

Ministério da Saúde

**FIOCRUZ**

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA  
SERGIO AROUCA  
ENSP

Mariana Monteiro de Castro e Castro

**Avaliação do Trabalho na Atenção Primária à Saúde do Município do Rio de Janeiro:**  
uma abordagem em saúde do trabalhador

Rio de Janeiro

2016

Mariana Monteiro de Castro e Castro

**Avaliação do Trabalho na Atenção Primária à Saúde do Município do Rio de Janeiro:**  
uma abordagem em saúde do trabalhador

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Saúde, Trabalho e Ambiente.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Simone Santos Oliveira.

Rio de Janeiro

2016

Catálogo na fonte  
Fundação Oswaldo Cruz  
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica  
Biblioteca de Saúde Pública

C355a Castro, Mariana Monteiro de Castro e  
Avaliação do trabalho na atenção primária à saúde do município do Rio de Janeiro: uma abordagem em saúde do trabalhador. / Mariana Monteiro de Castro e Castro. -- 2016.  
170 f. : tab. ; graf.

Orientadora: Simone Santos Oliveira.  
Dissertação (Mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2016.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Trabalho. 3. Estratégia Saúde da Família. 4. Saúde do Trabalhador. 5. Avaliação. 6. Sistema Único de Saúde. I. Título.

CDD – 22.ed. – 363.11098153

Mariana Monteiro de Castro de Castro

**Avaliação do Trabalho na Atenção Primária à Saúde do Município do Rio de Janeiro:**  
uma abordagem em saúde do trabalhador

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Saúde, Trabalho e Ambiente.

Aprovada em: 18 de abril de 2016.

Banca Examinadora

Prof.<sup>a</sup> Dra. Angélica Ferreira Fonseca  
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Prof.<sup>a</sup> Dra. Maria Inês Carsalade Martins  
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof.<sup>a</sup> Dra. Simone Santos Oliveira (Orientadora)  
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Rio de Janeiro

2016

À minha família amada: essência da alegria de viver.

## **AGRADECIMENTOS**

Aos meus pais, Zélia e Walter, pelo amor, dedicação e cuidado.

Aos meus irmãos, Fred, Felipe, Fabrício e Marina pela convivência harmoniosa e carinhosa.

Em especial à minha mãe, representação do que é o amor, exemplo de competência e sabedoria. Amo você!

À minha irmã Marina, pelas discussões enriquecedoras e apoio fundamental.

Ao meu marido Marcelo, pelo incentivo, paciência e pela generosidade do seu amor.

Aos meus sobrinhos, pela descoberta do mais puro sentimento em ser Tia.

À minha Tia Annita, pelo carinho, dedicação e cuidado na revisão do trabalho.

À minha orientadora Simone Oliveira, meus sinceros agradecimentos pelo privilégio de tê-la como orientadora.

À Maria Inês Carsalade e Angélica Fonseca, pelas sugestões na qualificação.

Aos meus amigos Salmões, Cris, Laís, Luciene e Luis, pela amizade construída em nosso percurso acadêmico na Saúde Pública e na Saúde do Trabalhador.

Ao Prof. Fadel, pela oportunidade de compartilhar do seu saber e das experiências em Saúde do Trabalhador, por todo incentivo e apoio irrestrito.

Aos meus amigos de Mestrado, confidentes, companheiros e solidários.

Às amigas de Muriaé, principalmente Bethânia e Júlia e prima Beta, pela compreensão da ausência e amizade sincera.

Aos amigos do trabalho, pelo apoio essencial e compreensão.

## RESUMO

No Brasil, a atenção à saúde da população é um direito de cidadania e dever do Estado conquistados historicamente. Estão garantidos na Constituição Federal de 1988 e nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Inserida no SUS, a Atenção Primária à Saúde (APS), por meio dos preceitos da Estratégia de Saúde da Família (ESF), tem se mostrado como proposição estratégica nos sistemas de saúde em âmbito mundial. Ao longo da história do SUS, a APS apresenta transformações, avanços e desafios na prestação do cuidado integral e qualificado aos usuários dos serviços de saúde. Frente a um cenário de inovações nas práticas de trabalho, modos de avaliações e gestão do trabalho, foi proposto como objeto de estudo a avaliação do trabalho na APS do município do Rio de Janeiro, a partir de uma abordagem em saúde do trabalhador. Para atingir o objetivo pretendido, foi realizado um estudo qualitativo. Tendo como campo empírico o SUS, estiveram em análise as atividades de trabalho desenvolvidas por 62 trabalhadores da saúde inseridos nas equipes de Saúde da Família (SF) de três unidades de saúde, das quais duas eram Clínicas da Família (CF) e um Centro Municipal de Saúde (CMS), localizados na área programática 2.1. No curso dessa investigação foram utilizados métodos e técnicas para aproximação e diálogo com os protagonistas da atividade nas unidades de saúde. Os Encontros sobre o Trabalho foram o dispositivo técnico empregado nesta pesquisa. Para análise e interpretação dos dados provenientes dos Encontros sobre o Trabalho e do QSATS, buscou-se o ponto de vista da atividade e o método de interpretação dos sentidos. Os resultados do estudo demonstraram que na ESF, os trabalhadores atuam no campo do trabalho vivo, uma vez que possuem relação direta com os usuários. Essa dimensão relacional é um decisivo aspecto da atividade das equipes de Saúde da Família e seus atos no trabalho refletem a distância entre o trabalho prescrito e o real e elucidam que toda atividade é sempre atravessada pelos debates de normas ou ainda pela negociação dos usos de *si*.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Atividade de trabalho. Avaliação do trabalho. Estratégia Saúde da Família. Saúde do trabalhador.

## **ABSTRACT**

In Brazil, the health care of the population is a right of citizenship and duty of the State historically conquered. It is guaranteed in the Federal Constitution of 1988 and the principles and guidelines of the Unified Health System (SUS). Included in SUS, the Primary Health Care (PHC) based on the principles of the Family health Strategy (ESF) has been shown as a strategic proposition in health systems worldwide. Throughout history the SUS, APS has changes, advances and challenges in the provision of comprehensive and qualified users of health care services. Faced with an innovation scenario in working practices, ways assessments and work management in the APS, we propose as the evaluation of the work object of reflection in the APS in the municipality of Rio de Janeiro, an approach to worker health. With the empirical field SUS, were in analysis to work activities undertaken by 62 health workers inserted in the health teams of the family (SF) of three health units, in which two were Clinics Family (CF) and City Center Health (CMS), located in the program area 2.1. In the course of this investigation we were used methods and techniques to approach and dialogue with the protagonists of the activity in the health units. Encounters Labour was the technical device used in this research. For analysis and interpretation of data from the meetings on the Labour and QSATS, we sought the views of the activity and the method of interpretation of meanings. The study results demonstrated that the ESF, the workers work in the living labor camp, since they have a direct relationship with users. This relational dimension is a key aspect of the activity of health teams of the family and their actions at work reflect the distance between the prescribed work and real and clarify that all activity is always crossed by debates standards or the negotiation of other uses.

Keywords: Primary Health Care. Work activity. Evaluation of Labor. Family Health Strategy. Worker's health.

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
AP	Área Programática
APS	Atenção Primária à Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
CAP	Coordenadoria de Atenção Primária
CESTEH	Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana
CF	Clínica da Família
CMS	Centro Municipal de Saúde
CRST	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CTA	Comissão Técnica de Avaliação
ESF	Estratégia Saúde da Família
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOB	Norma Operacional Básica
NOST	Norma Operacional de Saúde do Trabalhador
OMS	Organização Mundial da Saúde
OSS	Organização Social de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
PCM	<i>Project Cycle Management</i>
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNST	Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora
PREVSAUDE	Programa de Serviços Básicos de Saúde
PROADESS	Projeto de Avaliação de Desempenho dos Sistemas de Saúde
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RENAST	Rede de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SF	Saúde da Família

SMS	Secretaria Municipal de Saúde
ST	Saúde do Trabalhador
SUS	Sistema Único de Saúde
TEIAS	Território Integrado de Atenção à Saúde
TS	Trabalhador da Saúde
UC	Unidades Contábeis
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

## SUMÁRIO

	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	11
1	<b>UM BREVE RESGATE DA ATENÇÃO À SAÚDE</b> .....	18
1.1	Uma compreensão histórica do Trabalho em Saúde.....	18
1.2	A construção da Atenção Primária à Saúde no SUS.....	35
1.3	A expansão da Atenção Primária à Saúde no Município do Rio de Janeiro.....	41
2	<b>A RELAÇÃO TRABALHO-SAÚDE E O PONTO DE VISTA DA ATIVIDADE</b> .....	48
2.1	As contribuições da Saúde do Trabalhador na Atenção Primária à Saúde.....	48
2.2	A relação Trabalho-Saúde na Atenção Primária à Saúde.....	54
2.3	As transformações no cotidiano do Trabalho do Ponto de Vista da Atividade..	58
3	<b>AVALIAÇÃO CONCEITOS E MÉTODOS</b> .....	68
3.1	O percurso histórico da Avaliação.....	68
3.2	A Avaliação no campo da Saúde.....	76
3.3	Uma reflexão sobre a Avaliação do Trabalho.....	80
4	<b>METODOLOGIA</b> .....	86
4.1	O campo empírico.....	88
4.2	Instrumentos da pesquisa.....	90
4.3	Sujeitos da pesquisa.....	93
4.4	Procedimentos da pesquisa.....	93
4.5	Aspectos éticos.....	95
4.6	Análise e interpretação de dados.....	95
5	<b>UMA EXPERIÊNCIA NA AVALIAÇÃO DO TRABALHO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA</b> .....	101
5.1	O perfil dos trabalhadores da pesquisa.....	101
5.2	Organização e condição de Trabalho na Estratégia de Saúde da Família.....	107
5.2.1	<i>Trabalho em equipe</i> .....	115
5.2.2	<i>Visita domiciliar</i> .....	120
5.2.3	<i>Violência</i> .....	122
5.3	Avaliação do Trabalho.....	127
5.3.1	<i>Trabalho Prescrito e Real</i> .....	134
5.3.2	<i>O pagamento por desempenho às Equipes de Saúde da Família</i> .....	137
5.3.3	<i>As características do Trabalho na Estratégia de Saúde da Família</i> .....	141
5.4	Os Sentidos do Trabalho.....	144
6	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	149
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	153

<b>APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA.....</b>	<b>163</b>
<b>APÊNDICE B TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....</b>	<b>164</b>
<b>ANEXO A QUESTIONÁRIO DE SAÚDE E TRABALHO EM ATIVIDADE DE SERVIÇO.....</b>	<b>166</b>
<b>ANEXO B SEMANA PADRÃO DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA...</b>	<b>167</b>

## INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) ganha destaque na atenção à saúde da população quando a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1978, define que as ações para o desenvolvimento dos cuidados primários são prioritárias no sistema nacional de saúde. A APS seria o primeiro nível de contato da população com o sistema, ao contemplar as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. Essas ações deveriam também estabelecer uma cooperação entre os setores sociais e econômicos, redistribuir os recursos disponíveis em prol dos desassistidos e permitir maior controle e participação da sociedade (FRANCO; MERHY, 2003).

No Brasil, é a partir da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), da sua legalização na Constituição de 1988, regulamentação através da Lei Orgânica da Saúde (LOS) 8.080 de 1990 e pela implantação e expansão do Programa de Saúde da Família (PSF) no ano de 1994, que a APS é estruturada no sistema de saúde do país. O objetivo do PSF é reorganizar a atenção à saúde da população e caminhar para a substituição do modelo tradicional de saúde médico centrado para um modelo centrado no indivíduo e em suas necessidades de saúde. Esse objetivo visa à assistência voltada para a proteção e promoção da saúde, no diagnóstico precoce e na recuperação dos agravos à saúde. Desse modo, o novo modelo está em coerência aos princípios e diretrizes do SUS: equidade, integralidade, universalidade, descentralização, hierarquização, regionalização e controle social.

A APS é a base organizacional para otimização dos recursos e serviços de saúde, é considerada a porta de entrada prioritária no sistema de saúde constitucionalmente fundado no direito à saúde e na equidade do cuidado. A construção social da APS revela três importantes vertentes de entendimento do seu papel no sistema público de saúde: uma APS seletiva, a APS como nível primário e uma APS ampla. Essas vertentes são citadas por Mendes (2015).

A interpretação mais restrita da APS seletiva a entende como um programa específico destinado a populações e regiões pobres, às quais se oferta um conjunto restrito de tecnologias simples e de baixo custo, sem possibilidades de acesso a tecnologias de maior densidade. A interpretação da APS como o nível primário do sistema de atenção à saúde concebe-a como o modo de organizar e fazer funcionar a porta de entrada do sistema, enfatizando a função resolutiva desses serviços sobre os problemas de saúde mais comuns. E a interpretação mais ampla da APS como estratégia de organização do sistema de atenção à saúde que a compreende como uma forma singular de apropriar, recombinar, reorganizar e reordenar todos os recursos desse

sistema para satisfazer às necessidades, demandas e representações da população (MENDES, 2015, p. 15).

Para assumir o papel de ordenadora da saúde a APS, por meio do PSF, precisou superar o conceito de programa e se estabelecer como estratégia para reorganização da atenção à saúde da população, em substituição ao modelo tradicional de saúde vigente. Dessa forma, o PSF deixa de ser um programa e se estrutura como Estratégia de Saúde da Família (ESF), composta por uma equipe mínima de saúde. Essa equipe, responsável pelas questões sanitárias e econômicas de uma população adstrita, pautada em quatro pilares para uma atenção primária de qualidade: primeiro contato, longitudinalidade da atenção, integralidade e coordenação do cuidado (ROCHA et al., 2011).

Portanto, a prestação da assistência e cuidado integral à população seria realizada por uma equipe mínima, composta por um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS), que em suas práticas contribuem para a efetividade dos princípios ordenadores da APS (BRASIL, 2006).

Para fortalecer o trabalho da equipe de saúde da família, ampliar a abrangência, o escopo e a resolutividade das ações da APS, bem como a territorialização e regionalização, o Ministério da Saúde criou, no ano de 2008, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). O NASF é constituído por profissionais de diferentes áreas do conhecimento para apoiar e compartilhar as práticas de saúde nos territórios de atuação da equipe de saúde da família (BRASIL, 2010).

O pleno funcionamento da ESF é a garantia da qualidade para todo o sistema de saúde. “Tal qualidade também está intimamente relacionada à gestão da força de trabalho e às tecnologias de processo utilizadas como instrumento de sua legitimação”, na qual estão contidas as relações interpessoais e intersubjetivas do trabalhador da saúde (LACAZ et al., 2011, p. 174)

Vasconcellos et al (2013) afirmam, coerentes com essa ideia:

O reconhecimento da categoria trabalho como variável determinante a ser considerada na atenção à saúde pelas equipes de saúde da família e pelos agentes comunitários de saúde (ACS) carece até hoje de mecanismos mais permanentes que lhe deem visibilidade e efetiva consideração (VASCONCELLOS et al., 2013, p. 73).

Considera-se que a centralidade do trabalho para os trabalhadores da ESF é uma

temática importante para estudos dessa área, a fim de trazer à tona reflexões sobre a relação trabalho, saúde-doença, o trabalho prescrito e real, a mobilização subjetiva dos trabalhadores e os métodos de avaliação do trabalho no setor saúde.

Com base nessas reflexões, este estudo tem como proposta analisar a avaliação do trabalho na APS a partir do uso do método de avaliação de desempenho para a organização do trabalho da estratégia de saúde da família no município do Rio de Janeiro, numa abordagem em saúde do trabalhador (ST).

Torna-se fundamental destacar que a avaliação vem ganhando confiabilidade na área da saúde por se tratar de um instrumento essencial para o aprimoramento dos serviços de saúde. Porém ainda acontece de forma incipiente e apresenta inúmeros desafios para que seja incorporada como uma prática cotidiana nesses serviços (CHAMPAGNE, 2011).

A avaliação do trabalho no âmbito da saúde é um objetivo legítimo. No entanto, o acesso racional à objetividade de uma avaliação desconsidera esta legitimidade. Esta afirmação pode ser constatada através da avaliação individual dos desempenhos que, em sua proposta, elucida o trabalho concreto e renuncia à mobilização subjetiva dos trabalhadores, de maneira individual e/ou coletiva. Progredir nos processos de avaliação do trabalho e romper com as implicações à saúde dos trabalhadores significa “afrouxar a pressão exercida pela gestão e reinvestir nas ciências do trabalho” (DEJOURS, 2008, p.90).

Segundo Dejours (2008), a avaliação dos desempenhos torna-se, em determinadas situações de trabalho, totalmente desconectada da realidade do trabalho, visto que as tarefas requerem uma mobilização subjetiva por parte do trabalhador em registros invisíveis, pois estes são relacionais e intersubjetivos. Este método de avaliação pode revelar práticas burocráticas, prescritivas, punitivas, e ainda ser fonte de sofrimento e mal estar para os trabalhadores, além de provocar a invisibilidade do trabalho real no cotidiano dos serviços.

Este estudo parte do pressuposto de que o trabalhador da ESF é protagonista do processo de trabalho em saúde e que a valorização no trabalho é determinante para as possibilidades reais de mudança para melhoria da qualidade na prestação dos serviços e para o fortalecimento da APS.

A relevância do papel da ESF no SUS é destacada por diversos autores, dentre eles, Franco (2003), Mendes (2002), Merhy (2007) e Starfield (2004) que defendem a institucionalização da ESF, reconhecem a importância das mudanças na política de saúde e asseguram a hegemonia para organização da APS no Brasil.

Diante da institucionalização da APS no SUS, os gestores da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS/RJ) apostaram no projeto de Reforma da Atenção Primária à Saúde a partir da expansão da Estratégia de Saúde da Família para todo o território municipal, a fim de ampliar o acesso aos cuidados de saúde e garantir a assistência com qualidade aos usuários do SUS.

Portanto, o Rio de Janeiro, município selecionado para este estudo, no ano de 2009 apresentava uma cobertura em saúde por meio da ESF de 6,9%. No ano de 2014 o índice chegou a cerca de 40% e para 2017 a cobertura prevista é de 70% de ESF. A expansão da APS é expressiva e representa um novo espaço de trabalho para os profissionais da área da saúde inseridos na equipe mínima de saúde da família e no Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF.

A SMS/RJ através de um contrato de gestão firmado com as organizações sociais de saúde (OSS) aprovou o vínculo de emprego público regido pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), por meio de seleção pública com a criação das OSS para a contratação dos trabalhadores da ESF. O contrato de gestão é norteado por indicadores de desempenho estabelecidos pela SMS/RJ, organizados por linha de cuidado em APS e com o objetivo de induzir à boa prática nas atividades das equipes de saúde da família. A efetivação da avaliação de desempenho se dá na divisão em três níveis: variável 01, variável 02 e variável 03, e em sua análise dos resultados dos indicadores e metas (SMSDC, 2011).

Esta expansão significativa das equipes de saúde da família acompanhada da adoção de novos métodos avaliativos do trabalho e de controle de resultados tornou as unidades de saúde um interessante espaço para pesquisa sobre a avaliação do trabalho da ESF.

A construção deste estudo é fruto da minha trajetória na saúde da família que perpassa o âmbito profissional e acadêmico. Estou inserida na APS desde 2007 atuando em diferentes funções e espaços de trabalho. Essa atuação profissional despertou em mim o interesse em aprofundar conhecimentos sobre saúde pública e se concretizou quando iniciei a especialização em Saúde Pública da ENSP/Fiocruz. A aproximação com o campo da saúde do trabalhador e as discussões sobre a relação trabalho, saúde-doença, aconteceram no decorrer dessa especialização.

Posteriormente, no ano de 2014, a vontade de continuar os estudos no campo da saúde pública, saúde do trabalhador e atenção primária à saúde, levou-me ao ingresso no Curso de Mestrado em Saúde Pública, na Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na área de concentração Saúde, Trabalho e Ambiente. Tive meu interesse despertado ao concluir a

especialização em Saúde Pública da ENSP/FIOCRUZ e fortalecido após participação nas disciplinas de Produção e Saúde I e Saúde, Trabalho e Direito no Centro de Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana, CESTE/Fiocruz.

Para a construção deste estudo foi significativa a minha atuação tanto acadêmica como profissional, que me permitiram, de forma mais clara, visualizar a APS como um campo de trabalho a ser considerado determinante na relação trabalho e saúde. Passei a refletir acerca da centralidade do trabalho na vida dos TS, principalmente aqueles inseridos na APS, e sobre como a relação trabalho, saúde-doença está intrínseca nas equipes de saúde da família.

Como no Rio de Janeiro a APS está estabelecida num modelo de gestão compartilhada, entre a SMS/RJ e OSS, e que, o contrato de gestão com indicadores e metas é o instrumento de avaliação do trabalho, levantou-se questionamentos sobre o trabalho dos trabalhadores da ESF: como avaliar de maneira que o trabalho real e a mobilização subjetiva dos trabalhadores, para darem conta da tarefa, possam se tornar visíveis? Quais indicadores qualitativos podem contribuir para dar visibilidade ao trabalho real? As formas de avaliação do trabalho são fonte de sofrimento, mal estar e de invisibilidade do trabalho real?

Novos questionamentos foram agregados àqueles já elencados quando ingressei no Programa de Mestrado em Saúde Pública da ENSP/FIOCRUZ e me inseri no Grupo de Pesquisa “Trabalho e Saúde”. Em consequência tornou-se ainda mais concreta a importância de um estudo sobre a avaliação do trabalho na ESF.

Portanto, o estudo realizado teve como objeto a “avaliação do trabalho na atenção primária à saúde no município do Rio de Janeiro a partir da abordagem em saúde do trabalhador”. Por entender que a avaliação do trabalho envolve a compreensão das categorias saúde e doença e que estas “trazem uma carga histórica, cultural, política e ideológica que não pode ser contida apenas numa fórmula numérica ou num dado estatístico”, optamos pela abordagem qualitativa, a qual implica em aproximação indispensável entre objeto de estudo e o sujeito (MINAYO, 1998: 22).

Durante a realização da pesquisa, busquei compreender a metodologia como o caminho e o instrumental próprio da abordagem da realidade, ou seja, a metodologia é objeto fundamental da visão social de mundo que se propaga no campo teórico. Além disso, envolve as concepções teóricas de abordagem, o conjunto de técnicas organizado para a apreensão da realidade e a potencialidade criativa do pesquisador. Para o desafio da prática é fundamental ter um instrumental coerente, claro e elaborado, sendo necessários a dedicação e cuidado do pesquisador para o desenvolvimento da pesquisa (MINAYO, 2000).

A atenção ao quadro teórico do objeto de estudo foi realizada por meio de um levantamento bibliográfico sobre a avaliação do trabalho, a atenção primária à saúde, o campo da saúde do trabalhador, o trabalho em saúde e o ponto de vista da atividade. Além disso, foi realizada uma análise documental sobre a Reforma da Atenção Primária à Saúde no município do Rio de Janeiro. Ressalta-se que tanto o levantamento como a análise bibliográfica ocorreu durante todo o processo de construção da pesquisa.

Por entender que a construção de uma investigação se inicia na definição do seu objeto, e que para tal é necessário debruçar sobre o referencial teórico, torna-se importante destacar algumas produções que ajudaram a definir o objeto deste estudo, tais como: as relevantes contribuições de Dubois et al (2011) e Contandriopoulos (2011) sobre a história da avaliação; as reflexões realizadas por Mendes (2002) e sua compreensão sobre a APS como uma estratégia de reorganização dos serviços de saúde; Dejours (2008) e sua apreensão sobre a avaliação do trabalho e a organização do trabalho prescrito e real; Schwartz (2011), Durrive (2011) e Oliveira (2013) e seus conhecimentos em torno do ponto de vista da atividade, do trabalho em saúde e a saúde do trabalhador.

A apresentação da dissertação foi organizada em cinco capítulos. O primeiro perpassa por um breve resgate histórico da atenção à saúde e pela construção da APS, bem como a expansão da APS no município do Rio de Janeiro, no qual encontrei um rico referencial teórico que me proporcionou uma discussão satisfatória, como os clássicos de Donnangelo (1979) e Foucault (1982), e, os conhecimentos de Mendes (2002) e Franco; Merhy (2003).

O segundo capítulo compreende as relações trabalho-saúde sob o ponto de vista da atividade e as contribuições do campo da saúde do trabalhador na APS. Os autores consultados para a construção deste capítulo foram Durrive e Schwartz (2008), Oliveira (2013) e Vasconcellos (2013).

O terceiro capítulo abarca as reflexões da temática da avaliação, seus conceitos e métodos, no campo da saúde e da avaliação do trabalho. Este capítulo me trouxe um importante desafio teórico e proporcionou novos conhecimentos. Frente a esse desafio, procuramos um referencial bibliográfico que tivesse por base a discussão da avaliação nesse campo. Para a construção deste capítulo foram consultados os autores Contandriopoulos (2006), Dejours (2008) e Champagne (2011).

O quarto capítulo compreende a metodologia desenvolvida para a construção deste estudo e pesquisa de campo, para a qual encontrei nos ensinamentos de Minayo (2000) e Deslandes (2002) o norte para organização e compreensão dos métodos, teorias e o uso da

criatividade do pesquisador. Nos conhecimentos de Schwartz (2011) e Durrive (2011) busquei a compreensão do ponto de vista da atividade visando propiciar o debate, a reflexão e o desenvolvimento da atividade de trabalho na APS.

O quinto capítulo propõe uma discussão sobre a avaliação do trabalho na ESF a partir dos resultados da pesquisa de campo, envolvendo questões referentes ao perfil dos trabalhadores da pesquisa, a organização e condições de trabalho, a avaliação e os sentidos do trabalho. Para dar conta de todo o conteúdo proposto, foi necessário que eu retornasse aos capítulos I, II e III. Outros referenciais teóricos foram utilizados para darem suporte às novas questões trazidas ao longo da coleta de dados e que não estavam contempladas inicialmente.

Espero, com este estudo, contribuir com reflexões acerca da relação trabalho e saúde dos trabalhadores inseridos nas equipes de saúde da família, no município do Rio de Janeiro, como também dar visibilidade ao trabalho real no cotidiano de uma unidade de saúde.

Não tenho, contudo, a pretensão de ter esgotado o tema. A complexidade da relação trabalho e saúde dos trabalhadores demanda contínuo aprofundamento de estudos, tendo em vista tratar-se de processo dinâmico que envolve seres humanos no enfrentamento das especificidades do trabalho inerentes à Atenção Primária à Saúde.

## 1 UM BREVE RESGATE DA ATENÇÃO À SAÚDE

A atenção à saúde da população ao longo da história vem sendo desenvolvida de muitos modos e por diversos atores sociais, com características e limitações reservadas a cada período histórico e repleto de contribuições e influências para a organização do trabalho na sociedade (MATOS; PIRES, 2006).

No Brasil, a atenção à saúde da população, está em consonância com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) que foi instituído a partir da Constituição Federal de 1988 e regulamentado com a criação das Leis 8080/90 e 8142/90. Os princípios e diretrizes do SUS constituem a base para o funcionamento e organização do sistema de saúde brasileiro, afirmando direitos conquistados historicamente e a garantia da saúde como dever do Estado e direito por cidadania.

### 1.1 Uma compreensão histórica do Trabalho em Saúde

Na era medieval os problemas de saúde estavam relacionados às condições políticas, sociais e econômicas de grupos específicos da população. A classe médica e os leigos, apesar de perceberem a influência da ocupação laboral dos homens nas condições de saúde, não demonstraram interesse na saúde dos trabalhadores daquela época. O cuidado médico requeria tempo e circunstâncias favoráveis, e uma minoria de pessoas tinham recursos para alcançá-lo (ROSEN, 1983).

A relação trabalho, saúde e doença nem sempre foi foco de atenção, como afirmam Minayo-Gomez e Thedim-Costa (1997):

Afinal, no trabalho escravo ou no regime servil, inexistia a preocupação em preservar a saúde dos que eram submetidos ao trabalho, interpretado como castigo ou estigma: o “*tripalium*”, instrumento de tortura. O trabalhador, o escravo, o servo eram peças de engrenagens “naturais”, pertencentes da terra, assemelhados a animais e ferramentas, sem história, sem progresso, sem perspectivas, sem esperança terrestre, até que, consumidos seus corpos, pudessem voar livres pelos ares ou pelos céus da metafísica (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA 1997, p. 22).

A noção de *tripalium* do ponto de vista educativo remete ao aprimoramento das habilidades manuais e à repressão a qualquer possibilidade de exercer a criatividade no

trabalho. Já a ferramenta *tripalium*, é um instrumento feito de três paus, alguns possuem as pontas munidas de ferro e é utilizado por agricultores nas plantações. No entanto, este termo ficou conhecido como instrumento de tortura e esta ideia foi difundida ao longo dos anos refletindo o sofrimento, o padecimento e o cativo (LIMA, 2007).

Nos séculos XVII e XVIII foram realizadas algumas observações quanto à atenção médica, dentre elas que o cuidado médico poderia ofertar ajuda, diminuir os custos e permanência no hospital. Vale ressaltar que os trabalhadores eram vistos como instrumentos mecânicos para o desenvolvimento da civilização (ROSEN, 1983).

No século XVIII, tem-se a institucionalização da medicina como prática social no âmbito de toda sociedade, no processo econômico e político. O cuidado médico não se generaliza, porém a medicina amplia o campo de normativas e novos princípios passam orientar o campo da saúde, e a prática médica é estendida para a organização das populações e de suas condições gerais de vida (DONNANGELO, 1979).

Esta reorientação da medicina é afirmada por Lima (2007) ao dizer que o trabalho em saúde começa a ser organizado num formato em que o cuidado médico não é a principal atividade exercida e sim a interferência da medicina na organização das populações e de suas condições de vida.

Assim, o significado social assumido pela medicina, durante a etapa de transição feudal para o modo capitalista de produção, já se esboça no período do mercantilismo, de forma articulada a sua função no processo de acumulação de riqueza (DONNANGELO, 1979).

O sistema Mercantilismo ou Cameralismo seguiu o formato alemão, cujo sistema político e organizacional era orientado para colocar a vida social e econômica a serviço dos poderes políticos do Estado, e tinha a indústria como foco para o progresso do país. O governo havia percebido que a doença e a morte de trabalhadores geravam perda na produção e desequilíbrio na economia, e que somente a fecundidade e a população não eram suficientes para a prosperidade do país, portanto, surge a ideia de política nacional de saúde, que estava intimamente relacionada com as necessidades do estado absolutista (ROSEN, 1983).

Segundo Foucault (1982), no período do mercantilismo os países europeus se preocuparam com o estado de saúde de sua população em um clima político, econômico e científico, como segue:

A política mercantilista consiste essencialmente em majorar a produção da população, a quantidade de população ativa, a produção de cada indivíduo ativo e, a partir daí estabelecer fluxos comerciais que possibilitem a entrada no Estado da maior quantidade possível de moeda, graças a que se poderão pagar os exércitos e tudo o que assegure a força real de um Estado com relação aos outros (FOUCAULT, 1982, p. 82).

A Alemanha seguia a teoria da monarquia absolutista, na qual a posição mercantilista foi incorporada. O legislador era quem tomava as decisões frente aos acontecimentos de saúde, definia o que era melhor para a população e através de leis e normas de administração, impunha o que o povo deveria ou não fazer. O Estado Absolutista tem origem de um contrato social que tinha o interesse de se auto preservar, como afirma Rosen (1983):

O propósito do Estado é assegurar para seu povo o maior bem estar e segurança, mas deixava-se ao legislador do Estado determinar qual é o maior bem estar. Assim, o Estado tinha o direito de intervir nos assuntos das pessoas visando ao interesse (ROSEN, 1983, p. 36).

Dessa forma, o Estado absolutista prevê a reorientação das práticas da medicina para que atendam às exigências da acumulação do capital e à centralização do poder, e toma medidas para o enquadramento da população no processo de reorganização social. É neste cenário que surge o conceito de política nacional de saúde, como segmento da estratégia de ampliação da riqueza e poder nacional (DONNANGELO, 1979).

É na metade do século XVIII, baseado na importância da medicina para a política do Estado que se consubstanciam a noção de polícia médica através de ações de medicina centrada no controle da saúde da população, dotada de um programa de ação social para a saúde e bem estar a partir da análise dos problemas de saúde da população. Este conceito tentava primariamente aumentar a força do Estado (ROSEN, 1983).

Polícia médica se refere às teorias, políticas e práticas, originadas da base política e social do estado alemão absoluto e mercantilista, nos séculos XVII e XVIII, para agir na esfera da saúde e bem-estar e para assegurar ao monarca e ao Estado poder e riqueza crescentes (FOUCAULT 1982).

O desenvolvimento da noção de polícia médica emerge na Europa, designadamente na Alemanha, conformando um novo modelo de articulação das práticas de saúde com as estratégias econômicas e políticas da estrutura de produção capitalista (LIMA, 2007).

Seguindo a ideia de política nacional de saúde, os estudiosos da Inglaterra realizaram análises sistemáticas das condições de saúde da população e fizeram uma série de contribuições relevantes sobre os problemas de saúde, tais como: a necessidade do controle das doenças transmissíveis; a diminuição da mortalidade infantil; a criação de hospitais para doentes com pestes e maternidades. Tais contribuições tinham interesse em aumentar a população para fornecer a força de trabalho necessária para o pleno crescimento econômico do país. O estado era orientado a desenvolver todas as ações que pudessem prevenir a doença e manter a saúde (ROSEN, 1983).

Com base nas novas estratégias político-econômicas do capitalismo emergente torna-se preciso “pensar a população, registrá-la, controlá-la, formar os princípios de sua relação com o Estado: a quantidade de população é fundamental para que o Estado possa repousar sobre bases econômicas e políticas sólidas” (DONNANGELO, 1979, p. 49).

No decorrer deste século os assuntos de atenção à saúde expandiram-se nos aspectos políticos e administrativos. Havia, no programa de governo, entre outras medidas: o interesse pela proteção contra as pragas e contra o uso do tabaco e álcool; inspeção de alimentos e água; medidas para drenar e limpar as cidades; criação do conselho de saúde; análise da topografia de cidades e vilas. A estatística era objeto de vários estudos com foco na população e na mortalidade, e trazia informações importantes para a política e medicina. (ROSEN, 1993).

Ao final do século XVIII, o conceito de polícia médica é descrito como dever da profissão médica de tratar a pessoa doente e supervisionar a saúde da população, promover a proteção da saúde do indivíduo e grupos. Este conceito tinha característica autoritária e paternalista (ROSEN, 1983).

É a partir da concepção coletiva de saúde e doença que o trabalho se organiza como afirma Lima (2007):

A preocupação central que se manifesta nos primórdios do mercantilismo é controlar a ocorrência das doenças, isto é, evitar a incapacidade para o trabalho, e não tanto recuperar a força de trabalho incapacitada pela doença (LIMA, 2007, p. 66)

Nas primeiras décadas do século XIX o campo da medicina aborda duas questões principais: a sistematização das condições de vida social como fonte de enfermidade e a

institucionalização da medicina como instrumento de reorganização social como aponta Donnangelo (1979):

Surgem numerosos inquéritos oficiais e particulares sobre as condições de vida das diferentes classes sociais, sobre as condições de trabalho ou sobre os efeitos dos níveis de renda, nutrição e condições de moradia e saneamento para o estado de saúde, revelando claramente que as taxas de morbidade e mortalidade estavam relacionadas à situação social dos diferentes grupos sociais” (DONNANGELO, 1979, p. 56).

Neste período o conceito de polícia médica perdeu a ampla abordagem das relações sociais com a saúde e a doença, e, passou, em outro significado, à abrangência das atividades administrativas e de regulação referentes ao controle de doenças transmissíveis, organização e supervisão de profissionais médicos, saneamento ambiental e cuidado médico ao indigente (ROSEN, 1983). “Durante toda a primeira metade do século sucedem-se as afirmações do vínculo entre saúde, medicina e sociedade” (DONNANGELO, 1979).

Na segunda metade do século XIX, apesar do corpo ter sido investido político e socialmente como força de trabalho, esta não foi a primeira forma assumida pela Medicina e sim o seu último lugar de intervenção sobre os problemas do corpo, da saúde e do nível de força produtiva dos indivíduos (FOUCAULT, 1982).

Foucault (1982) organiza didaticamente três etapas para a formação da medicina social: a Medicina do Estado, a Medicina Urbana e a Medicina da Força de Trabalho, e descreve que a medicina social é uma prática social, que possui influência no corpo e prevê um atendimento individual que valorizaria as relações médico-paciente. Aposta na hipótese de que o capitalismo ao invés de ter transformado a medicina coletiva em medicina privada, fez exatamente o contrário, ocorreu a socialização da medicina, pois o corpo tornou-se força de produção, força de trabalho, existindo o interesse, com isso, de controlar a sociedade através do indivíduo, investindo-se primeiro no âmbito biológico, somático e corporal, para só adiante controlar as consciências e ideologias.

A Medicina de Estado ou Ciência de Estado desenvolveu-se na Alemanha no início do século XVIII. Trazia o Estado como objeto de conhecimento e como instrumento e lugar de formação de conhecimentos específicos. Desta forma, o Estado consegue extrair e acumular conhecimentos para assegurar o seu melhor funcionamento. Outro fator importante para a medicina estatal ter ocorrido na Alemanha é a estagnação político-econômica do país, que permitiu formar uma burguesia desocupada e sem perspectivas de participação no comércio,

na manufatura e na indústria. Portanto, esta classe procura ajuda nos soberanos, tornando-se um corpo de trabalhadores disponíveis para os aparelhos de Estado.

A medicina social surgiu na França na metade do século XVIII, a partir do desenvolvimento das estruturas urbanas. As grandes cidades francesas se apresentavam como multiplicidades emaranhadas de territórios heterogêneos e poderes rivais. Portanto, era necessária a unificação dos poderes urbanos por razões econômicas e políticas, para organizar o corpo urbano de forma coerente. E assim teve origem da Medicina Urbana.

A medicina dos pobres, da força de trabalho, do operário, teve origem na Inglaterra e foi o último alvo da medicina social. Entende-se que o pobre, o povo, a plebe não era analisada como os matadouros, cemitérios, ossuários de Paris, na França, como também o amontoamento não era grande para a pobreza representar perigo e o pobre funcionava como uma condição de existência urbana. A medicina da força de trabalho na Inglaterra foi essencialmente um controle da saúde e do corpo das classes mais pobres para torná-las mais aptas ao trabalho e menos perigosas às classes mais ricas.

Na metade século XIX a classe plebeia passa a representar perigo ao participar de revoltas políticas durante a Revolução Francesa, ao se revoltarem com a dispensa dos serviços prestados por esta classe e por fim, com a propagação da cólera de 1832 em Paris. Assim, foi formada uma separação do espaço urbano entre pobres e ricos (FOUCAULT, 1982). Do mesmo modo descreve Donnangelo (1979):

A pobreza constitui uma categoria à parte da sociedade e representa não a manifestação de efeitos negativos da estrutura social, mas a incapacidade puramente individual e, portanto, um fato de responsabilidade também individual (DONNANGELO, 1979, p. 63).

Com o desenvolvimento das indústrias na Inglaterra e da classe proletária surge um novo modelo de medicina social, baseada na Lei dos Pobres. Esta legislação da medicina inglesa entendia que o pobre, por ter direito a assistência à saúde, deveria submeter-se ao controle médico. Essencialmente, era a medicina do controle da saúde e do corpo das classes mais pobres para torná-las mais aptas ao trabalho e menos perigosas às classes mais ricas. (FOUCAULT, 1982).

Com o advento da Revolução Industrial, os trabalhadores livres venderam sua força de trabalho para os grandes industriais e deu-se início a uma extenuante exploração da força de trabalho. Os donos das fábricas extraíam o máximo de energia da classe operária, formada

também por crianças e mulheres. A carga horária trabalhada por vezes ultrapassava 16 horas trabalhadas por dia, em ambientes desfavoráveis à saúde, o que contribuía para a proliferação de doenças infectocontagiosas. Além disso, há de se considerar a falta de preparo dos trabalhadores para aquele novo maquinário, uma vez que a produção, até então exercida por eles era feita de forma artesanal. Muitos operários adoeciam, sofriam mutilações e perdiam a vida no ambiente de trabalho (MINAYO-GOMEZ E THEDIM-COSTA, 1997).

Na primeira Revolução Industrial, a relação trabalho, saúde e doença é evidenciada e marcada por aqueles que compram e aqueles que vendem a força de trabalho, conforme reflexão de Vasconcellos (2011):

Para os que possuem os meios de produção e o capital, a força de trabalho comprada gera o aumento das fontes de riqueza, expressas pela produção e pelo consumo. Para os trabalhadores, a força de trabalho vendida propicia os meios de subsistência para seguirem andando a vida (VASCONCELLOS, 2011, p. 125).

Quando um número expressivo de trabalhadores começa a adoecer e a se ausentar de suas funções diárias, pois muitos não guardavam energia o suficiente para recuperar-se de doenças cotidianas, inicia-se uma sucessão de normatizações e legislações que tem a Factory Act como seu ápice. Este modelo passa a ganhar força na Inglaterra, na chamada Medicina de Fábrica. Havia a presença diária de um médico nas fábricas com o propósito de garantir a saúde dos operários ou a sua recuperação para retorno à linha de produção, pois a força de trabalho era fundamental à industrialização emergente (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997).

Estas características de uma medicina baseada em uma visão biológica e individual, focada no ambiente de trabalho, nas doenças e seus agente etiológicos e nos acidentes de trabalho, evidenciam traços da Medicina do Trabalho praticada até os dias de hoje (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997).

No decorrer da história, começam a ocorrer de forma lenta as mudanças legais para a manutenção e reprodução da força de trabalho nos países europeus, no período entre a Revolução Industrial até a primeira metade do século XX (VASCONCELLOS, 2011).

No Brasil, entre as décadas de 1920 e 1940, ocorreu um aumento da população urbana (impulsionada pelo complexo agroexportador) e o crescimento do processo de

industrialização. Em consequência, houve o agravamento das manifestações da questão social, que demandou uma atuação mais efetiva por parte do Estado (BAPTISTA, 2007).

Ao mesmo tempo, se intensificava a incapacidade do setor Saúde do Estado de reabsorver seu papel de intervir no espaço de trabalho. Esta ação estava prevista na Reforma Carlos Chagas, de 1920, e foi interrompida com a criação do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, em 1930 (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997).

Na década de 1940, os principais países desenvolvidos do cenário mundial, principalmente na Europa, vivenciavam um crescimento econômico gerado pelos elevados ganhos de produtividade e pelo avanço tecnológico da indústria. Isto propiciava um ambiente favorável a novos investimentos. E ainda criava a possibilidade de ampliação das políticas sociais através da formatação do Estado de Bem Estar Social. Também conhecido como Welfare State, esse modelo visava garantir o bem estar social da população e manter a produção econômica (BAPTISTA, 2007).

Neste período, no Brasil, foram criados os Serviços Nacionais de Saúde e o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP). Este último mantinha uma prática baseada na medicina preventiva e curativa e respaldava-se em um limitado desenvolvimento científico e tecnológico (CASTRO; FAUSTO, 2012).

De acordo com Baptista (2007), nesse período a política de bem estar no Brasil pode assim ser descrita:

No Brasil, não se configurou nesse período (anos 50) uma política de bem estar social, mas ganhou espaço a ideologia ‘desenvolvimentista’ que apontou a relação pobreza-doença-subdesenvolvimento, indicando a necessidade de políticas que resultassem em horas do nível de saúde da população como condição para se obter desenvolvimento – este foi o primeiro passo para uma discussão mais aprofundada sobre o direito à saúde e à proteção social como política pública (BAPTISTA, 2007, p. 39).

Na década de 50, o Brasil vivenciava uma transformação no sistema de saúde mediante o acelerado processo de industrialização do país que, até então, tinha sua economia assentada na agricultura. Este processo gerou o deslocamento de uma massa operária para ser atendida no sistema de saúde e, em consequência, uma expansão dos serviços de saúde, de convênios com empresas, e o surgimento dos grandes hospitais munidos de tecnologias

inovadoras e profissionais especializados. O atendimento à saúde da população torna-se caro e centrado nos hospitais (BAPTISTA, 2007).

Em 1953, ocorre o rompimento do Ministério da Educação e Saúde. Portanto, o agora Ministério da Saúde passa a atuar em uma concepção mais ampla, com vistas a universalidade, e tornou-se responsável pelas ações de saúde pública em âmbito nacional (CASTRO; FAUSTO, 2012)

Na área da saúde, a medicina preventiva surgia com a proposta de formar uma assistência médica específica na fase inicial de atenção à saúde da população, com ênfase na prevenção de doenças transmissíveis e que deveria ser realizada próxima ao ambiente sociocultural dos indivíduos e suas famílias. Estes seriam considerados em suas relações sociais e culturais, ou seja, em sua realidade. Respal dava-se, desse modo, uma intervenção voltada para a prevenção e controle do adoecimento (VIANA; FAUSTO, 2005).

A partir dessa proposta, formou-se uma cultura relacionada aos diferentes momentos da atenção à saúde, onde a atenção primária se situaria no primeiro nível, organizando e definindo os cuidados que deveriam ser prestados pelos níveis de atenção com maior complexidade. “Esta concepção foi fundamental para formar a base das práticas de Atenção Primária à Saúde, ao conjugar duas questões essenciais: a atenção que se faz em primeiro lugar e que se faz próxima do cotidiano dos indivíduos e das famílias” (FAUSTO; MATTA, 2007, p. 45).

À época, o financiamento da saúde contava com recursos do Estado e sofria a pressão do modelo técnico-assistencial e médico-hegemônico centrado na especialização, em procedimentos, nos hospitais, na alta tecnologia e nos fármacos, seguindo as diretrizes do desenvolvimento tecnológico na área e da acumulação de capital (FAUSTO; MATTA, 2007).

Na década de 1960, nos EUA, os programas de Medicina Comunitária tinham o objetivo de realizar a inserção de grupos marginalizados, que faziam parte, do que Silva Junior (1998) apresentou como uma “guerra à pobreza” declarada por universidades e agências governamentais. As escolas de medicina divulgaram de forma ampla esses programas e trouxeram uma série de ideias e indicações relacionadas à APS.

Assim, se apresentava a proposta da Medicina Comunitária que consistia em: valorização de ações coletivas de promoção e proteção à saúde voltada para a comunidade; resgate das características coletivas das práticas médicas; desconcentração de recursos; utilização de tecnologias adequadas; inclusão de práticas médicas alternativas; formação de equipes de saúde; e participação da comunidade. Segundo Fausto; Matta (2007):

Estas propostas foram amplamente disseminadas em vários países, tendo forte repercussão nos países mais pobres, posto que se transformaram em estratégias dos governos no sentido de fortalecer as políticas de desenvolvimento econômico e social (FAUSTO; MATTA, 2007, p. 45).

Apesar das mudanças, a Medicina Comunitária surgiu como uma prática complementar ao modelo médico-hegemônico, uma vez que apresentava o seguinte perfil: a comunidade era vista isoladamente de seu contexto social; o processo saúde-doença era analisado de forma a-histórico, reconhecendo apenas sua determinação natural e o processo de trabalho em saúde continuava centrado no médico (SILVA JUNIOR, 1998).

Ao incluir contingentes populacionais antes excluídos do acesso à medicina, a Medicina Comunitária proporcionava também um fomento à acumulação de capitais pelo Estado, principalmente através da indústria da saúde (FRANCO; MERHY, 2003). Ocorria, ainda, uma separação entre a oferta de cuidados primários para os segmentos menos favorecidos da sociedade daquela oferecida aos que detêm maiores recursos financeiros que eram alvo da medicina flexneriana (SILVA JUNIOR, 1998).

A medicina flexneriana dá ênfase à pesquisa biológica como forma de superar o empirismo por preconizar o estímulo à especialização e controle do exercício profissional. Organiza-se em uma estrutura hospitalocêntrica e centrada na doença. É assim denominada com base no Relatório Flexner, publicado em 1910 pela Fundação Carnegie (EUA).

Na década de 1970, com a recessão mundial provocada pela crise estrutural do capitalismo, verificou-se uma quebra no ciclo de desenvolvimento do capital. Ocorreu uma redução na arrecadação fiscal dos estados o que dificultou o financiamento de seu desenvolvimento. Os gastos com as políticas sociais passaram a ser alvo de atenção dos governos, e o Welfare State foi atingido em sua origem (BAPTISTA, 2007).

Neste panorama de crise a Organização Mundial de Saúde em colaboração com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), convoca a I Conferência Internacional de Alma-Ata (Cazaquistão ex- república socialista soviética) tendo como tema central Os Cuidados Primários em Saúde. A conferência aconteceu de 6 a 12 de setembro de 1978, e contou com a participação de 134 países e 67 organizações não governamentais. (BUSS, 2000).

Avaliou-se nessa conferência que a promoção e a proteção da saúde são condições primordiais para o progresso econômico e que contribuem para a qualidade de vida e a paz

mundial. As propostas surgidas na conferência apontaram para uma lógica racionalizadora dos serviços de saúde, na medida em que se buscava responder aos investimentos necessários à assistência com menores custos possíveis e os cuidados primários foram indicados como uma alternativa para as dificuldades do setor saúde (BUSS, 2000).

A conferência trouxe um novo enfoque para o campo da saúde e culminou na proposta da OMS de estabelecer a meta global de “Saúde para todos no ano 2000”. Foi recomendada a adoção de um conjunto de oito atividades e ações essenciais para o desenvolvimento dos Cuidados Primários. São elas: educação para saúde; prevenção de agravos; atendimento dos problemas de alimentação; saneamento básico e abastecimento de água saudável; combate as endemias locais; proteção materno-infantil; tratamento de doenças e traumas comuns e fornecimento de medicamentos essenciais (FRANCO; MERHY, 2003).

Outros componentes não menos importantes, porém pouco divulgados devem ser ressaltados, como: a reafirmação da saúde como direito humano fundamental; a determinação de que as desigualdades são inaceitáveis; a responsabilização dos governos pela saúde dos cidadãos; e por fim, a afirmação de que a população tem o direito de participar das decisões no campo da saúde (BUSS, 2000).

Na década de 1980, a América Latina que também vivenciava tempos de crise em sua estrutura econômica precisou avançar para melhoria no desempenho nos setores público e privado. O cenário exigiu do Estado maior eficiência e contenção dos gastos públicos e também a utilização de estratégias como a integração da economia regional, incremento das exportações e o investimento em desenvolvimento de programas sociais destinados aos setores que mais sofreram com a crise (SARAIVA; GONÇALVES, 2012).

Esta década teve início em clima de redemocratização, crise social, política e institucional do Estado, munida de medidas de racionalização e reestruturação do sistema. No setor saúde o movimento de reforma sanitária brasileira levantava proposta para expansão da assistência médica da previdência. O fato resultou na realização da VII Conferência Nacional de Saúde. Este evento trouxe como proposta a reformulação da política de saúde e a formulação do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-Saúde), a fim de oferecer os cuidados primários de proteção, promoção e recuperação da saúde e com a meta de cobertura de saúde de toda a população até o ano 2000 (BAPTISTA, 2007).

Pode-se dizer que, na década de 80, resultam as primeiras propostas para a atenção integral aos trabalhadores da rede pública de saúde no Brasil, em meio ao processo de luta pela redemocratização e pela reforma sanitária. O movimento pela saúde do trabalhador

buscava agir com providências sobre “as consequências negativas do trabalho sobre a saúde, traduzidas em um perfil diferenciado de adoecimento e morte dos trabalhadores e construir forma de intervenção, visando à melhoria das condições de trabalho e de vida” (DIAS; SILVA, 2013, p. 26).

No ano de 1986, impulsionado pelos preceitos da reforma sanitária, o Ministério da Saúde convocou gestores de saúde, técnicos e usuários para uma discussão aberta sobre a reforma do sistema de saúde brasileiro, organizando, assim, a VIII Conferência Nacional de Saúde. Esta conferência contou com ampla participação da sociedade organizada, inclusive usuários, que projetaram a proposta do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, aprovada pela Assembleia Nacional Constituinte em 1988.

A VIII Conferência Nacional de Saúde foi um marco da política de saúde brasileira, que propôs a ampliação da visão sobre a saúde e seus determinantes, a concepção de saúde como um direito do cidadão e dever do Estado, a criação de um Sistema Único de Saúde que considerasse Saúde separada de Previdência e que a estatizasse progressivamente através de uma ampla reforma sanitária (ALVES, 2006).

A reforma sanitária no Brasil ficou conhecida como trajetória de constituição e reformulação do campo de saber, estratégia política e processo de transformação institucional, momento de avanço nas políticas sociais e assistenciais à saúde dos trabalhadores, que emergiu como parte da luta pela democracia (FLEURY, 2009).

A Constituição Federal de 1988 estabeleceu os princípios e diretrizes do SUS, afirmando a saúde como direito de todos e dever do Estado, garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação. (Art. 196).

Definiu também que as ações e serviços públicos de saúde seriam integrados por uma rede regionalizada e hierarquizada, organizada segundo as diretrizes de descentralização com direção única em cada esfera de governo; o atendimento integral deveria garantir a preservação da autonomia dos usuários; os usuários teriam direito à informação sobre a sua condição de saúde e prioridade nas práticas preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; e, por fim, a participação popular no processo de formulação das políticas e do controle de sua execução. (art. 198).

O SUS foi regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde (LOS), Lei 8.080/90 que “dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e o

funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências” e pela Lei 8142/90 que “dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências” (BRASIL, 1990).

As políticas de saúde do SUS incluem atenção à alimentação e nutrição, vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, vigilância ambiental, saneamento básico, saúde do trabalhador, redes de laboratórios de saúde pública e redes integradas de assistência de alta complexidade (BRASIL, 1990).

A inclusão do tema saúde do trabalhador nas políticas de saúde representa um marco de legitimação da área no campo da saúde, concretizada pelo elenco de ações a serem executadas no SUS, conforme narram Vasconcellos e Silva:

A trajetória histórica da área de Saúde do Trabalhador, acompanhando *pari passu* a luta pela reforma do sistema de saúde brasileiro, ainda na década de 1970, e dela fazendo parte, constitui um capítulo fundamental de entendimento do ideário da área, com a mobilização de setores sociais, sindicais, acadêmicos e de técnicos inseridos nos espaços públicos de execução das práticas de saúde, cujas ricas experiências contribuíram para a modelagem de um paradigma de resistência e luta pela inclusão da área no campo da saúde pública (VASCONCELLOS; SILVA, 2004).

A área de saúde do trabalhador se organizou na saúde coletiva orientada pelo modelo de prática de saúde integral, com ações de saúde pautadas na proteção, promoção assistência, vigilância e reabilitação. Essas ações deveriam ser conduzidas por uma equipe multiprofissional preparada para atender o indivíduo e o coletivo de trabalhadores, visando a melhoria nas condições de trabalho e de vida, ou ainda a redução dos problemas de saúde ocasionados ou não pelo trabalho, buscando a garantia do bem estar dos sujeitos trabalhadores (DIAS; SILVA, 2013).

Cabe ressaltar que entre os princípios para institucionalização da área da saúde do trabalhador no SUS, estão: “o direito dos trabalhadores à proteção social, independente do tipo de vínculo no trabalho, de dispor de um ambiente de trabalho saudável e o direito de recusa ao trabalho perigoso e/ou insalubre” (DIAS; SILVA, 2013).

A história do SUS se configura junto com as Políticas de Saúde dos anos 1990, concretizando as disposições constitucionais, através de atos normativos como as portarias e normas operacionais da Saúde. Assim ressalta Alves (2006):

As políticas de saúde fundamentaram uma nova e complexa institucionalidade na área de saúde no Estado brasileiro, extinguindo o INAMPS e promovendo a figura do gestor municipal, definindo novas modalidades de financiamento baseadas na lógica populacional, institucionalizando o controle social e o planejamento local (ALVES, 2006, p. 39).

As portarias ministeriais são instrumentos relevantes na regulação das políticas e na determinação de instruções para a execução das leis, decretos e regulamentos aprovados no Poder Legislativo. Exercem também influência na definição e condução da política setorial da saúde, na qual predomina a atuação do Ministério da Saúde e o Poder Executivo Federal. É de entendimento de todos que as intensas atualizações das leis, a edição e descumprimento de pactos e novas portarias, culminaram na perda da característica do setor saúde nos estados brasileiros e nas crescentes críticas realizadas pelo conselho nacional de saúde, gestores estaduais e municipais. O resultado deste descompasso é percebido na dificuldade de acompanhamento da política nacional de saúde (BAPTISTA, 2007).

As portarias são definidas em eixos temáticos: gestão e organização do sistema e da assistência à saúde, tendo como característica principal a regulamentação do sistema; financiamento, com o objetivo de regular as transferências de recursos e tabelas de procedimentos; programas e ações verticais em saúde, este eixo tem a responsabilidade de controlar as ações estratégicas e programáticas.

As normas operacionais de saúde ganham relevância no processo de descentralização da saúde, e surgem a cada nova gestão de governo, transparecendo o modo de condução da política nacional de saúde (BAPTISTA, 2007).

Já as Normas Operacionais Básicas (NOB), estabelecidas ao longo da história, a partir da “avaliação do estágio de implantação e desempenho do SUS, se voltam, mais direta e imediatamente, para a definição de estratégias e movimentos táticos, que orientam a operacionalidade deste Sistema de Saúde” (BRASIL, 1996).

Na década de 1990, o Brasil passou a adotar políticas que visassem à institucionalização neoliberal, na qual a visão do Estado como principal regulador para o desenvolvimento econômico foi descartada em detrimento ao pensamento de que “livre o mercado seria o principal gerador de bem estar coletivo”. Esta estratégia foi marcada pela desfiguração dos direitos socialmente conquistados na Constituição de 1988 e pela desorganização administrativa das políticas sociais, conforme apontam Viana e Silva (2012):

A constatação de que o Estado brasileiro – ele próprio – vivia uma crise, cujas manifestações mais evidentes eram: deterioração dos serviços públicos, o agravamento da crise fiscal e o esgotamento da estratégia de estatizante intervenção do Estado (VIANA; SILVA, 2012, p. 39).

Para enfrentamento da situação de crise opta-se pela Reforma do Estado, que sinalizava a necessidade de mudança no modelo burocrático da administração pública por um modelo de características gerenciais com ênfase no controle por resultados. Viana e Silva (2012) assim descrevem a situação:

Os principais problemas destacados neste período foram: a delimitação do tamanho do Estado, a redefinição do seu papel regulador, o fortalecimento da capacidade de implementar adequadamente as políticas públicas (governança) e o aumento da capacidade política de governar (governabilidade) (VIANA; SILVA, 2012, p. 41).

Desta forma, a Reforma do estado rompe com a lógica de afastamento entre o público e o privado, e, insere no setor público o conceito de flexibilidade. Os primeiros reflexos deste novo panorama são vistos nas mudanças na Constituição Federal, aditadas pela emenda constitucional nº19/1998, sendo: a quebra do regime Jurídico Único (RJU) dos servidores públicos, com a “permissão de contratação pelas instituições públicas, de pessoal regido pela CLT; a introdução de mecanismos de redução e regulação do estatuto da estabilidade do servidor público; e a criação do dispositivo do contrato de gestão” (MARTINS; MOLINARO, 2013, p. 1671).

O início da implementação da administração pública gerencial partiu do princípio de que os políticos e servidores públicos dispunham de pouca confiança no trabalho. Portanto, era necessário optar pela descentralização e firmar um contrato de gestão para melhoria no desempenho no trabalho. Esta estratégia de gestão do Estado teve menos eficácia na contenção dos custos do que na redução do quadro de pessoal, através das demissões, aposentadorias e criação de programas de incentivo à demissão (SARAIVA; GONÇALVES, 2012).

A nova legislação, Emenda Constitucional nº 19/1998, aprovada em junho de 1998, indica a possibilidade de demissão do servidor por baixo desempenho ou excesso de quadros, promove mudanças no regime previdenciário do servidor e possibilita a contratação por meio

de Organizações Sociais (OS), para realização das atividades públicas de responsabilidade do Estado (MARTINS; MOLINARO, 2013).

Diante de um panorama de medidas para a estruturação da economia e de reforma do Estado, o campo da saúde presenciou o surgimento dos administradores generalistas, não médicos, que passaram a integrar cargos da administração pública e foram responsáveis por importantes mudanças na auditoria, no financiamento e na administração em geral da saúde. Saraiva e Gonçalves (2012) comentam essa mudança de paradigmas:

A reforma do Estado levou a uma mudança direcionada pelas proposições do Sistema Único de Saúde (SUS) as quais, apesar da diversidade observada, apresentavam na descentralização um caráter comum. Esse quadro foi marcado pela restrição e racionalização dos gastos decorrentes das medidas de ajuste estrutural prescritas pelas agências multilaterais, sobretudo o Fundo Monetário e o Banco Mundial. A agenda de reformas proposta por essas agências baseava-se no diagnóstico da inadequação dos gastos brasileiros em saúde, que seriam excessivos e não atingiriam as regiões e os grupos sociais mais pobres (SARAIVA; GONÇALVES, 2012 p. 67).

Esta época foi marcada pela desestruturação do serviço público provocada pela flexibilização dos vínculos de trabalho na administração pública, adoção de diversas formas de vinculação do trabalhador aos serviços públicos. Consequentemente, resultou em um processo de precariedade do trabalho no SUS e de uma importante redução nos postos de trabalho advindos da administração pública. Tais medidas foram tomadas, pois era entendido que solucionariam os motes do ajuste fiscal (MACHADO; KOSTER, 2011).

O setor saúde sofreu profundas transformações durante este período, começando pelas estratégias inovadoras para a reorganização institucional do SUS. Dentre elas, destacam-se: diferentes modalidades de gestão para estados e municípios; descentralização dos recursos por meio de transferência automática e regular do governo federal para os estados e municípios; formação das comissões intergestoras; criação dos programas no âmbito da atenção básica como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o programa saúde da família (PSF); implantação dos sistemas de informação para acompanhamento e monitoramento da saúde; e organização de instrumentos para programação, controle, avaliação e auditoria no SUS (VIANA; SILVA, 2012).

A institucionalização do PACS ocorreu em 1991 após a consolidação de experiências locais exitosas em diversas regiões do Brasil, para a redução da mortalidade infantil e

mortalidade materna. O PACS promoveu o aumento da cobertura das ações e serviços de saúde para as áreas mais pobres do país (CASTRO; FAUSTO, 2012).

É neste cenário de implementação do SUS que, no âmbito municipal, tanto ganha força e privilégio a gestão dos serviços de saúde, quanto provoca mudanças no planejamento, execução e financiamento da saúde, cria incentivo à participação ativa dos cidadãos e atores políticos na saúde e viabiliza o controle social. A gerência da atenção básica foi atribuída aos municípios, que passaram a ter responsabilidade de gerir todos os serviços básicos de saúde e ofertar as ações de vigilância e controle de doenças próprias desse nível de atenção (SARAIVA; GONÇALVES, 2012).

Para Baptista (2007) o principal desafio do SUS é a construção de uma política de descentralização da saúde que promova o fortalecimento dos gestores estaduais e municipais. Essa política descentralizadora afirmaria o compromisso desses gestores com a manutenção do SUS, assim como a permanência do governo federal como regulador da política de saúde e apto a prover quaisquer fragilidades dos estados e municípios para garantir uma política universal e integral de saúde.

Com a proposta do pacto pela saúde, a organização da Atenção Básica (AB), tem como objetivo principal o fortalecimento da Estratégia de Saúde da Família (ESF). O pacto prevê as responsabilidades de cada esfera de governo, sendo a esfera federal responsável pela elaboração das diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a esfera estadual torna-se responsável pelo apoio técnico e financeiro a gestão da AB e a esfera municipal tem a autonomia para definir sua política desde que em consonância com as diretrizes da PNAB (MENDES, 2002).

Desta forma, organizou-se o conjunto para a criação da ESF, que surge como alternativa para organização da assistência à saúde e destinada às regiões e classes mais pobres da população e desfavorecidas pelas políticas públicas de saúde.

## 1.2 A construção da Atenção Primária à Saúde no SUS

A Atenção Primária à Saúde (APS) é reconhecida na atenção à saúde da população mediante definição da OMS de que as ações para o desenvolvimento dos cuidados primários contemplariam uma estrutura mais ampla que garantiria o acesso e seria o primeiro nível de contato da população com o sistema nacional de saúde. A APS contemplaria as ações de

promoção, proteção e recuperação da saúde. Tais ações deveriam também estabelecer uma cooperação entre os setores sociais e econômicos, redistribuir os recursos disponíveis em prol dos desassistidos, bem como permitir maior controle e participação da sociedade (FRANCO; MERHY, 2003).

Na Conferência de Alma Ata foram definidos os Cuidados Primários à Saúde:

Cuidados essenciais baseados em métodos práticos, cientificamente bem fundamentados e socialmente aceitáveis e em tecnologia de acesso universal para indivíduos e suas famílias na comunidade, e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, dentro do espírito de autoconfiança e autodeterminação. Os cuidados primários são parte integrante tanto do sistema de saúde do país como do desenvolvimento socioeconômico geral da comunidade. Além de ser o primeiro nível de contato de indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, aproximando ao máximo possível os serviços de saúde nos lugares onde o povo vive e trabalha, constituem também o primeiro elemento de um contínuo processo de atendimento em saúde. (OMS/UNICEF, 1979, p. 2).

Segundo Starfield (2004 p. 30) a definição do conceito de atenção primária à saúde, de acordo com a OMS é a seguinte:

Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde (STARFIELD, 2004, p. 30).

De acordo com Mendes (2002) e Starfield (2004), o eixo estruturante da APS para a garantia do cuidado em saúde ao usuário do SUS está em seus princípios ordenadores. São eles: o primeiro contato dos usuários nos serviços de saúde; a longitudinalidade do cuidado do usuário pela equipe de saúde da família; a integralidade da atenção na prestação e responsabilização dos serviços para atendimento às necessidades da população; e a coordenação do cuidado.

Os pilares que sustentam a APS são traduzidos por Rocha (2011) como:

- Primeiro contato: refere-se à porta de entrada do usuário ao sistema de saúde sempre que houver alguma necessidade de saúde, e para isso esse acesso deve ser fácil e reconhecido pelo usuário como o primeiro recurso para uma demanda de saúde;

- Longitudinalidade: requer um cuidado contínuo ao usuário, o estabelecimento de vínculo entre a equipe de saúde da família e o usuário e, por fim, o reconhecimento de um serviço de qualidade;

- Integralidade - implica em um cuidado integral, quer seja na capacidade de reconhecer, atender e orientar ações de pautada em problemas de saúde diversos de uma determinada população quer seja para permitir o acesso do usuário aos outros serviços de saúde que não estão contemplados no escopo da APS;

- Coordenação do cuidado consiste no funcionamento de forma integrada de toda a Rede de Atenção à Saúde (RAS), da qual a APS é responsável pela organização.

Outros dois conceitos são entendidos por Mendes (2002) como fatores importantes do contexto socioeconômico-cultural de uma população e que, portanto também devem compreender os pilares da APS, a saber: o foco na família e a orientação comunitária.

- Foco na família: exige da equipe de saúde da família o conhecimento integral de todos os membros da família e dos seus problemas de saúde, que devem ser acompanhados e monitorados pela ESF;

- Orientação comunitária: exige das equipes de saúde da família um conhecimento amplo dos aspectos sociais do território de atuação e das necessidades de saúde da população.

Os pilares ordenadores da APS são reforçados por Andrade et al., (2006) quando afirmam que um sistema de saúde baseado em APS deve ter como características: acesso e cobertura universal; atenção integral e integrada; ênfase na prevenção e na promoção; atenção focalizada na pessoa em sua totalidade e em suas necessidades de saúde; ênfase nas respostas necessárias às comunidades locais e seu entorno; orientação familiar e comunitária; organização e gestão otimizada; políticas e programas que estimulam a equidade; primeiro contato da população com o sistema de saúde; recursos humanos adequados. Deve ser centrada em um planejamento que tenha recursos adequados, articulação com ações intersetoriais e enfoques comunitários.

Os sistemas de saúde baseados em APS apareceram como uma opção de fortalecimento da saúde, pois traduzem maior eficácia e qualidade, têm a garantia da equidade

do cuidado, proporcionam menores custos, maiores níveis de saúde e maior satisfação do usuário. (ROCHA, 2011).

O foco do governo no fortalecimento da atenção básica provocou a “inversão da estrutura de assistência à saúde, até então construída sob a valorização do modelo biomédico” (MACHADO; KOSTER, 2011, p.196).

É equivocado o entendimento da APS como um nível de atenção menos complexo do que os níveis de atenção secundário (serviços especializados e exames), terciário (hospitalar), e quaternário (transplantes), que se faz vigente em sistemas fragmentados de serviços de saúde. Os serviços, nesse sistema, são organizados em estrutura de uma pirâmide, por níveis hierárquicos, seguindo uma complexidade crescente em direção ao topo, onde a rede primária é a porta de entrada e o hospital é o topo dos serviços de saúde (MENDES, 2002).

Mendes (2002), contrário a essa estrutura piramidal, propõe a formação de uma rede horizontal do sistema integrado de serviços de saúde, onde a APS se localiza como um centro de comunicação do sistema. Para tal, a APS deve cumprir um papel resolutivo nos problemas de saúde da população, ser organizadora dos fluxos e contra fluxos de pessoas pelos pontos de atenção à saúde e exercer responsabilidade pela saúde dos cidadãos em qualquer ponto de atenção à saúde.

Esta é a interpretação mais correta do ponto de vista técnico; é a mais ampla, podendo conter, dentro de sua significação estratégica, as duas outras concepções mais restritas; e é perfeitamente factível e viável no estágio de desenvolvimento do Brasil e com o volume de gasto público em serviços de saúde que, aqui, se despende (MENDES, 2002, p. 11).

Neste trabalho, utilizar-se-á a concepção ampla de atenção primária à saúde como estratégia de organização do sistema de saúde e as demais interpretações mais restritas da APS, que a compreendem somente como “programa específico destinado a populações e regiões pobres” e “modo de organizar e fazer funcionar a porta de entrada do sistema”. Segundo Mendes (2002) entende-se que ambas as concepções já estão inseridas no contexto da concepção ampla da APS:

Inserida no SUS, a APS possui uma forma característica de apropriar, recombina, reorganizar e reordenar os recursos existentes no sistema para satisfazer necessidades, demandas e representações da população, com implicações na sua articulação com a rede de atenção à saúde. Funciona como porta de entrada dos serviços e deve ter como base a

integralidade, a continuidade da atenção, o trabalho em equipe, a focalização na família e a orientação comunitária (MENDES, 2002).

A partir desta lógica, em 1994, com o intuito de reestruturar os serviços de saúde, o Ministério da Saúde concebeu o Programa Saúde da Família (PSF) que desde então tem sido a estratégia utilizada pelo governo federal e alguns governos estaduais e municipais para reorientação do modelo assistencial de saúde no Brasil (ANDRADE et al., 2006).

O PSF é potencialmente fundamental para a transformação do modelo assistencial, pautado em novas bases e critérios para intervenção em saúde e em substituição ao modelo tradicional de assistência orientado para a cura de doenças e no hospital. No PSF, a atenção à saúde está centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, sob a responsabilidade de uma equipe de saúde da família, organizada para compreender o processo de saúde-doença e as necessidades de intervenções em saúde que vão além das práticas curativas (BRASIL, 1997).

O PSF reafirma a consolidação dos princípios constitucionais dos SUS de universalidade do acesso aos serviços básicos de saúde, integralidade da atenção, a hierarquização, territorialização e adscrição da clientela como base para delimitar a área de abrangência e a responsabilidade de cada equipe de saúde da família (MENDES, 2002).

A inspiração política para a implementação do PSF foi a necessidade de reorganização das redes de assistência à saúde (RAS) visando o acesso universal e a consolidação da descentralização. O PSF assume um papel não somente de reorganizador da APS no SUS como também de estruturador deste sistema público, deixando de ser compreendido como um programa setorial e tornando-se uma estratégia de saúde, que prioriza as ações em saúde e a consolidação dos princípios organizativos do SUS e, portanto, passa a ser denominado de Estratégia de Saúde da Família (ESF) (ANDRADE et al., 2006).

O questionamento quanto a ser um programa ou estratégia compõe um dos debates envolvendo PSF. Difundido como programa em 1994, foi catalogado como estratégia, buscando diferenciar-se dos programas tradicionais já produzidos pelo MS. A segunda versão oficial do PSF, publicada em 1997, define-o efetivamente como estratégia de reorientação do modelo assistencial, conforme aponta Ribeiro et al, (2004):

Sua implantação segue abrigando tal dicotomia: de um lado, ratifica sua condição de programa que se apresenta como objetivo, metas e passos definidos, ou seja, com uma formulação e com *modus operandi* estabelecido/normatizado; de outro lado, reivindica a posição de “estratégia” por sinalizar

um caminho possível para se atingirem os objetivos do SUS, reorientando o modelo assistencial a partir da atenção básica, sendo, portanto, capaz de influenciar e produzir impactos no sistema como um todo (RIBEIRO et al., 2004, p. 441)

As origens da ESF estão nos movimentos reformistas das décadas de 1970 e 1980, que no Brasil foram marcados por um longo processo de discussão sobre o novo paradigma para a saúde, e que visavam substituir o modelo tradicional de saúde, baseado na valorização do hospital e da doença, por um novo modelo que prioriza a prevenção e promoção da saúde com a participação da população. Esta mudança do modelo assistencial se viabiliza a partir da reorganização do trabalho em saúde (COSTA, 2009).

Para atender aos princípios da APS foi designada para a ESF a composição das equipes de Saúde da Família formada minimamente por um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde. Suas funções são normatizadas pelo Ministério da Saúde, que propõem a realização de visitas domiciliares, ações programáticas de saúde e atendimentos no consultório médico e de enfermagem. Esses profissionais assumem o desafio do trabalho em equipe, multidisciplinar, com responsabilização sobre um território onde vivem e trabalham em torno de 4.500 pessoas ou aproximadamente 1.000 famílias (FRANCO; MERHY, 2003).

As Equipes de Saúde da Família caracterizam-se por ser a porta de entrada de um sistema hierarquizado e regionalizado de saúde, que vem provocando um importante movimento de reorientação do modelo de atenção à saúde no SUS. Visando apoiar a inserção da ESF na rede de serviços e ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Primária bem como sua resolubilidade, além dos processos de territorialização e regionalização, o Ministério da Saúde criou o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), através da Portaria GM nº 154, de 24 de Janeiro de 2008, republicada em 04 de março de 2008 (BRASIL, 2010).

Dentre os objetivos principais das equipes da ESF estão: promoção da qualidade e integralidade da assistência; humanização da atenção; resolutividade; e responsabilidade com as necessidades de saúde do indivíduo e/ ou população, definida no território de abrangência das equipes de saúde da família, como também as perspectivas que envolvem cada estrutura familiar dentro do território (COSTA, 2009).

Para o direcionamento de um trabalho qualificado, uma questão importante é a concepção de saúde que orienta os trabalhadores das equipes de SF. Por isso, para nortear os seus serviços, é preciso que tenham como base o conceito ampliado em saúde.

Este conceito aponta a saúde como assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas. A saúde é disposta como um direito fundamental do ser humano tendo o Estado o dever de garanti-la através de políticas econômicas e sociais que reduzam os riscos de doenças e agravos, e de estabelecer o acesso universal e igualitário as ações e serviços de saúde. Como fatores determinantes da saúde têm-se a alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer e acesso aos bens e serviços sociais (BRASIL, 1990).

Os desafios para a efetivação da ESF e para a afirmação da política de APS estão relacionados com a passagem de um sistema de saúde segmentado (com saúde suplementar e sistema de desembolso direto) para um sistema público universal conforme estabelecido na legislação que orienta o SUS; o desafio ideológico que perpassa pela passagem da concepção piramidal do sistema de saúde para a organização do sistema em rede, centrado na APS, que teria a responsabilidade de instituir o elo com os outros serviços e níveis de atenção; e o desafio econômico que decorre da necessidade de aumento do gasto sanitário e do gasto com a APS (MENDES, 2002).

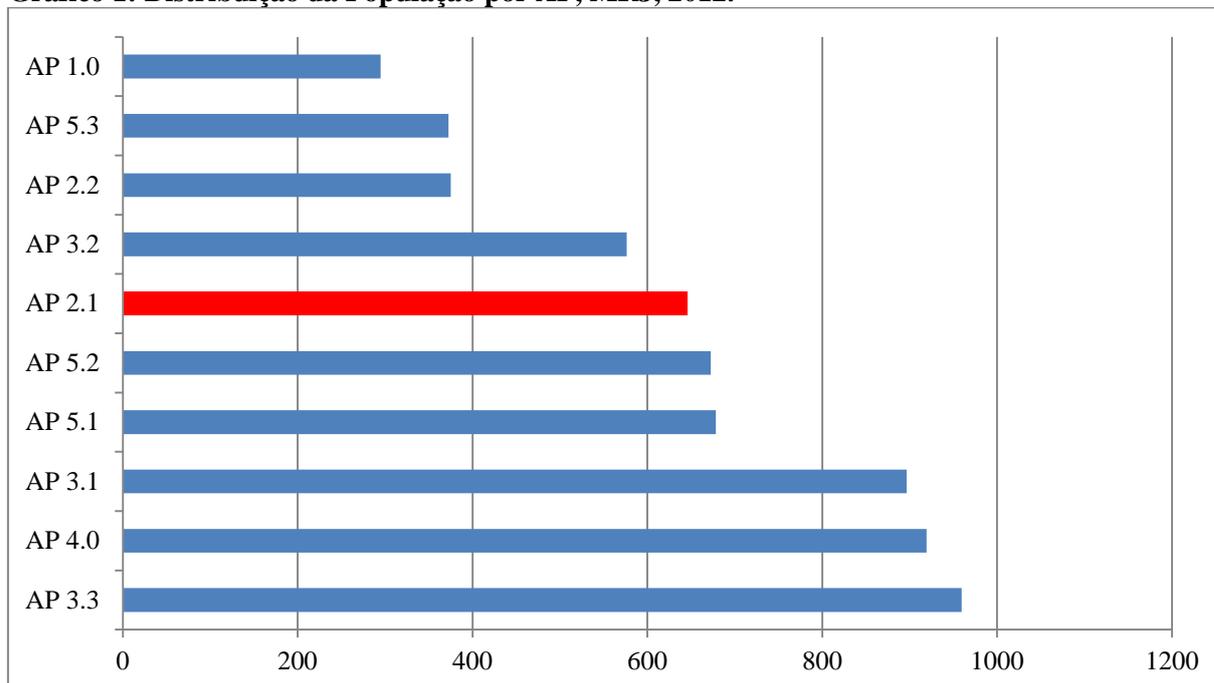
Outros desafios são postos à APS para sua plena consolidação como eixo estruturante dos SUS, como o “enfrentamento dos dilemas que persistem no âmbito do financiamento, formação dos profissionais, integração entre serviços e políticas, resolutividade da atenção” (CASTRO; FAUSTO, 2012, p. 194).

Portanto, a ESF deve ser considerada um modelo de atenção primária responsável pelas estratégias e ações preventivas, promocionais, de recuperação e reabilitação, comprometidas com o acesso universal, a integralidade da atenção, com foco na família e no contexto socioeconômico, cultural e epidemiológico da comunidade.

### 1.3 A expansão da Atenção Primária à Saúde no Município do Rio de Janeiro

O município do Rio de Janeiro está inserido na Região Metropolitana de Saúde I, do estado do Rio de Janeiro. Possui 1.224 km<sup>2</sup> de área e apresenta densidade demográfica de 5.163 hab./km<sup>2</sup>. O município se divide em 33 regiões administrativas (RA) e 160 bairros.

A Secretaria Municipal de Saúde trabalha, desde 1993, com a divisão da cidade em 10 Áreas de Planejamento (AP), a saber: AP 1.0, 2.1, 2.2, 3.1, 3.2, 3.3, 4.0, 5.1, 5.2 e 5.3. Esta divisão compreende todo o território do município do Rio de Janeiro, conforme gráfico 1.

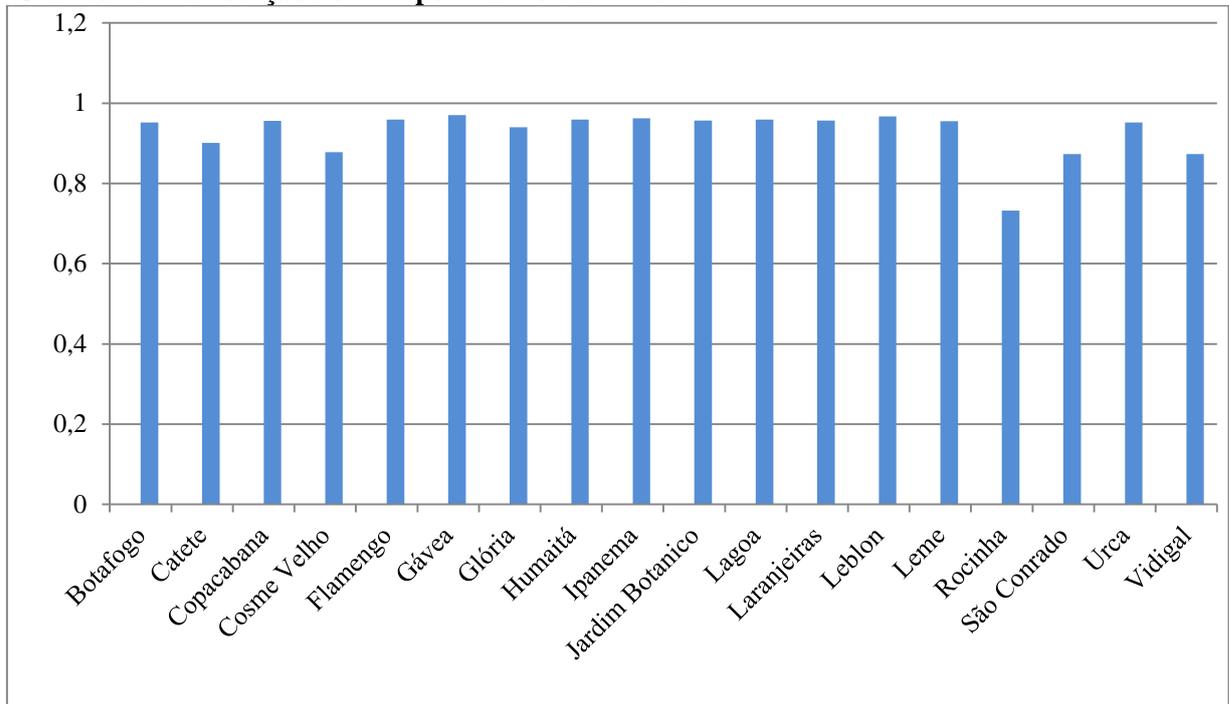
**Gráfico 1: Distribuição da População por AP, MRJ, 2012.**

Fonte: IBGE; IPP; SUBPAV. (Acesso, Agosto 2015), apud Plano Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, 2007-2014.

Para este estudo, o campo de pesquisa escolhido foi às unidades de saúde da AP 2.1, localizada na Zona Sul do Rio de Janeiro. Essa área possui 18 bairros e uma população total estimada, segundo último censo de 2010, em cerca de 638.050 habitantes, o que representa apenas 10% da população carioca.

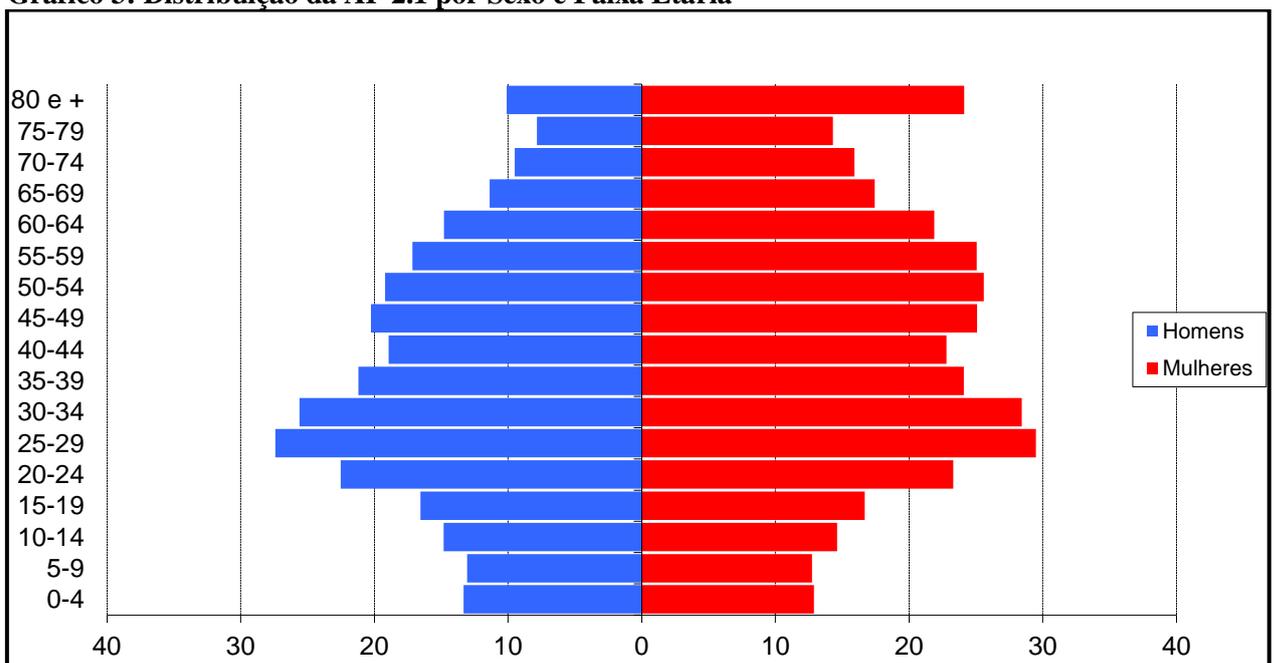
Segundo estudos do Armazém de Dados, a AP 2.1 inclui os bairros entre os maiores padrões de vida, com melhores índices de renda per capita, longevidade, educação e de Desenvolvimento Humano (IDH).

Cabe destacar o alto valor da renda familiar per capita. A renda familiar é uma medida poderosa para avaliar a capacidade real de aquisição de bens e serviços por parte das famílias. Pelos dados do censo IBGE de 2010, a Zona Sul é a mais rica e seu rendimento médio familiar per capita é mais que o dobro de toda a cidade. Contudo, a AP 2.1 evidencia a desigualdade social da Cidade – a Rocinha (0,732) tem um dos piores IDH, enquanto o bairro da Gávea tem o maior (0,970). O IDH por bairros Gávea, Leblon (0,967), Ipanema (0,962), Flamengo e Lagoa (ambos com 0,959) mostra uma proximidade de comportamento populacional, sendo avaliado como muito alto, principalmente pela longevidade e nível de escolaridade, conforme gráfico 2.

**Gráfico 2: Distribuição do IDH por Bairro da AP 2.1.**

Fonte: IBGE, Censo, 2010.

Ainda como característica da AP 2.1, é importante ressaltar que tem a maior densidade demográfica (14.051 hab./km<sup>2</sup>), o maior percentual (23,1%) de pessoas com mais de 60 anos, e menor proporção de crianças de 0 a 14 anos (12,8%) do Rio de Janeiro, conforme gráfico 3.

**Gráfico 3: Distribuição da AP 2.1 por Sexo e Faixa Etária**

Fonte: IBGE, Censo, 2010.

Para a organização de ações e serviços na área programática 2.1, foram definidos quatro Territórios Integrados de Atenção à Saúde (TEIAS) que, por meio de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. Os critérios adotados consideraram o perfil demográfico e epidemiológico, além da distribuição de unidades. O TEAIS da AP 2.1 compreende os seguintes Centros Municipais de Saúde (CMS) e Clínicas da Família (CF):

- Território Dois Irmãos: composto pelo CMS Vila Canoas, CMS Rodolpho Perissé, CF Rinaldo de Lamare, CF Maria do Socorro Silva e Souza, CMS Albert Sabin e CMS Píndaro de Carvalho Rodrigues;

- Território Arpoador: composto pela CF Pavão Pavãozinho Cantagalo, CMS Chapéu Mangueira Babilônia e CMS João Barros Barreto;

- Território Rebouças: com duas unidades de atenção primária, o CMS Dom Helder Câmara e a CF Santa Marta;

- Território Redentor: que possui apenas uma unidade de atenção primária, o CMS Manoel José Ferreira.

A reforma da APS no município foi significativa nos últimos anos, a partir da expansão da ESF para todo o território municipal, a fim de ampliar o acesso aos cuidados de saúde e garantir a assistência com qualidade aos usuários do SUS. Segundo o histórico de cobertura de Saúde da Família, em dezembro de 2008, o município contava com 124 equipes implantadas, o que correspondia a um percentual de cobertura em saúde de 6,4% da população. Já no ano de 2014, há 800 equipes implantadas, ou seja, 45% dos residentes na cidade com acesso à ESF. O objetivo da SMS/RJ é garantir a cobertura de 70% da ESF até o ano de 2017 (CAMPOS; COHN; BRANDÃO, 2016).

O estudo de Carneiro e Martins (2013) abarca uma rica discussão sobre os novos modelos de gestão do trabalho e retrata especificamente o caso do município do Rio de Janeiro. Dentre as contribuições, as autoras destacam que a partir de 2009 a expansão da APS entrou na agenda da gestão municipal, que iniciou mudanças na rede de atenção e gestão local, optando pela APS para a estruturação da RAS.

Para efetivação da proposta de reforma da APS, a administração pública do município do Rio de Janeiro, por intermédio da SMS e mediante seleção pública, firmou um contrato de gestão com as organizações sociais de saúde (OSS) com vistas à regulamentação do desenvolvimento e execução das ações e serviços de saúde, dos equipamentos no território

integrado de atenção à saúde (TEIAS), destinados à estratégia de saúde da família. (Rio de Janeiro, 2014).

Desta forma, “o Estado transferiu recursos para as OSs executarem os serviços anteriormente prestados por ele” (CARNEIRO; MARTINS, 2013, p. 11), mesmo que, embora as OSS não pertençam organicamente ao aparelho de Estado, estas são entidades prestadoras de serviços públicos que se relacionam com este através de um contrato de gestão (MARTINS; MOLINARO, 2013).

Cabe elucidar que a institucionalização das OSS no setor saúde aconteceu na Reforma de Estado do Governo Bresser-Pereira, na época Ministro da Administração e Reforma do Estado, na qual as OSS passaram a ser regidas pela Norma Operacional Básica de 1996 (NOB/96) e pela Lei Federal n. 9.637 de 1998. No ano 2000 é acrescentada a esta legislação a lei de responsabilidade fiscal da OS.

As organizações sociais são entidades regidas pelo direito privado, com financiamento estatal e gerenciadas por instituições de chamado terceiro setor (ONGs, cooperativas e entidades filantrópicas) para as quais o Estado repassa suas atribuições precípuas mediante a celebração de contrato de gestão (LACAZ et al., 2011, p. 180).

Em entrevista realizada com os gestores da SMS/RJ, Carneiro e Martins (2013) apontam que foram justificativas para a contratualização com OSS: a burocracia e morosidade do setor público para contratação e demissão dos trabalhadores; a necessidade de competição dos salários dos profissionais médicos com o setor privado; e as vantagens do modelo de gestão por OSS em relação às formas de contratação anteriores por meio de associação de moradores, bolsas de trabalho contratos temporários, cooperativas de funcionários, organizações não governamentais, entre outras.

A gestão municipal da SMS/RJ afirma que a contratualização com a OSS, para apoio a gestão dos serviços da estratégia de saúde da família, teve como principal objetivo

(...) induzir a melhora do desempenho das unidades funcionais, através da atribuição de incentivos financeiros e da criação de instrumentos de monitorização, permitindo uma gestão rigorosa e equilibrada, consciente das necessidades das populações e, acima de tudo, visando a melhoria no acesso aos cuidados de saúde para se poder alcançar maiores ganhos em saúde (Rio de Janeiro, 2014, p. 39).

De acordo com Lacaz et al (2011) os defensores da gestão da saúde com a participação das OSS, enfatizam que dentre as vantagens dessas entidades estaria a agilidade superior à do serviço público estatal.

Mais flexibilidade na contratação de pessoal, realizada sem concurso público e fora dos parâmetros do estatuto do servidor público, processo de compras mais ágil e menos corrupto, estabelecimento e posterior cobrança de metas por meio de um contrato de gestão entre o Estado e a OS (LACAZ et al., 2011 p.181).

No contrato de gestão estão definidas as ações e serviços de saúde que contemplariam o escopo de atribuições da OSS contratada, bem como suas obrigações e responsabilidades. A SMS/RJ construiu uma carteira de serviços para nortear as ações de saúde na APS e garantir que todos os itens especificados no interior deste documento fossem implementados e garantidos em todas as unidades de saúde. Ficou definido também o cadastramento, no período de três meses, de todos os usuários da área de abrangência de cada nova equipe de saúde da família, respeitando a territorialização de cada AP e, por fim, a recomendação da SMS para os 15 passos para gestão da atenção primária (RIO DE JANEIRO, 2014).

A SMS/RJ como responsável pelo acompanhamento do contrato de gestão com as OSS criou uma Comissão Técnica de Avaliação (CTA), composta por membros da SMS nomeados pelo secretário de saúde e publicada no Diário Oficial Municipal. O objetivo da CTA é o acompanhamento, monitoramento e avaliação dos indicadores de desempenho e metas atrelados às partes variáveis 01, 02 e 03. O repasse do recurso financeiro é efetuado com base nos resultados de desempenho alcançados pela OSS, unidades de saúde e equipes de saúde da família (RIO DE JANEIRO, 2014).

Ao final de cada trimestre do ano, com calendário previamente definido com as OSS contratadas, ocorre a reunião da CTA para avaliação dos indicadores, pontuação do quadro de indicadores de acompanhamento, avaliação das metas e validação do repasse do incentivo financeiro pelo alcance das metas do referido contrato.

No contrato de gestão entre a SMS/RJ e as OSS, o pagamento por desempenho está dividido em três níveis, como segue. **Parte variável 01** - tem como objetivo induzir boas práticas na gestão da OSS e alinhá-las às prioridades definidas pela SMS. **Parte variável 02** - refere-se ao desempenho da unidade de saúde sendo constituída por 18 indicadores, agrupados em quatro grandes áreas: acesso, desempenho assistencial, qualidade percebida e desempenho

econômico. O cumprimento desses indicadores pela unidade de atenção primária destina um valor trimestral pré-estabelecido segundo o número de equipes, a ser aplicado na própria unidade. **Parte variável 03** - consiste em um recurso pago trimestralmente aos profissionais das equipes de saúde da família e saúde bucal, tendo como valor de referência o salário base de cada profissional. O limite máximo por trimestre é de 300 de unidades contábeis (UC), o que corresponde a 10% da soma dos salários base do trimestre (equivale a 10% do salário base mensal). A quantidade de UC a ser repassada está condicionada ao cumprimento de indicadores específicos relacionados a cada equipe de saúde da família e saúde bucal (Rio de Janeiro, 2011).

Desta forma, a gratificação financeira através da avaliação por desempenho (pay-for-performance - P4P) foi umas das medidas adotadas pela SMS/RJ para alcançar os objetivos da Reforma da Atenção Primária à Saúde, iniciada em 2009. O modelo de P4P da SMS/RJ visa à melhoria da qualidade, premiando a excelência, ao mesmo tempo em que promove o aumento do acesso aos serviços de saúde (Rio de Janeiro, 2011).

A incorporação do método de pagamento por desempenho nos serviços de saúde é uma das estratégias de flexibilização da nova dinâmica de gestão do trabalho encontrada tanto no setor público quanto no setor privado. Este método prevê a remuneração composta pela combinação de salários fixos com complementação de desempenho ou *performance* do trabalhador a partir dos resultados dos indicadores alcançados (CARNEIRO; MARTINS, 2013 apud TEXEIRA, 1999).

De acordo com Santos Filho (2010), os indicadores são medida-síntese que apresentam informações importantes sobre o estado de saúde e desempenho do sistema de saúde. Para a construção de um indicador é relevante às propriedades de seus componentes, que muitas das vezes estão restritos aos seus numeradores e denominadores. Estes devem ser bem quantificados, registrados e processados a fim de gerar dados precisos para os sistemas de informação, com resultados estatísticos e coeficientes (taxas, proporções, razões e entre outros).

Tradicionalmente, portanto, os indicadores trazem uma concepção de quantificação de informações, sendo desenvolvidos com essa finalidade, e a eles estão vinculados os critérios de confiabilidade e validade, entendidos como busca de precisão e exatidão no que se quer medir, isto é, em que nível de certeza o resultado da observação espelha o que se pretende avaliar. A validade desdobra-se em medidas de sensibilidade e de especificidade (SANTOS FILHO, 2010, p. 34).

No entanto, Santos Filho (2007, p. 2) pondera que, “o conceito clássico de indicador, a princípio reduzido a um aspecto quantificador, requer elasticidade, ampliação e mesmo desestabilização para que possa ser “ajustado” e dar visibilidade à realidade”.

Neste sentido, a SMS/RJ estabelece que os indicadores das variáveis de desempenho são a ferramenta central para a gestão e avaliação da ESF do município do Rio de Janeiro e devem ser capazes de responder a prioridades em saúde e fortalecer as equipes de saúde da família (Rio de Janeiro, 2011).

Cabe ressaltar que o movimento para reforma da APS do município do Rio de Janeiro por meio da expansão da ESF torna-se um cenário desafiador para compreensão da relação trabalho e saúde nas unidades de saúde da família, como também para pesquisas sobre a avaliação do trabalho por meio de pactuação de metas e indicadores para a avaliação de desempenho dos trabalhadores e equipes de saúde da família.

## 2 A RELAÇÃO TRABALHO-SAÚDE E O PONTO DE VISTA DA ATIVIDADE

Ao trabalhar, o homem transforma a si mesmo e desenvolve sua cultura material e espiritual, bem como suas aptidões mentais e intelectuais. O homem executa seu trabalho de forma racional e consciente. Através do planejamento de sua ação é capaz de visualizar a sua obra antes mesmo que esteja pronta. Segundo Marx (19974), este ato pensado o difere do animal que executa seu trabalho por instinto, de forma irracional.

Uma aranha executa operações semelhantes às do tecelão, e a abelha supera mais de um arquiteto ao construir sua colmeia. Mas o que distingue o pior arquiteto da melhor abelha é que ele figura na mente sua construção antes de transformá-la em realidade. No fim do processo do trabalho aparece um resultado que já existia antes idealmente na imaginação do trabalhador (MARX, 1974, p. 1).

### 2.1 As contribuições da Saúde do Trabalhador na Atenção Primária à Saúde

No final da década de 70, no Brasil, surgem as primeiras conotações da saúde do trabalhador como campo do conhecimento atrelado aos programas de saúde, em meio ao movimento de reforma sanitária brasileira.

Influenciada pelo movimento de reforma italiana, de forte inspiração operária, e moldada nos pilares da medicina social latino-americano, a expressão “saúde do trabalhador” se assume como campo de conhecimentos e de intervenção sobre os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença que são originados nos processos produtivos e suas implicações sociais diretas e indiretas sobre os trabalhadores, suas vidas e suas famílias” (VASCONCELLOS E LEÃO, 2011, p. 424).

A Saúde do Trabalhador é um campo de conhecimentos e de práticas, cujo enfoque teórico metodológico tem origem na saúde coletiva, com o objetivo de conhecer e intervir nas relações trabalho e saúde-doença. A configuração do campo é decorrente da produção científica, da programação em saúde na rede de saúde pública e do movimento dos trabalhadores (LACAZ, 2007).

A institucionalização da Saúde do Trabalhador no sistema de saúde brasileiro foi estabelecida na Constituição Federal de 1988 e legitimada em 1990 ao incluir de forma contundente na lei que rege o SUS (Lei 8080/90), o rol de atribuições da relação saúde e

trabalho e as definições das ações a serem executadas pelo SUS (VASCONCELOS; SILVA, 2004).

A Constituição Federal de 1988 e a LOS 8080/90 contemplaram algumas das importantes abordagens em Saúde do Trabalhador, principalmente as relacionadas com as ações de vigilância em saúde sobre os ambientes e processos de trabalho, a incorporação do conceito de saúde do trabalhador e sua interface com as instâncias da sociedade, como os sindicatos e o controle social no cotidiano dos serviços de saúde (VASCONCELLOS; LEÃO, 2011).

A Lei 8.080/90 explicita que o princípio da universalidade do acesso rompe com o modelo de que a assistência ao trabalhador e seus familiares estava atrelada ao vínculo formal de trabalho e elucida os conceitos, atribuições e ações de atenção à saúde do trabalhador nas três esferas de gestão do SUS (DIAS; SILVA, 2013).

O pilar fundamental da Saúde do Trabalhador está construído sob o “compromisso com a mudança no quadro de saúde da população trabalhadora, que supõe desde o agir político, jurídico e técnico ao posicionamento ético” (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997, p. 24).

Entre os anos de 1990 e 1994, as ações da área técnica de Saúde do Trabalhador na esfera federal pautavam-se na institucionalização e na tentativa de consolidar a cultura da saúde do trabalhador na competência do SUS (VASCONCELLOS et al., 2013).

A inclusão da Saúde do Trabalhador no SUS, buscando incorporar a categoria trabalho na determinação do processo saúde-doença, harmonizava-se plenamente com a reorientação do modelo assistencial que pautou a reforma sanitária. Considerando que a APS e a ESF são à base da reorganização da atenção à saúde no SUS, a área técnica de Saúde do Trabalhador procurou estabelecer continuidade nestas vinculações, para que as equipes de saúde da família incorporassem, em suas práticas cotidianas, um olhar sobre o trabalho, de modo a retirar sua invisibilidade na formação dos problemas de cada território de responsabilidade da ESF (VASCONCELOS et al., 2013).

Para atingir este objetivo, as ações de Saúde do Trabalhador na APS foram organizadas de forma que pudessem contemplar como segue: mapeamento das atividades produtivas e do perfil dos usuários trabalhadores vinculados às equipes; reconhecimento; estabelecimento da relação entre o agravo de saúde e/ou adoecimento com o trabalho; desenvolvimento de ações educativas na perspectiva da saúde do trabalhador; promoção da

saúde; e orientação dos usuários trabalhadores, munindo-os de conhecimento e informação sobre as relações trabalho-saúde-doença; e incentivo à organização da classe trabalhadora.

A contribuição das equipes da APS para a atenção integral a saúde dos usuários-trabalhadores, no exercício da responsabilidade sanitária, do território, pressupõe o conhecimento sobre as atividades produtivas, o perfil epidemiológico e as situações de vulnerabilidade da população, e a sua incorporação no planejamento das ações (DIAS; SILVA, 2013, p. 31).

O fortalecimento da APS passou a ser prioritário ao longo do processo constituinte do SUS, que através do estabelecimento de normas e portarias possibilitou a regulação das políticas de saúde. Dentre as Normas Operacionais Básicas (NOB), destacamos a NOB 93 que estabelece normas e procedimentos para o processo de descentralização e gestão das ações e serviços de saúde (BRASIL, 1993), com o objetivo de “superar a fragmentação das ações e serviços de saúde e qualificar a gestão do cuidado” (DIAS; SILVA, 2013, p. 25).

Um pouco mais tarde, no ano de 1996, a nova versão da NOB-SUS, instituída como NOB 96, estabelece o aperfeiçoamento da gestão dos serviços de saúde e da organização do sistema, visto que: o município se torna responsável imediato pela saúde da população e das exigências sanitárias do território; aponta para a reordenação do modelo de atenção à saúde; reforça a estruturação da APS por meio da expansão da estratégia de saúde da família, com ações para “ampliação e organização da rede de serviços públicos em diversas regiões do país” (DIAS; SILVA, 2013, p. 25) priorizando o caráter preventivo da atenção à saúde; e estabelece o aumento do volume de transferências financeiras do Fundo Nacional para os Fundos Estaduais e Municipais (BRASIL, 1996).

Diante das novas regulamentações no SUS, o campo da Saúde do Trabalhador tomou iniciativas para orientar e munir de instrumentos as ações e serviços de saúde do trabalhador urbano e rural, usuários do SUS (DIAS; SILVA, 2013), através da criação na Norma Operacional de Saúde do Trabalhador (NOST), regulamentada pela Portaria federal n. 3.908/GM, de 30 de outubro de 1998 (BRASIL, 1998).

Apesar da NOST não fazer referência direta às equipes de saúde da família, a aproximação do tema da saúde do trabalhador com a gestão da Atenção Primária à Saúde afirmava a sua importância, a ponto de ser considerada nos planos da gestão do SUS (VASCONCELOS et al., 2013).

Outra providência no âmbito da APS, na esfera federal, foi a construção do caderno de atenção básica de saúde do trabalhador para orientar e instrumentalizar às equipes de saúde da família, contendo o quadro institucional da saúde do trabalhador, as ações em saúde do trabalhador a serem desenvolvidas no nível local de saúde, as informações básicas para as ações em saúde do trabalhador e os instrumentos de coleta de informação para a vigilância deste campo (BRASIL, 2002).

Nos últimos anos, no Brasil, a contribuição da APS na atenção à saúde dos trabalhadores entrou em evidência devido ao princípio, que lhe foi atribuído, de ordenadora da rede e coordenadora do cuidado, que consiste no funcionamento de forma integrada de toda a RAS, com destaque em sua resolutividade nos problemas de saúde deste nível de atenção do SUS. Esta diretriz é afirmada no Decreto 7.508/2011 que regulamenta a Lei 8080/90, na portaria 4.279/2010 e na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), aprovada na portaria 2.488/2011 (DIAS; SILVA, 2013).

Portanto, a APS como organizadora da RAS no SUS exigiu transformações institucionais e técnicas dos profissionais de saúde e controle social (DIAS et al., 2011). Para atender a este cenário a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e Trabalhadora (PNST-SUS) propõe a execução de ações de saúde do trabalhador junto à APS para estruturação da Rede de Atenção Integral à Saúde do trabalhador (RENAST) no contexto da RAS (BRASIL, 2012).

Dentre os objetivos principais da PNST-SUS, encontram-se: incorporar a categoria trabalho como determinante do processo saúde-doença dos indivíduos e da coletividade, incluindo-a nas análises de situação de saúde e nas ações de promoção em saúde; assegurar que a identificação da situação do trabalho dos usuários seja considerada nas ações e serviços de saúde do SUS e que a atividade de trabalho realizada pelas pessoas, com as suas possíveis consequências para a saúde, seja considerada no momento de cada intervenção em saúde; assegurar a qualidade da atenção à saúde do trabalhador usuário do SUS (BRASIL, 2012).

Para Dias et al. (2011) as mudanças na atenção à saúde do trabalhador são expressas na RAS:

No desafio de fazer com que a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), principal estratégia de implementação da Política para a área, organize as ações a partir da APS e redefina o papel a ser cumprido pelos Centros de Referência de Saúde do Trabalhador (CRST) (DIAS et al, 2011, p. 860)

A construção da RENAST visa à implementação das ações de saúde do trabalhador e uma atenção diferenciada e integral aos trabalhadores na rede de serviços de saúde. Está estabelecida como rede nacional de informação e práticas de saúde que oferta ações assistenciais, de vigilância e promoção da saúde em conformidade com os atributos dispostos nas linhas de cuidados da APS, na média e alta complexidade ambulatorial, pré hospitalar e hospitalar, sob o controle social nas esferas municipal, estadual e federal do SUS (DIAS; HOEFEL, 2005).

Assim, na proposta da RENAST os CRST deixam de ser a porta de entrada para as questões assistenciais, de vigilância e promoção da saúde em Saúde do Trabalhador e assumem o papel de educação permanente através de suporte técnico. Dessa maneira, tornando-se polo de referência para disseminação dos saberes sobre a centralidade do trabalho e produção social das doenças e, por último, tornam-se local para execução, articulação, pactuação das ações de saúde, intra e intersetorialmente no seu território de abrangência. (DIAS; HOEFEL, 2005). “Não se trata de levar saberes prontos, mas de compartilhar experiências para construir novas práticas de saúde” (DIAS; SILVA, 2013, p. 37).

A saúde do trabalhador apresentou avanços em sua institucionalização no SUS, que são identificadas:

Na ampliação da visibilidade da área e da interlocução com gestores; no acúmulo de experiência e saberes por parte das equipes e na ampliação da capacitação de técnicos, gestores e participantes do controle social sobre as relações produção consumo-ambiente e saúde (SILVA; DIAS, 2013, p. 26),

Como complemento para os avanços da integralidade da atenção à saúde do trabalhador no SUS, Vasconcelos et al. (2013) destacam:

Depende da incorporação pelos profissionais da atenção básica, principalmente os da categoria “trabalho” como elemento fundamental na compreensão do processo saúde doença da população e de seus impactos no ambiente [...] capacitação das equipes de atenção básica, principalmente dos ACS. (VASCONCELOS et al., 2013, p. 89)

O papel da APS torna-se fundamental para o cuidado à saúde dos trabalhadores e em especial aos trabalhadores migrantes e informais em domicílio com suas famílias, vivenciando

os problemas complexos das relações saúde, trabalho, doença e ambiente que permeiam os territórios de abrangência das unidades de saúde sob a responsabilidade das equipes de saúde da família nas comunidades. Outra proposta levantada pela saúde do trabalhador nos fóruns da APS é o da responsabilidade da atenção à saúde ao trabalhador da área de abrangência da unidade de saúde, porém que reside em outro território. (DIAS; SILVA, 2013).

Diante essa questão, Neira (2012) apud Dias e Silva (2013) aponta que a APS possui uma visão reducionista ao organizar o cuidado somente pelo critério de moradia e excluir os locais de trabalho do território deixando os trabalhadores do território sem cobertura de saúde pela ESF.

Outras dificuldades são destacadas ao se discutir o cuidado à saúde do trabalhador por meio das equipes de saúde da família que merecem a devida consideração, tais como: a falta de um plano de carreira para os profissionais da ESF, gerando uma alta rotatividade nas equipes, vista principalmente entre a classe médica; o pouco investimento na infraestrutura; as precárias condições de trabalho; a sobrecarga de trabalho; um sistema de regulação falho; a supremacia das ações assistenciais; necessidade de reorganização no processo de trabalho das equipes, dentre outros (DIAS; SILVA, 2013).

Os desafios da Saúde do Trabalhador são debatidos por autores renomados da área que destacam: os entraves para incorporação e operacionalização da área na rede de serviços; precária alimentação das informações acerca da relação trabalho e saúde nos bancos de dados e sistemas de informação do SUS; a necessidade de repensar o paradigma conceitual da saúde do trabalhador. (VASCONCELOS; SILVA, 2004), divulgação do campo entre as instâncias gestoras do SUS e capacitação das equipes dos CEREST para se adequarem ao novo modelo de atenção (VASCONCELLOS et al., 2013).

A perspectiva de considerar a contratação dos trabalhadores para atuarem nos CEREST regionais e estaduais através de concurso público é um entrave abordado pela saúde do trabalhador (VASCONCELLOS et al., 2013).

Para Dias; Silva (2013, p. 30) a PNSTT aponta estratégias para alcançar a atenção integral à saúde dos trabalhadores, a saber: integração da vigilância em saúde do trabalhador com os demais sistemas de vigilância em saúde do SUS e incorporados na APS; análise do perfil produtivo e da situação de saúde dos trabalhadores; estruturação da RENAST na rede de atenção à saúde do SUS; fortalecimento e ampliação da articulação intersetorial; estímulo da participação popular, dos trabalhadores e do controle social; desenvolvimento e capacitação de recursos humanos; apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

Entende-se, portanto, que a Saúde do Trabalhador na APS tem uma vasta possibilidade de atuação e intervenção, mas também grandes desafios e avanços a conquistar na rede de atenção à saúde do SUS.

## 2.2 A relação Trabalho e Saúde na Atenção Primária à Saúde

Para compreender a relação trabalho e saúde na APS nos dias de hoje, é necessário recorrer aos estudos de Franco e Merhy (2003), Ribeiro, Pires e Blank (2004), Hennington (2008), que entre outros autores, têm possibilitado o diálogo, que vem sendo desenvolvido na ESF, entre organização e gestão dos processos de trabalho em saúde e realidade do trabalho.

O trabalho em saúde é um trabalho essencial para a vida humana e é parte do setor de serviços. É um trabalho da esfera da produção não material, que se completa no ato de sua produção. [...] O produto é indissolúvel do processo que o produz, é a própria realização da atividade (RIBEIRO et al., 2004, p. 440).

O trabalho em saúde possui características específicas que o fazem ser tanto transformador, emancipador e produtor de sentido, como *estranhado* e produtor de sofrimento e desgaste (HENNINGTON, 2008).

Segundo Antunes (1997, p. 132), a expressão o Trabalho *Estranhado* “refere-se à existência de barreiras sociais que se opõem ao desenvolvimento da personalidade humana”. O referido autor destaca que, na formulação marxiana, o trabalho é o ponto de partida da humanização do ser social – do homem. No entanto, na sociedade capitalista o trabalho se converte em meio de subsistência, é degradado e aviltado, com a finalidade de produção de mercadoria através da força de trabalho, que também se torna mercadoria. O trabalho perde o sentido de realização do indivíduo.

Já o trabalho produtor de sofrimento pode ser percebido em razão de constrangimentos, injustiças, desprezo, humilhação, exigências e violências que permeiam o dia a dia do trabalho. “Trabalhar é também suportar esse sofrimento.” Para amenizar o sofrimento do trabalho efetivo, o trabalhador cria estratégias coletivas e individuais de defesa. “A negação da percepção da realidade traz consigo um enfraquecimento da capacidade de pensar” (DEJOURS, 2008, p. 51).

O trabalho na ESF ocorre de forma coletiva por meio de profissionais que contemplam diferentes conhecimentos. É composto por aqueles que intervêm com ações diretas sobre o usuário e também pelo grupo de trabalhadores que agem indiretamente no serviço de saúde. O conjunto destes trabalhadores é essencial para se ter uma assistência comprometida através de uma mesma referência ética, com o intuito de produzir e promover saúde (MERHY, 2007).

Há que mencionar que os atributos do trabalho coletivo das equipes de saúde da família, “envolvem características do trabalho assalariado e da divisão parcelar do trabalho, bem como características do trabalho profissional do tipo artesanal<sup>1</sup>”, visível diante da fragmentação de tarefas no trabalho produtivo sob a supervisão gerencial de profissionais de nível superior e nas formas de relações construídas entre os trabalhadores (RIBEIRO et al., 2004, p. 440).

É importante elucidar que as “populações humanas se desenvolveram dividindo papéis e as tarefas entre elas”, e que toda situação de trabalho provoca debates de normas individuais e coletivas, na qual os trabalhadores “não param de desfazer, de forma não aparente, o impedimento do exercício ‘do trabalho’ deles mesmos, as perspectivas de vida que essas divisões propõem ou impõem” (SCHWARTZ, 2011, p. 35).

Para Matos e Pires (2006) o trabalho coletivo se realiza em estruturas organizadas e instituições influenciadas pelas políticas públicas de saúde e de recursos humanos no SUS, pelas leis reguladoras e alianças profissionais e pelas necessidades de saúde da população.

Outra particularidade importante do trabalho em saúde é de ter centralidade em sua micropolítica, na qual as ações devem ter como núcleo o trabalho vivo em ato, uma vez que as ações realizadas nos serviços de saúde devem ocorrer a partir do desenvolvimento de tecnologias relacionais, tendo como produto final a produção do cuidado (MERHY, 2007).

O perfil de cuidado que se produz é definido em nível de micropolítica do processo de trabalho, e é no agir cotidiano de cada trabalhador de saúde, das relações que estabelece com a equipe, os usuários, o arsenal tecnológico do qual utiliza, enfim, para pensar a produção da saúde é necessário pensar o lugar específico de cada um na linha da produção do cuidado. Assim

---

<sup>1</sup> A divisão parcelar ou pormenorizada do trabalho, divisão manufatureira do trabalho ou divisão técnica do trabalho é típica do modo de produção capitalista. Refere-se à fragmentação de uma especialidade produtiva em numerosas operações limitadas, de modo que o produto resulta de uma grande quantidade de operações executadas por trabalhadores especializados em cada tarefa. (PIRES, 2011).

queremos afirmar que quem define o modelo tecnoassistencial não é a norma que virtualmente se institui, mas o trabalhador de saúde, a partir da sua micropolítica no processo produtivo (MERHY; FRANCO, 2003, p.6).

O exercício da micropolítica em coerência ao ato de produção da saúde repercute na produção cotidiana de subjetividades enraizadas no processo de trabalho ou ainda nas relações e nas ações do cotidiano dos serviços (ABRAHÃO, 2007).

Sendo assim, a micropolítica do processo de trabalho em saúde exige uma dinamização entre os diferentes processos que operam sobre os saberes específicos de cada profissional, seus conhecimentos e experiências no serviço de saúde. É necessário que os profissionais de saúde e os outros grupos de trabalhadores também envolvidos no serviço estejam preparados para lidar com os indivíduos e ou famílias que acessam o serviço de saúde (FRANCO, 1999).

As pessoas, quando buscam os serviços de saúde, de maneira geral, o fazem na esperança de encontrar ações de acolhimento que tanto resultem na diminuição do seu estado de sofrimento quanto promovam um certo grau de autonomia que as torne capazes de lidar com seus problemas de saúde (ABRAHÃO, 2007, p.117).

Segundo Merhy (2007), a saúde está passando por uma “transição tecnológica”, tendo uma nova configuração das práticas assistenciais, com um novo padrão de produção do cuidado. As características do processo de trabalho em saúde são reveladas a partir de três tecnologias, denominadas: tecnologias duras - relacionadas a maquinário, equipamentos, normas e estruturas organizacionais; tecnologias leve-duras - que são os saberes estruturados dos profissionais de saúde; e tecnologias leves - que são as práticas relacionais, como produção do vínculo, autonomização, gestão do processo de trabalho e acolhimento.

As tecnologias leves vêm comandando a transição do modelo assistencial “procedimento e médico centrado” a um modelo “usuário centrado”, que configura um novo sentido para as práticas assistenciais, garantindo as ações voltadas ao campo de necessidades dos usuários. É através do trabalho vivo em ato a partir dos processos intercessores e relacionais, que as necessidades de saúde do indivíduo e ou coletivo será vista de forma integral, resultando na produção do cuidado (MERHY, 2007).

Esta tecnologia manifesta-se em modificações de processos e hábitos por meio da escuta qualificada, conversa e interação entre o trabalhador da saúde e usuário dos serviços.

A compreensão da presença das tecnologias que operam durante o processo de trabalho em saúde nos auxilia no sentido de identificar as possibilidades de provocar mudanças e avanços no fazer em saúde (ABRAHÃO, 2007, p. 124).

Vale ressaltar, que embora seja importante e necessária a inclusão das tecnologias leves no dia a dia do trabalho da ESF, esta prática envolve o estabelecimento de relações com o usuário e o envolvimento de sua subjetividade. Portanto, pode representar fonte de sofrimento do trabalho efetivo.

Na ESF o trabalho vivo em ato se dá no momento do encontro entre trabalhador de saúde e usuário, a partir de uma necessidade especial deste, que o fez procurar o serviço de saúde. A produção do cuidado deve ser iniciada a partir da prática do vínculo, acolhimento e escuta, exigindo do trabalhador de saúde visão ampliada da condição de saúde do usuário (e suas problematizações) e a articulação intersetorial com o intuito de ter uma assistência qualificada e efetiva (MERHY; FRANCO, 2003).

Assim, o trabalho é desenvolvido nas relações interpessoais entre trabalhador e usuário, cujo objetivo é promover alguma mudança na condição de saúde. Este é um momento privilegiado e intenso na formação de subjetividade do usuário, que exige do trabalhador e/ ou equipe de saúde da família estar atento a essa dimensão do trabalho (RIBEIRO et al., 2004).

Um dos dispositivos que devem ser utilizados no trabalho em saúde é o acolhimento. Este deve ser considerado a partir da postura receptiva do profissional e da equipe de saúde perante o usuário nos serviços, na técnica estabelecida para o enfrentamento do sofrimento e das problematizações. Essa postura receptiva será apoiada na escuta, no vínculo, na solidariedade e resolutividade, como também na reorientação dos serviços de saúde com o propósito de ordenar a rede de atenção à saúde, ampliar o acesso, humanizar o atendimento e qualificar a atenção (PINHEIRO, 2004).

Desse modo, o estado de harmonia no trabalho, a motivação e o próprio desejo do trabalhador podem favorecer o bem estar do usuário, pois o processo de trabalho em saúde incide diretamente no indivíduo e em suas fragilidades. O profissional que realiza o seu trabalho de forma mecanizada impossibilita o desenvolvimento das práticas de acolhimento, vínculo e escuta, mostrando não ter compreensão do valor de suas ações no processo de saúde (ABRAHÃO, 2007).

O investimento do trabalhador da saúde nas suas práticas de trabalho, nas suas iniciativas e escolhas pessoais, implica em um debate de normas num universo de valores. É um mecanismo fundamental para o sucesso do serviço, produção de resultados e mudança na condição de saúde dos usuários dos serviços (OLIVEIRA, 2013).

Nos dias de hoje, refletir sobre a gestão das práticas de trabalho e sua organização exige sacrificar a subjetividade em benefício da rentabilidade e competitividade. Esta lógica valoriza o aumento da produção e desagrega os coletivos de trabalhadores, além de separar o trabalho do conjunto da vida e desencadear patologias relacionadas ao trabalho (SCHERER; PIRES; SCHWARTZ, 2009).

A gestão, na perspectiva da ergologia, é um fenômeno universal que ultrapassa a dimensão macropolítica e a prescrição de atividades e tarefas. Envolve escolhas, arbitragens, hierarquização de atos e objetivos, além de envolver valores que orientam a tomada de decisões pelos trabalhadores no cotidiano (SCHERER; PIRES; SCHWARTZ, 2009, p. 722).

No entanto, é possível pensar a gestão dos processos de trabalho em saúde a partir da perspectiva da ergologia, pois esta visa discutir o trabalho e produzir conhecimento, tem seu foco no conhecimento e na experiência dos trabalhadores, o geral e o específico da atividade, suas variabilidades e normas, bem como sobre necessidade de conversa entre várias disciplinas e a permanente indagação sobre os seus saberes (HENNINGTON, 2008).

A ergologia reconhece a atividade como um debate de normas e se desenvolve no campo das práticas sociais com o intuito de produzir saberes formais e confrontar os saberes de si (DURRIVE; SCWARTZ, 2008).

Para Schwartz as mudanças no modelo de gestão e no processo de trabalho, de forma que resultem em construção de práticas humanizadoras, passam por diversas cearas que permeiam o campo técnico-científico, filosófico e político (HENNINGTON, 2008).

### 2.3 As transformações no cotidiano do Trabalho do Ponto de Vista da Atividade

As transformações nos mundos do trabalho são operadas no cotidiano pelos trabalhadores em atividade e apresenta o potencial de conjugar diferentes olhares de forma coerente, sinérgica e fecunda (OLIVEIRA, 2013).

Nesta mesma perspectiva Scherer, Pires e Schwartz (2009) afirmam coerentes com essa ideia:

Refletir sobre as transformações do trabalho tem implicações políticas e éticas uma vez que as relações e instrumentos utilizados na produção do conhecimento e dos produtos materiais e não materiais não estão separados das escolhas e julgamentos de valor (SCHERER; PIRES; SCHWARTZ, 2009, p. 722).

Para aproximação com o ponto de vista da atividade numa perspectiva ergológica buscam-se as obras de Scherer, Pires e Schwartz (2009), Schwartz (2011), Durrive (2011), Oliveira (2013), a fim de propor uma reflexão sobre a relação trabalho e saúde na Atenção Primária à Saúde, na tentativa de fomentar conhecimentos para o aprimoramento do diálogo. Como dito anteriormente, esse aprimoramento desenvolve-se na estratégia de saúde da família, entre organização e gestão dos processos de trabalho em saúde e realidade do trabalho das equipes de saúde da família.

O ponto de vista da atividade compreende a experiência e os saberes acumulados pelos trabalhadores, que são considerados protagonistas de uma realização parcial ou original do cotidiano do trabalho, no qual não são vistos como meros executantes de instruções e procedimentos (OLIVEIRA, 2013).

Ressalta-se que o conceito de atividade é oriundo da ergonomia e aprofundado pela ergologia ao abordar o trabalho, com suas singularidades e subjetividades existentes na distância entre o trabalho prescrito e o real (HENNINGTON, 2008).

Trabalhar é preencher o espaço entre o prescrito e o efetivo. Ora, o que é preciso ser feito para preencher esse espaço não pode ser previsto de antemão. O caminho a percorrer entre o prescrito e o real deve ser inventado ou descoberto a cada vez pelo sujeito que trabalha (DEJOURS, 2008, p. 39).

Desta forma, o trabalho prescrito faz referência ao que se é esperado na esfera de um processo de trabalho específico, dotado de suas particularidades, e atrelado às regras, objetivos e condições estabelecidas pela organização do trabalho. Já o trabalho real está “vinculado ao pressuposto de que as prescrições são sempre recursos incompletos, isto é, que desde a sua concepção não são capazes de contemplar todas as situações encontradas no exercício cotidiano de trabalhar” (BRITO, 2011, p. 482).

Para Scherer, Pires e Schwartz (2009) as prescrições no trabalho são feitas também pelo próprio trabalhador e colegas de trabalho, de forma individual ou coletiva, pois o trabalho prescrito não é somente o oficial, mas também o oficioso, que é visto na forma como os trabalhadores se organizam para executar ou não as prescrições. Por outro lado, o trabalho real é a própria atividade de trabalho realizada e também aquilo que o trabalhador avalia na incerteza e descarta com angústia ou sofrimento, mas sempre a partir de um debate de normas.

Compreende-se que a distância entre o prescrito e o real evoca uma das manifestações da dialética que caracteriza a atividade humana no trabalho (DURRIVE, 2011).

As reflexões sobre o trabalho como atividade humana envolta pela trama do visível e invisível são descritas por Scherer; Pires; Schwartz, (2009) ao afirmarem

A dialética do entrecruzamento entre o visível e o invisível, o global e o local, é permeada por debates de normas e valores que geram situações de trabalho relativamente previsíveis e ao mesmo tempo novas e inéditas, pois toda atividade humana integra uma dimensão de transformação (SCHERER; PIRES; SCHWARTZ, 2009, p. 722).

Igualmente são fomentadas por Schwartz (2011), ao abordar as dimensões da trama do visível, do menos visível ou invisível do trabalho.

Uma atividade de trabalho é sempre o lugar, mais ou menos infinitesimalmente, de reapreciação, de julgamentos sobre os procedimentos, os quadros, os objetos do trabalho, e por aí não se cessa de ligar um vaivém entre o micro do trabalho e o macro da vida social cristalizada, incorporada nessas normas. Vaivém que não deixa incólume nenhum dos dois níveis. O que quer dizer que a história da vida econômica, política, social, não pode ser escrita sem um olhar sobre esses múltiplos vaivéns (SCHWARTZ, 2011, p. 33).

Nesta mesma perspectiva, Brito (2011, p. 483) discorre que a atividade de trabalho é sempre singular e “envolve estratégias de adaptação do prescrito às situações reais de trabalho, atravessadas pelas variabilidades e pelo acaso”.

Portanto, a abordagem ergológica tem como objeto de reflexão e análise as atividades humanas do mundo do trabalho. Esta abordagem requer negociações entre normas antecedentes e as normas de cada um (indivíduo e ou coletivo), chamado de movimento de

renormatização em cada situação, ou seja, de criação de novas normas, implicando mudanças orientadas por valores distintos dos primeiros (OLIVEIRA, 2013).

Ainda convém afirmar que a atividade humana se caracteriza como um “nó de debates entre normas antecedentes e tentativas de renormalizações na relação com o meio”, e, portanto, pode-se dizer que todo trabalho é uma provocação para se fazer uso de si por si mesmo, para pensar mesmo quando não é solicitado (SCHWARTZ, 2011, p. 34).

As implicações das dramáticas do uso de si são repercutidas no trabalhador em atividade quando este faz uso de si mesmo por alguma demanda ou quando é demandado pelos outros e faz uso deles. “O uso de si por si e pelos outros manifesta as dimensões de execução e de subjetividade, o trabalhador parcialmente se dá normas, se autolegisla e recria saberes, valores e novas normas, dificultando a gestão” (SCHERER; PIRES; SCHWARTZ, 2009, p. 722).

Para compreender o debate de normas antecedentes e renormalizações, Schwartz (2011, p. 34) propõe as seguintes definições a partir do ponto de vista mercantil:

- Normas antecedentes: estão mais próximas do trabalho como prescrições, procedimentos, constrangimentos, relações de autoridade, de poder, mas também os saberes científicos, técnicos, as regras jurídicas, as experiências capitalizadas, tudo o que antecipa a atividade futura de trabalho, antes mesmo que a pessoa tenha começado a agir.

- As renormalizações: são as múltiplas gestões de variabilidades, de furos das normas, de tessitura de redes humanas, de canais de transmissão que toda situação de trabalho requeira sem, no entanto, jamais antecipar o que elas serão, na medida em que essas renormalizações são portadas por seres e grupos humanos sempre singulares, em situações de trabalho, elas mesmas também sempre singulares.

As normas e renormalizações são também pensadas através das “normas da vida” ou ainda das “normas do meio” em que se vive. O projeto de uma norma é antecipar o agir, enquadrá-lo. “A norma pretende adiantar ou preceder o que se vai fazer, mas a renormalização é também uma forma de antecipação, pois ela vai além do que está previsto, pensado antecipadamente pela norma” (DURRIVE, 2011, p. 50).

Nesta perspectiva, a atividade do trabalho está intrínseca no cotidiano dos serviços de saúde, no qual as regras do trabalho são o tempo todo recriadas pelos valores de cada trabalhador em cada circunstância da atividade. As regras, tarefas, ordem refletem o trabalho prescrito e a atividade envolve o trabalho real, pautado na existência de um núcleo de renormatização (OLIVEIRA, 2013).

A tarefa estabelece uma relação estreita com o trabalho através das condições e dos resultados, porém as condições definidas não são de fato as condições efetivas, assim como o resultado antecipado não é o resultado efetivo. Esta é uma primeira caracterização da diferença entre a tarefa e o trabalho. A segunda é representada pela atividade de trabalho, ou seja, a forma para desenvolvimento dos resultados e os meios utilizados para tal (GUERIN et al., 2001).

A tarefa não é o trabalho, mas o que é prescrito pela empresa ao operador. Essa prescrição é imposta ao operador: ela lhe é portanto exterior, determina e constrange sua atividade. Mas ao mesmo tempo, ela é um quadro indispensável para que ele possa operar: ao determinar sua atividade, ela o autoriza (GUERIN et al., 2001, p. 15).

As dimensões da atividade humana no trabalho compreendem que “nenhuma atividade é mera execução, ou mera repetição de sequências de operações previstas por outros e antecipadas” (CARDOSO; HENNINGTON, 2011, p. 92).

A atividade deve ser pensada como uma dialética entre o dizer e fazer, o geral e o singular, o micro e o macro, o local e o global, o objetivo e o simbólico; é lugar de debates e incertezas, de confronto entre normas antecedentes e renormalizações singularizadas pelos seres humanos (HENNINGTON, 2008, p. 559).

“A atividade de trabalho é uma estratégia de adaptação à situação real de trabalho, objeto da prescrição”, reafirmando que o abismo epistemológico entre o trabalho prescrito e o trabalho real é a “manifestação concreta da contradição sempre presente no ato do trabalho, entre “o que é pedido” e “o que a coisa pede” (GUERIN et al., 2011, p. 15).

A dinâmica do trabalho nos serviços de saúde é pautada em normas e saberes antecedentes, protocolos, registros e exige que o trabalhador se incida sobre as demandas do trabalho. Neste contexto, o trabalhador diante das exigências e pressões do trabalho, o trabalhador se vê implicado a construir e reconstruir, renormatizar e refletir sobre as decisões durante o curso de sua atividade (HENNINGTON, 2008).

Na esfera do trabalho todos se deparam com as normas antecedentes, antes mesmo de se debruçar na execução das tarefas, pois estas têm por objetivo enquadrar as atividades humanas e são produzidas pela história dos grupos e das sociedades que buscam instituir a vida coletiva (DURRIVE, 2011).

O debate de normas antecedentes na esfera do trabalho compreende duas características fundamentais: a primeira está relacionada ao fato de se posicionarem anteriormente ao início do trabalho, mostrando que são duradouras no ambiente; já a segunda, é a de ser anônima, ou seja, as normas antecedentes não levam em conta a singularidade de quem se prepara para agir.

As normas antecedentes estão presentes antes do trabalhador, e ao mesmo tempo elas não existem senão a partir dele, graças à sua atualização. Sem um trabalhador concreto nada acontece. A norma necessita de um homem normativo, capaz de renormalização (DURRIVE, 2011, p. 52).

O trabalhador neste cenário é o protagonista do diálogo entre o macro (contexto geral socioeconômico) e o micro (contexto singular) da atividade de trabalho. “Onde a atividade é o local de escolhas, de debates de normas, de encontro de valores, local onde a história é construída” (OLIVEIRA, 2013, p. 1584).

A tentativa de responder sobre as articulações entre as dimensões macro e o micro levou o filósofo francês Yves Schwartz (2011) a desenvolver o Dispositivo Dinâmico de Três Polos (DD3P) e suas temporalidades, que no plano macro envolvem a lógica mercantil e política e no plano micro, contempla a atividade humana.

O DD3P é caracterizado por Durrive (2011)

A palavra dinâmico faz referência a tudo que pode ser gerado de tais matrizes, em particular, a visibilidade das renormalizações; a tomada de consciência provocada pela colocação em palavras; o exercício formador que consiste em retorcer e retrabalhar conceitos; o retrabalho do valores humanos, sociais, coletivos; a renovação dos saberes formais e disciplinares, a transformação dos meios de vida (DURRIVE, 2011, p. 56).

No esquema tripolar o primeiro polo é marcado pelos valores do mercado que refletem na reconfiguração no conjunto da vida e por valores dimensionados. O segundo polo é dos valores políticos, na qual residem valores que não são mensuráveis em valores quantitativos, pois remete ao bem estar das pessoas numa sociedade, suas possibilidades de acesso aos cuidados, à cultura e aos ambientes de vida. Por fim, o terceiro polo é da atividade humana e é orientado pelas dramáticas do uso de si, dos debates de normas, saberes e valores, das gestões *do e no* trabalho (OLIVEIRA, 2013).

No terceiro polo, o conceito dos “usos de si” refere-se à atividade desenvolvida pelo trabalhador suas escolhas e seu investimento na realização da ação, que remete valores diferentes e contraditórios. (HENNINGTON, 2008).

O terceiro polo é o provocador do encontro entre o primeiro e o segundo polo, mas é igualmente beneficiário do trabalho cooperativo. Este polo é responsável pela produção de saberes novos engendrados às perspectivas de uma conduta de mudança, ou ainda de acordo com Durrive (2011) verdadeiras reservas de alternativas. Isso porque a atividade difunde novas ideias produzidas no debate de normas.

A atividade humana no trabalho não é a simples aplicação de saberes já constituído: no curso da atividade, outros saberes se produzem [...] e são presos a um mundo de valores. Dar visibilidade aos saberes investido na atividade supõe considerar essas polarizações [...] respeitando as dramáticas do uso de si (DURRIVE, 2011, p. 54).

O DD3P tem a perspectiva de transformar positivamente o trabalho, destacando que a imprescindível articulação entre os dois polos de saberes relativos ao trabalho humano exige uma postura ético-epistêmica. Vale ressaltar que os polos de saberes se dividem em saberes formais, determinados por diversas disciplinas e campos de conhecimento, e os saberes advindos da experiência prática dos trabalhadores – (MASSON; GOMES; BRITO, 2015).

Isto significa que a dinâmica gerada pela instauração deste terceiro polo do dispositivo (ético-epistêmico) é o que garante o diálogo respeitoso e produtivo entre os dois polos anteriores, assim como a percepção da riqueza e incultura recíproca, permitindo que ambos se desenvolvam. Assim, em meio a um processo dinâmico, os posicionamentos teóricos dos diferentes campos de conhecimento do primeiro polo devem ser validados a partir da confrontação com os saberes da prática, enquanto ocorre a sistematização reflexiva sobre o patrimônio de saberes-fazer (MASSON; GOMES; BRITO, 2015, p. 3).

O polo epistêmico considera o distanciamento, abismo epistemológico existente entre o “trabalho prescrito” e o “trabalho real”. Este polo valoriza os conceitos, porém compreende que para o enfrentamento do mundo do trabalho é necessário mais do que normas e saberes antecedentes. Torna-se importante potencializar o trabalhador para que seja protagonista nas propostas de mudanças na organização do trabalho, na forma de ser e de fazer o trabalho, de gerir os problemas que surgem a partir de uma nova situação no trabalho (HENNINGTON, 2008).

As inovações nas dinâmicas e práticas de trabalho, as mudanças epidemiológicas e demográficas das condições de saúde trazem mais rigorosidades, pressões e exigências aos trabalhadores inseridos nos processos de trabalho em saúde, e, conseqüentemente requerem um maior envolvimento emocional, físico, discursivo, comunicacional dos trabalhadores (OLIVEIRA, 2013).

Os trabalhadores se veem em um meio de trabalho que é imprevisível e variável, e de alguma forma infiel, porém os trabalhadores devem dar conta desta infidelidade do meio através da mobilização das capacidades individuais e coletivas e de suas escolhas. “A forma como estas escolhas se processam é sempre pessoal e implica em um debate de normas, em um universo de valores” (OLIVEIRA, 2013, p. 1583).

Portanto, torna-se necessário considerar que o cotidiano dos serviços de saúde contempla um conjunto de demandas organizadas sob a ética dos interesses das coletividades, dos diferentes trabalhadores de saúde e das necessidades dos usuários (SCHERER; PIRES; SCHWARTZ, 2009).

Os serviços de saúde atendem a necessidades complexas e variáveis e não podem ser totalmente padronizados. Os profissionais precisam de autonomia para traduzir normas gerais a casos particulares, decidir como e qual serviço prestar para atender às necessidades de saúde (SCHERER; PIRES; SCHWARTZ, 2009, p. 723).

Os trabalhadores de saúde a todo o momento vivenciam as tensões das escolhas pessoais no exercício de seu trabalho, fazendo uso de si por si, em um espaço de negociações, e também uso de si pelo outro, a partir das situações de trabalho que os levam a compreender e priorizar as necessidades dos usuários do serviço (OLIVEIRA, 2013).

Além disso, a referida autora aponta que o setor saúde está regido por normas estabelecidas através dos princípios e diretrizes constitucionais do SUS e pelo conjunto das políticas de saúde. É regido também pela organização do processo produtivo (descrito a partir de protocolos, atribuições e rotinas prescritas e às condições dadas aos trabalhadores para o exercício de seu trabalho). Outra norma do setor saúde está nas normas de vida de cada trabalhador ou coletivo e, por último, nas referências externas dos usuários.

Outros conjuntos de normas demarcam o trabalho no serviço público de saúde como: normas ligadas aos saberes técnicos, científicos e culturais; normas ligadas ao planejamento e

à organização prescrita do trabalho; normas ligadas ao trabalhador e aos coletivos de trabalho; e normas ligadas aos usuários (BRITO, 2011).

Cabe ressaltar que, a ESF apresenta um alto grau de normatividade na sua implementação. “O formato da equipe, as funções de cada profissional, a estrutura, o cadastro das famílias, o levantamento dos problemas de saúde existentes no território e os diversos modos de fazer a ESF, são regulamentados centralmente pelo Ministério da Saúde” (FRANCO, 1999, p. 6). Tais normas, deverão ser rigorosamente cumpridas pela gestão municipal, sob pena daqueles municípios que não se enquadrarem nas orientações ministeriais, de estarem fora do sistema de financiamento das equipes de saúde da família.

Agindo assim, o Ministério da Saúde não só aborta a construção de modelos alternativos, mesmo que similares à proposta do PSF, como engessa o próprio Programa de Saúde da Família diante de realidades distintas vividas em diferentes comunidades em todo território nacional. O tradicional centralismo das políticas de saúde, que marcam a área governamental desde a primeira república, se evidencia neste ato (FRANCO, 1999, p. 6).

O trabalho na APS é também regulado, normalizado, regulamentado e restrito, por meio de métodos de avaliação do trabalho com a capacidade de intervir nos processos de prestação de serviços, seja visando à alteração ou orientação para execução das atividades de trabalho (FONSECA et al., 2012).

Os principais mecanismos, por meio dos quais a avaliação opera a orientação do trabalho, são a seleção das práticas implementadas que vão se constituir como objetos de avaliação e a construção do método de avaliação que será abordado. Ao conferir valor a determinadas práticas e estabelecer a forma de abordá-las, por meio de indicadores, a avaliação irá induzir as ações e os modos de agir – e, portanto, influir no processo de trabalho, sendo isso mais ou menos importante, em função do status atribuído à avaliação nos contextos em que ela se desenvolve (FONSECA et al., 2012, p. 521).

Neste cenário do SUS, a APS torna-se campo de avaliação a partir das práticas dos trabalhadores das equipes de saúde da família, que vivenciam cotidianamente as diversas situações de trabalho (conjunto de meio físicos, de objetos materiais e simbólicos, de sujeitos humanos, de tecnologias, de hierarquias e de organização, escolhas organizacionais). Tais situações exigem deles exercícios de escolhas individuais e ou coletivas, capacidade de

instaurar novas normas e realizar ações que irão intervir com sucesso na condição de saúde do usuário e na efetividade dos serviços (BRITO, 2011).

Segundo Santos Filho (2010, p. 48), “um critério importante para assegurar a qualidade e continuidade dos processos de avaliação é a sua institucionalização” com o objetivo de desenvolver pesquisas avaliativas de interesses dos serviços. Dessa forma, afetando o modo de gestão de como “deve ser” o trabalho (FONSECA et al, 2012).

Percebe-se que no SUS há uma tentativa de implementar iniciativas de institucionalização de instrumentos nacionais de monitoramento e avaliação, por meio de indicadores selecionados pelo Ministério da Saúde. Este esforço é ampliando frente aos interesses Ministeriais de normatização sistemática da avaliação no escopo da ESF (SANTOS FILHO, 2012).

Dessa forma, propomos o desafio de aprofundar no campo da avaliação, de forma que pudéssemos analisar e repensar o significado da avaliação e o modo como organiza o trabalho. Cabe ressaltar que, a avaliação é instituída no campo da saúde como uma prática que perpassa o cotidiano dos serviços e que tem potencialidades para fomentar o aprimoramento profissional e produzir benefícios nas atividades desempenhadas pelos trabalhadores da saúde em avaliação (FONSECA et al., 2012)

### 3 AVALIAÇÃO: CONCEITOS E MÉTODOS

A avaliação é um objeto conceitual e metodológico que está presente em diversos períodos da história e se apresenta em permanente estado de evolução conforme as necessidades, as metodologias e os novos desafios dos avaliadores.

É uma atividade inerente ao processo de aprendizagem, e na “atualidade assume cada vez mais um caráter polissêmico em sua conceituação, abrigando múltiplas realidades e múltiplos referenciais de análise” (SANTOS FILHO, 2007, p. 1).

A polissemia conceitual e metodológica da avaliação “torna obrigatório, tanto para o gestor quanto para o pesquisador, uma explicitação das suas opções teóricas e técnicas” (SILVA, 2005, p. 15).

#### 3.1 O percurso histórico da Avaliação

É de suma importância contextualizar as diversas definições do significado de avaliação. Para a grande maioria dos estudiosos a avaliação de programas sociais consiste na principal expressão deste campo de conhecimentos e práticas (SILVA, 2005).

Na literatura universal são encontradas variadas definições de avaliação, entre elas: “processo de determinação do esforço, mérito ou valor de algo ou do produto deste processo”. (SCRIVEN, 1991 apud SILVA, 2005, p. 15); “*avaliação focada para utilização*” que corresponde à coleta sistemática de informações, características e resultados de programas, como também de julgamento dos programas para tomada de decisões futuras (PATTON, 1997 apud SILVA, 2005, p.15); “sinônimo de pesquisa avaliativa” definida para aplicação sistemática dos procedimentos oriundos da investigação em ciências sociais para analisar programas de intervenção” (ROSSI; FREEMAN, 2004 apud SILVA, 2005, p. 15).

A avaliação pode ser pensada de forma didática através da representatividade de um espectro de dois pontos, na qual num lado do hemisfério estão situadas as avaliações presentes nas práticas cotidianas do trabalho<sup>2</sup> e do outro lado hemisfério está a investigação avaliativa.<sup>3</sup>

---

<sup>2</sup> A avaliação das práticas cotidianas corresponderia ao julgamento que se faz a partir do recurso a noções oriundas do senso comum, às técnicas não sistemáticas de observação e à análise e formulação de juízos de valor dicotômicos e simplificados (SILVA, 2014).

Assim, todo conteúdo entre os dois pontos deste espectro da avaliação seria uma “multiplicidade de avaliação para a gestão ou avaliação administrativa em saúde” (SILVA, 2014).

Para Contandriopoulos (2011, p. 265), a avaliação define-se como sistema institucionalizado de auxílio à tomada de decisão no campo da saúde, e produtora de informações e julgamentos para melhoria do desempenho dos sistemas de saúde. “É uma intervenção formal que mobiliza recursos e atores em torno de uma finalidade explícita: o aperfeiçoamento de decisões”.

Esta perspectiva da avaliação como intervenção utilizada por Contandriopoulos (2011) é criticada por Silva (2005) quando a autora afirma

O problema com esse conceito é que a definição de intervenção feita pelo autor limita o escopo da avaliação à dimensão instrumental da ação... A definição de avaliação proposta por Contandriopoulos será aqui ajustada ao escopo maior do campo da avaliação substituindo o conceito de “intervenção” por aquele de “práticas sociais” (SILVA, 2005, p. 16).

No entanto, Contandriopoulos (2011, p. 265) aponta que o “papel da avaliação não se limita a fornecer informações sobre uma intervenção, mas consiste em emitir um juízo sobre esta”, a fim de melhorar e tornar mais racional os processos de tomadas de decisão.

Para avaliar intervenções é possível buscar dois tipos de estudos, a avaliação normativa e a pesquisa avaliativa. A primeira busca sua sustentação nas análises de estrutura, processo e resultados, e tem como característica ajudar os gestores e profissionais que estão inseridos no cotidiano dos serviços. Já a segunda tem por objetivo fazer o julgamento de uma intervenção baseada em métodos científicos, a partir das análises de pertinência, fundamentos teóricos, produtividade, efeito, rendimento e das relações que permeiam a intervenção e o contexto (FIGUEIRÓ et al., 2010).

A natureza da avaliação é repleta de quatro dimensões que se combinam em uma tríplice legitimidade – científica, política e social, e que irão se organizar de acordo com os contextos de avaliação. Tais dimensões são explicitadas por Champagne (2011, p. 50), são elas:

---

<sup>3</sup> A pesquisa avaliativa corresponderia ao julgamento que é feito sobre as práticas sociais a partir da formulação de uma pergunta não respondida ainda na literatura especializada, sobre as características dessas práticas, em geral, ou em um contexto particular através do recurso a metodologias científicas.

1° Dimensão Cognitiva: visa a produzir informações científicas válidas e socialmente legítimas;

2° Dimensão Normativa: visa emitir um julgamento;

3° Dimensão Instrumental ou Utilitária: visa melhorar uma situação e contribuir para a implementação das reformas propostas no sistema de cuidados;

4° Dimensão Democrática: visa a provocar debates.

É importante destacar que as finalidades da avaliação estão constituídas por um sistema de interação entre grupos de atores com objetivos definidos e que se traduzem em oficial e oficiosa. Champagne (2011, p. 51) caracteriza as finalidades da avaliação oficial em cinco tipos, como segue:

- Finalidade estratégica: auxiliar o planejamento e a elaboração de uma intervenção;

- Finalidade Formativa: fornecer informações para melhorar a intervenção no curso da atividade;

- Finalidade Somativa: determinar os efeitos de uma intervenção;

- Finalidade Transformadora: transformar uma situação injusta ou problemática seguindo o seu objetivo de melhoria do bem estar coletivo;

- Finalidade Fundamental: contribuir para avanço dos conhecimentos empíricos e teóricos sobre a intervenção, e para construção e validação de normas.

Este mesmo autor define que as finalidades oficiosas da avaliação são divididas em duas categorias:

- Finalidade Tática: utilizar o processo de avaliação para outro fim;

- Finalidade Política: utilizar os resultados da avaliação como munição no âmbito de um debate político.

Assim, a história da avaliação é definida por etapas marcantes que mostram sua evolução a partir das mudanças em suas abordagens e seus métodos. O contexto histórico permite demonstrar as contribuições da avaliação para administrar, medir, controlar, prever, priorizar, escolher entre programas diferentes e classificar indivíduos.

As etapas da avaliação são marcadas por quatro gerações e seis períodos na história. A primeira geração da avaliação ocorre no período do Reformismo de 1800 -1900 e da Eficiência e Testagem de 1900-1930. Ambos tinham como principal característica a medida. A segunda geração acontece no período da Inocência de 1930 – 1960 e sua característica era a descrição. A terceira geração da avaliação se dá no período da Expansão de 1960-1973 e da Profissionalização e Institucionalização. Ambos tinham como característica o julgamento. Por

fim, a quarta geração é marcada pelo período das Dúvidas de 1900 até os dias de hoje, cuja característica principal é a negociação (DUBOIS et al., 2011).

É no período do Reformismo que a avaliação surge como atividade para a elaboração de testes padronizados e de mecanismos de coleta sistêmica de dados. A institucionalização da avaliação de modo normativo favorece as pesquisas experimentais com apoio de ciências como a Estatística, Epidemiologia entre outras, que permitem o estudo das condições sociais das populações e seus problemas, a identificação de suas causas e a elaboração de estratégias de intervenções e análise. Estas estratégias possibilitam comparar e classificar os indivíduos e coletivo.

A continuidade histórica da avaliação segue pelo período da Eficiência e a Testagem, marcada pelo aperfeiçoamento dos instrumentos de medida e a valorização de análises quantitativas, padronização, uniformidade e precisão. A avaliação se mantém fundamentalmente normativa (DUBOIS et al., 2011).

O instrumento de medida desta geração (1900-1930) teve origem no setor da educação através da construção de medidores de coeficiente de inteligência, elaborados por avaliadores técnicos. Esses medidores tinham como objeto os estudantes e, como objetivo, a classificação das crianças e a determinação do progresso escolar. O resultado deste método de avaliação revelou uma deficiência nos currículos escolares, considerados frágeis para a crescente expectativa social. Neste contexto, muda-se o foco da avaliação, e os estudantes deixam de ser o objeto deste método de avaliação (FIGUEIRÓ et al., 2010).

No setor saúde as técnicas utilizadas pela avaliação e demais disciplinas melhoram as chances de coleta e exploração de dados estatísticos, de informação em saúde, comparação de indivíduos e grupos, medida da carga social da doença e as más condições do ambiente (DUBOIS et al., 2011).

A segunda geração da avaliação é marcada pelos estudos de Ralph Tyler em 1942, que demonstram a necessidade de avaliar novos currículos escolares, tanto para os objetivos de aprendizagem esperados quanto para a satisfação do seu funcionamento. (FIGUEIRÓ et al., 2010).

Portanto, a Idade da Inocência (1930-1960) é o período de uma nova abordagem da avaliação. Nesse período, o avaliador técnico da coleta de dados e de medidas de intervenção também terá, como atividade, a descrição dos programas sociais, suas forças e fragilidades, métodos de intervenção, análise dos objetivos do programa. Essa atividade descritiva da avaliação terá como finalidade verificar se as ações praticadas correspondem ao esperado.

Por fim as contribuições da avaliação vão favorecer à melhoria dos programas sociais (DUBOIS et al., 2011).

A terceira geração é conhecida pelo período da Expansão (1960-1973), caracterizada pela ampliação dos conceitos e funções da avaliação. Esta atividade contribuirá na formação dos programas sociais, viabilização do planejamento e racionalização de recursos públicos e a vigilância dos processos administrativos a fim de assegurar a imputabilidade (DUBOIS et al., 2011).

Na década de 70, há o resgate da avaliação centrada na teoria (*theory-driven evaluation*), advinda da proposta do Banco Mundial de investir no PCM (*Project Cycle Management*) que a seguir é incorporada como *logical framework* por avaliadores nos programas de incentivo ao desenvolvimento (MEDINA, 2005).

O período de Profissionalização e Institucionalização da avaliação é o momento de valorização do plano científico e da abordagem pragmática da avaliação. A avaliação recebe novas bases conceituais e metodológicas, e tem-se o incentivo para publicações em livros, monografias, revistas, coletâneas entre outras. Além disso, a profissionalização da avaliação desencadeia a formação de associações profissionais que visam à promoção desta atividade à evolução dos conhecimentos da avaliação e ao suporte aos avaliadores (DUBOIS et al., 2011).

O estudo de Stake (1967) identifica que nesta geração, os avaliadores estavam negligenciando outra etapa da avaliação, o julgamento. Assim, junto com as funções técnicas e descritivas, o julgamento passou a ser parte integrante da avaliação e atributo para tomada de decisão (FIGUEIRÓ et al., 2010).

Nesta geração da avaliação como julgamento do mérito e do valor, foram identificadas algumas falhas, que são descritas por Figueiró (2010)

[...] tendência à valorização dos aspectos gerenciais e do comprometimento do avaliador com o gestor, a pouca admissão de outros valores, do pluralismo existente nos contextos; e uma supervalorização do paradigma científico cartesiano (FIGUEIRÓ, 2010, p. 04).

A quarta geração tem início nos anos de 1980 e é assinalada como estágio emergente da avaliação, sendo denominada de negociação. Esta geração ganha força com a publicação do estudo de Guba e Lincoln em 1989, na qual a avaliação é caracterizada por responsiva e construtivista (FIGUREIRÓ et al., 2010).

Os formuladores Guba e Lincoln (1989) designam que a avaliação responsiva refere-se ao foco da avaliação, e que os seus parâmetros e limites são negociados entre os diversos setores ou grupos envolvidos. Já a avaliação construtivista está relacionada ao modo de fazer, pois na sua metodologia abdica-se o controle e a abordagem experimental. Dessa forma, opta-se por um processo de avaliação em que as diversas realidades são construídas e negociadas a partir da interação entre o observador e o observado. Esta técnica é denominada de hermenêutica dialética (FIGUEIRÓ, 2010).

De acordo com Dubois et al. (2011) o estudo de Guba e Lincoln traz uma abordagem crítica sobre a história da avaliação e apontam três aspectos da avaliação como questões importantes a serem consideradas, a saber: o seu uso como simples ferramenta a serviço de estratégias políticas para desenvolvimento de programas sociais; o ato de julgar a avaliação deve levar em consideração a influência da pluralidade dos valores dos sistemas de ação, da escolha das questões e métodos, do julgamento dos avaliadores, e por fim os resultados da avaliação. Este ato se torna insustentável quando existe alguma influência sobre estes aspectos. Esses mesmos autores afirmam que a preeminência da abordagem positivista e do método experimental privilegia as medidas quantitativas, relações diretas de causalidade e tornam ocultos os elementos contextuais, políticos e culturais que não são acessíveis ao ato de mensuração.

No período das Dúvidas a avaliação está amparada pelas iniciativas para ampliação da diversidade no que tange aos agentes envolvidos diretamente na produção da atividade avaliativa e das abordagens metodológicas. A avaliação não é colocada como uma atividade apenas técnica, mas também atividade prática e, sobretudo, emancipatória. É marcada pelo desejo de ampliar o espectro das ferramentas metodológicas, beneficiar as abordagens qualitativas e incentivar a avaliação sob o ponto de vista de diversos atores para compreender as condições das intervenções e seu aperfeiçoamento (DUBOIS et al., 2011).

Assim, a partir da década de 1980 tem início um movimento de transformação da avaliação metodologicamente orientada para uma avaliação norteada pela teoria.

A não utilização da teoria na avaliação de programas resultou em uma avaliação do tipo insumos/ produtos (black box evaluations), não sensível aos contextos políticos e organizacionais, e que relegava temas como as relações entre a intervenção ofertada e a intervenção planejada, entre os objetivos oficiais e os objetivos operativos, ou entre efeitos esperados e não esperados (MEDINA, 2005, p. 45)

Portanto, para compreender as origens do campo da avaliação, bem como as práticas avaliativas e o seu desenvolvimento ao longo da história, Alkim (2004) desenvolveu a *Árvore da Teoria da Avaliação*, que foi fundamentada a partir de duas necessidades das práticas da avaliação. A primeira foi a prestação de contas, conhecida pelo termo *accoutability* associada ao controle de programas a partir da responsabilização para melhoria dos programas e da sociedade. A segunda foi a necessidade de investigação social, a fim de estabelecer métodos sistemáticos e confiáveis para a derivação do *accountablity* (FIGUEIRÓ et al., 2010).

O *accoutability* aparece na realidade inglesa ao final do século XVIII junto à emergência do capitalismo e da administração pública que rompe com os referenciais do patrimonialismo. O *accoutability* “traz implicitamente a responsabilização pessoal pelos atos praticados e explicitamente a exigente prontidão para a prestação de contas, seja no âmbito público ou no privado” (PINHO; SACRAMENTO, 2009, p. 1347).

A compreensão de *accoutability* descrita por Campos (1990, p. 3) está amparada na obra de Frederich Mosher (*Democracy and The public service*) publicada em 1986, na qual aponta que *accoutability* é “sinônimo de responsabilidade objetiva ou obrigação de responder por algo, como um conceito oposto a - mas não necessariamente incompatível com - responsabilidade subjetiva”. Enquanto a responsabilidade subjetiva vem de dentro da pessoa, a *accountability* é uma responsabilidade objetiva, que "acarreta a responsabilidade de uma pessoa ou organização perante outra pessoa, fora de si mesma, por alguma coisa ou por algum tipo de desempenho". Para Mosher (apud Campos, 1990, p. 4), "quem falha no cumprimento de diretrizes legítimas é considerada irresponsável e está sujeito a penalidades".

A partir destas definições, Campos (1990), emprega o caráter de obrigação no conceito de *accoutability* e afirma:

Se esta não é sentida subjetivamente (da pessoa perante si mesma) pelo detentor da função pública, deverá ser exigida "de fora para dentro"; deverá ser compelida pela possibilidade da atribuição de prêmios e castigos àquele que se reconhece como responsável (CAMPOS, 1990, p.4).

Outra prática da avaliação é a investigação social que está inserida na base da *Árvore da Teoria da Avaliação*, e é determinada por três eixos, a saber: os *métodos* para os estudos, o *valor* como julgamento e responsabilidade pelos programas e avaliação, e o *uso* da avaliação

para atender àqueles que detêm responsabilidade pelos programas e para tomada de decisão (FIGUEIRÓ et al., 2010).

A década de 1990-2000 proporciona novas possibilidades e desafios para a prática da avaliação, uma vez que, neste período, ocorrem importantes mudanças, tais como: a revolução tecnológica com a expansão da internet e a difusão da informática para os setores administrativos. Essas mudanças permitiram que os atores sociais participassem da concepção de programas, sua implementação e avaliação. Outro marco é a internacionalização da avaliação que surge para dar respostas aos problemas sociais emergentes na escala mundial e regional. Por fim, a avaliação ganha destaque no que tange à definição das prioridades e à identificação dos programas mais lucrativos e eficazes (DUBOIS et al., 2011).

Neste contexto, ou seja, ao final do século XX, o campo da avaliação permeou uma grande expansão, ao final do século XX, principalmente no que se refere à produção científica e à sua institucionalização (SILVA, 2005).

A avaliação enquanto campo de conhecimento e de práticas está em contínuo crescimento, e é nutrida por outras áreas do conhecimento em seus aspectos metodológicos e teóricos. É utilizada para estimar as intervenções e programas sociais, como também para a melhoria das intervenções em saúde, e para a qualidade de vida dos usuários e do sistema de saúde (FIGUEIRÓ et al., 2010).

Os resultados de uma avaliação e sua influência na tomada de decisão relacionada aos programas e intervenções devem considerar o contexto político, econômico, social e profissional, que terão atuações iguais ou ainda mais relevantes que os aspectos técnicos emitidos através das informações da avaliação (FIGUEIRÓ et al., 2010).

A avaliação contemporânea faz parte de um longo processo de construção e reconstrução dos meios de produção do conhecimento sobre as intervenções. Foram muitos os avanços teóricos estabelecidos no campo, e também a introdução de novos métodos que tornou possível obter avaliações cada vez mais fina e completa. (DUBOIS et al., 2011).

Assim, a avaliação na atualidade assume a cada dia mais um caráter conceitual polissêmico abarcando múltiplas realidades e diversos referenciais de análise (SANTOS FILHO, 2010).

### 3.2 A Avaliação no campo da Saúde

A década de 1960 foi marcada por questionamentos sobre os conceitos e métodos da avaliação no campo da saúde e estes se tornaram impulsionadores de pesquisas empíricas e teóricas sobre as causas, os determinantes e as consequências da utilização da avaliação. Em meados dos anos 1970 a avaliação passa a ser utilizada de forma conceitual, se torna referência no campo do conhecimento, principalmente dos programas sociais. A avaliação não é vista somente como resultados, mas sim como possibilidade de influência dos resultados em longo prazo (CHAMPAGNE, 2011).

Até o início da década de 1980 a utilização da avaliação no campo da saúde significava a utilização dos seus resultados para as políticas e criação de programas sociais. A avaliação passa então a ser considerada em suas dimensões instrumental, conceitual e simbólica, e também no contexto de influência do ambiente, dos grupos de interesse, dos processos de aprendizagem individuais e coletivos, da estrutura, nas decisões e organização (CHAMPAGNE, 2011).

É de conhecimento geral que há diversas opções teóricas e técnicas para a avaliação no campo da saúde. No entanto, há um consenso de que o significado mais utilizado para essa prática, presente em diversos âmbitos e espaço social, é referente à avaliação dos programas sociais (SILVA, 2005).

Ainda nesta década, surgem as abordagens participativas para enriquecer o campo da prática da avaliação e promover mudanças, bem como estimular o interesse de pesquisadores para desempenhar um novo papel no processo de avaliação (CONTANDRIOUPOULOS, 2011).

Em relação a esse novo papel da avaliação, Dubois afirma:

A avaliação participativa possibilitou pensar a avaliação não somente como técnica, mas também como dispositivo de emancipação para todos os atores envolvidos: os especialistas, os cidadãos, os decisores, os grupos marginalizados (DUBOIS, 2011, p. 38).

Da década de 1990 até os dias de hoje, a avaliação do campo da saúde continua a intervir sobre programas e projetos avaliados, porém ganha influência sobre a sua organização, portanto, a relação entre avaliação, estrutura e processos organizacionais é colocada em evidência (CONTANDRIOUPOULOS, 2011).

Levando-se em consideração a análise metodológica operacional ao longo da história da avaliação, foram criados indicadores para avaliar a qualidade dos serviços de saúde baseados em três grupos: estrutura, processo e resultados. Este último também é referenciado como indicador de efeito ou impacto, pois avalia as mudanças na saúde da população. Nos últimos tempos incluem-se, entre outras, medidas de qualidade de vida, autonomia, pesquisa de satisfação do usuário e grau de incapacidade entre outros, como também formas de avaliar os efeitos de uma intervenção através dos níveis de eficiência, efetividade e eficácia (SANTOS FILHO, 2010). Este autor afirma que:

Os indicadores de estrutura incluem os recursos ou insumos utilizados no sistema de saúde, que podem ser sintetizados em humanos, materiais e financeiros; os de processo englobam as atividades e procedimentos envolvidos na prestação de serviços; e os de resultados abrangem as respostas das intervenções para a população que tenha sido beneficiada por ela (SANTOS FILHO, 2010, p. 36).

A avaliação no campo da saúde resulta da junção entre a avaliação econômica, avaliação epidemiológica e da prática clínica e a avaliação das ciências sociais. Está interligada a quatro grandes atores assim representados: profissionais, administradores, o mundo mercantil e o mundo político. A lógica desses atores (profissional, tecnocrática, econômica, democrática) e seus valores são diversos e irredutíveis umas às outras e com atuação em níveis diferentes. Uma das suas importantes funções é favorecer aos processos de aprendizagem individuais e coletivos de forma que seus próprios resultados sejam passíveis de debates e negociações, e que se tornem instrumentos de mudança, inovação e intervenção no trabalho e no sistema de saúde (CONTANDRIOUPOULOS, 2011).

Neste sentido, e segundo definição já trazida no início deste capítulo, Silva (2005, p. 16) propõe a “ampliação da definição de avaliação de Contandrioupoulos, em referência à consolidação da avaliação enquanto campo”. O conceito de “intervenção” é substituído por “práticas sociais”, que inclui as práticas de saúde e se justifica pelo sentido de avaliação a partir de “práticas do cotidiano até aquelas relacionadas ao trabalho, nos seus diversos âmbitos, o que envolve as intervenções sociais planejadas”.

Pode-se dizer que são diversos os desafios conceituais e metodológicos para a avaliação no campo da saúde, cujos objetos abrangem: as ações práticas de saúde e sua natureza histórica; a validade dos estudos a partir da avaliação das intervenções enquanto ações de natureza transformadora, flexível e inovadora; e a dimensão subjetiva do processo de

avaliação, considerando o juízo de valor orientado por uma visão de mundo; e as comparações nos processos avaliativos. Este último desafio envolve os “usuários dos serviços, representantes da população, profissionais de saúde e gestores dos serviços, que têm objetivos e percepções distintas em relação aos serviços de saúde e, geralmente, dão prioridade a aspectos diferentes quando avaliam a qualidade das ações de saúde” (MEDINA et al., 2014, p. 59).

Em síntese, Silva (2005, p.30) afirma que a “avaliação pode produzir informação, tanto para a melhoria das intervenções em saúde, como para o julgamento acerca da sua cobertura, acesso, equidade, qualidade técnica, efetividade, eficiência e percepção dos usuários a seu respeito”.

Desta forma, a informação é elemento central nos processos avaliativos e é ressaltada no âmbito da gestão dos serviços/sistemas. Frequentemente, utiliza-se o termo informação estratégica para a gestão, a fim de apoiar as tomadas de decisão, e abranger diferentes dimensões de avaliação e qualidade (SANTOS FILHO, 2007).

Atualmente, observa-se que a avaliação é um grande desafio para os serviços e instituições de ensino e pesquisa. Existe um movimento de institucionalização da avaliação no âmbito das organizações, principalmente no setor saúde, para a promoção e consolidação dos processos de gestão (FELISBERTO et al., 2010).

A institucionalização da avaliação em saúde “implica em interferir em uma dimensão que extrapola a formulação e implementação de políticas em nível macro, para atingir o cotidiano dos serviços” (FONSECA et al, 2012, p. 521).

No sistema de saúde brasileiro a avaliação ainda é uma prática incipiente nas três instâncias gestoras do SUS. No entanto, sua utilização está em ascensão e sendo incorporada nas ações individuais e coletivas, no apoio para definição de políticas e programas, no fortalecimento das estratégias de gestão e qualificação nas tomadas de decisão, e na contribuição de uma prática baseada em evidências (FELISBERTO et al., 2010).

Dentre as iniciativas do Ministério da Saúde para utilização da avaliação no SUS destaca-se a institucionalização de instrumentos nacionais de avaliação e monitoramento. Essas iniciativas são baseadas em indicadores selecionados como no caso do Pacto da Atenção Básica e, recentemente, na avaliação do escopo da ESF. Outra iniciativa tomada no SUS foi a institucionalização do Projeto de Avaliação de Desempenho dos Sistemas de Saúde (Proadess) pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) (SANTOS FILHO, 2010).

Outra iniciativa do MS para acompanhamento das ações e dos resultados das atividades realizada pelas equipes de saúde da família está na implantação, no ano de 1998, do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).

O SIAB representa uma importante ferramenta para o planejamento, por ter a função principal de fornecer dados para a tomada de decisões, no entanto, utilizar este sistema como “um instrumento privilegiado de avaliação pode implicar na valorização apenas do monitoramento da produtividade na ESF, abandonando a perspectiva de avançar no aprimoramento da qualidade do processo de trabalho” (FONSECA, et al., 2012, p. 523).

Desta forma, cabe ressaltar que o processo de institucionalização da avaliação no campo da saúde torna-se preciso ao considerar que as necessidades de saúde e determinantes sociais e de doenças demandam, cada vez mais, investimento do governo, através de uma mobilização de recursos financeiros, material e humano, que articulados corroboram para o êxito na implantação e implementação de políticas públicas que visam à melhoria da qualidade de vida do cidadão e o aumento da eficiência do SUS (FELISBERTO et al., 2010).

Nesta mesma perspectiva, Contandriopoulos (2006) aponta que existe um consenso de que a avaliação deve ser incorporada no planejamento e gestão dos projetos políticos. De acordo com esse consenso, toda tomada de decisão deve ser acompanhada de avaliações sistemáticas, ou seja, o ciclo de Deming – planejar, executar, avaliar, agir no sentido do reconhecimento de um novo conhecimento construído a partir dos resultados fornecidos da avaliação. E ainda que esta prática seja apreendida como rotina no campo da saúde.

O acompanhamento e avaliação da ESF pelo MS, desde sua implementação, está submetido à obtenção de resultados para promover mudanças traçadas nas esferas gestoras do SUS. Esta aposta é criticada por diversos autores, Merhy (2006), Ribeiro et al (2007), que defendem que a operacionalização da ESF deve ser centrada na produção do cuidado e não na produção de procedimentos; nos microprocessos de trabalho em saúde e não na estrutura (SILVA-ROOSLI; ATHAYDE, 2011).

Outras avaliações realizadas na ESF destacam fragilidades na questão dos recursos humanos. “Todos indicam como problemas na ESF a rotatividade dos profissionais, a insatisfação com as formas de contratação, a ausência de qualificação de recursos humanos e o perfil inadequado para a proposta” (SILVA-ROOSLI; ATHAYDE, 2011, p. 68).

É necessário observar que apesar das iniciativas para institucionalização da avaliação e monitoramento no SUS, esta prática ainda está em estágio inicial e já é tomada por problemas importantes, tais como: o planejamento geral da atenção não é baseado em planos avaliativos;

existem registros de dados com limitação de qualidade; e há restrições tecnológicas nas bases de dados de produções. Ao realizar levantamento dos sistemas de informação no âmbito do SUS, o Ministério da Saúde constatou a existência 283 sistemas que não possuem tecnologia para conversarem entre si. Esta deficiência na informação e conhecimento impacta diretamente na efetividade do planejamento e avaliação em saúde (SANTOS FILHO, 2010).

Entendendo a informação como instrumento de planejamento e gestão, torna-se necessário, no SUS, a construção de indicadores de avaliação dos serviços de saúde no SUS, com objetivos e metas bem definidos, como variáveis para quantificar resultados das ações. Os indicadores são criados para avaliar, e estão definidos como a quantificação da realidade e são planejados para interferir nesta própria realidade. Entretanto, deve-se considerar o juízo de valor presente nessa prática a partir da concepção de que o quantitativo avalia somente o concreto e que o conhecimento advindo dos números esconde aspectos importantes expressos na realidade e dependendo do que se está avaliando, o resultado poderá ter efeitos prejudiciais à acurácia, ou seja, o não cumprimento de metas poderá repercutir em estudos de baixa qualidade (SANTOS FILHO, 2010).

### 3.3 Uma reflexão sobre a Avaliação do Trabalho

“Caso se quisesse verdadeiramente avaliar o trabalho, seria preciso tornar visível a parte submersa do iceberg.” (DEJOURS, 2008, p.53).

Os métodos de avaliação propostos pela ciência, ao longo da história, apenas avaliam os resultados da pesquisa e não o trabalho, a mobilização subjetiva, os fracassos, o sofrimento e a rigidez que consiste na própria avaliação (DEJOURS, 2008).

É importante destacar que a concepção de trabalho parte de uma análise que reúne três realidades que são dependentes uma das outras: a atividade, as condições e o resultado da atividade, e, portanto, uma avaliação do trabalho, requer a avaliação desse sistema e do seu funcionamento, sem separar essas três realidades que compõe o trabalho (GUERIN, F et al., 2001).

Esta análise mostra que o trabalho comum não é acessível à observação direta e que quaisquer que sejam os métodos empregados, o trabalho efetivo, real nunca poderá ser trazido totalmente à visibilidade, pois o trabalho está integralmente atribuído à subjetividade do trabalhador e às suas habilidades técnicas (DEJOURS, 2008).

O processo de mobilização subjetiva não é concreto, prescrito, sendo manifestado a partir da vivência particular de cada trabalhador, e, caracterizado “pelo uso da inteligência operária e pelo espaço público de discussões sobre o trabalho, que pressupõe o reconhecimento da competência do trabalhador pelos pares e pela hierarquia” (BEZERRA MENDES, 1995, p. 37).

Vale destacar que a mobilização subjetiva baseia-se numa dinâmica contribuição-retribuição, ou seja, em troca da contribuição que cada trabalhador traz a organização do trabalho espera-se uma retribuição. Tal processo de retribuição não está atrelado à dimensão material (salário, promoção, premiações...), e sim à dimensão simbólica do trabalho traduzida no reconhecimento. De outro modo, não havendo o reconhecimento, o trabalho pode levar ao sofrimento, à descompensações psicopatológicas e doenças (DEJOURS, 2008).

Portanto, é a partir do plano epistemológico ou ainda político da avaliação e amparada no conhecimento de Dejours, que tomo frente às discussões sobre a avaliação do trabalho e às mudanças ocorridas após década de 1970 no cenário da avaliação, com o aparecimento de novas tecnologias e a reestruturação industrial, na qual a avaliação pelo tempo de trabalho é substituída pela avaliação dos desempenhos.

Os métodos de avaliação do trabalho estão relacionados com o estabelecimento de modos de gestão que, segundo Chanlat (2002, p.119) são divididos em dois componentes: “um componente abstrato, prescrito, formal e estático” denominado pelo autor por “modo de gestão prescrito”, e “um componente concreto, real, informal e dinâmico”, chamado de “modo de gestão real”.

Ao abordar o trabalho efetivo há de se compreender que os métodos de avaliação jamais darão conta de mensurar o real do trabalho. O trabalho está enraizado na subjetividade e no corpo do trabalhador (DEJOURS, 2008).

De forma mais precisa Durrive (2011, p. 48) afirma que a relação entre o prescrito e real se inscreve na atividade humana de trabalho, e, que, portanto, toda situação de trabalho se presta a uma dupla abordagem. “É o local onde se realiza uma tarefa pensada anteriormente e provocadora de uma intensa atividade intelectual pelo trabalhador.”

Toda atividade de trabalho é sempre, em algum grau, de um lado, descritível como um protocolo experimental e, de outro, experiência e encontro (SCHWARTZ, 2000, p. 485).

No século XVIII a avaliação do trabalho era discutida em textos que estão na origem da economia e que, sob os estudos de Adam Smith (1776), ditam que o valor relativo da mercadoria se baseia no trabalho. Do século XVIII até a década de 1970, a avaliação do trabalho estava relacionada com o tempo de trabalho, ou seja, com o resultado material do esforço para a realização da tarefa em termos de produção. Não era considerada em termos absolutos a intensidade, qualidade ou conteúdo e não era questionado sobre o ser do trabalho (DEJOURS, 2008).

Este método de avaliação correlacionava-se ao modo de gestão tayloriano e neotayloriano, inspirado nos princípios desenvolvidos por F.W. Taylor. Tem como características principais uma fragmentada divisão do trabalho, a produção sob premência de tempo, repetição de tarefas, rigidez de horários, direito de expressão reduzido ou nulo, no qual “o ser humano é encarado somente como uma pessoa dotada de energia física e muscular e movido unicamente por motivações de ordem econômica” (CHANLAT, 2002, p. 120).

“O modelo taylorista-fordista de separação entre concepção e execução reconduziu o fazer industrial a uma aplicação mecânica de saberes teóricos, concretizando a separação rígida, entre o que é da ordem do conhecimento e o que é da ordem da ação” (DURRIVE, 2011, p. 58).

Na avaliação sobre o tempo de trabalho, duas dimensões devem ser valorizadas: a dimensão da intensidade e a dimensão qualitativa do esforço. Deve-se levar em consideração o ser que realiza o trabalho, o homem, a mulher ou a criança e as suas sensações, de alegria e prazer em troca do seu sofrimento, pois as dimensões de intensidade e qualitativa do esforço podem variar entre os indivíduos. Entre as décadas de 60 e 70 com os estudos de Adam Smith e com o surgimento da ergonomia, as características fisiológicas do trabalhador passam a ter relevância para o trabalho e são postas as discordâncias da avaliação (DEJOURS, 2008).

A avaliação do trabalho vivência uma crise teórica na década de 1970 com o crescimento das novas tecnologias, advindas da robotização, indústrias químicas, fábricas e usinas nucleares. Os novos métodos de avaliação passam a exigir um envolvimento de trabalho intelectual e de processos cognitivos para realização da atividade, e passa a confrontar o trabalho puramente como esforço e tempo de trabalho (DEJOURS, 2008).

O modo de gestão tecnoburocrático também foi desenvolvido na década de 70, ou seja, no mesmo período que o sistema tayloriano. O modelo apresentava uma série de características, tais como: pirâmide hierárquica; divisão do trabalho parcelada; regulamentação de normas e fixação de limites às atividades do trabalhador; valorização dos

especialistas e técnicos; sofisticação do controle e difícil comunicação entre os escalões de uma empresa; centralização do poder e autonomia reduzida ou nula para patamares inferiores; e limitação do direito a expressão (CHANLAT, 2002).

É nesta década que a avaliação por tempo de trabalho aos poucos vai sendo substituída pela avaliação dos desempenhos produtivos. Segundo Dejourns (2008), a avaliação individualizada dos desempenhos é a mais nociva e amedrontadora de todas as formas de avaliação, além de não apresentar fundamentos científicos, não ter métodos e metodologia definidos e apresentar certo grau de arbitrariedade. Esta forma de avaliação estimula a concorrência entre os trabalhadores, a deslealdade no trabalho e finda com o sentimento de solidariedade, confiança e prazer no dia a dia do trabalho.

Nas décadas de 1980 e 1990 os conceitos e métodos de avaliação do trabalho, discutidos através da ciência do trabalho, passam a ser questionados pela ciência da gestão. Nessa fase se instala uma disputa de conhecimento, na qual a vitória está do lado da ciência da gestão. Dado o exposto, a avaliação do trabalho torna-se um instrumento da gestão e seus métodos passam a ser utilizados para o enxugamento do quadro de trabalhadores e para a intensificação do trabalho (DEJOURS, 2008).

O início dos anos 80 é marcado pelo modo de gestão baseado na excelência que abarca as novas práticas administrativas desta década. Caracteriza-se pela noção de produzir melhor que o concorrente, pela supervalorização do primado do êxito e ação, pela obrigação de ser forte e adaptável no trabalho individual em prol do coletivo e no desafio permanente. Outras características são encontradas: polivalência do trabalhador, flexibilidade, maior autonomia no trabalho, responsabilização redobrada, recompensas materiais e simbólicas de forma individual, relações hierárquicas mais “igualitárias” (CHANLAT, 2002).

A avaliação da qualidade chamada também de qualidade total ou excelência cedeu espaço para a modalidade de ação de marketing e de concorrência comercial, vista através do controle por estabelecimento de normas como o ISO 2000, ISSO 9000, ISSO 9001, ISSO 13000, que emitem certificações e selos para determinar os melhores e os piores (DEJOURS, 2008).

Nesta mesma época, inicia-se uma valorização do modo ou método de gestão participativo, que reúne todas as experiências dos demais métodos de gestão existentes. Portanto, permite que os trabalhadores de uma organização participem em seus diversos níveis, seja na própria organização do trabalho, ou ainda no nível do poder, no ter e também nos resultados.

O modo de gestão participativo parte do princípio de que o ser humano é uma pessoa responsável à qual se deve conceder toda a autonomia necessária para a realização da tarefa para, na verdade, integrá-la na gestão mais global da empresa (CHANLAT, 2002, p. 121).

É de fundamental importância apresentar a relação entre os modos e métodos de gestão do trabalho e suas repercussões no trabalhador. Logo, os modos de gestão tayloriano e neotayloriano recorrem ao dispêndio de energia muscular e corporal do trabalhador; o modo de gestão tecnoburocrático recorre à razão e rigidez normativa que resulta em esgotamento profissional, fadiga crônica, entre outros efeitos colaterais; o modo de gestão baseado na excelência (ou qualidade total) exige do trabalhador um comprometimento total, uma entrega apaixonada ao trabalho e a canalização das energias físicas, psíquicas e afetivas. Por fim, o modo de gestão participativo dentre os métodos apresentados, apesar de também oferecer risco é o que pode ser chamado de mais salutar, por valorizar a democracia no trabalho, o reconhecimento real do saber e da experiência adquirida, por proporcionar a melhoria no ambiente de trabalho (CHANLAT, 2002).

Ainda convém ressaltar que, ao longo dos anos, ocorreram avanços sobre o conhecimento do trabalho, porém ainda não são suficientes para abranger todos os aspectos da avaliação do trabalho e responder às novas questões do mundo do trabalho.

[...] novas questões surgiram neste ínterim, questões ligadas a profundas transformações do trabalho, que passa pela flexibilização do emprego e pelos novos métodos de organização do trabalho, gestão e direção que tem se generalizado há mais ou menos dez anos, e que aumentam ainda mais a dificuldade de falar quando se trata das tarefas ditas imateriais (DEJOURS, 2008 p. 60).

Para muitos pesquisadores evidenciar a distância existente entre o trabalho prescrito e o trabalho real acendeu intensa reconstrução de questões fundamentais como as “relações entre linguagem, o pensamento e a ação, as condições de produção de um saber sobre o ser humano, a existência mesmo de um objeto para as ciências humanas” (DURRIVE, p. 58 apud SCHWARTZ, 2005).

Assim, para se aproximar do trabalho real ou efetivo em saúde, é preciso chegar o mais próximo possível da atividade humana no trabalho, “para avaliá-la, e reconhecê-la como

ela é, e para tal é preciso reconhecer a existência destes espaços de microtransgressões e rupturas com o que está prescrito” (CARDOSO; HENNINGTON, 2011, p.92).

A aposta na avaliação do trabalho de forma participativa aponta para possibilidades de um novo olhar para o agir dos trabalhadores da ESF, de forma que o processo avaliativo e as informações de produção de saúde provoquem os trabalhadores e equipes de SF para se “capacitar, levantar, construir, inventar, e pactuar situações, metas e indicadores que orientem a renovação do trabalho/serviços e propiciem aprendizagens coletivas – fomentar análises na perspectiva de uma avaliação participativa, formativa, emancipatória”, isto é, que permita a valorização do trabalhador, protagonista do seu próprio agir no trabalho. (SANTOS FILHO, 2007, p. 2).

#### 4 METODOLOGIA

A proposta deste estudo visa debater, analisar e compreender a Avaliação do Trabalho na Atenção Primária à Saúde a partir do uso do método de avaliação de desempenho para a organização do trabalho da estratégia de saúde da família, no município do Rio de Janeiro, tendo como abordagem a saúde do trabalhador. Segundo Minayo (2010)

A metodologia é o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade. Ou seja, a metodologia inclui simultaneamente a teoria da abordagem (o método), os instrumentos de operacionalização do conhecimento (as técnicas) e a criatividade do pesquisador (sua experiência, sua capacidade pessoal e sua sensibilidade) (MINAYO, 2010, p. 14).

A pesquisa ora apresentada está amparada na abordagem qualitativa, que decorre da compreensão que o trabalho em saúde envolve as categorias saúde e doença e que estas “trazem uma carga histórica, cultural, política e ideológica que não pode ser contida apenas numa fórmula numérica ou num dado estatístico” (MINAYO, 1998, p. 22).

A pesquisa qualitativa propõe uma abordagem a respeito dos significados das ações e relações humanas, tais como motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes. Além de apontar - “é o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade”. (MINAYO 2000, p.16). A abordagem qualitativa é apreendida como uma representação abstrata dos fenômenos, uma argumentação explicativa incapaz de reproduzi-los, mas que busca representá-los. Não pretende, portanto, a compreensão total e completa sobre a realidade, mas uma aproximação desse real.

A diretriz epistemológica da metodologia qualitativa evidencia que o conhecimento é produzido na interação entre o sujeito e objeto, entre o mundo objetivo e (inter) subjetivo dos sujeitos, pela observação das situações cotidianas, pela construção não estruturada dos dados, assim como na busca pelo significado de práticas, relações e fenômenos sociais de acordo com a percepção dos sujeitos pesquisados (DESLANDES; ASSIS, 2002).

Para análise da fundamentação teórica da pesquisa em foco foi utilizada a proposta desenvolvida pelo filósofo francês Yves Schwartz que trata do ponto de vista da atividade numa perspectiva ergológica. Esta abordagem tem origem nas constatações da comunidade científica de que “toda atividade de trabalho é atravessada pela história e ao mesmo tempo fabricante dela” (CARDOSO; HENNINGTON, 2011).

Para tanto, também utilizamos dos conhecimentos de outras disciplinas que fazem uso do conceito de atividade e que consideram a variabilidade das situações de trabalho, sua dinâmica e a mobilização subjetiva dos trabalhadores, protagonistas da atividade de trabalho. Sendo assim, a pesquisa está embasada na Ergologia e nas contribuições de abordagem clínica do trabalho, como a Ergonomia da Atividade (GUERIN et al., 2011) e a Psicodinâmica do Trabalho (DEJOURS, 2008).

Neste sentido, a abordagem ergológica se desenvolve a partir da ergonomia da atividade que tem por objeto o trabalho em suas diversas dimensões, sejam elas para designar as condições de trabalho, o resultado do trabalho ou ainda a própria atividade de trabalho. Estas três dimensões não existem independentemente umas das outras, ou seja, o trabalho é a unidade dessas três realidades. (GUERIN et al., 2001).

A análise ergonômica do trabalho possibilitou a compreensão da defasagem existente entre o trabalho prescrito e o trabalho real. Este método concebe o trabalho em suas diferentes dimensões, considera os aspectos técnicos com ação humana, numa relação repleta de singularidades frente às demandas dos mundos do trabalho. (HOLZ; BIANCO, 2014).

O ponto de vista da atividade em termos de método consiste em uma “abordagem teórica e prática que permite um contínuo ir e vir entre a atividade de trabalho e o conjunto de seus determinantes”. A observação do trabalho é construída através de questões referenciadas para facilitar a escolha das informações a coletar e que possibilite o ordenamento dos fatos. “O valor e a utilidade dos resultados dependem totalmente deste método” (GUERIN, et al., 2001, p. 38).

De acordo com Durrive (2011) a oposição epistêmico/ergológico permite conceber a experiência – a da pessoa que trabalha – como uma dupla antecipação:

[...] o esforço de conhecimento tende para o epistêmico quando ele visa à generalização, à neutralização do local para identificar os saberes, regras e organizações operantes. Inversamente, o esforço de conhecimento tende para o ergológico quando ele procura desneutralizar, se aproximar dos debates de normas, microarbitragens em situação (DURRIVE, 2011, p. 65).

Já a oposição epistêmico/pragmático permite entender a experiência como uma modalidade de articulação entre o cognitivo e o operativo, a partir da identificação do problema na situação de trabalho e em sua transformação em uma situação de aprendizagem intencional. “No registro pragmático de conceitualização, levamos a pessoa saber como agir e,

no registro epistêmico de conceitualização, levamos a se apropriar do saber que lhe permitirá tratar seu problema” (DURRIVE, 2011, p. 65).

A organização desse material foi estabelecida como proposto por Minayo (1998) através da confecção de um fichamento bibliográfico que comporta os títulos dos livros, autores, artigos, capítulos de livros e outros documentos, através de uma ficha própria, ordenada por autor. Também foi utilizado um fichamento por assunto, onde as matérias lidas foram resumidas, analisadas e criticadas pelo leitor. As citações também foram fichadas, contendo a indicação de página, data de publicação e contexto da citação.

#### 4.1. O campo empírico

A APS do Rio de Janeiro está organizada através do Território Integrado de Atenção à Saúde (TEIAS) no SUS - Sistema Único de Saúde, o qual é composto por unidades de saúde assim denominadas: Tipo A - Clínicas da Família (CF) exclusivas com o programa de saúde da família e Tipo B - Centro Municipal de Saúde (CMS) caracterizada como unidade de saúde mista, composta pelo modelo tradicional de atenção à saúde e estratégia de saúde da família. O CMS também pode ser caracterizado por unidade de saúde exclusiva com a estratégia de saúde da família, porém não considerado Clínica da Família.

O cenário escolhido para construção deste estudo foi a área programática 2.1, localizada na zona sul do Rio de Janeiro, na qual estou inserida desde 2011. Nessa área programática (2.1), inicialmente atuei na Gerência de Unidade de Saúde da Família na Rocinha, em seguida na Assessoria Técnica de Saúde da OSS Viva Rio e, atualmente, estou na Gestão de Contratos da OSS Viva Rio.

Atualmente, a área programática 2.1 é composta por 12 unidades de saúde família, dentre elas 04 Clínicas da Família e 08 Centros Municipais de Saúde, totalizando 60 equipes de saúde da família implantadas, equivalentes a 60 médicos, 60 enfermeiros, 60 técnicos de enfermagem e 360 agentes comunitários de saúde.

Oficialmente, no município do Rio de Janeiro a divisão entre as unidades de saúde ocorre entre aquelas que são Tipo A - Clínica da Família composta apenas por profissionais celetistas com vínculo com a OSS e aquelas com modelo tradicional de saúde, de Tipo B - Centro Municipal de Saúde, composta por servidores do município e profissionais celetistas contratados via OSS ou por somente profissionais celetistas. A área 2.1 é constituída pelas seguintes unidades de saúde:

Tipo A: Clínica da Família Santa Marta, Clínica da Família Pavão Pavãozinho e Cantagalo, Clínica da Família Maria do Socorro Silva e Souza, Clínica da Família Rinaldo De Lamare.

Tipo B: CMS Albert Sabin, CMS Dom Hélder Câmara, CMS Chapéu Mangueira e Babilônia, CMS João Barros Barreto, CMS Manoel José Ferreira, CMS Píndaro de Carvalho Rodrigues, CMS Rodolpho Perissé, CMS Vila Canoas.

Para esta pesquisa, foram selecionadas três unidades de saúde, seguindo os critérios de seleção previamente estabelecidos, resultando na seleção de uma unidade do tipo CMS e duas do tipo CF. O início da pesquisa de campo compreendeu a aproximação com as unidades de saúde selecionadas, Gerentes Técnicos e trabalhadores das equipes de saúde da família.

Para realização desta pesquisa foi utilizado o Relatório Gerencial da Comissão Técnica de Avaliação (CTA) do ano de 2014. Este é o documento da avaliação de desempenho das unidades de saúde da área programática 2.1, que é elaborado pelo sistema de informação da OSS Viva Rio e apresentado trimestralmente à CTA da SMS/RJ.

Nesta pesquisa, foi considerado o último ano para análise dos relatórios da CTA. Portanto, o ano de 2015 foi excluído da pesquisa, pois no momento da realização da análise dos dados do referido documento ainda não estavam finalizados todos os relatórios trimestrais referentes ao ano de 2015.

Assim, o critério de seleção das unidades de saúde foi baseado na análise dos resultados trimestrais dos Relatórios Gerenciais da CTA de 2014, que continham as informações de produção e desempenho das equipes de saúde da família e o resultado da avaliação para o alcance das metas das variáveis 02 e 03.

Na análise dos resultados trimestrais da variável 02, foi selecionada a unidade de saúde que apresentou, de forma recorrente, o maior desempenho para o alcance das metas dos indicadores de saúde do contrato de gestão, bem como a unidade de saúde que apresentou o menor desempenho para o alcance das metas dos indicadores de saúde do contrato de gestão.

Portanto, a unidade de saúde selecionada com maior desempenho para o alcance das metas é considerada Tipo A – Clínica da Família, composta por três equipes de saúde da família. Já a unidade de saúde selecionada com menor desempenho para o alcance das metas é considerada Tipo B – Centro Municipal de Saúde, composta por seis equipes de saúde da família.

Para a análise dos resultados trimestrais da variável 03, foi selecionada a unidade de saúde que apresentou de forma recorrente equipes de saúde da família com maior discrepância de desempenho para o alcance das metas dos indicadores de saúde do contrato de gestão.

Nesta análise foi selecionada uma única unidade de saúde, considerada Clínica da Família, com oito equipes de saúde da família que, na análise da variável 03 do ano de 2014, apresentou a equipe de saúde da família com o maior desempenho para o alcance das metas e a equipe de saúde da família com o menor desempenho para o alcance das metas.

Após esta etapa de análise dos dados do relatório gerencial de CTA do ano de 2014 e definição das unidades de saúde e equipes de saúde da família a serem investigadas no campo empírico, o passo seguinte foi a organização e efetivação da pesquisa de campo na área programática 2.1.

#### 4.2 Instrumentos da pesquisa

Na pesquisa em questão foram utilizadas, como técnicas de produção de dados entrevistas semi-estruturadas por meio do QSATS – Questionário de Saúde e Trabalho em Atividade de Serviço (BRITO; GOMES; OLIVEIRA, 2013) e o recurso do ponto de vista da atividade a partir da utilização do dispositivo ergológico “Encontros sobre o Trabalho” (SCHWARTZ, 2011).

O QSATS é uma versão atualizada do Inquérito de Saúde e Trabalho em Serviço (INSATS), “que foi elaborado a partir de adaptações feitas ao questionário desenvolvido em Portugal, denominado INSAT – Inquérito Saúde e Trabalho, versão 2007, visando melhor adequar aos nossos objetos e contextos de pesquisa”. Este instrumento possibilita um encontro entre o trabalhador e o seu trabalho, promove reflexões acerca do trabalho e reflexões sobre o processo saúde-doença (BRITO; GOMES; OLIVEIRA, 2013, p. 2). As citadas autoras afirmam o seu potencial na formação dos trabalhadores, na medida em que difunde a elaboração de outros discursos e sentidos sobre a relação saúde-trabalho.

De acordo com as autoras citadas, a adaptação do INSAT no Brasil foi orientada por dois fatores

A necessidade de adequá-lo no que concerne aos aspectos linguísticos, institucionais e culturais e, a demanda por um instrumento de pesquisa que caracterizasse melhor o trabalho no setor de serviços, considerando as pesquisas acadêmicas (mestrado e doutorado) que estavam em

desenvolvimento e que, em geral, seguiam um enfoque qualitativo (BRITO; GOMES; OLIVEIRA, 2013, p. 5).

Sendo assim, o instrumento original foi passando por adaptações que culminou na construção de um instrumento cujo objetivo era promover à aproximação dos trabalhadores e trabalhadoras dos serviços trazendo à tona as especificidades dos aspectos relacionais e comunicacionais.

Este instrumento de coleta de dados tem três características interessantes: foco sobre o trabalho e a saúde; valorização da experiência do trabalhador; e perspectiva compreensiva de análise. As autoras consideraram que era possível identificar não apenas doenças patológicas, mas todos os problemas de saúde que expressam a nocividade das condições de trabalho. Outro fator positivo do instrumento está na possibilidade de abordagem de diferentes dimensões da relação trabalho e saúde por ter o seu foco no ponto de vista da atividade e, portanto, viabilizar a convocação subjetiva dos trabalhadores para a transformação dessa relação (BRITO; GOMES; OLIVEIRA, 2013).

O QSATS está estruturado em cinco tópicos, a saber: caracterização pessoal e profissional; aspectos da organização do trabalho; das condições de trabalho; da vida familiar; e da saúde.

É importante destacar que o QSATS permite o cruzamento de saberes advindo da comunidade científica e da experiência vivida pelo trabalhador, e, por isso, vem sendo utilizado em pesquisas ligadas a programas de pós-graduação como dispositivo metodológico, de dissertações e teses, sendo a maioria destas, com foco na área da saúde. Geralmente, o QSATS está associado a outros recursos metodológicos, entrevistas individuais, observação participante, análise documental, conversas, entrevista com trabalhadores e Encontro sobre o Trabalho (BRITO; GOMES; OLIVEIRA, 2013).

Na pesquisa em questão, a aplicação do QSATS ocorreu de maneiras variadas em função das possibilidades oferecidas pelo campo associadas à disponibilidade dos trabalhadores. Em todas as situações o próprio trabalhador realizou o preenchimento do instrumento de pesquisa. O espaço utilizado para a aplicação do QSATS, em duas unidades de saúde, foi viabilizado pelo Gerente Técnico e os trabalhadores aceitaram o convite estiveram presentes no horário e tempo previamente pactuados. Já na outra unidade de saúde, os próprios trabalhadores disponibilizaram o horário da reunião de equipe para a realização dos Encontros sobre o Trabalho. Em ambas as situações, o preenchimento se fez no coletivo.

O “Encontro sobre o Trabalho” está respaldado na proposta de ergogestão oriunda da ergologia (DURRIVE, 2010), que pressupõe um modelo de gestão mais democrático, aberto ao diálogo, com a possibilidade de reconhecimento dos limites e alternativas dos gestores e dos trabalhadores na implementação do método de gestão participativa (SOUZA, 2009).

A aposta na ergogestão é decorrente da minha inserção profissional na gestão das unidades de saúde da área programática 2.1, e por compreender, com base em Souza (2009), que a ergogestão pressupõe um processo contínuo de conhecimento e análise da atividade de cada trabalhador em situações que envolvem o coletivo de trabalhadores e os gestores para solucionar os problemas identificados.

A condução do Encontro sobre o Trabalho foi orientada por um roteiro que remetia a uma lista de questões submetidas aos trabalhadores da ESF, que permitiram ao entrevistador explorar determinadas temáticas, relatos de experiência ou pontos de vista (SOUZA et al., 2005).

Para tal, foram formuladas questões que contemplaram o trabalho desenvolvido pelos trabalhadores da ESF, as condições de trabalho e o seu desenvolvimento, os métodos de avaliação do trabalho, as percepções dos trabalhadores sobre o pagamento por desempenho e os sentidos do trabalho.

Nos encontros sobre o trabalho procurou-se, observar cautelosamente, o diálogo entre os protagonistas do trabalho buscando sempre uma interação com eles sobre o seu trabalho, a fim de aprofundar nas experiências e conhecimentos que elucidam a singularidade do trabalho em saúde.

O roteiro estruturado é um instrumento facilitador de abertura, ampliação e aprofundamento da comunicação (MINAYO, 1998), devendo ser construído de forma que permita conversas flexíveis e absorção de novas questões e temas que tenham relevância para o pesquisador (SOUZA et al., 2005).

A aplicação do QSATS e os Encontros sobre o Trabalho foram concebidos nesta pesquisa como técnicas de interação direta com os sujeitos através da comunicação verbal. Ao escolher estas técnicas o pesquisador deve estar ciente de que “não é possível apreender fidedignamente as práticas dos sujeitos, mas as narrativas de suas práticas, segundo a visão deste narrador” (MINAYO, 2010 p. 49).

### 4.3 Sujeitos da pesquisa

Os trabalhadores da saúde que participaram desta pesquisa foram aqueles que compõem a equipe mínima da ESF - estratégia de saúde da família (Médicos, Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem e ACS's) das unidades de saúde previamente selecionadas por meio de análise relatório gerencial de CTA do ano de 2014.

De acordo com Minayo (2010, p. 48) “a boa seleção dos sujeitos a serem incluídos no estudo é aquela que possibilita abranger a totalidade do problema investigado em suas múltiplas dimensões”.

Foram excluídos desta pesquisa os trabalhadores do NASF, gerentes técnicos e agentes de vigilância em saúde. Isto porque as informações de produção e desempenho destes trabalhadores não são contabilizadas nos indicadores de saúde previstos no contrato de gestão. Foram excluídos também os trabalhadores das equipes de saúde bucal (Dentista, Técnico de Saúde Bucal e Auxiliar de Saúde Bucal) por falta de adesão dessa categoria à pesquisa.

### 4.4 Procedimentos da pesquisa

A pesquisa de campo foi dividida em dois momentos distintos, a saber: no primeiro momento foi aplicado o QSATS, versão 2015 (QSATS) aos trabalhadores (Médicos, Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem e ACS), de duas unidades de saúde, previamente selecionadas, com base nos resultados da análise do relatório gerencial da **variável 02** do ano de 2014.

A organização para a concretização dos Encontros sobre o Trabalho e aplicação do QSATS se deu através de contato telefônico com o Gerente Técnico das unidades de saúde, e mediante agendamento para apresentação da pesquisa aos trabalhadores, que ocorreu em reunião geral e/ou em reunião de equipe. Para esta pesquisa o Gerente Técnico foi uma pessoa de confiança para fazer a mediação entre o pesquisador e os trabalhadores de saúde da ESF.

Assim, pesquisa iniciou em uma unidade de saúde considerada Centro Municipal de Saúde, com seis equipes de saúde da família implantadas. A apresentação do projeto de pesquisa aconteceu em reunião geral conduzida pelo Gerente Técnico e neste momento foi feito o convite aos trabalhadores inseridos na ESF até o ano de 2014 para participação na pesquisa. Foram também pactuadas as datas para os Encontros sobre o Trabalho. Nesta

unidade de saúde foram realizados dois encontros para aplicação do QSATS que contaram com a participação de 32 trabalhadores da saúde da família.

A próxima unidade de saúde incluída na pesquisa é considerada Clínica da Família, com três equipes de saúde da família implantadas. A apresentação do projeto de pesquisa aconteceu em reunião geral, na qual foi cedida uma pauta para o próprio pesquisador apresentar a pesquisa e realizar o convite aos trabalhadores da saúde da família inseridos na ESF até o ano de 2014. Nesta unidade de saúde foram realizados dois encontros para aplicação do QSATS que contaram com a participação de 17 trabalhadores da saúde da família.

No segundo momento, foram realizados Encontros sobre o Trabalho com os trabalhadores (Médicos, Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem e ACS) das duas equipes de saúde da família, previamente selecionadas, com base nos resultados da análise do relatório gerencial da **variável 03** do ano de 2014.

A apresentação do projeto de pesquisa aconteceu em reunião de equipe de ambas as equipes, na qual foi cedida uma pauta para o próprio pesquisador apresentar a pesquisa, convidar os trabalhadores e agendar a data para o Encontro sobre o Trabalho. Nesta unidade de saúde foi realizado um encontro sobre o trabalho com cada equipe em datas diferentes, que contou com a participação de 13 trabalhadores da saúde da família.

Nos Encontros sobre o Trabalho foi utilizado um roteiro para nortear o pesquisador nas questões referentes à Avaliação do Trabalho na APS do RJ. Foi também aplicado o QSATS aos trabalhadores de ambas as equipes de saúde da família.

Cabe esclarecer que momento da apresentação do conteúdo e objetivos da pesquisa, o pesquisador se preocupou em usar uma linguagem de senso comum para explicar a pesquisa e os critérios de seleção das unidades de saúde. Em seguida, os trabalhadores foram convidados a participar do Encontro sobre o Trabalho e também a responder ao QSATS. Foi garantido o agendamento da pesquisa de campo a partir da disponibilidade dos trabalhadores, que ocorreu no período de dezembro de 2015 a janeiro de 2016.

Durante todo processo da pesquisa de campo, incluindo os dois momentos, a pesquisadora seguiu as orientações de Minayo (2010) e se colocou atento aos aspectos não verbais apresentados pelos participantes da pesquisa, vistos através de alterações de ritmo, hesitações, gestos e expressões.

#### 4.5 Aspectos éticos

Este projeto de pesquisa está amparado em Minayo (2010), que afirma ter a preocupação em não causar malefícios aos sujeitos envolvidos na pesquisa, sendo necessária a garantia do anonimato e a autonomia em decidir por participar ou não do estudo. Portanto, para a realização dos Encontros sobre o Trabalho e aplicação do QSATS, foi utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que garante os direitos e resguarda o anonimato dos participantes da pesquisa.

Os Encontros sobre o Trabalho foram registrados com o auxílio do gravador, e seu conteúdo foi transcrito após a sua finalização. As gravações ficaram sob a responsabilidade do pesquisador e serão inutilizadas depois de cinco anos do término da pesquisa. Após a análise dos dados coletados, o material transcrito foi desprezado.

Para proteger os participantes da pesquisa optou-se pelo uso do nome da categoria profissional, no masculino, seguida do nome fictício da equipe, permitindo a identificação das duas equipes de saúde da família, àquela com maior desempenho e àquela com menor desempenho, nesta ordem: Equipe Beija Flor e Equipe Luz.

Para a categoria ACS foi necessário acrescentar um número para cada trabalhador, visto que a equipe de saúde da família é constituída por seis agentes comunitários de saúde. Desta forma, organizou-se a denominação de cada participante da pesquisa, a saber: ACS 1 – Equipe Luz; ACS 1 – Equipe Beija Flor; Enfermeiro – Equipe Luz; Médico – Equipe Luz; e Técnico de Enfermagem – Equipe Luz.

É necessário registrar que este projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética da ENSP/FIOCRUZ (parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Ensp – CAAE: 43969015.4.3001.5279), como da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro – SMS/RJ e centros de estudos da Coordenadoria de Atenção Primária da área programática 2.1.

#### 4.6 Análise e interpretação de dados

A análise e a interpretação dos dados tem por finalidade a exploração do conjunto de opiniões e representações sociais sobre o tema de investigação. A classificação dos dados é realizada a partir do material coletado nas entrevistas e sua base para análise e interpretação está na fundamentação teórica utilizada no estudo (GOMES, 2011).

Na análise do material empírico, fruto dos resultados do QSATS e dos Encontros sobre o Trabalho, foi utilizado como referencial de análise o método de interpretação de sentidos (GOMES, 2011).

Portanto, a análise e interpretação dos dados coletados iniciaram-se com a transcrição das falas e na releitura das mesmas; na sua organização mediante a proposta do método de interpretação dos sentidos, que orienta a elaboração de uma estrutura de análise dividida por eixos que, se amparam no referencial teórico, e que são seguidos de suas narrativas. Essa proposta está ilustrada em formato de quadro na próxima etapa.

Ressalta-se que a análise e interpretação ocorreram ao longo de todo o processo, pois “não há fronteiras nítidas entre coletas das informações, início do processo de análise e a interpretação” (MINAYO, 2010, p. 81).

Para o processamento dos dados quantitativos oriundos do QSATS utilizou-se de procedimentos estatísticos. Os dados foram tabulados em uma planilha do programa Microsoft Excel 2010 para construção de um banco de dados que permitisse o cruzamento das informações e confecção de gráficos e tabelas.

## O Método de Interpretação de Sentidos como Proposta de Análise dos Encontros sobre o Trabalho e o QSATS

Para o tratamento dos dados qualitativos da pesquisa de campo optou-se pelo Método de Interpretação dos Sentidos para “exploração do conjunto de opiniões e representações sociais” sobre o tema avaliação do trabalho na estratégia de saúde da família. Este método é definido como o “caminho para chegarmos aos sentidos” (GOMES, 2010).

Segundo Minayo (2010) o método está para além da técnica e se configura em quatro polos: epistemológico, teórico, morfológico e técnico. A interação dialética desses quatro polos constitui as aprendizagens da metodologia.

Na pesquisa qualitativa a interpretação assume um foco central uma vez que “é o ponto de partida (porque se inicia com as próprias interpretações dos atores) e é ponto de chegada (porque é a interpretação das interpretações)” (GOMES et al., 2005).

Para operacionalização do método estão definidos princípios, dentre eles: “buscar a lógica interna dos fatos dos relatos e das observações; situar os fatos, os relatos e as observações no contexto dos atores; e produzir um relato dos fatos em que seus atores se reconheçam” (GOMES, 2010, p. 100).

Para montagem da estrutura de análise foram eleitas categorias pelo critério de segmentos de atores, que, no caso desta pesquisa, são os trabalhadores das equipes de saúde da família.

A etapa de exploração do material coletado em campo está amparada em Gomes (2010) que sustenta as seguintes etapas: identificação e problematização das ideias implícitas e explícitas no texto; busca por sentidos mais amplos relacionados às ideias; diálogo entre as ideias problematizadas, outros estudos científicos; e referencial teórico do estudo em questão.

Na etapa de elaboração da síntese interpretativa preocupou-se com a articulação entre os objetivos do estudo, com a base teórica e com os dados empíricos. Para garantir a qualidade da síntese no complexo material, optou-se por uma leitura compreensiva, intensa e recorrente, a fim de se impregnar com as narrativas dos trabalhadores. Foi necessária uma visão de conjunto por se tratar de duas equipes de saúde da família e trabalhadores de categorias diferentes, bem como a apreensão das particularidades na narrativa individual e coletiva de ambas as equipes. Ao final foram identificados temas para expressar os depoimentos dos entrevistados, que foram divididos em quatro eixos, a saber: o perfil dos sujeitos da pesquisa, a organização e condições de trabalho, a avaliação do trabalho e as motivações no trabalho.

A construção da segunda etapa foi baseada na estrutura de análise montada pelos quatro eixos temáticos, contendo representações por narrativas dos trabalhadores entrevistados. Teve-se o cuidado de identificar as ideias explícitas e implícitas.

Como explicitado anteriormente, para definição dos grupos entrevistados foi realizada, previamente, a análise trimestral dos Relatórios Gerenciais de CTA do ano de 2014. Após a análise dos resultados dos indicadores da variável 02 e 03 de desempenho das equipes de saúde da família, foi possível, incluir na pesquisa de campo, as unidades de saúde e equipes de saúde da família a serem investigadas.

A pesquisa de campo foi dividida em dois momentos: (a) aplicação do QSATS nas duas unidades de saúde que, de acordo com os critérios de inclusão da pesquisa relacionados com a análise do relatório gerencial da variável 02, foram selecionadas para participarem da etapa empírica desta pesquisa; (b) aplicação do QSATS nas duas equipes de saúde da família de uma mesma unidade de saúde que, de acordo com os critérios de inclusão da pesquisa no que tange à análise do relatório gerencial da variável 03, foram selecionadas para participarem da etapa empírica desta pesquisa e da realização dos Encontros sobre o Trabalho.

Com base na estrutura de análise organizada por eixos, recortamos trechos das narrativas dos trabalhadores durante os Encontros sobre o Trabalho e nele identificamos as ideias explícitas e implícitas. Assim, teríamos a seguinte estrutura de análise para o tema Avaliação do Trabalho na Atenção Primária à Saúde da área programática 2.1.

### QUADRO I

<b>GRUPO I - Equipe de Saúde da Família Beija Flor</b>	
Narrativas (nomes por categoria, números e equipe de SF)	Eixos
<p><i>“Tem a organização externa e interna [...] a gente trabalha com a área adstrita e é dividida em seis microáreas cada agente de saúde é responsável por sua microárea e responsável por uma quantidade X de família. E dentro daquela microárea tem todas as linhas de cuidado que é do responsável por aquela microárea”</i> (Enfermeiro – Equipe Beija Flor).</p>	Organização e Condições de Trabalho
<p><i>“A gente bate a meta, porque a gente trabalha em equipe, a gente segue a mesma linha de trabalho [...] eu acho que incomoda uns poucos, ou muitos talvez.”</i> (ACS 2 – Equipe Beija Flor).</p>	Avaliação do Trabalho
<p><i>“Eu acho que o que motiva a gente é esse trabalho em conjunto e o agradecimento do paciente.”</i> (ACS 2 – Equipe Beija Flor).</p>	Sentidos do Trabalho

**QUADRO II**

<b>GRUPO II – Equipe de Saúde da Família'</b>	
Narrativas (nomes por categorias, números e equipes de SF)	Eixos
<p><i>“A gente tenta organizar e unir todo esse trabalho, deles lá fora que é super importante, preenchendo as fichas A, B e C e a gente aqui dentro. A gente tenta unir esse trabalho, e isso é muito difícil, às vezes acha que é muito fácil, mas não é não.”</i> (Médico – Equipe Luz).</p>	Organização e Condições de Trabalho
<p><i>“[...] a gente não fica muito preso a indicador, mas quando vem essa cobrança, a gente tem que cumprir. A gente ainda acha que o problema aqui é o registro. A gente tem uma orientação muito ruim no registro, que não é só minha, porque a gente trabalha muito, mas o registro [...].”</i> (Médico – Equipe Luz).</p>	Avaliação do Trabalho
<p><i>“O que me motiva mais é saber que o paciente chegou aqui com um determinado problema e não só eu, mas a equipe toda pode ajudar, e aquela pessoa melhorou, mudou e depois quando você chega a casa, a pessoa agradece, fica feliz.”</i> (ACS 3 – Equipe Luz).</p>	Sentidos do Trabalho

Após identificarmos os eixos e as ideias presentes nas narrativas, fizemos questionamentos no sentido de problematizar cada eixo de análise: (a) as ideias se diferenciam entre as equipes de saúde da família com maior desempenho e menor desempenho? (b) há questões em comum entre as equipes? (c) há contradições entre eles? Essas problematizações foram utilizadas para pensar sobre a avaliação do trabalho das equipes de saúde da família baseadas no método de pagamento por desempenho, e, como consequência formular os eixos orientadores para a interpretação dos resultados da pesquisa de campo.

De acordo com Gomes (2010, p. 104) a partir dessas questões estaríamos fazendo “inferências para chegarmos à interpretação dos sentidos atribuídos ou subjacentes às ideias”.

Nesta etapa do estudo, buscou-se um aprofundamento no sentido mais amplo que articula modelos subjacentes ou implícitos às ideias trazidas em cada eixo proposto na pesquisa. Para atender a essa forma de interpretação e análise dos resultados, com base em orientações nos estudos de Gomes (2010) foi possível intermediar: (a) fundamentação teórica, a partir de estudos de autores sobre o assunto; (b) depoimentos dos trabalhadores e seus

contextos; (c) observações registradas no trabalho de campo; (d) objetivo da pesquisa e depoimentos dos trabalhadores.

Dessa forma, o Capítulo V seguinte avançará para os resultados encontrados nessa etapa da pesquisa sobre a avaliação do trabalho na APS do município do Rio de Janeiro, a fim de promover uma aproximação na interpretação dos dados coletados no campo empírico.

## **5 UMA EXPERIÊNCIA NA AVALIAÇÃO DO TRABALHO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Neste capítulo, serão apresentados os resultados da pesquisa de campo com base no QSATS e nos “Encontros sobre o Trabalho”. Pretende-se, assim, articular a discussão por meio dos diálogos entre: referencial bibliográfico; narrativas dos trabalhadores; e registros do campo empírico, em sintonia com os objetivos estabelecidos da pesquisa em questão.

O trabalho desenvolvido pelas equipes de saúde da família foi analisado a partir do ponto de vista da atividade (SCHWARTZ, 2011). Para a análise dos resultados do QSATS e das transcrições dos depoimentos dos Encontros sobre o Trabalho, foi utilizado o método de interpretação dos sentidos (MINAYO, 2008). Estes materiais forneceram o conteúdo para as reflexões sobre a Avaliação do Trabalho na APS do município do Rio de Janeiro.

Por meio de pesquisa qualitativa efetuada com os trabalhadores das equipes de saúde da família do Rio de Janeiro, foram estabelecidos quatro eixos para análise dos resultados do trabalho de campo: perfil dos trabalhadores da saúde, organização e condições de trabalho, avaliação do trabalho e os sentidos do trabalho.

### **5.1 O perfil dos trabalhadores da pesquisa**

No momento da coleta de dados, a área programática 2.1 contava com 12 unidades de saúde com 54 equipes de saúde da família implantadas. Ao final desta pesquisa, a área 2.1 permanece com o mesmo quantitativo de unidades de saúde, no entanto, passou por uma expansão em seu número de equipes, chegando a 60 equipes de saúde da família implantadas.

Nessa primeira etapa de descrição da experiência vivenciada no campo empírico apresentamos o perfil dos trabalhadores das equipes de saúde da família que contribuíram para a construção desta pesquisa com o intuito de situar os leitores quanto ao sexo, idade, escolaridade, instituição empregadora, cargo ocupado e tempo de trabalho na instituição.

Dessa forma, fizeram parte desta pesquisa 62 trabalhadores da ESF, contratados entre os anos de 2010 e 2014, de um universo de 99 trabalhadores inseridos nas equipes de saúde da família das três unidades de saúde da A.P 2.1.

Dentre os 37 trabalhadores que não participaram da pesquisa e, portanto, foram excluídos dessa pesquisa, encontramos as seguintes situações: a CF com três equipes de saúde da família apresentava 16 trabalhadores que foram contratados entre os anos de 2015 e 2016;

o CMS com seis equipes de saúde da família apresentava 19 trabalhadores que foram contratados entre os anos de 2015 e 2016; e a CF com duas equipes de saúde da família apresentava uma equipe de saúde da família com 02 trabalhadores que foram contratados no ano de 2015.

O estudo realizado por Giovanela, Escorel e Mendonça (2009) na ESF do município de Aracaju constatou que a média de tempo de permanência do profissional médico não ultrapassa os quatro anos. Os gestores do município apontaram que um dos limites desta situação está na impossibilidade do médico de exercer outras atividades ou de ter outros vínculos devido à dedicação de 40 horas semanais. Para as demais categorias não foi encontrado problemas de rotatividade.

Dentre os principais motivos para a rotatividade na ESF de Aracaju destacam-se: insatisfação com a remuneração, condições de trabalho, a exigência da carga horária integral, a baixa oportunidade de progressão profissional e o baixo comprometimento dos profissionais. As estratégias utilizadas pelo gestor municipal para fixação de profissionais são: programas de capacitação; concursos públicos; aperfeiçoamento da formação médica em relação à Atenção Básica (GIOVANELA; ESCOREL; MENDONÇA, 2009).

Quanto ao sexo dos 62 trabalhadores da saúde da família da pesquisa em questão, 55 eram do sexo feminino e 07 do sexo masculino, ou seja, uma preponderância de 88,70% dos trabalhadores das equipes de saúde da família do sexo feminino.

Na pesquisa avaliativa realizada por Harzheim (2013) sobre a reforma da APS no Rio de Janeiro, identificou-se que o perfil dos profissionais médicos dos serviços de APS deste município corresponde a 69,3% de médicos do sexo feminino.

O aspecto da feminização encontrado neste estudo é semelhante ao encontrado na literatura sobre a tendência da feminização na área da saúde e nas equipes de saúde da família. Em estudo realizado entre trabalhadores de unidades de APS da região norte e central da cidade de São Paulo constatou-se que 80,7% eram do sexo feminino (MARSIGLIA, 2011); no estudo realizado na APS de Montes Claros, Minas Gerais, verificou-se que entre os sujeitos da pesquisa 71,7% eram do sexo feminino (GONÇALVES et al., 2014); em pesquisa realizada na APS do município de Ceará-Mirim, Rio Grande do Norte, constatou-se que 72,10% dos entrevistados eram do sexo feminino. (PINTO; MENEZES E VILLA, 2010).

Quanto à representatividade dos grupos etários, os números evidenciaram um predomínio da população de 25 a 34 anos de idade, em relação aos demais grupos etários.

Esses dados demonstram que, no caso das três unidades de saúde da área 2.1, prevalece um corpo jovem de trabalhadores da saúde inseridos na ESF.

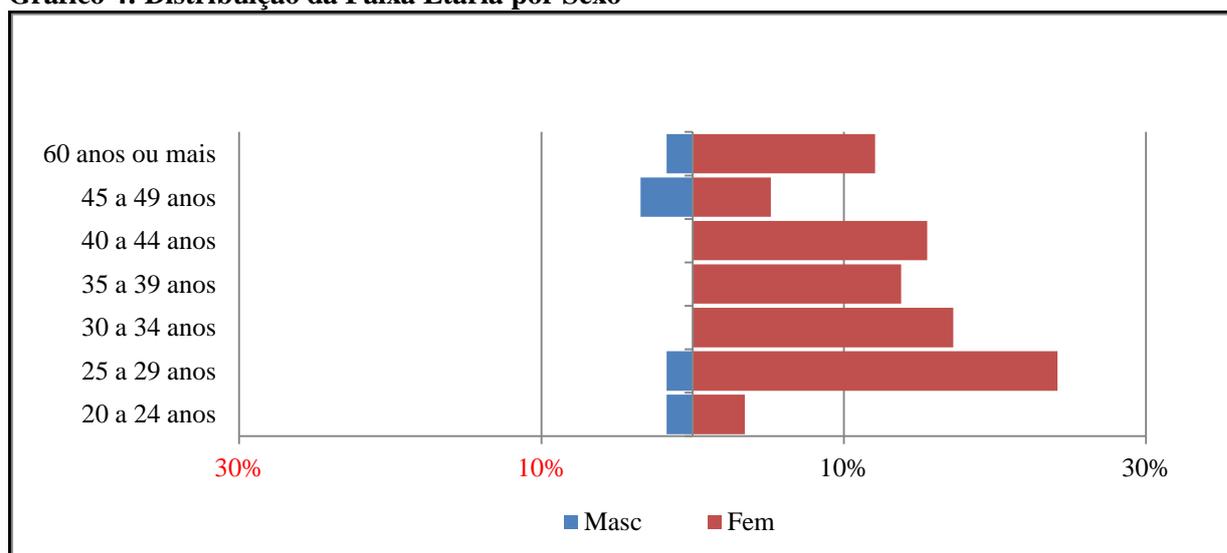
O mesmo resultado foi encontrado nos estudos de Masarglia (2011) que verificou uma preponderância de 50,5% dos trabalhadores com idade entre 21 e 40 anos; no estudo de Gonçalves et al (2014) observou-se que 53,3% dos trabalhadores se encaixavam na faixa etária dos 27 aos 31 anos. Este cenário é ilustrado na tabela I abaixo e gráfico 4.

**Tabela I. Trabalhadores totais entrevistados por faixa etária.**

Idade	Número de Trabalhadores	%
20 a 24 anos	03	5%
25 a 29 anos	15	24%
30 a 34 anos	10	16%
35 a 39 anos	08	13%
40 a 44 anos	09	15%
45 a 49 anos	05	8%
60 anos ou mais	08	13%
NI	04	6%
<b>Total</b>	<b>62</b>	

Fonte: Os autores, 2015

**Gráfico 4: Distribuição da Faixa Etária por Sexo**



Fonte: Os autores, 2015.

Em relação ao cargo ocupado pelos trabalhadores, estes se dividiam em: 44 agentes comunitários de saúde (ACS); 06 enfermeiros; 03 médicos; e 09 técnicos de enfermagem,

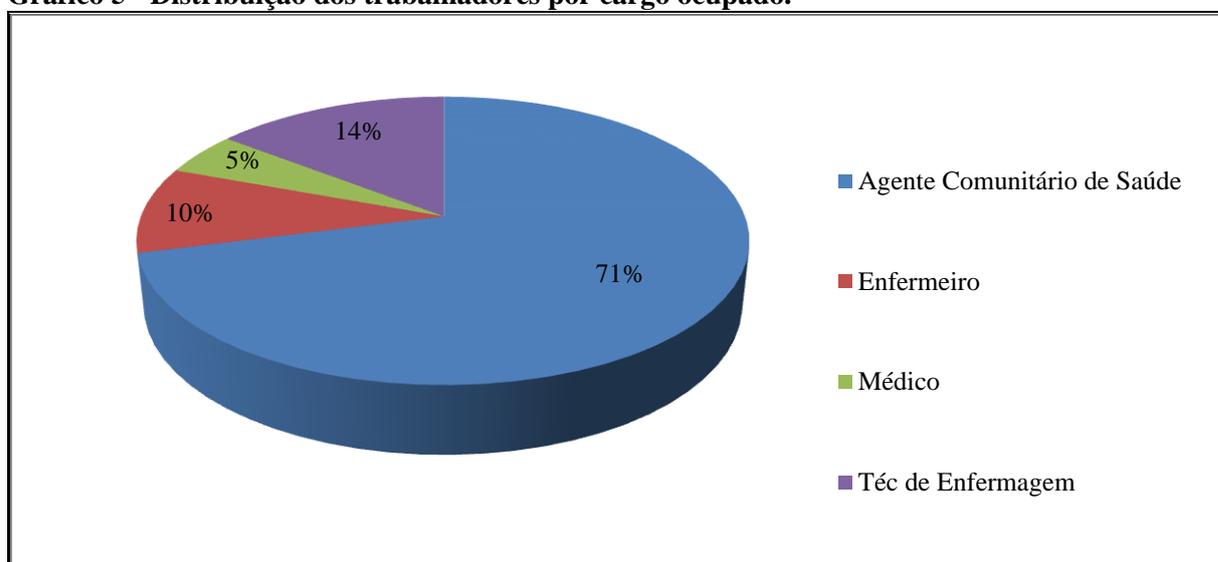
conforme ilustração no gráfico 1. Quanto à escolaridade, 37% possuem ensino médio, 29% nível técnico, 21% graduação e 13% pós-graduação, conforme gráfico 5.

De acordo com Batista e Gonçalves (2011), apesar de alguns avanços a formação dos trabalhadores da saúde ainda está muito distante do cuidado integral à saúde da população.

O perfil dos profissionais de saúde demonstra qualificação insuficiente para as mudanças das práticas. Uma necessidade crescente de educação permanente para esses profissionais, com o objetivo de (re) significar seus perfis de atuação, para implantação e fortalecimento da atenção à saúde no SUS é um grande desafio (BATISTA; GONÇALVES, 2011, p. 886).

O Conselho Nacional de Saúde organizou a 1ª Conferência Nacional de Recursos Humanos no ano de 2009. Esta conferência reforçou as críticas ao processo de formação e suas consequências, ou seja, a “formação dos profissionais de saúde não é adequada às necessidades de saúde da população brasileira e nem às necessidades dos serviços” (SOUSA; MENDONÇA, 2014, p. 635).

**Gráfico 5 - Distribuição dos trabalhadores por cargo ocupado.**



Fonte: Os autores, 2015.

Nesta pesquisa, em referência ao tempo de trabalho na ESF distribuído pelo cargo ocupado, todos os trabalhadores entrevistados têm contrato pela Consolidação das Leis Trabalhista, ou seja, o vínculo obedece ao regime CLT, com carga horária de quarenta horas semanais, pela Organização Social de Saúde Viva Rio – OSS Viva Rio.

Tal resultado pertinente ao vínculo do trabalhador vai ao encontro da situação de precarização predominante no trabalho da ESF no Brasil. O estudo sobre a avaliação da implementação do PSF em dez grandes centros urbanos do país (BRASIL, 2005), evidencia um percentual elevado de trabalhadores da saúde vinculado através de entidades diversas, incluindo contratos temporários, cooperativas, prestação de serviço, contrato com instituições filantrópicas, bolsas de pesquisa através de fundações de apoio e organizações da sociedade civil de interesse público (OSCIP) (MARTINS; MOLINARO, 2013).

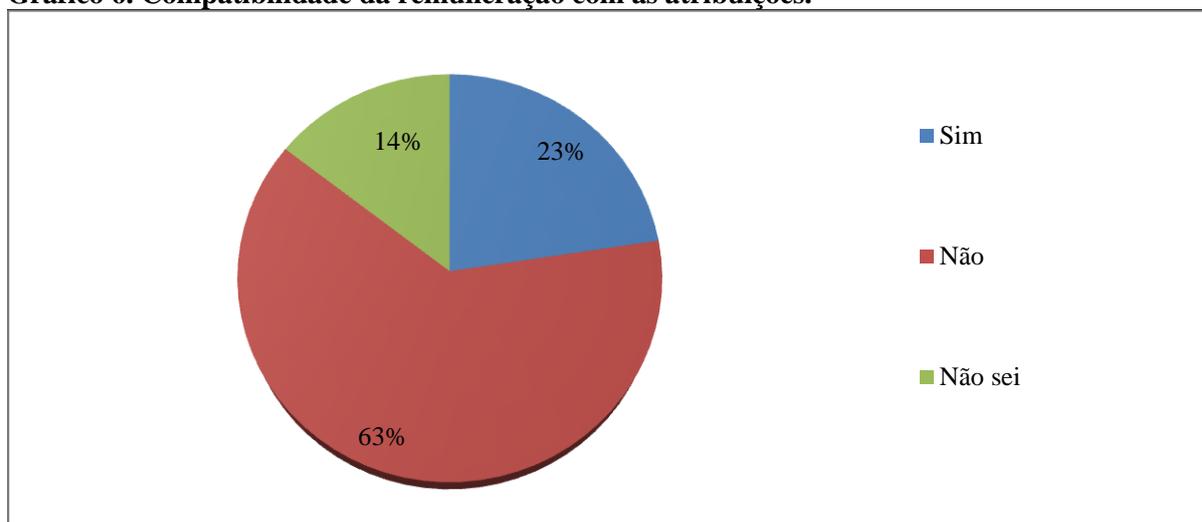
A notável instabilidade nos vínculos empregatícios fragiliza o comprometimento do profissional com o planejamento em longo prazo e a gestão da rede de atenção à saúde (RAS). Portanto, é fundamental que se tenha um bom plano de carreira e proteção aos trabalhadores da APS, com o foco na qualidade da atenção e no aperfeiçoamento da RAS. Alcançar este ideal somente será possível por meio de investimentos em uma política de valorização profissional que se inicie com vínculos empregatícios mais fortalecidos (GONÇALVES et al, 2014).

O Ministério da Saúde divulgou dados demonstrativos, os quais somente 12,2% dos médicos e 15,2% dos enfermeiros da ESF são servidores públicos (estatutários). O predomínio em ambas as categorias profissionais são de contratos temporários e de prestação de serviços (GIL; ESCOREL, 2010).

Nas entrevistas realizadas com os médicos da APS do Rio de Janeiro, o pesquisador Harzheim (2013) afirma que parece ter sido acertada a opção pela contratação de profissionais via OSS:

Os médicos da ESF estão satisfeitos com sua matriz salarial e com a qualidade do vínculo CLT, sem se queixar da falta da estabilidade que só seria produzida por um vínculo contratual estatutário/ servidor. Ao contrário, eles referem que a natureza dos contratos CLT permite que os profissionais que não trabalham com qualidade sejam dispensados, demonstrando seu interesse em servir a população, e não em proteger a corporação (HARZHEIM, p. 51)

No estudo ora apresentado, observou-se que entre os sujeitos da pesquisa 63% consideram que a remuneração recebida é incompatível com as atribuições exercidas e 23% consideram que é compatível a remuneração com as atribuições desempenhadas, conforme ilustração no gráfico 6.

**Gráfico 6. Compatibilidade da remuneração com as atribuições.**

Fonte: Os autores, 2015.

Em pesquisa realizada em quatro grandes centros urbanos, constatou-se que a maior parte dos profissionais de nível superior considera que a remuneração recebida não está compatível com as atribuições desempenhadas. Esta percepção é mais fortemente observada na categoria dos médicos (79%), pois os enfermeiros mantêm opinião mais dividida: 51% dos profissionais mencionam a compatibilidade da remuneração, 46% consideram que a remuneração é incompatível com as atribuições exercidas. Entre os auxiliares/ técnicos de enfermagem, 53% consideram incompatíveis a relação entre remuneração e atribuições. Na categoria de ACS 54% acreditam ser compatível a remuneração e as atribuições exercidas (GIOVANELA et al, 2009).

Em relação ao de tempo de trabalho (em anos) dos trabalhadores contratados via OSS Viva Rio para atuarem na ESF, a média de tempo é de quatro anos e três meses, mostrando um contingente de trabalhadores novos inseridos na ESF, conforme ilustração na tabela II.

Este mesmo resultado foi encontrado nos estudos de Marsiglia (2011) em unidades de saúde da família no município de São Paulo, no qual o tempo de inserção na ESF era inferior a cinco anos.

Já no estudo de Lima et al (2010) realizado nas unidades de saúde da família de Montes Claros, Minas Gerais, observou-se que o maior tempo de trabalho na ESF era dos ACS (15 anos) pelo fato de serem os únicos profissionais submetidos a concurso público no município. As autoras afirmam que este fato explica o aumento de grau de rotatividade dos profissionais de saúde na ESF.

**Tabela II. Tempo de trabalho (em anos) na OSS Viva Rio, distribuído pelo cargo ocupado.**

<b>Cargo Ocupado</b>	<b>Número de Trabalhadores</b>	<b>Média (anos)</b>
Agente Comunitário de Saúde	44	3,6
Enfermeiro	06	4,2
Médico	03	4,8
Técnico de Enfermagem	09	3,7
<b>Total</b>	<b>62</b>	<b>4,3</b>

**Fonte: Os autores, 2015.**

## 5.2 Organização e condições de Trabalho da Estratégia de Saúde da Família

Para conhecer a organização e condições de trabalho da ESF, foram analisadas as diversas atividades desenvolvidas pela equipe de SF que dentre elas, destacamos às relativas: ao processo de trabalho; o cuidado ao usuário; as atividades administrativas; as condições e ambiente de trabalho; e as exigências do trabalho.

Na organização das práticas para o cuidado integral dos usuários, as equipes de SF atendem mais à população adstrita à sua equipe, desde a primeira aproximação com o serviço, nas baias de acolhimento com os ACS até o atendimento de sua necessidade de saúde pelo enfermeiro, médico ou técnico de enfermagem.

O atendimento ao usuário pelo médico e enfermeiro, no consultório, está organizado entre a demanda espontânea e a programada, preferencialmente por linha de cuidado. Dessa forma, suas agendas são voltadas para a assistência ao pré-natal, puericultura, diabetes, entre outros. As visitas domiciliares seguem a mesma padronização, tanto para a equipe técnica quanto para a equipe de ACS, conforme exemplificam os depoimentos que seguem.

*Em relação à realização do trabalho, a gente tem uma semana padrão. Então, tem o dia de atendimento da gestante, da criança, do paciente de tuberculose. A gente tenta se organizar por linha de cuidado, é claro que às vezes foge um pouco. Eu falo para os ACS que tem dia que é dia de preventivo, mas se a mulher não pode estar aqui, eles devem colocá-la no momento que ela pode. A gente não vai deixar de coletar o preventivo porque a agenda é engessada. (Enfermeiro Equipe Luz).*

*A gente tem o trabalho que a maior parte é na área. A gente tem que visitar as linhas de cuidado que são: os diabéticos, hipertensos, crianças e gestantes. Então, essa é a nossa preocupação maior na área e sempre estamos vendo esses pacientes, e é claro que os outros também precisam ter o nosso cuidado, mas o principal seria esses da linha de cuidado. A gente faz visita domiciliar nas crianças, olhamos o cartão de vacina, os idosos com pressão alta, os diabéticos e insulino-dependentes. A doutora visa bastante isso! Assim, tentamos*

*buscar ao máximo do que está acontecendo com o paciente na área dele [...] e a sua situação de moradia.* (ACS 1 Equipe Luz).

A garantia de um atendimento acolhedor, com compromisso da equipe de saúde da família na resolução dos problemas de saúde dos usuários é essencial para a produção do cuidado. Observa-se o fato de que a agenda do enfermeiro e médico está voltada para o atendimento baseado nos programas de saúde, porém os profissionais reconhecem que o agendamento das consultas deve ser de acordo com as possibilidades do usuário garantindo a prestação do serviço e a atenção à saúde.

Conforme referencia Franco (1999) o modo de assistir os usuários está relacionado a concepção de trabalho em saúde de cada trabalhador e a construção de uma subjetividade a cada encontro do trabalhador e usuário. Nesta relação, tanto o trabalhador da saúde quanto o usuário dos serviços podem ser produtores de saúde.

Para que as relações produtivas se consolidem entre equipes de saúde da família e usuários dos serviços, é necessária mudança de modelo prescritivo e centrado na doença, para um modelo de atenção colaborativa e centrada na pessoa e na família. Alguns fundamentos da atenção colaborativa e centrada no usuário estão: na diferença das necessidades individuais em termos de doença; na compreensão de que uma clínica excessivamente orientada para a doença não será capaz de lidar com o sentir-se mal ou com os sofrimentos não causados pela enfermidade; e a crítica à destituição dos portadores de condições crônicas como agente de sua saúde. Tal situação reflete em queixas dos usuários de que não estão sendo ouvidos pelas equipes de SF e de que não participaram de forma proativa em seu tratamento de saúde (MENDES, 2011).

Espera-se que o profissional de saúde tenha visão ampliada da condição de saúde do usuário, e que explique a ele sua real situação e proponha autonomia para as decisões sobre sua vida.

Aliada a esse direcionamento, as perspectivas para o processo de cuidado integral à saúde dos usuários devem ser fundamentadas no trabalho em equipe e no aumento da percepção dos trabalhadores quanto aos aspectos biopsicossociais e culturais da população adstrita ao território de abrangência das equipes de saúde da família. Tais perspectivas propiciarão a autonomia do usuário para as decisões sobre sua saúde.

*Uma palavra que eu gosto muito, que me coloca assim mais animada, é não só a prevenção e a promoção, mas uma coisa muito interessante que é a cidadania. Isso pra mim é*

*um desafio com o paciente. Cidadania é ensinar ao paciente o seus direitos e fazer a parceria para saber a relação dele com a doença. O paciente tem que saber qual é a doença que ele tem e como ele se relaciona com essa doença. Aqui, é entrar e ensinar a caminhar, e isso é muito interessante (Médico Equipe Luz).*

A respeito da fala apresentada, verificou-se uma importante mobilização de todos os membros desta equipe na promoção da cidadania dos usuários. Em vários momentos do encontro, foi esclarecido pelos trabalhadores que anteriormente a implantação da Clínica da Família na comunidade da Rocinha, os moradores enfrentavam filas para atendimento nas unidades do modelo tradicional e o acesso à saúde era dificultoso.

Esta prática pela promoção da cidadania teve início a partir da identificação pela equipe de SF que os usuários dos serviços mantinham uma relação de dependência com a unidade de saúde, porém não tinham conhecimento sobre sua condição de saúde, a presença de doenças, a medicação recomendada, os seus direitos enquanto usuários do SUS, simplesmente, compareciam com alta frequência à unidade de saúde. A narrativa que segue exemplifica uma abordagem da equipe Luz com o usuário.

*Você [usuário] tem que estar aqui [unidade de saúde] por isso, isso e isso, os seus direitos são esses. Você tem uma doença, que vai depender não so do médico, do ACS, do enfermeiro, mas também de você. Se você não estiver junto, fazendo parceria nessa doença, você não vai conseguir vencer (Médico – Equipe Luz).*

Cabe ressaltar que estudos sobre esta temática (ASSUNÇÃO; JACKSON FILHO, 2012) apontam que as situações de trabalho que mobilizam relações de proximidade, atividades que utilizam a criatividade do trabalhador ou intervenções de cidadania, não são capturadas pela lógica atual de gestão do trabalho e, em certos casos, podem ser barrados por modelos burocráticos de gestão.

Em relação à organização do trabalho do enfermeiro, em sua maioria, inclui o atendimento ao usuário e/ou família, tarefas administrativas, coordenação das linhas de cuidado e das atividades desempenhadas pelo técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde.

Os técnicos de enfermagem se responsabilizam na maior parte do tempo por atividades de cuidado ao usuário através de procedimentos técnicos específicos da assistência. Tais atividades são compartimentadas por distintos setores, tais como: sala de curativos, coletas de sangue, procedimentos e imunização. Existe o cuidado em prestar o atendimento à população

de sua respectiva equipe, porém também atendem a população em geral do território da unidade de saúde.

Os trabalhadores técnicos de enfermagem vivenciam a sobrecarga do trabalho ocasionada pelo excesso de usuários e, em muitos momentos, buscam solucionar as queixas e necessidades de saúde do usuário do serviço. O estudo de Lancman (2008) aponta que esta categoria profissional torna-se objeto de ameaças, cobranças, agressões verbais e físicas:

Constituem um grupo heterogêneo em relação à capacidade de dar solução ao conjunto de situações geradoras de desgaste emocional e físico. Desenvolvem múltiplas estratégias, quer para produzir respostas adequadas, que para refutar, suportar, devolver e/ou responder às pressões sofridas. (LANCMAN et al., p. 124).

Inserido neste contexto, o técnico de enfermagem da ESF desenvolve a capacidade de resistir aos conflitos e de sobreviver em um ambiente de pressão. Em sua grande maioria são utilizadas estratégias individuais e coletivas, e não necessariamente normas da organização do trabalho para defesa e proteção do trabalhador, conforme retrata a fala que segue.

*Às vezes o paciente vem no serviço e não tem médico na equipe dele. Aí, eu saio do meu lugar, do meu setor, para procurar um médico, e muitas vezes não tem e mesmo assim em alguns casos consigo solucionar o problema do paciente. Acho que é você dar o seu melhor enquanto você está aqui dentro, independente de ser estressante, como muitas vezes é. Nem sempre a gente está sorrindo, e por isso que a gente fala que aqui é a upa da família. Porque às vezes são dez mil pacientes e você está sozinha ali. Mas é pensar no paciente porque ele precisa de você. Então, eu procuro fazer o meu melhor pra tentar resolver o problema* (Técnico de Enfermagem Equipe Luz).

É importante que os técnicos de enfermagem, desenvolvam o seu trabalho a partir do conceito ampliado de saúde, compreendendo a saúde não só como ausência de doença, mas como condicionada a fatores biopsicossociais vinculados as condições de moradia e ao acesso a bens e serviços. A fala a seguir demonstra a resolutividade no atendimento do técnico de enfermagem.

*Eu sou técnica de enfermagem e muitas vezes antes do usuário ir para o atendimento com a doutora, muitas vezes ele passa primeiro por mim. E muitas vezes eu consigo solucionar, a pessoa nem precisa de atendimento médico. Às vezes é só o fato de desabafar e às vezes chora ali e depois fala, Estou bem! Posso ir embora?* (Técnico de Enfermagem Equipe Luz).

Na organização cotidiana do trabalho dos ACS suas atividades se dividem entre: acolhimento na unidade de saúde; demandas do cotidiano da equipe para atendimento aos usuários; atividades de promoção da saúde; atividades administrativas por meio do preenchimento das fichas A, B e C; registro das informações no prontuário eletrônico; e visitas domiciliares. A organização do trabalho é representada nas falas que seguem.

*A gente chega aqui às oito horas da manhã e já tem um ACS no acolhimento. Geralmente, são dois ACS no acolhimento, porque a gente divide o trabalho em dois grandes turnos: um ACS fica até às quatorze horas e o outro ACS fica de quatorze horas às 20:00hs. Então, enquanto um ACS está no acolhimento, sempre outro vai ajudá-lo; o outro ACS procura saber o que tem para fazer naquele momento, por exemplo, ir buscar a medicação de um paciente. A gente é uma equipe aqui! Aí, outro ACS vê o que tem para entregar no território, quem vai pra casa de quem, nos dividimos e saímos todos juntos para a área. (ACS1 Equipe Beija Flor).*

*Em relação às atividades, se tem uma ação relacionada ao calendário da saúde, a gente tem que seguir a meta definida para esta ação. Na nossa equipe a gente divide o trabalho, então: para a promoção da saúde ficam dois ACS para cuidar dessa parte; para tuberculose algum ACS ou a própria enfermeira, que é bastante competente quanto a isso, ela responde pelos casos de tuberculose. Aí, vem em relação a exames e à sua organização, sempre tem um agente de saúde responsável por isso, para organizar e colocar os exames na ordem certinha. Aí, vem a parte de marcação de agenda, o ACS que está no acolhimento é responsável por marcar a agenda e jogar no computador, no sistema de prontuário eletrônico. (ACS 2 Equipe Beija Flor).*

Os ACS da equipe Beija Flor relataram que o trabalho desenvolvido pela equipe está estruturado desde 2010, e por isso possuem um rico conhecimento dos usuários e famílias da área de abrangência de atuação, vinculação expressiva e domínio do território adstrito à sua equipe de SF. Em consequência, há uma forte adesão dos usuários ao serviço, expressa na fala seguinte.

*Os nossos pacientes são literalmente participativos [...] principalmente aqueles que estão com a gente desde 2010, eu não falo dos rotativos, porque a gente tem duas micro áreas que são rotativos demais, são prédios de nordestinos, são aqueles que vêm e vão embora em dois três meses, a gente tem duas micro áreas praticamente assim, o restante é fixo! São pacientes fixo que já sabem até o horário que agente vai à visita domiciliar, já sabem tudo da gente! (ACS 1 Equipe Beija Flor).*

Em relação, as atividades administrativas e assistenciais, 85,48% dos trabalhadores sentem-se bem orientado quanto à forma de realizarem as atividades; 67,74% informaram que

dispõem de guias, protocolos ou manuais de orientação; 58% dispõem de recursos técnicos necessários; 72,58% acreditam que as metas a cumprir são definidas claramente; 35,48% afirmam ser boa a proporção entre o número de trabalhadores e as tarefas; e 93,54% dos trabalhadores informaram que é comum à realização de encontros regulares para a discussão da equipe.

*Existe uma parte do trabalho que é toda burocrática, esse programa Vita Care que a gente tem que obedecer. A enfermeira pode definir melhor, mas são os hipertensos, a ficha, a variável, os indicadores, então a gente depende de um programa que tem que obedecer se não os indicadores caem. (Médico Equipe Luz).*

A passagem acima lança o questionamento sobre a forma que o modelo de gestão atual está sendo implementado, visto que a avaliação do trabalho das equipes de SF está atrelada à plena utilização do prontuário eletrônico para a gestão do trabalho.

Em relação às condições do ambiente de trabalho da ESF as exposições mais existentes são: 82,25% relatam o calor intenso; 79,03% acreditam estar expostos a agentes biológicos; e 70,96% sentem que sofrem risco de acidente de trabalho.

Já as condições de trabalho são referidas por 43% como satisfatórias, 31% insatisfatórias e 26% não soube informar. No entanto, alguns dados importantes devem ser considerados, a saber: 72,58% informam que permanece muito tempo de pé em deslocamento; 72,58% referem posturas cansativas; e 64,51% fazem gestos repetitivos e minuciosos.

*O que mais me estressa, e, não é só eu, é a questão de andar mesmo, me estressa de um jeito que eu fico até com palpitação. Porque às vezes eu estou com o paciente e aí a doutora manda pra mim um paciente lá no andar quinze, sendo que a gente está no andar doze. Aí, o paciente está com pressão alta, aí eu desço com o paciente para o doze. Aí, a medicação não está aqui em cima, aí, eu vou lá ao térreo para pegar a medicação, para depois subir e fazer a medicação no paciente. Então essa questão de andar acho que deixa qualquer profissional estressado (Técnico de Enfermagem Equipe Luz).*

As condições de trabalho destas equipes de saúde da família traz uma particularidade, pois se trata de uma unidade de saúde predial, em que as equipes de saúde da família estão localizadas em andares diferentes, bem como as salas de procedimentos, coletas, curativos, farmácia, acolhimento e demais setores. Esta estrutura de unidade de saúde segundo os

trabalhadores gera problemas de logística, perda de tempo, dificuldades para o trabalho tornando-o mais cansativo que o habitual.

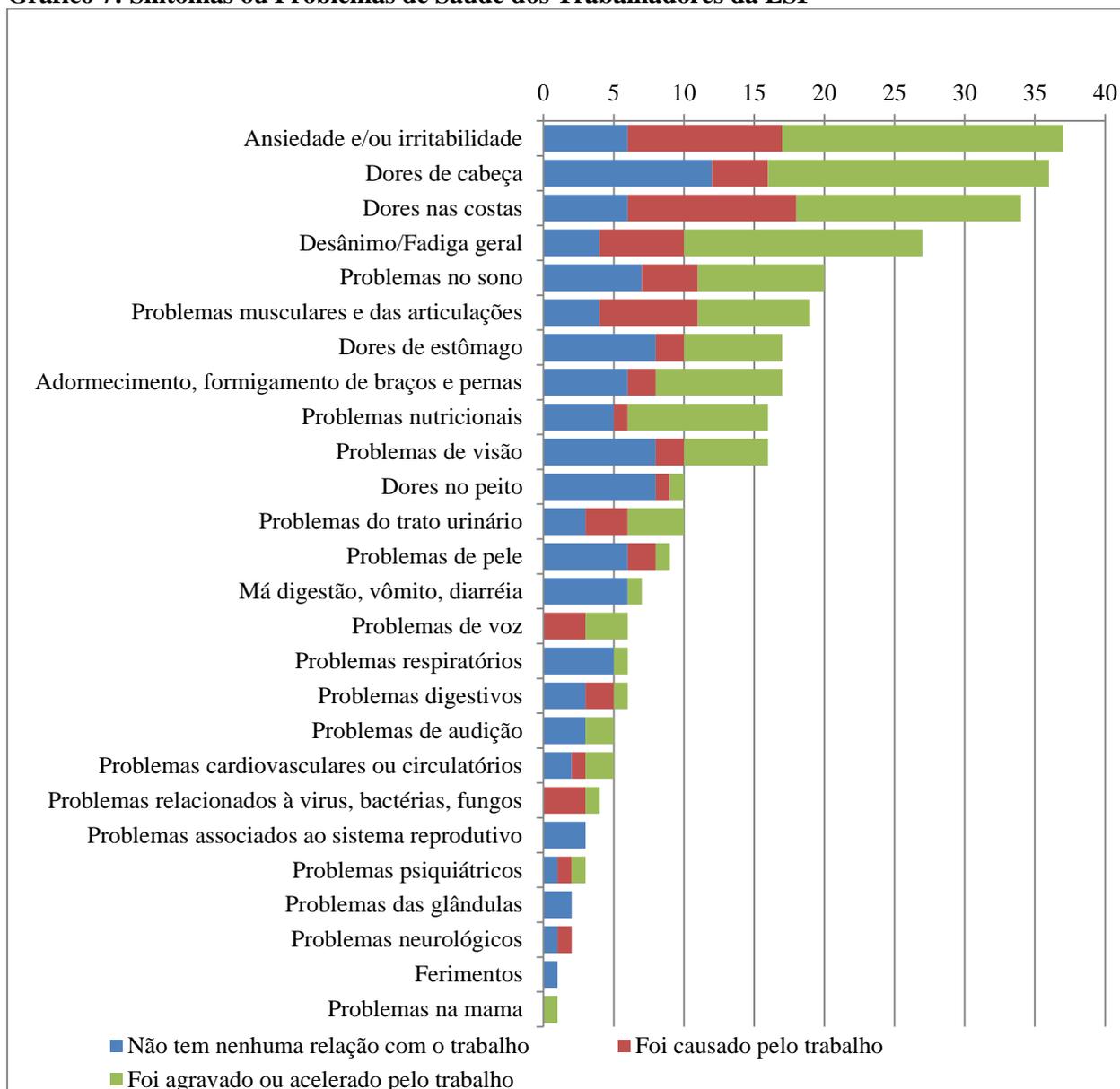
Ainda, no que tange as condições de trabalho na ESF, uma série de incômodos são referidos frente às exigências do trabalho, tais como: 67,74% sentem que trabalham em ritmo intenso; 87,09% precisam fazer várias coisas ao mesmo tempo; 72,58% lidam com muitas informações ao mesmo tempo; 74,19% têm que cumprir prazos rígidos e metas difíceis; 75,80% lidam com um número excessivo de usuários.

Sobre este assunto Assunção e Jackson Filho (2011, p. 47) afirmam que a implementação de políticas de saúde e o funcionamento dos sistemas devem fazer jus às novas exigências que repercutem em novas dinâmicas e práticas de trabalho no setor saúde. Dado o exposto, os trabalhadores são requisitados a dominar uma série de conhecimentos e habilidades, ter olhar ampliado e compromisso com o trabalho. Outro fator existente, diz respeito às influências das mudanças demográficas e epidemiológicas no trabalho em saúde. Percebe-se “o aumento no número de usuários que procuram os serviços requisitando cuidados que exigem mais preparo emocional, além de esforço físico” do trabalhador da saúde.

Cabe destacar o aumento no número de doenças mentais nas populações que são atendidas pelos trabalhadores da saúde e as repercussões dessa realidade sanitária sobre a saúde dos próprios trabalhadores que rotineiramente enfrentam esta sobrecarga emocional em cada atendimento prestado.

Uma situação de saúde atual encontrada na pesquisa são os casos suspeitos de Dengue, Chikungunya e ZIKA, vivenciados com frequência nas unidades de saúde da família e que requer o envolvimento dos trabalhadores das equipes e dos agentes de combate a endemias no controle dos vetores e na mobilização do trabalho de educação no território das unidades de saúde.

Considerando todas as constatações referentes às novas dinâmicas e práticas de trabalho no setor saúde, preocupou-se nesta pesquisa tomar conhecimento dos sintomas ou problemas de saúde dos trabalhadores da ESF causados pelo trabalho, agravados pelo trabalho ou sem relação com o trabalho, conforme ilustração no gráfico 7.

**Gráfico 7: Sintomas ou Problemas de Saúde dos Trabalhadores da ESF**

Fonte: Os autores, 2015.

É relevante o número de trabalhadores da ESF que relataram ansiedade ou irritabilidade agravada ou acelerada pelo trabalho. A precarização do trabalho, a sobrecarga, o excesso de burocracia, o aumento da demanda e a baixa remuneração têm sido responsáveis pela piora das condições de saúde e pela mudança do perfil epidemiológico de adoecimento destes trabalhadores.

O estudo de Silva e Menezes (2008) apud Assunção e Jackson Filho (2011) identificou a síndrome de esgotamento profissional em 24,1% dos trabalhadores da APS que participaram das entrevistas; 84,4% mencionaram aspectos da síndrome de esgotamento profissional,

desses 33,6% eram com relação à comunidade; e 37,6% com a equipe da ESF e com os profissionais do modelo tradicional de saúde.

### 5.2.1 *Trabalho em equipe*

O trabalho em equipe ocorre em forma de trabalho coletivo e se configura na relação recíproca entre as intervenções técnicas e a interação dos agentes. A partir deste entendimento, harmoniosamente cria-se um acordo para iniciar um projeto assistencial comum aos profissionais e que valorize a integração da equipe de trabalho (PEDUZZI, 2007).

[...] no que se refere ao trabalho em equipe, entende-se que a intervenção busca promover a mudança das práticas em saúde, no sentido da integração das ações de saúde e dos trabalhadores, para assegurar assistência e cuidado que respondam, de forma pertinente no sentido ético, técnico e comunicacional, as necessidades de saúde dos usuários e da população de referência do serviço (PEDUZZI, 2007, p. 161).

No que tange ao trabalho em equipe, 85,48% dos trabalhadores informaram que buscam envolver-se com os colegas de trabalho em prol da melhoria da qualidade na prestação dos serviços; 82,25% trocam experiências e macetes para realizar melhor as tarefas; 83,87% relatam que o aprendizado no trabalho se deu por orientação e observação de colegas de trabalho; 70,96% afirmam que contam com a colaboração do colega para realização de suas atividades.

Observou-se uma importante valorização do trabalho em equipe, sendo colocado como estratégia essencial para o desenvolvimento do cuidado em saúde uma vez que a fragmentação das práticas dos trabalhadores constitui um entrave para o desempenho das ações de saúde que visem à integralidade da atenção aos indivíduos e famílias.

A complexidade do trabalho em saúde e o envolvimento de diversos trabalhadores como elemento do processo de trabalho implicam na necessidade de cooperação, no entanto, numa análise geral, há o predomínio de ações compartimentadas, onde cada área técnica se responsabiliza por uma etapa da atividade (PIRES, 2008).

Conforme referencia Franco (1999), o pleno desenvolvimento do trabalho em equipe requer dos trabalhadores uma interação entre si, trocando conhecimentos e articulando um

“campo de produção do cuidado” que é comum à maioria deles. O autor acrescenta em suas reflexões:

O aprisionamento de cada um em seu “núcleo específico” de saberes e práticas aprisiona o processo de trabalho as estruturas rígidas do conhecimento técnico estruturado, tornando-o trabalho morto dependente. Ao contrário, o “campo de competência” ou “campo do cuidado”, além da interação, abre a possibilidade de cada um usar todo seu potencial criativo e criador na relação com o usuário, para juntos realizarem a produção do cuidado (FRANCO, 1999, p.8).

Tendo em vista as especificidades do trabalho das equipes de saúde da família, percebo que a falta de entrosamento dos trabalhadores na construção dos regulamentos, normas, objetivos, protocolos internos geram uma burocratização do trabalho, fazendo que cada trabalhador sinta-se responsável somente por uma parte do trabalho, gerando novos protocolos e normatização das condutas. A incorporação do trabalho em equipe no cotidiano das práticas e a responsabilização do cuidado ao usuário de forma integrada entre os trabalhadores são fundamentais para o trabalho da equipe de SF. A narrativa que segue elucida o trabalho em equipe.

*Na nossa equipe a gente trabalha literalmente em equipe, por isso que tem dado certo. Trabalhamos em conjunto. E não existe o paciente de A e o paciente de B, não existe! O paciente é da equipe, a equipe é responsável por aquele paciente. (ACS 1 Equipe Beija Flor).*

Para garantir a plenitude no trabalho em equipe na ESF, é necessário ter o conhecimento sobre as demais áreas do conhecimento e valorizar o trabalho do outro, como também criar consenso entre os trabalhadores para estabelecer objetivos e metas. O trabalho em equipe permite continuar o acompanhamento e criar vínculo com os familiares, sendo necessária a boa interação entre os profissionais.

Nesse mesmo entendimento Ribeiro et al (2004) assim define:

Trabalho em equipe de modo integrado significa conectar diferentes processos de trabalhos envolvidos, com base em um certo conhecimento acerca do trabalho do outro e valorizando a participação deste na produção de cuidados; é construir consensos quanto aos objetivos e resultados a serem alcançados pelo conjunto dos profissionais bem como quanto à maneira mais adequada de atingi-los. Significa também utilizar-se da interação entre os agentes envolvidos, com a busca do entendimento e do reconhecimento

recíproco de autoridades e saberes e da autonomia técnica (RIBEIRO et al., 2004, p. 444).

Entendo que o trabalho com responsabilização compartilhada através de negociações sobre as decisões técnicas, utilizando os saberes operantes de cada trabalhador da equipe de SF, leva a distintos julgamentos e tomada de decisões sobre as situações de trabalho. A integração dos trabalhadores de uma mesma equipe pressupõe participação nas informações sobre os usuários dos serviços e população em geral do território.

*Quando eu estou atendendo, eu preciso demais dos ACS lá na frente no acolhimento. Sem eles é muito difícil atender. Sem o agente de saúde lá na frente dando esse suporte de quem é o usuário, como ele está, e porque que ele está lá acaba ficando difícil. A gente tem toda uma facilidade de lidar com o paciente porque a gente tá sempre junto.* (Médico Equipe Luz).

Portanto, a plena efetividade do trabalho da equipe de SF numa perspectiva interdisciplinar e resolutiva, implica: na consciência e no compromisso de todos os trabalhadores; de seus conhecimentos e competências; da subjetividade e intersubjetividade dos envolvidos; dos modos de gestão; e das condições de trabalho materiais e organizacionais nas quais são desenvolvidas as atividades de trabalho. (SCHERER; PIRES; JEAN, 2013).

*Existe um turno que a gente consegue direcionar para reunião de equipe, que é o momento de estar todo mundo junto mesmo, discutindo os casos. É um momento de aprendizado, tentamos fazer a educação permanente, tentando transmitir aprendizado, a gente para eles (ACS's) e eles (ACS's) para gente. A gente tem uma troca de aprendizado.* (Enfermeiro Equipe Luz).

O trabalho em equipe pode configurar-se nos serviços de saúde como um espaço formal e institucionalizado, o que, por vezes, é compreendido com um espaço prescrito. Entretanto, pode se configurar na fluidez dos encontros e das necessidades e demandas de atenção à saúde da população (CARDOSO; HENNINGTON, 2011)

*Nas reuniões de equipe nós temos que explicar para os ACS's os motivos pelos quais os pacientes precisam vir às consultas. Fazendo assim, eles podem explicar para os pacientes a importância de uma consulta. Os ACS's da nossa equipe estão bem treinados e a gente faz essa troca e eles têm interesse em saber* (Médico Equipe Luz).

O trabalho integrado na ESF é determinante na prestação dos serviços de saúde e no cuidado integral ao usuário da ESF. Este entendimento é coerente aos pensamentos de Oliveira e Spiri (2006) ao apontarem que o trabalho em equipe deve estar amparado:

[...] assistência integral, efetiva, contínua e com qualidade, considerando a perspectiva da família, por meio da abordagem interdisciplinar, planejamento de ações, organização do trabalho e compartilhamento de decisões (OLIVEIRA; SPIRI, 2006, p. 729).

Compreendo que alguns fatores podem ser desencadeantes de conflitos no trabalho em equipe da ESF, como: divergência entre opiniões e posturas dos trabalhadores; acúmulo ou comodismo de funções; aumento da demanda; falta de integralidade no trabalho; baixo salário, entre outros. Para amenizar os conflitos e melhorar a convivência é preciso que as equipes se organizem e formem espaços para o diálogo entre os trabalhadores com o objetivo de motivar o trabalho e planejar as ações a serem desenvolvidas. A narrativa a seguir demonstra a falta de entrosamento, compreensão do trabalho do outro e o não reconhecimento do esforço no e do trabalho.

*Teve certo momento que uma determinada médica falou assim pra gente: hoje eu atendi 25 pacientes! Eu olhei bem e falei: Não! Você atendeu 13 pacientes na sua sala. O resto foi receita, refazer exame, o tal do não presencial. Isso foi 25? Eu, de oito horas até às 14 horas, atendi 85 usuários, porque por um acaso, hoje, eu resolvi contar. Foram 85 problemas, um totalmente diferenciado do outro, em um turno totalmente extenso, porque na segunda-feira o médico estava de folga e, aí, a segunda-feira se tornou na terça-feira. E qual é a diferença? Os seus 25 se tornou um absurdo e os meus 85 nenhum? Isso no trabalho é difícil demais! (ACS 1 Equipe Beija Flor).*

Diante da situação ora explanada, cabe ressaltar que as unidades de saúde se constituem em um espaço complexo, repleto de trabalhadores da saúde que possuem conhecimentos e técnicas específicas para a prestação da assistência de forma comprometida com os usuários e famílias. Em alguns casos, os trabalhadores travam relações de poder que repercutem em uma não valorização do trabalho do outro e, assim, se estabelecem espaços de conflitos e desgaste no trabalho.

A esse respeito encontramos a seguinte colocação. É necessário que o sentido do trabalho em equipe se manifeste em cenários e momentos distintos da reunião fixa de equipe, por meios das práticas dos trabalhadores (não totalmente isentas, mas distantes da prescrição ou normas disciplinares), baseadas pelos encontros entre os protagonistas do trabalho

munidos de suas histórias, experiências, formações, numa tentativa de construção de um novo saber (CARDOSO; HENNINGTON, 2011).

A esse respeito encontramos a seguinte colocação de Oliveira e Spiri (2006)

[...] o bom relacionamento entre os membros da equipe facilita o contato das famílias e o desenvolvimento de ações preventivas como imunização, pré-natal e organização da demanda por meio do agendamento prévio. A comunidade valoriza a integração e a ratifica participando na assistência (OLIVEIRA; SPIRI, 2006, p. 730).

Portanto, considero a valorização e a promoção de espaços de reflexão conjunta dos trabalhadores, por meio de reuniões de equipe e da construção de propostas para o trabalho mediante fóruns de expressão das trocas, da interação e do agir comunicativo no trabalho. Nessa pesquisa, a reunião de equipe é um espaço valorizado e potencializado no interior dos processos de trabalho, permitindo ultrapassar as prescrições e as agendas inflexíveis. Tem o propósito de construir práticas motivadoras para os trabalhadores, elaborar projetos terapêuticos centrados nas necessidades dos usuários e proporcionar resolutividade nas ações de saúde. A narrativa que segue traz esta exemplificação.

*O momento especial é a quarta feira, que é super importante. Quando não tem reunião de equipe, eu sinto uma falta muito grande de saber como está todo esse funcionamento e também como estão os ACS's. Por que os ACS's trazem questões não só do paciente, mas também um momento de angustia de cada um. Cada pessoa tem o seu ponto fraco, um lida bem com uma coisa, o outro nem tanto. O médico, a enfermeira, a técnica, eu acho que a gente aqui já se mistura, tudo misturado. Os ACS's têm as dificuldades deles e a gente da enfermagem, medicina e da técnica a nossa. Cada um com a sua fragilidade e então nesse momento de reunião de equipe é bem importante para trazermos as fragilidades não só do paciente, mas também a nossa e, então, a gente tenta se organizar e a se ajudar (Médico Equipe Luz).*

Observa-se nesta fala a valorização, por parte dos trabalhadores, no momento destinado à reunião de equipe. Essa oportuniza discussões conjuntas para o planejamento e avaliação das ações, para a troca de experiências e conhecimentos. Uma característica incremental revelada nos depoimentos está no espaço reservado para o cuidado aos trabalhadores da equipe.

Como afirma Merhy (2007) a integração da equipe de saúde da família possibilita a troca de experiências e saberes, a solução de problematizações e propostas de solução dos

problemas arrolados pelos usuários e coletividade, além de ampliar o olhar sobre a saúde do indivíduo ou da população, o que favorece a qualidade do serviço e a integralidade da assistência.

### 5.2.2 *Visita domiciliar*

A ESF pressupõe a visita domiciliar (VD) pertencente ao rol de suas atribuições e a considera tecnologia de interação do cuidado à saúde e instrumento de intervenção fundamental dos trabalhadores inseridos nas equipes de saúde da família. Portanto, os agentes comunitários de saúde, enfermeiro, médico e o técnico de enfermagem por meio da VD, são inseridos na realidade de vida da população. Está atividade favorece o estabelecimento de vínculos entre trabalhadores da saúde e indivíduos e/ou família, como também contribui para a compreensão de aspectos importantes da dinâmica das relações familiares.

A relevância da visita nesse processo evidencia-se pelo fato de essa dispor de condições propícias a mudanças, confrontando o modelo hegemônico, centrado na doença, no qual predomina uma postura profissional de indiferença e de pouca interação com os usuários. A superação desse modelo requer dos profissionais de saúde a construção de um pensar e um fazer sustentados na produção social do processo saúde-doença (ALBUQUERQUE; BOSI, 2009, p. 1104).

A atenção às famílias e à comunidade é o objetivo central das práticas de visita domiciliar, devido a sua influência nas relações contidas entre o processo de adoecimento dos indivíduos e o contexto aos quais estão inseridos.

*Quando eu fazia visita domiciliar com a médica, (a nossa médica saiu em 2015), toda quinta-feira ela ia para área, não precisava ser usuário acamado para fazer visita, não! Mas, ela não era boa desde o início não. Ela foi ficando boa uma vez que nós ACS's falamos para ela: levanta dessa mesa e vem ver os problemas aqui fora, você não é só carimbo não! Levanta, vem aqui para fora, porque não é só carimbar receita e mandar o usuário para casa não. O problema não está no pé do usuário não, o problema está na casa dele, a família toda está com a cabeça doente. Aí, a médica começou a entender o que era a saúde da família e tomou gosto pelo trabalho (ACS 1 Equipe Beija Flor).*

Na equipe Beija Flor, ficou evidenciada uma preocupação com a realização das visitas domiciliares por parte de todos os trabalhadores da equipe, lógico que, em maior frequência pelos ACS's.

De acordo com Franco (1998, p. 5), as visitas domiciliares compulsórias, apontam para dois tipos de problemas muito graves na ESF. O primeiro seria: “a otimização dos recursos disponíveis para assistência à saúde, pelo programa, principalmente de seus recursos humanos”. Para o autor, as visitas domiciliares somente deveriam ser recomendadas às equipes técnicas do SF, caso houvesse uma indicação explícita para elas, em exceção aos ACS’s que exercem a função específica da vigilância à saúde e que tem suas práticas voltadas para o território.

O segundo problema, citado pelo autor, faz referência de que esta prática, “pode significar uma excessiva intromissão do estado na vida das pessoas, limitando sobremaneira seu grau de privacidade e liberdade”. O autor acrescenta que o controle do Estado sobre cada cidadão é reconhecido como problema.

As narrativas que seguem representam a compreensão dos trabalhadores sobre as práticas de visita domiciliar e o cuidado em sua realização.

*A gente procura ter muito carinho com os usuários e entendemos que é um desafio você entrar em uma família, você entrar na casa de uma família e querer ser a dona da verdade. A gente tem que chegar num acordo e saber como orientar (Médico Equipe Luz).*

Na equipe Luz, os trabalhadores relataram que as visitas domiciliares ocorrem com maior frequência por parte dos ACS’s e em menor frequência pela equipe de médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem, que têm suas práticas mais voltadas para dentro da unidade de saúde. A narrativa que segue exemplifica esta divisão do trabalho.

*No momento, o nosso tempo é menor lá fora, no território em visitas domiciliares, já o tempo dos ACS’s é muito maior lá fora, muito mais em campo, do que a aqui dentro da unidade de saúde [...] O médico, enfermeiro e técnico de enfermagem, a gente fica muito mais aqui dentro da unidade. A gente tenta organizar e unir todo esse trabalho, deles (ACS) lá fora que é super importante, preenchendo as ficas A, B e C, e, a gente aqui dentro. (Médico Equipe Luz).*

Outro aspecto encontrado sobre a visita domiciliar está na responsabilização compartilhada das práticas de cuidado aos indivíduos e famílias cadastrados nas microáreas da equipe de saúde da família, como é apontado na fala seguinte.

*Não é a sua microárea, não é o meu paciente, porque o paciente é de todo mundo, a microárea é de todos! Lógico que cada um responde pela sua função, mas se ela está de*

*férias a gente vai cobrir a microárea dela, a gente sabe quem são os pacientes dela, a gente sabe tudo um do outro, nós três ACS's, que somos mais velhas na equipe, a gente conhece os pacientes por nome, e são poucos aqueles que a gente não conhece (ACS 3 Equipe Beija Flor).*

O fato dos ACS's serem moradores do território de abrangência da unidade de saúde fica nítido o envolvimento emocional, pessoal e o choque ao se deparar com realidades hostis e de sofrimento encontradas em cada domicílio que, por vezes, eram frequentados por eles.

*Eu vim pedir demissão umas 10 mil vezes. Eu falava com a médica e a enfermeira para fazer um relatório de demissão. Porque eu moro na área onde eu trabalho, então tem paciente ali que conheço desde pequena, que eu entrava na casa, mas não sabia da história, né. Daí cada um que ia morrendo eu ligava para a equipe e dizia eu não aguento mais, me tira desse trabalho pelo amor de Deus! Um paciente que morreu, esse que faleceu, o último. Então, só agora eu consigo entrar no prédio que ele mora, antes eu não conseguia entrar, mas eu sei que eu faço a diferença na minha área. Eu sei que eu faço (ACS2 Equipe Beija Flor).*

É essencial na ESF compreender o contexto de vida dos usuários e suas relações familiares. Esta vivência e aproximação contribuirão nas formas de atuação dos trabalhadores das equipes de saúde da família, resultando em novas demarcações conceituais e, conseqüentemente, no planejamento das ações considerando os modos de vida e seus recursos. “O cuidado domiciliário decorrente da ESF engloba e perpassa modalidades de atenção que visualizam características fundamentais para a garantia da integralidade, da intersubjetividade inerente à humanização e ao cuidado centrado no usuário e sua família” (ALBUQUERQUE; BOSI, 2009, p. 1110).

### 5.2.3 Violência

Em razão de esta temática ter sido revelada nos resultados da pesquisa de campo, nos propusemos a contribuir com reflexões que perpassam a violência e suas formas de expressão na dimensão do processo de organização do trabalho.

A violência é um fenômeno polissêmico e multicausal, que apresenta inúmeras modalidades e níveis. A violência no ambiente de trabalho é apontada por Oliveira e Nunes (2008).

A relação entre trabalho e violência materializa-se, principalmente, pela infração de princípios fundamentais e direitos no trabalho, por isso carrega

um profundo sentido de negatividade, já que não contribui para o desenvolvimento da pessoa nem para o aperfeiçoamento do gênero humano (OLIVEIRA; NUNES, 2008, p. 27).

Nessa perspectiva, a compreensão de que a violência está associada tanto a fatores externos quanto internos do trabalho e que o “espaço de trabalho é, por vezes, palco de violência que reproduz a dinâmica da violência social” (LANCMAN et al., 2011), foram fundamentais para balizar este estudo.

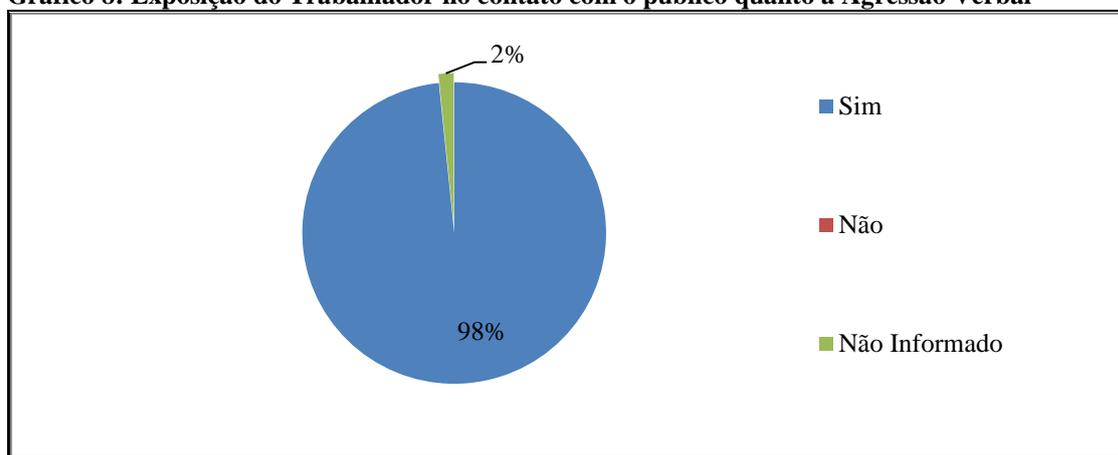
De acordo com Santos Junior e Dias (2003), a violência no setor saúde é percebida no contato intenso do trabalhador e usuário e evidencia-se, principalmente, em situações de grande tensão, culminando em violência direta e indireta.

Na ESF o trabalhador possui contato direto com o público. Aprofundando nesse contexto, 98,38% dos trabalhadores das equipes de SF relatam que lidam com as exigências do público, evidenciamos que: 90,32% lidam com situações de tensão; 56,45% envolvem-se emocionalmente; 69,35% modificam ou adaptam o modo de trabalhar para atender às necessidades do público; e 30,64% não demonstram os seus sentimentos nas relações com o público.

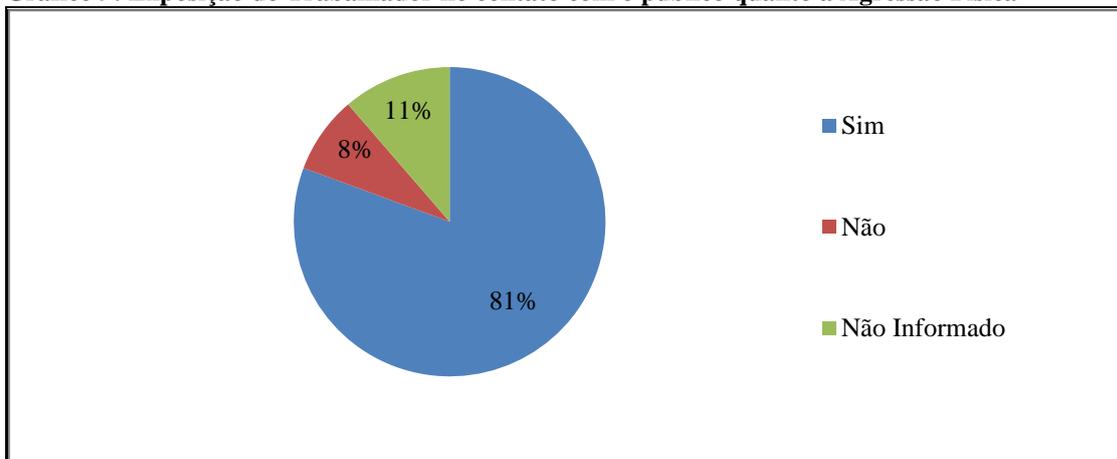
O conceito de violência no trabalho considera a relação com chefias, pares, clientes e público no exercício das atividades (CHAPPEL; DI MARTINO, 2000 apud LANCMAN, 2011, p. 114).

Nesse estudo, pesquisamos se, no contato com o público, o trabalhador está exposto aos riscos de agressão verbal, agressão física e assédio sexual. Os resultados revelaram que 98% dos trabalhadores afirmam que estão expostos à agressão verbal, 81% à agressão física e 54% ao assédio sexual. Os gráficos 8; 9; e 10 ilustram os resultados encontrados.

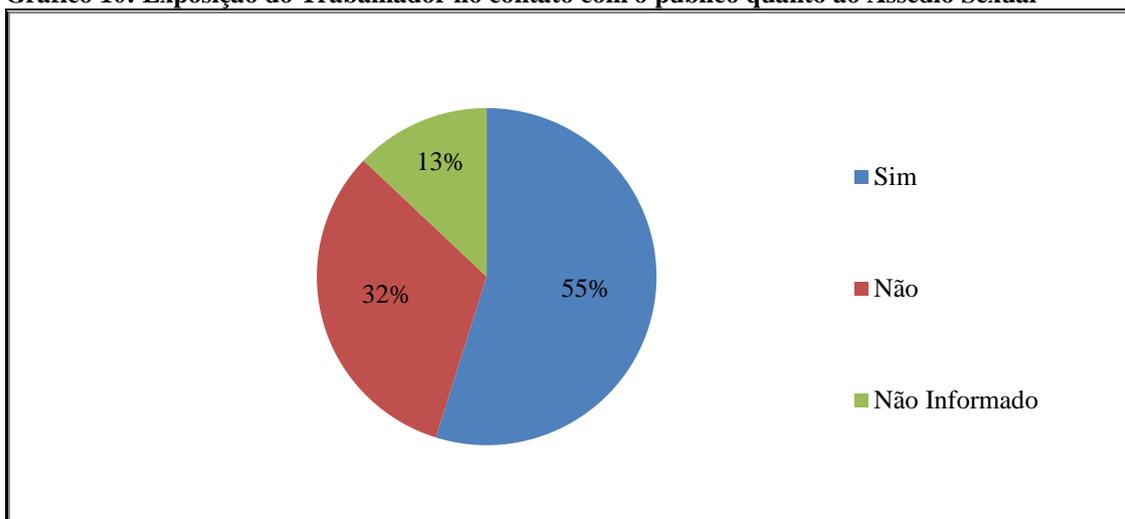
**Gráfico 8: Exposição do Trabalhador no contato com o público quanto a Agressão Verbal**



Fonte: Os autores, 2015.

**Gráfico 9: Exposição do Trabalhador no contato com o público quanto a Agressão Física**

Fonte: Os autores, 2015.

**Gráfico 10: Exposição do Trabalhador no contato com o público quanto ao Assédio Sexual**

Fonte: Os autores, 2015.

Dentre as narrativas dos trabalhadores no QSATS uma chamou atenção para a falta de um item que abordasse a coação pelo chefe, gerente ou superior, e outro item sobre o abuso de poder no ambiente de trabalho.

A violência no trabalho é afirmada por Santos Junior e Dias (2004) ao citar a definição da Occupational Safety & Health Administration (OSHA/CAL, 1995), que apontam duas formas de classificação, a saber: violência externa, “quando o indivíduo que pratica a violência não tem relação com o trabalhador ou esta é cometida por usuários, existindo algum tipo de relação profissional entre o praticante do ato violento e o trabalhador”; e violência

interna, “quando o indivíduo que pratica tem algum tipo de ligação com o local de trabalho ou com algum trabalhador, sendo seu colega, chefe ou subalterno”.

Já os autores Oliveira e Nunes (2008) assim apontam a violência relacionada ao trabalho:

Ação voluntária de um indivíduo ou grupo contra outro indivíduo ou grupo que venha a causar danos físicos ou psicológicos, ocorrida no ambiente de trabalho, ou que envolva relações estabelecidas no trabalho ou atividades concernentes ao trabalho (OLIVEIRA; NUNES, 114).

Este macro conceito de violência no trabalho é subdividido em categorias, que neste estudo, terá foco apenas naquelas relacionadas às violências físicas e psicológicas.

A violência física e seus efeitos são mais evidentes e quantificáveis envolvendo, em geral, uma ação pontual (LANCMAN, 2011), ou ainda facilmente reconhecida, pelo uso da força física para atingir o outro, por meio de chutes, socos, tapas entre outros (OLIVEIRA; NUNES, 2008).

Já a violência psicológica está relacionada a agressões verbais e emocionais, intimidações e coerções que se dão através de ameaças, insultos, expressões faciais e gestuais, e também compreende as diferentes formas de assédio. Caracterizam-se por serem menos visíveis e mais subjetivas (LANCMAN, 2008), por terem comportamentos repetitivos, inoportunos e não recíprocos. Estes são difíceis de serem avaliados e por vezes são negligenciados e, ao longo do tempo, têm um efeito devastador na vítima (OLIVEIRA; NUNES, 2008).

Segundo Oliveira e Nunes (2008, p. 31), a violência psicológica relacionada ao trabalho pode ser dividida em:

- Ameaça – promessa ou insinuação do uso ilegal de força, visando coagir, inibir ou constranger uma pessoa ou grupo e provocando medo de dano psicológico, sexual, físico, ou outra consequência negativa para a vítima.
- Assédio – conduta indesejada (verbal, visual ou física), que afeta a dignidade da pessoa, tendo como fundamento a idade, alguma deficiência, o sexo, a orientação sexual, a raça, a orientação religiosa, política, sindical etc.
- *Bulling* e *Mobbing* – tipo de assédio psicológico, que consiste em comportamentos persecutórios, ofensivos, com característica vingativa, cruel ou maliciosa, que visa humilhar ou desestabilizar um indivíduo ou grupo, isolando-o de contatos sociais e disseminando

informações falsas sobre ele. É realizado por alguém (*bulling*) ou por um grupo (*mobbing*) hierarquicamente superior.

Outra forma de violência resultante da coleta de dados da pesquisa em questão está em referência à violência presente no território adstrito às equipes de saúde da família, no qual os trabalhadores tem a responsabilidade pelo cuidado integral à saúde da população no que tange ao seu contexto social e de moradia.

*É um trabalho bem tenso até porque a nossa equipe é responsável por uma área muito complicada. É um vale literalmente em cima da vala, literalmente mesmo, são prédios extensos de sete, oito andares, mas é tudo em cima da vala. Os canos de água vêm por baixo da vala, é meio complicado. É uma área também meio politicamente complicada de se trabalhar devido ao tráfico de drogas, mas a gente consegue. Já passamos por vários perigos, mas a gente consegue.* (ACS 1 Equipe Beija Flor).

Observou-se que na área em que a unidade de saúde está inserida residem famílias de extrema vulnerabilidade social e em um contexto de grande violência territorial, levando os trabalhadores das equipes de SF a enfrentar e desafiar tal situação no cotidiano do trabalho, durante a realização das visitas domiciliares. A fala a seguir traz características do território de atuação das equipes de SF.

*Na área que eu trabalho tenho três bocas de fumo [...] é um comercio! Quando eu entrei na saúde da família eu levei muito susto, me assustava muito, porque mesmo sendo moradora da Rocinha eu não era acostumada com essa situação. Antes eu não via arma todo dia e eu passei a ver todo dia, muita arma!* (ACS 4 Equipe Beija Flor).

De acordo com Polaro, Gonçalves e Alvarez (2013), a violência territorial se assemelha a violência estrutural, como oriunda de comportamentos marcados pelas desigualdades e exclusão social, e ainda, violência velada, presente na exploração e opressão de trabalhadores. Em um cenário de extrema vulnerabilidade territorial o processo de trabalho em saúde sofre interferências no seu desenvolvimento pelas equipes de SF.

*A gente já passou por cada situação dentro do território. Uma vez aquela ACS ali quase enfartou. Eu tinha mania de chegar ao território e conversar com os usuários. Aí, teve um dia que do nada chegou um cara com uma arma apontada na minha cabeça, já destravada para atirar, aí eu parei e olhei pra ele, e alguém gritou e mandou parar. Eu ia morrer naquele momento ali, com um tiro na cabeça. Ele me confundiu. Aí, ele desceu correndo. Não sei o que ele pensou que eu fosse. Na verdade, ele nem estava em condições de pensar* (ACS2 Equipe Beija Flor).

A violência no território desperta sentimentos de medo, ansiedade, impotência e frustração, comprometendo a saúde física e mental dos trabalhadores da ESF (POLARO; GONÇALVEZ; ALVAREZ, 2013).

*Quando eu entrei na ESF, as ACS's que me ensinaram os bicos, onde eu podia ir e onde não podia. Então assim, quando eu passei por essa situação, quando ele veio correndo ele parou a arma, e o outro que veio atrás que gritou: você tá maluco! Só que nisso que ele gritou aquilo já tinha sido um baque e até eu chegar ao prédio eu não tinha passado mal não, mas depois que eu cheguei ao prédio eu desabei. E então, são situações que você passa que são muito difíceis. E nesse dia eu lembro que quando eu cheguei em casa, eu chorava tanto, eu abraçava tanto os meus filhos, me deu um medo. E várias vezes eu falava com a minha mãe que eu ia pedir para sair, porque eu não aguentava, não aguentava, não aguentava. Aí eu chorei muito, abracei os meus filhos, e a minha mãe pedia pra eu ter calma, minha sogra, o meu pai, eu sei que foi muito complicado (ACS4 – Equipe Beija Flor).*

Este momento do encontro sobre o trabalho foi bastante particular, pois as emoções foram externadas e os ACS's puderam compartilhar dos sentimentos, medos, receios, aflições que envolvem as suas práticas, principalmente aquelas destinada a visitas domiciliares em territórios de extrema violência.

Neste sentido, a violência territorial interfere no planejamento das equipes de saúde da família, restringe o desempenho das ações de saúde preconizadas pela ESF e torna-se um grande desafio para a prestação de assistência à saúde aos indivíduos e/ou famílias residentes em tal área de abrangência (POLARO; GONÇALVEZ; ALVAREZ, 2013).

### 5.3 Avaliação do Trabalho

Este eixo da pesquisa visa contribuir com as narrativas dos trabalhadores das equipes de saúde da família, na construção de algumas reflexões e análise sobre a relação entre as atividades de trabalho e a avaliação.

É inegável a compreensão de que o processo de trabalho em saúde, incluindo o da força de trabalho, está orientado por princípios que sacrificam a subjetividade em pro da rentabilidade e, conseqüentemente, da competição individual e coletiva, da perda do sentimento de confiança entre os trabalhadores como também no prazer no trabalho. (DEJOURS, 2009). Esta situação está exemplificada no registro da fala de um agente comunitário de saúde:

*Às vezes a gente vê que a gente trabalha muito e outra equipe não, mas a variável fica maior nesta equipe. Fica maior do que a da minha equipe e, eu fico tentando entender. Isso desanima! Gente, como assim? Essa equipe nem tem médico! Não desmerecendo a equipe, não desmerecendo os ACS, porque a gente tem uma amizade muito grande, mas não tem como estar melhor que a gente, não tem como uma equipe que está sem médico fixo há dois anos estar melhor que a gente no accountability! Não é desmerecendo a equipe, é porque não é uma realidade. (ACS 4 Equipe Luz).*

Este fato se manifesta no predomínio de avaliações quantitativas e objetivas do trabalho, com o propósito de instituir a gestão do trabalho e de enfrentar a relação entre custo e resultados com a população usuária dos serviços. (DEJOURS, 2009).

Este cenário traduz em uma busca de adequação às prescrições e na ausência do entendimento de que o trabalho não se traduz somente a isso (SCHERER; PIRES; SORATTO, 2014). A narrativa que segue retrata o sentimento do trabalhador da ESF quanto aos modos de avaliação.

*Hoje a forma de avaliação é quantitativa, acho que deveria ter outro método para avaliar a qualidade da equipe e não só o número. Porque se avaliarem a nossa equipe, irão ver toda a qualidade que tem nela. Porque nós temos um trabalho permanente e contínuo. Então, eu pergunto: porque só o número? Por que a qualidade poderia ser vista se tivesse outras avaliações, e seria comprovado que a realidade não bate com o número. Porque tem equipe que o número está bom, mas na qualidade a equipe é ruim. Por exemplo, todos os pacientes, da equipe aqui da frente reclamam direto e dizem que vão pegar outro número de residência para consultar com a doutora da nossa equipe. Porque a nossa equipe a maioria dos pacientes querem ser cadastrados, porque a nossa doutora é de qualidade mesmo. (ACS 5 Equipe Luz).*

É possível ter acesso ao conhecimento do trabalho, mas para isso é preciso levar em consideração a subjetividade dos trabalhadores, pois o trabalho comum não é acessível à observação direta e o trabalho efetivo jamais será integralmente trazido à realidade (DEJOURS, 2008).

Destaco que os trabalhadores da saúde desenvolvem atividades que não estão definidas em normas e protocolos, mas que são frutos do seu envolvimento no trabalho, na confiança nos atributos da APS e nos preceitos do SUS, como demonstra a narrativa seguinte.

*Eu estava com um usuário que tinha muita coceira, então fui buscá-lo, ele era morador de rua. E precisei ir junto para o hospital de Ipanema porque o paciente não consegue falar [...] não sabe conversar [...] tem alguns casos que a gente vai [...] isto não*

*está na carteira de serviços, mas a gente faz, porque a gente sabe que ele vai e não vai conseguir nada porque ele não fala, porque tem vergonha. Muita coisa assim, se fosse falar, se fosse valer, mas não vale. Vale para gente, porque a gente fica feliz com o resultado* (ACS 4 – Equipe Luz).

Corroborando com esta perspectiva, Santos Filho (2007) afirma que no processo de planejamento e avaliação dos serviços devem-se recortar indicadores relacionados tanto às dimensões de saúde e satisfação dos usuários, quanto aos movimentos institucionais, e indicativos do desenvolvimento e crescimento profissional e pessoal dos trabalhadores e equipes. O citado autor chama atenção:

Isso vem realçar o princípio de indissociabilidade entre *atenção e gestão*, cenário no qual se deve buscar indicadores representativos do que acontece nessas faces e interfaces do trabalho em saúde. Em suma, avaliação que possibilite mudanças nas situações/serviços, e capacitação e desenvolvimento dos sujeitos envolvidos. Portanto, campo da valorização dos trabalhadores! (SANTOS FILHO, 2007, p. 3).

O trabalhador da saúde o tempo todo sofre mudanças no dia a dia dos serviços e se vê em situações que lhes exigem repensar o trabalho e traçar novas formas e métodos de conduzir uma determinada demanda, mesmo que sejam situações já vividas, pois cada usuário carrega consigo um rol de particularidades e, portanto, novas exigências ao trabalhador. Cada trabalhador também carrega consigo seus valores, conhecimentos e experiências, que é determinante na forma de condução de cada caso encontrado no trabalho.

Estes apontamentos estão em coerência às afirmações de Scherer, Pires e Soratto (2014).

Ele é portador de um corpo de uma psique, de conhecimentos, valores, experiência prática, aspirações e tem características próprias da sua geração, gênero e inserção social, que vão gerar a sua identidade social e profissional. Neste sentido ele faz escolhas e a singularidade se introduz permanentemente no processo de trabalho, o que nos permite visualizar a dificuldade de fazer a gestão do trabalho dos outros (SCHERER; PIRES; SORATTO, 2014, p. 532).

Tendo como análise o ponto de vista da atividade, os trabalhadores encontram-se sempre imersos em uma pluralidade de normas e valores e, constantemente, vivenciam um confronto com elas. Portanto, ao se deparar com uma situação encontrada no trabalho o

trabalhador tenta fazer “uso de si” para responder a tal situação. Ele é convocado a fazer escolhas (BRITO et al., 2011). Este debate de normas e valores está revelado na fala a seguir.

*E aí você tem uma mãe que é usuária de droga, trabalha na boca, e você tem que ficar de olho porque ela vai para um bar e vai para outro. Aí quando consigo pegar a criança dela, eu vejo que estão faltando sete vacinas. E a gerência não quer saber dos problemas dessa mãe, ela quer saber das sete vacinas que está faltando no indicador. Ela quer saber do número, ela não quer saber do caso. E falam assim: Cadê a fulana que não está vacinada? E aí a mãe já não está mais na rocinha. E a gerência fala: Então porque você não tira do prontuário eletrônico? Por que eu não posso tirar do meu cadastro! Por que ela confia em mim, ela confia no meu trabalho, e, é a mim que ela vai procurar quando ela voltar para Rocinha, ela tem a mim como referência. [...] então eu me pergunto: E o que você faz com isso? Você tira do sistema? Aí você passa para o temporário? Porque com certeza deixar a mãe e a criança no sistema vai me trazer problemas, mas eu não quero saber disso, do sistema. O que importa pra mim é que se ela voltar (mãe) eu vou ter tudo ali registrado. Não importa o que essa mãe tenha feito, aqui, a gente não tem discriminação (ACS 1 Equipe Beija Flor).*

Esta situação evidencia o debate de normas vivenciado pelos trabalhadores, que envolve a sua atividade com a história singular, munido dos seus valores e dotado de uma capacidade que lhe permite transformar-se à medida que produz outras normas. Frente aos desafios colocados e às interferências no desenvolvimento do trabalho em saúde, há uma disputa entre várias normas – princípios, regras, modelos, formação técnico-científica, recursos disponíveis, pontos de vista – que exigem do trabalhador a realização de microescolhas com base em todos os valores descritos e acrescidos dos valores sociais e históricos presentes (BRITO et al., 2011a).

No estudo desenvolvido nos serviços públicos de saúde pelas autoras citadas, pode-se afirmar que a gestão do trabalho é fruto não apenas do trabalho de planejamento e controle da gerência. Envolve também a atividade dos trabalhadores responsáveis pela execução das tarefas de maneira criativa, procurando responder coletivamente às circunstâncias criadas pelas variabilidades técnicas e humanas em todas as situações de trabalho.

Esses aspectos foram observados no estudo de Fonseca et al (2012) sobre avaliação em saúde e repercussões no trabalho do ACS, ao constatar que o trabalho destes profissionais compreende um conjunto de atividades variadas que são centrais no processo de trabalho, mas que na avaliação são consideradas como uma única ação.

O que ganha visibilidade nessa situação é o resultado final, e o que é minimizado é o esforço empreendido para realizar tais atividades. As

principais atividades cuja carga de trabalho é minimizada na avaliação relacionam-se à visita domiciliar, busca ativa de casos, e atividades administrativas (FONSECA et al., 2012, p. 522).

O trabalho das equipes de saúde da família não pode ser visto apenas como resultado final medido através de indicadores e metas, pois os trabalhadores produzem seu trabalho em uma perspectiva cuidadora por meio de uma relação direta com o usuário e família pautada no vínculo, diálogo, escuta, acolhimento, responsabilização, respeito e aproximação com a realidade que vive cada usuário cadastrado na ESF.

*O sistema cobra número, ele quer saber do número, então isso é muito complicado. Então quando ele quer cobrar um determinado número, ele apita para cobrar a gente e aí a gente corre atrás do paciente. [...] por exemplo, o cartão de vacina é o mais complicado é o que a gente fica correndo mais atrás e a gente tem que brigar com certas mães pra vir para a vacina e explicar o que acontece se ela não vier. E não pode ter conversa mole não, tem que falar sério, falar do conselho tutelar, da matrícula na escola, são coisinhas que se não brigar a mãe não aparece. Tem que ser brigão (ACS 2 Equipe beija Flor).*

Esta narrativa vem ao encontro dos resultados encontrados no estudo de Fonseca et al (2012, p. 523) que evidencia a “ênfase na compreensão do trabalho do ACS a partir de sua dimensão de produtividade, pode ocasionar distorções na qualidade do trabalho, muitas vezes não perceptíveis aos próprios profissionais”. Desta forma, observam-se possíveis consequências deste tipo de prática para a qualidade do trabalho da ESF, que fica diluído ante a priorização do alcance de metas.

A referência a uma pressão pela produtividade permeia grande parte das falas dos entrevistados e percebe-se que a intensidade do trabalho pode comprometer a qualidade dos serviços prestados e gerar sofrimento no ambiente da atividade de trabalho, como demonstra a narrativa que destacamos:

*Os Gerentes da unidade começam assim, a variável tal precisa alcançar tantos por centos. A variável eles querem 40%, eles querem 80%. Isso dói um pouco. Então, você tem que misturar emoção com uma coisa que é a estatística. Emoção e estatística é uma coisa que é difícil de você misturar. Emoção, estatística e a porcentagem, a gente sofre nesse momento. Mas às vezes a gente acaba que esquece essa contabilidade, esse accountability, que é um trauma pra todo mundo. E que já começou né, já começaram com a chamadinha [em referência aos Gerentes Técnicos] (Médico Equipe Luz).*

A fala exposta traz um posicionamento encontrado em ambas às equipes, de que suas atividades de trabalho não estão atreladas a produtividade e sim ao acompanhamento dos indivíduos e famílias. Os trabalhadores entendem que o alcance das metas se daria por consequência do acompanhamento das famílias, porém de acordo com os critérios previstos no contrato de gestão e pelo empenho dos trabalhadores de forma individual e coletiva de realizarem o devido preenchimento das informações no prontuário eletrônico. Esta é determinante para fazerem jus ao repasse do recurso para pagamento por desempenho.

A narrativa que segue traz apontamentos sobre a prestação de contas à sociedade e à instituição estabelecida pela atual gestão do município.

*O accountability vê o lado que não é o do humano. A gente sabe que o accountability é importante, e eu tento me convencer que é importante. Mas o lado humano e o lado do número é complicado você casar isso, é duro, é duro. Porque na verdade, você está numa época que tudo tem os indicadores, porque tem quem ser assim e a população triplicou. Você cuida em massa na saúde pública, né. Eu acho que o que é difícil é o humano e o número, e, depois contabilizar isso em indicadores (Médico Equipe Luz).*

Os trabalhadores relataram que o *accountability* vem sendo utilizado como ferramenta que exige responsabilidade objetiva, isto é, trata-se da responsabilidade de uma pessoa ou organização perante outra, fora de si mesma. No entanto, esta responsabilidade tem consequências, que implica em recompensas, pelo seu cumprimento, e quando o inverso é constatado, está sujeito a penalidades.

Entendo que as tensões originadas das exigências contraditórias entre as demandas de cuidado integral aos usuários dos serviços e as práticas de gestão criam obstáculos para atividade de trabalho.

Práticas de gestão dos sistemas calcadas na produtividade (critério técnico e industrial voltado para as operações diretas) e na rentabilidade ou competitividade no curto prazo (critério comercial) tensionam os objetivos que o TS estabelece no âmbito de sua mobilização subjetiva (ASSUNÇÃO; JACKSON FILHO, 2011. P. 60).

Levando em consideração os aspectos analisados, tornam-se pertinente e propositivo os pensamentos de Dejours (2008) e suas contribuições ao afirmar que a avaliação carrega a possibilidade, para o trabalhador, de um retorno de informação sobre a utilidade e a qualidade do que ele oferece de si e ao trabalho. Sendo assim, a avaliação do trabalho depende dos meios pelos quais precisa elucidar o trabalho real.

Dentro desta ótica, Santos Filho (2007) ressalta a importância de enfatizar a informação e o seu potencial de aumentar o coeficiente de comunicação entre os sujeitos, e acrescenta características relevantes para o processo de trabalho em saúde.

Informação em seu potencial de fomentar autonomia e protagonismo de coletivos, na medida em que possa se colocar como elemento capaz de provocar a “reunião” de diferentes pessoas/profissionais/saberes (equipes) em torno de “dados” que passem a ser objeto de co-análise e co-decisões. Portanto, informação para nortear a configuração efetiva de equipes multiprofissionais atuando na perspectiva transdisciplinar e de modo compartilhado (SANTOS FILHO, 2007, p. 2).

Outras formas de avaliação são salientadas por Tertre (2005) apud Assunção e Jackson Filho (2011, p. 61) ao afirmar que os novos modelos de gestão deveriam considerar as seguintes conjecturas:

- Substituir os modelos de gestão centrados na rentabilidade por modelos de registros do desempenho que considerem não somente a quantidade de procedimentos realizados, mas que valorizem os esforços para garantir a qualidade do cuidado;
- Elaborar ferramentas de gestão que articulem resultados e processos, visando a constituir suporte para ação;
- Considerar que a alocação de tempo pode se frustrar porque as necessidades implicam envolvimento subjetivo e os eventos são frequentemente de caráter aleatório, portanto dificilmente previsíveis no momento do desenho das tarefas de gestão.

Corroborando com essa ideia, Dejourns (2008, p. 82) afirma que entre as possibilidades de uma avaliação, que não seja por meio do acesso racional a objetividade, se pode ter a avaliação equitativa. A equidade visa levar em conta não somente “critérios relativos à verdade das circunstâncias no mundo objetivo, mas também critérios de justiça e relativos à saúde de cada indivíduo que trabalha”.

### 5.3.1 *Trabalho Prescrito e Real*

Desde que os ergonomistas se debruçaram ao que se chama análise ergonômica, distinguiram-se dois conceitos: *a tarefa e a atividade*. A discrepância existente entre o prescrito e o real se encontra em todos os níveis de análise entre tarefa e atividade (DEJOURS, 2009).

A **tarefa** determina o objetivo a ser atingido, assim como o caminho a ser percorrido, denominado de modo operatório. A tarefa é aquilo que é prescrito pela organização do trabalho.

No setor saúde, as prescrições são estabelecidas através de diretrizes das Políticas Públicas, normas do SUS, protocolos, cartilhas e todo aparato para normatizar o trabalho nos serviços de saúde. Esta situação se certifica na APS, especificamente na ESF, e está exemplificada nas falas abaixo.

*A gente tem uma organização, temos uma semana padrão e os protocolos para direcionar o trabalho. (Enfermeiro Equipe Luz).*

*Sabemos qual é a função do ACS e temos uma cartilha do ACS, então, a gente já vai ao campo tentando fazer aquilo que está escrito ali. (ACS 1 Equipe Luz)*

A carteira de serviços da APS do RJ estabelece a semana padrão para as equipes de saúde da família, dividida em 10 turnos e organizada de acordo com a categoria profissional. Esta normatização está atrelada a produção mínima de procedimentos esperado para fazer jus a parte fixa do contrato de gestão com a OSS.

No caso do médico, a semana padrão prevê seis turnos de assistência no consultório, um turno de interconsulta, um turno de visita domiciliar, um turno de atividade de grupo e nas escolas e creches da área, um para reunião de equipe. Para o enfermeiro, estão previsto cinco turnos de assistência no consultório, um turno de interconsulta, dois turnos de visita domiciliar, um turno de atividade de grupo e nas escolas e creches da área, um para reunião de equipe. Para o técnico de enfermagem são estabelecidos seis turnos de assistência (sala de imunização, curativos, coleta de sangue e procedimentos), dois turnos de visita domiciliar, um turno de atividade de grupo e nas escolas e creches da área, um de reunião de equipe. Para o ACS ficam estabelecidos sete turnos de visita domiciliar para acompanhamento, dois turnos no acolhimento e humanização na unidade, um turno de reunião de equipe. A semana padrão da equipe de saúde da família encontra-se no anexo II.

Neste sentido, a carteira de serviços é um documento que visa nortear as ações de saúde produzidas pelos trabalhadores da ESF. No entanto, os trabalhadores diariamente vivenciam situações no trabalho que estão submetidas a eventos inesperados, incidentes, incoerências organizacionais, entre outros. Tais situações permitem compreender que não existe trabalho de execução. De fato, sempre terá uma distância entre o prescrito e o real

(DEJOURS, 2008). As narrativas que seguem exemplificam os dilemas do dia a dia do trabalho.

*Existe uma carteira de serviços para a APS, que é a nossa bíblia e que a gente tenta seguir. Mas a gente sabe, como já disse, o humano é bem complicado. A gente tenta ter o bom senso e levar cada situação (Médica Equipe Luz).*

*A cartilha serve mais ou menos pra você basear em quais são os deveres e funções do agente de saúde, por exemplo, o hipertenso a gente tem que visitar de três em três meses, mas é claro que a ficha B a gente tem que preencher mensal. Criança menor de dois anos tem que visitar mensalmente, mas isso é em relação à cartilha e aos protocolos (ACS 2 Equipe Luz).*

Para alcançar uma atenção à saúde de qualidade é necessário superar o modelo de atenção prescritivo que, por vezes, torna-se frustrante para o trabalhador da saúde, principalmente da APS, por refletir em um baixo controle sobre o seu processo de trabalho, pela permanente pressão das metas de produtividade e desempenho no trabalho, gerando estresse pela pequena variabilidade de sua prática clínica cotidiana.

Neste sentido, a **atividade** de trabalho é desenvolvida pelas práticas dos trabalhadores, nos modos como realizam a gestão do trabalho, num tempo e lugar determinado, fazendo uso dos meios de trabalho e inventando outros, amparados na compreensão das mudanças no trabalho e na produção dos seus sentidos.

Toda atividade de trabalho é sempre um dramático uso de si, no sentido de um drama, individual ou coletivo, que acontece quando eventos não esperados rompem com a sequência habitual e antecipável da vida, trazendo a necessidade de reagir, buscar alternativas e exigindo novas relações com o meio e entre as pessoas. Nessa dialética de uso de si, o trabalhador faz uso de si mesmo em função do que os outros lhe demandam e do que ele próprio se demanda, e faz uso dos demais. Este jogo expressa o coletivo de trabalho (SCHERER; PIRES; JEAN, 2013, p. 3.205).

O processo de trabalho das equipes de SF deve estar pautado na implementação de atividades com prioridade para a solução dos problemas dos usuários dos serviços e em sua resolutividade com responsabilidade. A narrativa a seguir representa a dedicação, o cuidado e a disponibilidade do trabalhador da saúde no exercício da prática do cuidado integral.

*Eu e a outra ACS, nós vivenciamos uma situação com um paciente de tuberculose. Nós já pegamos esse paciente quase morto. Ele chegou aqui bem ruim, num estado já de*

*quase convulsionando, né. Lembro-me que a outra ACS veio até a sala pegou aqueles lençóis colocou em cima dele, e ele já bem ruinzinho. E a gente falava: esse cara vai morrer! E nós duas saímos com ele até a UPA (Unidade de Pronto Atendimento) para bater um raio-x, e ele estava com tuberculose [...] ele fez todo o tratamento e no término do tratamento ele veio e me abraçou e chorou e me falou assim: se não fosse você e a sua amiga eu estaria morto hoje. E isso que é gratificante, o sorriso do paciente, o reconhecimento. Aquilo marcou lá embaixo para sempre (ACS 2 Beija Flor).*

Em conformidade com esta situação de trabalho exposta a cima, retomo as afirmações de Dejours (2009) ao abordar que os incidentes do trabalho prescrito insere-se tudo aquilo que envolve o trabalho real, que o real se apresenta ao trabalhador por resistência da matéria, utensílios e máquinas.

Essa experiência do real é acima de tudo afetiva e se revela como tal: ela gera um sentimento de surpresa, logo substituído pelo nervosismo e pela irritação, se não pela cólera ou pela decepção, a fadiga, a dúvida, o desalento, o sentimento de impotência. A dificuldade com o real é que frequentemente não se sabe como enfrentá-lo. Não se conhece a solução. O real é, na maior parte dos casos, uma prova inédita, inesperada, desconhecida. Assim, trabalhar implica precisamente a capacidade de lidar com o real, até encontrar a solução que permitirá superá-lo (DEJOURS, 2009, p. 1).

Na efetivação da atividade de trabalho, no sentido de Schwartz (2011) e Durrive e Schwartz (2008), os trabalhadores vivenciam as dramáticas *do uso de si* e *do uso de si pelos outros* e precisam fazer escolhas que orientam a tomada de decisões. Na gestão dos elementos envolvidos no trabalho, a cada momento, os trabalhadores tomam decisões que nem sempre correspondem ao prescrito.

*Sabe às vezes você vai numa casa fazer uma visita domiciliar e são tantos problemas que a gente não sabe nem por onde começar. Mas aí, é o que eu falo, é a parte da equipe. A gente traz o caso para discutir na equipe. Às vezes, a gente chega até tirar do próprio bolso para alimentar aquela família. A gente dá cesta básica para as famílias, mas isso é a parte humana e por isso, não tem preço! (ACS 3 Equipe Beija Flor).*

Na ESF a relação trabalhador usuário deve ser baseada nas tecnologias relacionais, a qual aponta que é no exato momento do encontro do trabalhador de saúde com o usuário que se inicia a produção do cuidado. Entende-se que a prática do vínculo, acolhimento e escuta (tecnologias leves), como também a responsabilização integral e a resolutividade das

necessidades de saúde do usuário são o que determina a produção do cuidado (MERHY, 2007).

*Quando o paciente é novo na área, ele chega aqui no acolhimento e fala que está morando na casa do fulano de tal que já é cadastrado na nossa equipe [...] e aí ele vem com o meu nome no papel. Eles já sabem quem é você, sabe o seu telefone, eles sabem tudo, então é um trabalho de formiguinha. Isso é confiança! (ACS 4 Equipe Beija Flor).*

Os ACS's das equipes Beija Flor e Luz demonstraram comprometimento com as atividades desenvolvidas no acolhimento da unidade de saúde e, afirmaram que, neste espaço é possível contribuir com a promoção da cidadania dos indivíduos e expansão dos seus direitos, com o reconhecimento da importância em compartilhar informações significativas de saúde.

Assim, considero o acolhimento em sua técnica e princípio para a reorientação da atenção à saúde. O acolhimento e o vínculo são a base da responsabilização com a saúde do usuário e aprimoramento das tecnologias para que sejam resolutivas e efetivem os processos sociais de produção da saúde. É necessário qualificar a relação trabalhador da saúde/usuário, exercitando a escuta, o trato, os interesses e a confiança, e tendo nas práticas de humanização da atenção, solidariedade e cidadania o norte para o trabalho.

### 5.3.2 O pagamento por desempenho às Equipes de Saúde da Família

Para Dejourns (2008) a avaliação do trabalho baseada no pagamento por desempenho não apresenta conexão com a realidade de trabalho por não existir proporcionalidade entre trabalho e desempenho. Essa concepção vai ao encontro das narrativas dos protagonistas do trabalho na ESF, conforme parece claro na fala que segue.

*Então a gente não era ligado mesmo a número e aos indicadores. Não adianta! E se tinha metas a bater a gente nem sabia [...] mesmo porque a gente se atentava com a família, porque quando a gente corria atrás de um hipertenso que não vinha às consultas médicas, a gente se preocupava com a família! A família que tinha uma pessoa que diz assim o pai bebia de domingo a domingo e maltratava, a gente corria atrás! (ACS 2 Equipe Beija Flor).*

*A nossa equipe sempre trabalhou pegando aquelas famílias mais vulneráveis. E a gente consegue bater a meta, por conta de um trabalho que a gente já estava fazendo desde 2010 (com a mesma equipe). E acho que quando você trabalha em equipe, dá certo. E nas*

*reuniões de equipe sempre falamos dos pacientes vulneráveis, a gente tem uma forma de conseguir pegar essa família e trazer para a unidade (ACS 2 Equipe Beija Flor).*

Todos os trabalhadores das equipes Luz e Beija Flor apontaram que, no cotidiano do trabalho, organizam a assistência à saúde dos usuários cadastrados nas equipes, baseados no grau de vulnerabilidade e no monitoramento dos indivíduos e famílias acompanhadas em cada linha de cuidado e, portanto, o trabalho de ambas as equipes não estava atrelado aos indicadores de produtividade do contrato de gestão.

Sobre esse assunto, Santos Filho (2007) afirma que pelo o que se entende como avaliação de desempenho profissional, não se pode tomar como parâmetro apenas indicadores relacionados à produtividade ou de eficiência, de maneira descontextualizada.

O cotidiano das instituições mostra que os trabalhadores usam (e “inventam”) permanentemente de diferentes estratégias para enfrentamento das situações/casos/demandas que lhes chegam diariamente, estratégias (ações, atividades, recursos, decisões, etc) que permitem o alcance das metas do serviço (indicadores de eficácia) e que, olhando pelo lado dos trabalhadores, não cabem somente em uma mensuração simplificada de sua produtividade (SANTOS FILHO, 2007, p. 4).

No estudo realizado por Carneiro e Martins (2013) foi observado que na contratualização realizada entre SMS/RJ e OSS, o pagamento por desempenho à ESF, recai sobre a premiação por produtividade e tem contribuído para a competitividade entre unidades, equipes e profissionais.

Este mesmo resultado foi encontrado na pesquisa ora apresentada. A competição individual e coletiva entre os trabalhadores da SF está presente no cotidiano dos serviços, e pode ser exemplificada pelas narrativas dos ACS's.

*A gente sempre bate as variáveis e é um incomodo, ao ponto de às vezes quererem enforçar a gente. [...] eu vejo que a gerência tem uma falha nisso tudo, porque elas falam para todos que só a nossa equipe bateu a meta. (ACS1 Equipe Beija Flor).*

*A gente não dá ouvidos, porque se a gente parar pra ouvir o que eles falam a gente não vai trabalhar (ACS 2 Beija Flor).*

Entendo que fomentar a competição e a concorrência no ambiente de trabalho diminui as chances de acontecer o trabalho em equipe para a produção compartilhada nos processos

que exigem a corresponsabilização dos trabalhadores de uma mesma equipe de saúde da família e também entre equipes de uma mesma unidade de saúde.

*A gente tem que trabalhar a alimentação do sistema, se a gente focar um pouquinho mais no sistema a gente pode ganhar (ACS 2 – Equipe Raiz).*

*Nós temos as metas para atingir e os indicadores, e algumas equipes conseguem e outras não (Enfermeiro – Equipe Luz).*

Nesta situação encontrada, os trabalhadores relataram certa dificuldade em compreender o prontuário eletrônico de origem portuguesa, citam que o prontuário se contradiz e que os registros acabam sendo preenchidos de forma parcial. No momento da conversa, o médico e enfermeiro cogitaram a hipótese do não alcance das variáveis de desempenho estar atribuído a uma falha no preenchimento de forma que contemple todos os pré-requisitos pactuados nos indicadores e metas do contrato de gestão. Os ACS's concordaram com esta possibilidade e reafirmaram que para esta situação o “problema da equipe estava na falta do registro”.

O estudo realizado por Santos, Soares e Campos (2007) sobre a relação trabalho-saúde de enfermeiros do PSF do município de São Paulo constatou que o trabalho neste município está condicionado ao alcance de metas de produtividade, desencadeando a intensificação e aceleração do ritmo de trabalho e a extensão da jornada de trabalho.

A organização do trabalho coloca os trabalhadores diante do desafio de cumprir as metas, participar das reuniões e ao mesmo tempo atender os imprevistos (...) Pressionados por demandas organizacionais de toda ordem, os enfermeiros levam trabalho para casa, tornam quase natural a alocação de recursos próprios para dar conta do trabalho (SANTOS; SOARES; CAMPOS, 2007, p. 779).

Cabe destacar uma fala que retrata um sentimento de admiração existente entre alguns colegas de trabalho.

*Tem muito colega nosso que chega pra gente e fala: eu acho lindo o jeito como vocês trabalham e falam assim: vocês são unidos em todos os sentidos e vocês batem a meta porque vocês trabalham em equipe! Eu acho que a gente bate a meta, porque a gente trabalha em equipe, a gente segue a mesma linha de trabalho. Eu acho que incomoda uns poucos, ou muitos talvez (ACS1 Equipe Beija Flor).*

Observou-se que o reconhecimento dos parceiros de trabalho foi importante para os ACS's e, este fato, ascendeu um sentimento de realização no trabalho e de abertura para troca de experiências e saberes adquiridos.

Neste sentido, os trabalhadores da saúde encontram-se diante de um dilema, o de atender com qualidade mais pessoas e com menos tempo. Esta situação pode ser exemplificada na narrativa a seguir.

*A gente tem um cansaço, até porque todo mundo gostaria que fosse uma demanda menor [...] se a gente tivesse menos paciente suportaríamos mais [...] a gente tem uma demanda absurda [...] temos que ter resolutividade porque temos uma demanda grande [...]* (Médico Equipe Luz).

*A gente já começa o atendimento bem cedo porque o nosso fluxo é grande, então não dá para reunir com a equipe pelas manhãs para organizar o trabalho daquele dia* (Enfermeira Equipe Luz).

Os trabalhadores relatam um aumento expressivo na demanda para assistência médica e de enfermagem nos últimos anos, este fato vai ao encontro da transição epidemiológica e mudanças dos padrões saúde-doença<sup>4</sup>, apesar da predominância das doenças crônico-degenerativas, as doenças transmissíveis ainda desempenham um papel importante. Ao mesmo tempo os trabalhadores reconhecem que a população esteve por anos com acesso restrito aos cuidados de saúde.

Uma característica importante, sobre o pagamento por desempenho, encontrada no estudo de Santos, Soares e Campos (2007) está na observação de que a performance traduzida em metas e indicadores, na maioria da vezes não representa a realidade social encontrada nos territórios adstritos às equipes de saúde da família. Este fato gera sofrimento e tensão ao trabalhador pelo descompasso entre as exigências por resultados e metas e a realidade social do território de moradia da população usuária dos serviços de saúde. Vejamos:

[...] sob essa tensão, diante de territórios que abrigam a exclusão social e todo o tipo de problemas por ela gerados, o reconhecimento de que o objeto de trabalho é limitado pelas metas e prioridades de programas, voltado para

---

<sup>4</sup> O estudo de Duarte e Barreto (2012) abarca a teoria da transição epidemiológica nas complexas mudanças dos padrões saúde-doença e nas interações entre esses padrões, seus determinantes demográficos, econômicos e sociais, e suas consequências.

etapas do ciclo vital ou para o controle de alguns agravos, como: hipertensão, diabetes, recém-nascido, tuberculose, vigilância. A organização e divisão do trabalho estão fundadas na produtividade, na cobrança repetida, na racionalização extrema, metas que não se colocam em discussão (SANTOS; SOARES; CAMPOS, 2007, p. 779).

Destaca-se que cada microárea das equipes de saúde da família possui uma característica e realidade social dentro do território da unidade de saúde. Essa condição se apresentada na narrativa a seguir de um ACS ao descrever o perfil da sua microárea.

*Na minha área tem bastante usuário de meia idade né [...] então, nas visitas domiciliares vou às casas dos hipertensos [...], aí no outro dia vou visitar os diabéticos, e eu tenho uma ou outra criança (ACS 4 – Equipe Luz).*

Em virtude dos fatos mencionados, podemos considerar que a incorporação das OS na gestão dos serviços de saúde na APS do Rio de Janeiro introduz transformações no processo de trabalho em saúde marcado pelo modelo gerencial, baseado no controle sobre o trabalhador, na produtividade por meio de um sistema de metas e serviços orientados para atendimento aos usuários.

### 5.3.3 As características do Trabalho na Estratégia de Saúde da Família

A abordagem desta unidade temática contextualiza e analisa as características encontradas na pesquisa de campo sobre o trabalho na ESF, considerando que o importante papel das APS no SUS depende da garantia do seu funcionamento com qualidade para todo o sistema de saúde.

Entende-se que tal qualidade está intimamente relacionada à gestão da força de trabalho e às tecnologias de processo utilizadas como instrumento de sua legitimação (LACAZ et al., 2011).

Portanto, tomamos de partida a percepção dos trabalhadores das equipes de SF no que diz respeito à satisfação no emprego. Os resultados da pesquisa demonstraram que: 26% dos trabalhadores sentem que suas condições de trabalho são satisfatórias; 34% têm perspectiva de ascensão profissional; 23% consideram que sua remuneração é compatível com suas atribuições.

Em relação ao entendimento sobre o trabalho desempenhado: 69,35% percebem que os usuários demonstram satisfação com o trabalho desempenhado; 48,38% percebem que os colegas admiram o modo como desenvolve as atividades; 38,70% sentem que os chefes e superiores reconhecem sua dedicação; 74,19% percebem que os chefes o respeitam como pessoa; 38,48% acreditam que a sociedade em geral valoriza suas atividades; 95,16% entendem que realizam um trabalho útil.

Em análise sobre a satisfação no trabalho, Zen (2008) revisou 13 estudos, com predominância da análise qualitativa e quantitativa juntamente, sobre a pesquisa de satisfação dos trabalhadores da saúde. O citado autor relata que, entre as principais questões que envolvem a satisfação estão: a boa relação com a equipe de trabalho e o prazer nas atividades desempenhadas. Os fatores que envolvem a insatisfação no trabalho são decorrentes de: estresse; baixo salário; e condições precárias de trabalho.

Os resultados da pesquisa de Lima et al (2014) sobre a satisfação e a insatisfação no trabalho de profissionais de saúde da atenção básica revelam que a satisfação está vinculada ao prazer nas atividades executadas, no reconhecimento do usuário e no entendimento de que o trabalho desenvolvido é útil para sociedade. Quanto à insatisfação os motivos predominantes foram a pouca colaboração dos usuários e famílias aos projetos de intervenção assistencial, o baixo salário e as dificuldades no trabalho em equipe.

Quanto à qualidade no uso de tecnologias de processo que, no caso da APS, predominam as tecnologias leve duras e leves (MERHY, 2003), ou ainda tecnologias de baixa densidade, em termos de incorporação de equipamentos e de alta complexidade para ações de promoção, prevenção e diagnóstico, e para as relações interpessoais e subjetivas inerentes aos encontros entre o trabalhador da saúde e o indivíduo e/ou coletivo (LACAZ et al., 2011).

O papel do trabalhador da ESF está amparado nas tecnologias leves e, portanto, na produção do cuidado integral à saúde dos usuários dos serviços. O cuidado é concebido pela ação conjunta dos profissionais através do entendimento da saúde como direito de ser (ser social, ser político, ser cultural), pela disponibilidade para a escuta e responsabilização, com a finalidade de construir vínculos e assumir compromisso com os projetos de intervenção. Esse entendimento transparece no depoimento que segue.

*Nós tivemos um médico que veio para cá [unidade de saúde] e nos demonstrou qual era a forma de fazer o acolhimento. E ele mostrou que é muito fácil de trabalhar o acolhimento ao usuário, muito fácil e ele conseguiu plantar isso dentro das nossas cabeças. Ele conseguiu mesmo plantar que o acolhimento é fácil, basta você ouvir! Só ouve! Toda a*

*equipe parou e entrou junto com ele nesse barco, porque a gente precisa desse fluxo, o usuário sentou na cadeira, a gente prepara a nossa escuta (ACS 1 – Equipe Beija Flor).*

Destaco que a satisfação dos trabalhadores da APS é um dos fatores decisivos para a qualidade das ações de saúde. Esta concepção apreende que o envolvimento do trabalhador como agente ativo no processo de trabalho em saúde é determinante e possibilita transformações para a melhoria na qualidade da prestação de serviços de saúde.

Outro aspecto interessante encontrado na pesquisa está na resposta dos trabalhadores ao perguntar se gostaria que seus filhos realizassem o mesmo trabalho que o seu. Somente 17,7% dos trabalhadores responderam que sim, conforme descrito na tabela III.

**Tabela III: Descrição da realização do trabalho na ESF pelos filhos**

	Número de Trabalhadores	%
	N	%
<b>Sim</b>	11	17,7%
<b>Não</b>	21	33,9%
<b>Não sei</b>	18	29,0%
<b>Não se Aplica</b>	10	16,1%
<b>NI</b>	2	3%
<b>Total</b>	<b>62</b>	

Fonte: Os autores, 2015.

#### 5.4 Os Sentidos do Trabalho

*“O trabalho transforma o trabalhador e, no melhor dos casos, permite-lhe progredir, aprimorar-se, realizar-se. Essa é a primeira abordagem do prazer no trabalho. Isso está implícito na expressão trabalho vivo” (DEJOURS, 2009).*

A construção desse eixo da pesquisa vem ao encontro das narrativas dos trabalhadores da SF sobre o reconhecimento no trabalho e sua habilidade na construção dos sentidos do trabalho.

Os sentidos atribuídos ao trabalho e o seu lugar na sociedade compreendem a dimensão central na constituição do sujeito (VIEIRA; CHINELLI, 2013). Portanto, “o reconhecimento do papel fundamental do trabalhador para alcançar os objetivos da Reforma

Sanitária é devedor do suporte indispensável às atividades desenvolvidas nos serviços de saúde” (ASSUNÇÃO; JACKSON FILHO, 2012).

Ao tratar a dinâmica do reconhecimento, Dejours (2008) aponta que não se pode desconsiderar que a relação que se estabelece com o trabalho depende fortemente de fatores organizacionais e materiais.

A produção de sentido no trabalho acompanha a mobilização subjetiva do trabalhador. Para que essa ocorra é necessário o reconhecimento da inteligência do corpo, ou seja, o conhecimento alcançado do trabalho é o conhecimento do corpo (adquirido pelo e memorizado no corpo) ou ainda, a habilidade profissional se baseia em um conhecimento corporal do processo de trabalho. A fala que segue desvela os sentidos do trabalho atrelado ao reconhecimento do trabalho e a motivação para a mobilização subjetiva do trabalhador (BRITO, 2011b).

*O reconhecimento é o que me dá força! (ACS 1 – Equipe Luz).*

Sendo assim, a mobilização subjetiva do trabalhador se dá mediante o julgamento acerca da sua contribuição, ou ainda da sua utilidade no trabalho. Este julgamento de utilidade (econômica, social, técnica) tem sentido ao ser proferido pela hierarquia, pelos subordinados àquele trabalhador e pelos usuários. Estas constatações são representadas nas narrativas que seguem.

*Para mim o reconhecimento que eu quero, e acredito que de todos aqui também, é o reconhecimento do paciente [usuário dos serviços] (ACS 2 – Beija Flor).*

*A nova gerência que está agora na unidade sempre cita o nosso trabalho, mas eu acho que eles [a gerência] citam o nosso trabalho pela variável, pelo dinheiro, não é pelo reconhecimento do nosso trabalho não. (ACS 3 – Equipe Beija Flor).*

Os trabalhadores apontaram que o reconhecimento das experiências cotidianas e do esforço empenhando no trabalho, como também o apoio dos gestores é fundamental para o bem estar da saúde dos usuários atendidos e para os trabalhadores que os atendem. Especificamente, os ACS's, enfatizaram que reconhecem o enfermeiro da equipe como coordenador imediato dentro da unidade de saúde.

Esta situação reflete a mesma encontrada por Vieira e Chinelle (2013) ao observarem que, na maior parte dos casos, os trabalhadores se esforçam para fazer o melhor e esperam

que essa contribuição seja reconhecida. A ausência desse retorno resulta em sofrimento devido à desestabilização do referencial em que se apoia a subjetividade.

*O que mais me motiva é saber que sou importante e eu sei que eu faço diferença no meu trabalho (ACS 2 – Equipe Beija Flor).*

Ao ser exercida a avaliação do trabalho de forma objetiva e racional, se descarta o conhecimento íntimo do trabalho, dos objetos técnicos e da maneira de trabalhar. Essas premissas apontam que o reconhecimento não é uma avaliação objetiva, mas uma forma de julgamento que contém efetivamente uma parte de avaliação, avaliação equitativa baseada em critérios de eficiência e de justiça (DEJOURS, 2008).

Cabe ressaltar que a avaliação nos serviços de saúde, e no caso desta pesquisa nos serviços da ESF, tem por objetivo responder por informações relevantes a respeito da dimensão da saúde e satisfação do usuário e, portanto, devem-se valorizar e pautar a informação em seu potencial de mobilizar os trabalhadores e equipes de SF em torno de dados objetivos e de todos os demais tipos de dados e informações que emergem do e no processo de produção de saúde.

*Eu faço um trabalho que não é reconhecido, e sabe por que não é reconhecido? Porque de repente eu tenho essa responsabilidade junto com a enfermeira de preencher de uma maneira correta o programa de prontuário eletrônico, porque se não a gente faz um trabalho que não é contabilizado, não contabiliza o indicador [...] isso é bem difícil! Porque envolve todo um conjunto, que vai da dor do paciente até a parte de registro no prontuário eletrônico. Para ser visto, tem que estar tudo casadinho. (Médica – Equipe Luz).*

Nessa fala é percebido que o médico observa uma fragilidade em seu processo de trabalho no que tange o preenchimento das informações de produção de saúde no prontuário eletrônico. Devido ao fato do não registro das informações, esta equipe de SF teve impacto negativo nos resultados dos indicadores e em consequência, no alcance das metas pactuadas no contrato de gestão.

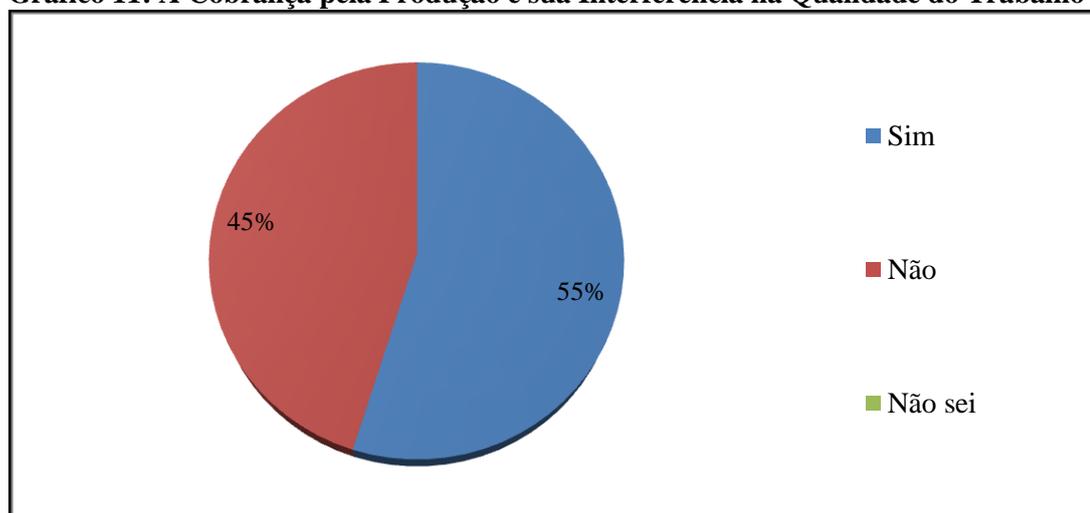
Tendo em vista esta especificidade do processo de trabalho, cabe ressaltar que o médico aponta este dilema entre o registro da informação e o cuidado ao usuário, para tanto é necessário salientar que o próprio comprometimento com a qualidade do serviço e produção do cuidado está atrelado à análise e percepção dos resultados do próprio trabalho, e quando

este resultado não é coerente com o esforço empreendido contribui para a desmotivação e sofrimento no trabalho.

Corroboro com os argumentos de Santos Filho (2007, p. 2), que enfatiza a informação “em seu potencial de evitar a alienação dos trabalhadores, na medida em que possa permitir reflexão sobre seu fazer cotidiano, sendo utilizada como norte para pensar sua prática e os resultados de seu trabalho”.

Através das representações dos trabalhadores da ESF constatou-se que 55% dos trabalhadores acreditam que a cobrança pela produção interfere na qualidade do seu trabalho, conforme gráfico 11.

**Gráfico 11: A Cobrança pela Produção e sua Interferência na Qualidade do Trabalho**



**Fonte: Os autores, 2015.**

Por conseguinte, quando se obtém o reconhecimento da qualidade do trabalho, os “dramas da atividade produtiva adquirem sentido, tornando o reconhecimento um elemento fundamental no plano da construção da subjetividade do trabalhador que se transforma a partir dele”. No entanto, não sendo reconhecido o seu trabalho e sem alcançar o sentido de sua relação com o trabalho, o sujeito se vê reconduzido ao seu sofrimento (VIEIRA; CHINELLI, 2013, p. 1597).

*De repente somos chamados para uma reunião e a Gerência fala das variáveis e suas metas, tantos por cento e avisam que temos que atingir e perguntam: Porque vocês não atingiram? Aí, todo mundo desmonta. Então a gente tem que ter um pouquinho de casca grossa pra aturar isso. Mas ao mesmo tempo a gente vai vendo que a nossa área está bem, estamos realizando o nosso trabalho juntos [...] tem o monitoramento das famílias [...] tem a promoção da cidadania [...] temos um grupo com os usuários que funciona como um*

*colegiado gestor [...] e a gente está caminhando e a gente sabe que tudo é uma construção, que uma hora o nosso trabalho aparece.* (Médica – Equipe Luz).

Para Dejours (2008) antes de se ter o reconhecimento é necessário que haja conhecimento do trabalho avaliado, ou seja, para reconhecer o trabalho é preciso primeiro conhecer. Dentro desta ótica, o referido autor enfatiza que o reconhecimento diz respeito ao fazer, não ao ser, ao trabalho e não às pessoas.

Quando se é beneficiado por esse reconhecimento, o trabalho se torna um mediador decisivo para a construção da identidade e, por conseguinte, da saúde mental e até mesmo física. Caso contrário em não havendo reconhecimento, além do sofrimento inevitável que isso ocasiona para quem trabalha, o trabalho pode levar à descompensação psicopatológica e à doença (DEJOURS, 2008, p. 85).

Durante todo o processo do Encontro sobre o trabalho, os trabalhadores de ambas as equipes reafirmavam que a maior “gratificação” do e no trabalho, está no reconhecimento do usuário. Todo o empenho no trabalho visa garantir o cuidado à saúde da população usuária do serviço.

*A gratificação que a gente tem é tu vir para casa e sabe qual é o presente que tu ganha? É uma esponja, um quilo de feijão fradinho, uma lata de nescau, uma manteiga do norte, um pano de prato. Cada um dá aquilo que ele tem e aí você tá com o teu feijão fradinho na bolsa e tu entra numa casa e a pessoa não tem o que comer. Toma o feijão fradinho! Aí o paciente te pergunta assim: e aí você já fez o feijão? E você diz: fiz! Estava uma delícia!* (ACS 1 – Equipe Beija Flor).

*A gente sabe que a gente faz a diferença quando a gente sai de férias e o paciente fala: eu não tinha te visto, eu pensei que você tinha me abandonado. E eu sei que é assim na área de todo mundo. No meu aniversário do ano passado, eu não sabia, e elas comentaram com a paciente, e ela me trouxe um bolo! São coisinhas assim que fazem a diferença no trabalho* (ACS3 – Equipe Beija Flor).

Dessa forma e sob tal complexidade, pode-se afirmar que é graças ao trabalho ao reconhecimento deste, que o sujeito – trabalhador – pode obter benefícios pelo seu esforço para a construção da sua identidade pessoal. “Então trabalhar deixa de significar apenas produzir, mas também transformar-se. A motivação fundamental da mobilização no trabalho é a expectativa do sujeito em relação à própria realização” (DEJOURS, 2008, p. 84).

*E tem portas e mais portas nesse trabalho, mas podem ter certeza que a gente vira essa chave (ACS 1 – Equipe Beija Flor).*

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As reflexões motivadas ao longo deste estudo apontaram que os trabalhadores da saúde são protagonistas do trabalho na estratégia de saúde da família e que as relações trabalho e saúde estão vivas no cotidiano de uma equipe de saúde da família.

O interesse para as dimensões com menos visibilidade ou invisíveis da atividade humana na atenção primária à saúde, do trabalho em particular das equipes de saúde da família, atrai a atenção sobre os múltiplos debates que se desenvolvem dialeticamente entre o micro e o macro da atividade de trabalho.

Evidenciou-se que a avaliação do trabalho deve ser fundamentada no conhecimento específico do real, da atividade concreta, que é acessível apenas pela vivência do indivíduo que trabalha e pela mobilização subjetiva dos trabalhadores tanto individual como coletiva.

Os dados coletados na pesquisa de campo identificaram mudanças e possibilidades de ocorrer um diferencial entre as práticas de saúde exercidas anteriormente, baseadas no modelo tradicional de saúde e aquelas decorrentes da proposta da ESF com a expansão das equipes de saúde da família.

Este fato reforça a fala dos autores (MENDES, 2002; MERHY; FRANCO, 2003) que apontam as potencialidades da Estratégia de Saúde da Família na atenção à saúde da população, na coordenação do cuidado e na ordenação da Rede de Atenção à Saúde.

Os trabalhadores das equipes de saúde da família citam como elementos principais em seu trabalho, a saber: atuarem em equipe; terem a responsabilidade com indivíduo e família baseada no vínculo e no cuidado; conhecimento detalhado do território de abrangência da equipe e forte adesão da população ao serviço; resolutividade na assistência e prestação de cuidado integral, confirmada em pouco redirecionamento para outros serviços da RAS; ampliação das ações de promoção da saúde no território; fortalecimento da cidadania; aumento do acesso à informação; garantia de acesso à saúde para uma população desassistida por anos; atuação efetiva da equipe através do diagnóstico precoce das doenças seguido de tratamento adequado, acompanhamento e monitoramento do usuário. Os trabalhadores afirmam que é notória a efetividade do trabalho das equipes de saúde da família frente aos casos de tuberculose notificados no território da comunidade da Rocinha.

Explicita-se que o ato de cuidar é capaz de proporcionar a diminuição do impacto do adoecimento e sua falta pode gerar o isolamento social do usuário, uma vez que ele sente o

descaso, o abandono e o não acolhimento de suas demandas e necessidades especiais em saúde que o fez procurar o serviço.

Neste contexto, esforços devem ser empreendidos no sentido de não atribuir à incompetência dos trabalhadores das equipes de SF tampouco atribuir-lhes culpabilização em razão dos entraves à implementação da ESF. Considera-se que a capacidade de agir desses trabalhadores está relacionada dialeticamente com o contexto da rede de serviços, com o modo de fazer a gestão, com as condições gerais de trabalho nas unidades de saúde e com a sua capacidade de mobilização subjetiva a cada situação de trabalho.

O presente estudo se constituiu em uma tentativa de trazer à tona os aspectos que envolvem a avaliação do trabalho na atenção primária à saúde. Através das narrativas dos trabalhadores - protagonistas do trabalho na ESF – evidenciou-se o debate de valores que atravessam toda a atividade e implicam, para o trabalhador, na tomada de seus valores, seu corpo, saberes, desejos, pontos de vista, experiências e histórias.

Para que a avaliação do trabalho não se reduza a uma perspectiva administrativa de averiguação de cumprimento de metas e pagamento por desempenho, se faz necessário a valorização dos trabalhadores e, portanto, a construção de indicadores que alcancem as informações sobre as transformações na esfera da produção dos sujeitos, considerando: autonomia, crescimento, criatividade, mobilização, protagonismo e satisfação.

O processo de construção da avaliação deve ser precedido por amplas discussões que definam bem os objetivos e situações desejadas, e aquelas que possam configurar-se como linhas de base e parâmetros para análises subsequentes. Os momentos de seleção, validação e interpretação de indicadores de avaliação (e seus resultados) devem ser conduzidos com a participação ativa de todos os envolvidos, demonstrando que são ferramentas valorizadas realmente para balizar o cotidiano dos serviços (SANTOS FILHO, 2007).

Através das representações dos participantes da pesquisa observa-se que para o trabalhador o bom desempenho no trabalho está relacionado ao cuidado prestado ao usuário, a possibilidade de atendimento das necessidades de saúde, o esgotamento das demandas, a resolutividade na assistência prestada, e por fim, a satisfação do usuário e o reconhecimento do trabalho.

Ao abordar o tema da gratificação financeira pelo desempenho no trabalho, todos os trabalhadores responderam que já receberam algum incentivo financeiro, mas que não sabiam os parâmetros estabelecidos para o valor repassado.

Evidenciou-se uma despreocupação dos trabalhadores em organizar o trabalho de forma que seja possível o alcance dos indicadores e metas estabelecidos no contrato de gestão. Em alguns momentos eles relataram que as metas seriam atingidas por consequência do trabalho desenvolvido pela equipe de SF.

Em virtude disso, a cobrança de maior produtividade por parte da gerência da unidade torna-se um grande incômodo aos trabalhadores. Este fato se deve ao modelo de gestão estabelecido na APS que tem como principal compromisso a assistência à saúde pautada na produção de procedimentos, para posteriormente traçar um comprometimento com as necessidades dos usuários.

Na equipe Beija Flor os trabalhadores relataram que entre os anos de 2010 e 2015 foi desenvolvido um trabalho intenso no território para captação dos indivíduos e famílias, diagnóstico situacional do território, busca ativa dos casos de doenças transmissíveis, intensificação das visitas domiciliares, conhecimento das condições de vida e saúde das famílias, identificação das famílias vulneráveis e ampliação do acesso à saúde da população. Durante estes cinco anos de trabalho a equipe permaneceu a mesma e, segundo eles, este é o principal motivo para terem conseguido alcançar os indicadores de desempenho e suas metas.

Os trabalhadores afirmaram que estes exaustivos cinco anos de dedicação integral ao trabalho repercutiram em prejuízos em sua saúde e que todos estavam trabalhando no limite do seu corpo e mente. Sentiam-se abalados psicologicamente e tinham necessidade de reorganizar o seu interior. Portanto, no ano de 2015 a equipe optou por uma mudança na organização do trabalho, na qual este passaria a ser estruturado a partir dos indicadores e seus pré-requisitos estabelecidos no contrato de gestão. Até o momento da pesquisa de campo, a equipe estava avaliando positivamente a aposta na nova organização do trabalho.

Na equipe Luz os trabalhadores destacaram que o trabalho está estruturado com os mesmos trabalhadores desde a implantação da equipe no ano de 2010. Ao retratarem o percurso do trabalho, foi lembrado que existe uma história na rocinha antes de 2010 e depois de 2010 com a inauguração da Clínica da Família (ESF). Os ACS's se colocaram enquanto trabalhadores e moradores do território e valorizaram os princípios ordenadores da APS e relembrou o tempo que buscavam acesso nas unidades de modelo tradicional e as dificuldades para conseguir o atendimento médico.

Destaco que os trabalhadores reconhecem o bom trabalho que vem sendo desenvolvido na unidade de saúde e se consideram protagonistas deste. A equipe relatou que suas práticas estão voltadas para o cuidado dos indivíduos e famílias e os ACS's exaltaram a

qualidade técnica do médico e enfermeiro da equipe. Ao perguntar sobre o recebimento de incentivo financeiro pelo alcance das metas, os trabalhadores afirmaram já terem recebido algum incentivo, no entanto, não sabiam informar quais os indicadores do contrato de gestão tinham sido atingidos.

Observou-se que os indicadores e seus pré-requisitos para fazer jus ao repasse financeiro pelo desempenho, não está atrelado às atividades da equipe e que o trabalho está organizado e estruturado com base nas linhas de cuidado estabelecidas para a APS.

Ao longo do Encontro sobre o trabalho, os trabalhadores identificaram que o baixo desempenho da equipe nos resultados dos relatórios trimestrais de CTA está atrelado ao registro mínimo das informações no prontuário eletrônico. Os trabalhadores reconheceram a necessidade de qualificação do registro visto que se trata de informações de saúde.

Destaco que a realização desse estudo e da pesquisa de campo foi de extrema relevância para o meu amadurecimento acadêmico e profissional. A oportunidade de imersão no arcabouço teórico selecionado e a aproximação com o campo empírico foi motivador para a construção dessa dissertação.

Este estudo oportunizou repensar a minha trajetória acadêmica, rever minhas práticas profissionais, realinhar conceitos, fortalecer ideais, aprender com as narrativas dos trabalhadores, repensar os espaços de trabalho e acima de tudo a valorizar redobradamente o protagonismo dos trabalhadores da estratégia de saúde da família.

Finalizando, compreendo ser imprescindível a ampliação desta pesquisa para as demais unidades de saúde (Clínica da Família e Centro Municipal de saúde) e áreas programáticas do município do Rio de Janeiro.

## REFERÊNCIAS

- ABRAHÃO, A. L. et al. Tecnologia: conceito e relações com o trabalho em saúde. In: FONSECA, A. F. **O Processo Histórico do Trabalho em Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 117-137.
- ALBUQUERQUE, A. B. B; BOSI, M. L. M. Visita domiciliar no âmbito da estratégia saúde da família: percepções de usuários no município de Fortaleza. Fortaleza: **Cad. Saúde Pública**, 25(5):1103-1112, maio, 2009.
- ALVES, M. J. M. **Sistema Único de saúde: de que sistema se trata?** Tese de Doutorado. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. 2006.
- ANDRADE, L. O.; BUENO, I. C.; BEZERRA, R. C. Atenção primária à saúde e estratégia saúde da família. In: CAMPOS, G. W. et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006. p. 783-836.
- ANTUNES, R. Trabalho e Estranhamento. In: ANTUNES, R. **Adeus ao trabalho**. Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. São Paulo: Cortez, 1995. p. 121-134.
- ASSUNÇÃO, A. A.; JACKSON, J. M. Transformações do Trabalho no setor Saúde e Condições para Cuidar. In: ASSUNÇÃO, A. A.; BRITO, J. **Trabalhar na Saúde: experiências cotidianas para a gestão do trabalho e do emprego**. Rio de Janeiro: ed. Fiocruz, 2011. p. 45-65.
- BAPTISTA, T. W. F. História das Políticas de Saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde. In: MATTA, G. C. **Políticas de Saúde: a organização e a operacionalização do sistema único de saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV. Fiocruz, 2007.
- BATISTA, K. B. C.; GONÇALVES, O. S. J. Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado. **Saúde Soc.** São Paulo, v.20. n.4, p.884-889, 2011.
- BRASIL. Constituição: Republica Federativa do Brasil. Brasília, Senado Federal, 1988.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei Orgânica da Saúde**. Lei 8080 e Lei 8142. Brasília, 1990.
- BRASIL. **Lei Orgânica da Saúde**. Lei 8.080. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 1990.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 545, de 20 de maio de 1993. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica – SUS 01/93. Brasília: Diário Oficial da União, 1993.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.203, de 05 de novembro de 1996. Redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde, constituindo, por conseguinte, instrumento

imprescindível à viabilização da atenção integral à saúde da população e ao disciplinamento das relações entre as três esferas de gestão do Sistema, através da Norma Operacional Básica – SUS 01/96. Brasília: Diário Oficial da União, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da família**: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Área Técnica de Saúde do Trabalhador**. / Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Área Técnica de Saúde do Trabalhador. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Fundação Oswaldo Cruz. **Saúde da Família**. Avaliação da Implementação em Dez Grandes Centros Urbanos, Síntese dos Principais resultados. 2ª Edição Atualizada. Brasília: Editora MS; 2005. (Série C: Projetos, programas e relatórios).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF**: Núcleo de Apoio à Saúde da Família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da saúde. **Decreto n .7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei n.8.080/90, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Brasília: Diário Oficial da União, 2011.

BRASIL. **Portaria n. 1.823 de 23 de agosto de 2012**. Institui a política nacional de saúde do trabalhador e trabalhadora. Brasília: Ministério da Saúde, DOU n. 165 24/08/2012 seção 1 p. 46. 2012.

BRITO, J. A Ergologia como perspectiva de análise: a saúde do trabalhador e o trabalho em saúde. In: Minayo Gomez, C (Org). Saúde do trabalhador na Sociedade Brasileira Contemporânea. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2011a. p. 479-494.

BRITO, J. O Trabalhador como protagonista da produção de saúde. **Rev. Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, 2011b. p. 33-38.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**. 5(1): 163-177, 2000.

CAMPOS, A, M. Accountability: Quando poderemos traduzi-lo para o português? **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro, fev./abril. 1990, 24(2): 30-50.

CAMPOS, C. E. A; COHN, A; BRANDÃO, A. L. Trajetória histórica da organização sanitária da Cidade do Rio de Janeiro: 1916-2015. Cem anos de inovações e conquistas.

**Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, vol.21, no.5, 2016.

CARNEIRO, C. C. G.; MARTINS, M. I. C. Novos Modelos de Gestão do Trabalho no Setor Público de Saúde e o Trabalho do Agente Comunitário de Saúde. **Trab. Educ. Saúde**. Rio de Janeiro, 2013.

CASTRO, A. L. B.; FAUSTO, M. C. R. A política brasileira de Atenção Primária à Saúde. In: VIEIRA, C. M (Org). **Políticas de Saúde no Brasil**: continuidades e mudanças. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p.173-196.

CHAMPAGNE, F. et al. Avaliação no Campo da Saúde. In: BROUSSELLE, A. et al (Org). **Avaliação**: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Ed Fiocruz, 2011. p. 41-60.

CHAMPAGNE, F.; CONTANDRIOPOULOS, A. P.; TANON, A. Utilizar a Avaliação. In: BROUSSELLE, A. et al (Org). **Avaliação**: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Ed Fiocruz, 2011. p. 242-261.

CHANLAT, J-F. Modos de Gestão, Saúde e Segurança no Trabalho. In: DAVEL, E. P. B.; VASCONCELLOS, J. G. M (Org). **Recursos Humanos e Subjetividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1995.

CARDOSO, C, G.; HENNINGTON, E. A. Trabalho em equipe e reuniões multiprofissionais de saúde: uma construção à espera pelos sujeitos da mudança. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, supl. 1, p. 85-112, 2011.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. Avaliando a Institucionalização da Avaliação. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 2006; 11(3): 705-711.

\_\_\_\_\_. Avaliar a Avaliação. In: BROUSSELLE, A. et al (Org). **Avaliação**: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Ed Fiocruz, 2011. p. 264-272.

COSTA, R. K. S.; MIRANDA, F. A. N. Formação Profissional no SUS: Oportunidades de Mudanças na Perspectiva da Estratégia saúde da Família. In: PEREIRA, I. B. et al (Org). **Trab. Educ. Saúde** – v.6, n3 (2008-9) – Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Politécnica de saúde Joaquim Venâncio, 2008-9.

DIAS, E. C.; HOEFEL, M. H. O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST. **Ciência & Saúde Coletiva**, 10 (4): 817-828, 2005.

DIAS, E. C.; SILVA, T. L.; RIBEIRO, E. C. O. Saberes e práticas do agente comunitário de saúde na atenção à saúde do trabalhador. Belo Horizonte. **Comunicação Saúde Educação**. – v.15, n.38, p.859-870, jul/set, 2011.

DIAS, E. C.; SILVA, T. L. Possibilidades e desafios para a atenção integral à saúde dos trabalhadores na atenção primária. In: DIAS, E. C.; SILVA, T. L. **Saúde do Trabalhador na atenção primária à saúde**: possibilidades, desafios e perspectivas. Belo Horizonte: Coopmed, 2013.

DEJOURS, C. **Trabalho, Tecnologia e Organização: críticas aos fundamentos da avaliação.** São Paulo: Blucher, 2008.

DEJOURS, C. Entre o desespero e a esperança: como reencantar o trabalho? CULT, São Paulo, n.139, p. 49-53, set. 2009. Disponível em: <http://revistacult.uol.com.br/home/2010/03/reencantar-o-trabalho/>>. Acesso em: 10/10/2015.

DESLANDES, S. F.; ASSIS, S. G. Abordagens quantitativas e qualitativas em saúde: o diálogo das diferenças. In: MINAYO, M. C (Org). **Caminhos do pensamento: epistemologia e método.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002. p. 105-222.

DUARTE, E. C.; BARRETO, S. M. Transição Demográfica e Epidemiológica: a epidemiologia e serviços de saúde revisita e atualiza o tema. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, 21(4):529-532, out-dez, 2012.

DUBOIS, C. A.; CHAMPAGNE, F.; BILODEAU, H. Histórico da Avaliação. In: BROUSSELLE, A. et al (Org). **Avaliação: conceitos e métodos.** Rio de Janeiro: Ed Fiocruz, 2011. p. 19-39.

DURRIVE, L.; SCHWARTZ, Y. **Glossário da Ergologia.** Laboreal, vol IV, nº 1, 2008. p. 23-28.

DURRIVE, L. Pistas para o ergoformador animar os encontros sobre o trabalho. In: SCHWARTZ, Y; DURRIVE, L (Org). **Trabalho e Ergologia: conversas sobre a atividade humana (2ª edição).** Niterói: Eduff.

DURRIVE, L. A. Atividade humana, simultaneamente intelectual e vital: esclarecimentos complementares de Pierre Pastré e Yves Schwartz. **Trab. Educ. Saúde.** Rio de Janeiro, v. 9, supl. 1, p. 47-67, 2011.

FAUSTO, M. C; MATTA, G. C. Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas. In: MORSINI, M. V; CORBO, A (Org). **Modelos de Atenção e Saúde da Família.** Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007. p. 43-67.

FELISBERTO, E.; ALVES, C. K. A.; BEZERRA, L. C. A. Institucionalização da avaliação. In: SAMICO, I. et al (Org). **Avaliação em Saúde: Bases Conceituais e Operacionais.** Rio MedBook, 2010. p. 143-160.

FIGUEIRÓ, C. A.; FRIAS, P. G.; NAVARRO, L. M. Avaliação em Saúde: Conceitos Básicos para a Prática nas Instituições. In: SAMICO, I. et al (Org). **Avaliação em Saúde: Bases Conceituais e Operacionais.** Rio de Janeiro: MedBook, 2010. p. 01-13.

FLEURY, S. Reforma Sanitária Brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. **Ciênc. saúde coletiva** vol.14 no.3 Rio de Janeiro May/June, 2009.

FONSECA, A. F; MACHADO, F. R. S; BORNSTEIN, V. J; PINHEIRO, R. Avaliação em Saúde e Repercussões no Trabalho do Agente Comunitário de Saúde. **Texto Contexto Enferm.** Florianópolis, 2012 Jul-Set; 21(3): 519-27.

FOUCAULT, M. O Nascimento da Medicina Social. In: **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1982.

FRANCO, T.; BUENO, W. S.; MERHY, E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim M.G. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 15(2):345-353, abr-jun, 1999.

FRANCO, T.; MERHY, E. **O PSF: contradições e novos desafios**. Campinas, 1999.

FRANCO, T. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um Programa destinado a mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E. et al (Org). **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 124-198.

FRANCO, T.; DRUCK, G.; SELIGMANN-SILVA, E. As novas relações de trabalho, o desgaste mental do trabalhador e os transtornos mentais no trabalho precarizado. **Rev. Bras. Saúde Ocupacional**, São Paulo, 35 (122): 229-248. 2010.

GIL, C. R. R.; ESCOREL, S. Expressões das práticas dos médicos e enfermeiros em saúde da família. In: PIERATONI, C. R.; VIANNA, A. L. D (Org). **Educação & Saúde**. São Paulo: Hucitec 2010. p. 98-119

GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; MENDONÇA, M. H. M. Estudos de Caso sobre a Implementação da Estratégia Saúde da Família em Quatro Grandes Centros Urbanos. NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ, 2009.

GONÇALVES, C. R. et al. Recursos humanos: fator crítico para às redes de atenção à saúde. **Saúde e Debate**. Rio de Janeiro: v. 38, n. 100, p. 26-34, jan-mar, 2004.

GOMES, R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: MINAYO, M. C. S. et al (Org). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 29 ed, 2010.

GUERIN, F. et al. **Compreender o trabalho para transformá-lo: a prática da ergonomia**. São Paulo: Blucher: Fundação Vanzolini, 2001. p. 7-46.

HARZHEIM, E. **Reforma da atenção primária à saúde na cidade do Rio de Janeiro – avaliação dos primeiros três anos de implantação das clínicas da família**. Porto Alegre, OPAS, 2013.

HENNINGTON, E. A. Gestão dos processos de trabalho e humanização em saúde: reflexões a partir da ergologia. **Revista de Saúde Pública**. 2008; 42 (3): 555-61.

HOLZ, E. B.; BIANCO, M. F. Ergologia: uma abordagem possível para os estudos organizacionais sobre o trabalho. **Cad. EBAPE.BR**, v. 12, Edição Especial, artigo 6, Rio de Janeiro, Ago. 2014. p. 494-512.

LACAZ, F. A. C. **O campo da saúde do trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(4): 757-766, abr, 2007.

LACAZ, F. A. C. et al. Gestão do Trabalho e Tecnologia na Atenção Básica do Sistema Único de Saúde em Municípios do Estado de São Paulo. In: ASSUNÇÃO, A. A.; BRITO, J. **Trabalhar na Saúde: experiências cotidianas para a gestão do trabalho e do emprego.** Rio de Janeiro: ed. Fiocruz, 2011. p.173-193.

LANCMAN, S.; MÂNGIA, E. F.; GONÇALVES, R. M. A.; JARDIM, T. A. Violência no trabalho e saúde mental em um serviço de pronto atendimento hospitalar. In: ASSUNÇÃO, A. A.; BRITO, J. **Trabalhar na Saúde: experiências cotidianas para a gestão do trabalho e do emprego.** Rio de Janeiro: ed. Fiocruz, 2011. p. 111-130.

LIMA, J. C. F. Bases Histórico-Conceituais para compreensão do trabalho e saúde. In: FONSECA, A. F. **O Processo Histórico do Trabalho em Saúde.** Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 57-96.

LIMA, L.; PIRES, D. E. P.; FORTE, E. C. N.; MEDEIROS, F. Satisfação e insatisfação no trabalho de profissionais de saúde da atenção básica. Escola Ana Nery. **Rev. de Enfermagem** 18 (1), jan-mar, 2014.

MACHADO, M. H.; KOSTER, I. Emprego e trabalho em saúde no Brasil: as políticas de desprecarização do sistema único de saúde. In: ASSUNÇÃO, A. A.; BRITO, J. **Trabalhar na Saúde: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. p. 192-213.

MARSIGLIA, R. M. G. Perfil dos trabalhadores da Atenção Básica em Saúde no município de São Paulo: região norte e central da cidade. **Saúde Soc**, 20(4): 900-911, 2011.

MARTINS, M. I. C.; MOLINARO, A. Reestruturação produtiva e seu impacto nas relações de trabalho nos serviços públicos de saúde no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**. 2013; 18(6):1667-1676.

MARX, K. Processo de trabalho e processo de produção de Mais Valia. **O Capital**. v1. Parte III. Capítulo VII. In: MARTINS, J.; MOREIRA, V (tradução). Sarl, Coimbra, 1974.

MATOS, E.; PIRES, D. **Teorias administrativas e organização do trabalho:** de Taylor nos dias atuais, influências no setor saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, 15(3): 508-514, jul-set, 2006.

MEDINA, M. G. et al. Uso de Modelos Teóricos na Avaliação em Saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: HARTZ, Z. M. A.; SILVA, L. M. V. **Avaliação em Saúde: Dos Modelos Teóricos à Prática na Avaliação de Programas e Sistemas de Saúde.** Salvador/Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2014. p. 41-63.

MENDES, A. M. B. Aspectos Psicodinâmicos da relação homem-trabalho: as contribuições de C. Dejours. **Psicol. cienc. prof.** vol. 15 n° 1-3, Brasília, 1995.

MENDES, E. V. **A Atenção Primária à Saúde no SUS.** Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana de saúde, 2011. 549 p.

MENDES, E. V. **A construção da atenção primária à saúde**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde, CONSS, 2015.

MERHY, E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 3 ed, 2007.

MINAYO-GOMEZ, C.; THEDIM-COSTA, S. M. F. A construção do campo da saúde do trabalhador: percursos e dilemas. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 13 (Supl. 2): 21-32, 1997.

MINAYO, M. C. et al (Org). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 17 ed, 2000.

\_\_\_\_\_. **O desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 5 ed. São Paulo–Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1998

\_\_\_\_\_. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 29 ed, 2010.

OLIVEIRA, R. P.; NUNES, M. O. Violência relacionada ao trabalho: uma proposta conceitual. **Saúde Soc**. São Paulo, 2008;v.17,n.4,p.22-34.

OLIVEIRA, E. M.; SPIRI, W. C. Programa saúde da família: a experiência de equipe multiprofissional. **Revista de Saúde Pública**. 2006;40(4):727-33.

OLIVEIRA, S. et al. A dimensão gestonária do trabalho: aspectos da atividade do cuidado. **Ciência e Saúde Coletiva**. 2013;18(6):1581-1589.

OMS-UNICEF, 1979. **Declaração de Alma-Ata**. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários da Saúde, Alma-Ata, URSS, 6 a 12 de setembro de 1978.

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação**. Campinas. 1998. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1998.

PEDUZZI, M. Trabalho em equipe de saúde no horizonte normativo da integralidade, do cuidado e da democratização das relações de trabalho. In: PINHEIRO, R.; BARROS, M. E.; MATTOS, R. B. **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2007. p. 161-177.

PINHO, J. A. G.; SACRAMENTO, A. R. S. Accountability: já podemos traduzi-lo para o português? **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro, nov./dez. 2009; 43(6):1343-1368.

PINTO, E. S. G; MENEZES, R. M. P.; VILLA, T. C. S. Situação de trabalho dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em Ceará - Mirim. **Rev Esc Enferm USP**. 2010; 44(3):657-664.

PIRES, D. E. P. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. 2 ed. São Paulo: Anna Blume, 2008.

PIRES, E. D. Divisão Parcelar ou Pormenorizada do Trabalho, Divisão Manufatureira do Trabalho ou Divisão Técnica do Trabalho. **Dicionário da educação profissional em saúde**. Fiocruz/ EPSJV, 2009. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/divsoetra.html>. Acesso em: 20/11/2015.

POLARO, S. H. I.; GONÇALVEZ, L. H. T.; ALVAREZ, A. M. Enfermeiras desafiando a violência no âmbito de atuação da estratégia de saúde da família. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis. 2013; out-dez,22(4):935-942.

RIBEIRO, E.; PIRES, D.; BLANK, V. L. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa de Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**. n 20. v.2. Rio de Janeiro, mar./abril, 2004. p.438-466.

RIO DE JANEIRO. **Secretaria Municipal de Saúde**. Minuta do edital de convocação pública para parcerias com organizações sociais, edital e anexo: Estratégia de Saúde da Família AP.2.1. Rio de Janeiro: Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde – SMS-RJ, 2014.

RIO DE JANEIRO. **Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil**. Superintendência de Atenção Primária. Guia de Referência Rápida. **Carteira de Serviços**: Relação de serviços prestados na Atenção Primária à Saúde / Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. Superintendência de Atenção Primária. – Rio de Janeiro: SMSDC, 2011.

ROCHA, T. A. H.; SILVA, N. C.; BARBOSA, A. C. Q. Avaliação do Desempenho na Estratégia de Saúde da Família no Brasil: a utilização dos princípios ordenadores para a constituição de métricas. In: PIERATONI, C. R.; DAL POZ, M. R.; FRANÇA, T (Org). **O Trabalho em Saúde abordagens quantitativas e qualitativas**. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: Observa RH, 2011. p. 217-230.

ROSEN, G. A Evolução da Medicina Social. In: **Medicina Social**: Aspectos Históricos e Teóricos. São Paulo: Global, 1983.

SANTOS FILHO, S. B. Indicadores de Valorização do Trabalho e Trabalhadores da Saúde: construindo o conceito de valorização a partir de uma perspectiva analítica. In: BARROS, M. E. B.; SANTOS FILHO, S. B. **Trabalhador da saúde muito prazer!** Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde. Ijuí: Ed. Unijuí, 2007. 272 p.

SANTOS FILHO, S. B. **Avaliação e Humanização em Saúde**: aproximações metodológicas. Ijuí: Ed. Unijuí, 2010. 272 p.

SANTOS JUNIOR, E. A.; DIAS, E. C. Violência no trabalho: uma revisão da literatura. **Rev. Bras. Med. Trab.** Belo Horizonte, vol. 2, nº 1, p. 36-54, jan-mar, 2004.

SANTOS, V.C.; SOARES, C.B.; CAMPOS, C.M.S. A relação trabalho-saúde de enfermeiros do PSF no município de São Paulo: um estudo de caso. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 41, p. 777-781, 2007.

SARAIVA, L. A. S.; GONÇALVES, N. R. Um olhar sobre o desempenho do programa de saúde da família. IN: VIEIRA, A.; ALVES, M.; GARCIA, F. C. **Trabalho e Gestão: Saúde e Inclusão Social**. Belo Horizonte: Coopmed, 2012. p. 65-92.

SCHERER, M. D. A.; PIRES, D.; SCHWARTZ, Y. Trabalho coletivo: um desafio para a gestão em saúde. **Rev. Saúde Pública**, 2009, 43 (4): 721-725.

SCHERER, M. D. A.; PIRES, D.; SORATTO, J. O trabalho na estratégia saúde da família. In: SOUSA, M. F.; FRANCO, A. S.; MENDONÇA, A. V. M. **Saúde da Família nos municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro**. Campinas, SP: Saberes Editora, 2014. p. 521- 572.

SCHWARTZ, Y. Conceituando o trabalho, o visível e o invisível. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, supl. 1, p. 19-45, 2011.

SILVA JUNIOR, A.; ALVES, C. A. Modelos tecnoassistenciais em saúde: desafios e perspectivas. In: MORSINI, M. V.; CORBO, A (Org). **Modelos de Atenção e Saúde da Família**. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007. p. 27-41.

SILVA, L. M. S. Conceitos, Abordagens e Estratégias para Avaliação em Saúde. In: HARTZ, Z. M. A.; SILVA, L. M. V. **Avaliação em Saúde: Dos Modelos Teóricos à Prática na Avaliação de Programas e Sistemas de Saúde**. Salvador/ Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005. p.15-39.

SILVA-ROOSLI, A. C.; ATHAYDE, M. Gestão do trabalho e psicodinâmica do reconhecimento no cotidiano da estratégia de saúde da família. In: ASSUNÇÃO, A. A.; BRITO, J. **Trabalhar na Saúde: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e emprego**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

SOUSA, M. F.; MENDONÇA, A. V. M. Mais equipes de saúde para o Brasil. In: SOUSA, M. F.; FRANCO, A. S.; MENDONÇA, A. V. M. **Saúde da Família nos municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro**. Campinas, SP: Saberes Editora, 2014. p. 629-668.

SOUZA, W. F. **Gestão em Saúde, uma perspectiva ergológica: com quantos gestos se faz uma gestão**. Tese de Doutorado. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Psicologia. 2009.

SOUZA, E. R. et al. Construção dos instrumentos qualitativos e quantitativos. In: **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G (Org). Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2004.

VASCONCELLOS, L. C. F.; SILVA, J. F. S. Uma década de saúde do trabalhador no setor saúde: tempo de construção, avanços e desafios. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 28, n 68, p. 191-205, set/dez. 2004.

VACONCELLOS, L. C. F. A imperfeição da regra trabalhista referente à saúde: da Revolução Industrial à Consolidação das Leis do Trabalho. In: VASCONCELLOS, L. C. F.; OLIVEIRA, M. H. B. **Saúde, Trabalho e Direito: uma trajetória crítica e a crítica de uma trajetória**. Rio de Janeiro: Educam, 2011. p. 125-164.

VACONCELLOS, L. C. F.; RIBEIRO, F. S. N. A construção e a institucionalização da saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde. In: VASCONCELLOS, L. C. F.; OLIVEIRA, M. H. B. **Saúde, Trabalho e Direito: uma trajetória crítica e a crítica de uma trajetória**. Rio de Janeiro: Educam, 2011. p. 423-452.

VASCONCELLOS, L. C. F. et al. O processo de construção das ações de saúde do trabalhador na atenção básica (1990-2002). In: DIAS, E. C.; SILVA, T. L. **Saúde do Trabalhador na Atenção Primária à Saúde: possibilidades, desafios e perspectivas**. Belo Horizonte: Coopmed, 2013. p. 73-91.

VIANA, A. L. D'AVILA.; SILVA, H. P. Desenvolvimento e institucionalização da política social no Brasil. In: VIEIRA, C. M (Org). **Políticas de Saúde no Brasil: continuidades e mudanças**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 31-60.

VIANNA, A. L. D.; FAUSTO, M. C. R. Atenção Básica e Proteção Social: universalismo x focalismo e espaço não mercantil da assistência. In: VIANA, A. L. D.; ELIAS, P. E.; IBAÑEZ, N (Org). **Proteção Social: Dilemas e Desafios**. São Paulo: Hucitec, 2005. p. 150-167.

VIEIRA, M; FILIPPINA, CHINELLI. Relação contemporânea entre trabalho, qualificação e reconhecimento: repercussões sobre os trabalhadores técnicos do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, 18(6):1591-1600, 2013.

ZEN, T. D. **Pesquisa de satisfação do usuário e de profissionais de saúde: uma revisão bibliográfica**. Monografia. Departamento de Medicina Social. Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2008. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/15434/000678498.pdf?sequence=1>. Acesso em: 22/01/2016.

## APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA

1	Idade (anos)	Até 25 ( ) De 26 a 30 ( ) De 31 a 40 ( ) De 41 a 45 ( ) > 45 ( )
2	Gênero	Feminino ( ) Masculino ( )
3	Profissão	Médico ( ) Enfermeiro ( ) Téc.de Enfermagem ( ) ACS ( )
4	Tempo de Formado (anos)	< 2 ( ) De 3 a 5 ( ) De 6 a 8 ( ) De 9 a 10 ( ) > 10 ( )
5	Qualificação Profissional	Espec SF ou afins ( ) Resid SF ou afins ( ) Mest SF ou afins ( ) Dout SF ou afins ( ) Outros ( )
6	Tempo de trabalho na SF (anos)	< 2 ( ) De 3 a 5 ( ) De 6 a 8 ( ) De 9 a 10 ( ) > 10 ( )

7. Fale sobre as atividades diárias desenvolvidas na unidade de saúde? (Identificar aspectos ligados à organização da semana padrão, atendimento aos usuários, relação com a equipe e a relação com o trabalho).

8. Quais são as prescrições para o desenvolvimento do trabalho na saúde da família? (Identificar as normas do trabalho, os protocolos, o contrato de gestão, os critérios dos indicadores de saúde para alcance das metas e a avaliação do trabalho).

9. Qual a contribuição dos trabalhadores para a produção dos resultados dos indicadores de saúde? (Identificar o trabalho em equipe, a competição individual, coletiva e entre equipes, o trabalho sobre produção de resultados, a produção da saúde e a gratificação por desempenho).

10. As equipes de saúde se reúnem para discutir sobre as atividades desenvolvidas no dia para o bom funcionamento do serviço? (Identificar a relação com a equipe, o planejamento das atividades, a reflexão sobre o dia de trabalho, as queixas e as motivações “do” e “no” trabalho).

11. Qual a sua percepção acerca do que seria um bom desempenho no trabalho? (Identificar a relação do trabalhador com o trabalho, o trabalho prescrito e o trabalho real).

12. Você já recebeu gratificações financeiras ligadas ao alcance de metas? Fale sobre esta experiência. (Identificar o conhecimento sobre o modelo de pagamento adotado pela SMS/RJ, os níveis de pagamento (V1, V2, V3), a composição dos indicadores envolvidos com o pagamento repassado às equipes, fragilidades e potencialidades do modelo, o método avaliativo do trabalho, envolvimento da equipe, estímulo à competição entre os profissionais e equipes, sensação de pressão e estresse no dia a dia do trabalho, referência ao sofrimento e adoecimento no trabalho).

13. Em sua opinião, quais os aspectos do seu cotidiano de trabalho que te deixam mais motivado?

**APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO****Dados de identificação:**

**Título do Projeto:** Avaliação do Trabalho na Atenção Primária à Saúde do Município do Rio de Janeiro: uma abordagem em Saúde do Trabalhador.

**Pesquisador Responsável:** Mariana Monteiro de Castro

**Instituição a que pertence o Pesquisador Responsável:** Escola Nacional de Saúde Pública - ENSP/ FIOCRUZ

**Telefones para contato:** (21) 9 7597-2552 e (21) 3649-7595

**Endereço eletrônico para contato:** [marianamcastro@hotmail.com](mailto:marianamcastro@hotmail.com)

Nome do voluntário:

\_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ anos R.G. \_\_\_\_\_

O (A) Sr. (a) está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa “Avaliação do Trabalho na Atenção Primária à Saúde do Município do Rio de Janeiro: uma abordagem em Saúde do Trabalhador” de responsabilidade da pesquisadora Mariana Monteiro de Castro. Com esta pesquisa pretendemos contribuir com o conhecimento sobre a avaliação do trabalho pautada no método de pagamento por desempenho, o adoecimento no trabalho e a invisibilidade do trabalho real no cotidiano das unidades de saúde da família.

Tem como objetivo geral analisar a avaliação do trabalho das equipes de saúde da família inseridas nas unidades de saúde da área programática 2.1 no município do Rio de Janeiro. E, tem como objetivos específicos: a) contextualizar as transformações na APS do município do Rio de Janeiro, a partir do novo modelo de gestão do trabalho instituído pela SMS/RJ, b) conhecer as percepções dos trabalhadores da APS quanto ao processo de avaliação adotado pelo município, c) analisar o processo de trabalho em saúde das equipes de saúde da família e a sua relação com o método de avaliação do trabalho baseado no pagamento por desempenho, d) identificar indicadores qualitativos que possam contribuir para o processo de avaliação dando visibilidade ao trabalho real.

Para alcançarmos os objetivos da pesquisa, utilizaremos as informações de produção e desempenho das equipes de saúde contidas nos relatórios trimestrais da CTA da SMS/RJ, produzidos pelo sistema de informações da OS Viva Rio no ano de 2014, e através de entrevistas semiestruturadas, realizadas individualmente com os profissionais das equipes de saúde da família, e por fim aplicação do QSATS. As entrevistas serão realizadas no local de trabalho dos profissionais e serão gravadas com gravador digital para transcrição posterior. Para isso, precisamos contar com a sua colaboração, fornecendo dados e informações para esclarecer possíveis dificuldades encontradas e contribuir com a avaliação do trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS), mas a sua participação é voluntária. O estudo não envolve qualquer tipo de riscos para os profissionais que vão participar das entrevistas. Os dados pessoais e as informações fornecidas ficarão sob a guarda do pesquisador e os resultados da pesquisa serão divulgados sem a identificação de qualquer pessoa. Cabe ainda esclarecer que a realização desta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública (CEP / ENSP / FIOCRUZ) conforme parecer 43969015.4.3001.5279 e Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

Eu, \_\_\_\_\_, RG  
nº \_\_\_\_\_, declaro ter sido informado e concordo em participar, como voluntário, do projeto de pesquisa acima descrito.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

---

**Assinatura do voluntário da pesquisa**

---

**Assinatura do responsável pela pesquisa**

**ANEXOS A – QUESTIONÁRIO DE SAÚDE E TRABALHO EM ATIVIDADE DE SERVIÇO**

## ANEXO B – SEMANA PADRÃO DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Profissional	Nº de Turnos/ Semana (A)	Nº de ações de saúde por turno (B)	Nº de ações de saúde por semana (C) = (A*B)	Meta mínima de acompanhamento (D) = (C*4)
Médico de Família	6	Consulta - 12	72	288
Médico de Família	1	Interconsulta (telemedicina ou consulta com o serviço de apoio especializado / NASF) – 10 (*)	10	40
Médico de Família	1	Visita domiciliar – 4	4	16
Médico de Família	1	Atividade de grupo nas escolas e creches da área – 1 (**)	1	4
Médico de Família	1	Reunião de equipe (**)	-	Não se aplica
Enfermeiro de Família	5	Consulta de enfermagem – 12	60	240
Enfermeiro de Família	1	Interconsulta (telemedicina ou consulta com o serviço de apoio especializado / NASF) – 10 (*)	10	40
Enfermeiro de Família	2	Visita domiciliar – 4	8	32
Enfermeiro de Família	1	Atividade de grupo e nas escolas e creches da área – 1 (**)	1	4
Enfermeiro de Família	1	Reunião de equipe (**)	-	Não se aplica
Técnico de Enfermagem	6	Sala de curativo, vacina, pré- consulta	-	-
Técnico de Enfermagem	2	Visita domiciliar – 4	8	32
Técnico de Enfermagem	1	Atividade de grupo e nas escolas e creches da área – 1 (**)	1	4

Técnico de Enfermagem	1	Reunião de equipe (**)	-	Não se aplica
ACS	7	Visita domiciliar de acompanhamento – 6	42	168
ACS	2	Acolhimento e humanização na unidade	-	-
ACS	1	Reunião de equipe (**)	-	Não se aplica

(\*) para as semanas onde não houver interconsulta com NASF ou teleconsulta, considerar o parâmetro de 12 consultas em consultório como mínimo;

(\*\*) quando não houver atividade de reunião ou atividade de grupo na semana, considerar parâmetro de 12 consultas em consultório como mínimo;

(\*\*\*)A avaliação da produção mínima deverá ser ajustada mediante a existência de feriados, campanhas, mobilizações sociais ou eventos de força maior, que necessitem o fechamento da unidade. As justificativas deverão ser escritas no relatório de atividades.