.

Mendes (2012) sistematiza os “constrangimentos” sofridos pelo financiamento do SUS desde sua criação. A Emenda Constitucional 29 (EC-29), que definiu a forma de inserção da União, dos estados e dos municípios no financiamento à saúde, foi aprovada apenas em 2000². Ainda assim, sua regulamentação (Lei Complementar nº 141/2012), que define o que pode ser considerado gasto em saúde, e regulamenta cálculo para participação da União no financiamento do SUS, foi aprovada apenas em 2012, mantendo indefinidas as fontes de financiamento. O projeto de lei do Senado (PLS 127/2007) que visava garantir mínimo de 10% da receita corrente bruta da União para a Saúde foi rejeitado. Sucessivamente nos governos de FHC, Lula e Dilma, foi prorrogada a Desvinculação de Receitas da União (DRU), que permite desvinculação de 20% da arrecadação de contribuições sociais que deveriam compor o orçamento da Seguridade Social, e que passaram a ser destinadas à formação do superávit primário. Esses são apenas alguns dos elementos que explicam o fato do SUS até hoje não dispor de um gasto público em saúde condizente com a média dos países com sistema público semelhante: em 2012, o gasto público em saúde no Brasil foi equivalente a 3,9% do PIB (produto interno bruto), enquanto a média desses países é de 8,3% do PIB (Marques, Mendes, 2014). Em 2005 a participação da administração pública nas despesas relacionadas à saúde no país foi de apenas 38,8% do total de despesas (IBGE, 2008), restando maior parte dos gastos para as famílias. Mendes (2012) destaca que o Brasil é o único país com sistema universal de saúde em que o gasto privado é maior do que o gasto público. No período de 1995 a 2010 o percentual do gasto da União em relação PIB praticamente se manteve em 1,7% (Mendes, 2012). O orçamento geral da União, executado em 2014, mostra que apesar do gasto com juros e amortizações da dívida pública somarem 45,11% do total, o gasto com a saúde foi de 3,98% (Fattorelli, Ávila, 2015).

Behring (2008) discute impactos da contra-reforma³ e perda de direitos sociais no Brasil. Ela destaca a forte capacidade extrativa do Estado brasileiro, que ao invés de estar voltada para intervenções estruturantes e investimentos sociais, é usada para alimentar uma elite rentista financeira. Justifica, portanto, que os gastos sociais não

² Os percentuais mínimos em relação à receita, fixados na lei, foram de 12%: para os estados e 15% para os municípios

³ Behring (2008) utiliza o termo contra-reforma no sentido de que as reformas são frutos de lutas sociais com conquistas de direitos para a classe trabalhadora, com vetor progressista. As contra-reformas seriam mudanças no sentido regressivo, de retirada de direitos sociais.

são a causa da crise econômica do país, trazendo dados que mostram que o déficit público não está localizado no investimento social. Destaca a transferência de renda que se realiza dos trabalhadores (em um sistema tributário fundado principalmente sobre o consumo) para o setor financeiro. Mendes (2012) descreve como a prioridade dada pelos governos ao capital portador de juros e à política neoliberal diminui drasticamente os gastos públicos com direitos sociais, colocando em risco o próprio princípio de universalização do SUS. Paim (2013) destaca que, caso a captura de recursos da Seguridade Social para as políticas de ajuste macroeconômico não ocorresse, o orçamento da Seguridade seria superavitário. Apesar dos diversos avanços do SUS (Victora et al., 2011), principalmente em relação a acesso a serviços de saúde, com melhora dos indicadores de saúde, analisa que as políticas sociais no Brasil tem sido reduzidas às políticas focalizadas, e consolidado processo de americanização da abordagem da questão social. As políticas de redução de pobreza, descoladas de um processo mais amplo de garantia de direitos sociais reitera a opção neoliberal que os últimos governos tem seguido.

3.4 Atenção Primária à Saúde no Brasil

A concepção de Atenção Primária à Saúde (APS), e conseqüentemente sua forma de implementação, tem sido alvo de disputas historicamente. A declaração de Alma Ata, fruto da Conferência realizada em 1978, na então União Soviética, organizada em conjunto pela Organização Mundial de Saúde e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), além de defender saúde como direito de todos e conclamar governos e instituições internacionais para alcançar a meta de “saúde para todos no ano 2000”, traz um conceito de APS que inclui fatores sociais, econômicos e políticos envolvidos na saúde, e que posiciona a APS como cuidado essencial e central dentro de um sistema de saúde nacional:

Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico

global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde. (Unicef, 1979)

No ano seguinte, em 1979, o Banco Mundial, em conjunto com a Fundação Rockefeller, Fundação Ford e Unicef, se reuniram em Bellagio, e, em torno da crítica de que a Declaração de Alma Ata teria um caráter idealista, de difícil aplicação na prática, propuseram uma atenção primária à saúde seletiva (Lima, 2015). APS seletiva seria um pacote de intervenções de baixo custo para combater as principais doenças em países pobres. Foi colocada inicialmente como uma estratégia de caráter provisório e complementar à Alma Ata, porém tornou-se predominante nos países em desenvolvimento, via pacotes de fomento do Banco Mundial, Unicef e outros organismos internacionais (Giovanella, Mendonça, 2012).

O SUS surgiu então na contracorrente do contexto de incentivo à políticas seletivas, focalizadas, que desconsideram os determinantes sociais do processo saúde-doença, que atuam de forma isolada - da construção - de um sistema de saúde. A legislação do SUS delineou um sistema de saúde universal, que promova cuidado integral e equânime, com controle social e descentralizado. A descentralização no Brasil se deu através da municipalização, e diferentes experiências autóctones de APS foram criadas em nível municipal e estadual, mesmo antes da criação do SUS. A Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, por exemplo, já tinha uma rede de serviços e ações de APS, as ações programáticas. Em 1994 é criado um programa voltado para APS, o Programa Saúde da Família, mas é a partir de 1998, com a criação do Piso de Atenção Básica (PAB) que a estratégia ganha condições concretas de se constituir de forma mais ampliada. O PAB garantiu repasse de recursos do nível federal para nível municipal, de forma perene, a partir do cálculo *per capita* (e não por procedimento), para todos municípios do país que aderissem, e isso significou expansão progressiva da Estratégia da Saúde da Família (ESF) (Sampaio et al., 2012). Se o PAB garantiu incentivo concreto à adesão dos municípios, a Política Nacional de Atenção Básica (Pnab), lançada em 2006, significou diretrizes do que deveria ser a APS no Brasil, através da Estratégia de Saúde da Família. Define responsabilidades de cada esfera governamental, estrutura necessária, política de pessoal e educação permanente, formatos possíveis e desejados das equipes,

atribuições gerais das equipes e de cada profissional, além da política de financiamento e regras de implantação (Brasil, 2012).

Internacionalmente, ao longo das últimas décadas, acumulou-se vasta literatura com evidências que sustentam que sistemas de saúde organizados a partir de uma APS robusta tem melhores impactos na saúde. Starfield e colaboradores (2005) descreveram seis mecanismos que podem estar envolvidos com esses resultados positivos: melhor acesso a serviços necessários; melhor qualidade do cuidado; melhor foco em prevenção; manejo precoce de problemas de saúde; efeito cumulativo das características do cuidado da APS (acessível, abrangente, longitudinal, coordenadora do cuidado) e papel da APS na redução de cuidado por especialidade desnecessário e potencialmente prejudicial. Hansen e colaboradores (2015) pesquisaram dados dos 27 países da União Europeia e concluíram que viver em um país com forte sistema de APS é benéfico para pessoas com doenças crônicas. Bazemore (2015) e colaboradores descreveram a associação que a abordagem abrangente - ou integral – do médico da APS estabelece com a diminuição de custos e hospitalização no Medicare, nos Estados Unidos. Houve nos últimos anos uma retomada internacional pelo fortalecimento da APS. A OMS em 2008 lançou um documento “Atenção Primária em Saúde: Agora Mais do Que Nunca” no qual critica a APS seletiva, que não galgou resultados esperados, e retoma em parte o discurso da Alma Ata, após trinta anos. O documento também defende a “cobertura universal de saúde”. Lima (2015) discute essas iniciativas da OMS e do BM de um “novo universalismo” como estratégia de ampliar cobertura via privatização das instituições públicas, de parcerias público-privadas e seguros-saúde, sendo então um modelo de proteção social de inspiração liberal.

Conforme dados do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (2015), ao final de 2014 o Brasil contava com 39.310 equipes de Saúde da Família implantadas, presentes em 5465 municípios do país, cobrindo uma população estimada em 121.190.878 pessoas, aproximadamente 62,48% da população brasileira. O desenvolvimento e ampliação da APS no Brasil representou avanço tanto em relação a acesso ao sistema de saúde, à qualidade de serviços prestados e à diminuição de iniquidades (Rasella et al., 2014; Macinko, Harris, 2015). Macinko e Harris (2015) elencam evidências de que a ESF proporciona melhor acesso e qualidade, bem como maior satisfação ao usuário do que as unidades tradicionais e

até mesmo do que algumas instalações do setor privado. Estudos mostraram que a expansão da ESF teve efeito importante na diminuição da taxa de mortalidade infantil de 1996 a 2004 (Aquino et al., 2009) bem como mortalidade pós-neonatal devido a diarreia e infecções respiratórias (Rocha, Soares, 2010; Paim et al., 2011). Estudos também mostram associação entre a cobertura de ESF e diminuição de mortalidade por doenças cerebrovasculares e cardíacas, bem como diminuição de internações por essas causas (Paim et al., 2011; Rasella et al., 2014). Há evidências também de queda da porcentagem de internações por causas sensíveis à atenção primária. De 2000 a 2006 diminuíram em 15,8% (Alfradique et al., 2009). As internações por causa sensíveis à APS são indicadores da qualidade da APS por analisar as internações que poderiam ser evitadas em caso de uma APS robusta.

Ainda que esses resultados sejam animadores, e o SUS tenha recebido destaque internacionalmente (Macinko, Harris, 2015), é importante elencar os desafios para a construção de uma APS adequada no país. O subfinanciamento por parte do Estado é um ponto já abordado anteriormente e que impacta em diversas esferas como infraestrutura da rede, investimentos na integração da APS com outros níveis de atenção, incluindo a regulação e a oferta de exames de apoio diagnóstico, entre outros (Paim et al., 2011). A alta rotatividade dos trabalhadores da APS ainda é um problema, associado a diferentes contratos e salários praticados por diferentes contratantes dos municípios (Girardi et al., 2010; Medeiros et al., 2010; Paim et al., 2011). Uma questão pouco abordada, porém, relevante, é a prevalência da síndrome de *burnout* (ou de esgotamento profissional) nos profissionais médicos e a relação que se estabelece entre a saúde dos médicos da APS e fatores relacionados ao trabalho como carga horária, carga de trabalho burocrático, quantidade de pacientes, regime de férias, conflitos com outros profissionais (Morelli et al., 2015). Além do impacto na saúde dos médicos, o *burnout* impacta na rotatividade desses profissionais, na qualidade e na resolutividade da APS e deve ser preocupação da gestão do SUS (Morelli et al., 2015). Outro elemento conflitante na efetivação da ESF é a convivência, muitas vezes na mesma unidade de saúde, do modelo de equipe de saúde “tradicional”, remanescente do período anterior à ESF, que frequentemente não se integram (Paim et al., 2011) e perpetuam um modelo de APS de qualidade inferior, conforme documentado em vasta literatura aqui referenciada.

Assim, esse é o contexto mais amplo da Atenção Primária à Saúde no qual esse estudo busca fazer uma breve abordagem.

3.5 Um breve histórico do SUS no município de São Paulo

São Paulo, além de sua peculiaridade enquanto maior cidade do continente americano, com seus mais de onze milhões de habitantes e um PIB que, sozinha, corresponde a 11,51% do PIB brasileiro (IBGE, 2013), também tem uma história singular de construção do SUS. Aqui não se pretende fazer um resgate histórico detalhado, mas retomar os principais períodos que marcaram sua trajetória.

Ainda no processo de consolidação legislativa do SUS, de 1989 a 1992 é possível descrever a gestão municipal como alinhada à construção do SUS, tentando implementar seus princípios e diretrizes (Gerschman, 2004). Foi realizada uma ampla reforma administrativa com descentralização em distritos de saúde e iniciativas em torno de iniciar um processo de municipalização das unidades estaduais de saúde (Pinto et al., 2009). Fortalecimento do controle social e ampla contratação de trabalhadores via concurso público também foram características marcantes desse período (Junqueira, 2002). De 1993 a 2000, houve um retrocesso do ponto de vista da efetivação do SUS. Ocorreu o desmantelamento da rede municipal e, em 1996, foi criado o Plano de Atendimento à Saúde (PAS). No período do PAS maior parte da rede de saúde assistencial de São Paulo foi cedida às cooperativas de profissionais, essas posteriormente envolvidas em grandes escândalos de corrupção (Junqueira, 2002). Nesse período, o Ministério da Saúde cortou financiamento ao município de São Paulo, que insistia em um modelo assistencial que se contrapunha aos princípios do SUS (Junqueira, 2002; Pinto et al., 2009). A partir de 2001 as gestões municipais voltam a tentar implantar o SUS no município, que é reincorporado ao Sistema Único de Saúde. Os desafios que se seguiram foram a extinção do PAS, a municipalização das unidades de atenção básica estaduais, garantir retorno das instâncias de controle social previstas pelo SUS, reformas administrativas da Secretaria de Saúde que se adequassem a esse novo momento (Pinto et al., 2009).

É importante destacar que o município de São Paulo, desde antes da criação do SUS, contava com uma extensa rede de serviços. A habilitação do município como gestão plena se deu de forma conflituosa, com menos repasses financeiros da

instância estadual do que se esperava (Gerschman, 2004; Pinto et al., 2009) e perpetuando um modelo fragmentado de cuidado na cidade. A consolidação e expansão da rede, em todas gestões desde 2001 se deu, em grande parte, através da parceria com entidades privadas, principalmente através das Organizações Sociais (Pinto et al., 2009). Em relação a essa hegemonia da gestão privada na saúde do município via OSs, cabe ressaltar dois aspectos: apesar da frente político-partidária vitoriosa para gestão da Prefeitura de São Paulo no período 2001 a 2004 ser relativamente similar a de 1989 a 2002, do ponto de vista da política de ampliação da privatização da gestão do SUS e da contratação terceirizada de trabalhadores da saúde, a gestão de 2001 a 2004 se assemelha mais às gestões que se sucederam, compostas por frente partidária adversária nas eleições municipais. Dados da prestação de contas da prefeitura de São Paulo mostram que em 2006 o total de orçamento repassado às OSs, apenas no item de APS, foi de aproximadamente 338 milhões de reais (Prefeitura Municipal de São Paulo, 2007); em 2010 de 470 milhões (Prefeitura Municipal de São Paulo, 2011); em 2014, somados itens de APS e atenção especializada, foram repassados aproximadamente 1 bilhão e 300 milhões de reais às onze OSs contratadas (Prefeitura Municipal de São Paulo, 2015), responsáveis pela gestão de 279 unidades de saúde (Prefeitura Municipal de São Paulo, 2014). Obviamente esses dados isoladamente não explicam muito sobre o financiamento e a dinâmica da gestão do SUS via OS no município, mas traduzem, mesmo que de forma superficial, a dimensão desse modelo de gestão.

Um dos desafios que a capital de São Paulo ainda enfrenta é a ampliação da rede de Estratégia de Saúde da Família. Mesmo que em ritmo de expansão desde 2001, a cobertura ainda é bastante insuficiente. Em 2006, município contava com 791 equipes implantadas e possuía cobertura populacional estimada em 24,97%; em 2010 eram 936 e 29,26% respectivamente; em 2014 foram 1174 equipes, e cobertura populacional estimada em 35,6% (Brasil, 2015). Há que se considerar que outras capitais menos populosas, como por exemplo Belo Horizonte, consegue atingir 82,6% de cobertura populacional com 574 equipes em 2014 (Brasil, 2015). Mas há que se considerar também que é possível ritmos de ampliação da APS menos lentos, como o Rio de Janeiro, que em 2006 contava com 118 equipes implantadas e cobertura populacional estimada de 6,68%, que em 2010 tinha 266 equipes e cobertura de

14,83%, e em 2014 terminou o ano com 831 equipes implantadas e cobertura populacional estimada de 44,86% (Brasil, 2015).

Outro desafio que a construção do SUS também enfrenta na capital é como se conformou a gestão locorregional de um município de grande porte como São Paulo. Da transição dos Distritos de Saúde para as Coordenadorias de Saúde, que possui Supervisões Técnicas de Saúde, à convivência nos territórios com hospitais e ambulatórios que respondem à gestão estadual ou a autarquias que pouco se integram à rede (Spedo et al., 2009) adiciona-se a gestão locorregional pelas OSs no município (Prefeitura Municipal de São Paulo, 2014). Cabe ressaltar que no ano 2014 a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo lançou um chamamento público para qualificação de OS que resultou, entre outras consequências, na formação de um mosaico crescentemente mais fragmentado no âmbito da gestão do setor público da saúde no município, atualmente subdividido em 18 territórios (Prefeitura Municipal de São Paulo, 2014).

É um cenário complexo, no qual todo acúmulo teórico e prático sobre descentralização no SUS parece ter sido insuficiente (Spedo et al., 2009) e aponta como grande desafio para o próximo período, a articulação dessa extensa rede de forma democrática, integrada, voltada para resolutividade dos problemas de saúde da população de cada região.

Esses são alguns dos elementos constitutivos do cenário no qual aproximadamente oitenta mil trabalhadores (Prefeitura Municipal de São Paulo, 2014) atuam na saúde municipal de São Paulo, e no qual essa pesquisa se insere.

4 TRABALHO MÉDICO

Este capítulo não tem a pretensão de fazer uma análise sociológica da profissão médica, mas trazer alguns elementos que contribuam para entender, mesmo que de forma geral, algumas características da profissão médica e a inserção do médico no mundo do trabalho hoje no Brasil e na cidade de São Paulo.

Os médicos experimentaram no século XX uma posição, tanto social como econômica, um tanto confortável, para dizer o mínimo. Que características tornaram essa categoria diferente de outras? Principalmente a partir da década de 1970, diversos autores buscaram analisar o desenvolvimento da profissão médica e sua relação com a sociedade historicamente. Em âmbito internacional podemos elencar Freidson (1988), Starr (1982), Polack (1971), Illich (1975), dentre outros. Freidson (1988), ao analisar profissões, descreve autonomia como característica que difere uma *profissão* de uma *ocupação*. Esse privilégio de se autorregular, de ter o controle sobre o conteúdo do próprio trabalho, faz, na opinião do autor, a profissão médica ser considerada como arquétipo de profissão. O poder da profissão médica de determinar o que é doença extravasa para a sociedade, onde há criação da doença como estado social (Donaldson, 2008). Starr (1982), ao estudar o desenvolvimento da medicina nos Estados Unidos, buscou responder como a profissão se tornou soberana e bem-sucedida, e os porquês da medicina ter se tornado o que se tornou nos EUA, incluindo sua centralidade no cuidado hospitalar e a hegemonia do cuidado privado na saúde. O autor destaca que o sucesso profissional se baseia fundamentalmente no crescimento de sua autoridade; analisa que habilidades específicas reconhecidas socialmente e autoridade cultural são basicamente os meios de garantir sua renda e poder. Mas para adquirir essa autoridade, uma determinada categoria deve resolver dois desafios: garantir consenso internamente e legitimidade externamente da categoria (Starr, 1982), dois desafios que a profissão médica foi bem-sucedida em superar.

Nacionalmente, autores como Donnangelo (1975; 1976), Gonçalves (1992), Arouca (2003) Schraiber (1993), Machado (1997), fizeram importantes contribuições para análise do trabalho médico no Brasil e sua relação com a sociedade. Donnangelo (1976) escreve que

“[...]o modo pelo qual a sociedade toma seus corpos, os quantifica e lhe atribui significado cultural, político e econômico é indispensável para explicar as formas assumidas pela prática médica, sem que com isso se pretendesse também afirmar que todos os elementos que constituem o campo da medicina são estruturados fora dela.” (Donnangelo; Pereira, 1976).

A historicidade do trabalho médico (Gonçalves, 1992) se manifesta, nas sociedades pré-modernas, como um trabalho de características artesanais, autônomo, onde o médico dispunha de alguns instrumentos rudimentares para executar seu próprio trabalho. A transição para uma sociedade capitalista impactou na forma e conteúdo do trabalho médico, concomitante à alteração de seu papel social. Tais mudanças vão desde o surgimento dos Estados Nacionais, surgimento das indústrias, participação do Estado na garantia de assistência médica a parcelas cada vez maiores da população, incorporação de avanços científicos e tecnológicos, até o crescente assalariamento do trabalho médico (Ilich, 1975; Donnangelo, 1975; Donnangelo, Pereira, 1976). No Brasil, o início da industrialização e urbanização no início do século XX propiciou o crescimento de segmentos da sociedade que consumiriam serviços médicos nas cidades (Donnangelo, 1975). Esse período que vai, aproximadamente, de 1890 a 1920 foi caracterizado pelo exercício de uma medicina de traços liberais mais clássicos. Entre 1930 e 1960 já era possível observar sinais de transição para a medicina tecnológica (Donnangelo, 1975; Schraiber, 1993). O surgimento da Previdência Social na década de 1930 demarca, de certa forma, o início da participação estatal na assistência médica, a qual, anteriormente, se dava quase que exclusivamente através dos serviços de saúde filantrópicos ou através do consumo em um mercado livre (Donnangelo, 1975). Donnangelo e Schraiber ressaltam que a partir desse período é possível observar um processo complexo e contraditório no qual conviveram práticas liberais e assalariadas. O crescimento da participação estatal e empresarial inibiu o crescimento da prática liberal e alimentou as características que marcariam o surgimento da medicina tecnológica.

“Em síntese, a caminho de sua conformação tecnológica, a prática médica passa a apresentar simultaneamente:

- a) Extensão e diferenciação dos serviços, com progressiva especialização;
- b) Conexão entre os setores público e privado, por vários mecanismos;
- c) Incorporação de equipamentos e instrumentos materiais;

- d) Produção na forma de trabalho associativo, coletivo e em equipes;
- e) Produção na forma de empresa;
- f) Aumento dos custos da produção e dos preços para consumo;
- g) Complexo médico-industrial, medicina tecnologia-dependente;
- h) Aparecimento de uma nova profissão – a gerência de serviços de saúde;
- i) Produção individual dependente da gerência institucional;
- j) Produção institucional dependente das políticas públicas de saúde;
- k) Universalização da assistência com elitização no consumo da tecnologia;
- l) Institucionalização de desigualdades na produção e consumo;
- m) Organização de clientela coletiva;
- n) Reconhecimento extensivo do direito à assistência como direito à saúde;
- o) Aumento do caráter rotineiro do trabalho;
- p) Aumento da jornada de trabalho;
- q) Diversas situações de trabalho para cada médico individual;
- r) Médicos com significativas diferenças de renda;
- s) Diferentes vínculos, estabilidade e permanência no trabalho;
- t) Institucionalização da heterogeneidade de relação médico-paciente." (Schraiber, 2008).

Schraiber (1997), ao discutir a prática médica no contexto de crise assistencial no país, destaca o quanto a prática médica é impactada pelas "condições de trabalho". Não apenas a questão salarial, mas também de instalações, de equipamentos, de acesso a tecnologias, e também condições não-materiais de trabalho como formas instituídas de captação/fixação de clientela, formas como a instituição faz gestão de pessoal, formação de equipes de trabalho, entre outras, impactam no desempenho profissional e na qualidade da assistência. Para além disso, a forma como os médicos interpretam essa realidade, como incorporam esses elementos, a forma como essa relação se dá com suas motivações, expectativas, e desempenho profissional, é um elemento importante de análise para compreender os desafios da prática médica (Schraiber, 1997).

O Brasil possui atualmente em torno de 409 mil médicos em atividade, segundo dados CFM (2015) em outubro de 2015. A quantidade de médicos no país vem mantendo crescimento exponencial há mais de quarenta anos. Da década de 1970 a 2000, houve um crescimento de 394,84% da quantidade de médicos no país, e de 2000 a 2010, um crescimento de 24,95% (Scheffer et al., 2013). A proporção de médicos para cada mil habitantes também apresentou progressivo crescimento. Passou de 1,15 médico para cada mil habitantes no país em 1980, para 1,72 em 2000,

1,91 em 2010, e atingiu 2,0 em 2012. A pesquisa Demografia Médica no Brasil (Scheffer et al., 2013) indica uma projeção de que em 2020 o Brasil contará com mais de 500.000 médicos. Uma tendência observada nos estudos realizados foi de aumento progressivo da porcentagem de mulheres e de jovens. Desde 2009 entram mais mulheres do que homens médicos no mercado, e desde 2011 as mulheres passaram a ser maioria (53,31%) dos profissionais na faixa etária de até 29 anos.

Apesar do número crescente de médicos no país, tanto em termos absolutos como relativos, estudos sobre a distribuição desses profissionais traz à luz as disparidades entre as diversas regiões, estados, e mesmo dentro de um mesmo estado, entre capital e interior. Essa disparidade é tamanha que, entre os extremos, ou seja, na comparação entre uma capital do Sudeste e uma cidade do interior da região Norte, a proporção de médicos por habitante pode diferir em até quatro vezes. Além das disparidades regionais, outro fator relevante para pensar acesso aos médicos no SUS é a distribuição dos médicos entre serviços públicos e privados. Dados da Demografia médica (Scheffer et al., 2013) apontam que, aproximadamente, apenas 55% dos médicos brasileiros trabalham no SUS. A população coberta por planos de saúde, que corresponde a 25% da população brasileira, tem acesso a quatro vezes mais médicos do que a população que depende exclusivamente do SUS (Scheffer et al., 2011). Se há aumento progressivo dos médicos no país, esse crescimento se deu acentuando a distribuição desigual dos médicos, já que os postos de trabalho ocupados se concentraram mais em estabelecimentos privados (Scheffer et al., 2011). Apesar de dados insuficientes sobre quantidade de vínculos dos médicos em empregos públicos e/ou privados e respectivas cargas horárias, é possível afirmar que a quantidade de médicos no SUS está muito aquém do necessário para um sistema de saúde universal em um país de dimensões como o Brasil.

O estado de São Paulo reúne 113.662 médicos em atividade, sendo que a cidade de São Paulo conta com 54.828 médicos ativos, segundo dados do Conselho Federal de Medicina (2015). Dados da Demografia Médica (Scheffer et al., 2013) indicava registro de 110.473 médicos no estado, sendo 50.968 generalistas e 59.505 especialistas. Uma proporção de médicos registrados por mil habitantes de 2,64 no estado, sendo que 45,93% dos médicos concentrados na capital, no município de São Paulo, uma razão de 4,48 médicos para cada mil habitantes na capital.

Segundo dados disponíveis no sítio virtual da Prefeitura de São Paulo, 4072 médicos estavam contratados por Organizações Sociais no município em 2014 (Prefeitura Municipal de São Paulo, 2014). Não foram encontrados dados de quantos desses médicos foram contratados para atuar na Estratégia de Saúde da Família.

Sem a pretensão de esgotar os temas, esses são alguns dos referenciais teóricos e elementos para introduzir o objeto de investigação dessa pesquisa, quais sejam, as percepções de médicos, terceirizados via OS, que trabalham ou já trabalharam na Saúde da Família do município de São Paulo.

5 OBJETIVO

Identificar e analisar percepções de médicos contratados por Organizações Sociais (OS) na Estratégia de Saúde da Família do município de São Paulo, sobre as formas de gestão e as relações com seu cotidiano de trabalho.

5.1 Objetivos específicos

- Caracterizar entrevistados quanto a formação, trajetória profissional, inserção no mundo do trabalho
- Identificar e analisar as percepções dos médicos entrevistados em relação as formas de gestão das instituições empregadoras
- Identificar e analisar as percepções dos médicos entrevistados em relação à organização do trabalho
- Identificar e analisar as percepções dos médicos entrevistados em relação a democratização das relações de trabalho

6 PERCURSO METODOLÓGICO

A pesquisa qualitativa, inicialmente mais difundida no campo das ciências sociais, tem ocupado cada vez mais espaço no âmbito das pesquisas em saúde, especialmente no âmbito no campo da Saúde Coletiva. A pesquisa qualitativa pode ser definida como “um conjunto de práticas materiais e interpretativas que dão visibilidade ao mundo. (...) seus pesquisadores buscam entender, ou interpretar, os fenômenos em termos dos significados que as pessoas a elas conferem” (Denzin, Lincoln, 2006, p. 17). A pesquisa qualitativa, que abrange um amplo campo de métodos e técnicas, ancorados em diferentes referências teóricas, tem como objeto de investigação uma vastidão de significados, crenças, representações, de diferentes atores inseridos em um grupo social.

A abordagem desenvolvida nesse estudo foi a partir da perspectiva qualitativa de investigação (Minayo, 1992, 2012), em função de seu objeto de estudo ser a percepção de médicos em relação às formas de gestão e o cotidiano do seu trabalho na Estratégia de Saúde da Família. Para apreensão de um objeto dinâmico e complexo, foi o método escolhido (Ludke, Andre, 1986; Trivinos, 1987; Minayo, 1992; Schraiber, 1995).

Dada a insuficiência de estudos que evidenciassem a percepção de médicos terceirizados do SUS sobre o tema, optou-se por, além de pesquisa bibliográfica, acessar diretamente os atores envolvidos, os médicos, através da produção de relatos orais em entrevistas semi-estruturadas. A investigação de uma dada realidade através da produção de relatos orais tem sido uma técnica consolidada no campo das ciências sociais há mais de um século, quando já se considerava uma técnica para registrar o que ainda não havia se transformado em documentos escritos, o que poderia desaparecer se não fosse registrado, uma forma de captar o não explícito, o “indizível” (Queiroz, 1987; Schraiber, 1995).

Os critérios para inclusão dos sujeitos da pesquisa foram: ser médicos que trabalham, ou trabalharam em algum momento, na Estratégia de Saúde da Família, contratados por Organizações Sociais, no município de São Paulo.

A busca pelos sujeitos da pesquisa foi realizada através da técnica *snowball sampling*, ou “amostragem em Bola de Neve”, ou “cadeia de informantes” (Neto, 1994; Becker, 1999; Atkinson, Flint, 2001). Essa técnica consiste no seguinte percurso: a partir de um grupo inicial de sujeitos que preenchem os pré-requisitos da pesquisa, os

mesmos, após serem entrevistados indicam novos sujeitos com as mesmas características que possam contribuir para a pesquisa. O processo deve ser repetido sucessivamente até que se tenha alcançado o objetivo proposto pela pesquisa. A expectativa inicial era de que aproximadamente dez entrevistas seriam suficientes como material para análise e discussão do tema pesquisado. A técnica de *snowball sampling* foi escolhida pela hipótese, por parte da pesquisadora, de que profissionais terceirizados do SUS tenham seu acesso de alguma forma prejudicado ou sujeito a significativa lentidão até que se obtenha a autorização para entrevista. Cabe registrar o ocorrido em um projeto de pesquisa cujo tema foi “Gestão do trabalho em saúde em dois sistemas municipais do Estado de São Paulo: implicações operacionais e psicossociais para uma política de pessoal”, sob a coordenação do prof. Dr. Francisco Lacaz, da Escola Paulista de Medicina da Unifesp. Apesar de a referida pesquisa ter cumprido todos os preceitos éticos, ser aprovada pelo Comitê de Ética da Unifesp, receber financiamento da Fapesp, ter obtido autorização da gestão dos municípios envolvidos, o acesso aos trabalhadores do SUS contratados por entidades privadas foi dificultado em alguns casos e negado em alguns outros. A necessidade de submissão e aprovação tanto por parte do Comitê de Ética em Pesquisa do município de São Paulo, como por Comitês de Ética de cada Organização Social envolvida, para que a pesquisa fosse feita em local de trabalho, talvez retardasse o andamento da pesquisa, ainda mais considerando o tempo limitado de 24 meses para a defesa da dissertação. A técnica de *snowball sampling* apresenta algumas limitações, como o viés de seleção, que parte de uma indicação inicial do pesquisador e sucessivamente de indicações dos entrevistados, bem como de carecer de representatividade da população estudada, dada a imprevisibilidade do perfil dos sujeitos que serão indicados. Porém a técnica é uma possibilidade de, em pesquisas qualitativas, se aproximar de populações de difícil acesso ou socialmente isoladas, como populações estigmatizadas, inseridas em um contexto de grande vulnerabilidade social, ou mesmo até setores da elite econômica (Atkinson, Flint, 2001). A pesquisadora considerou, a partir das experiências pessoais e de colegas pesquisadores, que trabalhadores terceirizados do SUS constituem um segmento de difícil acesso para realização de pesquisas, apesar do caráter público do sistema.

A busca pelos sujeitos da pesquisa começou, então, por um contato da pesquisadora, a qual é Médica de Família e Comunidade e já trabalhou no município

de São Paulo, contratada por uma Organização Social, tendo assim diversos contatos que preencheriam os pré-requisitos.

Para fins de sigilo, foram dados nomes fictícios aos entrevistados, bem como para as OSs empregadoras. Para assegurar maior sigilo, foram dados números e letras fictícios para as regiões e distritos em que os entrevistados trabalham ou trabalharam. Assim, as regiões do município de São Paulo foram numeradas de acordo com a ordem que foram citadas nas entrevistas, quais sejam I, II e III. Os diferentes distritos do município foram nomeados com as letras Z, Y, X, W, V, U, T. Ou seja, os cinco entrevistados passaram por experiências profissionais em 3 regiões, sete distritos da cidade de São Paulo e cinco diferentes OSs.

A primeira pesquisa foi realizada com André, contato da pesquisadora, que indicou treze médicos. Foi tentado contato com todos, seja via e-mail, em mensagens privadas através da rede social Facebook ou através de mensagem privada por telefone (via aplicativo chamado Whatsapp). Apenas Bruno e Camila aceitaram fazer a entrevista, ambos também conhecidos da pesquisadora. Um outro sujeito da pesquisa indicado por André aceitou realizar entrevista pela internet, já que atualmente residia em outro estado da federação, porém por questões de agenda e prazo não foi possível realizá-la. Contatos indicados por Bruno não responderam. Camila indicou Eduardo que aceitou ser entrevistado ao final do prazo estipulado pela pesquisadora. Como havia dificuldades para receber resposta dos médicos e confirmar as entrevistas no decorrer dos meses de julho, agosto, setembro e outubro de 2015, período no qual todas as entrevistas foram feitas, a pesquisadora tentou iniciar mais três “cadeias de informantes” a partir de seus contatos ao final de setembro. Apenas uma respondeu, a saber a entrevista de Débora. Não houve sequência à bola de neve por limitação do prazo. A pesquisadora imaginou que, por ser médica e ter diversos contatos que trabalham ou já trabalharam na Estratégia de Saúde da Família, teria menos dificuldade em acessá-los através da técnica *Snowball Sampling*, buscando médicos que não conhecesse pessoalmente, cenário que se concretizou apenas com um dos cinco entrevistados, Eduardo. Ao todo foram contatados trinta e cinco médicos, caracterizando trinta recusas. A maior parte das recusas se deu por ausência de resposta, a saber vinte e sete. Das trinta recusas, apenas três médicos responderam declarando disposição a participar da pesquisa, porém a demora em estabelecer uma data possível inviabilizou a realização das

entrevistas. No que tange as dificuldades para entrevistar esse segmento de médicos, é relevante mencionar o comentário de uma das entrevistadas, antes de iniciar a gravação: ao receber os agradecimentos da pesquisadora por ter aceitado ceder uma entrevista a mesma respondeu “Imagina, agora que eu já estou aposentada não tenho mais nada a perder, agora posso falar tudo”.

Antes de iniciar as entrevistas todos os sujeitos receberam explicações sobre a natureza da pesquisa, seu objetivo, método, ausência de riscos e benefícios, possibilidade de interromperem sua participação na pesquisa a qualquer momento, tiveram suas dúvidas esclarecidas e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo II). As entrevistas tiveram em média uma hora e dezessete minutos de duração e foram realizadas a partir de um roteiro semi-estruturado (Anexo I!). Três foram realizadas em local público (três lanchonetes diferentes), uma foi realizada no domicílio da entrevistada e uma foi realizada em um dos locais de trabalho do entrevistado em um município do Grande ABC. Todas foram agendadas conforme preferência dos sujeitos da pesquisa por local e horário. As entrevistas tiveram seu áudio gravado e posteriormente transcrito por assistente de pesquisa contratada. Após transcrição realizada pela assistente, a pesquisadora revisou todos os áudios para correção das transcrições.

Para a análise das transcrições das entrevistas foi utilizado o referencial de análise de conteúdo proposto por Bardin (2004), por Gomes e Minayo (2005) e Minayo (2012). Bardin define análise de conteúdo como “um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo e das mensagens.” (Bardin, 2004, p. 38). Tendo como referência os autores supracitados, a análise do material se desenvolveu através das seguintes etapas:

- Leitura flutuante e compreensiva do material, buscando impregnar-se do conteúdo das entrevistas, procurando também adquirir uma visão global do material e suas peculiaridades. Nessa etapa, a leitura foi feita levando também em consideração os referenciais teóricos e contextualizações anteriormente expostos.

- Da etapa 1 foram extraídas as principais categorias e subcategorias presentes nas entrevistas. Durante a categorização buscou-se estar de acordo com as características de exclusão mútua, homogeneidade, pertinência,

objetividade, fidelidade, produtividade. Para a construção dos quadros com os núcleos de sentido usou-se como referência Graneheim e Lundman (2004).

- Inferência e interpretação. Para Bardin (2004), a inferência é uma prática da interpretação que corresponde ao exercício de, a partir da descrição das falas e das observações, construir uma interpretação. A inferência é assim "um conceito de mediação. Pode ser entendida como a operação pela qual se aceita uma proposição em virtude de sua relação com outras anteriormente acatadas como verdadeiras." (Gomes, Minayo, 2005, p. 203). Na etapa da interpretação buscou-se realizar uma síntese a partir das etapas 1 e 2, sempre lidando com os conflitos intrínsecos do exercício de interpretação das falas, das suas representações e significados.

A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), disponível pela Plataforma Brasil, através do Parecer Consubstanciado número 698.095 em 25/06/2014 (Anexo III). Foi realizada dentro dos preceitos éticos preconizados, conforme Resolução número 466 do Conselho Nacional de Saúde, de 12 de dezembro de 2012.

7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo serão expostos os resultados a partir das categorias e subcategorias que foram extraídas da sistematização dos núcleos de sentido das entrevistas. Segundo Graneheim e Lundman (2004) uma unidade, ou núcleo, de sentido são palavras, frases ou parágrafos contendo aspectos relacionados entre si através do seu conteúdo e seu contexto. A partir dos resultados de cada categoria ou subcategoria, serão discutidas as possíveis aproximações com a literatura encontrada. É importante destacar que da mesma forma que os fenômenos e percepções apreendidos das entrevistas e categorizados estão interligados por um contexto mais amplo, a discussão também leva em consideração que tais elementos não estão isolados uns dos outros. Começaremos pelo perfil dos sujeitos entrevistados.

7.1 Características dos entrevistados

Os cinco entrevistados receberam nomes fictícios, bem como suas Organizações Sociais empregadoras, bem como as regiões de São Paulo e seus distritos citados nas entrevistas. O resumo do perfil dos entrevistados segue no quadro a seguir. Foram entrevistados três homens e duas mulheres, quatro deles formados há menos de onze anos. Dos cinco, quatro fizeram especialização em Saúde da Família ou em Medicina de Família e Comunidade. Todos possuem histórico de múltiplos vínculos, maior parte incluindo vínculos públicos e privados concomitantes. Apenas dois trabalharam como funcionários públicos. Apesar da heterogeneidade de vínculos e inserções, todos tiveram maior parte do período de trabalho inserido na APS.

Entrevistado	Idade	Ano de graduação	Instituição de graduação	Especialização	Resumo da trajetória
André	31	2009	Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo	Especialização em Saúde da Família pela Unasus/Unifesp; titulado Médico de Família e Comunidade pela SBMFC	Trabalhou em plantão de hospitais privados e público; trabalhou na ESF do município de São Paulo, pela OS Azul, na Região I, Distrito Z, por 2 anos; trabalha na ESF do município de São Paulo,

					pela OS Verde, na Região II, Distrito Y, há 4 anos; tutor de residência MFC
Bruno	29	2010	Faculdade de Medicina de Marília	Residência de Medicina de Família e Comunidade pela Fmusp	Trabalhou em plantão de ambulância privada; como preceptor de residência de MFC; Trabalha em plantão em pronto-socorro privado, em consultório privado, e na ESF do município de São Paulo, pela OS Verde, na Região II, Distrito Y, há dois anos Responsável técnico da UBS; é vice-supervisor de programa de residência de MFC, é supervisor do Programa Mais Médicos
Camila	33	2008	Universidade Federal Fluminense	Especialização de gestão na UERJ/IMS; especialização em Saúde da Família pela Unasus/Unifesp; titulada Médica de Família e Comunidade pela SBMFC	Trabalhou na APS no RJ por 2 anos; na ESF de município da região Grande ABC pela OS Amarela e depois como estatutária; era preceptora de alunos de graduação; em plantão de hospital público; trabalhou na ESF do município de São Paulo, pela OS Amarela, na Região III, Distrito X, por um ano; trabalha na atenção domiciliar de município da região Grande ABC, pela OS Laranja
Débora	53	1985	Faculdade de Medicina de Marília	Residência de Pediatria pelo Hospital do Servidor Público Estadual; especialização em Homeopatia pela Associação Paulista de Homeopatia; especialização em Saúde da Família pela USP	Trabalhou como pediatra em UBS do município de São Paulo pelo estado de SP de 1987 a 2001; em plantões conveniados; em consultório particular (medicina de grupo); como pediatra em UBS pelo município de São Paulo por 4 anos; como pediatra em UBS pelo PAS na Região I, Distrito T; trabalha na ESF do município de São Paulo, pela OS Amarela desde 2001 na Região I, Distrito W; e em consultório

					particular com homeopatia. Aposentada por tempo de trabalho
Eduardo	36	2004	Universidade de Mogi das Cruzes	MBA executivo em Saúde pela FGV	Trabalhou em plantões de hospital privado, na ESF do município de São Paulo, pela OS Vermelha, na Região III, Distrito V, por quatro anos; preceptor de alunos de graduação na ESF do município de São Paulo, pela OS Vermelha na Região III, Distrito U, por três anos; na coordenação dos médicos da OS Vermelha; trabalha na atenção domiciliar de município da região Grande ABC, pela OS Laranja e na saúde do trabalhador em sindicato de município da região Grande ABC

7.2 Análise das entrevistas

Da análise das entrevistas foram extraídas as seguintes categorias e subcategorias:

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
Relações trabalhistas	Vínculos empregatícios
	Rotatividade
Gestão	Nível Macro
	Nível Local
	Característica privada
Organização do trabalho	Infraestrutura
	Processo de trabalho
	Resultados
Democratização	Processo de decisão

7.2.1 Relações trabalhistas

7.2.1.1 Vínculos empregatícios

Essa subcategoria foi extraída dos seguintes núcleos de sentido:

<ul style="list-style-type: none"> • RELAÇÕES TRABALHISTAS
<ul style="list-style-type: none"> <ul style="list-style-type: none"> ○ VÍNCULOS EMPREGATÍCIOS
<p>NÚCLEOS DE SENTIDO:</p> <p>André:</p> <p>“Comecei a trabalhar em plantões em hospitais privados (...) Vínculo informal. Sem ter que abrir CNPJ (...) Era por indicação, eles pagavam em espécie na saída do plantão.”</p> <p>“Na unidade tem 3 vínculos. Tem o vínculo com a prefeitura, de administração direta ainda; os contratados de vagas que existem, que chamam de ‘funcionários da equipe’; e profissionais ‘contratados da unidade’. A grana é a mesma, o vínculo é o mesmo, mas a relação institucional é diferente.”</p> <p>Bruno:</p> <p>“O contrato era CLT, mas era direto com a prefeitura [em MG]. Nunca entendi muito bem o que era aquele contrato, porque eu era contratado da prefeitura e da faculdade ao mesmo tempo e recebia de um lugar só”</p> <p>“Sou sócio da empresa e recebo como se fosse lucro (...) não é lucro da empresa dividido entre todos, é pior que isso, você ganha por plantão. Você nem sabe quanto a empresa lucra, você recebe por plantão, ou você trabalha lá assim ou não trabalha”</p> <p>Camila:</p> <p>“Trabalhei no Programa Médico de Família em Niterói, fui contratada pela Associação de Moradores. Acho que é uma das primeiras formas de algo parecido com uma OS no Brasil, pois é bem antigo, eles fazem isso lá desde 1991 ou 1992. Todos os profissionais eram contratados pela associação de moradores.”</p> <p>Débora:</p> <p>“Sempre trabalhava das 7 às 7, sempre 2 a 3 empregos. No estado era o que era mais fixo”</p>

Os trechos selecionados como núcleos de sentido se referem tanto a vínculos que os médicos entrevistados vivenciaram em outros estados da federação, bem como no serviço privado. São relatos que ilustram as análises encontradas na literatura quando se estuda os vínculos empregatícios dos médicos no Brasil.

Mas ao discutir os vínculos empregatícios, cabe acessar o debate que existe sobre desafios relacionados à força de trabalho no SUS. Muito embora o SUS seja um sistema de saúde público universal, que garante constitucionalmente assistência

à saúde gratuita, - e que tem em seu nome a palavra 'único' – o sistema de saúde brasileiro se constitui de três subsetores: o público – o SUS - composto por serviços financiados pelo Estado (nos níveis federal, estadual e municipal) e prestados seja pela administração direta ou indireta, seja por entidades/empresas privadas contratadas ou conveniadas como dispõe a lei 8080; desde 1998, com a transferência crescente da gestão para entidades privadas qualificadas como OS, iniciada e sustentada por força de lei federal 9637/98, cuja constitucionalidade foi arguida por cerca de 17 anos no Supremo Tribunal Federal (Andreazzi, Bravo, 2014), as OSs passaram a “integrar” o SUS, com o qual se relacionam por meio dos contratos de gestão; o subsetor privado, com fins lucrativos, mas que por meio de alguns dispositivos, como a renúncia fiscal, se beneficia de recursos públicos; e o subsetor de saúde suplementar, composto por uma diversidade de planos de saúde privados de saúde e seguros, com subsídios fiscais. Nessa gama de diferentes conformações dos componentes públicos e privados, a população brasileira pode utilizar os três subsetores, a depender da sua capacidade de pagamento e de acesso aos serviços (Paim et al., 2011). Essa configuração peculiar do sistema de saúde brasileiro apresenta uma contradição importante, pois na medida em que deveria garantir acesso universal à saúde de forma equânime, os 25% da população brasileira cobertos por planos e seguros de saúde, contam com maior parte dos médicos do país. Segundo inquérito nacional (Scheffer, 2015), 21,6% dos médicos brasileiros trabalham exclusivamente no setor público e 26,9% só atuam no setor privado. Os demais, 51,5%, atuam nas duas esferas, a pública e a privada. Considerando a população brasileira que depende exclusivamente do SUS e a distribuição – desigual - de postos de trabalho médicos nos setores públicos e privados, um usuário da rede pública tem à disposição aproximadamente quatro vezes menos médicos do que a clientela da saúde privada (Scheffer et al., 2011). A dimensão do setor privado no país pode ser representada também pelo seu faturamento, que alcançou 72,9 bilhões em 2010, e pela rede mobilizada para seus serviços: mais de 60% dos hospitais brasileiros e mais de 90% das unidades isoladas de diagnóstico e terapia tem vínculo parcial ou exclusivo com planos e seguros de saúde (Bahia, Scheffer, 2012).

A criação do SUS proporcionou uma crescente expansão do mercado de trabalho em saúde no Brasil, tanto na medida em que ampliava oferta de serviços básicos públicos, como na expansão de contratos com a rede privada. Atualmente o

mercado de trabalho em saúde gera mais de 2,5 milhões empregos diretos de saúde, sem contabilizar os outros milhares de empregos indiretos (Machado, 2012). Apesar de crescimento quantitativo exuberante, os trabalhadores da saúde enfrentaram derrotas importantes como o aumento de vínculos temporários, destituição de direitos trabalhistas, diminuição dos níveis de proteção social, poucos avanços salariais, perspectiva de carreira profissional praticamente ausente – consequências da contrarreforma do Estado a partir da década de 1990 (Carvalho et al., 2013) (Machado, 2012).

A expansão da rede assistencial e do mercado de trabalho em saúde no Brasil não veio acompanhada de um planejamento da força de trabalho para o SUS, que deveria garantir tanto a qualidade da formação, quanto a distribuição desses profissionais de acordo com as necessidades de saúde da população e a garantia de direitos conquistados (Carvalho et al., 2013). Foi observado o oposto.

Uma característica relevante do emprego público na saúde no Brasil foi sua municipalização. Em 2009, mais da metade dos 1,7 milhão de empregos públicos na saúde foi ofertada pelo nível municipal, que hegemoniza as ofertas de emprego público em todas regiões do país (Machado, 2012). Associado às medidas de ajuste como a Lei de Responsabilidade Fiscal, a demanda por trabalhadores da saúde nos municípios, nessas duas décadas, foi sendo parcialmente suprida por vínculos irregulares, via ONGs, cooperativas, fundações privadas (Mendonça et al., 2010), como ilustrada na fala de Camila, médica que foi contratada por uma associação de moradores para trabalhar no Programa Médico de Família.

O Ministério da Saúde, em um documento de 2006, estimava em torno de 600 mil o número de trabalhadores precários no SUS, e que na Saúde da Família algo entre 20 e 30% de todos os trabalhadores tivessem vínculos precários (Brasil, 2006). Não se pretende nesse estudo debater as diferentes interpretações de trabalho precário, mas cabe explicitar que a presente discussão usa como referência a definição de Kalleberg (2009), para o qual trabalho precário é “[...] o trabalho incerto, imprevisível, e no qual os riscos empregatícios são assumidos principalmente pelo trabalhador, e não pelos seus empregadores ou pelo governo”.

Em pesquisa (Girardi et al., 2010) com dados de 2009 na Estratégia de Saúde da Família, mais de 70% dos municípios entrevistados relataram prática da contratação temporária para médicos, e no total de contratos médicos 50% eram

desprotegidos (temporários, autônomos, prestação de serviços, etc.). Esse estudo pesquisou qual seria a justificativa para os gestores municipais optarem pela prática de vínculos desprotegidos ou precários. Em 2001 e 2006 mais da metade dos entrevistados justificou como principal motivo a flexibilidade para demitir, contratar ou remanejar pessoal (Girardi et al., 2010).

Apesar dos dados encontrados em 2009, em estudo nacional, ter encontrado apenas 9,3% dos contratos na ESF realizados por entidades privadas, ou seja, contratos terceirizados (Girardi et al., 2010), a situação empregatícia na ESF no município de São Paulo é bem diferente.

Em análise do perfil dos trabalhadores na APS na zona norte e central de São Paulo (Marsiglia, 2011), um total de 87 UBS, no período de 2008-2009, observou-se um quadro de transição de modelos, convivendo serviços de UBS “tradicional”, sob o modelo de Programas de Saúde (49,4% das UBS), UBS com modelo exclusivo de Estratégia de Saúde da Família (26,4%), e UBS mistas (24,1%) onde conviviam os dois modelos, como pode ser ilustrado pela fala do médico André. Na pesquisa (Marsiglia, 2011) observou-se que 92,3% dos funcionários sob o modelo de Programas de Saúde eram funcionários públicos estatutários, e que 77% dos funcionários das equipes de ESF eram funcionários terceirizados contratados por instituições parceiras, evidenciando assim a estratégia do município de São Paulo de ampliar as equipes de ESF prioritariamente via terceirização.

Em relação aos múltiplos vínculos citado pela médica Débora, há vasta literatura que aborda o tema. Podemos elencar aqui dois estudos realizados na ESF do município de São Paulo que encontraram dado de que 56,8% dos médicos entrevistados declararam ter dois ou mais vínculos, sendo que todos eram contratados no PSF para 40 horas semanais (Marsiglia, 2005; Campos, Malik, 2008).

A partir desses elementos, torna-se difícil conceber como constituir uma APS de qualidade, em um sistema nacional de saúde, que se pretende universal, se a força de trabalho está submetida a um contexto em que não há planejamento por parte do Estado de garantir, tanto uma formação adequada para os desafios do cotidiano dos serviços, quanto condições de trabalho necessárias para satisfação de suas necessidades a médio e longo prazos. A precarização do trabalho prejudica a relação do trabalhador com o sistema de saúde. A alta rotatividade, comumente associada aos cenários de precarização, compromete a qualidade e a continuidade dos serviços

(Carvalho et al., 2013). Assim, é fundamental que esse desafio da gestão da força de trabalho no SUS seja mais amplamente estudada, e seja enfrentada por parte dos governos.

7.2.1.2 Rotatividade

A subcategoria rotatividade emergiu dos seguintes núcleos de sentido:

<ul style="list-style-type: none"> • RELAÇÕES TRABALHISTAS
<ul style="list-style-type: none"> <ul style="list-style-type: none"> ○ ROTATIVIDADE
<p>NÚCLEOS DE SENTIDO:</p> <p>André:</p> <p>“Às vezes, a gente era deslocado pra cobrir outras equipes, uma espécie de ‘folguista’. Tinha uma equipe que só tinha um cara, esse cara saía de férias, eles te ‘davam a oportunidade’, diziam assim, de você ir pra essa outra unidade, e eles te pagavam num regime diferenciado”</p> <p>“O que acontece se amanhã ou depois, troca o chamamento, troca a empresa, troca o parceiro (...)”</p> <p>“E de repente aparece um cara lá para trabalhar com você. De repente some um cara para trabalhar com você. Também tem gente que é demitida do além.”</p> <p>“Aí em outra unidade começa ‘o que esse cara está fazendo aqui?’, aí transfere de novo. A gente sabe de vários profissionais que são ‘politransferidos”</p> <p>Bruno:</p> <p>“A OS Verde disse que no dia 31 de dezembro não fica mais (...) as pessoas estão preocupadas com seu emprego, não sabem se no dia 31 de dezembro elas podem se planejar pra ter ceia de ano novo, se vai ter emprego dia 1º de janeiro. Está um clima bastante estressante dentro da unidade”</p>

A rotatividade é um fenômeno relacionado a contextos de precarização do trabalho, assim, a discussão desenvolvida nessa subcategoria se articula a partir das referências estudadas na discussão anterior.

A rotatividade dos profissionais é foco de preocupação por parte das organizações, principalmente quando é necessário treinamento e formação dos trabalhadores. Os custos envolvidos na formação e na reposição desses trabalhadores motivou vasta literatura publicada acerca do tema. Estudos analisando a rotatividade da enfermagem referem que uma porcentagem acima de 26% causa

impacto financeiro e acima de 50% pode comprometer também a produtividade e a qualidade do serviço (Campos, Malik, 2008). A rotatividade de médicos nos serviços de saúde, e especificamente na APS, também é um fenômeno relativamente bem estudado no mundo. Em revisão bibliográfica, Campos (Campos, Malik, 2008) encontrou que a insatisfação no trabalho é o principal fator que leva um profissional a deixar a organização.

Através do mecanismo de busca dos sites da Biblioteca Virtual de Saúde – BVS (Bireme) e do Pubmed (NLM) foram pesquisados artigos em suas respectivas bases de dados, utilizando-se os descritores DeCS/MeSH: *job satisfaction* e *primary health care*. Foram analisados somente aqueles que, a partir desses sites, apresentavam texto completo. A busca, realizada no mês de novembro de 2015, localizou 27 artigos, sendo todos eles na base de dados Medline (Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line). Dentre os artigos, havia 26 em inglês e 1 em alemão. Nenhum dos artigos se referia a pesquisas realizadas no Brasil ou em outros países da América do Sul. Através da leitura dos artigos, foram separados para análise mais detalhada todos os artigos que derivavam de estudos empíricos abrangentes sobre a satisfação dos médicos da APS no seu ambiente de trabalho. Foram discriminados dessa forma 9 artigos.

Título	País	n	Resultado
An Empirical Investigation of Factors Influencing Career Satisfaction of Primary Care Physicians (Deshpande; Demello, 2010).	EUA	693	Passos como dar tempo suficiente para a interação com os pacientes, reduzindo potenciais ameaças de processos de erro médico, e melhorar a renda pode aumentar a satisfação da carreira dos médicos da APS [tradução nossa].
Between professional dignity and economic interests—evidence based on a survey of Taiwan's primary care physicians (Chen; Lee, 2013).	Taiwan	1.244	Os incentivos econômicos nem sempre devem tomar o centro da intervenção, se os formuladores de políticas desejam conseguir a adesão dos médicos. A hipótese da lealdade profissional (dignidade profissional) está em jogo tão fortemente quanto a hipótese de renda alvo [tradução nossa].
Chinese primary care providers and motivating factors on performance (Hung <i>et al.</i> , 2013).	China	823	Os mais importantes fatores de motivação para os médicos da APS para melhorar o desempenho foram o desenvolvimento profissional, oportunidades de treinamento, ambiente de vida, benefícios, condições de trabalho e renda [tradução nossa].
Is burnout associated with referral rates among primary care physicians	Israel	136	Nesta investigação preliminar, verificou-se que as taxas de encaminhamento para

in community clinics? (Kushnir <i>et al.</i> , 2013).			testes de diagnóstico e clínicas especializadas aumentaram de forma independente para especialistas em MFC (em comparação com generalistas), para aqueles com os níveis de burnout mais elevados e quando a carga de trabalho objetiva aumenta. Estes resultados apoiam a conceituação das taxas de referência enquanto uma consequência negativa objetivamente medida do burnout [tradução nossa].
Job Satisfaction Among Primary Care Physicians (Behmann <i>et al.</i> , 2012).	Alemanha	1.106	Médicos da APS estão satisfeitos com o seu trabalho em geral. No entanto, existe significativa insatisfação com tarefas administrativas. As melhorias nesta área podem contribuir para tornar a APS mais atraente para os jovens médicos [tradução nossa].
Relationship between Job Satisfaction and Performance of Primary Care Physicians after The Family Physician Reform of East Azerbaijan Province in Northwest Iran (Jabbari <i>et al.</i> , 2014).	Irã	367	Os baixos escores de desempenho e satisfação no trabalho de médicos de família são indicações óbvias para a necessidade de maiores pesquisas, na identificação de causas e na descoberta de mecanismos, para melhorar a situação no sistema de saúde existente, especialmente em métodos de pagamento e condições de trabalho. [tradução nossa].
Relationships between work satisfaction, emotional exhaustion and mental health among Swiss primary care physicians (Bovier <i>et al.</i>).	Suíça	1.784	Satisfação do trabalho em relação à renda atual, ao prestígio social e às relações profissionais são correlatos importantes de saúde mental entre os médicos da APS, bem como a exaustão emocional. Níveis mais altos destas dimensões de satisfação relacionada ao trabalho parecem atenuar a relação entre a exaustão emocional e saúde mental dos médicos [tradução nossa].
The Impact of Managed Care Contracting on Physicians (Ly; Glied, 2014).	EUA	21.567	A oportunidade de fechar mais contratos confere benefícios significativos aos médicos, embora adicione custos moderados em termos de tempo gasto fora do atendimento ao paciente e menor adequação do tempo com os pacientes. Simplificações que reduzem a carga administrativa da contratação podem melhorar o atendimento, otimizando a alocação do esforço médico [tradução nossa].
The Mental Health of Primary Care Physicians in Rhineland-Palatinate, Germany (Unrath <i>et al.</i> , 2012).	Alemanha	2.092	Tudo somado, parece que agravos de saúde mental são problemas de saúde comuns entre os médicos da APS. Medidas específicas para grupos-alvo devem ser tomadas a fim de reduzir o nível de estresse subjetivo, e para promover a higiene mental. Além disso, o

			desenvolvimento de perfis de personalidade favoráveis e os padrões comportamentais correspondentes devem ser apoiados.
--	--	--	--

No Brasil e, especificamente, no município de São Paulo, Campos (2008) estudou a rotatividade e a satisfação no trabalho de 36,2% dos médicos do PSF do município, no total de 242 médicos, em dez de doze instituições parceiras (IP) do município naquele período. Entre julho de 2004 e junho de 2005 o índice de rotatividade médio do município foi de 37,4%, considerado ruim. A variação entre as IPs foi grande, sendo o menor índice de 14,3% e o maior de 61,1%. Das dez IPs, apenas 3 apresentaram índice adequado (de 0 a 25% ao ano) e 7 apresentaram índices considerados ruins ou críticos (acima de 25% e 50% respectivamente). Em relação à satisfação no trabalho, o índice geral foi de 74,7, considerado satisfação parcial. Em consonância com a literatura, foi encontrada correlação negativa da satisfação no trabalho com rotatividade, ou seja, quanto maior a satisfação, menor a rotatividade. Três dos quatro indicadores de satisfação no trabalho que receberam as piores avaliações foram correlacionados com rotatividade: capacitação, ambiente físico e materiais. Isso pode significar que, apesar dos médicos se sentirem motivados, e em média parcialmente satisfeitos, a falta de estrutura e de capacitação para exercer suas atribuições os leva a deixar o trabalho. Outro dado interessante é que 33% dos médicos entrevistados já haviam trabalhado no PSF, o que fala a favor da rotatividade entre municípios ou entre parceiras (Campos, Malik, 2008). Esse estudo é um dos poucos que conseguiu acesso aos médicos contratados por entidades privadas (dez de doze) no PSF/SUS de São Paulo, para pesquisa sobre gestão do trabalho médico, produzindo importante contribuição para análise. Um dado relevante para esse debate é o fato da orientadora de Campos (Campos, Malik, 2008) ter ocupado cargo na gestão de Recursos Humanos da Secretaria de Saúde de São Paulo no período da pesquisa, o que poderia justificar, de certa forma, o fato, pouco frequente, das entidades privadas terem se disposto a aceitar a pesquisa.

Em estudo em municípios do RS (Medeiros et al., 2010), médicos e enfermeiros indicaram como fatores desencadeantes da rotatividade na ESF na região: a influência político-partidária no trabalho das equipes de ESF; a falta de formação específica para o trabalho da ESF; estilo de gestão autoritário; más condições de trabalho; ofertas de trabalho mais atraentes no mercado. Os autores perceberam nos relatos que a

precariedade do vínculo empregatício poderia ser usada como instrumento de controle político sobre os profissionais das equipes da ESF.

Em 2004 (Marsiglia, 2005), na ESF do município de São Paulo, 48,3% dos médicos entrevistados não haviam feito ou concluído nenhuma especialização, e a porcentagem de médicos que não haviam cursado programa de residência médica era de 63%, ambos números muito elevados. Na mesma pesquisa, 58,6% dos médicos referiram menos de 2 anos de prática na ESF, um número também bastante elevado. A ausência de formação específica na área de atuação da ESF e de capacitação é um dos fatores comuns referidos pelos médicos como desencadeadores de rotatividade. Em levantamento de 2013 (Scheffer et al., 2013) o Brasil contava com 3253 médicos titulados na especialidade de Medicina de Família e Comunidade, cujo objeto específico de expertise é a Atenção Primária. Se considerarmos que ao final de 2014, mais de 39 mil equipes de ESF haviam sido implementadas no país (Brasil, 2015), torna-se bastante óbvia a desproporção entre demanda e a oferta de médicos capacitados para cenário específico da APS. Novamente a problemática da falta de planejamento da força de trabalho para o SUS e para a APS se torna evidente.

Outro elemento relacionado tanto à rotatividade quanto à satisfação profissional é a própria saúde dos médicos que trabalham na APS. Em revisão sistemática de literatura (Morelli et al., 2015), os autores encontraram alta prevalência da síndrome de *burnout* (Maslach, Jackson, 1986) (ou de esgotamento profissional) em médicos da APS, variando de 34,8% a 85,7%. Fatores relacionados ao trabalho foram: tempo de atuação na área, número de pacientes atendidos (mais de 25 pacientes por dia), número de horas trabalhadas na semana (mais de 40 horas semanais); dificuldades na relação com profissionais não médicos, entre outros. Médicos com menor satisfação no trabalho apresentaram maior pontuação de exaustão emocional e despersonalização. Encontraram associação de altos níveis do componente de exaustão emocional com maior gasto farmacêutico por paciente atendido. Encontraram também maior prevalência de *burnout* em médicos da APS em relação a médicos que trabalham em hospitais, possivelmente pelo grau de envolvimento emocional presente no cuidado longitudinal e integral de uma população adscrita. As consequências dessa alta prevalência de *burnout* nos médicos da APS são preocupantes e tem consequências importantes tanto para o indivíduo, quanto para o

sistema de saúde, com a diminuição da qualidade do cuidado, redução da produtividade, aumento dos erros médicos, acentuação da rotatividade. Esses são dados que devem contribuir para a reflexão e para enfrentamento da alta rotatividade evidenciada da ESF.

7.2.2 Gestão

7.2.2.1 Nível Macro

Essa subcategoria emergiu dos seguintes núcleos de sentido:

<ul style="list-style-type: none"> • GESTÃO
<ul style="list-style-type: none"> <ul style="list-style-type: none"> ○ NÍVEL MACRO
<p>NÚCLEOS DE SENTIDO:</p> <p>André:</p> <p>“O fato também da parceira ser muito grande, o processo de gestão é muito afastado, a contratação é um problema, por exemplo.”</p> <p>“Na verdade, a gente é contratado pela OS Verde, mas quem gere é uma instituição dentro da OS Verde que se chama XYZ. Mas acho que o contrato de gestão é com a OS Verde não é com a XYZ. Pelo o que eu entendo, e issoninguém nunca soube me explicar, porque a XYZ, pela prefeitura, nem existe. (...) Na [minha] carteira de trabalho é a OS Verde. Mas nossa relação institucional é com essa XYZ.”</p> <p>“O que acontece se amanhã ou depois, troca o chamamento, troca a empresa, troca o parceiro, eu não tenho garantia que profissionais essenciais para o funcionamento da unidade permanecerão.”</p> <p>“Agora gerir RH que é função deles, eles fazem muito mal. E a gente tem zero de participação nisso.”</p> <p>“Aí apareceu 5 ou 6 contratados do além. Nesse ponto temos zero autonomia. E de repente aparece um cara lá para trabalhar com você, de repente some um cara para trabalhar com você, também tem gente que é demitida do além.”</p> <p>“Dá pra se observar isso tanto no processo de contratação, se contrata qualquer um. O fato de você ter uma especialização, de você ter um mestrado, não muda nada no plano de carreira. Não tem nenhum tipo de incentivo pra isso, enquanto que também não tem supervisão técnica qualquer que seja.”</p> <p>Bruno:</p> <p>“A gerente tem muito essa ligação, tanto com a supervisão de saúde do município, quanto com a da OS. Agora, o quanto a gente enquanto profissional acessa isso é muito pouco.”</p>

<ul style="list-style-type: none"> • GESTÃO
<ul style="list-style-type: none"> ○ NÍVEL MACRO
<p>“[...] Então, para mim é diferente dos auxiliares de enfermagem, que estão muito angustiados, porque esse é o único emprego que eles tem. É superdifícil conseguir emprego como auxiliar de enfermagem, ganhando o que eles ganham - que trabalhando na OS Verde paga um pouco mais - então, eles tem uma relação com trabalho muito diferente da que eu tenho”</p> <p>Débora:</p> <p>“[com o chamamento] começou tudo de novo. (...) Eles mandaram muita gente embora, eu fiquei sabendo.”</p>

Nessas falas é possível observar um pouco da percepção do que é a gestão em um nível macro, fora do local de trabalho desses médicos no seu cotidiano na UBS e como essa gestão “distanciada” chega ao seu lugar de trabalho. É possível correlacionar essas falas com todo o contexto de precarização do trabalho discutido na subcategoria “vínculos empregatícios”. A situação de mudança de OS é colocada tanto por André (uma mudança imprevista) como por Bruno (uma mudança anunciada oficialmente, na iminência de acontecer), como por Débora (mudança que já ocorreu e desencadeou demissões).

Apesar da contratação de profissionais da ESF através de OS, em contratos regidos pela CLT, ser considerada terceirização mas não precarização das relações de trabalho por alguns autores (Ibañez, Neto, 2007; Marsiglia, 2011), o tema convida à reflexão.

“A precarização é um conceito relativo. Um trabalhador hipotético, sem vínculo formal, quando passa a ter outro emprego regido pela CLT, está menos precarizado. O contrário também é verdadeiro: um trabalhador do serviço público, estatutário, quando passa a ser contratado pela CLT por outro ente que não a administração pública, está mais precarizado. Sob o ponto de vista do trabalho, o vínculo estatutário é, no geral, melhor, pois oferece mais estabilidade e segurança para o servidor poder dedicar-se à carreira, bem como, em alguns casos, certos direitos (licença-prêmio, entre outros). A aposentadoria integral foi, infelizmente, um direito atacado pela contrarreforma previdenciária de 2003.” (Cardoso, Campos, 2013, p. 228)

Se do ponto de vista do trabalhador, há uma perda relativa de direitos ao ser contratado via CLT ao invés de ser trabalhador estatutário do serviço público, por outro lado a defesa da forma de contratação via regime CLT, por parte do governo federal

em 2007, evidencia a lógica privada dentro do serviço público, alinhada à contrarreforma do estado, discutida no capítulo 2:

“Por outro lado, nas áreas em que atua de forma concorrente com a iniciativa privada, é indispensável que o Estado possa aplicar o regime de emprego celetista, mais flexível e aberto à inovação e à especialidade, atributos essenciais a quem atua em ambiente concorrencial e precisa garantir a qualidade dos serviços e a incorporação de novas tecnologias geradas para o setor.” (Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão, 2007, citado em Granemann, 2008, p. 38)

Por parte dos gestores em níveis locorregionais a lógica é semelhante, conforme estudo (Girardi et al., 2010) discutido anteriormente, no qual gestores municipais justificaram opção por contratos precários pelo benefício da flexibilidade de demissão, contratação e remanejamento de pessoal. Outro estudo (Pinto et al., 2009) realizado no município de São Paulo, conclui:

“A implantação do PSF por meio de parcerias com entidades privadas, justificada como forma para agilizar a implementação do programa, criou importante contradição. Deve-se considerar que o fundamento da agilidade para a contratação de pessoal, compras e manutenção serve tanto para justificá-las, quanto para agilizar demissões dessa força de trabalho, numa lógica de caráter gerencialista e com critérios que não respeitam o que se convencionou denominar de interesse do bem comum. Logo, relações trabalhistas precárias ou não estáveis fragilizam o componente da força de trabalho que, no setor saúde, é estratégico e tem potência para dar continuidade e sustentação às políticas, no que se refere à sua configuração como política de Estado.” (Pinto et al., 2009, p. 936).

A discussão do tema, a partir dos elementos trazidos pelas entrevistas, não tem a pretensão de concluir qual é a melhor forma – ou a menos pior, ou mesmo a “possível” – de contratar trabalhadores para o SUS. A pergunta talvez seja: quais grupos se beneficiam desses modelos de gestão? Ou o que “escapa” à defesa formal desses modelos de gestão? Quais são as repercussões na prática?

Somente em um jornal da categoria médica de outubro de 2015 (Sindicato dos Médicos de São Paulo, 2015) são denunciadas três entidades privadas conveniadas com o SUS no estado de São Paulo que ferem direitos dos trabalhadores. Uma delas é a Santa Casa de Misericórdia, que, enfrentando crise financeira, está demitindo 1500 funcionários, dentre eles 184 médicos. A segunda é o Instituto Higya, que faz a

gestão do Hospital Municipal de Barueri e demitiu irregularmente dezenas de médicos. A terceira é a OS Fundação Faculdade de Medicina, que está sendo investigada pelo Ministério do Trabalho por não ter aplicado reajuste salarial acordado em Convenção Coletiva de Trabalho em 2014. Esses são alguns exemplos de trabalho precário em São Paulo.

7.2.2.2 Nível Local

<ul style="list-style-type: none"> • GESTÃO
<ul style="list-style-type: none"> <ul style="list-style-type: none"> ○ NÍVEL LOCAL
<p>NÚCLEOS DE SENTIDO:</p> <p>André:</p> <p>“A gerente local é o link com a gestão da parceira. Nossa gerente, em particular, ela tem como princípios gerais, certa noção de diálogo, é tranquilo conversar com ela. Às vezes é tranquilo demais. A gente tem situações em que profissionais não estão desempenhando o que deveria desempenhar, mas não tem nenhum tipo de avaliação/cobrança, não tem nenhuma sistematização de avaliação de desempenho. (...) Ela se sente mal de cobrar determinadas coisas. Então, a gente acabava cobrando. O que gerou, ano passado, uns conflitos muito bizarros.” [...] “A gente sabe que tem algumas unidades que os profissionais são muito mais cobrados, em determinadas coisas. (...) A gente sabe que tem outras unidades, que a cobrança é mais intensa, as gerentes são mais autoritárias. Na nossa unidade isso não ocorre e isso impacta bastante.”</p> <p>Bruno:</p> <p>“No meu trabalho o que faz a diferença é a gestão local. Porque basicamente eu não ouço falar do que a supervisão fala. A supervisão vem cobrando meta e é aquilo que te falei, meta não é um grande problema para gente cumprir meta de atendimento médico, as equipes. [...]”</p> <p>“Minha unidade é uma unidade mista, tripla: tem um AMA e a UBS é dividida em UBS tradicional e área com Estratégia. Tem vários modelos de atenção num mesmo prédio e para a mesma população, o que gera uma confusão bem grande.”</p> <p>Débora:</p> <p>“(...) no local onde eu fazia pediatria era estadual e foi municipalizado. E lá é onde vieram as equipes, 3 equipes [de PSF](...) Eu já estava lá e na mesma unidade, comecei PSF lá. (...) Foi tudo muito complicado ali, porque a gente era uma unidade do Estado que foi municipalizada. A gente tinha funcionários ali que eram contratados federal, concurso federal. A enfermeira da minha equipe era com contrato federal. Era uma bagunça. Depois veio o AMA. Foi muito difícil trabalhar lá, PSF ali...” [...] “Era uma unidade mista. (...) Era conflituoso pra caramba. E até para os pacientes era complicado. (...) Eram 25 anos atendendo como pediatra. Foi complicado. A parte dos pacientes, dos colegas.”</p> <p>“Agora é contrato de gestão que eles falam. Mudou o contrato de gestão da OS com a prefeitura. Então que sei que agora tudo fica muito baseado em números. (...) Foi dito em tom de ameaça. Para médico ninguém falou nada, até porque estamos sem um médico lá, então também não tem nem</p>

<ul style="list-style-type: none"> • GESTÃO
<ul style="list-style-type: none"> ○ NÍVEL LOCAL
<p>como não bater meta. (...) A reunião que estava a supervisora. Um fala que isso vem da prefeitura, a prefeitura diz que vem da OS Amarela. A OS Amarela tem que cumprir o que a prefeitura está exigindo senão ela perde o contrato dela. Como ela tem que cobrar da gerente, ela tem que cobrar de nós para todo mundo ficar empregado. Foi meio ameaça. Só que eu estou me lixando.”</p> <p>Eduardo:</p> <p>“Então, apesar de ser vertical, de cima para baixo, do jeito que tinha que ser... nas unidades e passar por todo um processo... no trabalho a gente começou a sentir melhor, no agendamento, na agenda eletrônica, na questão da supervisão, as discussões que tinham...” [...] “A gerência da unidade faz muita diferença. Eu acho que o principal é no relacionamento interpessoal, na gestão de pessoas. Claro, que existem as questões técnicas, de fluxo, acho que isso é importante. Mas as pessoas... pegam, né. (...) é aí que eu acho que era o principal problema que eu via nas unidades. Por exemplo, de saber conversar com funcionário, de saber advertir, (...) eu já vi gente de mil jeitos.”</p>

Os médicos entrevistados trouxeram a percepção de como essa convivência de diferentes modelos de atenção na APS pode se caracterizar, “confusão”, “bagunça”, “conflituoso”, “complicado”. Ao final de 2014, a taxa de cobertura por ESF no município era de 35,6%. Na prática isso significa que mais da metade da população do município não tem uma equipe de Saúde da Família de referência, algumas vezes tendo população coberta e descoberta dentro do “mesmo prédio” de UBS. Um usuário da UBS que reside na rua X recebe visita regular da ACS, tem uma equipe de referência e responsável pelo seu cuidado e acompanhamento longitudinal. Um usuário da UBS que reside na rua Y, no mesmo bairro da rua X, não tem uma equipe de referência. Por parte dos moradores das regiões, há relatos de reivindicações para ampliar a cobertura, como na reportagem (Carvalho, 2013) que traz uma UBS na Zona Leste de São Paulo que tem uma equipe de ESF, que não cobre toda a população da área. O conflito pode ser decorrente tanto dessa pressão por parte dos moradores, que tem direito de reivindicar acesso e atendimento de qualidade, como entre os próprios profissionais, como relata a médica Débora. A convivência, num mesmo serviço, de profissionais desempenhando funções semelhantes, com vínculos, benefícios, diretrizes de trabalho diferentes, pode ser fonte de insatisfação profissional.

Alguns estudos (Goehring et al., 2005; Matía Cubillo et al., 2012) observaram associação de maior pontuação nos critérios de *burnout* em médicos da APS que apresentavam dificuldades na relação com profissionais não médicos. O entrevistado

André traz uma percepção de que o trabalho de outros profissionais, “que não estavam desempenhando o que deveriam desempenhar” impactava no seu trabalho a ponto de eles – os médicos – realizarem cobranças, que não eram endereçadas pela gestão local, e isso gerar conflito. O médico Eduardo também coloca como uma questão que lhe chama a atenção sobre a gestão local, a importância de atuar de forma adequada sobre o relacionamento interpessoal dos trabalhadores. Schraiber (1995) analisou aspectos da autonomia profissional médica, onde encontrou uma "tensão interna permanente: cristalização tensionada do trabalho médico, enquanto prática técnica e social" (Schraiber, 1995, p. 59). Um dos elementos constituintes dessa cristalização está relacionado à "produção dos serviços médicos em atos individualizados, exclusivos e privados". A transição da medicina liberal para a medicina tecnológica também se caracteriza pelo surgimento de um trabalho coletivizado em saúde, onde "cada atuação individualizada torna-se dependente e complementar de outras, socializando o processo de trabalho" (Schraiber, 1995, p. 60).

"Em certa analogia ao que ocorrera com outros ramos da produção social, também a medicina institucionaliza-se e torna-se produção empresarial, criando a necessidade efetiva de composição de atos parcelares para a satisfação das necessidades assistenciais que lhe são colocadas. O que, por razões já apontadas quanto às decisões soberanas de cada médico, tencionará a interdependência no trabalho." (Schraiber, 1995, p. 60).

A partir desses elementos, é importante que as gestões locais dos serviços de saúde, e nesse caso da ESF, tenham formação para lidarem com a complexidade do que é o trabalho em saúde e com gerenciamento de conflitos.

Outro elemento que emergiu das entrevistas é a questão do estilo de gestão – autoritário ou “tranquilo demais”. O “tranquilo demais” foi interpretado pela pesquisadora como uma percepção do médico André de omissão da gestão local frente aos conflitos inerentes do trabalho coletivo, discutido no parágrafo anterior. Em relação ao autoritarismo, importante destacar novamente o estudo no RS (Medeiros et al., 2010) no qual enfermeiros entrevistados apontaram que um estilo de gestão autoritário e rígido pode desmotivar os trabalhadores, gerar insatisfação no trabalho e configurar um motivo para rotatividade. Apontaram também que os trabalhadores se sentem mais estimulados a se envolver e a se responsabilizar nos processos de

trabalho quando atuam em um ambiente mais democrático. Campos (2010) aponta a necessidade de formular um novo paradigma de gestão em saúde

“que reconheça e conviva com a autonomia relativa dos trabalhadores, mas que desenvolva formas de controle sobre o trabalho segundo a perspectiva dos usuários e também tomando em consideração o saber estruturado sobre saúde.” (Campos, 2010, p. 2342).

7.2.2.3 Característica de gestão privada

Essa subcategoria foi extraída dos seguintes núcleos de sentido:

<ul style="list-style-type: none"> • GESTÃO
<ul style="list-style-type: none"> <ul style="list-style-type: none"> ○ CARACTERÍSTICA PRIVADA
<p>NÚCLEOS DE SENTIDO:</p> <p>André:</p> <p>“O que mais me incomoda do processo de gestão do jeito que está feito - da parceira, da OS - é que oficialmente é colocado nos espaços oficiais de que o objetivo dela é facilitar a gestão de RH, raramente se fala da OS como gestão de clínica, tanto é que as estruturas teóricas de supervisão técnica de saúde, de gestão de clínica permanecem nas mãos da prefeitura. E as parceiras não gerem o RH.”</p> <p>“Não vejo grandes benefícios de fato: contrata tão mal quanto a prefeitura contratava, ela demite tão mal quanto a prefeitura demitia, não vejo benefício. A única coisa que ela faz de fato é tirar seu X administrativo, ela é uma atravessadora, uma atravessadora ruim. Isso prejudica meu cuidado, porque me põe para trabalhar com profissionais que não estão minimamente qualificados pra isso. Se perde recurso monetário. Toda vez que falta um remédio passa pela minha cabeça que o dinheiro desse captopril foi para o bolso de alguém da XYZ na prática, sendo que o montante de dinheiro é um só. Porque a única coisa que eles dizem que vão fazer, não fazem direito. Não sei se na administração direta, a gente teria tanta autonomia local, não sei. Sinceramente não sei, por que eu nunca conversei com ninguém que trabalhasse em administração direta. Mas o que eles se propõem a fazer eles não fazem.”</p> <p>Bruno:</p> <p>“Se for a prefeitura, se for outra OS, não sei se vai mudar muita coisa. Apesar de ideologicamente achar que não deveria existir OS. Porque a gente entra na questão do quanto estão transferindo dinheiro público para uma instituição privada que está fazendo a gestão daqueles recursos que poderia estar sendo feita administração direta, de uma forma efetiva e eficaz, com uma justificativa que não é o que vemos na real, ‘facilita contratação e tudo mais’. A gente está há um tempão sem 3 médicos na unidade, tem um monte auxiliar que não tem. Eu nunca vi facilitação no processo de contratação, de processos burocráticos, não sei até que ponto isso foi justificativa, para colocar a responsabilidade desse dinheiro para outra pessoa. Esse modelo OS, não é ele que está ajudando no meu processo de trabalho, na verdade, pode até me atrapalhar, porque eu poderia discutir direto com a prefeitura e não ter que ficar na dúvida de com quem eu vou discutir. Isso confunde.”</p> <p>Camila:</p> <p>“Esse modelo que eu vivi em São Paulo de, não só a contratação dos trabalhadores, mas a gestão da unidade ser da OS... Eu refleti algumas vezes, e a vantagem que eu vi é nenhuma. O interesse principal ali, não é o interesse da população que usa aquela unidade. As coisas não se organizam</p>

<ul style="list-style-type: none"> • GESTÃO
<ul style="list-style-type: none"> ○ CARACTERÍSTICA PRIVADA
<p>de forma a resolver os problemas das pessoas, se organizam de uma forma a não ter reclamações das pessoas em ouvidoria e em prefeitura.</p> <p>Eduardo:</p> <p>“O gerente tem uma pressão muito grande, política... Por exemplo, tem que fazer a satisfação do cliente - não gosto nem dessa palavra... Uma coisa que veio com a OS foram essas coisas: cliente, colaboradores... Tinha muito essa questão de resolver, não poder ter reclamação, não pode ter ouvidoria.”</p> <p>“E essa coisa da OS, acho que não ficou diretamente político, obviamente ainda tem, mas quando terceirizou mesmo e quando a secretaria de saúde quer os relatórios e chama para ver a gestão como está e não está como diretamente, com a OS conseguiu não ter tanta influência, por exemplo: “o vereador veio aqui e quer...”, então isso diminuiu um pouco. Ainda deve ter, mas acho que diminuiu bastante.”</p> <p>“Algumas coisas vem de empresa, né: Kanban. Às vezes é uma coisa que a gente não faz muito, mas Kanban veio da Toyota que faz... coloca um quadro para ver o que mandar no caminhão de transporte, visualizar. Hoje os hospitais fazem Kanban, colocam os pacientes e são discutidos os casos, os leitos... A gente vê que vira coisa de empresa, né... mas tem coisa que acho que é válido.”</p>

Maior parte dos entrevistados questiona qual seria o benefício de ter uma instituição privada como intermediadora da gestão do SUS por não verem vantagens desse arranjo de gestão na prática do seu cotidiano. Eles não são os únicos.

Apesar do discurso hegemônico de que a gestão privada é mais eficiente e resolutiva, faltam evidências para sustentar tal argumentação. Em revisão sistemática (Basu et al., 2012) foram analisados 102 artigos comparando serviços públicos e privados em países de baixa e média renda, a partir de seis eixos preconizados pela OMS para sistemas de saúde: acesso e capacidade de resposta; qualidade; desfechos; prestação de contas, transparência e regulação; equidade; eficiência. Os resultados sugeriram que os prestadores privados frequentemente violavam normas da prática médica e seus pacientes tinham desfechos piores, mas apresentaram melhor pontualidade e hotelaria. A eficiência tendeu a ser menor nos prestadores privados do que nos públicos, o que os autores indicaram como consequência, mesmo que parcialmente, dos incentivos para exames e tratamentos desnecessários, do maior custo de medicação, maior risco de complicações e regulação frágil. O setor público apresentava mais limitações de equipamentos, medicações, e trabalhadores

capacitados. Ainda assim, o setor público apresentava maior qualidade, eficiência, melhores desfechos, maior equidade.

No Reino Unido, há aproximadamente cinquenta anos foi constituído o NHS, sistema público cuja prestação de serviços na APS se dá através de contratualização direta com médicos (general practitioners – GPs, os quais equivaleriam ao médico de família e comunidade no Brasil) há aproximadamente cinquenta anos. Desde 2004 o NHS tem experimentado uma nova modalidade de contratação através de “prestadores de serviço alternativos”, incluindo alguns tipos de empresa, entidades filantrópicas e organizações voluntárias. Um estudo (Greaves et al., 2015) comparou o desempenho desses “prestadores de serviço alternativos”, de 2008 a 2013, usando um amplo espectro de indicadores nas categorias de eficácia clínica, segurança, experiência do paciente, acesso, eficiência e equidade. Resultados mostraram que serviços contratados pelos “prestadores de serviço alternativos” em comparação aos contratados pelos GPs, apresentaram consistentemente piores indicadores de qualidade. Comparando os serviços contratados pelos “prestadores de serviço alternativos” antes e depois da contratação os resultados se mantem ou pioram, não havendo, portanto, justificativas para pluralizar o perfil de prestadores de serviço, colocando em risco piorar a qualidade do sistema de saúde consolidado. Outro artigo (Pollock et al., 2011), analisando as parcerias público-privadas no NHS em 2011, aponta para um aumento de gastos do Estado com as parcerias público-privadas, com frágil regulação e controle sobre os resultados.

Um estudo italiano (Quercioli et al., 2013) analisou a taxa de mortes evitáveis por dez anos no país, na medida em que o sistema de saúde foi submetido ao processo de privatização. Resultados evidenciaram que quanto maior investimento público, menor era a taxa de mortes evitáveis. Observaram também que quanto maior porcentagem de gasto privado, maior a taxa de mortes evitáveis.

Uma pesquisa (Ugalde, Homedes, 2005) realizada nos países da Bolívia, Colômbia, Costa Rica, Equador, El Salvador, México discutiu os resultados das reformas neoliberais implementadas no setor saúde na América Latina. A flexibilidade da força de trabalho mostrou impacto negativo na qualidade do serviço, aumentou o estresse e a insatisfação por parte dos trabalhadores, que se queixaram de insegurança em decorrência dos contratos flexíveis, de preocupação com processos por negligência profissional, de tarefas burocráticas novas, e aumentou a rotatividade

em diferentes serviços. O estudo relata um dado específico das enfermeiras da Colômbia que declararam ter que fazer mais atividades em menos tempo, com menos profissionais de apoio, com menos tempo por paciente em relação a antes da reforma. O artigo conclui que após investimento de muitos milhões de dólares em desenhar e executar as reformas neoliberais, os sistemas de saúde da América Latina não são mais eficientes, mais equânimes nem de melhor qualidade do que antes das reformas.

Não se trata aqui de generalizar o que é característica do setor privado de um local para outros, tampouco de generalizar conclusões a partir de determinados formatos de sistema de saúde com participação do público e do privado. Como discutido anteriormente, o Brasil tem, certamente, um arranjo peculiar em que as dimensões dos subsistemas público e privado são constantemente atravessadas por diversos interesses. Mas dada a preponderância da lógica gerencial do sistema privado mesmo dentro do Estado brasileiro - que opta por um formato de gestão e contratação via OS, no caso do município de São Paulo – é fundamental que se compreenda qual é o impacto desse formato de gestão na ESF, e certamente há evidências insuficientes para concluir que seja um modelo adequado às necessidades de saúde da população e à fixação e satisfação dos trabalhadores.

7.2.3 Organização do trabalho

7.2.3.1 Infraestrutura

Essa subcategoria foi extraída dos seguintes núcleos de sentido:

<ul style="list-style-type: none"> • ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO
<ul style="list-style-type: none"> ○ INFRAESTRUTURA
<p>NÚCLEOS DE SENTIDO:</p> <p>André:</p> <p>“Em relação a nossa unidade, o pronto-socorro mais próximo fica a um ou dois ônibus de distância. O AMA mais próximo fica a um ônibus de distância. Então, a gente é o serviço de referência para muita gente. A gente tem uma PCR a cada 6 meses, um IAM uma vez por mês, a gente tem casos graves com frequência. A supervisão técnica de saúde chegou a considerar em algum momento, deixar alocada uma ambulância para gente. Seria uma exceção da rede de saúde das unidades básicas de saúde da região. Só as UBS que tem AMA que ambulância alocada. Não aconteceu por falta de verba. Mas foi dito em espaço extra-oficial que a gente tinha demanda para isso.”</p> <p>“Falou-se um tempo atrás, quando eu fui atrás de parceira para trabalhar pela primeira vez, falava-se que as OSs eram pra gerir estrutura, teria que gerir predial, MMH, insumo hospitalar. Mas não, na prática insumos hospitalares vem via sistema da prefeitura, vem via MMH, que é o sistema que</p>

<ul style="list-style-type: none"> • ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO
<ul style="list-style-type: none"> ○ INFRAESTRUTURA
<p>usa para isso. Insumo hospitalar não, OS não faz. Manutenção predial é só manutenção. Tudo que for preciso de reforma, nova instalação é posto com muita clareza que não é papel da OSs, ela só mantém o prédio, quase como um inquilino.”</p> <p>Camila:</p> <p>“Tem uma coisa muito esdrúxula também. A gerente tinha 400 reais por mês para manutenção dado pela OS Amarela. E ela poderia mandar consertar o que fosse, onde ela quisesse, do jeito que ela quisesse. E tinha somente aquele valor. Se desse para fazer a manutenção de tudo, tudo bem, se não desse, deixava para o outro mês, vai deixando pra depois, e ia do jeito que ela queria, onde ela queria, do jeito que ela quisesse gastar. As coisas demoravam muito tempo para arrumar. Ela dizia que não dava para consertar quase nada. Quebrou esfigmo? Não tem esfigmo. Vai entrar na fila para ir para manutenção em algum momento. Não tinha nenhuma manutenção dos aparelhos da unidade fora desses 400 reais, fosse o que fosse. Esfigmo, foco, lâmpada do corredor, mesa, mapa. Às vezes, o que as gerentes faziam dentro das unidades é tentar remanejar uma coisa pra lá, outra pra cá e tentar se virar sem isso, se não fica sem e pronto.”</p> <p>Débora:</p> <p>“Eu também não sei se a gente pegou uma fase muito ruim com falta de material e não só material humano, mas papel, remédio... eu te falei, passei poucas e boas no serviço público. A gente teve umas fases muito ruins mas eu acho que de dois anos pra cá piorou muito. De faltar dipirona por exemplo. Tudo bem, dá pra comprar dipirona que é baratinho. Especialista, os que tinha estão se aposentando, não tem mais gente jovem que queira ficar no serviço público como especialista.”</p> <p>Eduardo: “O que tinha que era chato era essa questão do... Todas essas regras... As pessoas ficavam muito, meio que automático, mas de uma certa forma ficou mais eficaz, funcionava mais certinho, não tinha tanto furo. Ai tinha: ah isso é uma não-conformidade’, ‘por que?’ ‘porque não tem eliminação correta, não tem uma pia, a pia está quebrada, não dá para fazer Papanicolau’. Teve uma... Acho que teve um certo avanço de uma certa forma... Mas ficou meio parecendo... Parece empresa. ‘5S’.”</p>

A questão da infraestrutura não foi diretamente abordada no roteiro das entrevistas semiestruturadas, e surgiu de forma espontânea por parte dos médicos. Existem diversos autores que relacionaram problemas de infraestrutura com a insatisfação do médico no trabalho. A falta de infraestrutura, materiais, medicamentos, retaguarda de outros níveis de atenção, somada à sobrecarga de trabalho e falta de capacitação foram elencados como fatores que aumentam a rotatividade dos médicos na APS (Capozzolo, 2003). Outro estudo (Campos, Malik, 2008) mostrou que os fatores de insatisfação no trabalho que estiveram mais relacionados à rotatividade dos médicos na ESF de São Paulo foram capacitação, distância das unidades de saúde e disponibilidade de materiais para realização do seu trabalho.

7.2.3.2 Processo de trabalho

A subcategoria de processo de trabalho emergiu dos seguintes núcleos de sentido:

<ul style="list-style-type: none"> • ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO
<ul style="list-style-type: none"> ○ PROCESSO DE TRABALHO
<p>NÚCLEOS DE SENTIDO:</p> <p>André:</p> <p>“Acho que isso ajuda bastante, liberdade para fazer a gestão de clínica, para processos de trabalho local e dentro da equipe. Dentro da minha equipe eu trabalho dentro do processo que eu achar melhor. (...) No entanto, as coisas que dependem da parceira é bem travado.”</p> <p>“Não existe, tipo supervisão técnica clínica, ativa. Não tem ninguém que vai lá avaliar meu trabalho, pra ver se eu estou fazendo certo ou errado. O cara vai querer saber quantos pacientes eu atendi.”</p> <p>“O que mobiliza na prática é quão estafadas elas estão. É como eu consigo fazer o trabalho com menos estafa. (...) Então, se for definir assim, o que é o mínimo múltiplo comum de todos é cansaço. O mínimo múltiplo comum das categorias de ensino superior é cuidado em saúde.”</p> <p>“A gente recebe uma demanda muito além do que a gente poderia ofertar de recurso. (...) Então, a gente não dá conta. A gente fica elaborando que ‘não’ a gente vai dar, com que qualidade vamos dar um ‘não’, porque tem que sair um ‘não’. A estafa médica vem daí.”</p> <p>Bruno:</p> <p>“Isso é uma das angústias de mudar de OS. A OS que estou é super pouco invasiva do processo de trabalho. Se a OS que entrar for super invasiva no processo de trabalho e no respeito do que já foi construído do processo local, vai ser muito difícil continuar trabalhando ali. A minha autonomia é o meu limite para eu dar conta do meu trabalho.”</p> <p>Camila:</p> <p>“A administração lá era da OS. A gerente da unidade era indicada pela OS e todos o modo funcionar, todo processo de trabalho, a organização da unidade era determinada pela OS.” [...] “A agenda era determinada pela OS.” [...] “A forma de organização do acolhimento também era determinada pela OS.” [...] Os horários de reunião de equipe eram determinados pela OS, era obrigado a fazer reunião de equipe todo dia, não podia fazer reunião de equipe de mais tempo durante a semana. Tentamos mudar isso, mas a resposta da gerente é que aquilo não podia, porque a OS Amarela escolhia que ia ser assim.”</p> <p>“A gente não conseguia planejar nada, não tinha autonomia nenhuma de planejar a equipe.” [...] “A gente tinha esse espaço, mas qualquer decisão tinha que se adequar as regras que vinham da OS: formas de fazer agenda, dos horários de reunião, dos horários de consulta. Havia muito pouco que dava para ser mexido nesses horários. A gente tinha tanto a reunião técnica da UBS como um todo,</p>

<ul style="list-style-type: none"> • ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO
<ul style="list-style-type: none"> ○ PROCESSO DE TRABALHO
<p>que era uma vez por mês e tinha uma reunião que eu nunca vi nas outras UBS que já trabalhei, fechado dentro do horário de trabalho, a reunião dos médicos, específica dos médicos.”</p> <p>“A agenda era determinada pela OS, a maneira como se abria a agenda. Fica a agenda aberta na recepção até uns 3 meses para frente, quando chega nesse limite, que eles estipulavam que era de 2 a 3 meses, fechavam a agenda e só voltavam a marcar quando ela ia abrir de novo, lá na frente. Sempre marcando muito para frente.(...) A equipe não tinha nenhuma governabilidade sobre a agenda.”[...] “A meta era determinada pela OS. As pessoas deturpam a forma de fazer meta absurdamente.”</p> <p>Ouve-se o seguinte: “A gente não pode por a agenda na mão da equipe. As pessoas tem que poder chegar na recepção e marcar porque é isso que elas querem, senão as pessoas vão ter a sensação que estão controlando as vagas e que não querem dar as consultas para elas. (...) Ela não vai sentir que ela teve a mercadoria: consulta médica. (...) é uma relação de consumo.”</p> <p>Débora:</p> <p>“Então, eu acho que isso pra mim é assédio moral, coação e algo mais. Eu falo para meninas, as ACS da minha equipe, ‘vocês conhecem todas as metas? Vocês trabalham direitinho, não fiquem preocupadas com isso. Vocês sempre cumpriram, vocês não precisam trabalhar nervosas, vocês vão ficar doentes e ai sim vai ser pior’. Mas falar isso, eu acho que é uma coisa ruim. Faltando tanto profissional, faltando tanta gente boa.”</p> <p>Eduardo:</p> <p>“(...) gente, tinha muitos cargos políticos e não muitos cargos técnicos. Supervisão realmente melhorou e organização. Isso sim. Isso tem a parte positiva, nesse aspecto eu senti que teve uma melhora.”</p> <p>“A gente tinha o contato com a coordenação muito mais próximo, da atenção primária da Vermelha. Tinha POP (Procedimento Operacional Padrão) para tudo, tinha fluxo, organograma...Tinha que por no papel. POP para atendimento de gestante. ‘Gestante na recepção, 15 minutos antes da consulta, na sala de espera, tinha que falar da sala de espera, depois o tempo, chamar pelo nome, tem que ver, todo fluxo de atendimento...’ (...) Mas assim, tudo isso foi importante para uniformizar os atendimentos em todas as UBS, o mínimo.”</p> <p>“O Nasf vinha apresentar, mostrar o serviço deles e tal. E era uma vez por mês. Era difícil ter um espaço para esse tipo de discussão. Acabava que as equipes, nas reuniões de equipe diárias... ‘Vamos fazer o seguinte, vamos fazer dessa forma...’ [...] “Antes a gente não tinha, mas agora acho que está tendo mais. Por um lado acho que está tendo mais porque tem que ter. Porque na teoria é bonito. ‘Agora temos que ter espaço para discutir processos de trabalho.’ Será que tem? Como é o espaço? Existir o espaço é um avanço. Mas como ele está sendo trabalhado e poder de decisão... Não sei está adequado.” [...]</p>

Nessa subcategoria foram encontrados elementos que poderiam ser debatidos tanto sobre a autonomia dos médicos e equipes de saúde da família no seu cotidiano do trabalho em saúde; sobre a forma com que essas formas de gestão impactam no

processo de trabalho; sobre condições de trabalho e sobrecarga; sobre a relação de consumo que atravessa os serviços de saúde. São temas que, se cada um abordados em profundidade, teriam potencial para diversas dissertações e teses. Essa discussão, portanto, não tem a pretensão de esgotar o debate acerca dos temas, mas sim de trazer alguns elementos que contextualizem essas falas, a fim de gerar reflexões sobre como se opera o processo de trabalho no SUS, e na ESF, de São Paulo hoje.

Schraiber (1997) discutiu a complexidade da ação médica:

“A complexidade do julgamento relaciona-se, em boa parte, à inexorável presença da ética no ato técnico, ato que assim se revela não só como técnica cientificamente armada mas técnica moral dependente. (Schraiber, 1995b) Também queremos lembrar que a decisão é sempre arriscada, porque há uma incerteza intrínseca nesta técnica, que então se revela, como ciência e arte, qualificando o trabalho médico como uma estruturação instável [...]” (Schraiber, 1997, p. 132).

O ato médico não pode ser interpretado simplesmente como a aplicação dos conhecimentos científicos adquiridos previamente, mas é também fortemente caracterizado por um saber prático, resultado de sua experiência. O desempenho do médico em um determinado contexto não depende, tampouco, somente da sua sabedoria ou das condições materiais, “também se faz com base nos dispositivos relacionais, fruto das éticas interativas e comunicacionais” (Schraiber, 1997, p. 128), o que permite algum grau de autonomia por parte do médico na sua prática. Frente a uma crise da assistência médica, a autora discute a importância da interatividade como processo fundamental do agir profissional e aponta a necessidade de democratização da política de saúde, de suas instituições, das relações interpessoais.

Campos (2010) considera que a complexidade e a variabilidade do processo saúde, doença e intervenção são características do trabalho em saúde que permitiram a manutenção de uma certa autonomia por parte tanto dos médicos, como dos outros profissionais de saúde. No entanto, o autor faz uma crítica ao que caracteriza de “racionalidade gerencial hegemônica”, influenciada fortemente pela corrente taylorista de administração, a qual se propõe a gerir processos como se os trabalhadores fossem instrumentos, “recursos humanos”, destituídos de desejos ou projetos próprios, ou, admitindo que os possuam, visam disciplinar os trabalhadores a ponto de perder sua autonomia e sua capacidade criativa (Campos, 1998).

Cecilio (2007), problematizando a racionalidade instrumental que hegemoniza as organizações, conclui:

"Tais considerações não nos podem conduzir a uma posição de relativismo ou de um *laissez faire* inconseqüente. Não dá para negar que há desenhos de fluxos, rotinas, de articulação entre serviços, de normas e regras, de oferta de tecnologias, de padrões mínimos de competência dos trabalhadores, que são fundamentais para a qualificação do cuidado. Mas, aqui, voltamos a falar de trabalho morto, voltamos a falar das determinações e sobredeterminações que, no final das contas, demarcam, de alguma forma, os limites de liberdade de ação do trabalhador de saúde." (Cecilio, 2007, p. 346).

A forma verticalizada com que estão ainda organizados, em sua maior parte, os serviços de saúde, é um desafio para quem pensa sobre processos de trabalho. Como construir uma forma de gestão, que, ao mesmo tempo que considere a dimensão técnica do trabalho em saúde, com protocolos e regulação baseado em evidências consistentes, com necessidade de garantir qualidade ao usuário do sistema de saúde, consiga potencializar a autonomia dos trabalhadores, e não massacrá-los com a responsabilidade de, sozinhos "na ponta", dar conta de uma "demanda muito além do que a gente poderia ofertar de recurso", "elaborando que 'não' a gente vai dar, com que qualidade vamos dar um 'não', porque tem que sair um 'não'" ou aceitando que o "que mobiliza na prática é quão estafadas elas estão", ou sustentando estratégias que exijam que o trabalhador seja um "super-homem", como identificado no trabalho de Capozzolo (2003)? Não é necessário muito esforço para perceber que essa forma de gestão tem muito pouco a ver com produção de saúde, e mais a ver com maior extração de trabalho.

Nesse sentido, as referências de sobrecarga são trazidas, não apenas pelos médicos entrevistados nessa pesquisa, mas também em diversos outros estudos na APS. Capozzolo (2003) identificou, em entrevistas com médicos no PSF, que apesar de considerarem seu trabalho gratificante e se identificarem com o projeto, o desgaste foi um tema central nos depoimentos. Referiam sobrecarga de trabalho, tanto quantitativa quanto qualitativamente, caracterizando o cenário de "olho do furacão". Na ocasião, todos os médicos se queixaram da quantidade de famílias cadastradas por equipe. O Ministério da Saúde (2012) preconiza que cada ESF seja responsável por em média 3 mil pessoas, no máximo de 4 mil pessoas. Em diversos países com serviços nacionais de saúde de qualidade, baseados na APS, a média de pessoas

cadastradas por médico é bastante menor, sendo de 1030 na Itália, 1500 em Portugal, 1850 no Reino Unido, 1600 na Dinamarca, e o limite máximo de pessoas cadastradas por médico na Holanda é de 2350, e de 2500 na Espanha (Conasems, 2008). Além do impacto na qualidade dos serviços prestados, a sobrecarga de pacientes cadastrados por médico foi uma variável correlacionada ao *burnout* em um estudo com médicos da APS em Madrid (mais do que 1700 pessoas cadastradas por médico) (Siguero et al., 2003).

A organização dos serviços de saúde e a própria rotina do trabalho médico são influenciados quando o acesso ao direito à saúde se dá de modo análogo àquele do acesso a mercadorias. A entrevista da médica Camila exemplifica essa questão no seguinte trecho:

“A gente não pode por a agenda na mão da equipe. As pessoas tem que poder chegar na recepção e marcar porque é isso que elas querem, senão as pessoas vão ter a sensação que estão controlando as vagas e que não querem dar as consultas para elas. [...] Ela não vai sentir que ela teve a mercadoria: consulta médica. [...] é uma relação de consumo.”

Nesse trecho, Camila relata que o modo de agendar consultas na unidade *deve* ser de uma maneira específica, pois somente assim se satisfaria a necessidade por *consumir* aquela consulta, como se fosse uma mercadoria.

Essa percepção de Camila chama atenção para as intersecções que emergem - tanto no aspecto simbólico, como também no real - entre o acesso aos serviços públicos, decorrentes da existência de um direito, e o acesso a mercadorias, decorrente de sua inserção na esfera econômica. Essas intersecções são abordadas, dentre muitos outros, pelos trabalhos de Donnangelo e Pereira (1976), Gonçalves (1992) e Feuerwerker (2014).

Donnangelo e Pereira (1976) relacionam o trabalho médico ao processo de acumulação capitalista, falando tanto do papel desempenhado pela medicina na manutenção e na reprodução da força de trabalho, como também do papel que esse mesmo trabalho médico cumpre na circulação de mercadorias e na reprodução do capital. Como por exemplo, quando viabiliza a realização de valor das mercadorias produzidas pelo complexo médico-industrial:

“Desse ângulo, os novos elementos materiais que compõem o processo terapêutico – e que vão desde produtos sempre renovados da indústria farmacêutica, até uma enorme variedade de equipamentos e maquinarias produzidas por muitos setores industriais – devem ser considerados como mercadorias cuja produção é externa à medicina, mas cujo consumo só se efetiva através dela. A própria organização de todo o campo da medicina (desde o tipo de conhecimento elaborado e as formas de sua transmissão, até a constituição de princípios legitimadores, a nível ético ou jurídico, do exercício da prática), com seu efetivo monopólio sobre as ações de saúde, garante à prática médica uma posição central na distribuição e consumo dessas mercadorias e, portanto, na realização de seu valor, permitindo que se complete o processo de valorização do capital aplicado na produção industrial.” (Donnangelo; Pereira, 1976, p. 38).

Gonçalves (1992) aborda também as relações entre o trabalho em saúde e capitalismo, colocando em evidência o papel dos serviços de saúde em ampliar o acesso a direitos e mercadorias:

“O trabalho em saúde reorganizou-se e desenvolveu-se nas sociedades capitalistas ao redor desses dois eixos acima citados: como forma de controlar a doença em escala social relativamente ampla e efetiva, como forma de recuperar a força de trabalho na mesma escala e finalmente, como forma de ampliar efetivamente os direitos e o consumo das classes subalternas.” (Gonçalves, 1992, p. 37).

Feuerwerker (2014) discute a finalidade social do trabalho em saúde, como construído historicamente. Destaca como característica do trabalho em saúde o compromisso com as necessidades sociais (influenciado pela estrutura produtiva da sociedade), mas também com a necessidade do usuário (essa também influenciada pelo contexto da sociedade, e por outro lado singular) que busca *consumir* uma ação em saúde que possui valor de uso importante para sua vida e autonomia.

O trabalho médico, mesmo aquele realizado em serviços públicos e gratuitos, estaria, portanto, profundamente associado ao consumo de mercadorias, ao menos aquelas produzidas externamente, pelo complexo médico-industrial - mas não somente essas. No caso daqueles organizados pelas Organizações Sociais, o próprio serviço, a consulta, acessado pelo cidadão por meio do direito, mas comprado dessa “empresa” pelo Estado, é também uma mercadoria, trazendo em si suas contradições, do valor de uso e do valor de troca, da qualidade e da quantidade, do trabalho vivo e do trabalho morto.

7.2.3.3 Resultados

A subcategoria resultados emergiu dos seguintes núcleos de sentido:

<ul style="list-style-type: none"> • ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO
<ul style="list-style-type: none"> ○ RESULTADOS
<p>NÚCLEOS DE SENTIDO:</p> <p>André:</p> <p>“Na OS Azul a meta era bastante cobrada, tanto de VD quanto de consulta.(...) Então, consulta era sempre fácil de bater meta. VD não. O que a gente fazia? Você tem 4 semanas, você fazia na primeira semana, você via suas prioridades, nas suas outras três semanas, se você precisava voltar em alguém você voltava, senão você simulava demanda - entregava exame normal, ia fazer cadastro com ACS - para bater meta de VD.”</p> <p>“[meta] é um negócio que está lá, mas que não impacta nem positiva, nem negativamente. Não serve como indicador nenhum, na prática. Pra fazer gestão de clínica na unidade, a gente usa as nossas metas, nossos parâmetros: as listas de controle, de falta, de tempo entre a demanda de saúde e a consulta, ou entre a demanda de saúde e a resposta de saúde, essas são coisas que a gente quantifica porque a gente localmente quis. Isso impacta muito mais na saúde da população do que se eu fiz 400 consultas e 40 VDs.”</p> <p>Bruno:</p> <p>“Querida que a coordenação de atenção básica da prefeitura tivesse isso como meta. [A qualidade do cuidado das pessoas] não aparece nas conversas.”</p> <p>“Tanto que uma das coisas que mais queria discutir com os funcionários é ‘qual o papel do trabalho dele ali?’ (...) Minha fala foi: ‘primeira coisa que a gente precisa saber é porque a gente está aqui. Eu não estou aqui para entregar metas, se entregar meta ótimo. Mas estou aqui para atender as pessoas. Atendendo as pessoas, vou entregar meta. Agora, se eu tiver que escolher entre entregar um papel e atender um paciente, eu vou atender o paciente.’”</p> <p>“Se a gente for ver as metas todo mês (...) Ali não tem nenhum indicador de qualidade de assistência, tem números que não falam muita coisa. Aquele número, por exemplo, não mostra o trabalho que é feito dentro da equipe o que eu faço, o que a enfermeira faz, o que os ACS fazem, o que unidade inteira faz. Não mostra. Eu nunca vi nenhuma discussão de mudar esse olhar.”</p> <p>Camila:</p> <p>“A minha impressão é que o interesse principal deles é de fazer sossegar as pessoas, fazer com que as pessoas tenham a sensação de que estão sendo atendidas na sua demanda, mas não promover saúde, isso passa muito longe. Nem promover saúde né, mas cuidar de uma forma que realmente cuide das pessoas, que faça com que elas fiquem menos doentes, de que suas doenças fiquem mais controladas, isso não é importante. O importante é ter vaga, passar no médico nem que seja por 5 minutos... no grupo que tem fisioterapeuta, ele vê o fisioterapeuta, que está lá, mas não tem nada individualizado para ele... vai dizer que vai passar no acolhimento, que a enfermeira está vendo, mesmo sabendo que no final irá mandar ele para AMA. Então assim, resolver os problemas das</p>

- ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO

- RESULTADOS

“pessoas, não é o interesse de ninguém ali. O interesse é que as pessoas não reclamem do posto em lugar nenhum. Só.”

“Porém se você pensar num processo de trabalho de uma equipe de saúde da família que pensa território, que vai pensar o cuidado realmente das pessoas (...) essa forma que a OS que trabalhei em SP resolveu gerenciar as coisas impossibilita totalmente que você tenha um projeto individualizado, tanto para a pessoa, para a comunidade como para a equipe. Isso é padrão, é quadradinho, é daquele jeito... limita dessa forma, limita realmente de cuidar.”

“Mas acho que se você pensar numa atenção primária realmente resolutiva, de qualidade, se você pensar em mudar a saúde daquela população... pra isso eu não consigo acreditar que funcione. Pra isso... não é o que se propõe a fazer, não vai funcionar porque não é isso que eles se propõem a fazer.”

“O paciente para ter o problema resolvido ela vai 4 ou 5 vezes na unidade porque ele vai entrar na produção das pessoas 4 ou 5 vezes. Assim você bate a meta. Com o mesmo problema, não fazendo coisas e deixando para o dia seguinte. Por exemplo: você vem hoje porque sua receita vai vencer. Hoje eu te ouvi que sua receita vai vencer, eu fico com sua receita e peço pra você voltar dali a alguns dias. Eu coloco na produção que te ouvi. Daí no dia seguinte, na reunião de equipe, faço sua receita e você entra na produção de novo, pois fiz sua receita. Em um terceiro dia, quando você vier buscar sua receita, você entra na produção de novo. As pessoas fazem isso propositalmente e é estimulado pela gerente da unidade.”

“Que eu me lembre do processo de trabalho do dia a dia... a questão da agenda era muito ruim: de ter 4 pessoas, ficar aquela agenda aberta da recepção, com uma orientação à recepção que nunca poder dizer que não tem vaga, mesmo quando ela estava fechada. (...) Não podia. Mas as pessoas diziam, porque elas não tinham o que fazer.”

Débora:

“Conclusão: não foi nenhum projeto social para frente. No final das contas você percebia que eles queriam que você atendesse, atendesse...”

“Então eu acho que eles não tão sabendo lidar com a saúde pública. (...) A gente teve umas fases muito ruins mas eu acho que de dois anos pra cá piorou muito.”

“Ninguém olhava o nosso trabalho. (...) Então, vinha com os dados: 'Ah, tem muito absenteísmo, será que as pessoas não vem por causa de você?' Gravidez na adolescência: 'está muito alto seu número de gestante abaixo de 16 anos' Só comigo?”

“Eles faziam um levantamento e na reunião mensal mostravam o médico que tinha tantos pacientes com 'Remédio em Casa'. Faziam um ranking.”

“A gente está basicamente voltado pra tratar doença mesmo.”

“Mas era sempre foi baseado em números. Nunca foi pensando em qualidade.” “concordo que você tem que ter número de atendimentos, mas você também tem que ter profissional pra isso”

“Então a gente tem que cumprir por [exemplo a] questão do número de consultas, do tempo por hora, não tem como. Com esses cursos [reuniões clínicas] acho que vai ficar cada vez mais limitado. (...) porque eles falam que os médicos não querem vir, mas eu tenho certeza que eles querem vir. Tenho certeza que é por causa dessa bendita produção que eles não querem mandar os médicos [para

<ul style="list-style-type: none"> • ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO
<ul style="list-style-type: none"> ○ RESULTADOS
<p>reuniões clínicas]”[...] “Então assim, às vezes quando a gente ouve a supervisora da OS Amarela falando assim “então tem que pensar que se não atingirmos a meta... por que uma [pessoa] atinge e a outra não? Por que será? De repente a gente pode trocar esse profissional” (...) “De forma que os profissionais ficam doentes (...) o estresse, agrava tudo.”</p> <p>“Não tenho tempo na agenda reservado para fazer grupo. Não é estimulado e como te falei nem VD mais.”</p> <p>“Vou fazer como João (da OS Amarela) me ensinou (...) Então numa consulta você vai ter que ver o essencial. 'O que é mais importante para você hoje? Sua dor de cabeça? Então tá, dessa sua outra questão você vem amanhã que eu falo.' Mas aquele lugar na agenda vai ter para esse paciente vir 3 vezes?”</p> <p>Eduardo:</p> <p>“O discurso é o seguinte: vamos fazer as metas, se as pessoas começarem a reclamar das metas, de que tem que justificar toda hora, de [que] quantidade não mede qualidade... O gerente dizia ‘se vocês não provarem que precisa, que vocês estão cobrindo as metas, se você falar assim: pra baixo, talvez o governo pense que aqui não precisa... Vamos fechar essa unidade, vamos investir em outro, vamos diminuir as equipes, e tal.’ Tinha muito terrorismo nessa parte.”</p> <p>“Acho que então é impraticável, pois como fazer visita domiciliar, grupos e as consultas se você diminui os dias e o tempo? Então ficava 4 dias na unidade de saúde da família e um dia na UBS.”[...] “A gente começou a perceber isso quando começaram a cobrar de uma forma mais sistemática a produção, quando teve a questão da acreditação. Então, (...) tinha que mudar, fazer POPs (procedimento operacional padrão).”</p> <p>“Com uma OS, mesmo eu sendo contra - eu não sou a favor da OSS, acho um retrocesso - por outro lado, começou essa busca da qualidade, da acreditação, começou uma supervisão melhor, acho que a capacitação dos gerentes... Só que também por outro lado perdeu um pouco da humanização. Tem uma questão de ficar mais eficaz, mas ficou em cima de metas, de números.”</p> <p>“Antes da OS o importante era não ter reclamação. Depois era ter qualidade. Mas qualidade era tudo no fluxo que tinha, tinha POP (Procedimento Operacional Padrão) para tudo, tinha fluxo, organograma...Tinha que por no papel. POP para atendimento de gestante. ‘Gestante na recepção, 15 minutos antes da consulta, na sala de espera, tinha que falar da sala de espera, depois o tempo, chamar pelo nome, tem que ver, todo fluxo de atendimento...’ (...) Mas assim, tudo isso foi importante para uniformizar os atendimentos em todas as UBS, o mínimo.”</p> <p>“Porque era legal quando a gente valorizava as equipes... Não a competição entre equipes. Era horróroso. Era uma competição velada. ‘Parabéns equipe 1 por ter mais atendido no mês de março’. Eram as coisas que se ouviam, e eu pensava: ‘não pode estar acontecendo isso aqui, né?’”</p>

Nas entrevistas, foi trazido pelos médicos que a avaliação dos resultados do trabalho, por parte da gestão, se dá exclusivamente através da avaliação das metas quantitativas estipuladas pela OS. Quatro dos cinco explicitaram, espontaneamente, que concordam com a necessidade de levar em conta a quantidade de consultas para

avaliar parcialmente um serviço, porém queixaram-se de as metas quantitativas serem o único mecanismo de avaliação na prática. Relevante citar que nenhum dos entrevistados se referiu ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), realizado em etapas de auto avaliação e avaliação externa instituído desde 2011.

Frente ao questionamento de o quanto as metas quantitativas se adequavam ou correspondiam às necessidades de saúde locais, se serviam para melhorar o cuidado, houve uma diversidade de abordagens, apresentando algumas contradições. Ainda que alguns assumissem que “bater meta de consulta médica” não era um problema, e que as metas não influenciavam nem positiva nem negativamente no seu trabalho, afirmaram que as metas quantitativas não abrangiam a avaliação de uma complexidade de ações das ESF desempenhadas no cotidiano, estimulando esses médicos a criarem seus próprios indicadores de avaliação dentro das equipes. Em outras falas foi trazido explicitamente que os trabalhadores “maquiam” os números, optando por um determinado arranjo de atividades que, mesmo que desnecessários do ponto de vista do cuidado (ou mesmo que retardassem a resolução da demanda), visavam “bater a meta”, inclusive com incentivo da gestão local, como relatado pela médica Camila. A situação se agrava quando as metas quantitativas são usadas como forma de pressionar o trabalhador, como foi trazido nas falas de “terrorismo”, “ranking”, “competição”, “trocar o profissional”.

Essa “naturalização” das metas implementadas de forma vertical, os arranjos realizados no cotidiano em vistas de se adaptar às exigências da organização, e o impacto na qualidade de vida dos trabalhadores foram objetos de estudos (Blanch, Cantera, 2007; Blanch, Stecher, 2009; Blanch, Stecher, 2010). Blanch e Stecher (2009), ao analisarem as percepções dos trabalhadores de universidades e hospitais que tiveram suas gestões reorganizadas sob a lógica do paradigma empresarial, investigaram a subjetivação do capitalismo organizacional pelos trabalhadores:

“la perspectiva definida por el modelo teórico del Capitalismo Organizacional introduce la noción de subjetivación, entendida no como mera refracción pasiva de lo socio organizacional en la conciencia individual del personal trabajador, ni como un simple eco psicológico de un cambio operado en el ambiente organizacional. La noción de subjetivación incluye experiencias y procesos de construcción de significado en el espacio de las interacciones cotidianas, así como prácticas individuales y colectivas desarrolladas

por sujetos agentes en un continuo que puede abarcar desde formas puras de adaptación, conformación y sumisión a los imperativos funcionales de la organización (que refuerzan el sistema y contribuyen a la reproducción del orden establecido en el mismo) hasta manifestaciones de signo contrario: formas de resignificación, desestabilización y resistencia, que cuestionan y debilitan el status quo organizacional y funcionan como potencial factor de cambio del mismo.” (Blanch, Stecher, 2009, p. 12)

Resultados encontrados foram de que tanto os trabalhadores da educação como da saúde valorizavam mais os aspectos das suas organizações relacionados à "cultura de serviços" do que os relacionados à "cultura de negócios". Ainda assim, se mostraram moderadamente satisfeitos com sua organização, relativamente adaptados a ela, e consideravelmente distanciados dos valores do gerencialismo. Ainda assim, destacou-se a percepção de excesso de trabalho e falta de tempo para desenvolver seu trabalho adequadamente. A experiência desses trabalhadores é vivida como geradora de "estresse", "ansiedade", "preocupação", "impotência", "frustração", "mal-estar", atribuídos aos trabalhadores pelo "estilo da gestão", "privatização", "falta de recursos humanos", característica da demanda "cada vez mais complexa". Os mecanismos de enfrentamento observados foram a automedicação e um esforço maior de adaptação, bem como algumas formas sutis de resistência, como autolimitação da quantidade de trabalho, não se exceder do horário ou das funções, não "ter tido conhecimento" de alguma tarefa encomendada. Esse estudo iberoamericano é trazido à discussão pois possibilita um diálogo com os dados produzidos nessa pesquisa, quais sejam, narrativas de médicos lidando com formas de gestão, que, nas suas percepções, avaliam seu desempenho e o desempenho das ESF apenas através de metas quantitativas da OS. Importante destacar a dificuldade de encontrar dados na literatura, acerca desse tema, no SUS.

Ainda sobre mecanismos de adaptação dos trabalhadores às metas quantitativas, incluindo “maquiagem” dos números, uma pergunta que emerge é: que tipo de distorções se operam no cotidiano do trabalho da ESF que escapam às planilhas de produtividade? Até que ponto esses números são capazes de 1) estimular assistência de qualidade e 2) medir a qualidade dos serviços? Sobre contradições e distorções do planejamento centralizado burocraticamente, Braga (2014) traz um exemplo da época da União Soviética – que adaptou um modelo taylorista de produção. Os trabalhadores do setor de produção de geladeiras, a cada período,

tenham sua meta adaptada para um valor maior. Esse valor era medido em peso bruto. Então, para compensar a demanda de algumas toneladas a mais em geladeiras, os trabalhadores passaram produzir geladeiras cada vez mais pesadas. A ponto de, nos conjuntos habitacionais, as geladeiras ficarem no piso térreo, para que o piso dos apartamentos não cedesse. O relato da médica Camila quando diz que “O paciente para ter o problema resolvido ele vai 4 ou 5 vezes na unidade porque ele vai entrar na produção das pessoas 4 ou 5 vezes”, se assemelha ao exemplo de (Braga, 2014) no sentido de que, se o objetivo era produzir mais atendimentos a fim de resolver mais problemas de saúde, um atendimento se desdobra em um número maior para garantir o alcance da meta quantitativa, não alcançando o objetivo final.

O debate de avaliação em saúde é bastante complexo. Uma modalidade de avaliação, denominada “avaliação por problemas”, se baseia na tríade condições de vida, problemas de saúde/bem-estar e respostas sociais de saúde e bem-estar (Castellanos, 1991). Portanto para avaliar as repercussões de uma ação em saúde, é necessário levar em conta as condições de vida e trabalho, as quais tem relação com o processo saúde-doença. Segundo (Junqueira, Castro, 2002):

“[...] os sistemas de informação que alimentam o planejamento, avaliação e gestão do SUS devem incorporar o processamento de dados demográficos, socioeconômicos, epidemiológicos, de produção de serviços e aqueles obtidos por pesquisas qualitativas junto aos diversos atores sociais, que auxiliam a configurar 'retratos' dos territórios sociais, permitindo diferentes aproximações da realidade. Devem ser preferencialmente informatizados e ordenados em base geográfica, de tal forma que a análise dos dados possa se fazer em vários níveis de agregação.” (Junqueira, Castro, 2002, p. 9).

Assim, um intrincado processo de análise deve se dar para efetivamente avaliar algum elemento em saúde. Assim, avaliar a partir, apenas, da produção de serviços (quantidade de consultas médicas por exemplo) parece muito limitado. Um estudo (Barbosa, Elias, 2010) comparativo entre hospitais públicos gerenciados via administração direta (AD) e via OS, concluiu um melhor desempenho por parte das OSs. Os indicadores usados para avaliar esse desempenho foram: relação profissionais/leito; taxa média de ocupação; tempo médio de permanência, existência de sinais e alarmes adotados para monitoramento de desempenho. Os hospitais geridos por OSs tiveram maior produtividade (mais partos, cirurgias), maior ocupação dos leitos, menor tempo de permanência, com menos profissionais por leito. Não se

trata aqui de uma defesa do modelo de administração direta como está conformado hoje, mas uma pergunta possível é, a que custo conseguiu-se produzir "mais" com "menos" profissionais? Quais foram as repercussões na qualidade dos atendimentos? Impactou nos desfechos? Diminuiu erro médico? Impactou em sobrecarga dos profissionais? Em relação aos trabalhadores desses hospitais, um dado trazido pelo estudo é que apesar dos hospitais de OSs pagarem salários acima da média dos hospitais públicos, a rotatividade foi considerada alta. Os motivos da rotatividade não foram estudados.

O impacto dessa lógica de organizar e avaliar o serviço impacta no cotidiano da prática médica, por exemplo, na agenda, sendo "espremida" cada vez mais para aumentar a produtividade, como verbalizada nos núcleos de sentido dessa subcategoria. A diminuição de atividades coletivas como grupos de educação em saúde, ou de atividades que demandem um maior tempo por paciente, como visitas domiciliares, a fim de aumentar o período de consultas médicas, também foram relatados por Capozzolo (2003). Nesse estudo, frequentemente o número de consultas atendidas no dia ultrapassava de 40, o que, na opinião dos médicos entrevistados, comprometia a qualidade da atenção. E para muitos deles, principalmente os que se identificavam com o PSF e com a possibilidade de oferecer uma atenção com qualidade aos pacientes, a falta de tempo para atender como acreditavam que deveria ser gerava muita angústia. A sobrecarga de trabalho também foi referida por médicos no Reino Unido em estudo recente (Rimmer, 2015): 93%, dos mais de quinze mil médicos questionados, referiram que a sobrecarga de trabalho afetava negativamente a qualidade do atendimento ao paciente. 68% dos médicos afirmaram que seria melhor aumentar a duração das consultas para obter mais qualidade (em relação ao padrão de 10 minutos de duração do Reino Unido). A duração padrão de consultas na Holanda, Dinamarca e países escandinavos é de 20 a 30 minutos (McCarthy, 2015). A duração padrão preconizada pelo município de São Paulo (2015) é de 2 a 3 agendadas por hora mais 1 a 2 por hora de demanda espontânea ou reserva técnica. O relato, porém, dos entrevistados das OSs Amarela e Vermelha relataram obrigatoriedade de no mínimo 4 pacientes por hora, ou seja, duração de 15 minutos. No Reino Unido tem se discutido que talvez um limite máximo "seguro" seja de 25 atendimentos por dia, levando em consideração estudos realizados no continente (McCarthy, 2015). Nos artigos estudados por (Morelli et al.,

2015) apontaram maior exaustão emocional os médicos de família que atendiam mais de 25 pacientes por dia, ou mais do que 160 pacientes por semana. Outro estudo demonstrou maior chance de *burnout* em médicos que atendiam mais do que 40 pacientes por dia.

Alguns médicos entrevistados trouxeram a percepção de que o objetivo dessa forma de gestão vivenciada não parece ser qualidade do atendimento ou mesmo ter alguma relação com resultado em termos de saúde. Isso é preocupante em diversos sentidos, mas principalmente considerando a potencialidade que tem um serviço de saúde da APS de oferecer um cuidado que impacte positivamente na vida das pessoas de uma população. Frente a formatos tão verticais e restritivos de gestão, cabe uma reflexão:

“Trabalhador de saúde que vê sua autonomia ameaçada por mecanismos sutis (ou nem tão sutis) de captura, uniformização e padronização, não poderá, de forma verdadeira, contribuir para o fortalecimento da autonomia daquele de quem cuida. O trabalhador só poderá entender e, o que é mais importante, praticar o conceito de que estar sadio é manter, recuperar ou ampliar a autonomia no modo de administrar a vida, na medida em que vivenciar sua própria autonomia, cultivada e amadurecida, a cada dia, nas relações concretas que estabelece com os demais atores que constroem a sempre precária realidade organizacional. Sua autonomia referenciada, da forma mais plena possível, à autonomia do outro - um encontro de autonomias.” (Cecilio, 2007, p. 350).

7.2.4 Democratização

7.2.4.1 Processo de decisão

A subcategoria “processo de decisão” foi extraída dos seguintes núcleos de sentido:

<ul style="list-style-type: none"> • DEMOCRATIZAÇÃO DO TRABALHO
<ul style="list-style-type: none"> <ul style="list-style-type: none"> ○ PROCESSO DE DECISÃO
<p>NÚCLEOS DE SENTIDO:</p> <p>Bruno:</p> <p>“Na verdade, fortalecer o modelo de gestão participativa, tanto dos profissionais, usuários, é o que faz com que o trabalho seja mais tranquilo e possível. Por isso eu gosto muito do meu trabalho, por poder buscar uma gestão participativa. Levo em conta o que as pessoas que eu atendo trazem, o que os profissionais estão trazendo, o que é possível para aquele serviço naquele momento.”</p>

- DEMOCRATIZAÇÃO DO TRABALHO

- PROCESSO DE DECISÃO

“A gerente tem muito essa ligação, tanto com a supervisão de saúde do município, quanto com a da OS. Agora, o quanto a gente enquanto profissional acessa isso é muito pouco. (...) Tanto que vieram uns panfletos, com um conteúdo muito questionável da prefeitura, eu fiz um email gigantesco com todas as evidências e encaminhei tanto para a supervisão de saúde quanto para coordenação da Atenção básica do município. (...) eles ficaram sabendo do email, porque numa dessas reuniões de gerente, a minha gerente me trouxe que ‘se recebeu o panfleto e não quer usar, não usa’. Mas não recebi nenhuma resposta formal.”

“Acho que a diferença é quando a gente sai do micro e tem que discutir dentro da prefeitura ou dentro da OS. Meio que a gente não tem voz em lugar nenhum. Difícil de discutir com a supervisão, como eu citei a questão do email que ninguém responde. Não tem uma questão vamos conversar, vamos montar alguma coisa. A sensação é que fico isolado na unidade mesmo, não sei se isso é por existir duas pessoas fazendo a gestão do mesmo lugar (OS e prefeitura), fico um pouco na dúvida”

“Teoricamente todos da unidade poderiam estar nessa reunião, mas quem mais participava eram mais médicos, enfermeiros, alguns auxiliares e um ou outra pessoa que era auxiliar técnico administrativo, não eram muitas pessoas. Um processo longo, com muitas reuniões, cada vez mais esvaziadas.” [...]

“Deles (os espaços) existirem é 10. Espaço não falta, eles existem mesmo. Agora de serem espaço de construção coletiva dou 5, porque eles não são uma construção coletiva. É espaço de quem fala, as vezes até fico meio mal porque acho que está acontecendo uma super construção coletiva, de repente vejo que talvez só porque eu falo mais que daí as pessoas pensam ‘ok, vamos fazer isso só porque ele tá falando’. Às vezes a construção coletiva não é tão coletiva assim.” [...]

“Abertura total. Todo mundo que quiser discutir, ACS, técnicos. Quem quiser ir pode ir. A frequência é bem pequena na verdade, vão sempre os mesmos. [...] Eu acho [que o baixo aproveitamento] tem um pouco a ver com posição pessoal de cada um de um. Não de não quererem, de não se posicionarem. Tem uma questão profissional e hierárquica, as pessoas tem medo de se posicionarem em relação a determinados temas e serem demitidas, sofrer represália, por mais que eu nunca tenha visto isso acontecer. Mas as pessoas tem esse receio ‘eu não posso falar tudo o que eu acho também’. A gente ouve isso nos corredores. Eu não sei de onde vem essas retaliações, eu nunca presenciei. As pessoas tem receio, deve ter uma história. Não sei até que ponto as pessoas não se posicionam um pouco com por esse receio, já que nessas reuniões a gerente sempre está junto ou de posição pessoal mesmo ou de que está tudo bem e só quero receber meu dinheiro no fim de mês”

André:

“É uma reunião bastante deliberativa. [...]”

“Dependendo da sua categoria local, você é ignorado dentro do processo de gestão. Se você for um ACS, sinto muito, ninguém vai te escutar, às vezes, nem o médico - dependendo da sua equipe. Se você é profissional de ensino superior, ou até médio, os auxiliares técnicos eles são escutados. Se você for olhar pro meu lado é 10, se eu quiser, como médico, mando ali sem grandes dificuldades, mas acho ruim pensar isso. Se meu ACS não se sente parte processo de gestão, o serviço para ele fica ruim e prejudica meu serviço, tudo fica ruim.”

<ul style="list-style-type: none"> • DEMOCRATIZAÇÃO DO TRABALHO
<ul style="list-style-type: none"> ○ PROCESSO DE DECISÃO
<p>Camila:</p> <p>[sobre participação dos trabalhadores na gestão da unidade] “Não. Fora do espaço da reunião, não. Tinha esse espaço da reunião desde que não mexesse no que está pré-determinado pela OS. O que vem da OS, a resposta que vinha é que era assim e tem que ser assim e pronto.” [...] “Não tinha muita tentativa. Não, era bem fechado, não era estimulado. Não via essa demanda por parte dos trabalhadores. E quando existia era por questões pontuais, era mais por incômodo do processo de trabalho individual e não do cuidado do paciente. E ainda assim a maior parte das coisas eram cortadas com esse argumento: ‘Não, a regra é essa, o contrato é esse, o contrato entre a OS e a Prefeitura, entre a OS e vocês. A regra da empresa é essa’.”</p> <p>Débora:</p> <p>“A gente tem uma coisa boa, a gente tem reunião técnica, tem reunião geral, a gente tem feito roda de conversa com a psicóloga. Isso tem acontecido. Isso acontece com todo mundo em alguns momentos, com as Acs, com a gerente sempre com a gente junto e eu acho que isso é uma coisa boa que tem ali.” [...] “Não sei, acho que minha experiência anterior foi muito traumática. Teve um gerente lá que não dava abertura pra nada, era pau pau, pedra pedra. Já chegou a falar pra mim que médico no PSF não servia pra nada. (...) Melhor nem lembrar. Foi horrível.”</p> <p>[...] “Eu acho que a gente não tem poder de decisão. Nós que estamos aqui embaixo, a gente não tem poder de decisão. A gente tem espaço pra expor as nossas ideias. Nas reuniões vão as pessoas da prefeitura, da OS Amarela, tem a Maria que é apoiadora, ela escuta o que a gente fala, mas no frigir dos ovos, é uma coisa que eles falam que tem que ser assim e vai ser assim. Isso não mudou nada nesses 14 anos.”</p> <p>Eduardo:</p> <p>“Então, apesar de ser vertical, de cima para baixo, do jeito que tinha que ser... nas unidades e passar por todo um processo... no trabalho a gente começou a sentir melhor, no agendamento, na agenda eletrônica, na questão da supervisão, as discussões que tinham... reunião de responsáveis técnicos das unidades. [...] Pouco espaço, porque dentro da unidade até tem. Se for coisa para gente resolver dentro da unidade, alguma gerente tem um olhar diferenciado. Mas se for uma coisa que não depende de mim... uma ordem. Por exemplo: 'tem que seguir esse documento aqui'. Não vou mudar. O que deveria ter é uma rediscussão sempre. Até no nível da gestão, da OS, da instituição, da secretaria. (...)”</p> <p>“Não tinha tanto quanto precisava ou como eu gostaria ou também não tinha muita autonomia. Tinha certos obstáculos. Não sei se funcionava uma gestão participativa, não.” [...] “Tinha um responsável técnico da enfermagem, médico. De uma certa forma era gestão compartilhada, numa questão técnica. Mas pouco, eu acho. Podia ter mais. Mas tem. Tem também porque tem que ter. Tenho a impressão de que se não fosse nem proposto de que tem que ter um profissional técnico, não teria.” [...] “E poderia outros profissionais participarem mais. (...) Eles ficavam de fora. Eles poderiam participar de alguma forma. Eles com certeza iriam ajudar de algum jeito.”</p>

Apesar dos relatos anteriores de uma estrutura verticalizada, todos médicos os relataram a existência de espaços formais de discussão de processo de trabalho nas suas unidades de saúde. Porém, quando se trata de poder deliberativo desses espaços, ou mesmo de discussão qualificada, todos fizeram críticas. As críticas

envolvem desde o fato de haver uma hierarquia de poder dentro da UBS, sendo os ACS os que tem menor possibilidade de serem ouvidos; até relatos de que, na prática, mesmo os médicos não têm voz dentro da estrutura da organização; relatos de limitações das possibilidades de arranjos em função das “regras da empresa”; relatos de intimidação dos trabalhadores nas discussões pela presença da gestão; percepção de que as reuniões existem apenas para cumprir a regra, entre outros.

Do ponto de vista legal, o Pacto de Gestão, que junto aos Pactos pela Vida e Pacto em defesa do SUS, compôs o Pacto pela Saúde (Brasil, 2006), firmado entre os gestores do SUS e publicado como Portaria (nº 399, de 22 de fevereiro de 2006), traz a seguinte diretriz para a gestão municipal do SUS:

“Todo município deve:

- a. Promover e desenvolver políticas de Gestão do Trabalho, considerando os princípios da humanização, da participação e da democratização das relações de trabalho;
- b. Adotar vínculos de trabalho que garantam os direitos sociais e previdenciários dos trabalhadores da saúde na sua esfera de gestão e de serviços, promovendo ações de adequação de vínculos, onde for necessário, conforme legislação vigente;

As responsabilidades a seguir serão atribuídas de acordo com o pactuado e/ou com a complexidade da rede de serviços localizada no território municipal

- c. Estabelecer, sempre que possível, espaços de negociação permanente entre trabalhadores e gestores;
- d. Desenvolver estudos e propor estratégias e financiamento tripartite com vistas à adoção de política referente aos recursos humanos descentralizados;
- e. Considerar as diretrizes nacionais para Planos de Carreiras, Cargos e Salários para o SUS – PCCS/SUS, quando da elaboração, implementação e/ou reformulação de Planos de Carreiras, Cargos e Salários no âmbito da gestão local;
- f. Implementar e pactuar diretrizes para políticas de educação e gestão do trabalho que favoreçam o provimento e a fixação de trabalhadores da saúde, no âmbito municipal, notadamente em regiões onde a restrição de oferta afeta diretamente a implantação de ações estratégicas para a atenção básica.”

(Brasil, 2006, p. 65)

Em 2011, o Pacto de Gestão foi atualizado em função do Decreto nº 7.508/2011, que regulamentou a Lei nº 8.080/1990. Assim, essas diretrizes foram atualizadas para o modelo nacional de contrato organizativo da ação pública da saúde (Brasil, 2011):

“11.1. Os Signatários do presente contrato comprometem-se a valorizar os trabalhadores da saúde e a desenvolver políticas de

gestão do trabalho articuladas com as de educação na saúde, visando democratizar as relações de trabalho, desprecarizar e humanizar o trabalho em saúde, e promover a saúde do trabalhador do SUS.

11.2. Os Signatários comprometem-se a estabelecer espaços de negociação permanente entre trabalhadores e gestores da saúde.

11.3. Os Signatários do presente contrato comprometem-se a observar e implantar as pactuações estabelecidas na mesa nacional de negociação permanente do SUS.

11.4. Os Signatários devem implementar políticas de educação e gestão do trabalho que favoreçam o provimento e a fixação de trabalhadores para suprir as necessidades da rede de atenção à saúde.

11.5. Os Signatários ao elaborarem e reformularem planos de carreira, cargos e salários devem considerar as diretrizes nacionais estabelecidas nas normas vigentes.

11.6. Os Signatários se comprometem a identificar o quantitativo de trabalhadores a serem formados e qualificados de acordo com as necessidades dos serviços de saúde.

11.7. As atribuições e responsabilidades dos entes Signatários na institucionalização e implementação das ações de educação permanente devem ser baseadas nas prioridades e necessidades de saúde loco-regionais e nas diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

11.8. Os Signatários deverão promover a integração e o aperfeiçoamento das ações de Educação Permanente em Saúde da Região de Saúde com o apoio e coordenação das Comissões de Integração Ensino-Serviço (CIES).” (Brasil, 2011, p. 24).

Apesar das diretrizes de democratização das relações de trabalho no SUS, esse segue sendo um grande desafio.

Sobre a contradição entre a existência das reuniões técnicas ou gerais das UBS, inspiradas nos modelos de colegiados de gestão, e os limites encontrados na sua implantação relatados pelos médicos entrevistados, estudo de Cecilio apontou:

"Um achado muito marcante do estudo é o fato de praticamente nenhum colegiado de gestão se ocupar de temas ligados à gestão do cuidado propriamente dita. De uma maneira geral, os coordenadores reconhecem que o colegiado de gestão não é utilizado para o planejamento e avaliação dos processos de trabalho da unidade e não consegue operacionalizar instrumentos e mecanismos mais regulares de avaliação da qualidade do cuidado prestado. As reuniões do colegiado de gestão são sempre atravessadas pelas demandas das várias instâncias do nível central da Secretaria Municipal de Saúde, sobrando pouco ou nenhum tempo para o desenvolvimento de uma pauta mais planejada, mais técnica e mais sob o controle do colegiado. Os participantes afirmam serem frequentemente surpreendidos pelas 'pautas de última hora', trazidas pelo coordenador ou não." (Cecilio, 2010, p. 562).

Nesse estudo (Cecilio, 2010) é relatado que mesmo os coordenadores dos colegiados de gestão reconhecem que trabalham com uma "autonomia tutelada", já que não devem se contrapor aos limites da organização, dado que dialoga com o que é trazido nas entrevistas dessa pesquisa. O autor ainda destaca que o colegiado de gestão, instrumento que pode potencializar a democratização das relações de trabalho e gestão local, pode também ser usado como instrumento para "alinhamento" das equipes às demandas da gestão, apontando para outro sentido que não o da autonomia das equipes.

Em relação à democratização das relações de trabalho no SUS, Feuerwerker (2014) discute o contexto de subordinações em diferentes níveis que dificultam essa construção:

“Multiplicam-se as relações de subordinação do gestor federal sobre os estaduais e municipais, dos estaduais sobre os municipais, dos níveis centrais sobre os locais; das esferas gerenciais sobre os trabalhadores; dos trabalhadores sobre os usuários. Os tempos burocráticos (ditos políticos) nunca combinam com os tempos de processos mais democráticos e participativos. Lembremos que a política é uma máquina de fabricar relações, então cabe indagar que projeto democrático pode ser produzido a partir de tantas relações de assujeitamento?” (Feuerwerker, 2014, p. 83)

A autora (2014) problematiza o fato da participação política dos trabalhadores e usuários ser frequentemente compartimentada dentro das instâncias oficiais de controle social do SUS, como conselhos e conferências, desvalorizando o potencial democrático que existe nas relações construídas no cotidiano entre todos os atores envolvidos.

Campos (2010), ao analisar a racionalidade gerencial hegemônica, destaca seu objetivo de reduzir o trabalhador a uma máquina, a um instrumento previsível capaz de executar corretamente os fluxos e protocolos definidos centralmente. Para essa forma de pensar gestão a “democracia organizacional seria um contrassenso, um modo para produzir-se o caos, um caminho para a ineficiência e ineficácia dos processos produtivos” (Campos, 2010, p. 2338). Porém para as características do trabalho em saúde, já discutido nesse capítulo anteriormente, essas formas de gestão, inspiradas no taylorismo, tem limitações claras.

Assim, segue sendo um desafio, para a gestão em saúde, construir formas de gestão que visem combinar autonomia dos trabalhadores com formas de controle do trabalho tanto a partir do conhecimento acumulado em saúde quanto da perspectiva

dos usuários. Continuar caminhando no sentido oposto, da racionalidade gerencial hegemônica na saúde, parece nos distanciar cada vez mais do que foi almejado com o projeto da Reforma Sanitária Brasileira.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considera-se, ao final desse estudo, que houve dificuldades para conseguir um número maior de médicos entrevistados, e que maior parte dos que aceitaram participar da pesquisa (quatro de cinco) são médicos com especialização na área (ou em Saúde da Família ou titulados como especialistas em Medicina de Família e Comunidade), apresentando, portanto, um perfil de identificação com o trabalho realizado na APS no Brasil.

Foi possível observar que ao dar a voz – do ponto de vista acadêmico – a esses médicos, diferentes percepções sobre as formas de gestão e o cotidiano do seu trabalho na ESF emergiram. Foram extraídas as categorias de relações trabalhistas (vínculo empregatício e rotatividade), gestão (níveis macro e local; e característica de gestão privada), organização do trabalho (infraestrutura, processo de trabalho e resultados) e democratização (processo de decisão). No geral as percepções dialogaram com a literatura em diversos temas: multiplicidade de vínculos dos médicos no Brasil, incluindo vínculos concomitantes no serviço público e no serviço privado; a ausência de uma gestão da força de trabalho adequadamente voltada para o SUS e para a ESF; a alta rotatividade presente na ESF; as contradições entre a defesa formal das OSs como modelo de gestão mais eficiente para o SUS por parte dos governos e a realidade do cotidiano que, na maior parte dos entrevistados, não referiam vantagens do modelo; as limitações de infraestrutura; os limites à autonomia dos médicos e das equipes de ESF; a sobrecarga de trabalho; o processo de trabalho sob formatos de gestão verticalizados e rígidos; a avaliação e supervisão do trabalho sob a égide principalmente de metas quantitativas definidas no nível central; a relação conflituosa com as metas quantitativas, ora naturalizadas, ora burladas; ameaças sobre os trabalhadores quanto ao alcance das metas; a priorização de agenda para atendimentos individuais em detrimento de atividades coletivas de educação em saúde; ausência de abordagem da qualidade do serviço no cotidiano; a existência de espaços de discussão do processo de trabalho cujo poder de decisão era limitado; o descumprimento da diretriz de democratização das relações de trabalho no SUS.

O estudo não teve a pretensão de generalizar conclusões a partir das percepções desses cinco médicos, mas sim dialogar com outras evidências sobre os temas levantados. Nesse sentido, foi um desafio debater com uma literatura orientada

por métodos equivalentes, pois há poucos estudos que trabalharam com entrevistas de médicos na ESF no Brasil, especialmente em relação ao tema desse trabalho, qual seja, o cotidiano do trabalho de médicos terceirizados do SUS. O que evidencia a importância dessa pesquisa e aponta para o desafio de que mais estudos devem se desenvolver, não apenas com médicos, mas com todas as categorias profissionais que constroem a APS e a ESF no município de São Paulo e no país, a fim de que seja possível reunir elementos de análise acerca de qual proposta de SUS está sendo construída na prática, para além dos dados quantitativos mostrados pelas Organizações Sociais e pelas gestões municipais.

Referências

- 8ª Conferência Nacional de Saúde. Relatório Final. Brasília:; 1986.
- Akin JS, Birdsall N, De Ferranti DM. Financing health services in developing countries: an agenda for reform Washington: World Bank Publications; 1987.
- Alfradique ME, Bonolo PdF, Dourado I, Lima-Costa MF, Macinko J, Mendonça CS, et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP - Brasil). Cad. Saúde Pública. 2009 junho; 25(6).
- Andreazzi MFS, Bravo MIS. Privatização da Gestão e Organizações Sociais na Atenção à Saúde. Trab. Educ. Saúde. 2014; 12(3): p. 499-518.
- Aquino R, Oliveira NFd, Barreto ML. Impact of the Family Health Program on Infant Mortality in Brazilian Municipalities. Am J Public Health. 2009 Janeiro; 99(1): p. 87-93.
- Arouca AS. Introdução à crítica do setor saúde. Nêmesis. 1975;(1): p. 17-24.
- Arouca S. O Dilema Preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.
- Atkinson R, Flint J. Accessing Hidden and Hard-to-Reach Populations: Snowball Research Strategies. Social Research Update. 2001.
- Bahia L, Scheffer M. Planos e seguros privados de saúde. Em Lígia Giovanella SELdVCLea. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. 2nd ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2012.
- Bahia L. O SUS e os desafios da universalização do direito à saúde. Em Lima NT GSEF(. Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.
- Banco Mundial. Relatório sobre o Desenvolvimento Mundial de 1993: investindo em saúde Rio de Janeiro: FGV; 1993.
- Barbosa NB, Elias PEM. As organizações sociais de saúde como forma de gestão público/privado. Ciência & Saúde Coletiva. 2010; 15(5): p. 2483-95.
- Bardin L. Análise de Conteúdo Lisboa: Edições 70; 2004.
- Basu S, Andrews J, Kishore S, Panjabi R, Stuckler D. Comparative Performance of Private and Public Healthcare Systems in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review. PLoS Medicine. 2012 Junho; 9(6): p. e1001244.
- Bazemore A, Petterson S, Peterson LE, Jr RLP. More Comprehensive Care Among Family Physicians is Associated with Lower Costs and Fewer Hospitalizations. Ann Fam Med. 2015; 13: p. 206-13.
- Becker HS. Métodos de Pesquisa em Ciências Sociais São Paulo: HUCITEC; 1999.

Behmann M, Schmiemann G, Lingner H, Kühne F, Hummers-Pradier E, Schneider N. Job satisfaction among primary care physicians. *Deutsches Aerzteblatt International*. 2012; 109: p. 193-200.

Behring ER. *Brasil em contra-reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos*. 2nd ed. São Paulo: Cortez; 2008.

Blanch JM, Cantera L. El capitalismo sanitario como factor de riesgo psicosocial. Em Guillén C, Guil R. *Psicología Social: Un encuentro de Perspectivas*. Cádiz: APPS; 2007.

Blanch JM, Stecher A. La empresarización de universidades y hospitales. Em Wittke T, Melogno P. *Psicología y organización del Trabajo. Producción de subjetividad en la organización del trabajo*. Montevideo: Psicolibros; 2009. p. 191-209.

Blanch JM, Stecher A. Organizaciones excelentes como factores de riesgo psicosocial. Em A C. *Psicología y Trabajo: Experiencias de investigación en Iberoamérica*. México: U. A. Querétaro; 2010. p. 88-109.

Bovier PA, Arigoni F, Schneider M, Gallacchi MB. Relationships between work satisfaction, emotional exhaustion and mental health among Swiss primary care physicians. *The European Journal of Public Health*. ;: p. ckp056.

Braga R. You Tube. [Online].; 2014 [cited 2015 novembro 20. Available from: <https://www.youtube.com/watch?v=Yofxeg-iSjk>

Brasil, Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS. Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho. *Desprecariza SUS: perguntas e respostas*. Brasília.; 2006.

Brasil, Ministério da Saúde. *Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde*. Brasília.; 2011.

Brasil, Ministério da Saúde. *Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão*. Brasília.; 2006.

Brasil, Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde; 2012.

Brasil, Ministério da Saúde. Portal da Saúde. [Online].; 2015 [cited 2015 outubro 10. Available from: http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php

Bresser Pereira LC. *Plano diretor da reforma do aparelho do estado*. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. 1995.

Bresser Pereira LC. *Reforma administrativa do sistema de saúde*. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. 1998.

Campos CVdA, Malik AM. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa Saúde da Família. *Revista de Administração Pública (RAP)*. 2008 março; 42(2): p. 347-68.

Campos GWdS. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 14(4):863-870, out-dez. 1998.

Campos GWS. Cogestão e neoartesanato: elementos conceituais para repensar o trabalho em saúde combinando responsabilidade e autonomia. Ciência & Saúde Coletiva. 2010; 15(5): p. 2337-44.

Capozzolo AA. No olho do furacão: Trabalho Médico e Programa Saúde da Família Campinas: Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas; 2003.

Cardoso FM, Campos GWS. Reformas Neoliberais, Reforma Sanitária Brasileira e Fundações Estatais de Direito Privado: análise de documento da Fundação Estatal de Saúde da Família (FESF) – Bahia. Saúde em Debate. 2013 junho; 37(97): p. 219-32.

Cardoso FM. A saúde entre os negócios e a questão social: privatização, modernização e segregação na ditadura civil-militar (1964-1985) São Paulo: HUCITEC; 2013.

Carvalho M, Santos NR, Campos GWS. A construção do SUS e o planejamento da força de trabalho em saúde no Brasil: breve trajetória histórica. Saúde em Debate. 2013 julho; 37(98): p. 372-87.

Carvalho T. Folha.com. [Online].; 2013 [cited 2015 novembro 10. Available from: <http://mural.blogfolha.uol.com.br/2013/02/25/ubs-do-jardim-helian-tem-problemas-de-estrutura-e-falta-de-remedios/>

Castellanos PL. Proyecto: Sistemas Nacionales de Vigilancia de la Situacion de Salud segun Condiciones de Vida y del Impacto de las Acciones de Salud y Bienestar. ; 1991.

Cebes. Cebes. [Online].; 2015 [cited 2015 outubro 14. Available from: <http://cebes.org.br/2015/08/agenda-brasil-e-o-fim-das-conquistas-da-constituicao-de-1988/>

Cecilio LCdO. Colegiados de gestão em serviços de saúde: um estudo empírico. Cad. Saúde Pública. 2010 março; 26(3): p. 557-66.

Cecilio LCdO. O “trabalhador moral” na saúde. Interface - Comunic, Saúde, Educ. 2007 maio; 11(22): p. 345-63.

Cepal/ONU. Balance Preliminar de la Economia de America Latina y el Caribe. Santiago: Cepal/ONU; 1991.

Chen MS, Lee CB. Between professional dignity and economic interests—evidence based on a survey of Taiwan's primary care physicians. The International journal of health planning and management. 2013; 28(2): p. 153-71.

Chesnais F. Capital portador de juros: acumulação, internacionalização, efeitos econômicos e políticos. Em Chesnais F. A Finança Mundializada. 1st ed. São Paulo: Boitempo; 2005. p. 35-67.

Conasems. Comparação entre sistemas de serviços de saúde da Europa e o SUS: pontos para reflexão da agenda da Atenção Básica. Relatório de oficina da Rede Américas. Belém; 2008.

Conselho Federal de Medicina. Portal CFM. [Online].; 2015 [cited 21 outubro 2015]. Available from: http://portal.cfm.org.br/?option=com_estatistica

Correia MVC, Santos VMd. Privatização da saúde via novos modelos de gestão: organizações sociais (OSs) em questão. Em Bravo MIS, Maria de Fátima Siliansky Andreazzi JSBdM, Lima JBd, Souza RdO, (org). A mercantilização da saúde em debate: as organizações sociais no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius; 2015.

Correia MVC. O Conselho Nacional de Saúde e os rumos da política de saúde brasileira: mecanismo de controle social frente às condicionalidades dos organismos financeiros internacionais Recife: UFPE; 2005.

Costa RM. Comparação de Hospitais Estaduais Paulistas: Estudo comparativo entre gerenciamento da administração direta e das organizações sociais da saúde. São Paulo: Tribunal de Contas do Estado de São Paulo; 2010.

Cruz V. Folha.com. [Online].; 2015 [cited 2015 outubro 14]. Available from: <http://www1.folha.uol.com.br/poder/2015/08/1666990-governo-vai-encampar-a-agenda-brasil-de-renan-para-superar-crisis.shtml>

Denzin N, Lincoln Y. O planejamento da Pesquisa qualitativa São Paulo: Artmed; 2006.

Deshpande SP, Demello J. An empirical investigation of factors influencing career satisfaction of primary care physicians. The Journal of the American Board of Family Medicine. 2010; 23(6): p. 762-69.

Donaldson L. Medical classics: Profession of medicine. BMJ. 2008 Março; 336(7643): p. 563.

Donnangelo MCF, Pereira L. Saúde e Sociedade São Paulo: Duas Cidades; 1976.

Donnangelo MCF. Medicina e Sociedade: o médico e seu mercado de trabalho São Paulo: Pioneira; 1975.

Duménil G, Lévy D. A Finança Capitalista: Relações de produção e relações de classe. Em Chesnais F. A Finança Capitalista. 1st ed. São Paulo: Alameda; 2010.

Ecem. Relatório Final. Florianópolis; 1977.

Escorel S, Teixeira LA. História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do Império ao desenvolvimentismo populista. Em Giovanella L(. Políticas e sistemas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.

Faleiros VdP, Silva JdFSd, Vasconcellos LCFd, Silveira RMG. A construção do SUS: histórias da reforma Sanitária e do Processo participativo Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

Fattorelli ML, Ávila R. Gastos com a Dívida Pública em 2014 superaram 45% do Orçamento Federal Executado. [Online].; 2015 [cited 2015 outubro 14. Available from <http://www.auditoriacidada.org.br/e-por-direitos-auditoria-da-divida-ja-confira-o-grafico-do-orcamento-de-2012/>

Feuerwerker LCM. Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação Porto Alegre: Rede Unida; 2014.

Folha de S. Paulo. Folha.com. [Online].; 2015 [cited 2015 outubro 2015. Available from: <http://www1.folha.uol.com.br/poder/2015/08/1667031-veja-as-propostas-que-o-pmdb-apresentou-para-superar-a-crise.shtml>

Formenti L. Estadão. [Online].; 2015 [cited 2015 outubro 14. Available from: <http://politica.estadao.com.br/noticias/geral,ministro-da-saude-diz-ser-inviavel-proposta-de-renan-para-o-sus,1742167>

Freidson E. Profession of medicine. A study of the sociology of applied knowledge Chicago : The University of Chicago Press; 1988.

Gerschman S. A democracia inconclusa: um estudo da Reforma Sanitária Brasileira. 2nd ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2004.

Giovanella L, Mendonça MHMd. Atenção Primária à Saúde: seletiva ou coordenados cuidados? Rio de Janeiro: Cebes; 2012.

Girardi S, Carvalho CL, Der Mass LW, Farah J, Araujo JF. O Trabalho em saúde: tendências e perspectivas na estratégia da Saúde da Família. *Divulg Saúde Debate*. 2010; 45: p. 11-25.

Girardi S, Carvalho CL, Wan der Maas L, Farah J, Freire JA. O Trabalho Precário em Saúde: Tendências e Perspectivas na Estratégia da Saúde da Família. *Divulgação em Saúde para Debate*. 2010 maio;(45): p. 11-23.

Goehring C, BouvierGallacchi M, Künzi B, Bovier P. Psychosocial and professional characteristics of burnout in Swiss primary care practitioners: a cross-sectional survey. *Swiss medical weekly*. 2005; 135(7-8): p. 101-108.

Gomes R, Minayo MCS. Organização, processamento, análise e interpretação de dados: o desafio da triangulação. Em Minayo MCS, Assis SG, Souza ER. *Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. p. 185-221.

Gonçalves RBM. Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades São Paulo: Cefor; 1992.

Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*. 2004; 24: p. 105-112.

Granemann S. Fundações Estatais: Projeto de Estado do Capital. Em BRAVO MIS, al e. *Política de saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e agenda para a saúde*. 2nd ed. Rio de Janeiro: Rede Sirius/ADUFRJ-SSind; 2008.

Greaves F, Lavery AA, Pape U, Ratneswaren A, Majeed A, Millett C. Performance of new alternative providers of primary care services in England: an observational study. *Journal of the Royal Society of Medicine*. 2015; 0(0): p. 1-13.

Hansen J, Groenewegen PP, Boerma WGW, Kringos DS. Living In A Country With A Strong Primary Care System Is Beneficial To People With Chronic Conditions. *Health Affairs*. 2015; 34(9): p. 1531-37.

Harvey D. *O Neoliberalismo: história e implicações*. 5th ed. São: Loyola; 2014.

Harvey D. *O novo Imperialismo*. 7th ed. São Paulo: Edições Loyola; 2013.

Hung LM, Shi L, Wang H, Nie X, Meng Q. Chinese primary care providers and motivating factors on performance. *Family practice*. 2013; 30(5): p. 576-86.

Ibañez N, Bittar OJNV, Sá ENdC, Yamamoto EK, Almeida MFd, Castro CGJd. Organizações sociais de saúde: o modelo do Estado de São Paulo. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2001; 6(2): p. 391-404.

Ibañez N, Neto GV. Modelos de gestão e o SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2007; 12: p. 1831-1840.

IBGE. *Economia da saúde : uma perspectiva macroeconômica 2000-2005* Rio de Janeiro: IBGE; 2008.

IBGE. *Pesquisa de Informações Básicas Estaduais. Perfil dos Estados Brasileiros 2013*. Rio de Janeiro: IBGE; 2014.

IBGE. *Produto Interno Bruto dos Municípios* Rio de Janeiro: IBGE; 2013.

Ilich I. *A expropriação da saúde: nêmesis da medicina* Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1975.

Jabbari H, Pezeshki MZ, Naghavi-Behzad M, Asghari M, Bakhshian F. Relationship between job satisfaction and performance of primary care physicians after the family physician reform of east Azerbaijan province in Northwest Iran. *Indian journal of public health*. 2014; 58(4): p. 256.

Junqueira V, Castro IEdN. *Avaliação em Saúde. BIS - Boletim do Instituto de Saúde*. 2002;(28).

Junqueira V. *Saúde na cidade de São Paulo (1989 a 2000)*. 2nd ed. São Paulo: Pólis; 2002.

Kalleberg AL. *Crescimento do Trabalho Precário: um Desafio Global*. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*. 2009; 24(69): p. 21-30.

Kushnir T, Greenberg D, Madjar N, Hadari I, Yermiahu Y, Bachner YG. Is burnout associated with referral rates among primary care physicians in community clinics? *Family practice*. 2013;: p. cmt060.

Laurell AC. *Avançando em direção ao passado: a política social do neoliberalismo*. Em Laurell AC. *Estado e políticas sociais no neoliberalismo*. São Paulo: Cortez; 1995.

- Lima JCF. O Banco Mundial, a Organização Mundial de Saúde e o “novo universalismo” ou a “cobertura universal de saúde”. Em Pereira JMM, Pronko M. A demolição de direitos: um exame das políticas do Banco Mundial para a educação e a saúde (1980-2013). Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio; 2015. p. 233-54.
- Linhares H. Contribuição à história das lutas operárias no Brasil. 2nd ed. São Paulo: Alfa-Omega; 1977.
- Ludke M, Andre MEDA. Pesquisa em educação: abordagens qualitativas São Paulo: E. P. U.; 1986.
- Ly DP, Glied SA. The impact of managed care contracting on physicians. *Journal of general internal medicine*. 2014; 29(1): p. 237-42.
- Machado MH. Os médicos no Brasil: um retrato da realidade Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997.
- Machado MH. Trabalho e emprego em Saúde. Em Giovanella L, Escorel S, Lobato LdVC, et al. Políticas de Saúde no Brasil. 2nd ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012.
- Macinko J, Harris MJ. Brazil's Family Health Strategy — Delivering Community-Based Primary Care in a Universal Health System. *N Engl J Med*. 2015 junho; 372: p. 2177-218.
- Marcelo R. Sub-relatório da Comissão Parlamentar de Inquérito sobre a Remuneração dos serviços médico-hospitalares. São Paulo: ALESP; 2008.
- Marques RM, Mendes Á. O financiamento do Sistema Único de Saúde e as diretrizes do Banco Mundial. Em Pereira JMM, Pronko M, (org). A demolição de direitos: um exame das políticas do Banco Mundial para a educação e a saúde (1980-2013). Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio; 2014. p. 275-93.
- Marsiglia RMG. Perfil das categorias profissionais do programa de saúde da família na cidade de são paulo: geral, por região, por parceira, por profissão. São Paulo: Prefeitura Municipal de São Paulo; 2005.
- Marsiglia RMG. Perfil dos Trabalhadores da Atenção Básica em Saúde no Município de São Paulo: região norte e central da cidade. *Saúde Soc*. São Paulo. 2011; 20(4): p. 900-11.
- Maslach C, Jackson S. Maslach Burnout Inventory Manual. Palo Alto: Consulting Psychologist Press; 1986.
- Matía Cubillo AC, Cordero Guevara J, Mediavilla Bravo JJ, Pereda Riguera MJ, González Castro ML, González Sanz A. Evolution of burnout and associated factors in primary care physicians. *Atención Primaria*. 2012; 44: p. 532-9.
- McCarthy M. The BMJ. [Online].; 2015 [cited 2015 11 25. Available from: <http://blogs.bmj.com/bmj/2015/11/04/mary-mccarthy-would-fewer-than-25-consultations-a-day-be-a-safer-model-for-gps/>

Medeiros CRG, Junqueira ÁGW, Schwingel G, Carreno I, Jungles LAP, Saldanha OmdFL. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2010; 15(Supl. 1): p. 1521-31.

Mendes . Conferência "Desmercantilizar o SUS, a dura batalha". In ; 2015; São Carlos: APSP.

Mendes Á, Marques RM. A saúde pública sob a batuta da nova ordem. Em Marques RM, Ferreira MRJ. *O Brasil sob a nova ordem: a economia brasileira contemporânea: uma análise dos governos Collor a Lula*. São Paulo: Saraiva; 2010. p. 267-86.

Mendes ÁN. *Tempos turbulentos na Saúde Pública Brasileira - Impasses do Financiamento no Capitalismo Financeirizado* São Paulo: Hucitec; 2012.

Mendonça MHM, Martins MIC, Giovanella L, Escorel S. Desafios para gestão do trabalho a partir de experiências exitosas da expansão da Estratégia de Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2010; 15(5): p. 2355-2365.

Minayo MCS. *Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade*. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2012; 17(3): p. 621-626.

Minayo MCS. *O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde* São Paulo: Hucitec/Abrasco; 1992.

Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão. *Projeto Fundação Estatal - Principais Aspectos*. Brasília.; 2007.

Morelli SGS, Sapede M, Silva ATCd. Burnout em médicos da Atenção Primária: uma revisão sistemática. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2015 Janeiro; 10(34): p. 1-9.

Neto O. *O trabalho de campo como descoberta e criação*. Em Minayo MC. *Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes; 1994.

Oliveira JAdA, Teixeira SMF. *(Im)previdência social: 60 anos de história da Previdência no Brasil* Petrópolis: Vozes; 1986.

Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *The Lancet*. 2011 Maio; 377(9779): p. 1778-1797.

Paim JS. A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). *Cad. Saúde Pública*. 2013 outubro; 29(10): p. 1927-1953.

Paim JS. *Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica* Salvador: EDUFBA; 2008.

Paulani LM. *Brasil Delivery: servidão financeira e estado de emergência econômico*. 1st ed. São Paulo: Boitempo; 2008.

Pinto NRS, Tanaka OY, Spedo SM. Política de saúde e gestão no processo de (re)construção do SUS em município de grande porte: um estudo de caso de São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2009 abril; 25(4): p. 927-38.

Polack JC. *La Medicina del Capital Madri: Fundamentos*; 1971.

Pollock A, Price D, Liebe M. Private finance initiatives during NHS austerity. *BMJ*. 2011; 342: p. d324.

Prefeitura Municipal de São Paulo. Fortalecendo a Atenção Básica no Município de São Paulo. Diretrizes Gerais. Unidade Básica de Saúde. Versão 01. São Paulo; 2015.

Prefeitura Municipal de São Paulo. Prefeitura de São Paulo. [Online].; 2007 [cited 2015 outubro 14. Available from: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/prestacaocontas/PrestacaoContasSMS2006.pdf>

Prefeitura Municipal de São Paulo. Prefeitura de São Paulo. [Online].; 2011 [cited 2015 outubro 14. Available from: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/prestacaocontas/PrestacaoContasSMS2010_4trim.pdf

Prefeitura Municipal de São Paulo. Prefeitura de São Paulo. [Online].; 2015 [cited 2015 outubro 14. Available from: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/prestacaocontas/RelatoriodeAcompanhamentoOrcamentarioeFinanceiro2014.pdf>

Prefeitura Municipal de São Paulo. Prefeitura de São Paulo. [Online].; 2014 [cited 2015 outubro 14. Available from: <http://www.capital.sp.gov.br/static/2014/11/c8fD70R8k1oP88Tb2SaS-A.pdf>

Prefeitura Municipal de São Paulo. Prefeitura de São Paulo. [Online].; 2014 [cited 2015 outubro 12. Available from: <http://www.capital.sp.gov.br/portal/noticia/4972>

Queiroz MIP. Relatos orais: do “indizível” ao “dizível”. *Ciência e cultura*. 1987; 39(3): p. 272-286.

Quercioli C, Messina G, Basu S, McKee M, Nante N, Stuckler D. The effect of healthcare delivery privatisation on avoidable mortality: longitudinal cross-regional results from Italy, 1993–2003. *J Epidemiol Community Health*. 2013; 67: p. 132-38.

Rasella D, Harhay MO, Pamponet ML, Aquino R, Barreto ML. Impact of primary health care on mortality from heart and cerebrovascular diseases in Brazil: a nationwide analysis of longitudinal data. *BMJ*. 2014; 349: p. g4014.

Rimmer A. GPs want longer consultations, BMA survey finds. *BMJ*. 2015; 350: p. h1910.

Rizzotto MLF. O Banco Mundial e o sistema de saúde no Brasil. Em Pereira JMM, Pronko M, (org). *A demolição de direitos: um exame das políticas do Banco Mundial para a educação e a saúde (1980-2013)*. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio; 2014. p. 255-74.

Rocha R, Soares RR. Evaluating the impact of community-based health interventions: evidence from Brazil’s Family Health Program. *Health Econ*. 2010; 19: p. 126-58.

Sampaio LF, Mendonça CS, Lermen NJ. Atenção Primária à Saúde no Brasil. Em Gusso G, Lopes JMC. *Tratado de Medicina de Família e Comunidade – princípios, formação e prática*. Porto Alegre: Artmed; 2012.

Santos VMd. As Organizações Sociais e a Privatização do Sistema Único de Saúde no contexto de contrarreformas do Estado brasileiro Maceio: UFAL; 2014.

Scheffer M, Biancarelli A, Cassenote A. Demografia Médica no Brasil: dados gerais e descrições de desigualdades São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; 2011.

Scheffer M, Cassenote A, Biancarelli A. Demografia Médica no Brasil São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; 2013.

Scheffer Mea. Demografia Médica no Brasil 2015. Relatório de Pesquisa.: Departamento de Medicina Preventiva; 2015.

Schraiber LB. No encontro da técnica com a ética: o exercício de julgar e decidir no cotidiano do trabalho em medicina. Interface (Botucatu). 1997; 1(1): p. 123-40.

Schraiber LB. O médico e seu trabalho: limites da liberdade São Paulo: Hucitec; 1993.

Schraiber LB. O médico e suas interações. A crise dos vínculos de confiança São Paulo: Hucitec; 2008.

Schraiber LB. O Trabalho Médico: Questões Acerca da Autonomia. Cadernos de Saúde Pública. 1995 janeiro; 11(1): p. 57-64.

Schraiber LB. Pesquisa qualitativa em saúde: reflexões metodológicas do relato oral e produção de narrativas em estudo sobre a profissão médica. Revista de Saúde Pública. 1995; 29(2): p. 63-74.

Senado Notícias. Senado Notícias. [Online].; 2015 [cited 2015 outubro 14. Available from: <http://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2015/08/12/agenda-brasil>

Siguero AM, Pérez MAG, Gonzáles MA, Cermeño PC. Prevalencia de desgaste profesional y psicomorbilidad en médicos de atención primaria de un área sanitaria de Madrid. Atención primaria. 2003; 31(9): p. 572-74.

Sindicato dos Médicos de São Paulo. Jornal do Simesp. 2015 outubro.

Soares LTR. Ajuste neoliberal e desajuste social na América Latina Rio de Janeiro: UFRJ; 1999.

Spedo SM, Tanaka OY, Pinto NRdS. O desafio da descentralização do Sistema Único de Saúde em município de grande porte: o caso de São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2009 ago; 25(8).

Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. Milbank Q. 2005; 83(3): p. 457-502.

Starr P. The social transformation of american medicine Nova Iorque: Basic Books; 1982.

Tavares MdC, Belluzzo LGdM. Desenvolvimento no Brasil – Relembrando um velho tema. Em Bielschowsky R, Mussi C. Políticas para a retomada do crescimento – reflexões de economistas brasileiros. Brasília: IPEA/Cepal; 2002.

Trivinos ANS. Introdução a pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação São Paulo: Atlas; 1987.

Ugalde A, Homedes N. Las reformas neoliberales del sector de la salud: déficit gerencial y alienación del recurso humano en América Latina. Revista Panamericana de Salud Pública. 2005; 17(3): p. 202-9.

Unicef. Cuidados Primários de Saúde-Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde-Alma-Ata, 1978. In ; 1979; Brasília: Unicef.

Unrath M, Zeeb H, Letzel S, Claus M, Pinzón LCE. The mental health of primary care physicians in Rhineland-Palatinate, Germany. The prevalence of problems and identification of possible risk factors. Dtsch Arzteblatt Int. 2012; 109(11): p. 201-7.

Vianna MLTW. A Americanização (perversa) da Seguridade Social no Brasil: estratégias de bem-estar e políticas públicas Rio de Janeiro: Revan, Ucam, IUPERJ; 1998.

Victora CG, Leal MC, Barreto ML, Schmidt MI, Monteiro CA. Saúde no Brasil: a série The Lancet, 2011 Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011.

ANEXOS

ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

- Idade
- Gênero
- Ano de formatura
- Instituição onde se formou

Conte-me um pouco sobre sua trajetória profissional na área da saúde.

1) Setor público (em cada vínculo discriminar qual é o empregador identificado pelo entrevistado. Especificar se é administração direta, indireta –p.ex. autarquias- por OS, parceiras etc.)

1.1) Estratégia de Saúde da Família () sim () não
Por quanto tempo/há quanto tempo?
Em quais municípios
Quais vínculos empregatícios?
Quais cargas horárias?

1.2) Atenção Primária à Saúde “tradicional” () sim () não
Por quanto tempo/há quanto tempo?
Em quais municípios
Quais vínculos empregatícios?
Quais cargas horárias?

1.3) Outras áreas/especialidades? () sim () não
Por quanto tempo/há quanto tempo?
Em quais municípios
Quais vínculos empregatícios?
Quais cargas horárias?

1.4) Exerce alguma outra função na Atenção Primária? () sim () não
Quais: () docência () preceptoria () regulação () outros
Vínculo:
Carga horária:

2) Trabalha também para convênios ou na rede privada? () sim () não
Quais funções:
Vínculos (CLT, CNPJ, cooperado, autônomo etc.):
Carga horária:

3) Gestão – considerando o trabalho na Saúde da Família no município de São Paulo

3.1) Fale um pouco sobre a gestão de sua UBS (gestão local, relação com a supervisão da prefeitura e da OS)

3.2) Há repercussão da gestão no trabalho da UBS? Como isso acontece?

3.3) Você trabalha com metas?

3.4) Na sua opinião, as metas estabelecidas pela gestão correspondem com a realidade em termos de necessidade da população, de estrutura e de viabilidade para cumpri-las?

3.5) Fale um pouco sobre a autonomia que possui no seu trabalho. Você poderia dar uma nota de 0 a 10?

3.6) Existem espaços para debater processo de trabalho na sua UBS? Se sim, esses espaços tem poder de decisão? Você poderia dar uma nota de 0 a 10?

3.7) Existe abertura para participação dos trabalhadores na gestão da UBS? Como isso acontece? Você poderia dar uma nota de 0 a 10?

3.8) Você já refletiu alguma vez sobre a relação desse modelo de gestão e o seu trabalho? O que esse modelo de gestão possibilita/facilita e o que dificulta/inviabiliza?

3.9) Gostaria de fazer alguma outra consideração sobre o tema

Quero convidá-lo (a) a participar da pesquisa: “**Percepção de médicos da Estratégia de Saúde da Família do município de São Paulo sobre impacto do modelo de gestão no trabalho médico**”. O objetivo deste estudo é pesquisar a percepção de médicos do Sistema Único de Saúde contratados por Organizações Sociais que atuam, ou atuaram, na Estratégia de Saúde da Família, sobre qual a relação que se estabelece entre os modelos de gestão e sua prática, o trabalho médico. Sua participação na pesquisa, em caso de aceite, será dada através de uma entrevista, feita a partir de um roteiro semi-estruturado, com duração de aproximadamente uma hora, que será realizada em lugar público da cidade, a combinar de acordo com sua disponibilidade, fora do seu horário de trabalho. A entrevista terá seu áudio gravado, para posterior transcrição e análise.

Será permitido ao participante recusar a participar da pesquisa a qualquer momento sem nenhum prejuízo.

Além dessas informações, em qualquer momento do estudo o (a) Sr (a) terá acesso à profissional responsável pela pesquisa para esclarecimento de qualquer dúvida referente aos procedimentos, riscos, benefícios ou outros assuntos relacionados à pesquisa. Eu, **Bruna Ballarotti**, sou a pesquisadora responsável e poderei ser encontrada no endereço Rua: Botucatu, 740 4º andar, telefone (11) 55764848 ou e-mail bballarotti@gmail.com; Caso você tenha alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Botucatu, 572 – 1º andar – conjunto 14, 5571-10, FAX: 5539-7162 – E-mail: cepunifesp@epm.br.

O (a) participante tem direito de ser mantido (a) atualizado (a) sobre os resultados parciais das pesquisas, ou de resultados que sejam do conhecimento das pesquisadoras.

Não há despesas pessoais para o (a) participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação.

As informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros participantes. É assegurado sigilo absoluto sobre a identificação do (a) entrevistado (a), assim como da instituição que o (a) contrata ou o (a) contratou. Ou seja, a instituição também não será identificada, mas receberá uma denominação fictícia nos resultados da pesquisa.

A pesquisadora tem o compromisso de utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa. Todas as informações obtidas serão mantidas em absoluto sigilo, mantendo a privacidade do (a) participante.

Esse termo será elaborado em duas vias. Após assinado e rubricado uma via será entregue ao (à) participante e outra ficará com o pesquisador.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo e os esclarecimentos permanentes. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem sofrer quaisquer sanções ou constrangimentos.

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste (a) participante ou representante legal para a participação neste estudo.

Data ___/___/___

Assinatura do(a) participante: _____

Assinatura da pesquisadora: _____

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: TRABALHO MÉDICO E REFORMA NEOLIBERAL NO SUS

Pesquisador: BRUNA BALLAROTTI

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 31923214.6.0000.5505

Instituição Proponente: Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP/EPM

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 698.095

Data da Relatoria: 25/06/2014

Apresentação do Projeto:

CONFORME PARECER CONSUBSTANCIADO CEP nº 691.464 de 18/06/2014

Objetivo da Pesquisa:

CONFORME PARECER CONSUBSTANCIADO CEP nº 691.464 de 18/06/2014

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

CONFORME PARECER CONSUBSTANCIADO CEP nº 691.464 de 18/06/2014

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

CONFORME PARECER CONSUBSTANCIADO CEP nº 691.464 de 18/06/2014

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

TRATA-SE DE RESPOSTAS DE PENDÊNCIAS DO PARECER CONSUBSTANCIADO CEP nº 691.464 de 18/06/2014

Recomendações:

NADA CONSTA

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

RESPOSTAS DE PENDÊNCIAS ATENDIDAS QUANTO À METODOLOGIA DO ESTUDO E APRESENTADO NOVO TCLE ADEQUADO À RESOL CNS 466/12

PROJETO APROVADO

Endereço: Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14

Bairro: VILA CLEMENTINO

CEP: 04.023-061

UF: SP **Município:** SAO PAULO

Telefone: (11)5539-7162

Fax: (11)5571-1062

E-mail: cepunifesp@unifesp.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO PAULO - UNIFESP/
HOSPITAL SÃO PAULO



Continuação do Parecer: 698.095

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O CEP informa que a partir desta data de aprovação, é necessário o envio de relatórios semestrais (no caso de estudos pertencentes à área temática especial) e anuais (em todas as outras situações). É também obrigatória, a apresentação do relatório final, quando do término do estudo.

SAO PAULO, 25 de Junho de 2014

Assinado por:
MIRIAN APARECIDA GHIRALDINI FRANCO
(Coordenador)

Endereço: Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14

Bairro: VILA CLEMENTINO

CEP: 04.023-061

UF: SP **Município:** SAO PAULO

Telefone: (11)5539-7162

Fax: (11)5571-1062

E-mail: cepunifesp@unifesp.br