

**ARLENE LAURENTI MONTERROSA AYALA**

**A DIVISÃO DO TRABALHO NO SETOR PÚBLICO DE SAÚDE DO  
MUNICÍPIO DE JOINVILLE / SC – UM ESTUDO DE CASO**

**FLORIANÓPOLIS**

**2006**

**ARLENE LAURENTI MONTERROSA AYALA**

**A DIVISÃO DO TRABALHO NO SETOR PÚBLICO DE SAÚDE DO  
MUNICÍPIO DE JOINVILLE / SC – UM ESTUDO DE CASO**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Saúde Pública, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina, como exigência para obtenção do título de Mestre

Orientador: Professor Doutor Walter Ferreira de Oliveira

**Florianópolis (SC)  
2006**

AYALA, Arlene Laurenti Monterrosa.  
A Divisão do Trabalho no Setor Público de Saúde do  
Município de Joinville/SC – Um Estudo de Caso.  
Arlene Laurenti Monterrosa Ayala; orientação Prof<sup>o</sup> Dr.  
Walter Ferreira de Oliveira, 2006.  
170 p.

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de  
Pós-Graduação em Saúde Pública, Centro de Ciências  
da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina.

1. Saúde Pública. 2. Ciências Humanas. 3. Políticas Públicas.



  
 SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
 UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
 CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

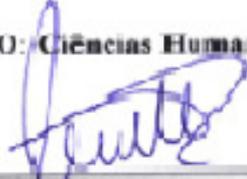
**“A DIVISÃO DO TRABALHO NO SETOR PÚBLICO DE SAÚDE DO  
MUNICÍPIO DE JOIVILLE – UM ESTUDO DE CASO”**

**AUTOR: Arlene Laurenti Monterrosa Ayala**

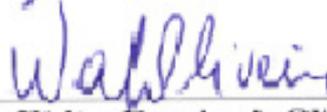
ESTA DISSERTAÇÃO FOI JULGADA ADEQUADA PARA A OBTENÇÃO DO  
TÍTULO DE:

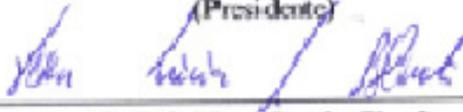
**MESTRE EM SAÚDE PÚBLICA**

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: **Ciências Humanas e Políticas Públicas**

  
 \_\_\_\_\_  
**Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Sandra N.C. Caponi**  
 Coordenadora do Programa de Pós-Graduação  
 em Saúde Pública

BANCA EXAMINADORA:

  
 \_\_\_\_\_  
**Prof. Dr. Walter Ferreira de Oliveira**  
 (Presidente)

  
 \_\_\_\_\_  
**Prof. Dr. Vera Lucia Blank**  
 (Membro)

  
 \_\_\_\_\_  
**Prof. Dr. Luiz Augusto Facchini**  
 (Membro)

**Com amor para German e Gregório.**

## **Agradecimentos**

Ao Professor Walter Ferreira de Oliveira, que além de acolher minha orientação no mestrado, apontou recorrentemente correções de rumo para o desenvolvimento do estudo e cujos apoio e generosidade são impossíveis de aqui serem dimensionados.

Aos trabalhadores de saúde que, ao cederem suas vivências, oportunizaram este estudo e transformaram o trabalho naquilo que é.

Ao Professor Luiz Augusto Facchini, por ter encontrado tempo e paciência para formular críticas e sugestões.

A minha irmã Ariane Laurenti, pelo apoio e discussão de algumas idéias que estão presentes neste estudo.

Ao amigo e professor Nildo Ouriques, pela apreciação deste estudo e por suas opiniões.

À amiga Terezinha de Fátima Nunes, pelo companheirismo e constantes reflexões sobre o tema Trabalho.

A minha irmã Amarílis Laurenti, pelo carinho e discussões que permitiram reformular questões do estudo, desenvolver outras e completar algumas mais.

À amiga Giane Maria de Souza, pela solidariedade em momentos de dificuldades e incompreensões próprias e pelo privilégio de poder compartilhar com sua alegria.

## Lista de Abreviaturas e Siglas

**ACS** – Agente Comunitário de Saúde

**ASP** – Agente de Saúde Pública

**BIREME** - Centro Latino - Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde, anteriormente denominada Biblioteca Regional de Medicina

**CAPES** - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

**CNPQ** - Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

**CNS** - Conselho Nacional de Saúde

**DAB** - Divisão de Atenção Básica

**ENSP** - Escola Nacional de Saúde Pública

**FIOCRUZ** - Fundação Osvaldo Cruz

**FUNECE** - Fundação Universidade Estadual do Ceará

**LILACS** - Literatura Latino Americano e do Caribe em Ciências da Saúde

**MEC** - Ministério da Educação e Cultura

**MEDLINE** - Base de dados da literatura internacional da área médica e biomédica produzida pela NLM (National Library of Medicine, EUA)

**NOAS** – Norma Operacional de Assistência a Saúde.

**PSF** - Programa de Saúde da Família

**PACS** – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

**SCIELO** - Scientific Electronic Library on Line

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

**SIH** - Sistema de Informação Hospitalar

**SIM** - Sistema de Informação de Mortalidade

**SINASC** – Sistema de Informação de Nascidos Vivos

**SMS** - Secretaria Municipal de Saúde

**SUS** - Sistema Único de Saúde

**UBS** - Unidade Básica de Saúde

**UECE** - Universidade Estadual do Ceará

**UEFS** - Universidade Estadual de Feira de Santana

**UEL** - Universidade Estadual de Londrina

**UERJ** - Universidade Estadual do Rio de Janeiro

**UFBA** - Universidade Federal da Bahia

**UFC** - Universidade Federal do Ceará

**UFMG** - Universidade Federal de Minas Gerais

**UFMS** - Universidade Federal do Mato Grosso do Sul

**UFMT** - Universidade Federal do Mato Grosso

**UFPE** - Universidade Federal de Pernambuco

**UFPEL** - Universidade Federal de Pelotas

**UFRJ** - Universidade Federal do Rio de Janeiro

**UFRGS** - Universidade Federal do Rio Grande do Sul

**UFSC** - Universidade Federal de Santa Catarina

**ULBRA** - Universidade Luterana do Brasil

**UNESP** - Universidade Estadual Paulista Julio de Mesquita Filho

**UNICAMP** - Universidade Estadual de Campinas

**UNIFESP** - Universidade Federal de São Paulo

**UNIFOR** - Universidade Federal de Fortaleza

**UNISINOS** - Universidade do Vale dos Sinos

**USP** - Universidade de São Paulo

## SUMÁRIO

	<b>Página</b>
Uma nota do orientador sobre alguns temas importantes abordados neste trabalho.....	1
<b>RESUMO.....</b>	<b>6</b>
<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>7</b>
<b>PARTE I</b>	
1. O campo de estudo.....	12
2. Pergunta de pesquisa.....	18
3. Objetivos.....	18
3.1 Objetivo geral	
3.2 Objetivos específicos	
4. Levantamento bibliográfico preliminar.....	20
4.1 Revisão de teses e dissertações disponíveis.....	23
4.2 Levantamento de grupos de pesquisa.....	24
4.3 Levantamento de publicações.....	24
4.4 Levantamento em revistas indexadas.....	25
4.5 As evidências começam a organizar o conjunto.....	25
<b>PARTE II</b>	
2. Referencial teórico.....	34
2.1 Organização, processo de trabalho e gerência.....	35
2.1.1 Sobre a organização e o processo de trabalho.....	35

2.1.2 Sobre a gestão do trabalho.....	40
2.2 O Estado e as relações de trabalho.....	45
2.3 A organização do trabalho no setor público de saúde.....	48
2.3.1. Divisão hierárquica do trabalho .....	50

### **PARTE III**

3. Sobre o método de pesquisa.....	58
3.1 Sobre a metodologia.....	60
3.1.1 A pesquisa.....	61
3.1.1.1 A entrevista.....	62
3.1.1.2 A observação do trabalho.....	64
3.1.1.3 Levantamento de informações em saúde.....	65
3.1.2 O método de interpretação.....	65
3.1.2.1 Das entrevistas e da observação do trabalho.....	65
3.1.2.2 Das informações em saúde.....	66

### **PARTE IV**

4. Resultados.....	69
4.1 Considerações iniciais.....	69
4.2 Os mecanismos de controle/dominação que a gestão impõe aos trabalhadores de saúde.....	70
4.2.1 O caráter fragmentar da organização do trabalho no setor saúde.....	70
4.2.2 Absorção do conflito pela gestão.....	75
4.2.2.1 Absorção dos conflitos no trabalho dos ACS.....	78
4.2.3 A produção da oferta e do consumo dos serviços de saúde.....	83
4.2.3.1 As contradições da oferta e do consumo explícitas nos indicadores de saúde.....	85
4.2.3.2 As contradições da oferta e do consumo expressas no cotidiano das UBS.....	94
4.2.3.3 Conseqüências da oferta imposta pela gestão sobre o consumo e o trabalho.....	102
4.2.4 Controle dos trabalhadores através das metas de produção.....	105
4.2.4.1 O caráter quantitativo expresso no cotidiano de trabalho.....	108
4.2.4.1.1 Dos ACS.....	108
4.2.4.1.2 Do profissional médico.....	112
4.2.4.2 Conseqüências das metas quantitativas expressas nos indicadores de saúde.....	114
4.2.4.3 Conseqüências da regulação do trabalho orientado pela quantidade.....	120

4.2.5 A informação como instrumento de controle dos gestores.....	121
4.2.5.1 A produção, administração e uso da informação em saúde.....	126
4.2.5.2 A fidedignidade na produção dos dados.....	131
4.2.6 A resistência dos trabalhadores de saúde à dominação.....	136
4.3 Considerações finais.....	143

## **PARTE V**

<b>5. Referências bibliográficas.....</b>	<b>149</b>
---	------------

### **Anexos**

## **Uma nota do orientador sobre alguns temas importantes abordados neste trabalho**

**Por: Walter Ferreira de Oliveira**

**Departamento de Saúde Pública – UFSC**

Depois de dois séculos de revolução industrial, o trabalhador proletarizado se defronta, hoje, com um mercado hábil em negar possibilidades de desejo, exceto os engendrados pelos que dirigem, coordenam, presidem, direcionam, manipulam, organizam e administram a parafernália industrial-tecnológica-mercadológica que configura a existência do homem cosmopolita contemporâneo, o homem da sociedade batizada por Erich Fromm de tecnetrônica. O desejo, nesta nossa sociedade tecnetrônica, realiza-se na perspectiva de um script definido e sua construção social se dá como fenômeno mercadológico voltado para as massas e capitaneado pela mídia. A política do desejo, assim elevada a um dos pilares da tríade desejo-consumo-produção, torna-se instrumento-mor de um esquema, de instalação de uma mentalidade coletiva, a serviço dos interesses dos grandes poderes capitalistas neo-liberais. O trabalhador proletarizado da sociedade tecnetrônica na era do mercado, sob a égide neoliberal, torna-se produto e reproduzidor de desejos daquilo que é instigado a desejar, do que lhe é dado desejar.

A tolerância do trabalhador às mazelas a que é submetido, aos processos de trabalho acachapantes, à opressão do sistema sobre sua condição de ser humano, é instrumento para sua alienação e condição para sua aquiescência para com o sistema como um todo. Quanto mais se tolera a opressão, mais se esticam os limites possíveis para esta opressão, conformando-se uma sociedade permissiva ao abuso do trabalhador, e sem um Estado comprometido com a proteção do ser humano contra destes abusos. A opressão passa a ser vista como cada vez mais normal, cada vez mais tolerável, cada vez mais inocente.

Em termos de trabalho, o desejo principal é o emprego que, como muitos outros “benefícios” do capital, é ofertado com lembranças de que o trabalhador deve estar agradecido, feliz de viver em um mundo que lhe oferece a possibilidade de ter o salário, que deve desejar que seja sempre maior, a qualquer custo, mesmo o da própria indignidade ou a partir do prejuízo de outrem. Assim, treinado para certos tipos de desejo, o trabalhador não tem, necessariamente, uma crítica sobre sua relação com o processo ou, às vezes, nem mesmo sobre as condições de seu trabalho. A alienação, vista assim, é tão ou mais intensa que nas fases anteriores do processo industrial, como bem observado por Dejours. A miséria do trabalhador proletarizado, coordenada ideologicamente na engenharia institucional, se garante, assim, por uma complexa rede interligada de mecanismos de alienação, no qual desejo e tolerância têm papéis fundamentais.

No âmbito do serviço público, uma das formas de alienação se manifesta em relação ao estatuto social do servidor, o qual provê a identidade do serviço público como promotor, provedor, mantenedor e monitor do ofício do Estado. A gestão é, nesta perspectiva, regente, controladora e organizadora dos processos de trabalho. Numa situação como vivemos atualmente, em que predomina, nas relações de Estado e sociedade, a vigência do projeto neoliberal, um dos objetivos é a destruição do setor público. Esta destruição é favorecida pela alienação do servidor público bem como por sua completa descaracterização, na prática e em imagem, como tal. Em países escravizados economicamente e cujos governos não apresentam nenhuma proposta de defesa contra a destruição do bem público, como é o caso atual do Brasil, a radicalização do regime neoliberal encontra terreno fértil e instaura-se o descaso por todos os valores que se contraponham à especulação do Capital. Fica fácil fragilizar e corromper e, em conseqüência, “constatar” a falência e o descrédito das instituições públicas, inclusive os poderes políticos ao nível do legislativo e do judiciário. Daí a argumentar pela total entrega do bem público à sanha do Capital colonialista é um passo seguro e com pouca resistência social. A gestão, como fenômeno social, torna-se marionete dos poderes capitalistas e absolutamente incompetente em suas funções de defesa do bem estar dos cidadãos.

No caso da gestão do trabalho, o aparato de produção de mentalidades instrumentais ao capitalismo selvagem tem terreno livre, com pouquíssima contraposição minimamente equipada para lhe fazer face. A exploração passa a ser, assim, controlada pelos “investidores” e incorpora as regras estabelecidas nestes dois séculos de revolução industrial e nos últimos quarenta anos já sob a égide tecnocrônica neoliberal.

Mas a arena de guerra que deixou, talvez, mais seqüelas em termos de desorganização sócio-política do trabalho não foi a do setor privado, mas o público. Talvez por haver necessidade de uma estratégia, por parte do capital, de ataque contínuo, de busca constante de sua desestruturação, da alienação irremediável dos gestores e servidores públicos e ainda servindo-se da herança de uma reputação construída por um sistema burocrático inerte e corrupto, de um mal meio que necessário, o serviço público chegou ao fundo do poço. A sociedade não se mobiliza para esta tragédia porque, entre outras coisas, a tolerância, não só por parte dos trabalhadores como classe, mas da cidadania em geral, quanto aos abusos no trato do bem público, tem sido maquiavelicamente trabalhada nos aparatos de comunicação social. A prevalência do privado sobre o público se encarrega, em grande parte, de que se tolere como normal redes de telefonia, transportes rodoviários e ferroviários, meio ambiente, clubes de futebol, suprimento de energia, água e saneamento, além de todos os outros setores estratégicos, privatizados e sem agências de controle minimamente confiáveis. E faz também que, a partir da idéia central da privatização de tudo que exista, com exceção dos ônus, perca-se o sentido, o significado e a identidade do serviço público como promotor, provedor, mantenedor e monitor do bem-comum.

Desprovido de seu sentido, de seu significado e de sua identidade, o serviço público torna-se apenas um emprego. E como emprego, com exceção de uma casta que manipula o jogo financeiro, não há muito que esperar, sobretudo na fase de aniquilação econômica do setor. Exercido desta forma, o serviço público é uma prisão, comparável aos manicômios, onde se pode viver de forma adaptada, amarga, revoltada e solitária, esperando a morte ou, analogamente, a

aposentadoria, hoje, infelizmente, após mais uma série de reformas orquestradas pelo capitalismo selvagem, mais temida que desejada.

Este é o clima em que se desenvolvem as relações de trabalho no contexto dos serviços públicos de saúde. Cada centro de saúde, cada hospital público, cada policlínica, cada CAPS, retratam o descaso, o desrespeito, o desgaste do tempo e a intensidade do dano. As condições são precárias, os processos de trabalho ignominiosos e ineficientes, a gestão patética. Os pontos de resistência, que não deixam de certa forma o sistema soçobrar de maneira definitiva, subsistem a partir do trabalho específico de indivíduos, que conseguem, ainda, “fazer a sua parte”, e de um poder sócio-político firmemente apoiado na força intrínseca do setor saúde e no patrimônio cultural e intelectual da área.

O servidor público de saúde, entretanto, sofre das duas alienações, ou pelo menos sofre a pressão na direção delas: a alienação industrial (tolerância do trabalhador à organização do trabalho, conforme expõe Dejours) e a alienação do trabalho no âmbito público, proposta no contexto da era de mercado (perda de vista do que constitui o sentido, o significado e a identidade do serviço público). O embate é hercúleo, pois a área de saúde se caracterizou, e até hoje apresenta, uma tradição combativa de resistência, como área essencialmente politizada. É no seio da saúde que se desenvolve um processo histórico com grande dose de protagonismo político, e que culminou na produção de um aparato técnico-jurídico que constitui o Sistema Único de Saúde. Mas é também na área de saúde que floresce o combate às inovações propostas pelo SUS.

Alienação, desejo, tolerância, combate, resistência, opressão, politização, são palavras-chave hoje no sistema de saúde, na vida do trabalho e, conseqüentemente nesta dissertação. Sua leitura é essencial, ilustrativa e traz perspectivas realistas, mesmo que apenas amostrais, de como acontecem os processos de trabalho, hoje, na saúde. A cidade de Joinville não é uma ilha de exceção, pelo contrário, retrata o todo do sistema. Replicações deste trabalho em outras cidades, em outros estados, talvez até em outros países talvez possam mostrar este fato de maneira irrefutável. Por enquanto fica a certeza de que há algo mais no ar do que simplesmente um

bando de servidores, funcionários, profissionais ineficientes e desmotivados. Arlene Laurenti Monterrosa Ayala sabe disso, viveu isto em sua prática, e o demonstra, de maneira cabal, neste texto.

W. F.O., maio de 2006

## Resumo

A divisão do trabalho no setor público de saúde na perspectiva da sujeição dos trabalhadores ao controle efetivo da gestão, no município de Joinville, é aqui estudada. A partir de um referencial teórico, o estudo contextualiza as determinações materiais juntamente com suas conseqüências práticas sobre o trabalho. Analisa, ainda, mais detidamente a importante conexão entre divisão do trabalho e dominação, mas também reafirma a validade do papel ativo desempenhado pelos conflitos que atravessam as relações sociais na produção das atividades como um fator que demonstra a possibilidade de um novo modo de desenvolver o trabalho em saúde. O estudo isola sete questões, cada uma constituindo o ponto central na determinação da dominação e conflitos entre gestores e trabalhadores de saúde: 1) o caráter fragmentar da organização do trabalho no setor saúde; 2) a absorção do conflito pela gestão; 3) a produção da oferta e do consumo dos serviços de saúde; 4) o controle dos trabalhadores através das metas de produção; 5) a informação como instrumento de controle por parte dos gestores; e 6) a resistência dos trabalhadores de saúde à dominação. O texto está organizado em cinco partes, assim delimitadas: a parte I busca demonstrar o campo de estudo, a pergunta de pesquisa e seus objetivos; a parte II procura caracterizar a organização e a gestão do trabalho em saúde a partir de algumas visões teóricas; a parte III é dedicada às considerações sobre o método e metodologia adotada; a parte IV analisa a relação entre divisão do trabalho e dominação, com particular referência à dimensão dos conflitos; e finalmente, a parte V cita as referências bibliográficas e apresenta anexos.

## Introdução

A presente pesquisa tenciona contribuir para a avaliação e o esclarecimento teórico da organização do trabalho no setor público de saúde. O estudo se estrutura a partir da análise crítica da gestão do trabalho no setor em relação à situação e à característica do trabalho no cotidiano dos trabalhadores de saúde nas Unidades Básicas de Saúde do Sistema Único de Saúde no município de Joinville.

Tendo vivenciado diretamente as contradições e conflitos no trabalho, determinados por um modo de gestão que é imposto pelas normas e rotinas da instituição; versus um outro modo de gestão determinado pelas atividades do dia-a-dia; para nós ficou claro que os gestores de saúde, na medida que decidem e controlam as atividades que serão desenvolvidas pelos trabalhadores de saúde, estão a apropriar-se do trabalho desses trabalhadores. A experiência como enfermeira prestando assistência direta à população, e a atuação como gerente em várias instâncias no sistema de saúde, revelaram que a apropriação do trabalho pelos gestores tem imposto a alienação e o sofrimento<sup>1</sup> a muitos trabalhadores de saúde do setor público do município.

Um exame mais detalhado da estrutura interna de poder na Secretaria de Saúde em Joinville, denotou a dificuldade dos trabalhadores que prestam atenção em saúde de apropriar-se e responsabilizar-se pela definição de seus próprios processos de trabalho. Essa definição nos parece que é dada pela localização das

---

<sup>1</sup> Nesta direção apontam os Relatórios de Pesquisa de: BARCELOS, Mary Angela, JACKSON, José M. (1999). **Entre a Qualidade na Promoção à Saúde e a Manutenção da Própria Saúde: as contradições do Trabalho das Agentes Comunitárias de Saúde do Posto de Saúde do Boehmerwaldt – Programa de Saúde da Família, Joinville.**; dizem os autores que para atender a população de Joinville da melhor forma possível, os ASP acabam comprometendo sua própria saúde; JACKSON, José M. et al. (2001). **As Dimensões 'Ignoradas' no Projeto e na Gestão dos Serviços de Atenção à Saúde da População: Condições de Trabalho e Saúde dos Servidores dos Postos de Saúde do Município de Joinville, SC.**; apontam que os trabalhadores de saúde relatam condições de trabalho precárias e apresentam problemas de saúde decorrentes dessas condições.

peças no comando da estrutura, e, não pela necessidade dos usuários e proximidade social dos trabalhadores de saúde com sua clientela. A proximidade social dos trabalhadores de saúde com a clientela, segundo nossa prática de trabalho, oportuniza a detecção de uma dinâmica mais ágil e em permanente transformação, ou seja, quanto mais exposto estiver o profissional de saúde a experiências diversificadas, mais exigências ele terá de atender. Terá de dar conta de um número sem-fim de demandas da população não previstas pelos gestores/conceptores das políticas de saúde.

Apesar do discurso dos gestores, de que há adequação entre o trabalho concebido pela gestão e os processos de trabalho nas unidades de saúde, o que se evidencia é a subordinação do trabalho à gestão e não a participação dos trabalhadores nas decisões sobre o modo de produzir as atividades em saúde. Dada essa constatação, pode-se perceber a ação de dois segmentos em impasse e muitas vezes em confronto acirrado no que tange a definição das ações a serem priorizadas em saúde. De um lado, os planejadores e gestores que tendem a organizar o trabalho a partir de rotinas, normas e programas; de outro, os trabalhadores, que tendem a organizar o trabalho a partir de sua realidade local (demandas).

A investigação das relações existentes entre a organização do trabalho e o modo de gestão permitiu averiguar as modalidades de participação dos trabalhadores de saúde nos processos de decisão sobre o modo de produzir o trabalho no setor e ofereceu explicações sobre as formas com que a gestão coloca os mecanismos de dominação do trabalho diante desses trabalhadores.

Os objetivos e os eixos analíticos que orientaram nosso estudo são:

- a) Verificar no contexto das Unidades Básicas de Saúde (UBS) os fenômenos que permeiam a relação entre as demandas oriundas dos níveis centrais de planejamento e as práticas em resposta a essas demandas.

- b) Identificar a relação entre os modos de gestão e os processos de execução do trabalho do ponto de vista dos gerentes e dos trabalhadores das UBS.

O texto final foi desenvolvido em partes e seu conteúdo está organizado de uma forma metodológica que assim se constitui:

Parte I - *O Campo de Estudo* – constituiu-se numa descrição sucinta da capacidade instalada de serviços na rede pública de saúde em Joinville, dos princípios organizativo-assistenciais da saúde no município, sua lógica tecnoassistencial e seus recursos humanos. Aqui, isolam-se a *Pergunta de Pesquisa* e seus *Objetivos: Geral e Específicos*. Depois disso, apresenta-se um *Levantamento Bibliográfico*, que tem por finalidade estabelecer um contato com trabalhos científicos capazes de subsidiar explicações a respeito do tema Trabalho e Gestão.

A parte II trata do *Referencial Teórico*. Aqui, o procedimento adotado consiste em, por um lado, abordarmos por meio de algumas visões teóricas a organização e a gestão do trabalho, o papel do Estado nas relações de trabalho em geral e no setor público e, por outro, a narrativa histórica por meio do aparecimento prático das relações entre o trabalho e a gestão/gerência. Para tanto, vai-se até o século XIX, examinando com algum detalhe, os fatos históricos, a visão teórica de alguns autores sobre os elementos acima mencionados. Nesta parte também se leva em conta duas questões especialmente importantes: a fragmentação e a divisão do trabalho, cada uma constituindo as categorias de análise do estudo.

A parte III discorre sobre o *Método de Pesquisa*. O estudo partiu da compreensão de que a atividade científica é produto da relação social entre os homens e que essa relação é o resultado de um desenvolvimento histórico. Além disso, utilizou como categorias de análise a fragmentação e divisão do trabalho como campos mediadores na determinação da vida social. A metodologia baseou-se em uma triangulação metodológica utilizando: a) entrevistas semi-

estruturadas; b) observação de vivências concretas de trabalho; c) análise de indicadores oficiais de saúde.

A parte IV, denominada *Resultados e Considerações Finais*, examina a relação entre as atividades de trabalho exercidas por trabalhadores de saúde e os modos de gestão nas UBS do município de Joinville. A existência da dominação do trabalho em saúde é identificada sob a forma da fragmentação e divisão do trabalho. Nela também são investigados os principais princípios de funcionamento dos serviços de saúde empreendidos pela gestão como mecanismos de dominação, a saber: a regulação, pelos gestores, do trabalho em saúde orientado primordialmente pela quantidade em lugar da concepção do trabalho na qual a qualidade e a capacidade dos trabalhadores desempenham o papel decisivo; a instituição da oferta de serviços de saúde pela gestão em vez do estabelecimento de serviços de acordo com as reais necessidades da população; a imposição do trabalho em saúde por meio de normas e rotinas em vez de sua regulação por intermédio do intercâmbio dos trabalhadores de saúde com a coletividade; o uso tecnocrático da informação em vez de torná-la uma ferramenta de consciência dos agentes sociais e proposta de atenção em saúde estabelecida a partir das necessidades prioritárias da coletividade. Por último, enfoca a resistência dos trabalhadores de saúde a esses princípios de funcionamento do setor.

Finalmente, tornamos factível esta pesquisa delimitando-a sob forma de um estudo de caso, analisando as relações existentes entre as atividades de trabalho exercidas pelos trabalhadores de saúde e a lógica da gestão na organização desse trabalho em locais especificados.

## PARTE I

## 1. O Campo de Estudo

Os sujeitos deste estudo foram gerentes, profissionais agentes comunitários de saúde, agentes de saúde pública, auxiliares e/ou técnicos de enfermagem, enfermeiros, médicos clínicos e gerais comunitários das UBS do município de Joinville.

Joinville é um importante aglomerado urbano do sul do País. Município pólo da micro-região nordeste do Estado de Santa Catarina, tem população estimada em torno de 450.000 habitantes, distante 180Km da capital, Florianópolis, com área física que abrange 1.120,68 Km<sup>2</sup> e uma área urbana de cerca de 280 Km<sup>2</sup> que abriga cerca de 93,65% dos habitantes do município. Possui gestão plena de saúde e constitui-se no município-sede da região do nordeste, instituído pela Norma Operacional da Assistência a Saúde (NOAS/SUS 01/2001, portaria GM 95 de janeiro de 2001), sendo responsável por prestar atendimento em média e alta complexidade à população desta região (SMS - 2003).

A capacidade instalada de serviços na rede pública de saúde para atendimento aos usuários do SUS no município e região é de três hospitais públicos, sendo dois hospitais gerais e uma maternidade, dois pronto-atendimentos, um laboratório público de análises clínicas, nove unidades de referência, nove regionais de saúde, 47 unidades básicas de saúde, das quais, 34 com Programa de Saúde da Família (PSF). A rede pública de saúde para atendimento à pacientes externos conta ainda com um hospital, 9 laboratórios de análises clínicas e/ou patológicas e oito clínicas de imagem privados, credenciadas ao SUS.

A lógica organizativo-assistencial da saúde no município pode ser descrita da seguinte forma:

1 - Níveis hierárquicos: os níveis de atenção constituem-se levando em conta a complexidade tecnológica dos serviços. Esses níveis são classificados em atenção primária, secundária e terciária. Desse modo, a produção de serviços de saúde está assim organizada:

- Unidades Básicas de Saúde, responsáveis pela atenção primária, sendo de suas competências o controle do meio ambiente e ações de assistência a grupos populacionais priorizados segundo o enfoque de risco e alvo de ações programáticas como, por exemplo, pré-natal, vacinação ou preventivo de câncer ginecológico. As unidades básicas estão estratificadas da seguinte forma: PSF, rede convencional e regionais de saúde (ver quadro 1 da página 9). As unidades que possuem PSF e a rede convencional estão administrativamente subordinadas às estruturas regionais. As estruturas regionais são concebidas dentro de um arranjo físico-funcional de acordo com a distribuição geográfica, conforme figura da página 10.

- Unidades de Referência, responsáveis pela atenção secundária, às quais caberiam atendimentos em especialidades médicas e procedimentos de média complexidade como, por exemplo, exames radiológicos, pequenas cirurgias e tratamento ambulatorial de enfermidades mais graves como casos oncológicos.

- Unidades Hospitalares, responsáveis pela atenção terciária, às quais caberiam procedimentos de alta complexidade e que requerem equipamentos e pessoal mais especializado como, por exemplo, cirurgia cardíaca ou neurocirurgia.

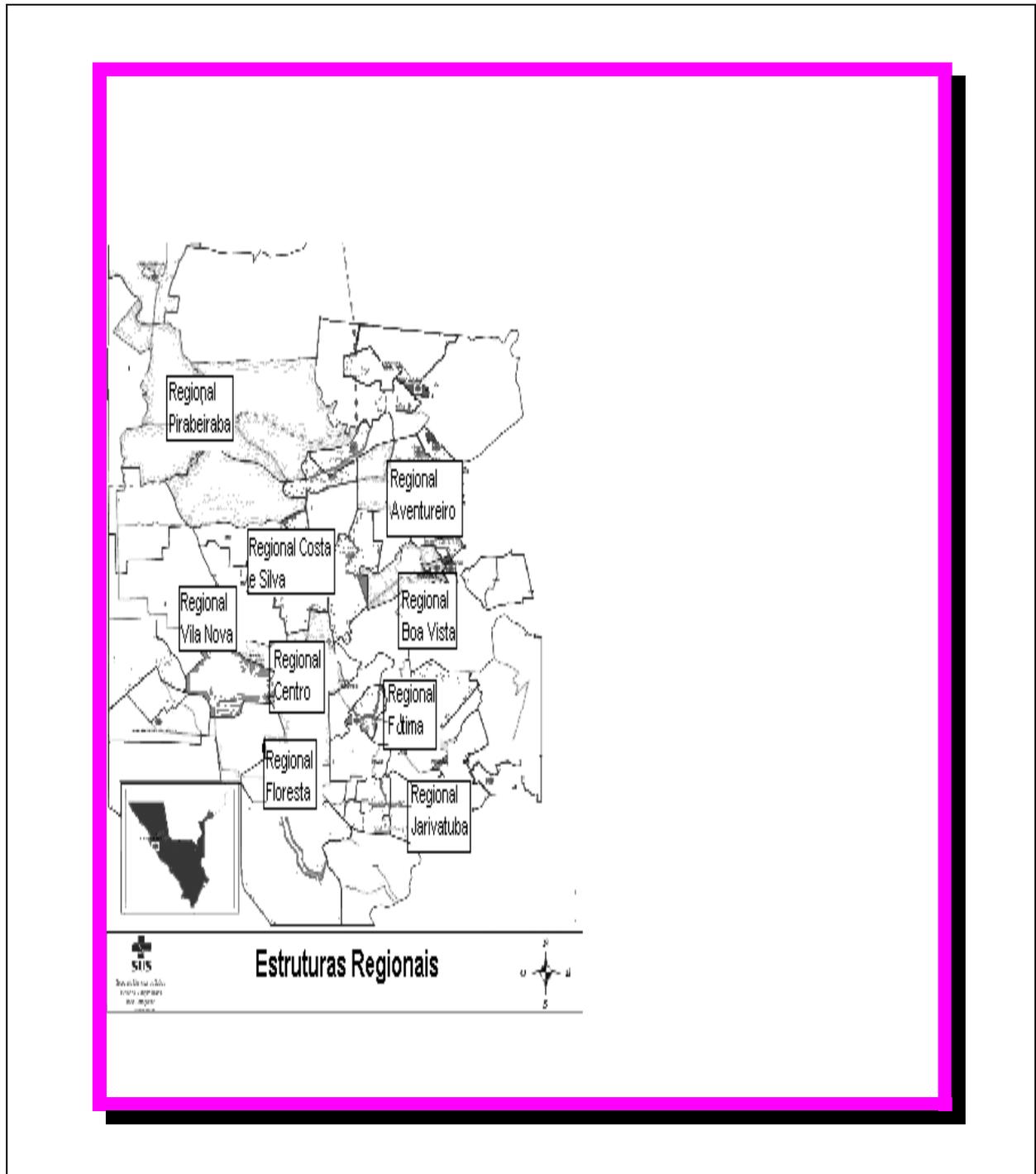
2 - Intervenções por meio de processos de trabalho informados pela clínica, pela organização para atendimento à demanda e por programas. Os programas desenvolvidos pelas UBS são: Saúde da Mulher, Saúde do Adulto (atendimento ao paciente hipertenso e diabético), Saúde da Criança, Saúde Mental, Saúde Oral, Saúde da Família, Bolsa Alimentação e Assistência Farmacêutica.

**Quadro 1 – Distribuição das Regionais de Saúde e Unidades Básicas de Saúde do Município de Joinville**

<b>REGIONAL</b>	<b>UNIDADES</b>	<b>REGIONAL</b>	<b>UNIDADES</b>
<b>FÁTIMA (4 UBS)</b>	Fátima – sede (REDE) Centro Social Urbano do Itaum (PACS) Itaum (PACS) Edla Jordan (PACS)	<b>PIRABEIRABA (4 UBS)</b>	Pirabeiraba – sede (REDE) Rio Bonito (PSF) Rio da Prata (PSF) Canela (PSF)
<b>FLORESTA (7 UBS)</b>	Floresta – sede (REDE) Km 4 (PSF) Profipo (PSF) Boemerwaldt I (PSF) Boemerwaldt II (PSF) Itinga (PSF) Itinga Continental (PSF)	<b>CENTRO (6 UBS)</b>	Centro – sede (REDE) Nova Brasília (PSF) Morro do Meio (PSF) Lagoinha (PSF) Jativoca (PACS) São Marcos (PACS)
<b>JARIVATUBA (7 UBS)</b>	Javivatuba – sede (PACS) Ademar Garcia (REDE) Parque Guarani (PFS) Paranaguamirim (PSF) Estevão de Matos (PSF) Jardim Edilene (PSF) Morro do Amaral (PSF)	<b>AVENTUREIRO (7 UBS)</b>	Aventureiro I – sede (REDE) CSU – Irirú (PACS) Aventureiro II (PSF) Parque Joinville (PACS) Santa Bárbara (PSF) Rio do Ferro (PSF) Cubatão (PSF)
<b>BOA VISTA (8 UBS)</b>	Comasa – sede (REDE) Jardim Irirú (REDE) CAIC São Francisco (PSF) Bakitas (PACS) Espinheiros (PSF) Dom Gregório (PSF) Da Ilha (PSF) Rorraima (PSF)	<b>COSTA E SILVA (8 UBS)</b>	Costa e Silva – sede (PACS) Bom Retiro (PACS) Willy Schosslund (PACS) Jardim Sofia (PSF) Jardim Paraíso I e II (PSF) Jardim Paraíso III (PSF) Jardim Paraíso IV (PSF) Jardim Paraíso V (PSF)
<b>VILA NOVA (5 UBS)</b>	Vila Nova – sede (PACS) Estrada Anaburgo (PSF) Glória (PACS) Vila Nova Rural (PSF) Itpoupava – Açú (PSF)	<b>TOTAL</b>  <b>9 REGIONAIS DE SAÚDE</b>  <b>47 UBS</b>	

Fonte: SMS - Joinville

**Figura 1 - Distribuição Geográfica das Estruturas Regionais de Saúde do Município de Joinville**



Fonte: SMS/Joinville

Do ponto de vista dos recursos humanos, a Secretaria Municipal de Saúde possui, em seus quadros funcionais 1709 profissionais, sendo que em torno de 1153 (67,46%), se encontram lotados nas Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Quanto ao tipo de vínculo desses trabalhadores, um estudo (JACKSON, M. et al., 2001) realizado na Secretaria Municipal de Saúde de Joinville pela Fundacentro, mostrou que 90%, dos trabalhadores eram contratados pelo regime estatutário (concursados) e 10% pelo regime CLT (Consolidação das Leis Trabalhistas). Contudo, ao realizarmos um novo levantamento no banco de dados dos recursos humanos da SMS, em 2004, constatamos que esses percentuais alteraram significativamente. Atualmente, 53% são contratados pelo regime CLT e 47% pelo regime estatutário (concursados).

Quanto à escolaridade, em 2001, 3% tinham ensino fundamental completo, 49% ensino médio e 48% ensino superior. Em 2004 foram registrados os percentuais de 0,5% para o ensino fundamental, 71,5% ensino médio e 28% educação superior.

A tabela 1, apresenta o número de trabalhadores da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de acordo com a função, nos anos de 2001 e 2004.

**Tabela 1 - Percentual dos trabalhadores de saúde conforme a função, nos anos 2001 e 2004 - SMS - Joinville**

Função	Nº em 2001	% em 2001	Nº em 2004	% em 2004
ACS	-	-	536	46,5
ASP	77	26,8	154	13,3
Auxiliar de Enfermagem	109	37,8	211	18,3
Enfermeiro	37	12,8	86	7,5
Médico	65	22,6	166	14,4
<b>TOTAL</b>	<b>288</b>	<b>100</b>	<b>1153</b>	<b>100</b>

Fonte: Relatório de Pesquisa Fundacentro 2001/ Relatório dos Recursos Humanos 2004 - SMS

A análise desta tabela nos mostra que 78% da força de trabalho na SMS, em 2004, é composta de trabalhadores com nível de escolaridade do ensino fundamental e médio. A comparação das freqüências em 2001 e 2004 permite inferir que cresceu em 27% essa força de trabalho, quando comparada aos trabalhadores com ensino superior.

As informações sobre o tempo de serviço – em anos – desses trabalhadores estão organizadas na tabela 2.

**Tabela 2 – Percentual dos trabalhadores de saúde conforme tempo de serviço nos anos de 2001 e 2004 – SMS – Joinville.**

<b>Tempo de serviço (anos)</b>	<b>Nº em 2001</b>	<b>% em 2001</b>	<b>Nº em 2004</b>	<b>%em 2004</b>
Até 5 anos	188	65,28	896	77,7
De 5 até 10 anos	67	23,27	230	19,9
De 10 até 15 anos	22	7,64	16	1,4
De 15 até 20 anos	7	2,43	8	0,7
De 20 até 25 anos	2	0,69	3	0,3
De 25 até 30 anos	2	0,69	-	-
<b>Total</b>	<b>288</b>	<b>100,00</b>	<b>1153</b>	<b>100,00</b>

Fonte: Relatório de Pesquisa Fundacentro 2001/ Relatório dos Recursos Humanos 2004 - SMS

## **2. Pergunta de Pesquisa**

O estudo que resultou na presente dissertação teve como questionamento norteador à indagação: Como os modos de gestão influenciam na organização do trabalho dos trabalhadores de saúde das UBS em Joinville – SC?

O questionamento nos levou a estabelecer alguns objetivos, que passamos a descrever a seguir.

## **3. Objetivos**

### **3.1 Objetivo Geral**

- Analisar a relação entre as atividades de trabalho exercidas por trabalhadores de saúde e os modos de gestão nas Unidades Básicas de Saúde do município de Joinville.

### **3.2 Objetivos Específicos**

- Verificar fenômenos que permeiam o diálogo entre as demandas oriundas dos gestores em saúde e as práticas dos trabalhadores de saúde em resposta a essas demandas.

- Identificar a relação entre os modos de organização do trabalho pela gestão e os processos de execução do trabalho, do ponto de vista dos gerentes e dos trabalhadores das UBS.

#### **4. Levantamento Bibliográfico Preliminar<sup>2</sup>**

Iniciamos nossa jornada em abril de 2004, explorando o que havia sobre o tema Trabalho e Gestão nas produções científicas em bancos de dados usuais, a partir de um recorte delimitador para observar como o Trabalho vem se instituindo para os trabalhadores de saúde nas Unidades Básicas do SUS. Em agosto daquele ano tínhamos obtido um mapeamento de onde as bibliografias de interesse poderiam ser encontradas.

Procurando ser o mais fiel possível ao registro deste estudo, que utilizou a internet como ferramenta de busca, e coerente com a idéia de processo, adotamos alguns procedimentos. Cada procedimento significa um fragmento, a partir do qual o todo vai se configurando e os resultados vão sendo obtidos. O todo compreendeu as seguintes partes:

- Delimitar as fontes de pesquisa;
- Levantar a produção científica, publicações, revistas indexadas e grupos de pesquisa;
- Analisar os resumos das teses/dissertações e publicações relacionadas ao tema;
- Categorizar os achados a partir dos resumos.

Buscamos inicialmente elencar: 1 – teses e dissertações; 2 – grupos de pesquisa dos cursos de pós-graduação "strictu sensu" nas instituições brasileiras de ensino; 3 – publicações em revistas indexadas. A produção acessível nos diversos bancos corresponde a diferentes períodos nos últimos 20 anos.

---

<sup>2</sup> Este levantamento pode ser entendido como estudo exploratório, que tem por finalidade procurar um contato com trabalhos teóricos capazes de subsidiar explicações a respeito do tema e um contato com pesquisas recentes.

Consideramos oportuno, para facilitar a análise dos dados encontrados, formular algumas categorizações que levassem em conta aspectos da saúde dos trabalhadores, a análise das políticas e das práticas de gestão nas instituições públicas de saúde e as relações destas políticas e práticas com o Trabalho.

De acordo com Minayo et al. (2002):

A palavra categoria, em geral, se refere a um conceito que abrange elementos ou aspectos com características comuns ou que se relacionam entre si. Essa palavra está ligada à idéia de classe ou série. As categorias são empregadas para se estabelecer classificações. Neste sentido, trabalhar com elas significa agrupar elementos, idéias ou expressões em torno de um conceito capaz de abranger tudo isso (p.70).

Utilizamos um esquema proposto por Selltiz et al. (1965) para nos auxiliar na tarefa de categorizar, determinando três princípios de classificação para o estabelecimento das categorias.

O primeiro determina que o conjunto de categorias deve ser estabelecido a partir de um único princípio de classificação. Seguimos este princípio à medida que criamos as categorias levando em conta situações que caracterizavam o Trabalho.

O segundo princípio diz respeito à inclusão das respostas numa das categorias do conjunto. Neste sentido atendemos ao princípio, uma vez que os enfoques dados aos trabalhos encontrados puderam ser inseridos em uma das três categorias.

O terceiro e último princípio afirma que um determinado enfoque não pode ser incluído em mais de uma categoria. Nossas categorias tiveram como pressuposto o respeito ao princípio de exclusão, à medida que alocamos cada trabalho em uma única categoria.

Desta forma, chegamos às seguintes categorizações.

**Categoria 1 - Saúde e Trabalho**

Leva em conta as relações entre o Trabalho e a saúde dos trabalhadores, considerando a doença como resultante de fatores de risco e as articulações entre causa e efeito destas doenças, sob um enfoque unicausal ou evoluindo para multicausal.

**Categoria 2 - Gestão e Trabalho**

Refere-se à relação da política de gestão dos sistemas de saúde, suas teorias de organização e suas relações com o trabalho, sendo pertinente à política de recursos humanos, estrutura organizacional, métodos de planejamento e administração dos serviços de saúde, sistemas de informação, aspectos legais, etc.

**Categoria 3 - Processo de Trabalho**

Baseia-se na micropolítica<sup>3</sup> do trabalho, que aqui é entendida como a dinâmica cotidiana de gestão do trabalho em relação com as distintas lógicas instituintes que atravessam o processo de trabalho.

---

<sup>3</sup> O livro **Agir em saúde, um desafio para o público** (Merhy, Emerson & Onocko, Rosana (org.)). São Paulo: Hucitec, 1997, p. 91-112) discorre sobre a terminologia Micropolítica do Trabalho e ressalta que os trabalhadores têm modos próprios de gerir seu cotidiano no trabalho, inclusive com a perspectiva de "não adesão" a determinados processos de trabalho.

Dedicamos o espaço seguinte para apresentar a síntese de nosso método de busca e demonstrar alguns resultados preliminares que começam a dar corpo ao nosso estudo.

#### **4.1 Revisão de Teses e Dissertações Disponíveis**

A partir do banco de dados da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), foram pesquisadas 147 instituições brasileiras de ensino superior cadastradas. Constatamos que, das 147 instituições, 23 possuíam programas de pós-graduação em saúde coletiva ou saúde pública no nível mestrado e/ou doutorado.

Procuramos identificar quais das 23 instituições vinham realizando estudos sobre o tema Trabalho, através de levantamento das linhas de pesquisa, nas páginas virtuais das respectivas instituições. Localizamos nos bancos de teses e dissertações destas 23 instituições, o registro de 2448 trabalhos científicos em saúde. Destes, 273 com enfoque no tema Trabalho.

Em seguida, para localizar as produções científicas que tratavam do trabalho nas UBS, utilizamos como ferramenta de busca as expressões-chave, "saúde do trabalhador" e "saúde e trabalho". Do total, a partir destes descritores 26 teses e dissertações com enfoque no trabalho das UBS foram relacionadas e selecionadas.

Poderíamos, para nos situar relativamente à variedade de estudos sobre o tema Trabalho, ter buscado aqueles programas como, por exemplo os programas de pós-graduação em ciências humanas e sociais, que documentam centenas de

pesquisas sobre este tema. Contudo, preferimos, situarmos-nos diretamente em relação aos programas de pós-graduação em saúde coletiva e saúde pública, com intuito de conhecer o que vinha sendo desenvolvido na área de saúde, do ponto de vista científico.

#### **4.2 Levantamento de Grupos de Pesquisa**

Nos bancos de dados do CNPq, buscamos os grupos de pesquisa que apresentavam em seu título a palavra "Trabalho" e que podem ser acessados por internet. Quanto às instituições, permanecemos investigando aquelas que têm em seus programas de pós-graduação os cursos de Saúde Pública e Saúde Coletiva.

As expressões-chave utilizadas para o levantamento de grupos de pesquisa foram "Saúde e Trabalho" e "Saúde Ocupacional", pois não obtivemos sucesso ao empregarmos o descritor "Saúde do Trabalhador". Identificamos 45 grupos de pesquisa, sendo que a Fiocruz/Ensp aparece com o maior número de grupos de pesquisa, 12 no total.

#### **4.3 Levantamento de Publicações**

Solicitamos as publicações disponíveis em português aos sistemas, SCIELO, LILACS, MEDLINE - BIREME, sob o descritor "Saúde Ocupacional", pois não obtivemos êxito ao utilizarmos os descritores "Saúde do Trabalhador" e "Saúde e Trabalho",

Quanto aos tipos de publicações, investigamos artigos, biografias, publicações governamentais, revisões, relatos de casos, comentários, entrevistas, guias e ensaios clínicos. A busca gerou 792 publicações. Destas, 665 no LILACS, 73 no SCIELO e 54 no MEDLINE.

#### **4.4 Levantamento das Revistas Indexadas**

Completando o ciclo de busca de informações na bibliografia formal, realizamos novo levantamento. Tratava-se de investigar as revistas indexadas de saúde, nos idiomas português, espanhol e inglês<sup>4</sup> e que têm como tema central o Trabalho.

O sistema utilizado foi o SCIELO e a expressão-chave adotada foi "Saúde Ocupacional", pois, a exemplo das publicações, não obtivemos sucesso ao empregarmos os descritores "Saúde do Trabalhador" e "Saúde e Trabalho".

Das 52 revistas listadas por meio deste levantamento, 34 eram em inglês, nove em português e nove em espanhol.

#### **4.5 As Evidências começam a Organizar o Conjunto**

Os dados levantados foram, então, organizados em tabelas:

<sup>4</sup> Ampliamos nossa busca para revistas indexadas em espanhol e inglês, pelo fato de termos encontrado um número reduzido de revistas em português: nove no total.

**Tabela 3 - Linhas de pesquisa com enfoque no Trabalho nos cursos de pós-graduação em saúde coletiva e saúde pública.**

Linhas de Pesquisa/Categorias*			
Instituições pesquisadas	Saúde e Trabalho	Gestão e Trabalho	Processo de Trabalho
		FIOCRUZ/ENSP	
		SIM	
		SIM	
		SIM	
		FUNECE/UECE	
		SIM	
		SIM	
		-	
UEFS		SIM	
		-	
		-	
		UEL	
		SIM	
		-	
		-	
		UERJ	
		SIM	
		SIM	
		-	
		UFBA	
		SIM	
		SIM	
		SIM	
		UFC	
		SIM	
		-	
		-	
		UFES	
		SIM	
		-	

---

SIM

UFMG  
SIM  
SIM  
SIM

UFMS  
SIM

-  
-

UFMT  
SIM

-  
-

UFPE  
SIM  
SIM  
SIM

UFPEL  
SIM  
SIM  
SIM

UFRGS  
SIM

-  
-

UFRJ  
SIM  
SIM

-

UFSC  
SIM

-  
-

ULBRA  
SIM

-  
-

UNESP  
SIM

-  
-

UNICAMP  
SIM  
SIM

---

---

SIM
UNIFESP
SIM
-
-
UNIFOR
SIM
SIM
-
UNISINOS
SIM
-
-
USP
SIM
SIM
SIM

---

Fonte: Instituições de Ensino Vistoriadas

\* Anotada apenas a presença das linhas de pesquisa por categorias

A Tabela 3 revela que em todas as 23 instituições que têm pós-graduação em saúde coletiva ou saúde pública, existem linhas de pesquisa que estudam as relações entre Saúde e Trabalho, em 48% Gestão e Trabalho e em 35% o Processo de Trabalho.

Na seqüência, por meio de uma representação sumária, apresentamos o número total de teses e dissertações dos programas de pós-graduação em saúde coletiva ou saúde pública (2448) nas instituições pesquisadas. Aquelas que enfocam a saúde do trabalhador totalizam 273; aquelas que abordam mais especificamente a saúde do trabalhador das unidades hospitalares são 47; nas UBS do SUS encontramos 26.

**Tabela 4 - Distribuição total das teses e dissertações com enfoque no Trabalho disponíveis nas páginas virtuais no período de abril a agosto de 2004.**

<b>Instituições Pesquisadas</b>	<b>Nível</b>	<b>TD</b>	<b>TD/ST</b>	<b>TD/STEH</b>	<b>TD/STUAB</b>
UFSC	M	72	11	2	-
UFMT	M	NDI	-	-	-
UNICAMP	M/D	157	42	2	9
UEFS	M	45	3	1	-
UEL	M	NDI	-	-	-
UFC	M	124	9	1	-
FIOCRUZ/ENSP	M/D	446	55	11	4
UNISINOS	M	39	-	-	-
UFES	M	NDI	-	-	-
UNESP	M	18	5	-	-
FUNECE/UECE	M	NDI	-	-	-
UFRJ	M	361	25	5	2
UFBA	M/D	NDI	-	-	-
ULBRA	M	56	3	-	-
UFMG	M	110	14	5	4
UERJ	M/D	226	6	-	-
USP	M/D	375	70	15	6
UNIFOR	M	57	6	1	-
UFPE	M	12	2	-	1
UFPEL	M/D	76	9	-	-
UFRGS	M/D	75	1	-	-
UFMS	M	NDI	-	-	-
UNIFESP	M	199	12	4	-
<b>TOTAL</b>		<b>2448</b>	<b>273</b>	<b>47</b>	<b>26</b>

Fonte: MEC/CAPES/Instituições de Ensino

**Legenda:** M-Mestrado; D-Doutorado; NDI – Não disponível na Internet; TD – Teses e dissertações; TD/ST – Teses e dissertações que tratam da Saúde do Trabalhador; TD/STEH – Teses e dissertações que enfocam a Saúde do Trabalhador em Estabelecimentos Hospitalares; TD/STUAB – Teses e dissertações que enfocam a Saúde do Trabalhador das UBS do SUS.

Na Tabela 4 constatamos que as teses e dissertações dos programas de pós-graduação em saúde coletiva e saúde pública que tratam da saúde do trabalhador representam 11% do total. Destas, 2% estudam o trabalho nos estabelecimentos hospitalares e 1% nas Unidades Básicas de Saúde.

Com relação aos grupos de pesquisa cadastrados no CNPq evidenciamos, na tabela 5, o total de grupos com enfoque no Trabalho.

**Tabela 5 - Distribuição dos grupos de pesquisa com enfoque no Trabalho, nos cursos de pós-graduação em saúde coletiva e saúde pública.**

Instituições Pesquisadas	Grupos de Pesquisa
UFPE	1
UFSC	-
UFMT	-
UNICAMP	4
UEFS	2
UEL	3
UFC	1
FIOCRUZ/ENSP	12
UNISINOS	1
UFES	1
UNESP	2
FUNECE	2
UFRJ	2
UFBA	4
ULBRA	-
UFMG	1
UERJ	-
USP	6
UNIFOR	-
UFPEL	1
UFRGS	1
UFMS	-
UNIFESP	1
<b>TOTAL</b>	<b>45</b>

Fonte: Instituições de Ensino

No levantamento realizado processamos, simultaneamente, a leitura dos resumos das 26 teses e dissertações que enfocavam a saúde do trabalhador nas UBS, possibilitando a caracterização das mesmas conforme as seguintes categorizações:

**Tabela 6 - Teses e dissertações que tratam da saúde do trabalhador das Unidades Básicas de Saúde organizadas conforme as categorizações, disponíveis nas páginas virtuais no período de abril a agosto de 2004.**

<b>CATEGORIZAÇÕES</b>	<b>Teses/dissertações</b>
Saúde e Trabalho	09
Gestão e trabalho	09
Processo de Trabalho	08
<b>TOTAL</b>	<b>26</b>

Fonte: Instituições de Ensino

Na Tabela 6 demonstramos que, dos 26 estudos realizados em Unidades Básicas de Saúde, 34% enfocam primordialmente Saúde e Trabalho, 34% Gestão e Trabalho e 32% o Processo de Trabalho, não existindo um percentual significativo de variabilidade no enfoque dado.

Das publicações levantadas, identificamos 792 trabalhos de autores brasileiros e estrangeiros que tratavam sobre o Trabalho na realidade brasileira. Destas, 67 estudavam aspectos da saúde dos trabalhadores em estabelecimentos hospitalares e 7 em Unidades Básicas de Saúde.

**Tabela 7 - Distribuição das publicações encontradas em três sistemas de indexação que enfocam o tema Trabalho nos estabelecimentos hospitalares e Unidades Básicas de Saúde, no período de abril a agosto de 2004.**

<b>SISTEMAS SOLICITADOS</b>	<b>ST</b>	<b>STEH</b>	<b>STUAB</b>
LILACS	665	48	6
SCIELO	73	7	-
MEDLINE	54	12	1
<b>TOTAL</b>	<b>792</b>	<b>67</b>	<b>7</b>

Fonte: CAPES

**Legenda:** **ST** – Publicações que Enfocam o Tema Saúde e Trabalho; **STEH** – Publicações que Enfocam a Saúde do Trabalhador em Estabelecimentos Hospitalares; **STUAB** – Publicações que enfocam a Saúde do Trabalhador em Unidades Básicas de Saúde

Constatamos também que o enfoque predominante nestas publicações diz respeito à categoria Saúde e Trabalho, ou seja, aos agravos à saúde do trabalhador

como resultante de fatores de risco, determinados pelas atividades de trabalho. Na tabela 8 demonstramos estes achados.

**Tabela 8 - Publicações que enfocam a saúde do trabalhador no sistema de saúde, em três sistemas de indexação, organizadas conforme as categorizações, disponíveis nas páginas virtuais no período de abril a agosto de 2004.**

Sistemas Solicitados	CATEGORIZAÇÕES		
	Saúde e Trabalho	Gestão e Trabalho Trabalho	Processo de Trabalho
LILACS	408	188	69
SCIELO	41	18	14
MEDLINE	31	14	9
<b>TOTAL</b>	<b>480</b>	<b>220</b>	<b>92</b>

Fonte: CAPES

O exercício de reunir e sistematizar as produções científicas trouxe-nos algumas dificuldades, que dizem respeito à ausência de padronização dos descritores, pois os sistemas incorporam expressões diversas e à ausência de categorizações. cremos que a adoção, nos bancos de dados, de descritores comuns e categorizações de assuntos facilitaria o trabalho de revisão bibliográfica.

Interessante registrar que poucas instituições incorporam o descritor Saúde do Trabalhador. Os descritores mais utilizados são Saúde Ocupacional e Saúde e Trabalho. A utilização dos termos Saúde Ocupacional e Saúde do Trabalhador traduzem o modo como vem sendo abordado o tema Trabalho. A terminologia Saúde Ocupacional, é vista como particularmente ligada a uma visão eminentemente tecnicista. Nesta percepção o trabalhador é o objeto das ações, a partir de conceitos e instrumentais de disciplinas como toxicologia, higiene do trabalho e outros (LAURELL, 1986). Um número expressivo de trabalhos científicos que tratam da saúde dos trabalhadores investiga a doença ou as disfunções ocasionadas pelo trabalho; poucas produções preocupam-se em estudar o significado social do trabalho. No que se refere à Saúde do Trabalhador, as questões centrais colocadas para a análise do processo saúde-doença dizem

respeito ao seu caráter social e sua articulação com o processo de produção. (LAURELL & NORIEGA, 1989). Segundo os autores, a natureza social da doença não se verifica no caso clínico, mas no modo de adoecer e morrer dos grupos humanos, ou seja, nos problemas das diferentes classes que compõem a sociedade, que mostram em geral condições de saúde diferentes. Em sintonia com os autores acima referidos, Facchini (1986) ressalta, por exemplo, que a articulação dos elementos que se estabelecem no processo de trabalho submete os trabalhadores cotidianamente a um conjunto de cargas de trabalho que se constitui em "fatores nocivos ou de riscos". (p.21)

Quanto à produção científica que trata de Gestão e Trabalho, predomina o enfoque sobre a avaliação na implantação e ou implementação de programas de saúde propostos a partir das políticas de saúde do Estado e estudos das metodologias de planejamento e gestão em saúde. Pequena quantidade enfoca o modo de gestão e estrutura do Estado enquanto elemento controlador e seu papel na dinâmica de produção e reprodução social do sistema.

Quanto à produção que trata do Processo de Trabalho, constatamos que a grande maioria leva em conta principalmente os aspectos eminentemente técnicos do trabalho. Conforme Laurell (1981), "o processo de trabalho é um processo técnico por meio do qual se produzem bens e também um processo social, o de valorização do capital" (p. 9).

Resumindo, a partir dos dados considerados, passamos a destacar que:

a) tem crescido o interesse, nos cursos de pós-graduação em saúde coletiva e saúde pública, em estudar o tema Trabalho. Constata-se que na década de 80, 13 estudos tratavam do tema; já na década de 90 foram identificados 76 estudos, com conseqüente ampliação do interesse no tema em torno de seis vezes mais na década de 90 se comparada à década de 80;

- b) a predominância de estudos sobre a temática trabalho evidencia-se nas universidades USP, Fiocruz, Unicamp e UFBA, onde se localizam, também, o maior número de linhas de pesquisa e grupos de pesquisa;
- c) o estudo do tema Trabalho nos cursos de pós-graduação em saúde pública e saúde coletiva representa 11% do total da produção científica realizada nos referidos cursos;
- d) a quantidade de teses e dissertações que enfoca a saúde dos trabalhadores de saúde, principalmente no que diz respeito àqueles que trabalham nas Unidades Básicas de Saúde, representa 1% do total de estudos;
- e) o processo de trabalho vivenciado pelos trabalhadores em saúde representa em termos percentuais 0,3% do total da produção científica dos cursos de pós-graduação em saúde pública e saúde coletiva.

Em conseqüência pode-se concluir finalmente, que:

- ✓ O levantamento preliminar realizado indica a carência de trabalhos científicos realizados nas UBS do SUS. Principalmente aqueles que tratam da produção em torno do processo de trabalho. As possibilidades de análise sobre o trabalho das UBS no SUS estão totalmente abertas...Desnecessário, portanto, afirmar sua premência;
- ✓ Este tipo de levantamento preliminar, parece ser necessário, como ponto de partida para possibilitar aos pesquisadores da área, um mapeamento da produção científica, sendo portanto útil para a definição ou redefinição das prioridades dos pesquisadores do setor saúde, notadamente aqueles que fazem parte dos programas de pós-graduação;
- ✓ Apesar de ter sido alvo de um aumento de interesse o estudo das relações de trabalho no campo da saúde, pode-se constatar que a análise primordialmente do ponto de vista tecnicista é a que prevalece, em oposição a uma análise do caráter social das relações de trabalho, verificáveis a partir da inserção do trabalhador no processo de produção das atividades em saúde.

## **PARTE II**

## 2. Referencial Teórico

Para alcançar os objetivos desta pesquisa, considerou-se fundamental enfrentar elementos tais como a organização, o processo e a gestão do trabalho, o papel do Estado nas relações de trabalho em geral e no setor público, em particular na área de saúde. Iremos, portanto, abordar algumas concepções teóricas para cada um dos elementos acima mencionados.

O acervo de conhecimento sobre a relação entre o trabalho e gestão/ gerência remonta ao século XIX e, sem dúvida, há várias teorias que historicamente têm sido utilizadas para explicar tal relação. Na realidade, as evidências empíricas sobre esta relação só se transformaram em conhecimentos teóricos depois do estabelecimento das relações capitalistas de produção e do crescimento industrial.

As teorias acerca da existência social dos gerentes/gestores e de suas relações com o trabalho mostram que a questão básica para o sistema capitalista, no século XIX e na atualidade, é a alienação progressiva dos processos de trabalho e a detenção de seu controle pela gerência. Braverman (1987), ao defender a tese de que os gerentes<sup>5</sup> controlavam o trabalho, afirma que o objetivo do trabalho é destruído à medida que ele deixa de ser o resultado da atividade humana, consciente e proposital e que altera o estado natural dos produtos para melhorar sua utilidade. O autor refere, que a problemática da alienação dos processos de trabalho e o seu controle pela gerência remete à organização e aos processos de trabalho como quadro determinante das relações sociais de produção.

---

<sup>5</sup> Aqui entendidos como um instrumento de gestão, que tem como atribuição administrar e gerir a organização dos processos de trabalho.

## **2.1 Organização, Processo de Trabalho e Gerência**

### **2.1.1 Sobre a Organização e o Processo de Trabalho**

MARX (1985) evidenciou não só a premissa material que fundamentou sua concepção sobre o processo de trabalho, mas também a possibilidade de se traçar, por meio dela, o quadro em que todas as relações entre os homens e o produto de seu trabalho na sociedade se dão. Assim Marx compreendeu e elucidou o processo de trabalho:

No processo de trabalho, a atividade do homem opera uma transformação, subordinada a um determinado fim, no objeto sobre que atua por meio do instrumental de trabalho. O processo extinguiu-se ao concluir-se o produto. O produto é um valor de uso, um material da natureza adaptado às necessidades humanas através da mudança de forma. O trabalho está incorporado ao objeto sobre que atuou. Concretizou-se e a matéria está trabalhada (p.205).

O autor também nos diz que a realização material (produto do trabalho) ocorre no processo de trabalho que tem como elementos componentes: "1) a atividade adequada a um fim, isto é, o próprio trabalho; 2) a matéria a que se aplica o trabalho, o objeto de trabalho; 3) os meios de trabalho, ou seja, os instrumentos de trabalho" (Idem, p.202).

Para Facchini (1986), o processo de trabalho é uma categoria abstrata, que corresponde a um determinado modo de produção e serve para expressar como um dado objeto de trabalho transforma-se em um produto desenvolvido. Ele vê que, cada espaço concreto de trabalho, conforma um processo de trabalho particular incomparável em suas características mais singulares, e cada processo de trabalho também guarda as características essenciais do modo de produção, da natureza da atividade produtiva predominante.

Altvater citado por Facchini (1986), analisa que no processo de valorização do capital durante a transição da manufatura para a industrialização, houve mudança nos limites de consumo da força de trabalho e no seu processo, determinado pela nova configuração industrial que o dividia e organizava de forma científica, por meio do modelo taylorista-fordista de produção.

Para os trabalhadores esta mudança se manifesta, segundo Marx, em primeiro lugar, como uma transformação contínua nos processos de trabalho de cada ramo da indústria e, em segundo, como uma redistribuição do trabalho entre ocupações e atividades (1985).

Gorz (1989), ao analisar o trabalho a partir de dois elementos fundamentais, a divisão do trabalho e a especialização de tarefas, refere que:

A divisão do trabalho, a especialização das tarefas é uma característica de todas as sociedades complexas e não um traço particular das sociedades industrializadas ou economicamente evoluídas: basta pensar na divisão de trabalho em castas e na hierarquia que a acompanha, na sociedade tradicional hindu. A produção têxtil, por exemplo, mesmo sob o sistema corporativo, era dividida em tarefas separadas, cada uma controlada por especialistas. Mas o que diferenciava, era que o artesão membro de uma guilda controlava o produto e o processo de produção (p.43).

Para Braverman (1987), a natureza do trabalho, sobretudo do trabalho produtivo na indústria, não é, de modo algum, idêntica ao que se observa na distribuição de tarefas, funções ou ramos dentro da produção por meio da sociedade. Para o autor:

[...embora todas as sociedades conhecidas tenham dividido seu trabalho em especialidades produtivas, nenhuma sociedade antes do capitalismo subdividiu sistematicamente o trabalho de cada especialidade produtiva em operações limitadas] (p.70). A divisão pormenorizada do trabalho destrói ocupações, e torna o trabalhador inapto a acompanhar qualquer processo completo de produção (p.72).

O que diferenciava o período que antecede o modelo de organização capitalista é que o homem controlava, ao mesmo tempo, o produto e o processo de

trabalho. Já na organização capitalista, a organização da produção é da forma de produção em série, conduzida pelas idéias de Adam Smith, para quem a organização do trabalho por meio da revolução científico-tecnológico separa a concepção da execução ou o trabalho intelectual do manual. Cabendo ao trabalho intelectual, melhorar e aperfeiçoar a destreza daqueles que executam o trabalho, com o objetivo de proporcionar o aumento da produtividade. (SMITH, 1988)

Adam Smith (1988) afirmava que a divisão do trabalho propiciava superioridade tecnológica por meio de três aspectos: (1) crescimento da habilidade individual de cada trabalhador, (2) economia de tempo quando se passa de uma tarefa para outra e (3) invenção de máquinas que permite a um homem dirigir para um único objeto muito simples toda a sua atenção. Segundo ele, a divisão do trabalho em tarefas sempre mais especializadas e parceladas era uma exigência do mercado.

Gorz (1989) se contrapõe às idéias de Adam Smith quanto ao aumento da habilidade. Sustenta que não há provas de que o fracionamento de tarefas tenha sido tecnologicamente superior à sua combinação pelo próprio trabalhador. Tal descrição, para o autor, nada mais é do que dizer que aqueles que detinham os meios de produção passaram a ser os únicos capazes de combinar o trabalho dos trabalhadores, controlarem seu produto e, conseqüentemente, comercializarem-no.

Quanto à economia de tempo, Gorz (Idem) sustenta que, para que esta economia fosse verdadeira, cada operário teria de manter uma única atividade durante vários dias. Segundo o autor, a economia de tempo implica na separação das tarefas e na duração da atividade e não na especialização. Diz ainda; "[...um camponês lavrará todo o campo, antes de esterroá-lo, em vez de esterroar cada sulco, para ganhar tempo: o camponês sozinho encarrega-se de levar a cabo uma colheita. Para compensar o tempo perdido, bastará continuar uma única e mesma atividade]" (p.45).

Quanto ao terceiro argumento de Adam Smith, Gorz (Idem) refere que:

[...] a inteligência do homem forma-se através de suas ocupações cotidianas. Um homem que passa a vida a cumprir operações simples, cujos efeitos são a maioria das vezes os mesmos, não tem como desenvolver a inteligência, nem exercitar a imaginação na busca de expedientes que afastem dificuldades, assim, ele perde naturalmente o hábito de exercer suas faculdades e torna-se tão bruto e ignorante, quanto possa tornar-se uma criatura humana] (p.46).

Segundo Marx (1985), as conseqüências funestas da divisão hierárquica do trabalho sobre seu processo eram perfeitamente conhecidas por Adam Smith. O autor descreve que Adam Smith expõe e informa que a divisão do trabalho: 1) imbeciliza o trabalhador parcial, pois separa o homem do saber de seu processo de trabalho; 2) degenera os homens, pois a uniformidade de sua vida destrói seu ânimo e o incapacita a realizar qualquer tarefa que não aquela para que foi adestrado; 3) reproduz as desigualdades sociais.

Com a divisão do trabalho manual e intelectual surge, portanto, a contradição entre a atividade material e intelectual, o prazer e o trabalho, a produção e o consumo, cada um cabendo a indivíduos distintos.

Dessas condições, produto da divisão do trabalho, decorre a crítica de Gorz (1989) que expõe: só na divisão do trabalho é que o capitalista pode certificar-se do controle da produção e que a origem desta divisão, portanto, não foi a procura por eficácia no trabalho. O autor cita a fala de um gerente de uma empresa de algodão que defende a divisão do trabalho como método de dominação e alienação sobre o trabalho:

Henry Ashwort louva um concorrente por não permitir a empregado algum, nem mesmo ao diretor, que misture o algodão; acrescenta que o seu diretor nada sabe das misturas e do custo do algodão, para que nunca possa espoliá-lo nos negócios; cada supervisor tem uma tarefa separada da dos outros e, assim, ninguém, fora ele, sabe o que se faz exatamente no conjunto (p.50).

Durkheim (1995), contrapondo-se a esta forma de considerar a divisão do trabalho, a expressão da forma alienada, atribuiu à hierarquia e à divisão do trabalho um caráter natural e legítimo, por tratar-se de uma necessidade e da própria natureza social do homem. Conforme o autor:

Procuramos, em nossos amigos, as qualidades que nos faltam, porque unindo-nos a eles participamos de certa forma da sua natureza e nos sentimos, então, menos incompletos. Formam-se, assim, pequenas associações em que cada um tem seu

papel conforme o seu caráter, em que há um verdadeiro intercâmbio de serviços. Um protege, o outro consola; este aconselha, aquele executa, e é essa partilha de funções, ou, para empregarmos a expressão consagrada, essa divisão do trabalho que determina essas relações de amizade. Somos levados, assim a considerar a divisão do trabalho sob um novo aspecto. Nesse caso, de fato, os serviços econômicos que ela pode prestar são pouca coisa em comparação com o efeito moral que ela produz,...] ( p.21).

Ao atribuir à divisão do trabalho o caráter natural, pretendia Durkheim que esta divisão fosse, ela mesma, lei natural, lei eterna, que devesse sempre reger a sociedade. Observa que a divisão do trabalho e os aspectos que dela derivam, como por exemplo, a integração e a adaptação do homem, contribuem para a manutenção do equilíbrio na sociedade. A consideração de tais argumentos tinha para Marx (1985) uma razão de ser: este tipo de análise oculta os conflitos existentes na sociedade do mesmo modo que impossibilita a introdução, na análise, do papel que desempenha a divisão do trabalho na alienação do homem e conseqüente dominação da sociedade.

Ao analisar os aspectos que se originam da divisão do trabalho, Mészáros (2002) sustenta que a alienação e a dominação da sociedade tem como força cimentadora a divisão da sociedade em classes sociais abrangentes, mas irreconciliavelmente opostas entre si e, sob outra característica, a instituição do controle político sobre os aspectos funcionais técnicos do processo de trabalho. Sob tais circunstâncias, para o autor, enquanto o trabalho não for exercido autonomamente pelos trabalhadores associados, mas deixados à autoridade de um pessoal de controle separado, o próprio trabalho continuará a reproduzir a alienação sobre a sociedade.

Dejours (1992) explica que a alienação é a etapa necessária e primeira para o processo de sujeição. Refere que a organização do trabalho constitui-se em um "instrumento poderoso" neste processo. A alienação, para o autor, materializa-se na tolerância dos trabalhadores frente à organização do trabalho, "que vai contra seus desejos, suas necessidades e sua saúde" (p.137). Em última análise, o autor afirma que "o desejo do trabalhador capitulou frente à injunção patronal" (p.137).

Marx (1983), ao identificar a alienação como a origem da miséria do trabalhador, questiona-se sobre qual forma esse conceito se expressava na realidade. Nessa busca chegou àquilo que considerou como o verdadeiro problema

fundamental da época, concluindo que o produto do trabalho do trabalhador pertencia a um outro homem que não o trabalhador. Afirma, então, isso significar que a alienação cria a dominação do não trabalhador sobre o trabalho e, por isso, a divisão do trabalho como a própria expressão do caráter social do trabalho alienado.

### **2.1.2 Sobre a Gestão do Trabalho**

Apesar de Adam Smith confirmar, em sua tese, o controle sobre o trabalho por meio de sua divisão, o controle não conseguiu manter-se à altura das expectativas. Crises de gravidade crescente acabam se tornando constantes no sistema de produção capitalista, compelindo seus defensores a buscar algumas explicações e também alguns tipos de soluções. (MÉSZÁROS, 2002)

Dadas as circunstâncias, uma das soluções que surgiram como um dos possíveis remédios para a crise do controle, em parte porque as unidades empresariais se tornavam cada vez maiores, e por outra parte, pelo descontrole crescente de um número elevado de trabalhadores, foi o estabelecimento do "gestor/gerente". (Idem)

Segundo Gorz (1989):

No estágio anterior ao capitalismo, o empregado<sup>6</sup>, técnico ou não, era uma espécie de representante do dono da empresa, quer dizer, estava investido de uma parcela de autoridade patronal. Enquanto o operário produzia, o empregado ficava nas esferas do controle: nesse período, a gestão era sem regras pré-estabelecidas, mas com frequência tomava decisões a respeito de todos os aspectos da atividade (GORZ, 1989, p.169).

---

<sup>6</sup> Empregados (técnicos), para Gorz, eram aqueles que detinham, no período pré-capitalista, o poder técnico, de confiança do patrão e que estavam em posição hierárquica diferente da dos operários. Sua condição era

considerada invejável porque compreendia trabalho menos pesado, possuía maior remuneração e maiores vantagens quanto a seus direitos trabalhistas.

Com o aumento do tamanho das empresas e a necessidade de orientar os trabalhadores no sentido de habituá-los as suas tarefas e mantê-los trabalhando durante dias e anos sob um ritmo determinado, não só todo processo de organização do trabalho, mas também as informações, tanto técnicas quanto de gestão/gerência, tiveram de passar por uma transformação fundamental. (BRAVERMAN, 1987).

As soluções para que fosse obtido o controle sobre os trabalhadores vieram com a organização do trabalho desenvolvida por Taylor (taylorismo). A primeira solução foi a definição minuciosa dos gestos simples, seu parcelamento segundo um esquema seqüencial, de modo a requerer o mínimo de qualificação e sua repetitividade para reduzir o tempo de adaptação e acelerar a execução do trabalho. A segunda veio com o estabelecimento de normas e de um comando hierárquico que garantisse sua implementação. (GORZ, 1989)

Contudo, Taylor chamava a atenção para o fato de que os "trabalhadores que são controlados apenas pelas ordens e disciplina gerais não são adequadamente controlados, porque eles estão atados aos reais processos de trabalho. Tão logo eles controlem os próprios processos de trabalho, obterão a capacidade de realizar plenamente o potencial inerente à sua força de trabalho" (BRAVERMAN, 1987, p.94).

Aos gestores/gerência científica<sup>7</sup>, conforme Taylor (1966), caberiam então as funções de controlar o trabalho alienado e obter dos trabalhadores um nível de obediência e de cooperação aos novos padrões que estruturassem o processo produtivo, estabelecendo-se novas relações sociais representadas pelos que administram e os que executam, os que trazem à fábrica a sua força de trabalho e os que empreendem para extrair dessa força de trabalho a vantagem máxima para o

---

<sup>7</sup> Gerência científica, para Taylor, significa um empenho no sentido de reunir todos os conhecimentos sobre o trabalho e então, classificá-lo, tabulá-lo, reduzi-lo a normas ou leis, úteis para solução dos problemas crescentes

e complexos de controle do trabalho das empresas capitalistas em rápida expansão. As funções de concepção, coordenação e controle assumem a forma de gerência.

capitalista. Para Taylor, as regras técnicas e normas para o trabalho que os gerentes deveriam assumir eram: 1) determinar a técnica conveniente para cada processo de trabalho; 2) cronometrar os movimentos dos trabalhadores; 3) transmitir, sistematicamente, instruções técnicas aos trabalhadores; 4) separar a concepção do trabalho de sua execução; 5) unificar as ferramentas de trabalho; 6) controlar a execução do trabalho, entre outras.

Braverman (1987) assinala que, desde o início da civilização até a Revolução Industrial, o ofício ou profissão qualificada era:

[...] a unidade básica, a célula elementar do processo de trabalho. Em cada ofício, admitia-se que o trabalhador era senhor de um acervo de conhecimento tradicional e dos métodos e procedimentos que eram deixados a seu critério. Em cada um desses trabalhadores repousava conhecimento acumulado de materiais e práticas pelas quais a produção era realizada no ofício (Idem, p.100).

No entanto, para Braverman, o objetivo de Taylor era estudar esta prática com vistas a sistematizá-la e classificá-la, no intuito de controlar o trabalho em qualquer nível de tecnologia. Por meio desses estudos foram obtidas informações referentes aos processos que mais tarde foram disponibilizados às gerências (Idem).

Enquanto técnica de gestão, os três princípios destacados por Taylor (1966), que norteariam o seu modelo construído e que determinariam a combinação ótima das escolhas para cada processo foram:

Primeiro, dissociar o processo de trabalho das especialidades dos trabalhadores, ou seja, o processo de trabalho deve ser independente do ofício, da tradição e do conhecimento dos trabalhadores. Daí por diante deve depender não das habilidades peculiares dos trabalhadores, mas inteiramente das políticas gerenciais.

Segundo, separar a concepção do trabalho de sua execução, ou melhor, a "ciência do trabalho" nunca deve ser desenvolvida pelo trabalhador, mas sempre pela gerência.

Terceiro, monopolizar no gerente o conhecimento de maneira a dar-lhe condições para controlar cada fase do processo de trabalho e modo de execução.

Vimos, portanto, que no Taylorismo o trabalhador é despossuído do controle sobre as diversas atividades e seus ritmos, os quais passam inteiramente para os gerentes; que a separação entre concepção e execução tira a unidade do trabalho, reduzindo o poder de quem o faz e subordinando tudo não só às ordens hierárquicas, mas também ao esquema de funcionamento do sistema.

Como o trabalho só pode ser estudado no seu desenvolvimento histórico, é certo dizer que desde o século XIX os trabalhadores vivem a problemática resultante da ausência de controle sobre o processo de trabalho, em virtude da fragmentação e divisão do trabalho que se perpetuou. (BENARDO, 1998)

No final do século XIX e início do século XX, a contestação coletiva dos trabalhadores à imposição da disciplina e divisão do trabalho começa a acontecer com frequência. Em 1907 na França, por exemplo, acontecem 78 greves que mobilizam 20.000 trabalhadores em 277 fábricas. Os incidentes com os gerentes se multiplicam, os trabalhadores se revoltam contra os chefes, não toleram mais a arbitrariedade. (PERROT, 1988)

No final dos anos de 1950 e durante os vinte anos seguintes, os limites do trabalho rotinizado, as poucas habilidades peculiares de cada trabalhador, o controle quase inexistente do trabalhador sobre a organização do trabalho foram expostos por meio de uma intensa crise e luta dos trabalhadores contra a disciplina taylorista reinante nas empresas. (BERNARDO, 1998)

O êxito nas lutas dos trabalhadores que se opunham à disciplina da época foi demonstrado quando os trabalhadores ocuparam as empresas e mantiveram-nas em funcionamento prescindindo dos gerentes e patrões. Esses trabalhadores revelaram, na prática, que eram capazes de alterar as relações sociais de trabalho. A capacidade de auto-organização e de fazer funcionar as empresas mostrou aos

gerentes e patrões a iniciativa, inteligência e a qualidade organizacional dos trabalhadores. Os administradores das empresas perceberam, então, que os trabalhadores sabiam gerir o trabalho. (BERNARDO, 2004).

Nesta situação, a reestruturação do trabalho foi a resposta dada pelos gestores ao novo desafio que os trabalhadores haviam lançado. Esse novo sistema de produção, mesmo tendo algum de seus elementos antecipados nas décadas anteriores, atingiu seu máximo desenvolvimento nas décadas de 60 e 70 e resultou da consciência dos gerentes de que era necessário explorar o componente intelectual do trabalhador. (ANTUNES, 2000).

Desse modo, o sistema de controle renovou seu conteúdo e aquele novo tipo de relações sociais a que os trabalhadores haviam dado outra forma em busca de sua autonomia passou a ser utilizado como um instrumento de reforço de dominação e controle dos gestores/gerentes.

Partindo do princípio de que o taylorismo não aproveitava os conhecimentos técnicos que os trabalhadores iam acumulando durante o processo de trabalho, sendo apenas por vezes aproveitados pelos gerentes para corrigir os seus erros, no novo sistema de produção os gerentes pretendem dispor dos conhecimentos dos trabalhadores e incorporá-los ao sistema. (BERNARDO, 2004)

A forma como se passou a aproveitar o conhecimento dos trabalhadores foi alterada, a seqüência de trabalhadores individualizados foi substituída pela seqüência de pequenos grupos de trabalho, os métodos informais de mobilização dos trabalhadores, de sua capacidade de auto-gestão foram sendo aproveitados em benefício dos gestores como modo de melhorar a qualidade, ampliar ainda mais o volume da produção e o ritmo das operações fixadas pelos gerentes. (Idem)

Para Bernardo (2004), a reestruturação produtiva implicou numa maior divisão dos trabalhadores. Segundo ele, se no taylorismo clássico uma fábrica aparecia como uma entidade unificadora de muitos trabalhadores, na reestruturação proliferam pequenos grupos encarregados de organizar alguns aspectos do

processo de trabalho. Nessa perspectiva, para o autor, a reestruturação produtiva desenvolve os princípios do taylorismo em vez de romper com eles. A hierarquização dos gestores, que no taylorismo clássico era a condição para juntar num processo de produção unificado uma força de trabalho fragmentada, não passou a ser menos estrita nem menos necessária na reestruturação produtiva. (Idem)

Com a mesma convicção de Bernardo, Mészáros (2002) afirma que a questão é e continua a ser a dominação dos trabalhadores pelos gestores e a dependência desses trabalhadores da estrutura hierárquica de comando.

Ao mesmo tempo que chegou à conclusão de que a reestruturação produtiva desenvolveu o taylorismo, Bernardo (2004) amplia suas conclusões considerando que, para que esse novo sistema de produção aconteça de maneira eficiente, ele deve necessariamente incluir todo o conjunto de infra-estruturas materiais, tecnológicas, sanitárias, sociais e culturais da sociedade, como a igreja, as escolas, as unidades de saúde, entre outras.

Essa conclusão foi uma ponte para que Bernardo (Idem) considerasse que os sistemas sociais do Estado, ou melhor, suas instituições, funcionam dentro do modelo taylorista de produção, e são estruturas necessárias para o aumento da produtividade do sistema e sua conseqüente manutenção.

## **2.2 O Estado e as Relações de Trabalho**

Para Mészáros (2002), o Estado moderno desenvolveu-se na mesma intensidade que as estruturas econômicas, constituindo-se na estrutura de comando político do capital. Sua formação constituiu-se em exigência absoluta para assegurar e proteger permanentemente a produtividade do sistema. Conforme o autor, a dinâmica do desenvolvimento do Estado não se deu "em conseqüência de", mas,

"em conjunção a", no que se refere à reciprocidade entre sua estrutura de comando político e a sócio-econômica.

Assim, no que se refere à possibilidade de administrar a separação e o antagonismo estruturais de produção e controle, a estrutura legal do Estado moderno é uma exigência absoluta para o exercício da tirania nos locais de trabalho. Isto se deve à capacidade do Estado de sancionar e proteger o material alienado e os meios de produção, ou seja, a propriedade radicalmente separada dos produtores (Idem, p. 107).

Bernardo (1998), ao pretender deduzir de uma análise do Estado capitalista as funções de suas instituições públicas, termina por extrair duas conclusões: primeiro, que o capitalismo é um sistema totalitário no seu fundamento econômico. Sendo assim, "o totalitarismo não é característica de um ou outro sistema político, mas do modo de produção capitalista" (p.39). Em segundo lugar, que as instituições públicas, responsáveis pelas políticas sociais, funcionam como uma das condições gerais de produção do sistema e um dos campos que justificam a existência do Estado na medida que produzem e reproduzem a força de trabalho.

Na interpretação de Bernardo (1991), a produção da força de trabalho conjuga três tipos de articulação: a) o local de produção: que pode ser o meio social por meio do enquadramento urbano e às instituições públicas e privadas; b) a forma de produção, sendo uma delas por meio das instituições públicas como saúde e educação; e c) o pagamento da força de trabalho, mediante salários ou remuneração em gêneros.

O segundo tipo de articulação de que trata Bernardo tem importância, pois aí se insere o setor de saúde, por se tratar de instalações e meios de produção empregados pelo sistema na produção da força de trabalho. O setor saúde, por exemplo, é um dos setores em que o produto é material e fisicamente comparável ao produtor – ambos força de trabalho – força de trabalho-produtora versus força de trabalho-produto.

Além disso, Mézáros (2002) acrescenta, ainda, que o Estado impõe aos trabalhadores das instituições públicas: "[...] a mesma divisão do trabalho

hierárquico/estrutural das unidades reprodutivas econômicas, reforça a dualidade entre produção e controle, de que ele próprio é uma clara manifestação" (Idem, p.123).

Por isso, para Mészáros (2002) é inútil advogar a "autonomia ou independência" do Estado e suas instituições em relação ao sistema do capital, pois ambos são um só e inseparáveis. Assim, os modos de produção da indústria se reproduzem nas instituições públicas por meio da divisão de tarefas, do comando hierárquico, da separação entre trabalho manual e trabalho intelectual.

Teixeira (1994), ao citar Hirsch (1978) e Urry (1982), refere que esses autores desconsideram a questão ideológica na esfera estatal no que tange à reprodução do capital, por entenderem que o processo produtivo de valorização do capital não requer, inicialmente, qualquer intervenção política. Para os autores, o processo produtivo se reproduz por meio da compra da força de trabalho do trabalhador livre e despossuído pelo detentor dos meios de produção. Estes autores acreditam que o capital, para se reproduzir, pode prescindir de aspectos ideológicos.

Contudo, através de toda a História por nós conhecida, a ideologia desempenhou papel importante no processo de conformação das estruturas. Vários autores (Carnoy, 1986; Therborn, 1985; Kurz, 1992; Poulantzas, 1977) afirmam que as condições de domínio não poderiam acontecer sem a intervenção de poderosos fatores ideológicos do Estado.

Uma passagem descrita por Taylor (1966) nos mostra a importância da ideologia para o sistema. O problema que Taylor tinha de enfrentar eram os conflitos gerados pela divisão do trabalho. E foi assim que ele vislumbrou a solução:

A administração científica significará, para empregadores e trabalhadores que a adotarem – e particularmente para aqueles que a adotarem primeiro –, a eliminação de quase todos os motivos de disputa e desentendimento entre eles. O trabalho diário justo será uma questão de investigação científica, e não um objeto de barganha e de disputa. (p. 142)

A solução para os problemas de confrontos e contradições no trabalho, para Taylor (1966), era a definição de *quem*, e a partir *de que* critérios, deveria ser controlado o modo de produzir. De acordo com Mészáros (2002), este tipo de solução adotada por Taylor é uma das dimensões eficazes que permeia inclusive as práticas institucionais do Estado, como forma de atenuar os conflitos e contradições, com conseqüente regulação e controle do meio social. Assim sendo, o Estado acaba por adotar os objetivos da administração científica, que têm como pressuposto que os conflitos no trabalho e no sistema como um todo podem ser resolvidos com a implementação de um “sistema organizado cientificamente”, sem contudo alterar a subordinação hierárquica dos indivíduos à estrutura estabelecida.

A intervenção eficaz do Estado na sociedade por meio de suas instituições na administração dos conflitos é uma dimensão prática inegável da realidade social. Por isso, a análise da organização do trabalho no setor público torna-se imprescindível na medida que as determinações concretas colocam este setor como essencial ao funcionamento do sistema ou como estratégia ao processo de acumulação. E, por isso, muitas vezes alvo de um maior controle e disciplinarização por parte daqueles que detêm o poder.

Buscamos, portanto, em nossa pesquisa a explicação de como certas categorias (fragmentação e divisão do trabalho) no setor público, em particular na área de saúde, refletem a produção e reprodução do sistema, aliado ao fato de que a conjunção do Estado aos setores econômicos e sociais leva a explicar, sob um determinado enfoque, as relações sociais de trabalho neste setor .

### **2.3 A Organização do Trabalho no Setor Público de Saúde**

Nos últimos anos houve um aumento no interesse em estudar a organização do trabalho no setor público. Constatamos, em levantamento bibliográfico junto às

instituições brasileiras de ensino, um incremento na produção científica relacionada a este segmento. Na década de 80, identificamos sete estudos (teses/dissertações) que tratavam da organização do trabalho neste setor. Já na década de 90, esse número ampliou para 48 estudos.

Uma parte importante do interesse acontece pela magnitude e significado da organização do trabalho na área. Citamos a seguir, como exemplo, alguns estudos que evidenciam a dominação no trabalho, o desgaste emocional e físico dos trabalhadores públicos em decorrência da maneira como o trabalho é organizado. Para tanto, apresentamos três trabalhos, nos quais os autores fundamentam suas análises nas relações complexas entre a fragmentação e divisão do trabalho, no protagonismo dos trabalhadores e nas repercussões dessas relações no processo de trabalho do setor público de saúde. Tais análises se propõem a compreender a dinâmica dos processos de trabalho. Saliem os conflitos surgidos quando os trabalhadores se confrontam com situações de trabalho fixadas, muitas vezes, alheias a sua vontade. A questão do sofrimento perpassa esses estudos, sendo que este sofrimento decorre da contraposição do trabalhador à organização do trabalho.

Marsiglia (1993), ao investigar os conflitos da organização do trabalho e o surgimento, entre os trabalhadores, de doença mental, conclui que em decorrência desses conflitos surgem as doenças psíquicas, relacionadas com o estresse. Numa perspectiva similar, Santos (2001), ao analisar o trabalho no Instituto Estadual de Cardiologia do Rio de Janeiro, refere o processo e a organização do trabalho de enfermagem como responsável pela exposição a fatores de riscos e a agravos à saúde desses trabalhadores. Finalmente incluímos a pesquisa de Silva (2000), que ao analisar o trabalho no Instituto Estadual de Hematologia Arthur Cavalcanti, identifica a reestruturação produtiva como estratégia de dominação do trabalhador.

Frente a esses três estudos, é importante saber a dimensão que a divisão do trabalho e a participação do trabalhador na definição de seus processos, assumem nas relações sociais e técnicas que configuram o trabalho no setor público de saúde.

### 2.3.1 Divisão Hierárquica do Trabalho

Teixeira (1994) analisa que a introdução da concepção histórico-cultural na área de saúde inaugura um paradigma no conhecimento da relação entre as instituições públicas de saúde e divisão do trabalho, e observa que, neste paradigma, as interpretações convergem para explicações entre saúde e produção econômica.

O estudo de Pires (1988), ao empregar a concepção histórico-cultural, faz uma análise crítica dos rumos que as práticas de saúde vêm seguindo desde as sociedades indígenas até a sociedade colonial e a sociedade capitalista. Avalia, entre outros aspectos, as repercussões que a sociedade capitalista trouxe para a organização do trabalho no setor saúde. O reflexo verificado a partir do modelo de produção capitalista consiste, conforme a autora, na maior intervenção do Estado na assistência, na criação de um esboço de estrutura estatal responsável pelas ações de saúde, no aparecimento mais efetivo de disposições legislativas para o setor e na organização das instituições assistenciais nos moldes empresariais. "Surgem mais profissões no campo da saúde e o processo de trabalho em saúde se transforma, convivendo, no mesmo momento histórico, a divisão técnica e parcelar do trabalho" (p.8).

Tanto Pires (1988) quanto Garcia (1989) efetuam uma revisão da evolução do saber e das práticas de saúde no Brasil e América Latina, respectivamente. Os autores, além de interpretar que os serviços de saúde se organizaram dentro da lógica e sob os princípios da gerência científica, descrevem o contexto em que o conteúdo do ensino surge nas instituições de ensino formal e suas principais características. Destacam, entre outros aspectos, que a hierarquia dos profissionais não somente se reflete na organização do trabalho, mas também no ensino em saúde, que reflete a lógica do sistema. Concluem ainda que os serviços de saúde se organizam de forma que convivem, no mesmo espaço institucional, a especialização

do conhecimento aplicada por um número cada vez maior de profissionais de saúde e a divisão pormenorizada do trabalho internamente a essas profissões.

As análises de Luckács (1989) e Mészáros (2002) divergem no modo de pensar a especialização do trabalho que decorre de sua divisão. O filósofo Luckács, em seu livro *História e Consciência de Classe*, sustenta que "a especialização das qualificações leva à destruição de toda e qualquer imagem da totalidade" (p.103). Porém, em contraste com a visão de Luckács, que considera a especialização um aspecto negativo do trabalho, Mészáros (2002) alega que:

Um grau muito alto de especialização é perfeitamente compatível com uma imagem adequada do todo, desde que o praticante das habilidades em questão não seja violentamente separado do poder de tomada de decisão, sem o qual é inconcebível a participação significativa dos indivíduos sociais na constituição da totalidade. O que transforma o trabalho vivo em "trabalho abstrato", não é a especialização em si, mas a rigidez e o desumanizante confinamento das funções dos especialistas em tarefas de execução inquestionável. (p. 861-862)

Chama atenção ainda para o fato de que os processos de trabalho só acontecerão de forma autônoma e desalienada quando os trabalhadores obtiverem poder de decisão e conhecimento sobre a totalidade do processo de trabalho. Significa dizer, então, que o trabalho não poderá ser dividido infinitamente por meio de tarefas entre os trabalhadores e não poderá estar subordinado a parâmetros, normas e fluxos pré-estabelecidos. (Idem)

O trabalho autônomo e não-alienado na saúde pressupõe que devam ser adotadas medidas políticas de auto-administração substancialmente democráticas, isto é, verdadeiramente não-hierárquicas em seu modo de operação em todos os níveis, como forma de consolidar um modo de controle dos trabalhadores sobre seu trabalho.

Testa (1995), ao buscar compreender o processo que conduziu à divisão do trabalho em saúde, assinala os principais marcos históricos que inspiraram ou contribuíram para essa divisão. Ressalta que a complexificação da atenção aos enfermos gerou a aparição de novos personagens, o aprofundamento do conhecimento e sua fragmentação. Segundo o autor:

Esta necessidade é real em qualquer campo de conhecimento e da prática e continuará a existir enquanto subsista algum problema de conhecimento ou de prática a ser resolvido. De modo que a divisão do trabalho não é criticável em si, mas sim quando a forma como se realiza tem conseqüências no terreno da ideologia, sempre as têm, que tendem a fragmentar a personalidade daqueles que realizam essa prática, cuja forma externa não é outra que a alienação (p. 124).

Sintetizando a análise de Testa, podemos dizer que a prática sempre tem conseqüências sobre a ideologia e que nem sempre a fragmentação do trabalho fragmenta a personalidade do trabalhador, o que para ele permite justificar que nem toda divisão do trabalho é criticável.

Se pensarmos em termos de saúde, vários profissionais como médicos (ginecologistas, pediatras, cirurgiões, etc.), odontólogos, psicólogos, enfermeiros, fisioterapeutas, assistentes sociais, farmacêuticos, auxiliares de enfermagem, terapeutas ocupacionais e nutricionistas, entre outros, se organizam como ramos de conhecimentos distintos em saúde, mas sob o controle hierárquico do saber entre seus ramos de conhecimento e da estrutura de comando (gerências) da instituição.

Destacamos ainda o estudo de Silva (1994) sobre a organização do trabalho de enfermarias de um hospital público. Tentando entender o prazer que o trabalho traz e os aspectos de criatividade que este demanda, constata que a divisão hierárquica do trabalho, aliada a conflitos corporativos e de identidade, afasta a possibilidade da redução do sofrimento dos trabalhadores por reduzir a capacidade de expansão de suas vidas.

Gonçalves (1994), ao estudar o processo e organização do trabalho na rede estadual de serviços de saúde na cidade de São Paulo, constata que o médico ocupa o vértice de um sistema hierarquizado de controle sobre o trabalho. Observa ainda que os trabalhadores de saúde são contratados por normas, procedimentos e estruturas que fazem com que eles percam sua capacidade de criar tecnologias que produzam sua intervenção peculiar, pois pode ser evidenciado que o estilo administrativo não privilegia a concepção coletiva do trabalho e que o controle pelos gerentes sobre o processo de trabalho aí se estabelece.

Merhy (1977) contrapõe-se ao pensamento de Gonçalves, afirmando que o trabalho em saúde possui tecnologias próprias, reinventando o que já está dado pelas estruturas de comando e construindo novas formas de processos de trabalho, autônomas e não alienadas. Explica que o desenvolvimento do universo tecnológico que tem como centro a gestão das organizações produtivas acompanhou o desenvolvimento do mundo da produção. Aí, os modos de gerir as organizações objetivam capturar o trabalho vivo em ato<sup>8</sup> na produção. Entretanto, para ele, estas questões não se apresentam de modo idêntico quando o processo produtivo é o das práticas de saúde, em função da permanente intersecção do trabalhador e usuário. Faz então uma comparação entre a fábrica e a unidade de saúde: na fábrica, a lógica na linha de produção é seguida em termos de padrões e normas, que é a captura do trabalho vivo. Em uma unidade de saúde, diferentemente da fábrica, não é possível capturar plenamente o trabalho vivo. Nos serviços de saúde, o trabalho vivo, produtor de bens finais, vê-se permanentemente invadindo as normas pré-estabelecidas pela gestão institucional (Idem).

Se for possível pensar o trabalho vivo como fonte de novos procederes, então esse processo poderá constituir as novas possibilidades de se estabelecer processos de trabalho "autônomos" e não alienados, desde que esta prática autônoma não seja entendida como aquela estabelecida pela divisão técnica do trabalho, em que os vários ramos de conhecimento são estruturados e organizados segundo funções próprias, sem que estas funções parciais se inter-relacionem para a conformação da totalidade.

Também não podemos desconsiderar o trabalho vivo em conjunção com as formas hierárquicas e autoritárias da estrutura, que de certa forma podem restringir a autonomia dos processos de trabalho. Desse modo, o que se pode presenciar é uma interação do trabalho vivo com a estrutura, sem que o trabalho vivo se sobreponha a ela.

---

<sup>8</sup> Trabalho vivo, para o autor, é o trabalho onde o trabalhador utiliza seu conhecimento e cria de forma autônoma o objeto de seu trabalho.

Campos (1997) corrobora aquilo que Merhy (1977) postula. Para ele, o usuário busca as ações de saúde, no sentido de manter ou restabelecer a sua saúde. Afirma que neste caso estamos diante de um processo que tem especificidades muito próprias e que lhe dão características um pouco distintas. Para Campos, o que está em jogo é a necessidade dos indivíduos, e o enfrentamento das necessidades de saúde dos indivíduos pelos trabalhadores de saúde está vinculado a um recurso vital, que é a capacidade do trabalhador de gerir seu trabalho. Afirma que os trabalhadores de saúde podem atuar como protagonistas nas definições de seu modo de produzir as práticas de saúde.

Mendes (1999), em consonância com Gonçalves (1994), considera que a natureza do trabalho em saúde é definida pela estrutura hierárquica e pela fragmentação do trabalho. Por isso se pode considerar que as atividades humanas envolvidas nas práticas de saúde, ou seja, a consulta médica, a vacinação, a intervenção cirúrgica, o cuidado de enfermagem, o atendimento odontológico, psicológico, etc. representam atividades que se modificam pelo desenvolvimento científico-tecnológico e pelas sucessivas recomposições resultantes da divisão social e técnica do trabalho em saúde. Mendes adverte que "tais questões reforçam, no caso particular, a importância de estudar mais especificamente os trabalhos realizados pelos agentes das práticas de saúde à proporção que avança o processo de parcialização do trabalho e, politicamente, se privilegia a autonomização dos processos de trabalho" (p. 207).

Sobre a autonomização dos processos de trabalho, Offe (1984) sugere que seu crescimento vem sendo promovido pelas formas de organização não capitalistas na qual o valor de uso é característica e os seus grandes protagonistas, os trabalhadores do setor de serviços, têm retornado à esfera do trabalho concreto, da qual haviam sido retirados pelo capital nas sociedades industriais. O resultado, para ele, seria não a complementaridade, mas a independização das estruturas do Estado e o "Estado Social" revelaria a sua força subversiva. No entanto, muitas críticas seguem sendo feitas ao pensamento deste autor, à medida que ele prescinde da discussão acerca da importância da ideologia como parte da reprodução da sociedade.

Merecem referência também as considerações feitas por Breilh, em artigo publicado em 2003. Ao analisar as formas organizativas do trabalho, fala dos determinantes estruturais destrutivos e protetores para a vida e a saúde dos trabalhadores, com o que sintetiza: os determinantes protetores seriam a organização e participação consciente dos trabalhadores em seu processo de trabalho, já os determinantes destrutivos seriam a alienação e a não-participação na definição de seus processos. Do ponto de vista do autor, na atualidade, a gestão e as implicações para a ação dos trabalhadores de saúde são concebidas verticalmente, implicando uma posição passiva ou tão somente uma colaboração marginal; "este enfoque se realiza em função de uma lógica centralizada, que leva a uma prática ineficiente, cobertura limitada, um fluxo apenas ascendente da informação e uma construção apenas acadêmica do conhecimento" (p. 941).

A questão, portanto, ao efetuar este estudo é tentar elucidar e dar visibilidade a algumas implicações na organização do trabalho do setor público de saúde, como as condições materiais nas quais ela se realiza neste setor. Conforme alguns autores aqui citados, as condições materiais para que o trabalho se desenvolva no setor de saúde não se efetiva pelo desejo individual dos trabalhadores, mas sempre mediante um enquadramento institucional definido socialmente. Parece-nos, portanto, que o trabalho em saúde se caracteriza pela organização de suas atividades em função de seu caráter integrado aos processos produtivos, socialmente condicionado. Ora, se se trata de um trabalho em saúde integrado aos processos produtivos, onde não existe, portanto, o trabalho isolado, o trabalho em saúde também obedece à divisão hierárquica do trabalho do setor fabril. Primeiro, porque os trabalhadores de saúde estão limitados a esferas profissionais particulares e as atividades entre as diferentes profissões têm certa interdependência e, segundo, por estabelecer-se uma antítese entre os que concebem o trabalho (gerentes) e os que executam (trabalhadores de saúde). E é nesta linha das relações sociais do trabalho em saúde que plenamente nos inserimos.

Avançando um pouco mais na discussão sobre a articulação entre o trabalho socialmente determinado e as formas que devem ser utilizadas para estudá-lo

apoiamo-nos em Marx (1985) que, já no “Prefácio” da Crítica da Economia Política remete a discussão sobre a questão das categorias de análise para a explicitação de como as relações entre os homens se produzem e as formas concretas do processo de produção no sistema capitalista. Como Marx, Facchini (1993) chama a atenção para a importância da seleção das categorias de verificação e análise daquilo que se pretende estudar. Para o autor (Idem), "(...) esta seleção deve ser rigorosa e não ocorre por um simples capricho ou por preferência do investigador; ao contrário, deve levar em conta sua capacidade explicativa e adequação ao objeto de estudo (...)" (p. 45).

Das considerações referidas pelos autores supracitados decorre o privilégio que se deu, em nosso estudo, às categorias de análise fragmentação e divisão hierárquica do trabalho, que aparecem como aspectos concretos na organização do trabalho em saúde, nas relações entre os trabalhadores, podendo então, estas relações explicar o funcionamento do setor.

## **PARTE III**

### 3. Sobre o Método de Pesquisa

Este estudo está construído sobre o pressuposto de que o trabalho em saúde pode ser conhecido e explicado, e que as relações que se estabelecem no cotidiano do trabalho e os modos de gestão expressam de várias formas as atividades em saúde.

As decorrências lógicas deste entendimento e o curso de nossa reflexão sobre nosso estudo evidenciaram a problemática que se refere ao método que seria utilizado para o desenvolvimento de nossa pesquisa. Assim, adotamos como primeiro pressuposto que o conhecimento é construído sob bases reais e, como segundo, que ambos condicionam-se reciprocamente para a conformação da totalidade.

Dada esta compreensão, tomamos como ponto de partida três aspectos descritos por Marx (1983):

- 1) a ciência e a atividade científica são produtos sociais da atividade humana;
- 2) o pensamento é a forma teórica do mundo real;
- 3) a solução das contradições teóricas somente será possível através da prática.

O terceiro aspecto dessa compreensão aparece como um desdobramento da questão anterior: como resolver as contradições teóricas? Para Marx (1983), a solução não é uma questão puramente do conhecimento, pois a filosofia foi incapaz de resolvê-la exatamente por considerá-la como problema puramente teórico. Para este pensador, a resolução das contradições teóricas decorre da prática simultaneamente material e social.

Do entendimento de que o conhecimento acontece a partir da análise da prática e das relações entre os homens na sociedade, era básico um método que tornasse transparente essas relações.

Marx (1983) evidenciou que as relações entre os homens na sociedade acontecem na produção social de sua existência. Para ele, a produção dos meios que permitem aos homens satisfazer suas necessidades como comer, beber, abrigar-se, etc. é a produção da vida material, que surge da relação social entre os homens, e é resultado de um desenvolvimento histórico. Considerou ainda que a partir das noções mais simples o conhecimento se eleva às relações mais complexas.

Assim posta a questão, a análise do trabalho em saúde não seria possível, por exemplo, se não fosse considerado como um sistema de relações entre os homens na produção material e reprodução da sua vida e sem que houvesse a explicitação do contexto do trabalho como resultado dessa relação.

A partir da compreensão de que o objeto de nossa pesquisa se constituía como produto das relações materiais historicamente determinadas, a questão metodológica passou a ser delineada.

Um dos pontos de nossa análise está naquilo que é expresso pelas pessoas na cena de trabalho e no que parece estar contido nesta cena. Por isso, a expressão verbal é considerada em nosso trabalho, como um dos mediadores das relações entre os trabalhadores, entendendo que esses trabalhadores representam para si a realidade partindo de sua própria percepção e experiência do próprio local de trabalho. Consideramos como outro mediador as vivências concretas entre os trabalhadores.

Privilegiamos, em nossa pesquisa, as categorias **fragmentação** e **divisão do trabalho**, primeiro, porque por meio da análise destas categorias é possível reconhecer algumas repercussões que a organização do trabalho tem sob as relações sociais e técnicas que configuram as atividades em saúde. Segundo,

porque estas categorias geram a contradição entre gestores e trabalhadores e entre eles existe um que domina.

Importante esclarecermos que não atribuímos distinção entre gestores e gerentes. Adotamos o modelo proposto por Bernardo (1988), cujo modo de gestão é organizada dentro de um sistema integrado, e os dois elementos sociais – gestores e gerentes – são agentes que fazem parte de uma hierarquia gestorial. Além disso, é possível não estabelecer distinção entre ambos, quando se analisa o comportamento unificado desses dois elementos sociais nos conflitos. Nos embates, tanto gestores como gerentes acabam assumindo posições antagônicas aos trabalhadores.

Como dominação no trabalho, consideramos a acepção dada por Marx (1985). Segundo este autor, a dominação acontece em primeiro lugar, pela sujeição e subordinação dos trabalhadores aos ditames estruturais, em segundo, pela negação da prática material; por último, pelo fato de os trabalhadores não assumirem nenhuma posição de poder frente aos processos e organização do trabalho.

Dito isto, começamos a construir as etapas a serem seguidas em nossa pesquisa. A primeira etapa consistiu na coleta de dados por meio das entrevistas que objetivavam conhecer as condições em que os trabalhadores produziam o trabalho em saúde. A análise e a crítica dessas condições foram desenhando os passos seguintes.

Na seqüência fazemos uma breve descrição da abordagem metodológica:

### **3.1 Sobre a Metodologia**

O estudo utilizou como técnicas de pesquisa a entrevista, a observação direta do trabalho e o levantamento de informações da base de dados oficiais em saúde.

### **3.1.1 A Pesquisa**

Numa primeira aproximação, realizamos uma visita oficial à Secretaria Municipal de Saúde, com o intuito de obter autorização para acesso aos locais de trabalho.

Visando conhecer e orientar a escolha da população a ser estudada, fomos buscar informações sobre as 47 Unidades Básicas de Saúde, mais precisamente o número de trabalhadores por categoria profissional. As categorias profissionais escolhidas como alvos de nossa pesquisa foram: agentes comunitários de saúde, agentes de saúde pública, auxiliares e técnicos de enfermagem, enfermeiros e médicos clínicos e/ou generalistas. A razão pela qual escolhemos esta população deve-se ao fato de que todas as Unidades Básicas de Saúde possuem em seus quadros estas categorias profissionais, ao contrário de outras categorias como psicólogos, odontólogos, assistentes sociais, etc., que na maioria destas unidades não fazem parte de seus quadros.

Em seguida definimos que seriam pesquisados 15 trabalhadores das UBS, três por categoria profissional e três gerentes. Esta amostra justifica-se à medida que a pesquisa tem por objetivo fazer um estudo exploratório da problemática.

A escolha dos trabalhadores que participariam do estudo deu-se em duas etapas: na primeira, escolhemos entre 19 Unidades Básicas de Saúde do total de 47. O critério para definição das 19 unidades foi a presença de, no mínimo, dois trabalhadores por categoria profissional. Assim, duas unidades seriam suficientes para obtermos o número de trabalhadores necessários para o estudo. Na segunda

etapa, escolhemos por meio de amostra aleatória simples sem reposição<sup>10</sup>, as duas unidades.

Consideramos mais oportuno para o alcance de nossos objetivos adotarmos como delineamento de investigação um *estudo de caso*. De acordo com Yin (2001), o estudo de caso é tido como adequado para a investigação de um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto real.

Utilizamos como primeiro procedimento metodológico entrevistas semi-estruturadas. O critério de inclusão foi concordar em colaborar com o trabalho na condição de informante (anexo 1). Com o objetivo de verificar a forma adequada de formulação das perguntas realizamos três pré-testes, com trabalhadores que não participaram da pesquisa.

A pesquisa desenrolou-se no próprio ambiente de trabalho e na área de adstrição da UBS. Apresentamo-nos e esclarecemos o tema da pesquisa, sua relevância social, seus critérios científicos, a forma como seriam divulgados os resultados e a garantia do anonimato dos informantes. Na seqüência, demos prosseguimento agendando com os trabalhadores os dias em que faríamos as entrevistas de forma individual.

### **3.1.1.1 A Entrevista**

De acordo com Haguette (1997), a entrevista pode ser definida como um processo de interação social entre duas pessoas na qual uma delas, o entrevistador, tem por objetivo a obtenção de informações por parte do outro, o entrevistado.

---

<sup>10</sup> O procedimento consiste em numerar as 19 unidades de saúde, dando a cada um delas apenas um número. A seguir, por sorteio, selecionam-se os elementos a serem pesquisados. A amostra será sem reposição, pois cada elemento só entrará uma vez para a amostra.

Sobre a técnica, Haguette (1997) destaca alguns vieses, como a objetividade inatingível em função da ausência de neutralidade da ciência e o real como algo que não pode ser reproduzido na sua plenitude. A autora destaca ainda que, na entrevista outros vieses se localizam tanto nos fatores externos ao observador, tais como os aspectos técnicos de construção do roteiro da entrevista, como na situação interacional entre pesquisador e pesquisado (Idem).

Aplicamos entrevistas distintas para trabalhadores e gerentes. A entrevista dirigida aos trabalhadores englobou 18 perguntas (anexo 2), ao passo que a dirigida ao gestores englobou 10 perguntas (anexo 3). A essas perguntas eram adicionadas outras consideradas apropriadas quando havia a necessidade de aprofundamento de alguma questão específica que tenha surgido durante o processo de realização da entrevista.

O registro das respostas foi feito, durante a entrevista, mediante o uso de gravador, a partir do consentimento do entrevistado. Este procedimento permitiu a reprodução das respostas com uma maior precisão, pois neutralizou os limites da memória e amenizou as distorções que eventualmente poderiam acontecer por ocasião de sua reprodução. A validação do conteúdo foi feita com o entrevistado após transcrição da entrevista.

À medida que se ia desenrolando a pesquisa, investigamos particularmente a *Divisão do Trabalho* e efetuamos um esforço, durante a entrevista, para detectar as relações existentes entre as expressões de dominação e as características da organização do trabalho.

A exposição verbal na entrevista de algumas atividades de trabalho executadas pelos trabalhadores, como a visita domiciliar, organização da demanda por serviços na unidade e a utilização pelos trabalhadores do sistema de informação denotou características de conflito, indicando dessa forma que essas atividades em saúde nas UBS exigiriam uma análise mais aprofundada através da observação do trabalho.

As atividades de trabalho acima relacionadas foram definidas como eixos na observação direta, primeiro, por aparecerem com frequência quando da descrição da organização do trabalho pelos trabalhadores e, segundo, porque era necessário entender melhor as contradições e conflitos vividos pelos trabalhadores, contidos nessas atividades.

### **3.1.1.2 A Observação do Trabalho**

Essa segunda técnica de pesquisa realizou-se através de nosso contato direto com o fenômeno observado para obter informações sobre a realidade dos trabalhadores de saúde em seu contexto de trabalho e teve como objetivos:

- ▶ Fazer aparecer por meio dos fatos observados os relatos expressos pelos trabalhadores durante a entrevista;
- ▶ Descrever, de forma breve, as modalidades de ação da organização do trabalho e efeitos que poderiam estar indicando a divisão do trabalho e conseqüente dominação do trabalhador;
- ▶ Articular os relatos dos trabalhadores sobre a organização do trabalho e sua divisão à medida que surgiam nas vivências práticas.

A abordagem do cotidiano de trabalho nas UBS por meio da observação direta incluiu:

- ▶ A organização da demanda por serviços na porta de entrada do sistema;
- ▶ As várias atividades de trabalho executadas pelos trabalhadores internamente na UBS;
- ▶ O acompanhamento de visitas domiciliares juntamente com os ACS;
- ▶ O manuseio do sistema de informação nas UBS.

Por último, a terceira técnica, que consistiu na busca de informações oficiais em saúde.

### **3.1.1.3 Levantamento de Informações em Saúde**

Para o levantamento das informações que subsidiaram algumas discussões em nossa pesquisa utilizamos os bancos de dados do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) do Sistema de Informação Hospitalar (SIH) e do Sistema de Nascidos Vivos (SINASC) do Caderno de Informações em Saúde do Estado de Santa Catarina da Secretaria Estadual de Saúde (SES) e do Banco de Dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS).

### **3.1.2 O método de Interpretação**

#### **3.1.2.1 Das Entrevistas e da Observação do Trabalho**

Para a análise das entrevistas e observação do trabalho, procuramos estabelecer uma articulação entre os dados e o referencial teórico. Assumimos uma posição de crítica às formas de organização do trabalho em saúde e identificamos como primeiros elementos de análise a coesão/fragmentação e a divisão do trabalho na organização e produção do trabalho em saúde. Estes elementos se prestaram à explicação dos mecanismos de dominação.

Além disso, promovemos uma relação entre o modelo que privilegia a divisão do trabalho e sua fragmentação e os conflitos sociais que dela derivam. A polarização entre os que perdem o controle sobre o trabalho e os que dele se apoderam resulta da inserção oposta das pessoas na produção do trabalho e cria as contradições e conflitos que atravessam as relações entre elas, marcando dessa forma os conflitos, como o lugar central em nossa análise.

### **3.1.2.2 Das Informações em Saúde**

A utilização da base de dados do SIM, SINASC e SIH, teve o objetivo de conhecer as necessidades mais visíveis da cobertura da atenção em saúde e morbimortalidade no município de Joinville, mediante a identificação do alcance e das limitações de resposta dos serviços de saúde.

A estratégia metodológica para obtenção dos resultados referentes aos indicadores de baixo peso ao nascer e morte perinatal restringiu-se à evidência da frequência com que os eventos apareciam em Santa Catarina e no município de Joinville. Com o propósito de estruturar a análise dos achados, realizamos a confrontação da frequência com que os eventos apareciam no estado de Santa Catarina e em Joinville e buscamos em estudos científicos explicações para o comportamento destes dois indicadores. Para a variável BPN – os estudos analisavam os quesitos, tipo de parto, gravidez na adolescência, tabagismo, acesso aos serviços pré-natal, número de consultas no pré-natal e desigualdades sociais; para a variável morte perinatal – qualidade da assistência, renda e fatores maternos como por exemplo, escolaridade, idade elevada, peso, morbidade, história reprodutiva desfavorável, hábitos de vida e fatores do recém-nascido como sexo, peso ao nascer e baixo apgar.

Os resultados referentes aos indicadores tipo de parto, morbidade hospitalar por dengue e leptospirose e anos potenciais de vida perdidos (APVP) foram obtidos por meio da evidenciação da freqüência com que os eventos apareciam no município de Joinville. Para a análise da variável tipo de parto, confrontamos os achados do município de Joinville com dados da Organização Mundial de Saúde e Datasus (2002). A análise da morbidade hospitalar por dengue e leptospirose foi realizada a partir da comparação entre a freqüência com que estes dois eventos ocorriam no município de Joinville. Para o estudo da variável anos potenciais de vida perdidos, evidenciamos a freqüência com que este evento aparecia no município de Joinville e consideramos na análise a média de anos perdidos para cada óbito.

Para o resultado gravidez na adolescência, consideramos as internações no município de Joinville por este evento e faixa etária. Buscamos, para a estruturação de nossa análise, estudos científicos que explicavam o comportamento deste indicador. Os estudos analisavam complicações obstétricas, mortalidade materna e assistência ao pré-natal.

**PARTE IV**

## 4 - RESULTADOS

### 4.1 Considerações Iniciais

Segundo Mészáros (2002) as modalidades de participação e as formas de dominação representam um determinado modo de produzir o trabalho na sociedade. Partindo dessa premissa, buscamos identificar na organização do trabalho, no processo de trabalho e nos conflitos com os modos de gestão as respostas à problemática da participação e da dominação no setor público de saúde.

Quando perguntamos a uma gerente se os trabalhadores de saúde podiam influenciar na decisão dos serviços a serem oferecidos à população, a resposta dada foi a seguinte:

...existem aqueles que já são determinados pela Secretaria e, aí não tem o que discutir. Agora, alguns serviços eles podem discutir a operacionalização... Existem os protocolos básicos que eles precisam seguir...

Vimos como alguns autores (SCHMIDT, 1988; TAYLOR, 1966) adotaram a tese da "separação entre concepção e execução do trabalho". Esta linha de argumentação que aparece na resposta dada pela gerente justifica a manutenção da fragmentação e divisão do trabalho e torna os gerentes/gestores agentes da manutenção deste modo de produção.

De acordo com o ponto de vista de um profissional médico [... *eu acho que a gente tem pouca flexibilidade, haja vista a questão do acolhimento. A forma como foi colocado foi totalmente autoritária...*], os trabalhadores de saúde não parecem estar interessados em manter um sistema que os conserve à margem do processo de decisão sobre sua própria atividade.

Concentrar, portanto, a atenção nos relacionamentos que se estabelecem entre os gestores e trabalhadores de saúde significa averiguar se há dominação e quais as suas formas, e se há a participação dos trabalhadores de saúde no processo de decisão e quais as suas formas.

Esse relacionamento entre os trabalhadores de saúde durante o processo material de trabalho decorre das relações de cada um com a estrutura hierárquica, programas, normas e rotinas que são controladas pelos gerentes da Secretaria Municipal de Saúde. Esta é a interpretação que fazemos após a realização das entrevistas e a observação do trabalho nas unidades de saúde.

## **4.2 OS MECANISMOS DE CONTROLE/DOMINAÇÃO QUE A GESTÃO IMPÕE AOS TRABALHADORES DE SAÚDE**

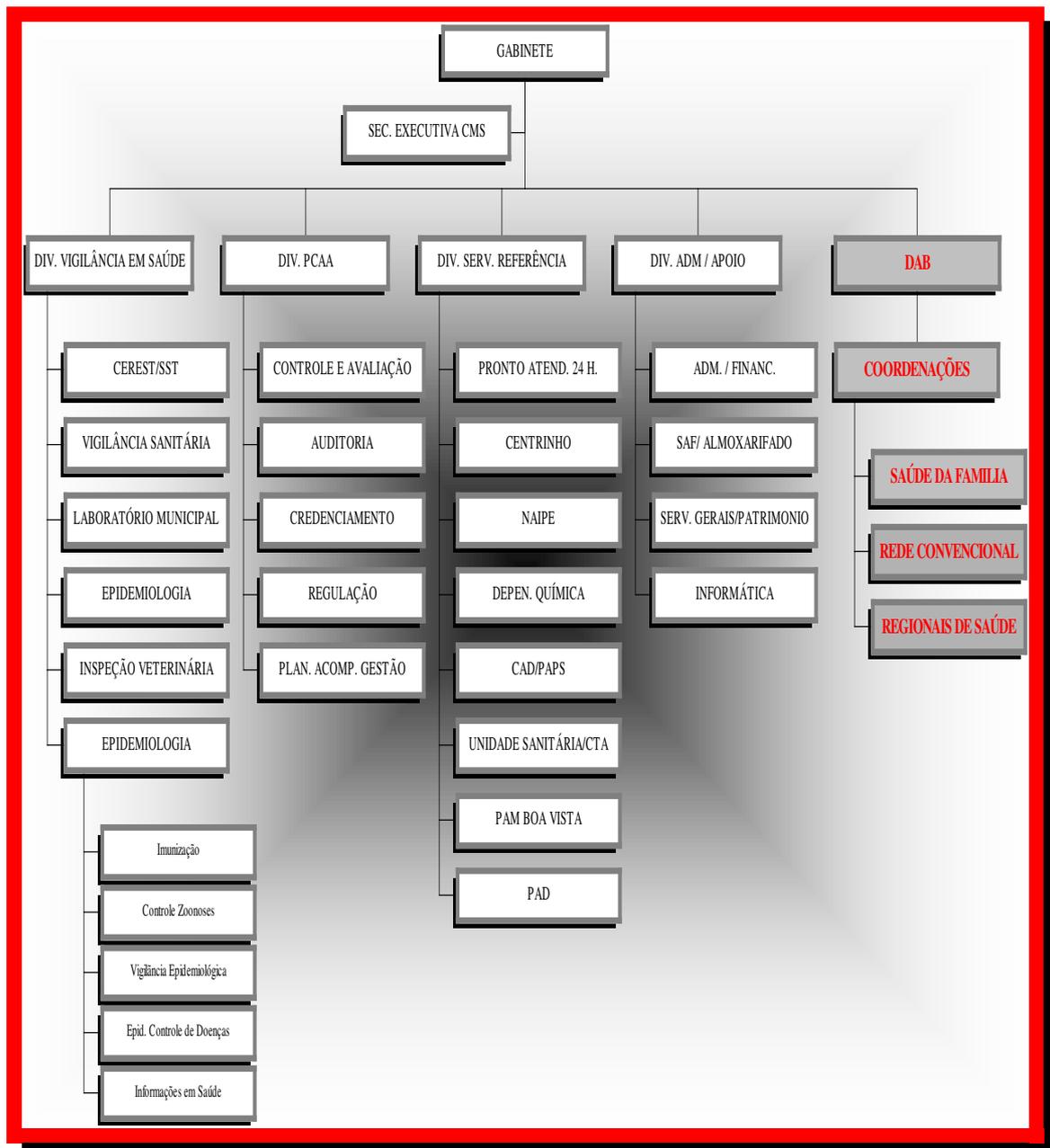
### **4.2.1 O Caráter Fragmentar da Organização do Trabalho no Setor Saúde**

De um modo geral, os gestores lançam mão de todas as formas de organização do trabalho que determinam processos de trabalho capazes de acentuar a fragmentação dos trabalhadores de saúde e sua individualização.

Ao fazermos a afirmação acima, tomamos como referência Bernardo (1998). Para o autor, a gestão das administrações públicas objetivando exercer o controle sobre o trabalho alheio, deve manter fragmentadas as relações entre os trabalhadores. Para isto acontecer, os gestores, ora recorrem ao controle sobre o tempo de trabalho dos trabalhadores, ora as formas de organização do trabalho em que cada um dos trabalhadores intervém apenas no seu âmbito imediato de trabalho.

Baseados na fundamentação que Bernardo acima invocou, iniciamos nosso estudo pelo exame do desenho organizacional da Secretaria Municipal de Saúde de Joinville. O quadro abaixo nos mostra que cada trabalhador se encontra dentro de um quadro oficialmente determinado.

**FIGURA 2 - Organograma da Secretaria Municipal de Saúde de Joinville**



Fonte: SMS – Joinville

Legenda: **PCAA** – Divisão de Planejamento Controle Avaliação e Auditoria; **DAB** – Divisão de Assistência Básica; **CEREST** – Centro de Referência em Saúde do Trabalhador; **SST** – Serviço de Saúde do Trabalhador; **PAD** – Programa de Assistência Domiciliar; **SST** – Serviço de Saúde do Trabalhador; **NAIPE** – Núcleo de Apoio Interdisciplinar para Pacientes Especiais; **CAD** – Centro de Atenção Diária; **CTA** – Centro de Testagem Anônima; **PAPS** – Pronto Atendimento Psico-social; **SAF** – Serviço de Almoarifado e Farmácia

Este quadro social explica a lógica que na prática orienta os sistemas de gestão e os vários setores. Os relacionamentos de trabalho e as comunicações acontecem de forma indireta, o que tem garantido a individualização do corpo de trabalhadores da Secretaria Municipal de Saúde de Joinville e sua conseqüente fragmentação. Ou seja, as relações que se estabelecem entre os trabalhadores da instituição, são subordinadas aos níveis hierárquicos descritos no organograma, cabendo aos gestores a mediação e a integração dos vários setores por meio da burocracia institucionalizada.

Em seu relato, o ACS falando sobre a hierarquia da Secretaria Municipal de Saúde e como os relacionamentos acontecem na sua forma indireta, diz o seguinte:

[...] queríamos fazer uma visitação à Maternidade Darcy Vargas. Combinamos, aí [...] mas tem que pedir pra coordenadora, aí a coordenadora, tem que pedir na Secretaria, [...].(ACS)

Este é um dos esquemas que tem garantido a divisão e a fragmentação do trabalho em virtude da determinação da estrutura que subordina os trabalhadores ao controle efetivo dos gerentes. Este relacionamento hierárquico acaba por sustentar os indivíduos que exercem a função de gerentes e impede a participação dos trabalhadores nas decisões sobre suas atividades de trabalho.

Partindo para observações do processo de trabalho em duas unidades de saúde e análise de mais relatos dos trabalhadores pode-se constatar, pelo movimento dos trabalhadores de saúde, que o modelo de intervenção prestado segue a organização social e fragmentar do trabalho.

O relato de um trabalhador e duas situações observadas são suficientes para ilustrar aquilo que chamamos de caráter fragmentar do trabalho em saúde. Passamos a citar o relato do ACS:

Tem que tá tudo sincronizado [...]. Mas eu não quero dizer que eu tenha que fazer tudo, eu posso dividir o serviço [...]. Você tem que ter o começo, o meio e o fim. Pra poder fazer com que a coisa possa fluir [...]. Se eles não tiverem junto com o meu trabalho, a coisa não vai fluir. Eu deixo sempre claro isso com eles, que nós trabalhamos em conjunto. (ACS)

O relato que invocamos acima ilustra que o trabalho em saúde acontece por meio de várias operações segundo um esquema seqüencial, restringindo cada trabalhador a uma dada tarefa. Dessa forma, o trabalho em saúde é a soma de várias tarefas.

O que ocorre na prática é que cada trabalhador aplica os meios adequados para o atendimento de uma determinada etapa do plano de tratamento, por tal forma que um bloqueio num dado processo particular pode resultar em bloqueios no âmbito mais geral.

Quanto às situações, a primeira se enquadra em um modelo de atenção à saúde em que cada atividade depende social e tecnicamente de muitas outras, como segue:

Situação 1 - Um determinado usuário A, agendado para o clínico geral, é recebido pelo ASP que abre seu cadastro e o encaminha para a sala de triagem, onde o auxiliar de enfermagem irá verificar seus sinais vitais. Esse auxiliar responsável por realizar a triagem encontra-se em diferentes salas realizando variadas intervenções como vacina, orientações a pacientes que se encontram na unidade, etc. estando no momento em que chega nosso usuário para a triagem, ausente da sala. É possível se perceber com facilidade um expressivo número de pacientes e a dificuldade dos profissionais em atendê-los. Devido a esse número, nesta etapa do processo de trabalho o usuário A permanece ao lado da sala de triagem aguardando para ser chamado durante 23 minutos. Não tarda, aparece o clínico geral nitidamente aborrecido, reclamando à auxiliar que está sem nenhuma ficha de paciente em sua mesa e que teve de parar o atendimento. Esta reclamação faz com que imediatamente a auxiliar responda, de forma brusca: "*Eu estou fazendo o que posso*". Segue um período de recriminações do profissional médico à auxiliar de enfermagem e a atribuição de culpa pela auxiliar à demora na recepção.

A segunda situação é igualmente reveladora e se enquadra em um modelo que procura tratar os próprios trabalhadores entre si de forma impessoal e hierarquizada, sendo este modelo também evidenciado na primeira situação.

Situação 2 - No dia 2 de agosto chega à unidade de saúde, às 9h37min, um usuário solicitando consulta com o médico clínico. Neste horário as doze fichas de atendimento mais as duas fichas de emergência que compõem o atendimento diário já haviam sido distribuídas. O caso é discutido entre os trabalhadores da recepção, confirmando-se a necessidade de atendimento. Segundo esses trabalhadores, não se tratava de um caso de urgência ou emergência; mesmo assim, decidem encaminhar o usuário para o pronto-socorro do hospital mais próximo, alegando a dificuldade de acesso que eles próprios tinham ao clínico geral daquele horário.

As situações acima sublinham o que queremos demonstrar: o trabalho em saúde é fragmentar e seu caráter é social. Em primeiro lugar, porque o resultado da atividade em saúde decorre de um processo que só funciona quando se leva em conta os processos seguintes, de modo que o processo de trabalho em saúde é um contínuo e coletivo. Em segundo lugar, deste conjunto de fatores resulta que o caráter social da prática abarca todos os trabalhadores de saúde, que constituem uma força coletiva de trabalho, embora fragmentada internamente.

É certo, portanto, dizer que no trabalho nas UBS de Joinville, na forma como hoje ele se organiza, a produção de serviço acontece por meio da seqüência de trabalhadores individualizados. Porém, mais que isso, constatamos – na articulação prática entre os indivíduos ao responsabilizarem uns aos outros e submeterem à pressão o companheiro de trabalho, neste caso, o médico submetendo a auxiliar de enfermagem – a ocorrência das questões de representação de classe e dominação entre os trabalhadores.

A atitude expressa pelo profissional médico demonstra ser o mesmo desconhecedor de que o trabalho não acontece de forma isolada e que as categorias profissionais não devem estar estruturalmente subordinadas umas as outras. Aqui, podemos nos voltar para um problema que diz respeito à instituição de uma relação desigual entre os trabalhadores de saúde, baseada no não-reconhecimento das dependências e necessárias inter-relações no trabalho e naquilo que Pires (1988) destaca como um dos aspectos do trabalho em saúde: a hierarquia dos profissionais na organização do trabalho. Essas relações desiguais e

os traços hierárquicos não são incomuns em nossas entrevistas; pelo contrário, seus sinais aparecem com bastante freqüência. Prova disso é a expressão de uma médica:

Aqui diz assim: exames solicitados pelo enfermeiro conforme o protocolo, diga-se de passagem, eu sou contra, sou contra porque, o fulano de tal pediu. Quanto tempo vai levar pra chegar no médico? E o que ele vai poder fazer com isso aqui (referindo-se aos resultados dos exames)? Falar bobagem pro doente, porque geralmente é o que acontece.

Ou ainda de um ACS:

[...] o médico geralmente é o médico, ele é o que tem o rei na barriga, ele tem o diploma, então ele pode tudo, [...] ele foi contratado pra consultar 14, 12 mais 2 emergências, urgências na verdade, 2 urgências, só. Mais que isso ele não faz, entendeu, e ele é médico, ele pode e pronto e, a gente tem que ficar quieto e a gente tem que ficar quietinho. E eles [...] é bem difícil sabe.

As duas manifestações acima citadas corroboram aquilo que Garcia (1989) interpreta e postula: no setor de saúde, os aspectos da hierarquia e das relações desiguais se refletem entre os trabalhadores quando da organização do trabalho em saúde.

#### **4.2.2 Absorção dos Conflitos pela Gestão**

Na SMS de Joinville, durante o processo material do trabalho, por iniciativa própria alguns trabalhadores tendem a desenvolver seu trabalho segundo formas por eles decididas, em violação à hierarquia estabelecida. Ao tomarem essa atitude, afirmam o desejo de decidir e manifestam uma tendência prática ao controle de seus processos de trabalho. É neste sentido que se trata de uma forma de conflito com aquilo que está dado. Segue a descrição de um fato observado onde estes aspectos aparecem:

Participamos, juntamente com as ACS, de uma reunião cujo objetivo era discutir o andamento dos trabalhos daquele mês, mais especificamente o preenchimento de relatórios de visitas e o alcance de metas. Na ocasião, por sugestão de uma das ACS, foi decidido que iriam fazer uma palestra sobre verminose no Lar Abdon Batista, que cuida de crianças abandonadas. A palestra tinha por fim, segundo as próprias ACS, a busca da realização de coisas diferentes daquilo que vinham até então desenvolvendo. No decorrer da discussão uma das ACS referiu que o Lar não estava na área de abrangência da unidade e que não estava no contrato delas (anexo 4) esse tipo de atividade. Após vários minutos de conversas, resolveram realizar a palestra, apesar dos possíveis impeditivos. Duas ACS ficaram responsáveis pelo contato com o Lar e três pelo preparo do material. As que ficaram responsáveis por agendar o evento contataram o Lar Abdon Batista e marcaram a palestra para dois meses depois. Quando retornamos à unidade na semana seguinte para mais um dia de observação, tomamos conhecimento, pelas ACS, que a atividade prevista no Lar tinha sido cancelada pela coordenação da SMS, sob alegação de que qualquer atividade que envolvesse outras instituições deveria ter a prévia autorização da mesma, e mais, que o Lar não pertencia à área adstrita da unidade

Neste ponto é necessária uma análise atenta da atitude das ACS. A bem da verdade, neste caso específico, as ACS estabeleceram um outro tipo de relação com a hierarquia, sendo também estabelecido um relacionamento distinto entre elas. Essa forma coletiva de desrespeito às normas indicadas pela gestão remodelou naquele momento o comportamento das ACS, na medida em que suspenderam as normas estabelecidas e iniciaram em seu próprio nível um novo relacionamento, sem se submeterem a aprovação da gerência. Essas ACS negaram a hierarquia e constituíram maneiras informais de organização e processos de trabalho. Neste caso, a maneira informal de organização do trabalho sabotava a hierarquia, já que era do conhecimento delas que o Lar Abdon Bastista situava-se em outra área de adstrição e que não fazia parte de suas competências, conforme contrato, realizar esse tipo de atividade.

Contudo, mal tinham sido esboçadas as tentativas de romper com a hierarquia e com as normas da instituição, as ACS tiveram que se defrontar com a gerência, que obedece a critérios de organização opostos, decorrentes das relações de dominação.

Assim, não há como escapar de partilhar a opinião daquilo que Gonçalves (1994) advoga, para quem os trabalhadores de saúde são contratados por normas, procedimentos e estruturas que fazem com que eles percam sua capacidade de criar tecnologias que produzam sua intervenção peculiar, pois pode ser evidenciado que o estilo administrativo não privilegia a concepção coletiva do trabalho e que o controle pelos gerentes sobre o processo de trabalho aí se estabelece.

Quando, porém, ao adotarem formas individuais de violação, a organização, como tem acontecido com freqüência no universo das unidades, acabam por reproduzir a fragmentação em que se encontram, reforçando então as bases disciplinares da gestão. Este é um dos aspectos em que as formas de rompimento discutidas por Merhy (1977), para quem o trabalho vivo em saúde possui tecnologias próprias, reinventando o que já está dado pelas estruturas de comando e construindo novas formas de processos de trabalho, encontra sua contradição nas formas que aqui apresentamos, por percebermos que o trabalho vivo mesmo sendo recuperado pelos trabalhadores de saúde, o que não é incomum; na maioria das vezes ele não consegue se sobrepor à estrutura ou, ainda, é explorado por ela como forma de a legitimar.

Ao longo das próximas páginas procuraremos mostrar em traços forçosamente muito gerais um modelo individual de violação à organização.

O caráter individual está explícito na situação de conflito vivenciada em uma das unidades observadas. A atitude dos trabalhadores dessa unidade não resulta de uma deliberação conjunta, daí o seu caráter individual e fragmentar.

Esta situação, segundo informe verbal de alguns trabalhadores, vem sendo vivida ao longo de dois anos. Trata-se da insatisfação unânime dos trabalhadores,

ao serem coordenados por uma gerente que segundo eles, gerencia de maneira autoritária e incoerente.

Na seqüência, apresentamos trechos dessas manifestações. Quando a auxiliar de enfermagem se refere à gerência local, diz:

É que às vezes fala aquilo que só vai tumultuar e não resolve nada, agora eles fizeram uma reunião do Conselho que eles não querem mais a coordenadora daqui, porque teve um problema com médicos. [...] Os médicos brigaram todos, mas isso é coisa que eles se fecham aqui, a gente não sabe nem como é o contrato deles, prá gente ficar julgando, então a gente nem vai no Conselho, porque tá fervendo, os médicos aqui no posto, não param. Aí o pessoal do bairro acha que tem alguma coisa, porque tem outros postos que param, né. Doutora (cita o nome da médica), discordou de algumas coisas aqui, daí ela foi a favor da população, entrou no Conselho e, aí ficou esse clima muito ruim. Dr. (cita o nome do médico) também tá saindo, aí ele começa a falar, falar coisas que não interessa à gente, ele tem que falar lá prá chefia, se passa a chefe escuta aquilo, já fica ruim prá gente, então você não pode ter um diálogo aberto com o médico, né. (Auxiliar de enfermagem)

Relatamos um trecho da entrevista de uma enfermeira da mesma unidade que exprime sua opinião sobre a gerente:

E entrou na coordenação queria mostrar serviço prá Secretaria, fez relatório até.. só não conseguiu colocar a respiração no papel porque não dá, né, a minha.[...] Porque ela insistia em dizer que eu não me dava bem com a equipe, ela insistia em dizer que por causa disso a minha produção não era boa, sabe era visível, nada, nada, provava o que ela me dizia. E se fizer isso aqui com a (cita o nome da coordenação), ela vai ser linchada, porque 90% dos funcionários vão falar mal dela. Ela é extremamente desumana, ela trata todo mundo como fosse assim, um caminhão de macaco, um caminhão de cavalo, sabe, ela não trata você como um ser humano [...] a maioria das vezes entra naquela porta dos fundos já com uma carranca. Se ela chega e vê alguém naquela cozinha, ela para, dá uma encarada, primeiro ela encara, fica assim uns dois minutos, olhando, boa tarde, bom dia (faz cara feia para imitar), daí encara com aquela cara de carrasca, como quem diz, o que vocês tão fazendo aqui? Ela é totalmente contra a cozinha, sabe aquele banquinho preto da cozinha? Ela queria tirar o banquinho, para as pessoas comerem em pé segurando o prato, porque tem pessoas que almoçam aqui, trazem marmita. Ela queria tirar pra ninguém sentar na cozinha, porque a cozinha não é lugar de sentar. É uma loucura. (Enfermeira)

Na continuação, apresentamos fragmentos de outra entrevista com a médica da unidade, que dá a entender a intransigência da gerente, como a seguir:

Não tem diálogo. E é sempre assim. Aqui é um problema geral de insatisfação, principalmente dos médicos com a coordenação. Para ela, preto é preto, branco é branco e cinza não existe. (Médica)

Toda essa insatisfação resultou, recentemente, em uma carta aberta escrita por uma médica e encaminhada ao Conselho Local e Secretário Adjunto de Saúde. Nessa carta a profissional se encarrega de enunciar alguns aspectos que visivelmente a incomodavam. Trechos da carta aberta, datada do ano de 2005:

*Cara Senhora:*

*Trabalho no Posto de Saúde (cita o nome do posto) como Pediatra há mais de 3 anos. Nesse tempo vi pelo menos 12 (doze) profissionais médicos saírem do posto contrariados sem querer deixar a comunidade, em decorrência de dificuldades de relacionamento com a Sra. [...]. Resisti o que pude, mas, tudo indica que serei a décima terceira. Ao deixar (cita no nome do posto), ficarão órfãos 6 projetos em andamento além do acompanhamento há 3 anos de crianças desde o nascimento.[...] irá comigo a frustração de não ter visto o resultado de nenhum deles, além de saber que a comunidade que sempre apoiou e elogiou todo o meu trabalho será agora e cada vez mais prejudicada. [...] Isso é bem diferente do que pensa a gerente que acha que todo médico é igual e que não existe nenhuma dificuldade de uma senhora trocar de ginecologista 4 vezes em 2 anos ou uma gestante durante o pré-natal trocar de obstetra 3 vezes como vi várias vezes.*

*Nenhum médico irá conseguir parar nesse posto [...]. Sempre que um profissional sai do posto, a gerente passa 8 a 10 dias sem sequer pisar (cita o nome do posto) e manda suas comparsas espalharem que o Conselho de Comunidade Local não aceita médicos que se atrasam. Será que é verdade? Ou o Conselho sequer sonha sobre o inferno que nós profissionais médicos vivemos para trabalhar com a comunidade que escolhemos?*

*Bons administradores na área da Saúde não precisam ser necessariamente médicos, mas precisam ter sensibilidade para saber a importância de um médico na vida de pessoas simples que muitas vezes têm como único recurso esse médico do posto.*

*Essa pessoa não é a nossa gerente, jamais procura ajudar seus coordenados nas dificuldades do dia-a-dia e trata a todos como professora velha dos antigos jardins de infância onde todos apanham de palmatória ante qualquer falta mesmo que cheio de explicações. Cumpre citar que ela nos leva a exasperação sem sequer levantar a voz ou perder o controle o que nos impede de classificá-la de psicótica, mas, apenas de pessoa má.*

*Que o conselho local de Saúde se manifeste sobre o que é melhor para a comunidade: [...] ou a saída da gerência ou a permanência dos médicos atuais e retorno dos que ainda têm contrato?*

*Aguardando instruções, agradeço.*

*Pediatra*

*Jlle, 21/06/05*

Observamos então que: 1) as relações de oposição se verificam nas relações de dominação-subordinação entre os próprios trabalhadores de saúde e entre os trabalhadores de saúde e a gestão;

2) as representações na fala dos trabalhadores sobre a gestão na UBS enfatizam os seguintes aspectos:

### **medo**

"...se passa a chefe escuta aquilo já fica ruim para a gente..."

"... então a gente nem vai no Conselho, porque ta fervendo..."

### **a convicção da violência própria do gestor.**

"...ela é extremamente desumana..."

"...onde todos apanham de palmatória ante qualquer falta mesmo que cheios de explicações..."

### **frustração**

"...irá comigo a frustração.."

### **inflexibilidade do gestor**

"Cinza não existe"

### **fragmentação das relações**

"...os médicos brigaram todos..."

"...você não pode ter um diálogo aberto com o médico..."

Em resposta à carta aberta da profissional médica, motivada pela insatisfação com a gerência, e diante da ameaça de descontrole, os gerentes (coordenação da unidade e chefia de divisão) da SMS reagiram, instalando na unidade um processo de ouvidoria, em que se autodesignam "juizes": Os profissionais da unidade, por determinação dos ouvidores, são ouvidos em reunião, sendo separados por categorias, o que de certa forma os tornava mais vulneráveis às pressões impostas pelos gestores. Nesse caso, não é preciso dizer que estamos diante das formas tradicionais de repressão e não diante de uma solução. O constrangimento e o medo dos auxiliares de enfermagem e dos ASP foram claramente explicitados na unidade, como: "*Eu não vou falar nada*" ou ainda, "*Não vou falar a verdade*". E estas declarações estão longe de esgotar tudo aquilo que se pôde ouvir dos trabalhadores na ocasião.

Esta situação ilustra muito bem o dilema e os limites da atual gestão da SMS em satisfazer a necessidade das mudanças nas relações sociais exigidas pelos profissionais de saúde.

Cabe também aqui assinalar a violência e a agressividade com que os problemas dessa ordem são solucionados, ou melhor, adiados, dado que este tipo de solução não pode se dar indefinidamente.

No que se refere às razões que possibilitaram esse tipo de atitude por parte dos gestores, na nossa compreensão deve-se a um fator inicial de maior importância e que consiste na capacidade, ou não, dos trabalhadores de saúde de ampliarem e aprofundarem as relações de solidariedade entre eles, não podendo estes confrontos operarem de forma individual. Apenas o desencadeamento coletivo de confrontos poderá fazer recuar os gestores e começar a pôr em xeque as formas de dominação da atual gestão.

O que vem ocorrendo nesta UBS, neste caso específico, é que a gerência vem assimilando este confronto, por ter percebido que ele é comandado pela categoria médica, sem que tenha se estendido, pelo menos de maneira explícita, a outras categorias profissionais.

Apesar do fato relatado acima apontar para uma solução mascarada do conflito, pensamentos como o de Campos (1988), consideram que mesmo de forma individual e fragmentária, os profissionais de saúde podem influir decisivamente sobre os rumos de um determinado processo na área de saúde. Mészáros (2002), por outro lado, articula seu pensamento em termos diferentes, colocando as determinações coletivas como necessárias para o estabelecimento de relações não-hierárquicas e autônomas.

O que nos parece a partir do ocorrido na UBS de Joinville, é que ora os trabalhadores de saúde se integram às formas hierárquicas e fragmentárias do trabalho, ora objetam essas formas e advogam a autonomia e o poder de decisão.

Esta contradição surge no relato de uma ASP que perguntada se podia influenciar na forma de fazer o seu trabalho, respondeu num primeiro momento:

Existe uma rotina da Secretaria que a gente procura seguir, mais assim, a coordenadora da gente sempre nos diz, faça da forma que achar melhor e, aí eu faço isso.

No momento seguinte relata:

...a impressão que dá é que, quando a gente quer mudar, eles colocam as coisas de uma forma tão difícil, que parece que vem meio de cima pra baixo e, aí obedece quem tem juízo (risos).

De certo modo, estas tentativas dos trabalhadores de saúde de romper com os mecanismos de dominação impostos pela gestão podem ser consideradas exitosas, na medida que evidenciam a possibilidade de uma nova organização e novos processos de trabalho, autônomos e coletivos.

Com respeito à questão da unidade dos trabalhadores de saúde nos conflitos, a tendência observada foi distinta nos dois casos relatados. No primeiro caso que trata do desafio à hierarquia, existiu uma articulação prática entre os ACS que mobilizou positivamente esses trabalhadores. Entretanto, foi superposta a essa articulação a estrutura hierárquica. No caso do antagonismo ao autoritarismo da gerência, apesar do conteúdo do conflito ser coletivo, pela insatisfação geral dos trabalhadores, parece-nos que a insatisfação não foi suficiente para que houvesse uma unificação social entre os trabalhadores de saúde, dado que sua organização se deu de forma individual. Por essa razão, citamos aquilo que Bernardo (1991) afirma e reafirma constantemente: é necessário que não apenas o conteúdo programático da luta seja recuperado, mas também suas formas organizativas.

À luz dessa constatação, refletindo positivamente e tendo como compreensão que as relações de oposição contribuem para a transformação do modo de produzir o trabalho em saúde, começamos a nos convencer de que as condições para que tais transformações aconteçam estão começando a ser desenhadas.

#### **4.2.2.1 Absorção dos Conflitos no Trabalho dos ACS**

Outra forma que a gestão encontra para a antecipação dos conflitos existentes no interior do setor, nos parece acontecer através do programa de Agentes Comunitários de Saúde. Para que os mecanismos de funcionamento da Secretaria Municipal de Saúde possam funcionar plenamente, é necessário que a generalidade das necessidades do coletivo tenha formas passivas ou individualizadas e que não ultrapassem os limites marcados pelas formas gerais de atendimento, nem se desviem da orientação que a instituição lhes tenta imprimir. É inevitável, portanto, que a Secretaria mantenha sua presença de fundo destinada a controlar.

O programa de ACS tem colaborado ativamente com a instituição na prevenção dos conflitos com os usuários do sistema de saúde e na definição das concessões antecipadas, passando esse modelo de gestão/organização do serviço a ser não apenas mero organizador das reivindicações, mas, sobretudo verdadeiro administrador da instituição.

E como isso acontece?

Na narrativa de seu trabalho, o ACS "C" nos diz que sempre procura prevenir os conflitos oriundos da insatisfação pelo atendimento prestado ao coletivo:

Eu sempre digo pra quem eu visito que a gente é uma ponte entre os usuários e o posto. Vamos supor que a gente identifica algum problema na comunidade: por exemplo, o paciente reclama que não consegue atendimento no posto, então ali a gente entra e, procura amenizar o problema. (ACS C)

Também a gerente de uma das unidades nos respondeu quando perguntamos sobre os temas das capacitações administradas aos trabalhadores, que os funcionários recebem cursos sobre relações humanas no trabalho. Esses cursos, segundo ela, são necessários em função dos contatos que os trabalhadores têm com os usuários.

Para Bernardo (1998), os cursos de relações humanas no trabalho constituem-se num método utilizado nas empresas para solucionar os conflitos entre os gerentes e os trabalhadores e têm como uma das grandes preocupações a recuperação e a assimilação do descontentamento social. O autor define estes cursos como uma ideologia manipulatória, que tenta enquadrar as bases a um universo de interesses daqueles que dominam as instituições.

Por comparação com as empresas, o setor de saúde de Joinville, ao adotar como capacitação os cursos de relações humanas no trabalho e orientar os trabalhadores sobre a interação social unida à melhoria dos padrões de comunicação, parece adotar este método como solução para os conflitos entre o setor e a coletividade.

A médica de uma das unidades pesquisadas nos explica que as reuniões que realizam mensalmente na unidade são mais no sentido de instrumentalizar o ACS, para que possa dar algumas orientações aos pacientes. Além disso, para ela:

... os ACS podem estar trazendo os problemas da população. Aí também nós, podemos estar avaliando se nós estamos trabalhando com o respaldo da população. Oh, o paciente foi atendido, paciente não foi atendido, oh..., o paciente passou mal com o seu remédio não quer vir mais aqui, aí se o paciente não quer vir, nós vamos até lá. O paciente assinala que não está sendo bem tratado, então a gente escuta qual é a história do paciente. Porque sabendo levar a comunidade, ela fica mais confiante e nós conseguimos trabalhar sem problemas. (Médica)

O receio de que os usuários possam desenvolver ou acirrar movimentos que manifestem insatisfação e comprometam a continuidade das formas dos serviços prestados é consenso entre trabalhadores. Assim, todos acabam por se concentrar na constante vigilância e prevenção dos conflitos, antecipando-se sempre que possível às aspirações coletivas.

Antes de qualquer coisa, é necessário lembrarmos de que no Brasil, a medicalização e a disciplina a domicílio constituem-se do século XVIII até meados do século XIX, num poderoso sistema de controle do Estado pela regulação do

contato entre os indivíduos e teve na família um dos maiores aliados. (COSTA, 1979)

Esse processo funcionou, em parte, pela dominação da família pela medicina da época:

Após capitular diante da medicina, de reconhecer o valor do corpo e da moral sadia, a família passou não só a consumir como a difundir serviços médicos. [...] apropriando-se do médico, o grupo familiar não mais se opôs à higiene. Pelo contrário, ajudou-o a expandir-se [...]. (COSTA, 1989)

Se décadas atrás o Estado havia sido capaz de acomodar a família aos interesses do Estado burguês, conforme Costa, a situação, no caso específico do programa de ACS, parece que não se inverte, sendo também possível pensá-la como um mecanismo de dominação da gestão, na medida em que a cedência às necessidades formuladas pelo coletivo, sobretudo em situações de conflito, podem se apresentar como a globalização dos interesses entre a gestão e os usuários, podendo a gestão funcionar num processo contínuo e, portanto, de manutenção do status quo.

#### **4.2.3 - A produção da Oferta e do Consumo dos Serviços em Saúde**

O poder da gestão, que na sua formulação teórica tem sido pensado como conversão dos gerentes em conceptores (planejadores) das políticas de saúde, e dos trabalhadores em executores dessas políticas, exerce-se também no setor de saúde através da subordinação da procura por serviços à oferta. Os planejadores pretendem que a oferta e a procura se defrontem num permanente reequilíbrio.

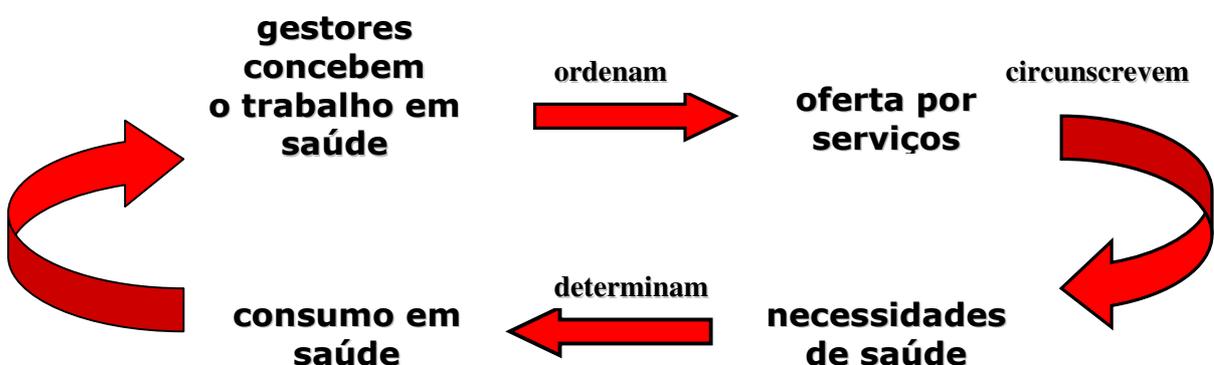
Na realidade, porém, ao gerarem a oferta dos serviços por meio de ações programáticas, como por exemplo, atendimento ao paciente portador de doenças

crônicas (hipertensão e diabetes), preventivo de câncer ginecológico, pré-natal entre outros, o setor organiza igualmente a procura que ele vai encontrar do lado dos usuários e, por isso, os serviços oferecidos não opõem qualquer obstáculo à hegemonia do gestor, nem por parte do usuário e nem por parte do trabalhador em saúde, que passa a acreditar que os serviços oferecidos se constituem nas reais necessidades da coletividade.

A divisão operada de um lado, pela procura dos usuários para a solução de seus problemas e, de outro, pela programação em saúde, definida pelos conceptores desses serviços por meio dos programas está na origem da determinação decisiva daquilo que os trabalhadores de saúde consideram como suas atribuições e os usuários como suas necessidades.

Para a determinação do consumo em saúde, os gestores de saúde do município têm circunscrito as necessidades dos usuários. Ao circunscreverem essas necessidades configuram os problemas de saúde e os tipos de programas que serão ofertados. Na figura 3 se apresenta um esquema simplificado da subordinação das necessidades de saúde dos indivíduos à oferta por serviços em saúde no município de Joinville:

**Figura 3 – Esquema simplificado da produção da oferta e do consumo em**



Trechos de entrevistas feitas a vários profissionais nas unidades de saúde pesquisadas demonstram que os trabalhadores, ao aceitarem as formas de assistência em saúde através dos programas (pré-natal, diabetes, hipertensão, preventivo do câncer, etc.) impostos pela gestão e disponibilizados à população, estão a moldar-se por normas da instituição

Quando fizemos a 15 trabalhadores de saúde a mesma pergunta, sobre quais os critérios utilizados para a definição dos serviços que deveriam ser oferecidos pela unidade à população, todos admitiram, de forma unânime, que os serviços oferecidos destinavam-se a satisfazer as necessidades básicas dos usuários, e em momento algum argumentaram sobre as razões dos serviços oferecidos. Contudo, reconheceram que desconheciam os critérios que os haviam estabelecido, com exceção de uma auxiliar de enfermagem, que atribuiu às informações estatísticas a origem dos programas, como citamos a seguir:

Pelo que eu sei foi feito uma estatística, que tem tantos diabéticos, tantos hipertensos. Então, houve uma necessidade de implantar os programas, pela estatística da população. Quando eu entrei aqui, os programas eram meio misturados. Nas visitas que eu fazia, eu comecei a descobrir um monte de diabéticos, idosos e hipertensos.

É necessário esclarecer que determinados mecanismos de coletas de dados (anexo 5) utilizados e relatórios de visitas priorizam a investigação de algumas patologias, entre elas diabetes e hipertensão. Isso pode explicar a importância assumida por algumas enfermidades e o entendimento de que a escolha na investigação dessas patologias reduz-se a indicar uma opção que lhes é imposta.

Quanto aos demais trabalhadores, pode-se constatar muito da resignação aos serviços concebidos e impostos pelos gestores, sendo que as respostas seguiram mais ou menos o padrão dos relatos que seguem:

Olha, eu basicamente sigo aquilo que já está estabelecido. Então, quem estabeleceu isso eu não sei, mas tem coisas que são básicas, por exemplo: hipertensos e diabéticos têm no mundo inteiro, né? (Médico)

No relato a seguir parece-nos que o ACS vê seu trabalho com indiferença, pois simplesmente acata os serviços concebidos por outros.

[...] Agora, por que é feito assim eu não sei te dizer, na verdade já virou costume. A gente segue o que já era feito antes... (ACS)

Repetidas vezes outros profissionais nos disseram praticamente a mesma coisa, apenas com palavras diferentes. Eis no relato abaixo mais um exemplo onde a identificação com o poder de decisão e com as necessidades dos usuários se mostra frágil.

Eu já herdei isso. Não fui eu quem definiu [...] Então o que eu faço, procuro dar atenção primária. Então, eu vou tentar manter controlados meus diabéticos, meus hipertensos, que é o que mais tem [...] E nossa área tem muito paciente idoso. A população idosa é de grande quantidade, é predomínio [...] E o que aparece mais, é hipertensão e diabetes. Meu Deus, quantidade. Olha hoje, [...] Olha só, de 10 que eu atendi hoje [...] aqui, de 10 que eu atendi hoje, 8 eram diabéticos, hipertensos, ou um ou outro. Todo dia é mais ou menos essa proporção. (Médica)

Mesmo que aceitássemos que a oferta de serviços, como por exemplo, a pacientes hipertensos se adequasse às reais necessidades da população da unidade, a afirmação feita pela profissional médica, de que a população idosa predomina na área de adstrição da unidade não corresponde à realidade, dado que 8%<sup>11</sup>, do total da população adstrita desta unidade é idosa.

Dois exemplos que passaremos a relatar a seguir podem ser suficientes para ilustrar o que tentamos demonstrar sobre um possível caráter fictício das demandas, que podem estar fazendo crer aos trabalhadores de saúde, que as necessidades da coletividade vêm sendo atendidas por suas intervenções.

O primeiro exemplo suscita várias interrogações sobre o atendimento das reais necessidades da população; o segundo diz respeito às grandes dificuldades de acesso da população aos serviços de saúde.

---

<sup>11</sup> Informação obtida do relatório de população cadastrada, por unidade - Joinville/ 2002/Secretaria Municipal de Saúde de Joinville.

#### **4.2.3.1 As Contradições da Oferta e do Consumo Explícitas nos Indicadores de Saúde**

Para orientar a explicitação do primeiro exemplo, optamos por realizar a análise de três indicadores em saúde: APVP, morbidade hospitalar e internação hospitalar por gravidez na adolescência. Embora limitadas, essas informações evidenciam parte da problemática dos serviços de saúde e dão pistas sobre a incapacidade dos serviços de saúde em atender às reais necessidades da população do município.

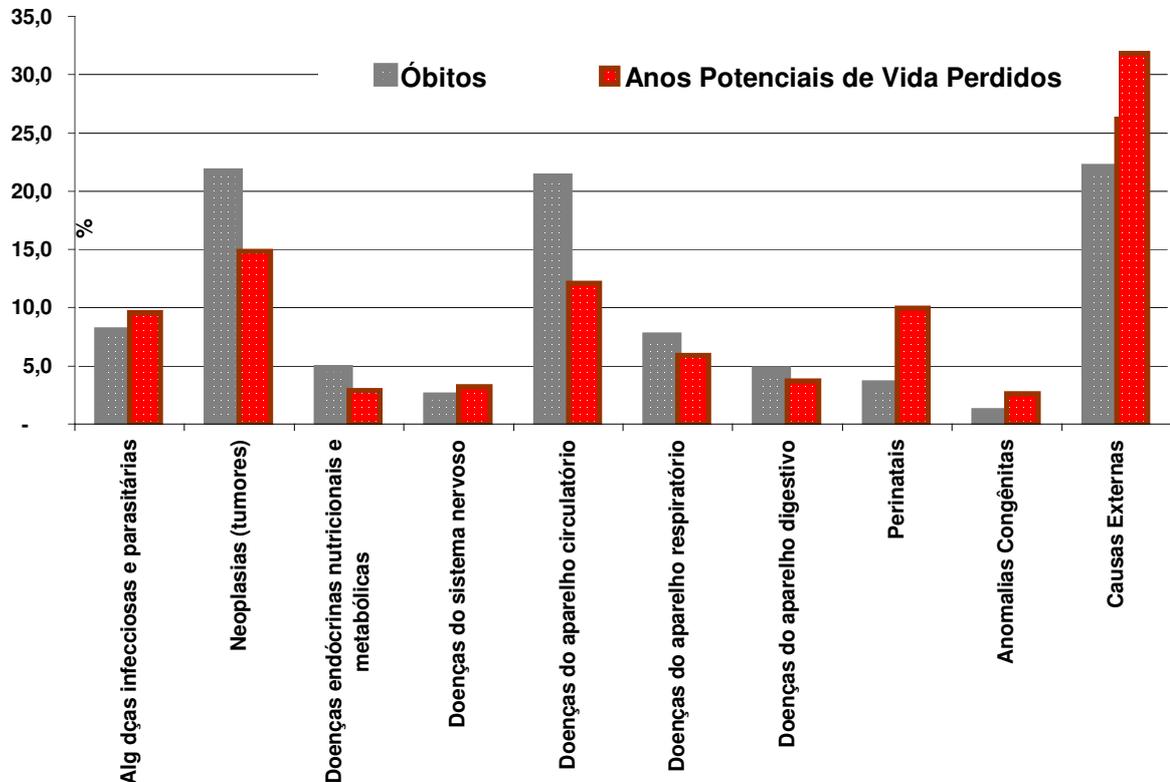
Tomamos o indicador Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP) em menores de 70 anos. No município de Joinville, a morte por causas externas (acidentes de trânsito, homicídios, suicídios, etc.) tem tido uma importância relativa nas causas de óbito (fig. 4 da próxima página). Esse tipo de morte é responsável pelo maior número de anos potenciais de vida perdidos no município, pois representa, em média, 31,5 anos para cada óbito.

Essa mortalidade prematura, implícita no indicador, não tem sido pensada como uma problemática de saúde pública e, portanto, tem escapado da intervenção dos serviços de saúde no município.

A comprovação disso é a justificativa dada pela gerente que, ao ser questionada em entrevista sobre este fato específico, respondeu:

[...] creio que o âmbito de atuação dessa problemática se situa nas políticas de trânsito e, no combate à criminalidade.

**Figura 4 - Distribuição % de óbitos e anos potenciais de vida perdidos em 2004 - município de Joinville – SC**

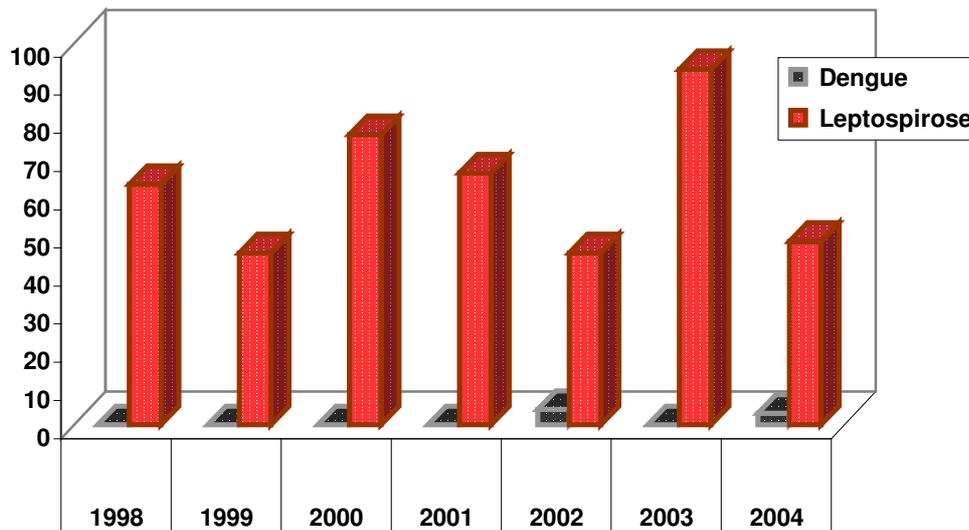


Fonte: SIM/DATASUS

É obvio que não podemos desprezar todas as dimensões sociais desta situação. Contudo, parece-nos que a contradição se situa no fato de que as chamadas doenças crônico-degenerativas (hipertensão, diabetes, câncer) que têm hoje importância no setor, também a exemplo da morte por causas externas têm determinações mais complexas e que exigem tanto uma como a outra, ações tanto de cunho mais social quanto de proteção individual. Em todo caso, a resposta dada pela gerente fica a dever em termos de explicação do processo saúde-doença e de seus determinantes, ou seja, de como os processos sociais se expressam nas formas biológicas.

Novamente as limitações intrínsecas dos princípios orientadores das práticas em saúde vêm à tona quando se toma para análise a morbidade hospitalar por dengue x leptospirose no município de Joinville (fig.5).

**Figura 5 - Nº de internações por leptospirose e dengue em Joinville no período de 1998-2004**



Fonte: SIH/DATASUS

Desde 1998, o município de Joinville tem priorizado o combate à dengue em detrimento ao combate à leptospirose. Esta informação se pode comprovar quando se identifica 43 ACS contratados com o único objetivo de prevenir o aparecimento no município de nichos do mosquito da dengue.

Com toda certeza, ao analisarmos a figura 5, é absolutamente inconcebível a priorização do combate à dengue sem que ações em saúde sejam também destinadas para o combate à leptospirose.

E o que podemos nos perguntar, é: O quê orienta tal oferta de serviço? Será que o município de Joinville prioriza o combate à dengue em função da transferência para a municipalidade de recursos financeiros federais significativos para essa ação? Ou, será que ao priorizar a leptospirose, poderia ser evidenciada a ineficácia ou inexistência de rede de esgoto e drenagem de águas pluviais e a coleta de lixo inadequada, principalmente da periferia da cidade, que é obrigada a viver em condições que torna inevitável o contato com roedores e águas contaminadas? Mas a pergunta a ser respondida é: Como tornar as necessidades do ser humano a finalidade dos serviços de saúde?

Outra situação semelhante é a informação em saúde contida no quadro 3, que expressa nos percentuais de 61,2% as internações hospitalares por gravidez, parto e puerpério, nas faixas etárias de 15-19 anos

**Quadro 3 - Distribuição percentual das internações por grupo de causas e faixa etária - CID 10  
(por local de residência) – 2004  
Município de Joinville**

Capítulo CID	<1	1-4	5-9	10-	15-	20-	50-	65 e	Total
Algumas doenças infec. e parasitárias	6,6	14,4	7,1	5,8	1,7	3,3	4,6	4,8	4,4
Neoplasias (tumores)	2,2	4,1	6,2	7,6	4,4	8,2	19,2	14,8	10,1
Transt. mentais e comportamentais	-	0,1	0,1	1,7	1,9	4,7	2,5	0,4	2,9
Doenças do sistema nervoso	3,9	7,5	4,7	6,4	1,3	1,8	4,6	5,7	3,3
Doenças do aparelho circulatório	1,5	0,7	0,3	1,8	1,1	5,3	19,6	26,1	9,7
Doenças do aparelho respiratório	30,3	37,0	28,7	12,0	3,8	3,7	7,0	13,4	9,3
Doenças do aparelho digestivo	3,1	8,4	10,7	9,6	4,3	7,9	15,4	11,9	9,4
Doenças Sist. Osteomusc. e tec.	0,2	3,5	5,4	8,8	2,4	3,4	4,6	3,6	3,7
Doenças do aparelho geniturinário	1,4	1,9	4,2	7,5	4,2	4,8	5,8	5,2	4,8
<b>Gravidez parto e puerpério</b>	0,1	-	-	4,4	<b>61,2</b>	38,8	0,1	0,2	23,2
Lesões enven. e alg. conseq. c. exter.	1,7	8,3	22,2	20,3	8,5	8,1	7,9	4,9	8,3
Contatos com serviços de saúde	5,2	1,5	1,6	3,0	1,0	5,7	2,0	1,5	3,7

Fonte: SIH/DATASUS

Nova evidência: a gravidez na adolescência. Aqui, é importante que se diga que existem relatos de que as complicações obstétricas ocorrem em maior proporção nas adolescentes, principalmente nas de faixa etária mais baixa. Há constatações que vão desde anemia, ganho de peso insuficiente, hipertensão, infecção urinária, DST, desproporção céfalo-pélvica, até complicações puerperais (SISMONDI, et all, 1984). Outro ponto doloroso dessa questão é a morte da mãe decorrente de complicações da gravidez, parto e puerpério, sendo que na adolescência, em estudo realizado no Brasil, verificou-se ser esta a sexta causa de morte (SIQUEIRA & TANAKA, 1986).

Porém devemos ter o cuidado de nos lembrar que esses achados se relacionam também com os cuidados pré-natais e desde que haja adequado acompanhamento pré-natal, não há maior risco de complicações obstétricas quando se comparam mulheres adultas e adolescentes de mesmo nível sócio-econômico (FELICE et all, 1981; MADI et all, 1986).

No quadro 4 se verifica que as complicações decorrentes da gravidez na adolescência no município de Joinville e que exigiram internação hospitalar em 2004 atingiram o percentual de 39,5%.

**Quadro 4 - Distribuição percentual das internações por gravidez, parto e puerpério e faixa etária de 15-19 - CID 10 (por local de residência) 2004**

<b>Município de Joinville</b>		
<b>CID 10</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Aborto espontânea	102	8,90
Aborto por razões médicas	1	0,08
Outras - gravidez terminou em aborto	2	0,17
Edema protéico/HAS	32	2,80
Placenta prévia	10	0,87
Outra motivos associados à mãe rel.cav.fetal	170	14,80
Trabalho de parto obstruído	27	2,35
Outras complicações	91	7,93
Compl. pred. rel puerpério e outras afecções obstétricas	8	0,70
Parto único voluntário	694	60,50
<b>Total</b>	<b>1147</b>	<b>100,00</b>

Fonte: SIH/SUS

Nos parágrafos e no quadro anterior é que se encontra o ponto para o qual queremos chamar a atenção. No setor público de saúde do município de Joinville inexistente uma política de eleição de prioridade à gestante adolescente. Ou seja, não ocorre a combinação entre o diagnóstico de gravidez na adolescência e a eleição de risco para esta população, haja vista que não há nenhum mecanismo que facilite o acesso da gestante adolescente ao serviço de saúde.

Constatamos então que: 1) as informações em saúde não são utilizadas como instrumentos a serviço da qualificação e das intervenções nas ações em saúde no município; 2) os trabalhadores de saúde dependentes dos programas, das normas, das leis não têm a exata dimensão deste problema, pois em momento algum demonstram a compreensão deste quadro, nem cogitam as possibilidades de intervenção do setor nesta realidade.

Estas três informações, a não priorização das mortes por causas externas na população jovem, os casos de leptospirose e a gravidez na adolescência demarcam

o campo em torno do qual poderia se começar a indagar sobre a legitimidade social dos serviços oferecidos pelo setor público de saúde no município.

#### 4.2.3.2 As Contradições da Oferta sobre o Consumo Expressas no Cotidiano das UBS

Eles não reconhecem nosso trabalho, eles não vêem o quanto é dificultoso a gente abrir a porta de manhã, saber que tem 60 pessoas ali, pra 14 consultas, de manhã. As pessoas precisam e, você não poder fazer nada [...]. (ACS)

Quanto ao segundo exemplo, que trata do acesso do usuário ao serviço de saúde, avançamos em sua exposição lançando mão do cronograma de atendimento de uma das unidades pesquisadas e fazendo a confrontação com o movimento que em dois dias se fez na porta de entrada desta unidade.

Cabe aqui esclarecer que o desenvolvimento dos programas constantes no cronograma é obrigatório, cabendo à unidade apenas a definição dos dias e horários da semana em que eles acontecerão. Esses programas são oferecidos em todas as UBS, daí decorre a homogeneização do atendimento no município.

#### Cronograma de uma das unidades pesquisadas

	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira
Manhã	Demanda	Demanda	Demanda	Grupos HAS/DM	Demanda
Tarde	Programa de Pré-natal	Programa de Puericultura	Reunião interna	VD *	Programa de HAS/DM**

Fonte: Unidade de Saúde

\* VD - Visita Domiciliar

\*\* HAS/DM - Hipertensão Arterial/Diabetes Mellitus

Na descrição que segue, é nossa intenção oferecer para aquele que irá ler nosso estudo uma descrição da trajetória vivida por alguns usuários, por ocasião da busca pelo serviço de saúde.

Na porta de entrada da unidade, interessa-nos analisar o movimento, conhecer os usuários que procuraram a unidade, prioritariamente aqueles que não conseguiram ter acesso ao serviço e as razões que os fizeram procurar a unidade de saúde.

Para tal, utilizamos como fontes para a elaboração de nossa análise a informação dos usuários e de alguns trabalhadores de saúde que operavam na recepção da demanda por serviços da unidade no momento de nossa observação.

A partir desse momento apresentaremos nossa observação através de etapas. Vejamos:

Primeiro dia de observação – primeira etapa – No dia – / – /05, quarta-feira, chegamos à unidade de saúde às 7h10min. Neste horário já havia 26 usuários aguardando na porta da unidade, alguns deles, desde as 6h30min. Às 7h30min. foi aberta a unidade e dois ACS explicaram para as pessoas que lá estavam que iriam ser atendidas com prioridade aqueles que chegassem até 7h50min. Explicaram ainda que existiam 14 vagas para o médico e que seria de responsabilidade dos enfermeiros, a partir da análise das queixas, decidir quem iria consultar com o médico. Em seguida começaram a argüir individualmente cada usuário sobre as razões que os trouxeram até ali. À medida que os usuários iam relatando para as ACS suas queixas, estas anotavam em uma planilha o nome, idade e a queixa.

Segunda etapa - De posse das informações, as ACS submeteram aos enfermeiros as planilhas, cabendo a eles, após análise, definir quem seria atendido pelo médico e quem seria atendido pelo enfermeiro. As planilhas foram discutidas entre os enfermeiros e o critério utilizado para a escolha de quem iria consultar com o médico foi a queixa do usuário. Restando mais sete consultas médicas, que seriam

distribuídas entre os usuários, após a realização de triagem individual pelos enfermeiros.

Terceira etapa - Os enfermeiros começaram a chamar individualmente os usuários e decidiram quem preencheria as sete vagas restantes.

Neste meio tempo chegaram mais usuários em busca de atendimento, oito no total. Estes oito pacientes receberam uma ficha contendo um número e, em seqüência numérica foram individualmente argüidos pela recepção sobre as razões que os levaram a buscar a unidade. Dois dos oito usuários tiveram acesso ao serviço, pois tinham vindo apenas para fazer exame de glicemia. Os demais, que buscaram consulta médica, foram orientados para que retornassem somente na sexta-feira até as 7h50min para nova tentativa de consulta, pois no dia seguinte, quinta-feira, haveria grupos e a demanda não seria, então, atendida.

Quarta etapa - Foram definidos pelos enfermeiros os sete usuários que faltavam para preencher as 14 consultas médicas oferecidas naquele dia pela unidade.

O quadro 5 mostra os 14 usuários que foram atendidos pelo médico e suas respectivas queixas.

**Quadro 5 - Queixas dos pacientes submetidos à consulta médica no primeiro dia de observação.**

<b>Nº de Usuários</b>	<b>Queixa</b>
1	Dor de garganta
3	Febre
*1	Dor na bexiga
1	Cólica renal
1	Vômito e dor no estômago
3	Dor no peito
*1	Diarréia
1	Bronquite
1	Alergia
*1	Resultado de exame

Usuário havia tentado no dia anterior consulta com o médico

Os demais usuários que buscaram consulta médica, 18 no total, foram submetidos à avaliação dos enfermeiros e sofreram as intervenções apresentadas no quadro a seguir.

**Quadro 6 - Queixas dos usuários que não foram submetidos à consulta médica e intervenção por eles sofrida.**

Usuários	Queixa do Usuário	Intervenção
1	*Dor de garganta	**Retorno com médico na sexta-feira
1	*Dor na bexiga	**Retorno com médico na sexta-feira
1	Dor de cabeça	Consulta de enfermagem
3	Dor nas costas	**Retorno com médico na sexta-feira
1	Atestado médico	Fornecido declaração de comparecimento
1	Micose	Consulta de Enfermagem
1	Tosse	**Retorno com médico na sexta-feira
1	Tosse	Consulta de Enfermagem
1	Ferimento na perna	Curativo e avaliação da situação vacinal
2	Exame alterado	**Retorno com médico na sexta-feira
1	Encaminhamento p/ Hospital para exames	Fornecido encaminhamento pelo enfermeiro
2	Renovação de receita	Retorno com enfermeiro/solicitará junto ao médico
1	Infecção nos olhos	Encaminhamento ao oftalmologista
1	*Anemia	**Retorno com médico na sexta-feira

\* usuário havia tentado no dia anterior consulta médica

\*\* Os usuários terão que retornar à fila das 7h30min

A parte de usuários que procurou a unidade e não foi absorvida pelo serviço foi nove no total, cabendo a eles retornarem dois dias depois até às 7h50min para nova tentativa de consulta com o médico.

Segundo dia de observação - No dia --/--/05, sexta-feira, voltamos à mesma unidade as 7h05min, para mais um dia de acompanhamento da porta de entrada. Neste horário havia trinta e um usuários, dentre os quais cinco que não haviam conseguido a consulta dois dias antes.



Foto: Demanda para o médico em nosso segundo dia de observação

O procedimento descrito no primeiro dia de observação se repetiu no segundo dia. Ou seja, a exemplo da quarta-feira, a porta da unidade foi aberta às 7h30min e os ACS iniciaram o processo de explicação sobre: o número de vagas disponíveis (14 no total) e a prioridade no atendimento, e assim por diante para as demais etapas. No meio do horário da manhã, as 10 h, mais quatro pacientes chegaram à unidade em busca de consulta médica.

Apresentamos no quadro 7 os usuários que foram atendidos pelo médico em nosso segundo dia de observação, sexta-feira, e suas respectivas queixas.

**Quadro 7 - Queixas dos pacientes submetidos à consulta médica no segundo dia de observação**

<b>Nº de Usuários</b>	<b>Queixa</b>
4	Febre
*2	Dor nas costas
1	Dor na bexiga
*1	Anemia
1	Tosse
1	Dor no peito
2	Hipertensão
*2	Resultado de exame

\* Usuário havia tentado consulta com o médico no dia 27/7/05

Os 21 usuários restantes foram submetidos à avaliação dos enfermeiros e sofreram as intervenções conforme apresentado no quadro a seguir.

**Quadro 8 - Demonstrativo das queixas dos usuários que não foram submetidos a consulta médica e a intervenção por eles sofrida.**

<b>Usuários</b>	<b>Queixa do Usuário</b>	<b>Intervenção</b>
1	Tontura e vômito	**Retorno com médico na segunda-feira
1	Pressão alta	Encaminhado ao pronto atendimento 24 horas
1	Dor de cabeça	Consulta de enfermagem
1	Dor e lesão na perna	**Retorno com médico na segunda-feira
1	Dor na bexiga	**Retorno com médico na segunda-feira
1	Tosse e secreção amarelada	Encaminhado ao pronto atendimento 24 horas
1	Fraqueza	HGT capilar e consulta de enfermagem
1	Dor ao urinar	Consulta de Enfermagem
1	Dor no estômago	**Retorno com médico na segunda-feira
1	Tosse	Consulta de Enfermagem
1	Renovação de receita	Retorno com enfermeiro/solicitará junto ao médico
1	Exame alterado	**Retorno com médico na segunda-feira
1	Tosse	**Retorno com médico na segunda-feira
2	Infecção nos olhos	Encaminhado ao pronto atendimento 24 horas
1	Fluxo vaginal alterado	Marcado preventivo de câncer
1	Tontura e dor de cabeça	**Avaliado pressão/ retorno médico na segunda-feira
2	Dor nas costas e tosse	**Retorno com médico na segunda-feira
1	Dor nas costas	Consulta de enfermagem
1	Coceira	**Cons. de enfermagem./retorno médico segunda-feira

\*\* Os usuários terão que retornar a fila das 7:30.

No segundo dia de observação, três usuários foram encaminhados ao pronto atendimento 24h. Essa conduta, conforme a enfermeira da unidade, foi adotada por ser sexta-feira e, segundo ela, esses usuários não deveriam esperar até segunda-feira para consulta com o médico do bairro. Além desses três, os dez usuários restantes foram orientados para retornarem na segunda-feira para nova tentativa de consulta.

Até aqui, expusemos o atendimento à demanda espontânea em uma unidade de saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Joinville e, em consequência da descrição desse cenário observado em dois dias na porta de entrada, podemos fazer duas afirmações gerais:

1) o modelo tecno-assistencial e o de trabalho por programas parecem ser inadequados às reais necessidades da população, dado que os usuários da unidade pesquisada não obtiveram igual possibilidade de receber assistência em saúde, sendo a alguns negado o acesso. Essa realidade e o pressuposto de que a universalidade é uma das bases do SUS permitem considerar que o modelo de assistência no município impõe a desigualdade entre os indivíduos ao conferir à demanda por serviços um caráter seletivo na porta de entrada da UBS;

2) a inexistência no ajustamento dos recursos humanos disponíveis, ou seja, a distorção entre a oferta e a demanda por consultas médicas, determinando a escassez quando comparamos o número de consultas oferecidas pela UBS e o tamanho da população que busca este tipo de intervenção.

Por fim, a dimensão mais danosa desse modo de gestão está explícita no relato contundente de uma auxiliar de enfermagem quando fala sobre o acesso dos usuários às especialidades médicas.

Funcionária "B", como a chamarei aqui, é paranaense e veio para Joinville há 3 anos e há 2 trabalha na SMS. Nossa conversa a princípio girou em torno de sua vida no Paraná. A funcionária "B" foi "prática" de enfermagem 13 anos em uma pequena cidade. Lá, segundo ela, teve que realizar partos, extrair dente do ciso,

receitar chás e mais tantas outras coisas que foi me relatando. "B" fica furiosa quando aqui é impedida de receitar seus chás. Também quando se refere à central de marcação de consultas para especialidades médicas, explica que a mesma é feita por ordem de entrada no sistema eletrônico e não por prioridade. Ela relata com clareza:

[...]. Essas coisas não deveriam acontecer. Eu acho assim, uma pessoa perdendo a visão e, não faz a cirurgia e vê uma mais novinha que já fez, entendeu? São coisas assim que eu me pergunto: por que que isso acontece? O paciente fica na fila de espera no computador, eles conseguem vaga pra consulta por ordem de entrada no sistema, às vezes tem um mais grave que entra depois. Aí, a gente pensa no caso de problema vascular: que bom que aquele conseguiu, mas você sabe que lá atrás tem alguém que perdeu a perna. Quando você vê, tem casos de varizes, coisas mais simples aos olhos da gente, enquanto que aqui tem uns esperando, daí quando foi, já foi pra amputar. Isto dá uma tristeza.

Toda crítica deve ser dirigida à gestão que, ao tratar os problemas de saúde de maneira uniforme, impõe o acesso ao especialista não a partir das necessidades mais prementes, ou até do risco do paciente, mas de acordo com a ordem de entrada no sistema. Isso pode estar agravando as condições de saúde dos usuários, que compelidos a submeter-se a estas normas deixam de buscar outras formas de solução para seus problemas de saúde.

Mesmo não sendo a Central de Marcação de Consulta (CMC) alvo de questionamento em nossa pesquisa, para nossa surpresa, todos os trabalhadores entrevistados se referem à problemática do acesso aos especialistas. Conforme alguns relatos.

A gente tá tendo esperas de 1 ano pra determinados especialistas.(Médico)

[...] ela vai me mandar os encaminhamentos da ortopedia que estão reprimidos pra eu rever, pra gente sentar e estudar o que nós podemos fazer com esses pacientes [...]. (Médica)

De acordo com uma das gerências:

Oftalmologia nós temos uma demanda reprimida de 20 meses, neurologia também, ortopedia também. Na neurologia infantil eu tenho uma consulta por mês, mas eu tenho 12 crianças aguardando, isto já dá uma espera de 1 ano.

Creio não ser agora a oportunidade para estudar o contexto da Central de Marcação de Consulta (CMC), pois exigiria um estudo mais detalhado. Bastará indicar que a CMC vem sendo mantida sobre uma série de antagonismos estruturais que tem sido fator de conflito, sofrimento e constrangimento para os trabalhadores de saúde.

#### **4.2.3.3 Conseqüências da Oferta Imposta pela Gestão sobre o Consumo e o Trabalho**

Procuraremos realizar neste instante uma análise daquilo que vimos expondo até agora e que decorre de nossas constatações. A primeira questão que consideramos importante é a tênue unidade entre as necessidades dos usuários e os serviços que são oferecidos. O que conta como "necessidade", ao que parece, não é a necessidade dos usuários, mas o necessário controle dos gerentes/gestores.

Sendo assim, os trabalhadores de saúde somente podem desenvolver atividades através de programas, que correspondem ou não às necessidades, enquanto a gestão, com base na imposição dos serviços a serem oferecidos, constrói a necessidade e a legítima como real no interior do setor. Por essa via, o trabalhador de saúde internaliza essas necessidades e, por isso, aceita a imposição desses programas como uma realidade da população. Não é, portanto, de modo algum acidental que em sua tese Mézáros (2002) afirma, que as estruturas de comando utilizam os trabalhadores para a manutenção do sistema.

A segunda questão é que os serviços na rede de atenção básica são oferecidos de forma homogênea à população do município.

A homogeneização dos serviços entre as unidades e a produção de produtos (programas) que se apresentam no setor de saúde por meio da oferta e das necessidades ideológicas sugeridas pela procura, explicam a forma como passou a

operar-se a assistência pública em saúde no município e o consumo pela coletividade.

A forma de operar a assistência pública em saúde é explicada pelos gestores como decorrência das reais demandas da população, que segundo eles, seguem uma tendência homogênea e, portanto, podem ser atendidas com a produção de produtos (programas) pré-estabelecidos em todas as unidades igualmente. Nossas observações, no entanto, não consubstanciam tal compreensão.

Então, os aspectos mais importantes desse processo de institucionalização do atendimento em saúde através de programas pré-estabelecidos, da homogeneização nas unidades de serviços e sua internalização pelos trabalhadores de saúde, por um lado, acontece com o objetivo de ampliação do poder de controle dos gerentes/gestores sobre os trabalhadores, e por outro, reflete a perda de controle dos trabalhadores de saúde sobre a organização e sobre o seu processo de trabalho.

Para os conceptores de saúde que defendem um modelo de equilíbrio e domínio, esses dois mecanismos são as estratégias centrais dos serviços oferecidos. Qualquer idéia no sentido de estabelecer a porta aberta para a pluralidade das demandas nas unidades de saúde poderia significar a perda do controle pelos gestores, dado que demandas distintas necessariamente surgiriam nas unidades de saúde, o que poderia resultar em processos de trabalho mais autônomos pela imprevisibilidade das demandas. Isto poderia ter como uma das conseqüências, a ampliação do poder de decisão dos trabalhadores de saúde. Daí o papel vital dessa homogeneização e da unidade entre oferta e procura universalmente difundida nas unidades básicas.

A estrutura de programas desvia a atenção de uma alternativa de atendimento em saúde que privilegia a integralidade e a totalidade e faz com que prevaleça a forma parcial, fragmentar e, portanto, alienada nos atendimentos em saúde. BUENO (2006), por exemplo, ao investir o processo da reforma psiquiátrica no município de

Joinville, acaba por constatar e evidenciar a alienação por parte dos profissionais da área e das equipes que estão nas Unidades Básicas de Saúde.

Alienação – foi assim que Marx (1983) caracterizou o verdadeiro problema; o produto do trabalho do trabalhador pertencente a um outro que não o trabalhador. Para ele, a alienação cria a dominação pelo não-trabalhador. Aqui, no caso que estamos estudando, da gestão sobre o trabalho.

Nessa perspectiva, a homogeneização e a unidade entre a oferta de serviços e a demanda originam a própria expressão do caráter alienado. Em primeiro lugar, porque os trabalhadores são separados da concepção e do controle do trabalho e, portanto, da definição dos serviços a serem oferecidos nas unidades de saúde e, em segundo, porque os serviços concebidos pelos gestores por meio de programas pré-estabelecidos impedem o acesso ampliado às demandas, impossibilitando que os trabalhadores de saúde identifiquem as reais necessidades da população.

A ideologia citada por vários autores no corpo de nosso referencial teórico (CARNOY, 1986; KURZ, 1992; POULANTZAS, 1977) e a divisão do trabalho que Marx (1983) situou quando da análise das formas iniciais do capitalismo é agora elaborada direta e imediatamente no setor de saúde, como um serviço entre muitos outros. O processo de produção deixou de ser apenas aquilo que se realiza dentro das fábricas, realiza-se também nas unidades de saúde, onde o trabalhador e o usuário, respectivamente, são manipulados para oferecer e desejar usar um determinado serviço.

Para tornarmos mais clara a lógica da gestão, basta expormos as respostas dadas pelas gerentes de duas das unidades pesquisadas e deduzirmos pelo raciocínio que o princípio do controle vertical e a desabonadora divisão e fragmentação do trabalho acompanha a proposição diretora das gerências das unidades.

Quando perguntadas se os profissionais de saúde podiam decidir sobre os tipos de serviços que seriam oferecidos à população, as respostas seguiram o

seguinte pensamento:

[...] sim. Por exemplo, a questão do uso da fluoxetina. Veio um protocolo, determinado pela SMS, eles não têm o que discutir. O que a gente discute é como vai ser feita a operacionalização desse protocolo. Alguns serviços eles podem definir, como eles vão fazer, mas o que fazer, não. Apesar de que o protocolo básico tem que ser seguido, tem que ter grupo, tem que ter carimbo. Agora como vai ser o grupo, quantos pacientes vai ter, que horário, que dia, quem vai participar, ou como vai ser a lista de presença, eles podem decidir. As coisas pequeninhas isso a gente define com eles. Eu tenho uma vez por mês uma reunião com as enfermeiras, toda a última segunda-feira do mês daí eu discuto com elas todo o atendimento, aí eu defino com elas. (Gerente unidade I)

[...] a gerência de atenção básica junto com a coordenação e a equipe técnica faz as rotinas [...] discutem entre elas, ficam então estabelecidas essas rotinas [...] e a operacionalização cabe ao posto. (Gerente da unidade II)

O pensamento das gerentes exemplifica claramente uma regra fundamental do método de Taylor (1966): separar a concepção do trabalho de sua execução.

Então, o que devemos considerar diz respeito à possibilidade de uma abordagem diferente do desenvolvimento de serviços de saúde em resposta a uma necessidade genuína, oposta a prática de serviços hoje ofertados.

A razão de esta questão estar à frente de nossas preocupações é dupla. Primeiro, porque não é mais possível sustentar indefinidamente o bloqueio nas portas de entrada do sistema de saúde às demandas plurais dos usuários que surgem diariamente, sendo até mesmo as demandas que apresentam risco insensivelmente desprezadas. E segundo, porque se criou a crença de que não há alternativa para a organização e processos de trabalho em saúde, dado que as atividades do trabalho em saúde nas UBS são necessariamente constituídas em conformidade com os ditames da gestão, que acaba por não privilegiar as características específicas das atividades em seu nível local.

#### **4.2.4 - Controle dos Trabalhadores Através das Metas de Produção**

Outro ponto a ser discutido no presente estudo resulta da contraposição entre as atividades dos trabalhadores e a divisão do trabalho que é pré-determinada pelos gestores por meio da imposição quantitativa dos serviços que serão oferecidos à coletividade.

Assim, nas condições atuais, as necessidades por serviços de saúde são prioritariamente expressas pela gestão, através do critério quantitativo (metas) e não qualitativo. Tanto é que muito da avaliação dos serviços prestados é feita através de medida per capita. Por exemplo: *número* de consultas da gestante no pré-natal, *número* de consultas realizadas pelo hipertenso, *número* de consultas realizadas pelo diabético, número de visitas domiciliares, entre outros.

É no discurso da gestão que a tendência de identificar as metas como expressão da necessidade dos usuários se torna explícita:

...qual era minha meta, qual era o percentual. Já vi que na unidade[...] foi muito baixo, já liguei para a enfermeira da unidade para ver o que aconteceu. Tem que aumentar esse percentual, [...]. (Gerente)

Por uma variedade de razões, essa tendência pode tornar-se problemática:

- Primeiro, porque essa associação é operada muitas vezes com base na imposição de alcance da meta, além da capacidade dos trabalhadores;
- Segundo, porque os trabalhadores operando no limite de suas capacidades podem comprometer a qualidade no atendimento e negar, conseqüentemente, a necessidade do usuário;
- Terceiro, porque à medida que a oferta por serviços é ampliada, novas necessidades dos usuários podem surgir, exigindo dos trabalhadores de saúde uma grande variedade de intervenções e sobrecarregando-os ainda mais.

Ao perguntarmos para os trabalhadores de saúde se eles tinham um número determinado de atendimentos que deveriam cumprir, resumiram o significado da

ênfase dada pela gestão ao quantitativo da seguinte maneira:

[...] a gente é obrigado a visitar todas as famílias no mês. No nosso contrato pede, [...]. (ACS)

[...] a produção que eu digito é do médico e do enfermeiro. Eu tenho que cumprir a digitação da produção deles. Porque se eu não digito a produção, eles deixam de cumprir os números que eles têm que apresentar para a Secretaria. (ASP)

A mesma ênfase ao quantitativo aparece nas considerações feitas pelo enfermeiro e pela médica, apesar das contradições observadas em seus relatos:

Não, a gente não tem metas a cumprir. [...]. Precisa apresentar a produção. É tudo anotado num protocolo, que é digitado aqui primeiro, e esses dados vão pro nível central. Então lá eles sabem o que o enfermeiro fez no mês. Quantos pré-natais, quantos preventivos, quantas puericulturas, atendeu tantos hipertensos [...]. Quanto ele atendeu de demanda espontânea. Isso é controlado pela Secretaria. (Enfermeiro)

Não, a Secretaria não impõe metas. Ela se orienta por um consenso da medicina que é 15 minutos por paciente, [...]. (Médica)

Evidentemente, diante da preponderância dessas medidas impostas pela gestão, esses mesmos trabalhadores indicaram o conteúdo empobrecido de suas atividades:

Para a coordenadora, a quantidade decide tudo. (Enfermeiro)

[...] nossa!!! o ano passado era uma pressão, você tem que entregar [...] você tem que cadastrar tantas famílias. E a gente cadastra, cadastra, cadastra. Me deu vontade de pegar aqueles cadastros, botar em cima da mesa e tacar fogo [...]. (ACS)

[...] a gente aqui é só números. [...]. (ACS)

O que até aqui se revela é que a quantidade impõe-se ao trabalho como uma norma. E ao analisarmos a expressão do enfermeiro “*a quantidade decide tudo*”, percebemos a adoção quantitativa do trabalho como um mecanismo que nivela as intervenções em saúde e uma importante correlação que a gestão faz entre a quantidade e a necessidade de saúde do usuário.

Como podemos ver, a imposição quantitativa ao trabalho é uma das características mais marcantes da regulação do trabalho em saúde. Além disso, é importante destacar que essa quantificação é um traço nas afirmações que Bernardo (1998) faz e que parece perfeitamente aplicável no seguinte sentido: a redução quantitativa do trabalho com a qual se depara o trabalhador faz com que ele não consiga desenvolver plenamente as mediações materiais para promover a restrição ao controle que a gestão impõe ao trabalho.

Vejamos agora como a gestão institui esse controle sobre o trabalho através do estabelecimento de metas, mesmo que cada trabalhador de saúde tenha, em determinadas situações, a liberdade de cumprí-las da maneira que julgar mais adequada.

#### **4.2.4.1 O Caráter Quantitativo Expresso no Cotidiano de Trabalho**

##### **4.2.4.1.1 Dos ACS**

Os trabalhadores "C" e "D", como os chamarei aqui, são agentes comunitários de saúde (ACS) que manifestam inquietação e angústia com o trabalho. Ao serem entrevistados, põem ênfase no trabalho imposto e afirmam que o máximo que podem fazer é tentar ordenar o uso de seus tempos disponíveis. Conforme "C"

No meu trabalho, eu decido o que eu vou fazer. Defino quantas visitas eu vou fazer. Se não der naquele dia, procuro fazer no outro dia. A única coisa que a gente tem que cumprir, que é obrigatório é o número de famílias e, que às vezes não é fácil. Eu não sei o que pode acontecer se eu não cumprir a meta, porque eu, em 4 anos nunca deixei de cumprir [...]. Tanto é que trabalho à noite, depois do horário. Tenho que trabalhar três finais de semana para conseguir atingir o número de famílias.

Este "autocontrole" do tempo descrito pela ACS - "C" tem causado uma grande ansiedade, em função do receio do não cumprimento das metas. Na

realidade, a dimensão quantitativa e o controle da gerência acontecem por meio da sinalização que indica a quantidade de famílias a serem visitadas.

No descontentamento contra as intermináveis cobranças, "D" se manifesta de maneira semelhante quanto à administração de seu tempo:

[...] o retorno que vem é em forma de cobrança, porque não atingiu a meta [...]. Ele não assinou. Por que não assinou? Cada visita que é feita, a pessoa assina, porque é uma forma de você justificar que você esteve na casa.....Eu me lembro que quando foi assinado o contrato, parece se não me falha a memória, que era 85% a produção que a gente tinha que apresentar durante o mês, já subiu pra 95%. De vez em quando eles tão mudando. Cada vez querem mais e mais da gente [...]. Eu tenho atividades com grupos de idosos. Eu montei, ali na capela Santa Clara, a gente se reúne com idosos de mais de 60 anos [...] conto histórias, tenho dois livros de história, eles gostam muito que eu fique contando história. Essa atividade eu faço fora do meu horário de trabalho, só que eu me programo, eu faço meu horário pra que aquelas horinhas que eu passo com eles, que são 2 horas não me prejudique.

O estabelecimento pelo ACS – D de seu horário para cumprimento das metas parece dar a ele um controle maior sobre seu trabalho. Há quem chame isso de autonomia ou até liberdade. Certamente é uma afirmação falsa em termos de demonstrar o que Bernardo (1998) afirma sobre a necessidade crescente do controle da gestão e sobre a sofisticação dos métodos idealizados por Taylor.

Constatamos que o poder hierárquico permanece firmemente no lugar, no tipo de trabalho dos ACS. Essa decantada autonomia nos parece, à primeira vista, ilusória. Primeiro, porque as metas estabelecidas não são de fácil alcance, sendo os ACS pressionados a realizar seu trabalho, muitas vezes, nos finais de semana e à noite. Segundo, porque as velhas ordens que vêm do alto das hierarquias permanecem impelindo os ACS a realizar o trabalho conforme um padrão, ficando aberto apenas o "como" utilizar o tempo.

Na realidade estabeleceu-se um mecanismo de controle onde os "ausentes" da unidade de saúde, neste caso os ACS, são controlados pelo número de assinaturas de usuários visitados. Aqui surge aquilo que Bernardo (2004) e Mészáros (2002) sustentam: o sistema de controle renova seu conteúdo com a

finalidade de obter a dominação dos trabalhadores pelos gestores e a dependência desses trabalhadores da estrutura hierárquica de comando.

A esta altura, os processos de trabalho assim desenvolvidos pelos ACS permanecem com a organização do tempo controlado pela gestão, bem como o produto de seu trabalho subordinado e orientado pela quantidade (metas). A resposta dada pela gerente à ACS é prova disso:

[...] vocês são adultas, cada uma sabe do seu trabalho, não sou eu que vou dizer, você é obrigada a fazer isso, isso e, isso. Você sabe o que você tem que fazer.  
(ACS - "C")

Examinando mais de perto esse problema, acompanhamos "C" e "D" em visitas domiciliares, que têm de distribuir seu tempo com o propósito de alcançar a meta ou satisfazer as várias demandas de suas atividades. Vejamos:

Voltamos às unidades pesquisadas após algum tempo, com o propósito de conhecer algumas características do trabalho dos ACS. A partir desse conhecimento podemos traçar alguns elementos bem definidos entre o trabalho de "C" e "D". Por exemplo, "C" deve visitar 152 famílias no mês, ao passo que "D", deve visitar "161" famílias. Num primeiro momento, esta diferença do número de famílias não parece digna de nota; contudo, na medida que tivemos noção das famílias, constatamos que as áreas possuem famílias com riscos diferenciados. Muitas das famílias de "C" estão localizadas em área que a unidade identifica como área de risco. Já na área de "D", grande parte das famílias não tem essa característica. Além disso, a distância em que se encontram as famílias de "C" e "D" exigem diferentes tempos para deslocamento dos ACS, ou seja, as famílias de "C" estão localizadas a 7 Km de distância; já as famílias de "D" localizam-se nas proximidades da unidade.

A primeira questão que colocamos e que se pode observar do trabalho dos dois ACS pode ser assim colocada: mesmo possuindo funções prescritas idênticas, o trabalho de "C" e "D" é diferente não só quantitativamente, mas também qualitativamente, o que demonstra o equívoco da medida quantitativa definida por

meio de metas, dado a ausência de identidade na qualidade entre o trabalho de ambos.

Tal constatação está completamente de acordo com a crítica que Marx (1983) faz do predomínio da quantidade sobre o trabalho. Para esse pensador, se a mera quantidade de trabalho funciona independente da qualidade, pode-se pressupor que o trabalho tenha sido igualado pela extrema divisão do trabalho.

É interessante observar ainda que, ao prevalecer o caráter quantitativo no atendimento, praticamente se extinguem as diferentes formas com que os trabalhadores de saúde realizam suas atividades, pois os gestores partem do pressuposto de que o trabalho acontece de forma homogênea e que as necessidades e as intervenções peculiares de cada trabalhador não devem ser consideradas. Ou seja, nas condições em que prevalece a divisão do trabalho, o antagonismo entre as metas prescritas pelo gestor e sua execução pelo trabalhador impõe aos ACS a quantidade como uma determinação que dificulta e compromete a execução e qualidade de seu trabalho. Conforme a ACS “C”:

[...] tem vezes que a gente não consegue fazer as 152 famílias. Tem gente que não quer te receber. Na minha área tem muita pobreza, às vezes “tu é” obrigado a ir 2, 3 vezes na mesma casa, por causa de problemas. Aí acaba ficando que perde tempo e acaba que tu não consegue fazer todas as famílias. E não é só chegar: oi, tudo bem e tchau [...]. Só que é como eu te falei, às vezes não é possível tu ir em todas as 152 famílias, primeiro porque não é aqui do ladinho do posto e, segundo pelos problemas.

A declaração da ACS “*Na minha área tem muita pobreza*” está intimamente relacionada com a necessidade e, por conseguinte, com a qualidade, a medida que ela terá que interferir nos riscos a que estão submetidos os usuários de sua área e responder aos problemas por eles trazidos.

Já no caso do ACS “D”, podemos perceber que esse trabalhador está convencido de que pode encaminhar os problemas junto com as pessoas de uma maneira muito melhor. Acabamos compreendendo o que “D” queria nos dizer quando fala:

Quando distribuo bem meu tempo, consigo trabalhar de uma forma que satisfaz mais os usuários. Dá pra programar com eles: contação de histórias, organização de encontros da terceira idade, caminhadas. Enfim, resolvermos juntos os problemas.

Nas situações acima fica claro que os ACS, em suas atividades, deparam-se com vários tipos de necessidades e que as atividades de ambos são diferentes. Como resultado dessa constatação, podemos formular a seguinte pergunta: o que pressupõe uma igualdade quantitativa entre as coisas? A resposta poderia ser: a identidade de suas qualidades. Sendo assim, esta resposta nos faz concluir que a equivalência na medida quantitativa de trabalho só pode ocorrer se houver uma identidade de suas qualidades.

No que diz respeito a uma segunda questão, podemos dizer que ao serem desconsideradas as intervenções próprias de cada trabalhador, dissipam-se a sua autonomia e o controle que ele tem sobre seu trabalho e transfere-se para a gestão, instituindo-se então outra forma de dominação no trabalho. Para exemplificação dessa situação, é necessário que citemos um trecho da entrevista da ACS “C”:

Por exemplo, com relação ao número de famílias por mês. [...] foi padronizado, vai ser dessa forma. [...] a gente teve uma reunião e a gente expôs como gostaríamos que fosse só que eles acharam que não era viável. Falamos que as áreas eram diferentes. Aí foi determinado pela Secretaria o número de famílias por ACS e nós tínhamos que seguir aquilo.

Isso se aplica também ao trabalho médico, pois é possível identificar o caráter problemático do predomínio do quantitativo sobre o qualitativo no contexto de trabalho desse profissional.

#### **4.2.4.1.2 Do Profissional Médico**

Para apreciar este predomínio, é necessário analisar as observações feitas pelos profissionais médicos, que trazem em seus relatos sinais que caracterizam a

ausência da adoção da medida qualitativa como capaz de fixar os limites para uma atenção integral em saúde.

Agora, esta questão da demanda livre pra mim não tá bem resolvida. A coisa não é tão simples assim. Nós temos uma capacidade de atendimento. Gera uma aflição muito grande. A gente já acorda mais cedo, não consegue dormir, porque sabe quantas pessoas vai ter pra atender. E aí vem aquela orientação da Secretaria, tem que dar conta da demanda. Além disso, tem um uma série de dificuldades, por exemplo, dificuldades seríssimas de encaminhamento para especialidades, de fazer o correto diagnóstico. Então isso gera uma ansiedade grande. Antes quando a gente podia determinar o número de pessoas, não tinha essa angústia. (Médico A)

Como resultado da natureza quantitativa do trabalho, observa-se nos relatos a seguir que a atenção prestada oferece um risco e que a integralidade no atendimento ao usuário é deixada de lado.

Consulta de demanda a gente calcula 12 de 15 em 15 minutos cada paciente, mas nunca é isso, você olha na planilha tem 20, tem 18. Difícil, é muito difícil. Porque você pensa, será que eu não esqueci alguma coisa? Será que eu fiz certo? Será que eu não teria que olhar ele como um todo? Dá uma insatisfação, uma insegurança muito grande, muito grande. Por exemplo, você vem com dor no ombro, eu não quero nem saber como está o seu coração, só vou ver seu ombro. Dependendo, pode ser uma paciente cardíaca. Por isso gera esta insatisfação, a gente se sente como se não fizesse as coisas direito. É muito ruim. (Médica B)

Temos que atender todos. Mas como nós vamos abranger ele como um todo? (Médica C)

Diante das declarações, *“Por isso gera esta insatisfação, a gente se sente como se não fizesse as coisas direito. É muito ruim.”* e *“como vamos abranger ele como um todo?”* observamos o conflito e o estado contínuo de vulnerabilidade dos profissionais, bem como a preocupação reforçada pela ambigüidade entre quantidade e qualidade.

Somos também conduzidos a pensar que a aflição desses médicos por executar “mal” o trabalho, por um possível erro, ou por “negligenciarem” informações que podem ser importantes, assume proporções significativas em seus trabalhos.

Isso nos leva a concluir que a gestão afirma sua rígida determinação quantitativa, não levando em conta suas conseqüências. As conseqüências nesse caso podem assumir três formas; numa, a situação de risco ou a necessidade do usuário pode não ser identificada pelos trabalhadores de saúde; na outra, há uma redução do trabalho qualitativamente específico e integral a um trabalho empobrecido, em que se afirma a dominação do quantitativo sobre o qualitativo. Por último, o sofrimento que ocorre quando os trabalhadores colocam para si a responsabilidade sobre as pessoas e são afastados dessa possibilidade em função das pressões da estrutura que organiza a atividade desses trabalhadores, onde o critério quantitativo é favorecido.

A esse respeito e objetivando ampliar um pouco mais essa discussão, mais uma vez lançamos mão de alguns indicadores de saúde do município, em que podemos ver a tendência do predomínio quantitativo sobre o qualitativo.

#### **4.2.4.2 Conseqüências das Metas Quantitativas Expressas nos Indicadores de Saúde**

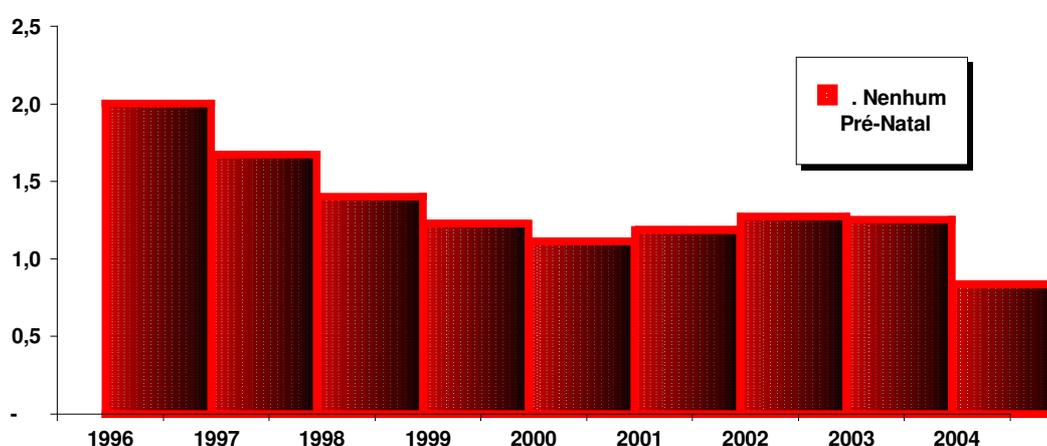
A universalidade da atenção com a busca dos serviços oferecidos a um maior número de indivíduos, certamente, é uma finalidade necessária. Contudo, para que esta condição seja positiva à necessidade dos indivíduos, não basta que seja ampliado o acesso aos serviços de saúde, é necessário que esses serviços sejam também orientados com base na qualidade. Conceber essa reorientação nas formas de atendimento pode apontar uma saída para as iniquidades e para a integralidade da intervenção em saúde.

Como podemos ver por intermédio de alguns indicadores de saúde, no município de Joinville estão ocorrendo "melhorias" no acesso das gestantes ao sistema de saúde. Contudo, neste caso específico, a dimensão quantitativa não foi

capaz de produzir um impacto positivo no indicador da qualidade da assistência à saúde reprodutiva da mulher e à saúde da criança.

Na figura a seguir observamos um aumento no número de mulheres com acesso ao serviço de pré-natal no município.

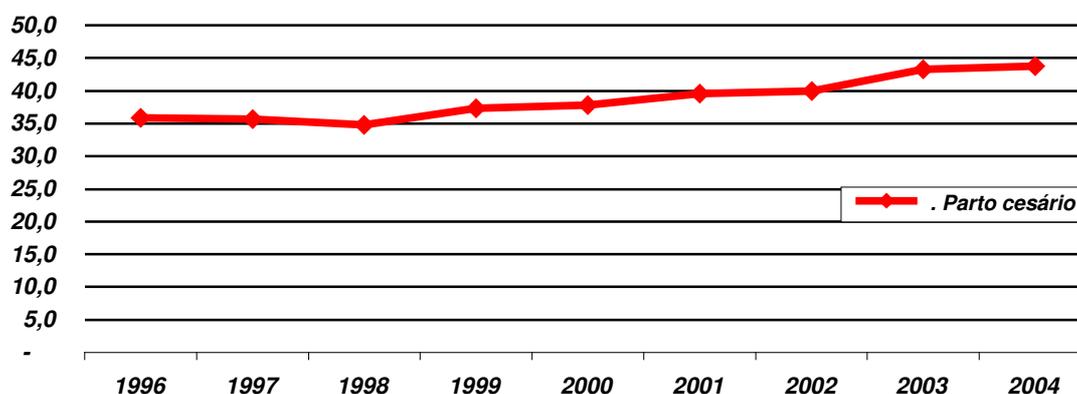
**Figura 6 - Percentual de mães sem pré-natal no período de 1996-2004, no município de Joinville – SC**



Fonte: SINASC/SES-SC

A figura 7 mostra que ao longo dos anos houve uma tendência de acréscimo nos percentuais de partos cesárea no município atingindo 43,8% em 2004.

**Figura 7 - Percentual de partos cesárea no município de Joinville no período de 1996-2004.**



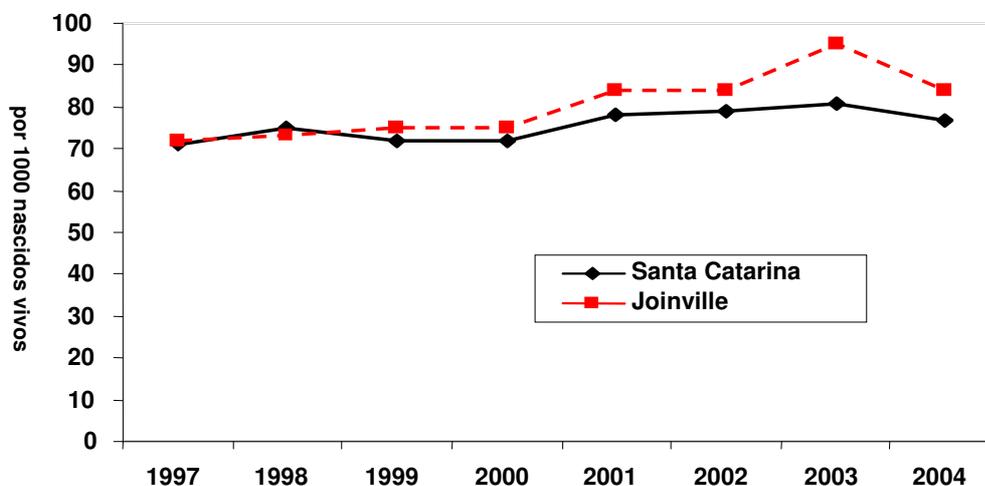
Fonte: SINASC/SES-SC

Os resultados da figura 7 indicam que a atenção à gestante, em Joinville, contraria a recomendação da Organização Mundial da Saúde, que preconiza que os partos por cesárea não devem ultrapassar 15% do total de nascimentos, pois segundo esta instituição, o baixo peso ao nascer é um dos problemas relacionados a este procedimento, em função da interrupção precoce da gravidez.

No Brasil, incluídos os de gestação múltipla, o percentual de partos cesárea foi de 7,70% no ano 2000 e os valores em duas regiões do país foram de 14,51% no Amapá a 49,33% no Rio de Janeiro (DATASUS, 2002).

Na figura 8, apresentamos o coeficiente de baixo peso ao nascer no período de 1997 a 2004 em Santa Catarina e no município de Joinville.

**Figura 8 – Coeficiente de baixo peso ao nascer < 2500 gramas, no período de 1997-2004 em Santa Catarina e em Joinville**

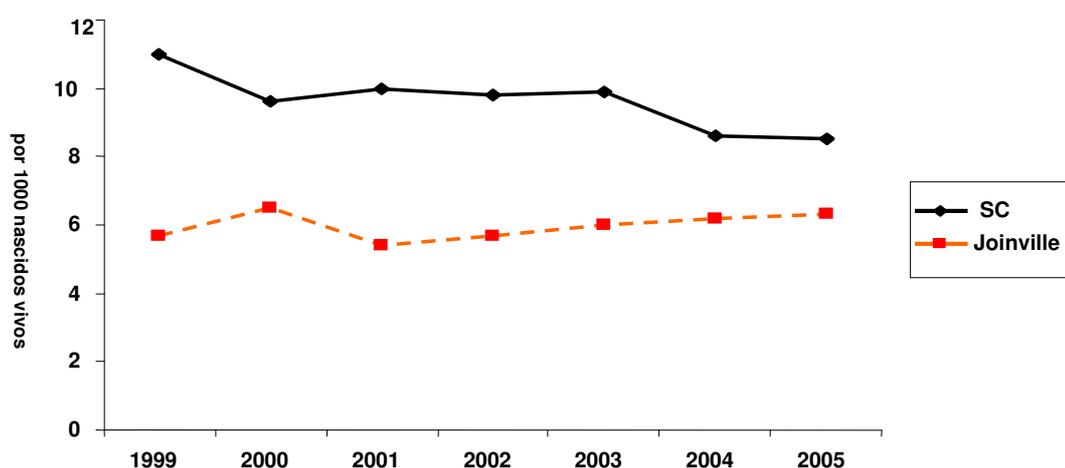


Fonte: SINASC/SES-SC

Observamos na figura 8 que a taxa de baixo peso ao nascer, no município de Joinville, que vinha se mantendo abaixo das taxas do estado de Santa Catarina até o ano de 1998, em 2001 sofre uma elevação, mantendo-se em crescimento até 2003, com declínio em 2004, porém ainda acima das taxas estaduais.

Na figura 9, apresentamos a comparação entre as taxas de mortalidade perinatal em Joinville e em Santa Catarina no período de 1999-2004.

**Figura 9 – Coeficiente de mortalidade perinatal no período de 1999-2004 em Santa Catarina e em Joinville**



Fonte:SIM/SES-SC

A figura 9 indica que em Santa Catarina a taxa de morte perinatal sofreu um decréscimo em (2000), mantendo-se em torno de 10 nos anos subseqüentes (2001-2003), e apresentando decréscimo no ano de 2004 e 2005. Já o município de Joinville, em 2000 teve uma elevação em sua taxa de morte perinatal, decréscimo em 2001 e, uma tendência crescente em 2002 a 2005, atingindo quase 7 neste último ano.

Mesmo não sendo possível atribuir exclusivamente ao elevado percentual de cesáreas (43,8%) a razão da prevalência no município de baixo peso ao nascer (BPN) entre os nascidos vivos (fig. 8) e aumento no percentual de mortalidade perinatal (figura 9), esse procedimento pode estar provocando iatrogenia. Contribuindo, assim, para aumentar o percentual de óbitos reduzíveis, por meio do aumento da taxa de prematuridade (especialmente de prematuros limítrofes), de baixo peso ao nascer e das doenças do recém-nascido associadas à cesárea eletiva, indicada antes do termo da gestação, hipótese aventada por Hartz et al. (1996).

Sem dúvida, a alta prevalência de partos cirúrgicos se constitui um fator importante para o BPN em nascidos vivos; contudo, vários estudos, entre eles os estudos de Benício et al. (1985), Lippi et al. (1989), Silva et al (1992) e Aquino – Cunha et al. (2002), apresentam outros fatores associados a esse fenômeno. Afirmam os autores a existência de uma associação importante entre BPN e as variáveis, gravidez na adolescência, tabagismo e acesso aos serviços de pré-natal.

A problemática das desigualdades sociais e seus reflexos na saúde dos nascidos vivos, como o BPN, é enfatizada por Silva et al. (1991). Sua pesquisa demonstra que o BPN é mais elevado em crianças nascidas de mães pertencentes à classe trabalhadora quando comparada à classe proprietária. Nessa mesma linha, o estudo de Gurgel (2005) interpreta que os índices de BPN são mais elevados nas localidades onde prevalece maior concentração de pobreza.

Além disso, proporções elevadas de nascidos vivos de baixo peso estão associadas, em geral, a um número inadequado de consultas pré-natais. Conforme o Ministério da Saúde, a realização de sete ou mais consultas pré-natais é um indicador de acesso adequado ao serviço de saúde. A baixa cobertura no número de consultas pode refletir maior probabilidade de riscos à saúde da mãe e do neonato. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

Em Joinville, ao analisarmos a série histórica do percentual de gestantes com mais de seis consultas no pré-natal, observamos um crescimento (ver quadro 9 a seguir), porém esta intervenção quantitativa, também a exemplo da ampliação do número de mulheres com acesso ao serviço pré-natal, não foi suficiente para a diminuição na prevalência de crianças de baixo peso ao nascer.

**Quadro 9 - Percentual de consultas no pré-natal no período de 1996 – 2004 em Joinville – SC**

<b>Condições</b>	<b>1996</b>	<b>1997</b>	<b>1998</b>	<b>1999</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>
% gestantes > 6 consultas pré-natal	72,1	64,9	59,9	59,5	54,2	63,9	67,2	69,1	71,3

Fonte: SINASC - SES/SC

Quanto à morte perinatal, estudos realizados nas últimas décadas observam que este tipo de morte pode ser atribuído à qualidade da assistência em saúde durante a gravidez, ao parto e ao recém-nascido. (LANSKY et al, 2002, MIURA et al. 1997,. ROSA et al, 2000). Antecedendo os autores acima referidos, Menezes et al. 1996 e Barros et al. 1987 já haviam efetuado tal análise; porém, destacam a associação de baixa renda à morte perinatal.

A pesquisa de Fonseca (2004), que tem como foco central a revisão das metodologias e resultados de estudos sobre mortalidade perinatal no Brasil, constitui uma interessante referência dessa temática. A autora revela que em vários estudos alguns fatores maternos mostraram-se associados à mortalidade fetal e neonatal, como idade elevada, presença de morbidade materna e história reprodutiva desfavorável. Elucida que os fatores proximais como sexo do RN, peso ao nascer, idade gestacional e baixo Apgar foram corroborados para mortalidade neonatal. Mostra que nesses estudos o pré-natal inadequado, baixa renda e baixa escolaridade são fatores de risco para mortalidade, tanto fetal como neonatal, embora alguns estudos apontassem valores não significativos. Ressalta que outros determinantes tiveram resultados conflitantes ou não significativos, como adolescência, peso materno, tabagismo e alcoolismo.

Como podemos observar, ao compararmos as figuras 6, 7, 8, 9 e o quadro nove, a ampliação do acesso e do número de consultas no pré-natal não impediu o aumento do número de cesáreas, a prevalência de baixo peso ao nascer e o aumento da taxa de mortalidade perinatal no município de Joinville. Esta constatação sugere que a priorização na intervenção quantitativa no que concerne a atenção à gestante se torna completamente sem sentido se considerarmos os indicadores acima referidos. Como evidenciamos nos vários estudos realizados, o BPN e a morte perinatal são resultantes de um emaranhado de variáveis econômicas, sociais, culturais, tecnológicas e biológicas, que devem necessariamente ser levadas em conta quando das intervenções em saúde. Sobre esse aspecto, por exemplo, Breilh (1991) ao citar Laurell, refere que esta pesquisadora ao realizar um estudo no México sobre a prevalência de estados mórbidos, identifica um peso maior nas variações estruturais, uma delas, as condições de produção, do que nas variáveis biológico-individuais.

#### **4.2.4.3 Conseqüências da Regulação do Trabalho Orientado pela Quantidade**

A orientação primordialmente quantitativa do trabalho dada pela gestão aponta para a dificuldade dos trabalhadores em superarem os problemas trazidos pela forma adotada da divisão do trabalho, à medida que essa orientação oblitera a determinação individual dos trabalhadores sobre seu processo de trabalho.

Importante pontuar que se a divisão do trabalho não for questionada no ambiente de trabalho, conseqüências poderão decorrer; uma delas, o afastamento definitivo dos trabalhadores de Saúde do Projeto da Reforma Sanitária, que tem paradoxalmente como recomendação primordial a integralidade, a universalidade e a equidade na atenção em saúde.

A efetividade dos princípios norteadores da Reforma Sanitária requer a reorientação do trabalho em saúde de tal modo que os serviços oferecidos possam ser plenamente compartilhados entre os trabalhadores e entre os trabalhadores e usuários e não realizados de uma forma onde pouco se leva em conta os padrões de vida das pessoas e as capacidades individuais de cada trabalhador.

Neste caso, deve haver a concepção do trabalho em saúde, no qual a qualidade e as necessidades dos indivíduos desempenham o papel decisivo. O trabalho orientado exclusivamente para a quantidade deixa de ser o determinante na organização e nos processos de trabalho em saúde.

Além disso, mesmo advogando de maneira contundente a qualidade como princípio orientador das ações em saúde, cabe ressaltar que também não é possível estabelecer as prerrogativas da Reforma Sanitária sem que se supere a escassez dos serviços oferecidos. Porém, é inconcebível superar a escassez dentro da predominância quantitativa. A adoção da qualidade deve ser também considerada como medida para a determinação das necessidades, haja vista que nos indicadores

exemplificados a ampliação quantitativa, por si só, no caso específico de Joinville, não esteve associada à melhora de alguns indicadores de saúde no município.

É digna de nota, também, para estudos posteriores – e aqui, a dimensão quantitativa das exigências dos gestores é sublinhada mais uma vez – que a entrada em massa de ACS com o objetivo de vigilância em saúde (em torno de 500 trabalhadores a partir de 2002, hoje 45%<sup>12</sup> da força de trabalho em saúde no município) não resultou também, a princípio, em uma melhora desses indicadores. Em vez disso, apareceu a tendência de desqualificação do trabalho em saúde.

#### **4.2.5 A informação como Instrumento de Controle da Gestão**

Neste ponto de nosso estudo, pretendemos discorrer sobre a introdução de computadores no contexto das UBS. Devido à sua penetrabilidade nas esferas do trabalho, as unidades de saúde em rede será o ponto para a análise da organização do trabalho em função do uso da tecnologia.

Assim, quando no ano de 2000, instalou-se este instrumento tecnológico nas UBS, a interação com a unidade central de comando da SMS concretizou um novo estilo nos modos de gestão do trabalho. Os relatos a seguir dão testemunho disso:

Quando implantaram o sistema informatizado me lembro que foi um suplício, a Secretaria de Saúde não considerou as condições de atendimento e a demanda. Aliás isso é rotina, sempre que implantam novos programas nunca é considerado se temos capacidade de executá-los. (Médico)

Agora, a Secretaria transmite o que deve ser feito pelo computador. Todo dia tem um avizozinho. Tem um espaço que diz últimas notícias, lá eles dão as ordens. E nem querem saber como aqui acontece. Eles adoram reinventar formas de mandar na gente. (Médica)

---

<sup>12</sup> Ver no Campo de estudo página 16.

Chegaram a nos falar que as filas para as especialidades médicas iriam resolver quando informatizassem a Central de Marcação de Consulta. Veja só você. Falaram ainda que poderiam controlar os faltosos e que as consultas não iriam mais ser perdidas. Disseram que o paciente que faltasse mais de duas vezes à consulta com o especialista, só poderia ser marcado novamente pela central quando o paciente fosse pessoalmente à Secretaria explicar o motivo das faltas. Isso é uma piada. Tem paciente há mais de um ano esperando. Quem sabe ele vai ficar esperando. Isso sem falar naqueles pacientes que ficam esperando meses e quando você liga para avisar que a consulta para o especialista foi marcada, alguém da família te diz que a pessoa morreu há três meses. É horrível, a gente não sabe o que dizer. (ASP)

Hoje, passados quase cinco anos da introdução desses instrumentos nas UBS, as filas para especialidades médicas persistem e o esforço é para controlar cada vez mais o trabalhador e o usuário. Constatamos ainda que os computadores transformaram-se em excelentes máquinas de escrever eletrônica e em captadores de mais e mais dados sobre a produção dos trabalhadores em saúde.

O processo de implantação e o desenvolvimento dessa nova tecnologia na SMS de Joinville foram moldados sob a ótica exclusiva dos gestores. Aos gestores coube decidir sobre os empregos dos computadores. O primeiro emprego desempenha um papel crucial, à medida que o sistema informatizado recolhe sistematicamente, armazena, seleciona e disponibiliza à gestão, o produto das atividades dos trabalhadores de saúde. Esse produto, que até um tempo atrás conferia aos trabalhadores de saúde certa independência para a ação e em boa parte era constituído de receitas destinadas a reduzir o controle dos gestores, vem sendo substituído por um banco de dados que orienta as ações em saúde. Sem dúvida a gestão, ao acessar esses dados, pode prescindir do conhecimento dos trabalhadores. Desse modo, a leitura pelos gestores desses dados tem sido realizada de maneira descontextualizada e independente da realidade local. Quanto ao primeiro emprego:

Eu acho engraçado, eles acreditam que vão resolver os problemas da Secretaria controlando quantos exames são pedidos e os agendamentos. Só para você ter uma idéia, recebi uma carta do Controle Avaliação e Auditoria dizendo que eu havia pedido um exame para um paciente que não estava agendado. Não aparecia no sistema. Os caras lá esqueceram os casos de encaixe. Os casos de urgência que chegam na unidade quase todos os dias. (Médico)

O segundo emprego, diz respeito à produção pela gestão das tecnologias em saúde a partir das várias formas de captação da informação, excluindo dessa produção os trabalhadores de saúde. Para citar a gerente da unidade:

Creio que cabe ao gerente identificar através das informações a cobertura dos programas. Se estiver baixa, traçar estratégias para ampliá-las. As informações nos ajudam a decidir, por exemplo, quais os exames, medicamentos, programas que deverão ser ofertados. (Gerente da unidade)

Para o Secretário Adjunto da Saúde a entrada da tecnologia significou um maior controle sobre o trabalho. Conforme sua explicação:

Podemos saber o que o funcionário no ambulatório mais distante está fazendo, antes não sabíamos. Hoje, por exemplo, sabemos se tal médico costuma solicitar exames em excesso, ou encaminhar demais, pois o esperado é que resolva 80% dos casos e só 20% encaminhe. (Secretário Adjunto de Saúde)

Aliás, para evitarem os inconvenientes de depender totalmente de um sistema informático que reproduz apenas os quadros de informação formais, a gestão está a constituir também uma memória dos quadros organizativos informais, por meio de supervisões “in loco” que permitem conhecer os mecanismos utilizados pelo coletivo de trabalhadores. Esses mecanismos, para os trabalhadores de saúde, muitas vezes se constituem em ferramentas de negociação com os gestores, principalmente no que se refere à viabilidade na execução de determinados programas e serviços de saúde.

Depois de muita argumentação junto à chefia, conseguimos adaptar mais à nossa realidade o acolhimento da unidade. Não conseguimos mudar tudo o que a gente queria. Mas adaptamos uma parte. (ASP)

A supervisão “in loco” para a chefia da unidade e trabalhadores de saúde tem objetivos distintos. Para citar a chefia:

A supervisão nos ajuda a avaliar se os padrões operacionais técnicos (POT) organizados pelo setor de planejamento vêm sendo seguidos pelos trabalhadores ou sofre algumas alterações. Quando sofrem alterações, como acontece e quais as razões.

Para os trabalhadores, a supervisão “in loco” traz desconforto uma vez que se sentem fiscalizados e muitas vezes são obrigados a ouvir toda sorte de observações, como ilações da supervisora sugerindo que não adiantou de nada os treinamentos, pois os procedimentos continuam sendo realizados de maneira equivocada. Para citar a enfermeira da unidade:

A impressão que dá é que eles vêm nos fiscalizar. Só colocam defeito naquilo que fazemos, pouco contribuem para solucionar nossos problemas. (Enfermeira)

Quanto à divisão do trabalho, podemos entendê-la com a apresentação das tarefas executadas para consolidação do sistema de informação e os respectivos responsáveis por cada tarefa. Aos gerentes cabe a decisão sobre os produtos e processos que serão disponibilizados em rede. Aos trabalhadores de saúde cabe a execução de tarefas e a alimentação da rede com dados, produtos de suas intervenções. Os gerentes podem estabelecer conexões com outros sistemas de informação e navegam pelos diferentes caminhos da SMS em rede. Os trabalhadores de saúde desconectados, presos as suas tarefas definidas pela gestão, não conseguem ter a exata dimensão dos resultados de seu trabalho.

Pois é, eu queria que alguém me desse uma explicação justa. A gente gostaria de ver o retorno daquilo [...] Meu Deus do céu é tanta perda de tempo, é tanta marcação. Nós até discutimos em reunião. Gostaria que a Secretaria me desse uma causa justa porque que eu anoto tanto. Eu me recuso a fazer uma coisa que eu não sei pra que serve. O que eu vou dizer pra comunidade, se está beneficiando ela ou não. [...] Daí a chefia disse que retornaria os dados para nós. Isso já faz uns seis meses, que a gente segue fazendo sem retorno. Ontem mesmo estávamos fazendo um trabalho. Queríamos saber qual o número da população em idade fértil, dos homens que fizeram a vasectomia, nada a gente tem. (Auxiliar de enfermagem)

Tendo em mente as questões apresentadas nos parágrafos anteriores sobre as unidades de saúde em rede e o relato incisivo de um enfermeiro, “Esses computadores só servem pra nos controlar”, sua atual forma organizacional pode ser assim resumida: a organização do trabalho informacional no setor de saúde de Joinville tem por objetivo transferir efetivamente para o nível central o controle sobre as Unidades Básicas de Saúde.

Ao enfatizar, em entrevista, o que para ele era a informação em saúde e qual sua finalidade, o Secretário Adjunto da Saúde nos fala:

A informação nada mais é que dados, que nos auxiliarão no planejamento das ações em saúde.

Não percebemos, no discurso corrente na SMS, em nível da gestão, que os trabalhadores foram incluídos no uso dessa tecnologia. Aliás, nas entrevistas com os gestores, em momento algum mencionaram o uso dos computadores pelos trabalhadores. A difusão tecnológica é seletiva, só aos gerentes cabe o uso exclusivo da informação, o que promove a desigualdade no interior da instituição. Essa desigualdade é expressa a todo instante nas entrevistas. Do ponto de vista do gestor:

Já conseguimos obter muitos dados. Isto tem facilitado a definição das atividades de saúde pela nossa equipe de planejamento. (Gestor)

Do ponto de vista dos trabalhadores:

Poucas vezes tive acesso aos dados. Alguns anos atrás eu tive, mas os dados estavam muito irregulares. (Médico)

Temos acesso aos nossos dados, que não dependem de lá. Por exemplo, quantos foram vacinados, quantos hipertensos. Dados da Secretaria eu nunca tive acesso. Se vieram, eu não sei. (ACS)

Sobre as outras informações da nossa população como ela está, eu não sei te responder. A gente sabe mais ou menos, através do ACS, eles trazem essas informações. Quando alguém não está bem, etc. (ASP)

Perguntamos em entrevista a um dos gestores, se a gestão vinha garantindo espaços para a socialização da informação e construção coletiva do conhecimento. E se isso acontecia, quais eram as formas adotadas pela gestão para viabilizar esses espaços.

“.....” (Gestor)

Não obtivemos resposta para os questionamentos acima. O fato de o gestor não ter respondido às perguntas nos permite dupla interpretação: ou existiram problemas na comunicação entre o entrevistado e entrevistador no momento da entrevista e as perguntas não foram decodificadas pelo gestor ou, o acesso e o uso da informação obtida através dos computadores em rede tem ficado restrito a esferas da gestão e a socialização da informação não acontece.

No modelo de organização da SMS, onde predomina a divisão do trabalho, a íntima ligação entre o processamento da informação e sua aplicação nas UBS não acontece. A tecnologia da informação através da infra-estrutura informatizada é gerada longe das relações técnicas e sociais, ou melhor, das intervenções em saúde dos trabalhadores no contexto das UBS.

De acordo com Breilh (2000):

A informação é um instrumento poderoso para o conhecimento e para a ação, mas a forma em que se constrói a informação é decisiva para definir as imagens da realidade, as construções simbólicas da mesma e, conseqüentemente, o tipo de uso que se pode dar aos dados. (p.12)

E mais:

Se o sistema de informação provê unicamente dados de 'efeitos' e dados práticos para uma análise quantitativa da demanda e da produção e oferta, então está restrito a um uso tecnocrático, funcional, e não é uma ferramenta de consciência, reflexão e proposta alternativa. (Idem, p.13)

#### **4.2.5.1 A Produção, Administração e Uso da Informação em Saúde**

Passamos agora a analisar e a descrever, por meio de representação sintética os padrões adotados pela SMS de Joinville na produção e administração da

informação em saúde. A demonstração será baseada em um corpo de observação selecionado segundo as questões levantadas em nossa pesquisa.

O aplicativo utilizado na SMS no sistema informatizado tem linguagem de programação PHP (HiperText Pre-processor), opera em ambiente windows, utiliza servidor Linux, uni e multi-usuário e necessita o processador Pentium IV com mínimo de 512 de memória RAM.

Tal aplicativo possibilita a apresentação de uma tipologia de informação elaborada em duas dimensões. A primeira refere-se à relação entre as UBS e os demais setores e serviços da SMS. A segunda diz respeito às atividades executadas pelos trabalhadores de saúde nas UBS.

Quanto à primeira dimensão – em termos da relação entre as UBS e os demais setores da instituição, evidenciamos nos ítems do cardápio (fig.10) os seguintes comandos: agendamento, farm consulta, farm unidade, helpdesk, impedimentos, informações, pública e relatórios.

O comando *Agendamento* permite a marcação de consulta na Central de Marcação de Consulta (CMC) para especialidades médicas; *Farm consulta* é utilizado para cadastramento de hipertensos e diabéticos junto ao setor de farmácia; através do comando *Farm unidade* é feito o pedido de medicamentos; o comando *Formulários* possibilita a impressão dos instrumentos de coleta de dados; *Helpdesk* refere-se à solicitação de serviços do setor do patrimônio e setor de informática; *Impedimentos* é o comando utilizado pelas unidades que oferecem consultas para especialidade e permite o impedimento da agenda dos especialistas; através do comando *Informações* acessa-se telefones da SMS e e-mail; *Pública* apresenta as normas dos serviços e setores da SMS. O comando *Relatórios* disponibiliza dados sobre a espera de usuários para especialidades médicas (lista de espera).

Quanto à segunda dimensão – em termos das tarefas executadas pelos trabalhadores no contexto das UBS, destacamos o comando *Produção*. Esse campo de trabalho recebe dados sobre visita dos ACS, atendimento em grupo,

procedimentos de enfermagem e consultas realizadas pelos profissionais (produção por CID). As operações de entrada desses dados são feitas pela recepção. Diariamente, uma quantidade considerável de relatórios é digitada pelos ASP. Os dados, após digitação, ficam armazenados em uma memória central na SMS.

**Figura 10 – Tela de entrada no sistema da Secretaria Municipal de Saúde**

Área Restrita

Login:

Seu IP: 192.168.1.219

Senha:

Esqueci minha senha

**Cardápio**

-  Acesso aos E-MAILS
-  Logotipos
-  Notificação Conjuntivite
-  Notificação de Diarréia
-  Organograma SMS
-  Protocolos de Média e Alta Complexidade
-  Reação Adversa a Medicamento
-  Recursos Assistenciais

Agendamento  
Farm Consulta  
Farm Unidade  
Formulários  
Helpdesk  
Impedimentos  
Informações  
Pública  
Relatórios  
Produção

## Notícias da Filial

**08/11 10:06** - Mudança de Horário - Centrinho (Ligia Irene O. Nunes)

**04/11 16:01** - CAPAC. EM TESTE DO PEZINHO PARA AUX. DE ENFERMAGEM-REDE

**13/05 10:35** - ATENÇÃO POSTOS - MARCAÇÃO CONSULTA HEMATO-ADULTO

**12/05 11:11** - ATENÇÃO.PACIENTES ENCAMINHADOS P/ AMBULATÓRIO DE ONCOLOGIA !

## ÚLTIMAS NOTÍCIAS

**Hoje: 15:22** Atenção psf - exames hiv

**Hoje: 12:13** Dia da audição

**27/10 10:18** Novo telefone e endereço -ubs- morro do meio pfs.

**26/10 15:51** Comunicado sis prenatal

**26/10 14:46** Atenção enfermeiros supervisores e a.c.s . urgente!

**26/10 14:40** Reunião de saúde mental novamente adiada

**26/10 10:24** Mudança de endereço

**26/10 08:50** Curso - a previdência do servidor municipal

**25/10 18:09** Recesso ambulatorio geral e cardiologia e agendamento -hrhds

Analisamos, a seguir, a utilização da informação pelas UBS no modelo adotado pela SMS de Joinville. Em primeiro lugar é necessário esclarecer que nenhuma unidade tem acesso a qualquer tipo de dado censitário; portanto, a determinação do denominador que é utilizado para efeito de geração de indicadores de saúde não é acessível a estas unidades. Por exemplo, no caso do cálculo de incidência de diabetes mellitus na área adstrita.

<b>Incidência de diabetes mellitus</b>	<u>Casos novos de diabetes na área adstrita (numerador)</u>	10.000 ou
	População total da área ( <b>denominador</b> )	100.000

Em segundo lugar, o único relatório disponibilizado para as UBS é aquele que permite a identificação do diagnóstico de acordo com a Classificação Internacional de Doenças – 10ª Revisão - (CID 10).

Uma inspeção mais cuidadosa sobre o sistema de informação da SMS evidencia o propósito dos gestores de defesa da subordinação permanente do trabalho à gestão, à medida que são os gestores que organizam a coleta de

informações, armazenam os dados na memória central, avaliam, decidem e concebem a forma informacional. Além disso, constatamos que nenhuma informação que auxilie a construção coletiva do conhecimento é possível ser extraída a partir das UBS.

Neste contexto, é claramente visível o contraste com a visão tridimensional de Breilh (2000), que diz que: 1) um sistema de informação sobre as ações em saúde deve ter como componentes a intervenção em saúde, o controle social e a avaliação; 2) os três componentes do sistema de informação permitam visualizar as relações entre necessidade, qualidade e controle; 3) os usuários e trabalhadores de saúde possam interar-se da qualidade das ações ofertadas, possam estabelecer as necessidades prioritárias e o controle sobre o conjunto do processo.

Por fim, a ilustrativa sentença formulada por um dos gestores quando questionamos, em entrevista, de quais eram as razões que impediam o acesso dos trabalhadores de saúde às informações.

Os profissionais não se interessam pelas informações. Elas estão lá. Para acessá-las é necessário um esforço de cada um.

O argumento acima propunha aceitarmos que a “desinformação” dos trabalhadores de saúde ocorria em função de seu desinteresse. Esse argumento perdeu o sentido à medida que constatamos, em nossas observações, que seria praticamente inviável aos trabalhadores de saúde dedicarem parte de seu tempo entre os atendimentos aos usuários e o processamento dos dados. Esse processamento exigiria um grande esforço dos profissionais de saúde, uma vez que ele implicaria na limpeza dos dados, codificação e recodificação de variáveis, entre outros.

O mesmo raciocínio caracterizou o relato de uma das gerentes das unidades pesquisadas, que justifica a exclusão dos trabalhadores de saúde:

É claro que a gerência deve orientar os profissionais para aquilo que os usuários necessitam. É isso que os profissionais esperam de nós. E os dados nos dão essa orientação. (Gerente da unidade)

Para essa gerente, parece que os trabalhadores de saúde preferem evitar o conhecimento e a responsabilidade e se sentem satisfeitos em aceitar que os gestores tomem a decisão. Não se cogita que o “desinteresse” dos trabalhadores pode estar relacionado à inexistência de fato dessas informações, a ausência de tempo e de recursos disponíveis. O médico da unidade, por exemplo, criticou vários fatores, como a inadequação de equipamentos e a pressão da demanda versus o aspecto temporal. Para ele:

Como vou me sentar na frente de um computador, para buscar informações? Primeiro esses dados nem existem. Segundo, qual o tempo que tenho para isso? O que as pessoas que procuram o médico diriam se me vissem sentado na recepção mexendo no computador? Isso sem falar que o computador nunca está disponível. A recepção dos pacientes é feito com ele, os agendamentos para especialidades, a digitação das produções e outras coisas que agora não me lembro. Construir a informação exige tempo, é muito trabalhoso.

Falta, porém, elucidar uma questão essencial do processo informacional: a produção dos dados.

#### **4.2.5.2 A Fidedignidade na Produção dos Dados**

Hoje, os computadores e os sistemas de informação disponíveis na internet permitem que a informação seja transmitida de forma livre e com uma boa velocidade a todas as pessoas. Mas a mera existência da divisão do trabalho impede a livre circulação de informações, já que a manutenção do controle e da dominação implica na detenção do conhecimento. Contudo, esta crítica da livre informação não toca no fundamental. Para Breilh (1999), é possível levar mais longe a crítica à noção da necessidade:

[...] como está concebida e utilizada até agora, a informação mascara os determinantes da má saúde, descontextualiza os dados e, consciente ou inconscientemente, favorecem um duplo e simultâneo processo de explicação das raízes estruturais do sofrimento e da enfermidade, por um lado, e por outro, a culpabilização das vítimas, como se os estilos de vida patogênicos fossem um simples produto da ignorância individual. (p.1)

Evidenciamos o que acertadamente destaca Breilh nas fichas de coleta de dados para o Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB), acompanhamento de diabéticos (anexo 6), acompanhamento de pessoas com hanseníase (anexo 7), acompanhamento de hipertensos (anexo 8), acompanhamento da criança (anexo 9), onde o estilo de vida das pessoas adoecidas e os condicionantes individuais adquirem um status de importância para explicação da incidência e prevalência de determinados agravos, levando à impossibilidade de consideração das dimensões coletivas e àquilo que Facchini (1993) diz: “a causalidade precisa ser contextualizada, buscando-se estabelecer todo o conjunto de relações capazes de determinar uma doença.” (p.45)

Como explica Breilh (1999):

O conhecimento da necessidade humana começa pelos componentes fenotípicos básicos (necessidade fisiológica e psicológica) determinado por processos biológicos e psicológicos que se desenvolvem em espaços sociais concretos. Quando as relações históricas em que vive o ser humano fazem seu fenótipo e sua psicologia mudar, então mudam as necessidades básicas de ordem biológica e psíquica. Portanto, a necessidade em saúde como todas outras necessidades humanas não se podem registrar somente mediante pesquisas e fontes individuais. (p.6)

Na SMS, a informação em saúde está estruturada de forma descontextualizada e acaba por fazer com que os trabalhadores de saúde incorporem explicações individuais para o aparecimento das enfermidades.

Além disso, a qualidade da informação também é determinada pela relação entre a organização informacional e o trabalho material. A anulação da prática material resulta da completa desvalorização do trabalho imprimido pelos trabalhadores de saúde para o desenvolvimento das atividades em saúde. Os gestores menosprezam as dificuldades dos trabalhadores quando do desenvolvimento das atividades em saúde e os trabalhadores, desconectados, acabam não tendo relação e compromisso algum com a fidelidade da informação. Três relatos exprimem o comprometimento dessa fidelidade:

Para eles interessa quanto nós atendemos. Pois então, se é isso que querem é isso que faço. Tudo eu anoto. Anoto como consulta, até a substituição de uma receita com validade vencida. (Médica)

Não dá pra anotar tudo o que a gente faz na hora que tá atendendo. Às vezes eu acabo nem me lembrando, porque aqui é muito corrido. O que eu faço. Chega no final do dia eu calculo mais ou menos quantas pessoas eu atendi e quais os procedimentos. Aí eu coloco no mapa de produção. (Auxiliar de enfermagem A)

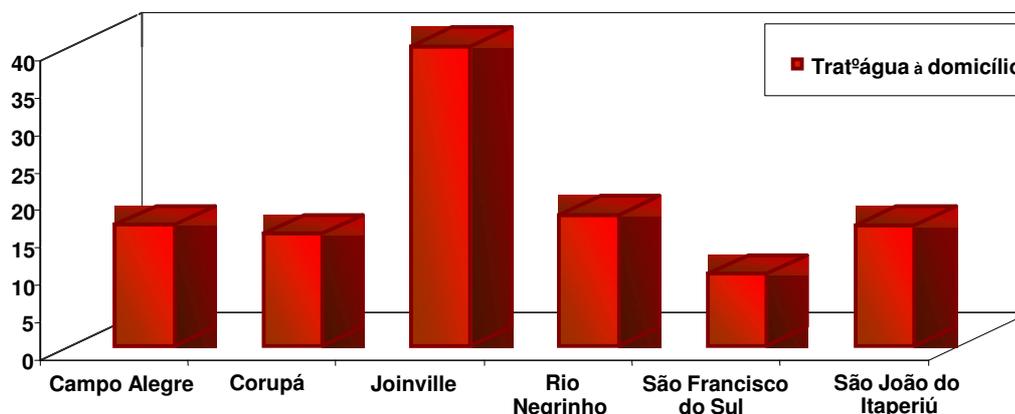
Ficava em dúvida para decidir se anotava ou se atendia. Hoje não me preocupo mais com isso. Resolvi que vou atender, depois vou fazer aquilo que muitos fazem, faço uma estimativa de quantos atendi no final da tarde. (Auxiliar de enfermagem B)

Outro aspecto importante para a confiabilidade dos dados se refere ao aprimoramento na sua coleta. Ambos os exemplos a seguir foram retirados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e sublinham o caráter problemático da fidedignidade dos dados.

O primeiro exemplo refere-se à variável tratamento de água a domicílio no município de Joinville. Essa variável incluiu três modalidades de tratamento: fervura, cloração e filtração.

O levantamento realizado a partir do SIAB mostrou que, em Joinville, 38% (fig.11) de famílias cadastradas realizam algum tipo de tratamento da água a domicílio. A comparação entre os percentuais obtidos em cinco municípios da microrregião mostrou que o tratamento da água a domicílio variou entre 12% a 16% nesses municípios.

**Figura 11 – Proporção (%) de famílias que adotam o tratamento de água a domicílio em seis municípios da região nordeste de Santa Catarina**



Fonte: SIAB/DATASUS

Para avaliar se o percentual do município de Joinville poderia estar sendo superestimado, colhemos informações complementares junto aos ACS. Entrevistando cinco ACS, constatamos que quatro deles consideravam cloração da água para aquelas famílias que eram abastecidas com água através da rede pública, alegando que essa água recebia tratamento de cloro na Estação de Tratamento de Água (ETA). Entretanto, a variável tratamento de água a domicílio refere-se ao hábito da família de adicionar cloro, ferver ou utilizar filtros no ambiente doméstico. Analisando as respostas dos ACS podemos caracterizar que as informações do município de Joinville referentes ao tratamento de água não representam a realidade do município e mais, que essas respostas poderiam explicar a diferença significativa entre o percentual encontrado em Joinville e nas cidades da microrregião.

O mesmo se aplica ao segundo exemplo, que trata da variável tipo de casa e que inclui seis modalidades de respostas: 1- tijolo/adobe; 2 – madeira; 3 – mista; 4 – material aproveitado; 5 – taipa revestida; 6 – taipa não revestida; 7 – outros.

Em Joinville, dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB/DATASUS) atestam que aproximadamente 27% das residências no município são de taipa revestida ou não.

A taipa (fig.12) é um tipo de construção feita de varas, galhos, cipós entrelaçados e cobertos com barro. É formada por terra úmida comprimida entre *taipas* de madeira desmontáveis, removida logo após estar completamente seca. Por ser facilmente degradada pela água, só deve ser executada sobre fundações de alvenaria de pedra comum, geralmente em xisto, com cerca de 60cm acima do solo, evitando assim as umidades ascendentes. (ALBARNEZ, 1998)

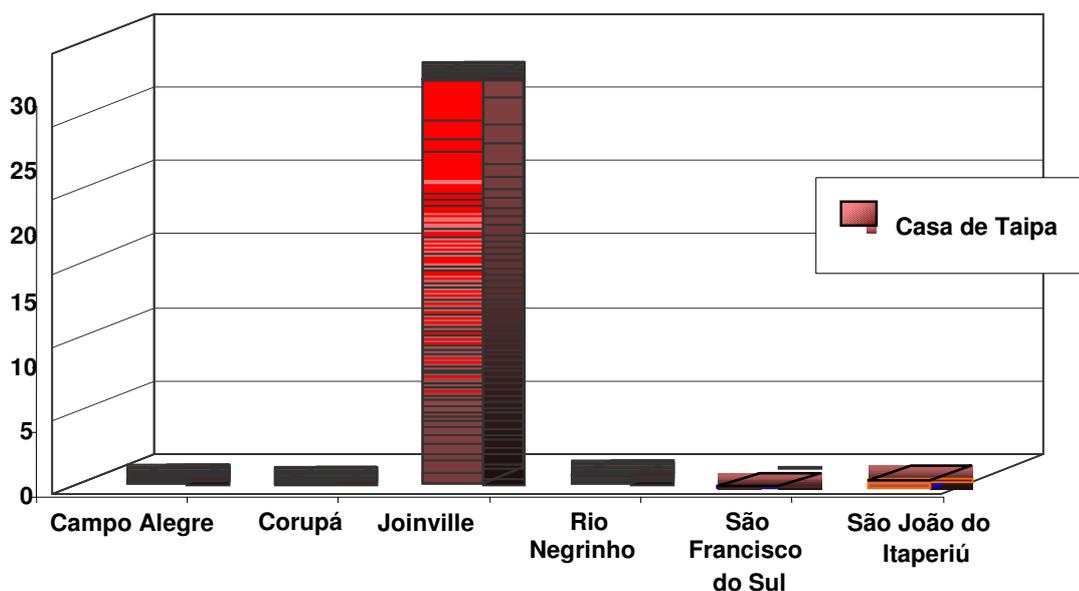
**Figura 12 – Casa de Taipa**



Fonte: ALBERNAZ, Maria Paula; LIMA, Cecília Modesto. Dicionário ilustrado de arquitetura. São Paulo: Pró-Editores, 1998.

Para a análise do percentual de 27% encontrado de casas de taipa no município de Joinville levantamos a título de comparação o percentual de casas de taipa em cinco municípios da microrregião de Joinville. Os cinco municípios da microrregião tiveram uma variação percentual de casas de taipa entre 0,02% a 0,6% (fig. 13 ).

**Figura 13 – Proporção (%) de casas de taipa em seis municípios da região nordeste de Santa Catarina**



Fonte: SIAB/DATASUS

Considerando que: 1) o clima do município de Joinville não é apropriado para esse tipo de construção em função das chuvas abundantes no município e do alto índice pluviométrico, em torno de 2000 mm anuais; 2) a construção de taipa predomina nas regiões norte e nordeste do país e que na região sul esse tipo de construção é incomum; e 3) o percentual de 27% de casas de taipa encontrado em Joinville se torna expressivo quando se toma os modestos percentuais dos cinco municípios da microrregião, procuramos observar em que medida problemas na coleta dos dados estavam associados ao alto percentual de casas de taipa no município.

Intrigados com os fatores enunciados acima e com o intuito de verificarmos em que medida a coleta de dados pode interferir na fidedignidade da informação, no caso particular do alto percentual de casas de taipa no município de Joinville, colhemos informações adicionais junto aos ACS, responsáveis por tal coleta. Pedimos a quatro ACS que nos explicassem o que era “casa de taipa”. O primeiro nos respondeu que era uma casa de dois andares; o segundo nos respondeu que era uma casa de papelão; o terceiro, que era uma casa com palha no teto; e o último revelou que não sabia o que era.

Frente a essas respostas, parece haver tendência ao preenchimento incorreto do instrumento que investiga, no município, a variável tipo de casa. Dessa forma, podemos considerar, a exemplo da variável tratamento de água a domicílio, que a variável tipo de casa tem uma confiabilidade baixa.

Vale a pena ressaltar aqui que as duas variáveis analisadas estão incluídas no instrumento de coleta de dados (anexo 9), que diz respeito ao Cadastro de Residências de Usuários SUS (SIAB), bem como esclarecer que as demais variáveis contidas nesse instrumento não foram alvo de estudo.

É inegável, pelo aqui exposto, que a falta de recursos humanos qualificados e a falta de acesso dos trabalhadores de saúde à informação são fatores importantes para tornar as informações em saúde de baixa fidedignidade e, portanto, de baixa qualidade.

#### **4.2.6 A Resistência dos Trabalhadores à Dominação**

Ao longo de nosso estudo, nunca os conflitos sociais deixaram de estar presentes, explicando as relações que se estabelecem entre as pessoas quando da produção do trabalho em saúde. Até aqui detivemo-nos em explicitar de maneira mais enfática as formas que a gestão tem utilizado para dominar o trabalho em saúde.

A decisão de apresentar, nesta parte de nosso estudo, diferentes formas de resistência a essa dominação, resulta da impossibilidade de ignorar que vários trabalhadores de saúde têm colocado a questão da ruptura com essa forma de organização do trabalho em saúde.

Na vivência concreta dos trabalhadores de saúde e em seus relatos identificamos algumas situações em que a solidariedade entre os trabalhadores de saúde sugere uma forma de resistência à organização do trabalho nas unidades.

A primeira destas situações mostra a intenção dos trabalhadores de saúde de recriarem suas relações por meio de encontros realizados fora do local de trabalho, com o objetivo de preservar ou de restaurar um sistema de vínculo entre eles. A ACS “C” nos explica:

Os agentes comunitários do bairro, em tal dia, marcam uma reunião na casa de alguém. Aqui a gente mora um perto do outro. Às vezes marcamos a reunião na minha casa, outras vezes na casa de outro. E é lá que a gente consegue discutir o nosso trabalho.

A situação acima descrita traz como ilustração, a propósito da dominação do trabalho pela gestão, a recriação pelos ACS de novos espaços, estabelecendo a casa desses trabalhadores enquanto pólo de resistência. Aparece nessa atitude o desejo dos ACS de atenuarem o controle que a gestão tenta manter sobre o trabalho. Porém, o mais interessante disso tudo é que, ao mesmo tempo que gestão tenta dividir e fragmentar as relações entre os trabalhadores por meio da organização do trabalho, a gestão reconstrói o inter-relacionamento entre eles ao mantê-los geograficamente próximos. Isto acontece em função de uma das diretrizes do Programa de ACS disposta na lei 10507 de 10 de julho de 2002, que refere que o ACS para exercer a profissão, deve residir na área da comunidade em que irá atuar.

Em uma segunda situação, os ACS, ao se depararem com o trabalho organizado por metas e com a dificuldade em atingí-las, estabelecem entre si um sistema de solidariedade. Criam através da mobilização coletiva novas formas para a operacionalização de suas atividades, contrárias àquelas impostas pela gestão.

Uma vez por semana a gente se reúne pra entregar as visitas que foram feitas durante a semana, a produção da semana. Então naquela entrega de produção a gente discute sobre as dificuldades que alguém tá tendo. De não cumprir as metas. Então, um ajuda o outro pra ver se a gente consegue atingir as metas. Esse tipo de discussão sempre tem, pra gente unir mais a equipe, às vezes um pode estar com dificuldade.

Contudo, num segundo estágio de interpretação, a situação acima nos sugere que essa mobilização coletiva, ao resultar no cumprimento das metas, mantém-se no quadro disciplinar da instituição. É notória a dualidade na intervenção dos trabalhadores que por um lado se solidarizam e por outro, reordenam o trabalho como forma de garantir aquilo que a gestão lhes impõe.

Observamos também, no discurso dos trabalhadores de saúde, que é do contato com atividades que os desagradam que vem à tona o comportamento solidário e faz com que eles arrisquem o conflito aberto com a gestão. O primeiro caso acontece quando os ACS questionam de forma contundente o tratamento dado pelos gestores para com os cadastros das famílias que haviam até então sido realizados por eles. Esse fato fez com que os ACS solicitassem explicações e a presença dos gestores na unidade, alegando a inutilidade do trabalho que vinham realizando.

Desde que eu estou aqui, se te falar que eu já fiz censo cinco vezes, você não acredita, eu não agüento mais! Manda pra Secretaria e, eles não atualizam, as informações caducam e volta pra gente fazer. Aí muda a ficha, cadastra, cadastra. [...] vai pra Secretaria, eles não atualizam, volta pra gente fazer [...] cinco vezes eu já fiz isso [...] das mesmas pessoas, das mesmas famílias, toda vez é um dado que muda, um dado que não entra mais ou uma ficha que muda [...]. É um trabalho jogado fora.

E mais:

A gente chamou quem a gente podia lá da Secretaria. Até o gerente "A", que é da equipe da hepatite veio. Veio a chefia de divisão, veio nossa coordenadora, quem podia vim, veio, para tentar nos acalmar.

Parece-nos possível concluir que os próprios ACS denunciam a desatenção que a gestão tem para com seu trabalho. A insatisfação resultante da consciência dos ACS sobre a desqualificação, inutilidade e valor de seu trabalho podem ser resumidos quando da manifestação de indignação desses trabalhadores frente à gestão.

Vejamos agora um caso de uma trabalhadora que vinha sofrendo assédio moral de sua chefia imediata. O que ocorria é que a funcionária, durante dois anos

estava sendo penalizada porque, segundo a chefia, não se enquadrava e não atendia às necessidades da unidade de saúde. Uma vez que isso ocorria, os trabalhadores da unidade, conscientes da situação em que se encontrava a colega de trabalho, reagiram e decidiram em conjunto fazer um abaixo-assinado em sua defesa:

Os funcionários do posto fizeram um abaixo assinado com relação a minha pessoa. Daí, depois disso eu fui chamada pela chefia de divisão, não consegui definir ainda qual das duas é pior, se a chefia de divisão ou a chefia do posto. Disseram ainda que eu era responsável pelo abaixo-assinado e eu ainda tinha que levar uma advertência, porque eu estava expondo os outros profissionais. (Enfermeiro)

Ironicamente, neste caso, as ligações entre os trabalhadores se fortaleceram. O conflito, que até então era individual, passou a ser assumido pelo coletivo e a substância da relação entre os trabalhadores se deu de forma solidária, como numa espécie de autoproteção. Pondo as coisas em outros termos, o que descrevemos acima deixa transparecer a lealdade partilhada entre os trabalhadores e a resistência ao exercício da violência e da dominação, explícitos nos modos de gestão do trabalho.

Do mesmo modo, a situação que iremos expor a seguir nos remete à transformação da resistência individual em resistência coletiva. Quando determinados comportamentos individuais que fazem frente às normas impostas pela gestão conseguem remodelar o comportamento de trabalho das pessoas, passa a ser uma forma coletiva de resistência. O singular comportamento da auxiliar de enfermagem pode aqui ser assinalado:

Conta-nos a auxiliar de enfermagem “A” que há alguns meses atrás uma das auxiliares da unidade foi desviada da função, por determinação da chefia e passou a entregar medicamentos na farmácia. Como essa auxiliar desconhecia alguns medicamentos, acabou fornecendo a um usuário que procurou a farmácia da unidade um medicamento diferente daquele que havia sido prescrito pelo médico. O usuário passou mal e foi internado e, segundo a auxiliar, a causa da internação foi o uso do medicamento pelo usuário. Conta-nos ainda que:

Então, são coisas assim que aborrecem a gente, todo dia é uma coisa que traz desconforto para os colegas. Assim foi na farmácia, a nossa colega que forneceu o medicamento errado ficou bastante doente e, ela entrou em sindicância e é uma senhora que já vai se aposentar. Se acontecer qualquer coisa, ela pode até perder o COREN. A gente não pode fazer tudo que mandam a gente fazer. Sei que perguntaram assim para o paciente: aonde foi que você pegou esse remédio? Ali no ... Quem foi que entregou? Aí estava escrito atrás da receita. Resultado, ela tá se incomodando um monte na hora de se aposentar.

Porém, mais que isso, nossa auxiliar nos fala ainda que se negou terminantemente a entregar os medicamentos, alegando que um “cursinho” que havia feito não a tornava apta a trabalhar na farmácia. Disse-nos:

Quando fiz o cursinho e vi a grandiosidade que era trabalhar com medicamentos, me neguei a ir para a farmácia e, pronto.

E este é um exemplo de autogoverno; a deliberação consciente da habilidade exigida para uma determinada atividade de trabalho. A probabilidade de que tal atitude da auxiliar, que nada mais foi que o resultado prático de um conflito viesse a obter posicionamentos coletivos foi indicada às iniciativas das demais auxiliares, que acabaram se negando a assumir a farmácia e entregar os medicamentos. Este caso revela como é possível a transformação da resistência individual em resistência coletiva.

Na seqüência, outra maneira em que o conflito aberto pode ser destacado. Trata-se da negativa da médica da unidade em preencher os mapas de produção. Tais mapas devem ser diariamente preenchidos pelos profissionais, pois indicam a quantidade de pessoas atendidas diariamente. Para a médica:

O preenchimento desses mapas deve ter um objetivo. Porque eu estou registrando informações do paciente, que só interessam a ele. Eu to colocando o CID. E que eu saiba o CID a gente só pode colocar em atestado ou afins, se o paciente concordar. Se isso está sendo usado para obter informações sobre as condições de saúde da população de nossa área, então, eu quero ter retorno dessas informações, já que aqui eu atendo. Além disso, a digitadora da unidade fica se matando, digitando aquele monte de papel, pra quê? [...] Já fiquei dois meses sem fazer a produção e fui bem clara quando disse a minha chefia que só voltaria a fazer quando isso fizesse sentido.

Em consequência desse fato, a chefia criou controles para regular o trabalho dessa médica. Exigiu que a digitadora controlasse o número de prontuários que eram retirados pelas ASP e encaminhados para a sala da profissional em seu horário de atendimento. Que a auxiliar de coordenação observasse e anotasse diariamente o horário de entrada e saída da profissional da unidade.

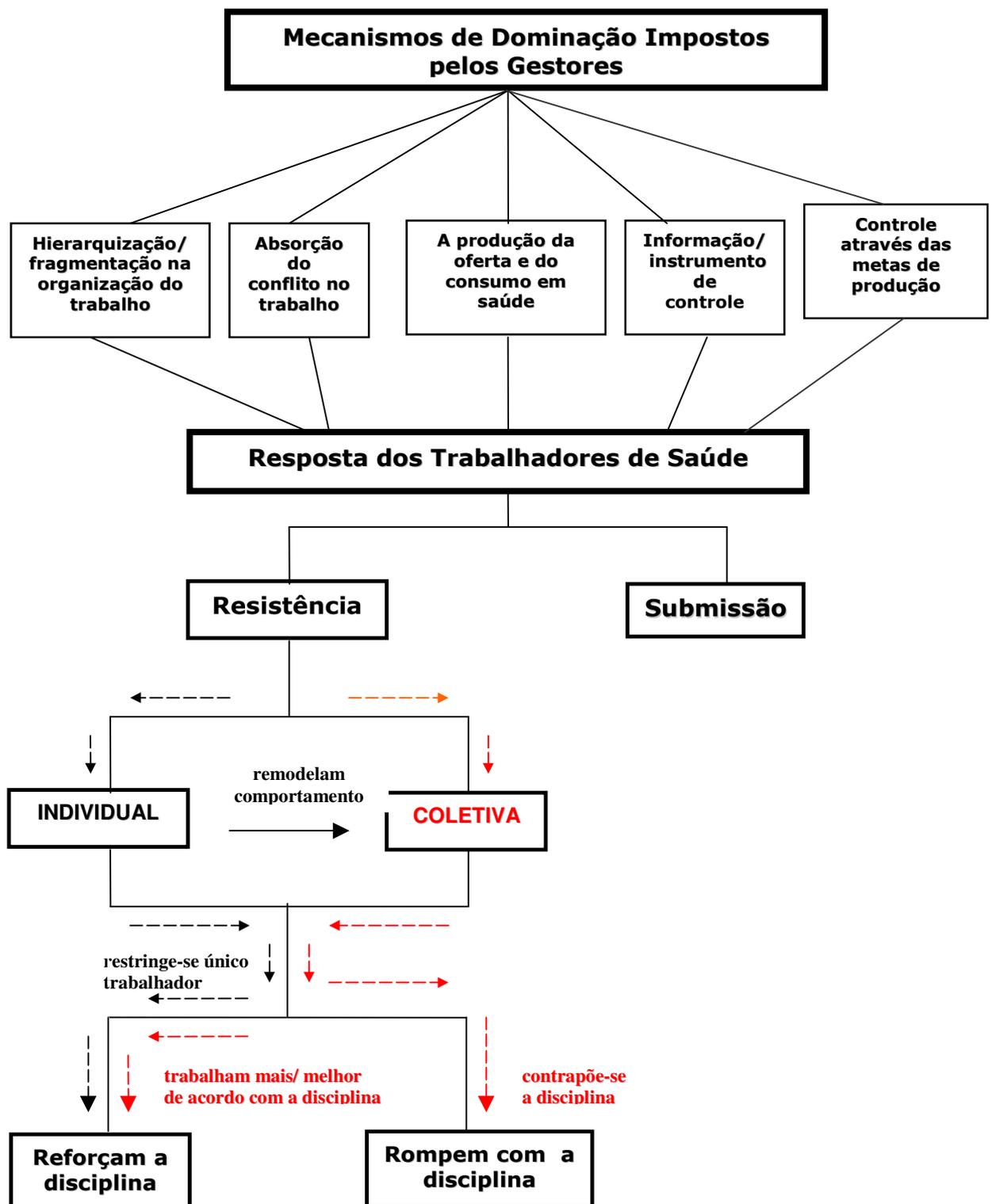
Perguntamos à médica se ela continuava a não preencher os mapas de produção e ela nos respondeu: “Quando a gente não concorda com o cabresto, existem os distúrbios na força” [...] “Não consegui, porque aqui a gente é muito coro, é muito pau mandado”.

A resposta da médica nos dá a nítida impressão de que essa trabalhadora reconhece sua frustração. Além disso, expressa o peso da realidade objetiva no trabalho no exato momento em que nos respondeu “a gente é muito coro, é pau mandado”.

O que foi descrito acima corresponde a certa realidade e é uma das dimensões das vivências dos trabalhadores no município de Joinville. Os trabalhadores de saúde têm recorrido a diferentes formas para demonstrar sua oposição à gestão. Ora recorrem à sabotagem; ora recorrem às várias gradações da ação coletiva, desde formas de solidariedade até tentativas de ruptura com a disciplina da instituição; e organização do trabalho em saúde consoante com outros modelos. Mas todas essas formas de oposição, para nós, têm em comum a mesma origem: o desejo dos trabalhadores de saúde de controlarem a organização e seus processos de trabalho.

Parece-nos possível incluir de maneira esquemática, as formas de respostas adotadas pelos trabalhadores de saúde e seus resultados quando estes se deparam com os mecanismos de dominação que os gestores impõe ao trabalho, como a seguir (fig.14):

**Figura 14 - Esquema simplificado dos mecanismos de dominação no trabalho em saúde versus respostas na atuação prática dos trabalhadores e seus resultados**



### 4.3 Considerações Finais

Durante os estágios iniciais do capitalismo, o sistema contou com um suporte importante dos gerentes; pôde por meio deles afirmar sua autoridade e subordinar aos seus interesses o conjunto dos trabalhadores. Algumas funções dos gestores já descritas em nosso referencial teórico mostram o papel que eles desempenharam para a secularização do atual sistema. Se pensarmos em termos de saúde, podemos sugerir de forma mais abrangente que a gestão do setor não se resume à organização dos processos de trabalho em saúde, mas à organização do setor e de suas atividades de acordo com os interesses de um sistema integrado. Cabe e é possível, para nós, trazer esta perspectiva de análise para o nosso caso em particular: o papel e os desdobramentos do desempenho da gestão na Secretaria de Saúde do município de Joinville.

A estrutura do modelo do trabalho em saúde no município é a de uma relação social entendida como o movimento de tensão entre dois pólos: trabalhadores de saúde e gestores. Num extremo temos o controle e a dominação que o gestor imputa ao trabalhador. Noutro, a submissão ou a resistência destes.

No que diz respeito à resistência dos trabalhadores de saúde à dominação, constatamos que ela conjuga dois aspectos. a) o conteúdo do confronto. Os trabalhadores pressionam a gestão visando a ampliar o controle sobre o trabalho. b) as formas práticas dos confrontos, que acontecem de maneiras distintas, individual ou coletiva e em tempos diferentes.

As resistências são realizadas prioritariamente de maneira individual, evoluindo muitas vezes para uma contagiosa resistência coletiva. Isto quer dizer que não identificamos resistências organizadas coletivamente, exceto a tentativa das ACS que resolvem ignorar a sua pré-estabelecida área de atuação e optam por agir

independentemente. Encontramos sim, casos freqüentes em que a resistência individual, ao provocar a solidariedade dos colegas de trabalho, transforma-se numa resistência coletiva, quer representada pela mudança silenciosa de atitude, quer pela sabotagem ou pelo confronto. Como vimos em algumas ocasiões de nosso estudo, o uso das informações geradas pela gestão nos permitiu evidenciar realidades conflitivas com as soluções puramente programáticas do setor de saúde no município de Joinville. Assim, de modo paradoxal, se por um lado mais e mais informações sobre o trabalho em saúde passam para a gestão com o objetivo de controle, por outro, os trabalhadores mediante uma análise crítica das informações, podem desenvolver resistências a partir da identificação da estrutura fragmentada, dos limites de suas ações e de sua incapacidade de influenciar nas decisões vitais que afetam os objetivos do setor, como o atendimento às reais necessidades da coletividade.

Além disso, o credo, juntamente com o suporte tecnológico institucionalmente promovido, de que as necessidades em saúde dos indivíduos e coletividade estão sendo atendidas por meio de programas, como por exemplo o atendimento ao pré-natal, à puericultura, ao portador de diabetes e hipertensão, se mostra nem tão eficaz quando se contempla a distância entre o acesso aos programas e seus efetivos impactos. Tomemos como exemplo a ampliação do acesso aos serviços de pré-natal. Como observamos em nosso estudo, o programa não foi capaz de impedir o aumento da gravidez na adolescência, morte perinatal e baixo peso ao nascer. O mínimo que se poderia objetar a esta concepção do atendimento em saúde é o tipo de tratamento dado pelo setor às demandas socialmente determinadas e suas gritantes desigualdades. Na verdade, o setor ignora essas desigualdades e restringe-se a idealizar os meios técnicos e conhecimento em saúde como forma de superar as necessidades da coletividade, como se os trabalhadores bem treinados, por “gestores bem esclarecidos” pudessem responder plenamente às reais necessidades dos indivíduos. A verdade realista é que a tecnologia em saúde é baseada num recorte da apreensão da realidade e se apóia num conhecimento estabelecido, seja ele anatomo-físico-patológico, social ou psicológico. A assistência à saúde, no seu sentido amplo, é um direito constitucional, porém, o recorte da realidade pela tecnologia imposta, exclui parte da demanda ou não aborda outras

necessidades como passíveis de solução (ex. saúde ambiental – leptospirose). Reconhecer o caráter socialmente determinante do adoecimento e morte é o mesmo que admitir a ineficácia dos atuais modelos de atenção à saúde oferecida à população. A gestão, ao circunscrever as necessidades da população às ofertas dos programas, não reconhece o caráter social do adoecimento e morte. Limita-se a realizar um serviço estatístico de saúde. Para o gestor importa que, ao final do mês, tenham sido atendidas X pessoas num programa. Não lhe importa se dentre essas pessoas um mesmo personagem tenha figurado por múltiplas vezes e muito menos as razões que motivaram os seus retornos. Efetivamente, ao gestor estará cumprida a sua função, independente da resolução do problema de saúde trazida pelo indivíduo. E é neste exato ponto que nos contrapomos a essa ideologia e advogamos por um serviço aberto às reais demandas sociais e que não dissocie o indivíduo doente ou em risco de sua realidade socioeconômica, que é comprovadamente um determinante do processo saúde-doença. É fundamental que o serviço público de saúde seja capaz de manter, além dos programas, o atendimento diversificado às múltiplas demandas da coletividade. Não é tolerável que o usuário cuja demanda não esteja prevista no cardápio oferecido pelos serviços de saúde seja impossibilitado de receber cuidados quando acometido por alguma enfermidade e protagonize a crueldade da exclusão social promovida pelo responsável pela promoção da saúde. Se por competência atribuída à intervenção imediata do setor se restringe a um recorte do problema apresentado, as demandas por serviços observadas no estudo, extrapolam essa dimensão, exigindo que a tecnologia deixe de ser restrita apenas a um problema circunscrito, e se materialize numa intervenção que supere as competências do setor.

Mostramos ainda como alguns mecanismos facilitam a absorção do conflito pela gestão quer mediante a organização do trabalho, quer por meio da repressão que ocorre quando o conteúdo do conflito torna a sua absorção impossível. Um dos mecanismos utilizados é a informação em saúde obtida por meio dos computadores em rede. Com base nesta, os gerentes podem afastar os trabalhadores de saúde da organização do trabalho. Os aspectos de captação, veiculação e armazenamento das informações conferem aos gestores o controle dos mecanismos de decisão e lhes permitem impor aos trabalhadores os limites estritos para a tomada de decisão

relativa à tecnologia e aos processos de trabalho. Os trabalhadores mostram as limitações do trabalho imposto pela gestão, mesmo assim, é ela que estabelece metas a ser atingidas, os tipos de serviços que serão oferecidos à coletividade e as formas e características que esses serviços devem assumir. Constatamos, então, que o que está em jogo é o controle das decisões e o domínio dos trabalhadores pelos gestores, fatores intimamente ligados à continuidade operacional do trabalho em saúde e do sistema como um todo. Como conseqüências imediatas identificamos a falta de participação e a alienação dos trabalhadores no processo de trabalho conduzindo ao seu desinteresse, frustração e adoecimento. Para a população, resulta na desqualificação e ineficácia do serviço de saúde.

Importante esclarecermos que a participação consciente dos trabalhadores no processo de trabalho, é condição necessária para abolir a divisão interna do trabalho. Por isso, vislumbrar a superação da divisão do trabalho no setor público de saúde, significa levar em conta as mediações materiais que visam a superação da dada divisão, pelas quais se torna inicialmente possível a participação consciente dos trabalhadores de saúde. As mediações materiais, caracterizadas nas Unidades Básicas de Saúde devem estar vinculadas essencialmente à valorização do trabalho vivo, à qualidade técnico-científica do trabalhador, à sua motivação e compromisso com seu trabalho, como forma de promover a redução do papel restritivo das determinações materiais no trabalho em saúde. O desenvolvimento da atenção em saúde requer a organização do trabalho, orientada pela prática material e habilidades criativas dos trabalhadores de saúde, ou seja, os modelos de atenção e programas verdadeiramente adequados devem ser elaborados pela própria prática social crítica no curso de seu desenvolvimento. Entretanto, no município de Joinville o que se pode observar é que permanecem incorporados à construção estrutural do SUS problemas nas mediações materiais no contexto das UBS, uma delas, por exemplo, a quantidade de trabalho, reduzindo de muitas maneiras ao mínimo absoluto o tempo de trabalho socialmente necessário para o atendimento das necessidades dos usuários.

Outro aspecto constatado neste estudo impulsiona à convicção de que é imprescindível e premente a ampliação dos recursos humanos e que esta seja

subordinada à demanda social. O atual modelo rechaça este princípio e prestigia, com mais de 55% do efetivo de funcionários da SMS, os interesses da gestão. Ou seja, há uma inversão de valores quando a necessidade da gestão burocrática, como forma de controle, prevalece sob o objetivo e a qualidade do serviço de saúde prestado pelo órgão aqui estudado e o torna escasso também pela falta de profissionais qualificados. Novamente aqui, o princípio da quantidade se sobrepõe ao da qualidade para consolidar a prestação de um serviço de má qualidade que gera insegurança, insatisfação, descrença e temeridade por conta da população, por um lado. Por outro, impõe a sobrecarga dos profissionais especializados e qualificados, substituídos por um número maior sem qualquer qualificação num modelo que privilegia a contratação que garanta a supremacia do seu controle .

Para finalizar, destacamos três condições inseparáveis da organização e dos processos de trabalho que são pertinentes às formas essenciais para o pleno desenvolvimento do trabalho em saúde: 1) o desenvolvimento da atividade em saúde deve ter como pressuposto as reais necessidades da coletividade; 2) a regulação dos processos de trabalho em saúde deve acontecer por meio do intercâmbio dos trabalhadores com a coletividade, como forma de contemplar as necessidades cada vez mais complexas e mutáveis dos indivíduos e coletividade; 3) a ampliação e a alocação racional dos recursos humanos e materiais disponíveis combatendo a escassez. Ao contrário do que se imagina e que se pode constatar, nenhuma das condições acima referidas exige o estabelecimento de gestores que adotem a prática de dominação e subordinação da organização e dos processos de trabalho como quadro indispensável para o desenvolvimento do trabalho em saúde.

**PARTE V**

## 5. Referências Bibliográficas

ALBERNAZ, Maria Paula; LIMA, Cecília Modesto. **Dicionário Ilustrado de Arquitetura**. São Paulo: ProEditores, 1998.

ALTVATER, Elmir. **Implicaciones Sociales de Cambio Tecnológico**. In: FACCHINI, Luiz A. **Proceso de Trabajo, Cambio Tecnológico y Desgaste Obrero. El Caso del Ingenio de Azucar Adolfo Lopes Mateos**. Tese apresentada para obter grau de mestre em medicina social. Universidad Autonoma Metropolitana. Xochimilco. México.1986.

ANTUNES, Ricardo. **Adeus ao Trabalho? Ensaio sobre as Metamorfoses e a Centralidade do Mundo do Trabalho**. 7 ed. São Paulo: Cortez. 2000.

AQUINO-CUNHA, Margarida, QUEIROZ-ANDRADE, Marcony, TAVARES-NETO, José et al. **Gestação na Adolescência: relação com o baixo peso ao nascer**. Rev. Bras. Ginecol. Obstet., set 2002, vol.24, nº. 8, p.513-519.

BARAN, Paul A. **A Economia Política do Desenvolvimento**. 4 ed. Rio de Janeiro : Zahar. 1977.

BARCELOS, Mary A., JACKSON, José M. **Entre a Qualidade na Promoção à Saúde e a Manutenção da Própria Saúde: as contradições do Trabalho das agentes comunitárias de saúde do posto de saúde do Boehmerwaldt – Programa de Saúde da Família, Joinville**. 1999. Relatório de pesquisa.

BARROS, Fernando Celso, VICTORA, César Gomes, TOMASI Elaine. **Saúde Materno-infantil em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil: principais conclusões da comparação dos estudos das coortes de 1982 e 1993**. Cad. Saúde Pública, 1987, vol. 12 supl.1, p.87-92.

BENICIO, Maria Helena D'Aquino, MONTEIRO, Carlos Augusto, SOUZA, José Maria P. et al. **Análise Multivariada de Fatores de Risco para o Baixo Peso ao Nascer em Nascidos Vivos do Município de São Paulo, SP (Brasil)**. Rev. Saúde Pública, ago. 1985, vol. 19, nº 4, p.311-320.

BERNARDO, João. **Economia dos Conflitos Sociais**. São Paulo: Cortez, 1991.

\_\_\_\_\_. **Estado: a silenciosa multiplicação do poder**. São Paulo: Escrituras Editora, 1998.

\_\_\_\_\_. **Democracia Totalitária: teoria e prática da empresa soberana**. São Paulo: Cortez. 2004.

BRAVERMAN, Harry. **Trabalho e Capital Monopolista**. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 1987.

BREILH, Jaime. **Epidemiologia: economia, política e saúde**. Rio de Janeiro: Editora Universidade Estadual Paulista: Fundação para o Desenvolvimento da UNESP: Hucitec, 1991.

\_\_\_\_\_. **The defeat of knowledge by information: human development and quality of life from an emancipatory perspective**. Rev. Ciência & Saúde Coletiva, 2000, vol.5, no.1, p. 99-114.

\_\_\_\_\_. **De la Vigilancia al Monitoreo Participativo**. Rev. Ciência & Saúde Coletiva. Rio de Janeiro. 8 (4) : 937-51. 2003.

BUENO, Maria Lúcia da Silva. **A construção do discurso dos atores sociais envolvidos com o processo de Reforma Psiquiátrica: um estudo do município de Joinville-SC**. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis. 2006.

CAMPOS, Gastão W. S. **Reforma da Reforma: repensando a saúde**. São Paulo: Hucitec. 1977.

\_\_\_\_\_. **Os Médicos e a Política de Saúde**. In: TEIXEIRA, Sonia F. (Org.) Estado y Políticas Sociales em América Latina. Universidad Autonoma Metropolitana-Xochimilco: Casa Aberta al Tiempo. México. 1988.

CARNOY, M. **Estado e Teoria Política**. Campinas. Papyrus Editora. 1986.

COSTA, Jurandir F. **Ordem Médica e Norma Familiar**. 2 ed. 5v. Rio de Janeiro: Edições Graal.1983.

DEJOURS, Christophe. **A Loucura do Trabalho: estudo da psicopatologia do trabalho**. São Paulo: Cortez; Oboré. 1992.

DURKHEIM, Emile. **Da Divisão do Trabalho Social**. 2 ed. São Paulo: Martins Fontes.1995.

FACCHINI, Luiz A. **Proceso de Trabajo, Cambio Tecnológico y Desgaste Obrero. El Caso del Ingenio de Azucar Adolfo Lopes Mateos**. Tese apresentada para obter grau de mestre em medicina social. Universidad Autonoma Metropolitana. Xochimilco. México.1986.

\_\_\_\_\_. **Por que a doença? A inferência causal e os marcos teóricos de análise**. In: José Tarcísio P. Buschinillim; Lys Esther Rocha; Raquel Maria Rigotto (Org.). Isto é trabalho de gente? Vida, doença e trabalho no Brasil. São Paulo. 1993. p. 33-55.

FELLICE, M. E.; GRANADOS, J. C.; ANCES, I. G.; HEBEL, R.; ROEDER, L. M., HEALD, F. P. - **The young pregnant teenager: impact of comprehensive prenatal care**. J. Adolesc. health care. 1981; 1: 193 -7.

FONSECA, Sandra C. e COUTINHO, Evandro da Silva F. **Pesquisa sobre Mortalidade Perinatal no Brasil: revisão da metodologia e dos resultados.** Cad. Saúde Pública, 2004, vol.20 supl.1, p.7-19.

GARCIA, Juan César. **Pensamento Social em Saúde na América Latina.** São Paulo:Cortez. 1989.

GONÇALVES, Ricardo B. M. **Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde: características tecnológicas de processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo.** São Paulo. Hucitec, 1994.

GORZ, André. **Crítica da Divisão do Trabalho.** 2 ed. São Paulo: Martins Fontes Editora. 1989.

GURGEL, Ricardo Queiroz, DIAS, Iane Martha Oliveira, FRANCA, Vera Lúcia Alves et al. **Distribuição Espacial do Baixo Peso ao Nascer em Sergipe, Brasil, 1995/1998.** Cad. Saúde Pública, set./out. 2005, vol.21, nº. 5, p.1329-1337.

HAGUETTE, Tereza Maria Frota. **Metodologias Qualitativas na Sociologia.** Rio de Janeiro: Vozes. 1997.

HARTZ, Z. M. A.; CHAMPAGNE, F.; LEAL, M. C. & CONTANDRIOPOULOS, A. P., 1996. **Mortalidade Infantil "Evitável" em Duas Cidades do Nordeste do Brasil: indicador de qualidade do sistema local de saúde.** Rev. de Saúde Pública, 30:310-318.

JACKSON, José M. et al. **As Dimensões 'Ignoradas' no Projeto e na Gestão dos Serviços de Atenção à Saúde da População: condições de trabalho e saúde dos servidores dos postos de saúde do município de Joinville, SC.** Florianópolis: Fundacentro; 2001. Relatório de pesquisa.

KURZ, Robert. **O Colapso da Modernização: da derrocada do socialismo de caserna à crise da economia mundial.** 5 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra. 1992.

LANSKY, Sonia, FRANCA Elisabeth e LEAL, Maria do C. **Mortes Perinatais Evitáveis em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 1999.** Cad. Saúde Pública, set./out. 2002, vol.18, nº 5, p. 1389-1400.

LAURELL, Asa Cristina. **Processo de Trabalho e Saúde.** Rev. Saúde Debate. Nº 11. 1981. p. 8-22.

\_\_\_\_\_. **"Saúde e Trabalho: os enfoques teóricos"**. In: As Ciências Sociais na América Latina. Washington, OPS-CIESU: Everardo Duarte Nunes. 1986.

LAURELL, Asa Cristina & NORIEGA, Mariano. **Processo de Produção: trabalho e desgaste operário.** São Paulo: Hucitec. 1989.

LIPPI, Umberto Gazi, ANDRADE, Antonio Suzart de, BETAGNON, José Ricardo D. et al. **Fatores Obstétricos Associados ao Baixo Peso ao Nascer.** Rev. Saúde Pública, out. 1989, vol.23, nº. 5, p.382-387.

LUKÁCS, Gyorgy. **História e Consciência de Classe: estudos de dialectica marxista.** 2 ed. Rio de Janeiro: Elfos; Porto: Escorpião. 1989.

MADI, J. M.; CHIARADIA, A. & LUNARDI, P. V. - **Gravidez na Adolescência: a propósito de 46 casos.** J. Bras. Ginecol. 1986; 96 (6): 267-70.

MARSIGLIA, R. M. **Servidor, Funcionário, Trabalhador, Organização de Interesses e Cultura Organizacional no Setor Público de Saúde.** São Paulo. Tese apresentada para obter grau de doutor pela Universidade de São Paulo, 1993.

MARX, Karl. **Manuscritos Econômicos e Filosóficos de 1844.** In: FROMM, Erich. O Conceito Marxista do Homem. 8. ed. Rio de Janeiro: Zahar Editores, p. 83-170. 1983.

\_\_\_\_\_. **O Capital: crítica da economia política. O processo de Produção do Capital.** 10 ed. 1v. São Paulo: Difel. 1985.

\_\_\_\_\_. **O Capital: crítica da economia política. O processo de Produção do Capital.** 10 ed. 2v. São Paulo: Difel. 1985.

MENDES, Eugenio V. (org). **Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde.** 4 ed. São Paulo - Rio de Janeiro: Hucitec - Abrasco. 1999.

MENEZES, Ana M. B. et al. **Mortalidade perinatal em duas Coortes de Base Populacional no Sul do Brasil: tendências e diferenciais.** Cad. Saúde Pública, 1996, Vol. 12, supl. 1, p. 33-41. ISSN 0102-311X.

MERHY, Emerson E. & ONOCKO, Rosana (org.). **Agir em Saúde: um desafio para o público.** São Paulo: Hucitec. 1997. p. 385.

MÉSZÁROS, Istvan. **Para Além do Capital.** Campinas: Editempo. 2002.

MINAYO, M.C.S. et al. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade.** 21 ed. Petrópolis: Vozes. 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Rede Internacional de Informações para a Saúde. Ficha de qualificação de indicadores e dados básicos – IDB [online].** Disponível em: [www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br). Acesso em: 6 out 2004.

MIURA, E., FAILACE, L.H. e FIORI, H. **Mortalidade Perinatal e Neonatal no Hospital de Clínicas de Porto Alegre.** Rev. Assoc. Méd. Brás., jan./mar. 1997, vol.43, nº 1, p.35-39.

OFFE, Claus. **Problemas Estruturais do Estado Capitalista.** Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro. 1984.

PERROT, Michelle. **Operários, Mulheres, Prisioneiros.** Rio de Janeiro: Paz e Terra. 1988.

PIRES, Denise. **O Saber e as Práticas de Saúde no Brasil e sua Apropriação pela Medicina e pela Enfermagem Institucionalizadas.** Dissertação de mestrado

apresentada ao Curso de Mestrado em Sociologia Política da Universidade Federal de Santa Catarina. 1988.

POULANTZAS, N. **As Transformações Atuais do Estado, a Crise Política e a Crise do Estado**. Rio de Janeiro. Graal. 1977.

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOINVILLE. – IDB [online]. **Jornal do Município**. Disponível em: [www.Joinville.sc.gov.br](http://www.Joinville.sc.gov.br). Acesso em: 8 de out de 2005.

ROSA, Maria Luiza Garcia e HORTALE, Virginia Alonso. **Óbitos Perinatais Evitáveis e Estrutura de Atendimento Obstétrico na Rede Pública: estudo de caso de um município da região metropolitana do Rio de Janeiro**. Cad. Saúde Pública, jul./set. 2000, vol.16, nº 3, p. 773-783.

SANTOS, Paula R. **Estudos do Processo de Trabalho em Enfermagem em Hemodinâmica: desgastes, cargas de trabalho e fatores de risco à saúde do trabalhador**. Rio de Janeiro. Dissertação apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública. 2001.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE JOINVILLE. **Relatório de Gestão**. 2003

\_\_\_\_\_. **Relatório de Recursos Humanos**. 2004

SELLTIZ et al. **Métodos de Pesquisa nas Relações Sociais**. São Paulo: EPU, 1965.

SILVA, Antonio A. M. da, BARBIERI, Marco Antonio, BETTIOL, Heloisa et al. **Saúde Perinatal: baixo peso e classe social**. Rev. Saúde Pública, abr. 1991, vol. 25, nº 2, p. 87-95.

SILVA, Antonio A. M. da, GOMES, Uilho A., BETTIOL, Heloisa et al. **Associação entre Idade, Classe Social e Hábito de Fumar Maternos com Baixo Peso ao Nascer**. Rev. saúde Pública, jun. 1992, vol. 26, nº 3, p. 150-154.

SILVA, C. O. **Curar adoecendo: um estudo do processo de trabalho hospitalar em busca da saúde, da inventividade e da vida.** Dissertação de mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz, Rio de Janeiro. 1994.

SILVA, Clara T. **Saúde do Trabalhador: um desafio para qualidade total no Hemorio.** Dissertação de mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz, Rio de Janeiro. 2000.

SISMONDI, P.; VOLANTE, R.; GIAI, M. - **El Embarazo y el Parto en la Adolescente.** Rev. Chil. Obstet. Gynecol. 1984; 49 (1): 41-5.

SIQUEIRA, A. A. F.; TANAKA, A. C. A. - **Mortalidade na Adolescência com Especial Referência à Mortalidade Materna.** Rev. Saúde Pública. (São Paulo) 1986; 20: 274-9.

SMITH, Adam. **A riqueza das Nações: investigação sobre a natureza e suas causas.** 3 ed. 1v. São Paulo: Nova Cultura. 1988.

TAYLOR, Friderick W. **Princípios de Administração Científica.** 6 ed. 13v. São Paulo: Atlas. 1966.

TEIXEIRA, Sonia F. (Org.) **Estado y Políticas Sociales em América Latina.** México. Universidad Autonoma Metropolitana-Xochimilco: Casa Abierta al Tiempo. 1988. p 251.

\_\_\_\_\_. **Estado sem Cidadãos: seguridade social na América Latina.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

TESTA, Mario. **Pensamento Estratégico e Lógica de Programação: o caso da saúde.** São Paulo: Hucitec. 1995

THERBORN, G. **La Ideologia Del Poder y el Poder de La Ideologia.** Madrid: Siglo XXI. 1985.

YIN, Robert K. **Applications of case study research.** Newbrry perk: Sage. 1993.



## **ANEXOS**

**Anexo 1 - Consentimento Informado do Informante**

**Declaração de orientação, consentimento informado e autorização para publicização de resultados do informante de pesquisa e termo de compromisso do pesquisador (adaptação do texto de ALBUQUERQUE, 2001).**

Eu, \_\_\_\_\_, residente e domiciliado(a) a Rua/Av \_\_\_\_\_, CEP \_\_\_\_\_, Cidade \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_, fones: (0\_\_ ) \_\_\_\_\_, profissão \_\_\_\_\_, ocupação \_\_\_\_\_.

**Declaro** para os devidos fins que fui informado(a)/orientado(a), de forma clara e detalhada, a respeito dos objetivos, da justificativa e da metodologia do trabalho "A Divisão do Trabalho no Setor Público de Saúde do Município de Joinville/SC – Um Estudo de Caso", que está sendo conduzida pela pesquisadora Arlene Laurenti Monterrosa Ayala. Tal trabalho é a elaboração da dissertação de mestrado daquela investigadora, que está sendo orientado pelo Professor Dr. Walter Ferreira de Oliveira.

**Concordo**, plenamente, em colaborar com o referido trabalho na condição de informante/sujeito do mesmo, deixando registrado desde este momento que terei liberdade para retirar este consentimento e autorização para publicização a qualquer momento, deixando assim de participar do mesmo, sem que isto me traga qualquer prejuízo e/ou constrangimento.

**Declaro**, outrossim, que autorizo a pesquisadora a gravar entrevista, referente ao assunto em epígrafe, com informações que possa prestá-lo, bem como, transcrevê-la para compor partes e/ou servir de base à consecução dos objetivos daquele trabalho.

A pesquisadora se compromete a fazer a devolução do material escrito, fruto da transcrição, para que possa apreciar, criticar e autorizar a utilização do mesmo.

Também, **Autorizo** a pesquisadora para que esta proceda a discussão do material que resultar desta pesquisa com seu orientador, co-orientador e/ou outro

colaborador que possa auxiliá-la, teoricamente, na composição/redação final de seu trabalho.

**Autorizo**, ainda, que o material que resultar de minha entrevista, possa compor o texto final da dissertação da referida pesquisadora. Outrossim, solicito que, sempre, quando partes de minha entrevista forem transcritas, literalmente, solicito que a pesquisadora se refira a minha pessoa, utilizando o seguinte nome: \_\_\_\_\_ e/ou, o seguinte apelido: \_\_\_\_\_. Desta forma, tenho ciência de que de: **(a)** ( ) - estarei atendendo à condição de anonimato e/ou **(b)** ( ) estarei liberando o anonimato pois gostaria de ser identificado pelo meu nome, pois esta é expressão de minha vontade. (Assinalar o item **a** ou **b**, em consonância com o preenchimento das lacunas acima.)

Além do exposto, ainda gostaria de solicitar de parte da pesquisadora que (descreva outras exigências que gostaria de ver seguidas para poder prestar as informações necessárias à consecução deste trabalho).

---



---



---



---



---

<p>Ao assinarem estarão concordando com os termos desta "Declaração de orientação, consentimento informado e autorização para publicização de resultado do informante da pesquisa e termo de compromisso da pesquisadora"</p>	
<p>Nome: _____ CPF nº _____</p>	<p>Arlene Laurenti Monterrosa Ayala CPF nº 381440939-68</p>

**Anexo 2 - Roteiro de Entrevista**

### **Perguntas dirigidas aos trabalhadores**

- 1 - Você participa na definição dos serviços que serão oferecidos à população? Como?
- 2 - Você conhece os critérios utilizados para a definição dos serviços que serão oferecidos?
- 3 - Como é seu trabalho do dia-a-dia?
- 4 - Você pode influenciar na forma de fazer o seu trabalho? Como?
- 5 - Você tem um número determinado de atendimentos que deverá cumprir?
- 6 - Você participa de capacitações/treinamentos?
- 8 - Você pode influenciar na definição dos temas que serão abordados? Como?
- 9 - Quais foram os assuntos abordados nas três últimas capacitações/treinamentos?
- 10 - Você recebe alguma orientação de como deve fazer o seu trabalho? Quem lhe orienta? E sobre o que?
- 11 - Existem normas, rotinas e fluxos determinados que você deve seguir? Quem estabelece?
- 12 - A unidade gera uma série de dados, sob forma de mapas. Esses dados retornam à unidade sob forma de informação?
- 13 - Você conhece estas informações?
- 14 - Estas informações são analisadas pelos profissionais? Se não. Porque?
- 15 - Os trabalhadores da unidade de saúde discutem sobre o trabalho da unidade? Quem participa da discussão? Quais os assuntos geralmente discutidos?
- 16 - Para você qual é a finalidade de seu trabalho e dos serviços oferecidos?
- 17 - Seu trabalho é supervisionado? Por quem?
- 18 - Você participa na decisão das políticas de saúde do município, e de como serão distribuídos os recursos financeiros?

### **Anexo 3 - Roteiro de Entrevista**

### **Perguntas dirigidas aos gerentes**

- 1 - Você poderia me descrever, como é o trabalho do profissional ASP? E do médico?
- 2 - Os trabalhadores de saúde participam na definição dos serviços que serão oferecidos à população?
- 3 - Quais os critérios utilizados para a definição desses serviços?
- 4 - A unidade gera uma série de dados. Esses dados têm retornado à unidade sob forma de informação?
- 5 - É feita a análise dessas informações? Quem participa dessa análise?
- 6 - Quais são as informações que a unidade gera e o que você considera de relevância?
- 7 - Existem rotinas, fluxos e normas que orientam o trabalho na unidade? Quem as estabelece?
- 8 - Você considera que os trabalhadores podem influenciar nas políticas de saúde do município?
- 9 - Para você. Qual é a finalidade dos serviços oferecidos?
- 10 - Qual é a finalidade do seu trabalho?

- Realizar mapeamento de sua área;
- Cadastrar as famílias e atualizar permanentemente este cadastro;
- Identificar pessoas e famílias expostos a situações de risco;
- Identificar e acompanhar as áreas de risco;
- Orientar as famílias para utilização adequada dos serviços de saúde facilitando assim o acesso a Unidade de Saúde;
- Visitas domiciliares (V.D.);
- Busca ativa de casos novos e/ou abandono;
- Realizar ações e atividades nas áreas prioritárias;
- Estar sempre bem informado, e informar aos demais membros da equipe sobre a situação da famílias acompanhadas;
- Desenvolver ações educativas e vigilância à saúde, enfatizando a prevenção de doenças;
- Promover educação e mobilização comunitária, desenvolvendo ações coletivas de saneamento e melhoria do meio ambiente;
- Traduzir para a equipe de saúde da família e PACS a dinâmica social da comunidade, suas necessidades, potencialidades e limites;

**Fonte:** Divisão de Atenção Básica – SMS/Joinville

### **Portaria Municipal / Joinville nº 068/2001**

- Administrar o processo de agendamento das consultas dos pacientes nas UBS da Família;
- Retirar prontuário de pacientes antes das consultas e arquivá-los após a realização das mesmas;
- Atender o telefone da UBSF e/ou UBS/PACS recebendo e passando informações;
- Contato com os usuários SUS na recepção da UBSF e UBS/PACS repassando as informações de acordo com a necessidade.

### **Compromissos Contratuais dos ACS descritos na portaria nº 068/2001**

- ⇒ Carga horária 8h/dia ou até 44h/semanais
- ⇒ Participação em reuniões na comunidade
- ⇒ Comprovação de 95 a 100% VD
- ⇒ Relatório mensal das atividades realizadas - SIAB
- ⇒ Participar de reuniões da equipe de saúde

**Fonte:** Divisão de Atenção Básica – SMS/Joinville









## Anexo 9 – Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) – Instrumento de Acompanhamento da Criança

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA						ANO
MUNICÍPIO	SEGMENTO	UNIDADE	ÁREA	MICRO ÁREA	NOME ACS	

ACOMPANHAMENTO DA CRIANÇA													
NOME DA CRIANÇA _____						DATA DE NASCIMENTO ____ / ____ / ____ IDADE ____							
NOME DO PAI _____						PESO AO NASCER _____							
NOME DA MÃE _____						COMPRIMENTO _____							
ENDEREÇO _____						APGAR 5 MINUTOS _____							
PONTO DE REFERÊNCIA _____						PERÍMETRO CEFÁLICO _____							
	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	
ALEITAMENTO MATERNO													
VACINAS EM DIA													
PESADA													
DESNUTRIDA													
TEVE DIARRÉIA													
FEZ TRO (REIDRATAÇÃO ORAL)													
TEVE IRA (INFEÇ. RESPIRATÓRIA)													

Obs.: Aleitamento Materno (E) Exclusivo- (M)Misto-peito, e outros -(A)Artificial, não mama no peito -Outros(S/N)Sim/Não

ACOMPANHAMENTO DA CRIANÇA													
NOME DA CRIANÇA _____						DATA DE NASCIMENTO ____ / ____ / ____ IDADE ____							
NOME DO PAI _____						PESO AO NASCER _____							
NOME DA MÃE _____						COMPRIMENTO _____							
ENDEREÇO _____						APGAR 5 MINUTOS _____							
PONTO DE REFERÊNCIA _____						PERÍMETRO CEFÁLICO _____							
	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	
ALEITAMENTO MATERNO													
VACINAS EM DIA													
PESADA													
DESNUTRIDA													
TEVE DIARRÉIA													
FEZ TRO (REIDRATAÇÃO ORAL)													
TEVE IRA (INFEÇ. RESPIRATÓRIA)													

Obs.: Aleitamento Materno (E) Exclusivo- (M)Misto-peito, e outros -(A)Artificial, não mama no peito -Outros(S/N)Sim/Não