

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

Wallace Bruno Nunes de Almeida

AS REPERCUSSÕES DA REESTRUTURAÇÃO PRODUTIVA SOBRE O  
ENFERMEIRO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Rio de Janeiro  
2021

Wallace Bruno Nunes de Almeida

AS REPERCUSSÕES DA REESTRUTURAÇÃO PRODUTIVA SOBRE O ENFERMEIRO  
DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Dissertação apresentada à Escola Politécnica de  
Saúde Joaquim Venâncio como requisito para a  
obtenção do título de mestre em Educação  
Profissional em Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Monica Vieira

Rio de Janeiro

2021

**Catálogo na Fonte**

**Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio**

**Biblioteca Emília Bustamante**

**Marluce Antelo CRB-7 5234**

**Renata Azeredo CRB-7 5207**

A447r

Almeida, Wallace Bruno Nunes de

As repercussões da reestruturação produtiva sobre o enfermeiro da estratégia de saúde da família / Wallace Bruno Nunes de Almeida. – Rio de Janeiro, 2021.

139 f.

Orientadora: Monica Vieira

Dissertação (Mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Programa de Pós-graduação em Educação Profissional em Saúde, 2021.

1. Enfermeiros. 2. Atenção Primária à Saúde.  
3. Estratégia Saúde da Família. 4. Trabalho. I. Vieira, Monica. II. Título.

CDD 610.73

Wallace Bruno Nunes de Almeida

AS REPERCUSSÕES DA REESTRUTURAÇÃO PRODUTIVA SOBRE O ENFERMEIRO  
DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Dissertação apresentada à Escola Politécnica de  
Saúde Joaquim Venâncio como requisito para a  
obtenção do título de mestre em Educação  
Profissional em Saúde.

Aprovado em \_\_ / \_\_ / \_\_

BANCA EXAMINADORA

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Monica Vieira – EPSJV/Fiocruz – Orientadora

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Marcia Valéria Guimarães Morosini – EPSJV/Fiocruz – Titular

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Sonia Acioli – UERJ - Titular

*Dedico este trabalho a todos(as) os(as)  
Enfermeiros(as) deste país, que lutam  
incessantemente por melhores condições de  
trabalho. Sabendo que para alcançar tal  
objetivo precisamos derrubar o sistema global  
que nos oprime desde o nascer.*

*Fora Bolsonaro! Fora Mourão! Fora Guedes!  
Pelo Poder Popular*

## AGRADECIMENTOS

São tempos cada vez mais difíceis, chego ao fim desta jornada com o mundo pior do que quando a iniciei. A classe trabalhadora, após morrer por conta de um projeto genocida de Estado, forma filas por restos de alimentos. Cada palavra aqui escrita foi exalada pelo suor da precarização do meu trabalho, dos dias de insônia e de tristeza, mas com o pouco de energia que consegui reunir ao ver os meus pares sofrerem diariamente neste mundo injusto, aqui conluo.

Mas não conluo sem antes agradecer a quem me trouxe até aqui. Marisa, Manuela e Maria Luisa. Sem vocês nada disso seria possível ou faria algum sentido. Obrigado por me suportarem nos dias mais difíceis da minha vida até aqui. Me perdoem pelos dias ausentes de estudo e de muita escrita. Obrigado mãe, Maria da Glória, por ser minha inspiração a seguir na Enfermagem. Agradeço também a todos meus amigos do trabalho por segurarem as pontas enquanto eu me ausentava para estudar, em especial, Rosana, Marcos, Isis, Tatiana e Patricia Hauat.

Obrigado a todos os Enfermeiros e Enfermeiras que me ajudaram e enriqueceram este trabalho ao compartilharem suas experiências na ESF. Agradeço a minha primeira orientadora, que me incentivou e me mostrou que era possível ingressar no mestrado, obrigado Lidiane.

Foi no mestrado que tive a chance de conhecer trabalhadores e trabalhadoras incríveis, cada qual com sua luta, mas com o objetivo de transformar a nossa sociedade em uma que fosse igualitária e livre da exploração do homem pelo homem. Agradeço a ela, que teve paciência, carinho e um olhar diferenciado sobre o meu trabalho, tornando-o possível, mesmo que em meio a um turbilhão de dificuldades e emoções. Obrigado Mônica Vieira, minha orientadora.

A todos os mestres da Escola Politécnica que me ensinaram a ter um olhar crítico, materialista e histórico-dialético. E que me mostraram que a ciência deve ser voltada para o povo, somente assim, fazendo sentido. Desta forma, agradeço em especial minhas mestras Marcia Valéria, Filippina, Carla, Anna e Sônia.

*“Não pode dar o pão porque este governo é burguês. No melhor dos casos, dará ao povo, como deu a Alemanha, uma ‘fome genialmente organizada’. Mas o povo não vai querer suportar a fome. O povo aprenderá, e sem dúvida rapidamente, que há pão e que ele pode ser obtido, mas somente lançando mão de medidas que não se inclinem perante a santidade do capital e da propriedade da terra.”*

*(Vladimir Ilich Lênin, Cartas de Longe, Carta 1, março de 1917)*

## RESUMO

O capitalismo é marcado por ciclos que trazem consigo diversas formas de reestruturação produtiva. Este trabalho está inserido no contexto da globalização das práticas neoliberais. Parte-se da afirmação de que as reestruturações produtivas postas em prática repercutem negativamente sobre a produção da saúde, ao que aqui interessa, a Atenção Básica à Saúde (ABS) brasileira e sobre os trabalhadores Enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família do município do Rio de Janeiro. Desta forma, tomando como norteador o conceito de precarização do trabalho, buscou-se identificar as expressões da reestruturação produtiva da ABS e seus impactos para a prática do Enfermeiro e compreender como esta prática é afetada pelos efeitos da reestruturação produtiva e as relações de trabalho atuais. A construção desta dissertação parte das concepções do materialismo histórico-dialético e o seu referencial teórico. Sob uma perspectiva qualitativa, realizou-se o levantamento bibliográfico, e a partir da técnica de análise temática, enquanto procedimento metodológico, foi realizado o tratamento do questionário aplicado. Esta pesquisa foi atravessada pelo contexto da pandemia da COVID-19, gerando adaptações conforme a realidade que se apresentou. Contudo, foi possível analisar as percepções de enfermeiros da APS sobre as repercussões deste contexto e discutir como chegam associadas às repercussões objetivas e subjetivas, em sua maioria negativas, como pudemos observar, da reestruturação produtiva da atenção primária à saúde, no município do Rio de Janeiro.

**Palavras-chave:** Trabalho; Reestruturação Produtiva; Precarização do Trabalho; Enfermeiros; Atenção Básica à Saúde.

## ABSTRACT

Capitalism is marked by cycles that bring with them various forms of productive restructuring. This work is inserted in the context of the globalization of neoliberal policies and practices. It starts with the assertion that the productive restructuring put into practice has a negative impact on the production of health, in what matters here, the Brazilian Basic Health Care (BHC) and on the workers Nurses of the Family Health Strategy (FHS) in the city of Rio de Janeiro. Thus, taking as a guide the concept of precarious work, we sought to identify the expressions of the productive restructuring of BHC and its impacts on the practice of nurses and understand how this practice is affected by the effects of productive restructuring and current labor relations. The construction of this dissertation is based on the conceptions of historical-dialectical materialism and its theoretical framework. From a qualitative perspective, a bibliographic survey was carried out, and from the thematic analysis technique, as a methodological procedure, the treatment of the applied questionnaire was carried out. This research was crossed by the context of the COVID-19 pandemic, generating adaptations according to the reality presented. However, it was possible to analyze the perceptions of FHS nurses about the repercussions of this context and discuss how they come associated with objective and subjective repercussions, mostly negative, as we observed, of the productive restructuring of Basic Health Care in the city of Rio de Janeiro.

**Key words:** Work; Productive Restructuring; Precariousness of Work; Nurses; Primary Health Care

**LISTA DE TABELAS**

**TABELA 1.....29**  
**TABELA 2.....79**

## LISTA DE SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AIS	Ações Integradas de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
BM	Banco Mundial
SUS	Sistema Único de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
CF	Clínicas da Família
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CMS	Centros Municipais de Saúde
DCNT	Doenças crônicas não transmissíveis
EPI	Equipamentos de Proteção Individual
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FAT	Fundo de Amparo ao Trabalhador
FGTS	Fundo de garantia do tempo de serviço
FMI	Fundo Monetário Internacional
ICD	Instrumento de coleta de dados
LRF	Lei de Responsabilidade Fiscal
MARE	Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado
ONG	Organização não governamental
OSs	Organizações Sociais
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
POP	Procedimento Operacional Padrão
PROESF	Projeto de Expansão e Consolidação Estratégia Saúde da Família
PSF	Programa de Saúde da Família
SCP	Sociedade em Conta de Participação
SMS	Secretaria municipal de saúde
SPDM	Sociedade Paulista para Desenvolvimento da Medicina
TCLE	Termo de consentimento livre e esclarecido
TEIAS	Territórios Integrados de Atenção à Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	12
<b>CAPÍTULO 1 - A REESTRUTURAÇÃO PRODUTIVA, A PRECARIZAÇÃO COMO REGRA E SEUS REFLEXOS NO TRABALHO EM SAÚDE</b> .....	20
1.1. APREENSÃO DE CONCEITOS GERAIS SOBRE O TRABALHO EM MARX E NOS MARXISTAS.....	20
1.2. O FETICHISMO DA MERCADORIA E A ALIENAÇÃO ENQUANTO DESSENTIDOS DO TRABALHO.....	21
1.3. REESTRUTURAÇÃO PRODUTIVA: do Toyotismo à Nova Gestão da Empresa de Novo Tipo na Saúde.....	25
1.4. O TRABALHO NO CAMPO DA SAÚDE: um corpo alienado, um trabalho estranhado.....	30
1.5. A INFLUÊNCIA NEOLIBERAL SOBRE O SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO – SUS e APS sob ataque ideológico imperialista.....	37
1.6. NA EMPRESA REESTRUTURADA, PRECARIZAÇÃO É A ORDEM DO DIA.....	39
<b>CAPÍTULO 2 - A ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE E O PROTAGONISMO DO ENFERMEIRO</b> .....	45
2.1. EXPANSÃO E DESMONTE: a atenção primária à saúde no Município do Rio de Janeiro.....	45
2.1.1. A expansão.....	46
2.1.2. O desmonte.....	50
2.2. O TRABALHO DO ENFERMEIRO NA ABS DIANTE DAS RELAÇÕES PRODUTIVAS NO CAPITALISMO CONTEMPORÂNEO – alienado, precário e flexível.....	52
2.2.1. Enfermagem como trabalho: breve recuperação histórica.....	53
2.2.2. Processo de trabalho do enfermeiro na ABS.....	56
<b>CAPÍTULO 3 - PERCURSO METODOLÓGICO</b> .....	61
3.1. PESQUISA DE “CAMPO”? Sobre a trajetória da coleta de dados.....	61
3.2. SOB A ÓTICA DO MATERIALISMO HISTÓRICO-DIALÉTICO.....	63
3.3. ABORDAGEM, INSTRUMENTO E TRATAMENTO DO MATERIAL EMPÍRICO...65	
<b>CAPÍTULO 4 - PERCEPÇÕES SOBRE O TRABALHO DO ENFERMEIRO DA ESF CARIOCA</b> .....	69
4.1. CARACTERIZANDO OS SUJEITOS.....	69
4.2. PERCEPÇÕES SOBRE O TRABALHO NA ESF E SUAS REPERCUSSÕES - antes da	

pandemia da covid 19.....	74
<b>4.3. QUESTÕES RELACIONADAS AO TRABALHO DO ENFERMEIRO DA ESF</b>	
<b>DURANTE A PANDEMIA.....</b>	<b>82</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>89</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>94</b>
<b>APÊNDICE A.....</b>	<b>101</b>
<b>APÊNDICE B.....</b>	<b>108</b>
<b>APÊNDICE C.....</b>	<b>111</b>
<b>APÊNDICE D.....</b>	<b>113</b>
<b>APÊNDICE E.....</b>	<b>116</b>
<b>APÊNDICE F.....</b>	<b>128</b>
<b>APÊNDICE G.....</b>	<b>132</b>
<b>APÊNDICE H.....</b>	<b>134</b>

## INTRODUÇÃO

O contexto deste estudo é o da reestruturação produtiva, fenômeno mundial que vem afetando a Atenção Primária à Saúde (APS), ou Atenção Básica à Saúde (ABS). Apesar do termo APS ser de uso internacional, neste estudo, ao pensarmos no cenário brasileiro e mais especificamente o município do Rio de Janeiro, utilizaremos também o termo ABS. Isto se deve ao fato de que importa, neste caso, situar historicamente a trajetória do Sistema Único de Saúde (SUS) e as disputas por hegemonia das ideias e práticas em saúde primária, ou da porta de entrada do Sistema. Portanto, cabe ressaltar que não considero que há termo melhor que o outro, mas que ambos trazem consigo disputas que marcaram concretamente a forma de fazer políticas de saúde pública, a forma econômica de lidar com o seu financiamento, assim como o ensino e a prática em saúde.

Entendo que no momento histórico do qual faz parte este estudo, a reestruturação produtiva é parte da globalização das práticas e políticas neoliberais. Desta forma, situa-se como ponto de partida do neoliberalismo a década de 1970, momento de profunda crise do capital global que demandou um atualizado viés ideológico que o reestruturasse. Fenômeno que chega aos dias atuais e com expressões variadas a depender da posição em que se encontra o Estado capitalista neste jogo. Considera-se ainda que as formas de expressão das políticas neoliberais, de impacto global, tenham peculiaridades no Brasil, principalmente pelo seu caráter de desenvolvimento capitalista-dependente e o seu papel na divisão mundial do trabalho. Portanto, estas particularidades, influenciaram também no desenvolvimento histórico do SUS, conseqüentemente da ABS, mas com tensionamentos provocados por personagens e movimentos em prol deste sistema, discutidos ao longo do trabalho.

É possível localizar historicamente o desenvolvimento do pensar em cuidados primários que levaram ao esboço da ideia de APS no mundo, sendo esta análise crítica feita no percurso bibliográfico apontado neste estudo. No Brasil, a experiência em cuidados primários abarcou desde cuidados comunitários focalizados quanto experiências formais em atenção primária, como foi a do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), Programa de Saúde da Família (PSF) e da própria Estratégia de Saúde da Família. Buscou-se, com estes programas, a mudança da lógica da Atenção Básica tradicional e a consolidação do SUS a partir da centralidade da ESF incorporada nos municípios como nova lógica dos cuidados primários em saúde.

A expansão da Estratégia de Saúde da Família no Brasil é notória e no município do Rio de Janeiro, a partir de 2009, ela ocorreu de forma singular com a implantação de Clínicas da

Família, alcançando diversos vazios sanitários e saindo de 7,34% de cobertura da ESF para 59,47% em dezembro de 2016 (Brasil, 2017). Este município utilizou as Organizações Sociais (OSs), a serem descritas ao longo do estudo, como gestoras dos serviços de saúde a partir da promulgação da Lei Municipal nº 5.026/2009, sob a justificativa dos insucessos das formas de gestão da saúde anteriores e da eficiência que esta forma traria à APS no município. Os impactos sobre a saúde da população são tema de diversos estudos, mas cabe levantar como foi esta expansão do ponto de vista do trabalhador e as repercussões sobre a sua vida no trabalho e socialmente.

Apesar das repercussões positivas sobre a saúde da população, a partir de buscas nas principais bases de dados científicos nacionais, é possível afirmar que ainda são escassas as análises dedicadas às relações entre reestruturação produtiva e o profissional enfermeiro da ESF e conseqüentemente à sua prática de cuidado em saúde e demais processos de trabalho, além dos impactos no âmbito da reprodução social deste trabalhador. No caso deste estudo importa compreender, de forma mais aprofundada, as repercussões sobre o trabalhador enfermeiro que tenha vivenciado a expansão da ESF nos seus diversos momentos históricos, mesmo que antes de 2009, até a gestão municipal atual, no ano de 2020.

Em vistas de corroborar com a afirmação da escassez de estudos acerca das repercussões da reestruturação produtiva sobre o trabalhador enfermeiro da ESF, ressaltamos que, partiu-se dos descritores iniciais: Atenção Primária à Saúde (sinônimo Atenção Básica à Saúde); Estratégia Saúde da Família; Enfermeiras de Saúde da Família; Trabalho Precário e; Capitalismo. Ao utilizar-se todos os descritores, nenhum resultado é encontrado. Algumas combinações de descritores foram possíveis, mas poucos foram os estudos que trouxeram para a análise as condições e a precarização do trabalho.

Como exemplo, citamos o trabalho de Facchini e col. (2007) em “Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da atenção básica à saúde” e o de dos Santos Espíndola e col. (2011) em “Perfil do profissional de nível superior na estratégia de saúde da família”. Neste último, os enfermeiros, médicos e cirurgiões-dentistas destacam a precarização do trabalho, incluindo a falta de vínculo empregatício e salários defasados, além do excesso de trabalho, assim como problemáticas referentes à organização do trabalho na ESF (Espíndola e col., 2011). No estudo de Facchini, ao comparar a Unidade Básica de Saúde (UBS) tradicional com o modelo de Programa de Saúde da Família (PSF), percebeu-se no Nordeste do Brasil que o trabalho precário era significativamente maior no PSF do que na UBS e que no Sul do país não havia diferença (Facchini e col., 2006). Os estudos que referiram as condições de organização do trabalho como influência em aspectos dos processos

de trabalho na Atenção Básica à Saúde mencionam a categoria precarização após o levantamento de dados empíricos, majoritariamente, por meio de entrevistas aos trabalhadores deste campo.

Assim, a precarização do trabalho norteia a ideia de realizar este estudo sendo concebida em meio às reflexões e críticas que pude realizar acerca da expansão da ESF no município do Rio de Janeiro durante meus dez anos de experiência neste campo. Foram duas gestões municipais diferentes ao longo deste período, sendo marcado por um aumento da cobertura de saúde da família na primeira e um recrudescimento desta na segunda. É importante ressaltar que este município, em ambas as gestões, se valeu do uso da terceirização neste processo, trazendo à saúde pública, direito constitucional, a lógica do capital. Neste contexto, compreendo que as repercussões da reestruturação produtiva, sob prescrição do ideário neoliberal, agem de forma negativa no campo da atenção básica e sobre o trabalhador, mas considero também necessário compreender a totalidade sobre esta concretude, a essência sob esta aparência, as mediações e quais são estas repercussões sobre o enfermeiro da ESF. Minhas motivações para realizar este estudo derivam da possibilidade dessa compreensão mais aprofundada.

Há de se dizer também que a reestruturação produtiva não toma uma única face, são diversas reestruturações ao longo destes anos. Identifico o ano de 2009 como ponto de partida, onde a produtividade, ou seja, a quantidade de procedimentos e consultas realizadas passa a ser centralmente considerada nas metas contratuais da gestão municipal em saúde.

Neste sentido, é importante destacar que a produtividade e a qualidade, no momento histórico apontado, estão associadas ao movimento de prestação de contas por parte das equipes de ESF, o *accountability*, e às metas pactuadas entre a secretaria municipal de saúde e as OSs, chamadas de “variáveis”. Estas, caso a equipe alcançasse sua meta e mediante algumas regras, eram, trimestralmente, revertidas em bônus salariais. Configurava-se aí uma forma de gestão orientada por lógica empresarial com repercussões nos processos de trabalho da ESF.

Ao analisar o período histórico atual, do ano de 2016 até 2020, a Atenção Básica encontra-se com modelos diferenciados de Contrato de Gestão, onde profissionais de diferentes áreas programáticas (modelo de divisão dos territórios de saúde neste município discutido à frente) recebem salários desiguais. Novas OSs são incorporadas e outras são descartadas, além da inserção de uma empresa pública municipal, a RIO SAÚDE, nesta amálgama de vínculos.

A nova gestão municipal vem, desde a sua eleição (2017), tecendo críticas ao modelo de OSs, impondo diversas auditorias sobre a gestão da organização social. Com isso os repasses financeiros têm sofrido atrasos, fato que tem levado ao sofrimento subjetivo e objetivo do trabalhador da ESF, e suscitado diversas mobilizações e greves, além de constantes disputas

entre trabalhadores, OSs e gestão municipal na justiça trabalhista. Há também quebra de contrato, unilateralmente, por parte da prefeitura, sob o pretexto de má gestão dos recursos. O trabalhador em um momento é gerido por uma empresa e em outro está desempregado, à mercê da opção da nova empresa pública ou OSs em contratá-lo ou não. Neste contexto, pode-se perceber também, o avanço de “contratos de trabalho” por meio de sociedade em conta de participação (SCP), como é feito com a Doctor VIP em clínicas da família e hospitais municipais, camuflando a lógica do trabalhador enquanto pessoa jurídica. Assim, sem os direitos trabalhistas concebidos na CLT, o trabalhador perde e é explorado ao extremo. Toda esta insegurança no trabalho faz com que o trabalhador das diversas equipes que compõem a ESF sofra também com as pressões e assédios dos seus gestores locais, que buscam sua permanência neste posto hierárquico.

Mas é em meio a uma pandemia, a atual COVID-19, que o projeto neoliberal ganha fôlego para pôr em prática a subsunção da saúde pública aos interesses do capital. Isto em muito tem a ver com a dificuldade no tensionamento às ações do capital devido à necessidade do isolamento social para combater o avanço da pandemia. Neste momento, o trabalhador da ESF vive a intensificação da precarização do seu trabalho expressa na utilização de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) de baixa qualidade, quando este não falta ou é incompleto, aumento da carga de trabalho de forma extenuante e novas formas de contratos precários sob a justificativa de combate à pandemia. Somado a isto, temos o grande número de trabalhadores que adoecem ou morrem devido à doença. Portanto, percebe-se que o sofrimento objetivo além de subjetivo deste trabalhador é agudizado pelas frágeis medidas de enfrentamento da pandemia.

As condições de precariedade do trabalho constituem uma realidade hoje da ESF no município do Rio de Janeiro, marcada pelo avanço do interesse neoliberal, pela reestruturação produtiva que visa dar cobertura a este avanço e pela redução contínua do acesso à saúde e pela crise estrutural capitalista acentuada com a pandemia da COVID-19. E esta afirmação baseia-se, também, no fato de que o modelo de gestão da saúde adotado pela prefeitura, terceirização via Organizações Sociais, serve à uma nova lógica de produção da saúde que fragiliza os contratos de trabalho. É importante deixar claro que outros municípios também adotaram esta estratégia, visto que desde 1997, por meio de lei, as OSs foram regulamentadas e tratadas como de interesse público (Brasil, 1998a; 1999b). Normatizadas no município do Rio de Janeiro por meio da lei nº 5.026 (Rio de Janeiro, 2009a) e posterior decreto nº 30.780 (Rio de Janeiro, 2009b), as expressões das políticas neoliberais têm atuado de forma mais livre, subsumindo o trabalhador da saúde ao capital.

Neste ponto, entendemos que é importante deixar claro que as Organizações Sociais são um modelo de empresa, mesmo que do ponto de vista legal fuja desta classificação. Ao firmar um contrato de gestão com a prefeitura, presta serviços de saúde através da alocação de profissionais de saúde nas diversas Unidades Básicas de Saúde (UBS). No caso da ESF, são profissionais que compõem as equipes de Saúde da Família, Núcleos de Apoio ao Saúde da Família, Equipes de Saúde Bucal, Gerentes Técnicos, Administrativos e outros. O vínculo destes profissionais contratados pela OS é pautado na Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). Cabe, também, à OS contratar empresas de manutenção predial, limpeza, transporte e outros, além da compra de insumos. Portanto, sua gestão é total sobre os serviços de saúde na ABS.

Este estudo afirma que estes contratos entre município e OSs configuram uma forma de terceirização dos serviços de saúde e precarização do trabalho, ao associar o que Ricardo Antunes e Graça Druck (2013, p. 219) consideram como uma forma de “precarização social do trabalho”, dentro da “dinâmica da acumulação flexível” imposta pelo capital e sua “lógica de acumulação financeira”. Ao transferir para o setor saúde este modelo de gestão, impõe-se aos trabalhadores pressões para “maximização do tempo” e por “altas taxas de produtividade”, além da “redução dos custos com o trabalho” e pela “volatilidade nas formas de inserção e de contratos” (Antunes & Druck, 2013, pág. 219).

As Organizações Sociais atuam de forma emblemática a partir do que Danièle Linhart (2014) chama de “discurso da empresa moderna”, onde através das “metas” estabelecidas pelo Contrato de Gestão com o Município intensificam-se os ritmos de trabalho para o cumprimento destas “metas”. O trabalhador deve dar provas o tempo todo, demonstrar competência e empregabilidade, devendo justificar a sua presença naquele serviço (Linhart, 2014). Esse quadro gera, inclusive, uma certa concorrência entre as equipes de Saúde da Família e até entre as próprias Clínicas da Família, onde existe um ranking destas clínicas baseado em produtividade e alcance das metas.

Neste contexto, insere-se a reforma trabalhista sancionada no Governo Federal de Michel Temer em 2017, sob a lei Nº 13.467, aqui entendida como uma das ferramentas da reestruturação produtiva no Brasil, que trouxe impactos em diversos aspectos do trabalho e consequentemente na rotina e vida do trabalhador. Dentre eles, Krein (2018) destaca em seu estudo, alguns impactos da reforma: flexibilização das modalidades de contratação, remuneração variável, vulnerabilidade e distanciamento dos direitos do trabalhador, enfraquecimento dos sindicatos, estabelecimento de limites sobre a fiscalização dos postos de trabalho, individualização das relações de trabalho, perda de segurança jurídica, perda de

significado do trabalho como realização pessoal e outros (idem). A partir da análise de Krein (2018) e dos autores citados nos parágrafos anteriores, pode-se perceber que a tendência à terceirização é uma realidade concreta. Entende-se que muitos podem ser os impactos, para o trabalhador, da lógica dessa radicalização da acumulação imposta pelo capital, travestido em tendência mundial à reestruturação produtiva.

Em meio ao avanço da saúde da família enquanto estratégia e a mudança do modelo tradicional de atenção básica encontra-se o Enfermeiro. Profissional que já na graduação é preparado para o atendimento no SUS, pautado no cuidado em saúde por sua legislação profissional e pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Considerando que se trata de uma categoria profissional que tem por característica a vivência de “conflitos relativos ao seu exercício profissional e às expectativas que projetam no seu desempenho” (CAÇADOR; BRITO; MOREIRA; REZENDE & VILELA, 2014, p.614). Diante das exigências por produtividade e excelência, prescritas pelo modelo neoliberal de gestão da saúde, esta pesquisa considera como um de seus pressupostos o fato de que o tipo de vivência no trabalho gerado por esta ideologia leva o Enfermeiro da Estratégia de Saúde da Família (ESF) aos efeitos causados pelo estresse, sobrecarga de trabalho e a estar em constante luta para mostrar-se capaz de ocupar e manter o seu posto de trabalho.

Compreendo ainda, que a forma de gestão da saúde adotada pelo município do Rio de Janeiro, terceirizada, além da reestruturação produtiva prescrita sob a égide neoliberal, gera afastamento sobre o que é preconizado pelo SUS. Portanto, torna-se fundamental compreender a subjetividade do trabalho e dos seus processos, enquanto Enfermeiro, na atual conjuntura e como, na objetividade da prática, esta reestruturação gera impactos no seu trabalho, agora também atravessado pela pandemia.

Em meio a estes entendimentos, o estudo buscou responder a alguns questionamentos: o que motivou a inserção desses profissionais na ESF? O que mudou nessa trajetória? Qual a relação entre o tipo de contrato de trabalho e o desempenho das funções do Enfermeiro da ESF? Como as exigências de produtividade afetam objetiva e subjetivamente a prática? Quais impactos subjetivos, e/ou objetivos, suas relações de trabalho vem sofrendo ao longo do período de 2009 a 2020? De que forma o contexto da pandemia da COVID-19 repercutiu sobre o trabalho e os sentidos do trabalho dos enfermeiros da ESF?

Para responder a essas questões buscamos analisar as repercussões objetivas e subjetivas da reestruturação produtiva da Atenção Básica à Saúde no Enfermeiro da Estratégia de Saúde da Família que atua no município do Rio de Janeiro. E de forma específica procurou-se identificar as expressões da reestruturação produtiva da ABS e seus impactos para a prática do

Enfermeiro e compreender como esta prática é afetada pelos efeitos da reestruturação produtiva e as relações de trabalho atuais.

A dissertação ficou estruturada em quatro capítulos, que além da introdução e das considerações finais, apresentam o processo de desenvolvimento do tema. Partindo dos pressupostos e concepções do materialismo histórico-dialético, método adotado neste estudo, compreendemos que o ponto de partida é a realidade que se apresenta concreta. Sendo esta mediada pelas tensões existentes no campo de disputa de classes. E, entendemos a partir do método, que a concepção que temos desta realidade foi construída de forma social e histórica (MARX apud GRESPAN, 2021).

No capítulo 1, “A Reestruturação Produtiva, a precarização como regra e seus reflexos no trabalho em saúde”, iniciamos uma retomada histórica de categorias marxianas essenciais para reconhecermos a forma de reprodução capitalista e suas imposições sobre a sociabilidade e a forma de reprodução desta sociedade. A partir destas concepções, compreendemos que esta reprodução cria e recria, contraditoriamente, crises cíclicas, reestruturando-se, a partir destas, de diversas formas, mas sempre atualizando as formas de exploração do trabalhador e cada vez mais enraizando sua ideologia por todos os campos da vida, como a saúde pública. E, ao final deste capítulo, apresentamos o trabalho na saúde e os reflexos da ideologia do capital sobre esta prática social no Brasil.

O segundo capítulo fora intitulado “A Atenção Básica à Saúde e o protagonismo do Enfermeiro” e buscamos reconhecer a construção do conceito de Atenção Primária à Saúde e a presença dos ideais capitalistas sobre este. Destacamos a forma como se deu a expansão da Atenção Básica no Brasil e no município do Rio de Janeiro, suas mediações e contradições, até o momento de reestruturação produtiva, marcado enquanto um processo de desmonte das concepções construídas sob a égide do Sistema Único de Saúde. Compreendemos também neste capítulo o trabalho na Enfermagem sob a ordem burguesa, a dialética no seu processo de construção do cuidado em saúde, a precariedade e precarização do seu labor sob a hegemonia ideológica neoliberal.

É no terceiro capítulo que apresentamos nosso percurso metodológico, apoiando-se sobre as concepções de pesquisa qualitativa. Neste, trazemos também o quanto o contexto pandêmico repercutiu sobre a coleta dos dados para o estudo.

O quarto e último capítulo, “Percepções sobre o trabalho do Enfermeiro da ESF carioca”, trata-se da fase analítica dos dados obtidos com a pesquisa. A partir dos dados agregados para a construção das temáticas expostas, baseadas nas questões norteadoras e categorias apresentadas no percurso teórico, percorremos o caminho de encontro à totalidade

inerente ao objeto e suas mediações. Alcançando assim, as considerações finais desta dissertação, sintetizando os pontos centrais do estudo e nossas percepções.

## **Capítulo 1 - A REESTRUTURAÇÃO PRODUTIVA, A PRECARIZAÇÃO COMO REGRA E SEUS REFLEXOS NO TRABALHO EM SAÚDE**

### **1.1. APREENSÃO DE CONCEITOS GERAIS SOBRE O TRABALHO EM MARX E NOS MARXISTAS**

Este estudo, fazendo-se valer da ótica Marxista, toma por princípio de que o trabalho é “criador e mantenedor da vida humana em suas múltiplas e históricas necessidades e, como decorrência dessa compreensão, princípio educativo” (Frigotto, 2002, pág. 13). Quando capturado pelo capitalismo, o trabalho perde o seu sentido enquanto atividade vital e transforma-se em “valor de troca com o fim de gerar mais lucro ou mais capital” (Frigotto, 2002, p.16). Neste sistema, a força de trabalho torna-se mercadoria, o processo produtivo e o produto deste estão alienados do trabalhador.

Em Ramos (2007), observa-se que a categoria trabalho, sob o capitalismo, toma uma expressão de imposição, obrigação e sacrifício, que vai contra a capacidade em potencial do humano para criar, produzir e satisfazer-se. Se, como afirmado anteriormente, é com a realização do trabalho que se produz a própria vida. Diante de alguma necessidade, intrínseca ao ser humano, é sob o trabalho que esta será suprida.

Ainda que em relação de transformação com a natureza, o trabalho sendo um processo alienado, acaba tornando-se apenas uma forma para o ser humano travar uma luta para poder existir (RAMOS, 2007; MARX, 2020). De forma objetiva, Antunes (2017 in MÉSZÁROS, 2017) traz a concepção de alienação da humanidade enquanto um algo externo que obteve um certo tipo de determinação através de um processo histórico, podendo ou não agir contra o indivíduo.

A presença da categoria alienação permite então afirmar que o capital é o “sistema do estranhamento social” (Alves, 2007, p.20). E esta categoria, estranhamento, ou alienação, já que neste estudo trataremos estes enquanto sinônimos, é um obstáculo ao “desenvolvimento do ser genérico do homem através da atividade do trabalho” e a sua origem é remontada ao momento em que surge a “divisão hierárquica do trabalho/propriedade privada” (Alves, 2007, p.20). Ela também estabelece uma relação com o fetichismo da mercadoria, descrita em Marx, onde este oculta o produto/forma-mercadoria como um “produto da atividade do trabalho social”, contradição que será explicada em outro momento, fazendo com que a exploração da força de trabalho torne-se oculta e “intransparente para o mundo do trabalho” (Alves, 2007, p.21).

É possível reconhecer que o capitalismo altera o sentido do processo de trabalho a partir da criação de “novas determinações”, já que seu foco está na produção de valores, a mais-valia<sup>1</sup>, e não em produtos que atendam às necessidades humanas (Alves, 2007, p.33). E a partir da criação do trabalho assalariado, poucos passaram a acumular riquezas com a “exploração e alienação do trabalhador” (Frigotto, 2002, p. 17). O trabalhador passa a estar vinculado a um contrato de trabalho e este reforça a alienação a partir da “legalização da desigualdade” (Frigotto, 2002, p.18).

## 1.2. O FETICHISMO DA MERCADORIA E A ALIENAÇÃO ENQUANTO DESSENTIDOS DO TRABALHO

Um dos pontos mais essenciais da configuração do trabalho sob a lógica capitalista está também na categoria alienação de Marx. A escolha desta categoria, assim como do fetichismo da mercadoria, é embasada na necessidade deste grau de abstração para que se possa compreender, a partir de mediações históricas, a caracterização futura, neste estudo, do trabalho em saúde no Brasil.

Não há a pretensão de se esgotar a discussão sobre estas categorias nesta dissertação de mestrado, mas busca-se dar luz a este tema que, muitas das vezes, é um campo inexplorado pelo profissional Enfermeiro, objeto deste estudo.

Apesar da densidade do estudo produzido por Marx, para descrever o processo que leva ao reconhecimento do fetichismo da mercadoria na sociedade burguesa, caberá neste momento trazer um breve resumo desta trajetória. De forma que possa ser compreendido e descortinado pelo leitor, possivelmente um trabalhador da saúde. Portanto, entende-se que há importância em apreender esta categoria enquanto parte das mediações que permeiam a alienação inerente ao ser humano trabalhador, principalmente, para este estudo, o produtor do cuidado em saúde.

Mészáros (2017), descreve que Marx já percebia a alienação nas relações inerentes ao sistema feudal. Relaciona também, a forma propriedade privada sob o capitalismo como semelhante à forma propriedade sobre a terra. Tendo visto que o domínio sobre esta, por poucos

---

<sup>1</sup> De forma sucinta, Marx compreende que, para produzir determinada(s) mercadoria(s), o trabalhador o faz a partir de um tempo socialmente determinado. O capitalista entra com o capital (dinheiro e meios de produção, por exemplo) e parte deste é destinado a pagar este tempo ao trabalhador, o salário. Considerando que é inerente ao modo de produção capitalista a busca pelo lucro, a mercadoria produzida terá valor superior ao capital inicialmente investido em sua produção. Mas o lucro não é dado de forma abstrata, ele é oriundo do pagamento (salário) em valor inferior ao quanto é produzido pelo trabalhador.

proprietários nobres, determina uma expressão de forma peculiar da alienação. Onde há o estranhamento “do ser humano em geral e se confronta com ele como poder alheio” (MÉSZÁROS, 2017, posição 3437).

A mercadoria, enquanto elemento mais básico da sociedade do capital, torna-se o principal meio de conferir riqueza. E é na acumulação de um incontável número de riquezas que se chega a este ponto. Marx (2020), destaca que esta categoria possui valor de uso e valor de troca.

É a partir da quantidade de “tempo de trabalho socialmente necessário” e da “quantidade de trabalho socialmente necessário”, a força de trabalho, que se alcança o valor de uso do resultado deste processo, a mercadoria (MARX, 2020, posição 6224). A relação entre estes determinantes e a mercadoria é dita da seguinte forma (MARX, 2020, posição 6242 e 6245):

- a) “Quanto maior a produtividade do trabalho, tanto menor o tempo de trabalho requerido” e “quanto menor a quantidade de trabalho que nele se cristaliza, tanto menor o seu valor”; e
- b) “Quanto menor a produtividade do trabalho, tanto menor o tempo de trabalho necessário para produzir um artigo e tanto maior o seu valor”.

Seguindo esta lógica, afirma-se que o valor de troca em uma mercadoria só existe a partir do momento que, tendo o trabalho humano em comum e estando, conseqüentemente, ancorado à uma realidade social, há a permuta entre mercadorias diversas. Nesta relação, estas precisam apresentar o mesmo valor de troca.

Em busca de simplificar este ciclo, entendemos que, nesta relação de troca de mercadorias, uma quantidade N de certa mercadoria X equivale, em igual valor de troca, à uma quantidade M da mercadoria Y. Estas quantidades que igualam os valores de troca de produtos díspares, com seus próprios valores de uso, são alcançadas a partir da “qualidade comum de trabalho humano” a elas atribuído (MARX, 2020, posição 6377).

Examinar esta relação social de forma superficial, nos impede de perceber a modificação pela qual o resultado do processo de trabalho passa. Sem a lente ideal para uma apreensão crítica, materialista, histórica e dialética, dificilmente há o desvelamento da aparência que nos é apresentada. Ao encarar este produto pelo seu caráter social inculcido, percebe-se que, sendo o trabalho categoria considerada vital para o ser humano, suprimindo necessidades a partir da transformação da Natureza, o primeiro há de ser um objeto útil.

Entretanto, neste modelo hegemônico de produção, torna-se este objeto útil em mercadoria, algo externo à vontade do homem que a produz, algo estranho e que lhe nubla inclusive o caráter explorador passível desta forma de interação. É sob este “poder”, algo

“mágico”, da mercadoria - mesmo que feita pelas mãos do homem, mas com os meios de produção pertencentes a outro que objetiva neste artifício explorador acumular riqueza própria – em ocultar as relações sociais por trás do processo de produção, onde se determina o Fetichismo (MARX, 2020).

A não percepção destas nuances criadas a partir da economia política, liberal, impede que reconheçamos o caráter social do trabalho que produz algo. Este, é mantido à margem da relação social realizada com a troca de mercadorias. Naturaliza-se esta interação conforme ela e o próprio sistema seguem seu curso de desenvolvimento.

O fetichismo da mercadoria, então, é perpetuado pelas relações sociais de troca, enquanto realização de uma produção onde o seu resultado não pertence ao produtor, seja pela necessidade de troca criada, seja porque, com a forma propriedade privada sob o capitalismo, o objetivo do processo, assim como os meios de produção, lhe foge o domínio e visa a acumulação de riquezas por terceiros.

A partir do momento em que a expressão do valor da mercadoria toma a forma dinheiro, mais oculto e fora do controle do homem torna-se o caráter social na transformação do trabalho em um produto/mercadoria. Esta se realiza a partir da troca, por intermédio do dinheiro, entre produtores. Desta forma, esta relação inerente à sociedade burguesa, proprietária dos meios de produção, determina uma “formação social em que o processo de produção domina o homem, e não o homem o processo de produção” (MARX, 2020, posição 6479)

Se o objetivo deste modo de produção social burguês é a obtenção de lucro, é possível prever a necessidade do proprietário dos meios de produção de extrair cada vez mais produtividade da força de trabalho, aumentando em quantidade a mercadoria e diminuindo-a em valor de troca, assim como o valor a ser pago ao produtor deste objeto. Tensiona-se também, a necessidade de incremento da demanda em paridade com a produção, em meio à existência de concorrência entre os capitalistas. Culminando em acréscimo na extração da mais-valia.

Um dos produtos do desenvolvimento deste modo de relação social, pautado pela propriedade privada e sua obrigação imprescindível de acumular riquezas, é a produção exagerada de mercadorias e a subsunção do homem a elas. Esta, também se deve ao fato de que o poder externo ao homem, alienante, cria continuamente necessidades alheias ao seu querer, e que acabam por sujeitá-lo a estas (MÉSZÁROS, 2017).

Este ciclo incessante tem vínculo, enquanto resultado, com a ideia burguesa de concorrência e suas próprias necessidades e finalidades. Aplicada, a concorrência é lei natural própria da reprodução social capitalista e, sob o seu julgo, o trabalhador não é visto como ser

humano. Não importando o momento do clique produtivo do capital, se o que o move é a concorrência, o homem é mercadoria e o trabalho, assalariado (MÉSZÁROS, 2017).

Em Marx (2020), a relação entre o operário e o proprietário se dá de forma desigual. Esta, se deve ao fato de que o lucro, do proprietário, advém da expropriação de um excedente do tempo social necessário para se produzir uma mercadoria. Porém, apesar do problema percebido nesta relação, ela torna-se obrigatória no capitalismo. E isto se deve à necessidade dela para que o trabalhador possa viver através do pagamento pelo trabalho. Ressalta-se aqui que, esta categoria marxiana, lucro, vai para além da apresentação simplificada, mas que visa um melhor entendimento geral.

Neste sentido, o que se pretende pôr em questão é que a partir desta relação desigual e inversamente proporcional, pode-se perceber a alienação do trabalhador. Refere-se a esta relação enquanto inversamente proporcional porque, quanto mais o operário produz, mais rico o proprietário se torna. Da mesma forma que, quanto maior a “valorização do mundo das coisas, cresce a desvalorização do mundo dos homens em proporção direta” (MARX, 2020, posição 1969).

Reforça-se que, como já afirmado anteriormente, o trabalho sob a forma de reprodução do capital, “produz-se a si próprio e o operário como mercadoria” (MARX, 2020, posição 1969 e 1972). E esta constatação em conjunto da apreensão do processo de conceituação sobre valor de uso, permite-nos compreender que, quanto mais mercadoria o trabalhador produzir, será ele mesmo mercadoria que fica mais barata (MARX, 2020).

Se o resultado do trabalho, o produto, é a mercadoria, esta é a sua objetivação. Logo, algo que se alcança a partir da fixação do trabalho a um objeto. Este processo pode ser visto, inclusive, no que tange a produção em saúde, aqui posta de forma genérica. Mas é sob o sistema do capital que este produto se encontra estranhado pelo seu produtor, além de independente e inalcançável. Mesmo que necessário para manutenção da vida (MARX, 2020).

Retomemos então às definições iniciais sobre trabalho. Se este é “atividade vital” para o trabalhador, é a “manifestação da sua vida” que ele transfere a outro, para viver (MARX, 1982 apud MÉSZÁROS, 2017, posição 3166). É conferida assim, à esta atividade, que o significa enquanto ser humano, o sentido de ser apenas um meio, em forma de sacrifício, para conseguir manter-se vivo. Tão logo, o produto deste processo não é obtido enquanto seu objetivo próprio, já que este foi conferido a outrem. É o salário que se torna. Por fim, Marx (1982 apud MÉSZÁROS, 2017), afirma que não seria por meio desta forma determinada de trabalho que a vida seria expressa, mas sim, pelo que acontece após o findar das horas vendidas ao burguês.

Compreendida a exposição e discussão até este momento, entende-se que, para a superação do modo de produção que gera estranhamento, é preciso que o trabalho, enquanto expressão do ser humano genérico – manifestação da sua vida – não esteja normatizado a partir das relações de troca mediadas pela propriedade privada (MÉSZÁRIOS, 2017).

### 1.3. REESTRUTURAÇÃO PRODUTIVA: do Toyotismo à Nova Gestão da Empresa de Novo Tipo na Saúde

O sistema capitalista que, também é conhecido por suas crises cíclicas de reprodução do capital<sup>2</sup>. Atua de forma a contorná-la a partir da adaptação do seu modo de produção, mas não transformando sua essência exploradora. E é a partir da década de 1970, em um momento de aprofundamento da crise, que novas vias de reestruturação produtiva transpõem o antigo sistema taylorista/fordista para novas formas de exploração e acumulação “flexibilizadas” (Antunes, 2000, p.38).

Diretamente ligado à “agenda neoliberal”, este novo ideal, de flexibilização, favorece a “individualização, a competitividade e a naturalização das desigualdades sociais e da meritocracia como bases ético-políticas para as relações sociais” (MOROSINI, 2018, pág. 170).

A reestruturação produtiva brasileira, contém similaridades à ocorrida globalmente. Mas seus efeitos são particularmente intensificados pelo padrão de desenvolvimento capitalista-dependente, de industrialização tardia, com um sistema de proteção social parco e notória repressão do capital sobre o trabalho (MOROSINI, 2018).

Neste interim, segundo Peduzzi (2007), é no fim da década de 70 que, com a complexificação dos estabelecimentos de saúde, aumento no número de trabalhadores e sua abertura, sob a orientação de uma medicina tecnológica, há a exigência de um aporte gerencial nos serviços públicos de saúde. A ideologia gerencialista, presente no liberalismo e com mutações no neoliberalismo, é aludida como algo de particularidade neutra. Obscurecendo os

---

<sup>2</sup> O modo de produção capitalista, em busca incessante pelo lucro é mediado por contradições criadas pelo próprio. São diversas as causas de uma crise de reprodução do capital e os fatores também o podem ser. De forma didática, o lucro do capitalista sempre encontrará à sua frente a concorrência de outro capitalista em busca do mesmo objetivo. Aparatos diversos para a obtenção do lucro são criados, onde a maioria incidirá sobre a forma como o trabalho vivo (trabalhador) terá a sua mais-valia expropriada. A diminuição do seu salário é um fator, assim como a intensificação do trabalho. Sendo um processo diretamente proporcional ao poder de compra do trabalhador. Ao passo que, o uso de um mesmo aparato, frente à concorrência no mercado, acaba por não gerar lucro para ambas as partes. Definindo por exemplo, um dos fatores que compõem a lei da queda tendencial da taxa de lucro. Por fim, a produção excessiva de uma mercadoria e o baixo poder de compra desta por parte do humano-que-trabalha, leva à uma crise de superprodução que pode encadear uma crise do capital que, quanto mais globalizado, maiores são suas repercussões sobre a vida.

meios aplicados para o alcance dos objetivos do capitalista e alcançando assim a sua legitimação (GAULEJAC, 2007).

Alves (2018, posição 105), considera que o trabalho em sua lógica flexível, no século XXI, constitui uma precarização imbuída por uma “nova precariedade salarial”. Estando a cabo da gestão pautada no modelo toyotista, a exacerbação da exploração do trabalho e suas novas repercussões sobre o trabalhador. Dentre estas, cita-se:

(1) Precarização das condições de existência social do trabalho vivo decorrente do modo de vida *just-in-time*<sup>3</sup> que produz o fenômeno da vida reduzida e provoca carecimentos radicais nas pessoas-que-trabalham; e a (2) precarização radical do homem como ser genérico, a precarização da pessoa humana-que-trabalha que se manifesta por meio de adoecimentos físicos e psicológicos do sujeito que trabalha. (ALVES, 2018, posição 116)

Refere-se que a flexibilidade pautada é o oposto do modelo rígido/formal do trabalho fordista-keynesiano. E completamente incompatível com o auge de idealização do emprego vivido no modelo estadunidense fordista-keynesiano. O neoliberalismo e sua flexibilidade, renegam esta ideia de trabalho formal como sinônimo de emprego ideal (ALVES, 2018).

Entretanto, não é a superexploração da força de trabalho e sua desvalorização que suprem a sede por acumulação do capital, na forma dinheiro. Sendo o capital financeiro, ou fictício, sua nova forma de busca pela acumulação. Esta, servindo, inclusive, de escape frente às contradições produzidas pelo desinvestimento no capital produtivo e seu já datado problema de exagero na produção frente a um consumo muito abaixo do esperado (ALVES, 2018).

A transição para o toyotismo, neste contexto de reestruturação, traz ideais com vias de foco total na qualidade e outros modos de gestão, onde o trabalhador passa a ser tido como capaz de executar várias operações, tornando-se polivalente. O objetivo é aumentar a produtividade, mas com um número diminuto de trabalhadores. Para tal, a ideologia capitalista moldou-se ao discurso das metas, competências, terceirização ampliada, eliminação de postos de trabalho, produção sob demanda, trabalho em equipe, processo produtivo flexível com o menor tempo garantido, redução ao mínimo do possível dos estoques, fim dos desperdícios, empreendedorismo, cooperativismo, trabalho voluntário, gerência participativa e entre outros ideários desta nova empresa (ANTUNES e DRUCK, 2013).

As mutações do sistema capitalista sob o neoliberalismo, num contexto global, estão relacionadas à subsunção da lógica de produção à financeira. Onde a possibilidade de investimentos de acionistas à uma organização e a pressão, imposta por estes, por uma maior

---

<sup>3</sup> Método de gestão da produção que visava reduzir custos de produção, tempo e minimização de estoques. Estando sempre à mercê do mercado, exigindo novas competências e adaptabilidade do trabalhador subsumido a esta lógica.

rentabilidade, moldam a sua forma gerencial. É neste sentido que se passa a pensar em gestão de recursos humanos, onde a ordem do dia é a flexibilização, adaptação, encurtamento de prazos e imediatismo. Transformando as exigências do mercado em maior exploração do trabalhador (GAULEJAC, 2007).

No Brasil, com o advento do SUS e sua característica descentralizadora das responsabilidades sobre o setor da saúde pública, as discussões sobre a inserção de conhecimentos até então constituídos acerca do tema gestão e gerência em saúde, que já vinham sendo realizadas anteriormente a este momento, tiveram maiores repercussões entre intelectuais e movimentos sociais. Travando conflitos de diversas ordens.

A aplicação deste novo ideário gerencial, aproxima a forma de trabalho do serviço público à lógica privada, com vias de aumentar lucros e flexibilização do processo e organização do trabalho. E, à exemplo da centralidade do capital, esta nova lógica de gestão inseriu-se na saúde pública brasileira e, ao que importa neste estudo, na Atenção Primária à Saúde (APS). Neste sentido, sob a forma de política de Atenção Básica à Saúde (ABS) (TEIXEIRA et al, 2018).

Dentre as transformações neoliberais sobre o trabalho, com repercussões sobre este, no campo da saúde/APS, nos aproximaremos neste momento, de forma geral, no que Gaulejac (2007) destaca serem as relacionadas ao ideário gerencialista. Este autor traz em seu livro *Gestão como Doença Social*, um entendimento sobre o significado de Gestão, o que auxilia na compreensão deste ideário e sua posterior aplicação no terreno da saúde. Sendo este, um “conjunto de técnicas, destinadas a racionalizar e otimizar o funcionamento das organizações (GAULEJAC, 2007, p. 35).

Ao dialogarmos com Alves (2018, posição 223), percebemos que este ideário gerencialista no contexto neoliberal toma a forma de “gestão de pessoas”. Significando, na verdade, uma disseminação e reforço de “valores-fetiches, sonhos, expectativas e aspirações de mercado” (Idem). Em suas palavras, “não se trata apenas de administrar recursos humanos, mas sim, manipular talentos humanos, no sentido de cultivar o envolvimento/dedicação de cada um com os seus ideais (e ideias) da empresa moderna” (ALVES, 2018, posição 226).

Assim como a maior inserção da ideia de gestão e gerência em saúde, a complexificação destes serviços, no âmbito tecnológico, também acarretou o desenvolvimento de uma ampla indústria voltada para insumos inerentes ao campo e suas novas necessidades, como o suporte à prática clínica, diagnósticos e enquanto complementar. Reconfigurando o trabalho em saúde, onde inclusive os profissionais tendem a precisar de equipamentos e procedimentos cada vez mais complexos. Neste sentido, a inovação tecnológica imposta como necessária para

manutenção da vida, traz também a este campo a possibilidade de acumulação do capital em nível global (MATTOS, 2008).

O trabalho flexível também é composto por um local de trabalho reestruturado. E são as tecnologias e maquinários informacionais os principais elementos deste local. Para além de um possível lado positivo sobre o aparato tecnológico, o fato é que isto permitiu uma continuidade forçada do trabalho em todos os momentos da vida do humano-que-trabalha (ALVES, 2018).

No contexto da APS, o trabalho está submerso na tecnologia informacional atualmente. As Clínicas da Família, no Rio de Janeiro, têm como uma das metas principais em seu Contrato de Gestão, a implantação de um prontuário eletrônico. São planilhas, informações, comunicação entre os diversos níveis de atenção e hierarquias, solicitação de atendimento especializado e emergencial etc. Todos dependentes de uma rede de computadores e internet. Exigindo do trabalhador da saúde, já exposto à um trabalho intensificado, novos conhecimentos, habilidades e resiliência/adaptabilidade. Configurando também, a captura da sua subjetividade (ALVES, 2018).

De forma como se já não fosse suficiente, o trabalho não termina ao fim do expediente que lhe é pago. Os smartphones, com suas redes sociais e aplicativos de troca de mensagens instantâneas, são uma exigência não exposta nos termos de contrato, quando há um. O tempo no qual o trabalhador deveria usar para enfim usufruir a sua liberdade, é tomado por mensagens e demandas que não estão mais restritas ao ambiente de trabalho. E isto, Alves (2018, posição 193) refere ser “a materialidade da síntese da mais-valia absoluta e mais-valia relativa, produzindo a ‘vida reduzida’ e o ‘modo de vida’ *just-in-time*”.

Outra característica do trabalho flexível diz respeito também às novas formas de vínculo com o trabalho. Há, inclusive, modalidades diferentes de contrato em um mesmo local de trabalho. Sendo o vínculo do tipo informal o que vem ganhando destaque nestas relações (ALVES, 2018). Toma-se como exemplo a flexibilização atual do trabalho pautado pela CLT, assim como a pejetização nas atividades fim, os contratos por tempo determinado e até mesmo a uberização, onde não há vínculo ou qualquer relação de trabalho.

Teixeira et al (2018), trazem, acerca da inserção e influência do setor privado na forma como os serviços do setor público são ofertados, o conceito da Nova Gestão Pública, estudado por diversos pesquisadores. Este modelo de gestão traz mudanças na “relação de contratação com o setor privado e demais formas de organização da sociedade” com as “instituições do Estado” (1, pag. 117).

A descentralização promovida pela nova lógica de gestão, dos recursos advindos da União, com o SUS e a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), visando sobretudo um certo

“equilíbrio fiscal”, “obrigaram os municípios” a pensar novas formas de dar conta da necessidade de expansão do PSF, carro chefe deste processo de reestruturação do sistema de saúde brasileiro (TEIXEIRA et al, 2018, pag. 120). E assim, sob o ideário neoliberal na Atenção Básica à Saúde e em vias de reforma Estatal, a justificativa de promover “participação da sociedade civil” por meio de Organizações Sociais (OS) na gestão da saúde, entre outras questões de ordem econômica, ganhou espaço expressivo neste campo com a lei federal de número 9.637 de 1998 (TEIXEIRA et al, 2018).

O motivo oficial que se usaria para lançar mão do uso das OS na gestão da saúde também gira em torno de uma ineficácia para gerir este tipo de trabalho, e os demais campos que ele abarca, por parte do serviço público e os problemas com o limite de despesas e investimentos na ABS gerados pela LRF. Entretanto, segundo os autores, aos estudos sobre esta temática ainda falta uma análise “sobre o processo de incorporação da força de trabalho nessas experiências [gestão por meio de OS e outras formas] e sobre a forma como mobilizam e interagem com interesses do setor privado” (TEIXEIRA et al, 2018, pág. 122).

Aponta-se que as Organizações Sociais passaram a se qualificar, por meio de “associações civis sem fins lucrativos” e “orientadas diretamente para o atendimento do interesse público”, enquanto “modelo de organização pública destinado a absorver atividades consideradas publicizáveis” a partir da publicação, de 1995, do Plano Diretor que guiaria a “reforma administrativa brasileira” (TEIXEIRA et al, 2018, pág. 123).

Conforme os autores, os objetivos desta reforma incluem:

“[...] maior autonomia e flexibilidade; maior responsabilidade para os dirigentes; foco no cidadão-usuário e maior controle social desses serviços por parte da sociedade, por meio dos seus conselhos de administração e, ainda, fortalecer mecanismos que privilegiem a participação da sociedade tanto na formulação quanto na avaliação do desempenho da organização social, viabilizando o controle social e, assim, finalmente, ampliar a parceria entre Estado e a sociedade, baseada em resultados” (TEIXEIRA et al, 2018, pág. 123).

Para além destes objetivos, uma das vantagens descritas está no fato de que a OS poderia contratar o seu pessoal conforme o comportamento do mercado privado acerca dos custos salariais. E, a partir desta lógica, próxima à do setor privado, pode-se modificar as relações com os trabalhadores e redefinir a “relação desempenho-recompensa”, como descrito no projeto do Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE) (TEIXEIRA et al, 2018, pág. 125).

Afirma-se que, com um início modesto, o uso das OS teve sua maior expressão a partir dos anos 2000. Trata-se inclusive que as adaptações implementadas pelos estados e municípios teriam a ver com o não uso integral do controle, previsto na lei 9.637, por parte dos governos, ao gerir, de forma flexibilizada, recursos de ordem pública. Associa-se a isso os limitados

recursos públicos, por conta da LRF, e à dificuldade de “operacionalizar o SUS na estrutura burocrática do Estado”. Contrapondo “uma proposta de mudança na relação Estado-Sociedade que estimulasse a participação do terceiro setor na gestão” (TEIXEIRA et al, 2018, pág. 126).

O uso difundido desta forma de gestão e a sua heterogeneidade, na prática, abarcou maior número de trabalhadores sob diversos padrões de contrato e diferentes formas de recrutamento. E, a estes fatores, pode-se atribuir como consequência a forma frágil e diversificada como é lidada a questão salarial e benefícios aos empregados, situação que tem a ver com a baixa e pouco efetiva participação do trabalhador nos processos de gestão, a depender do município (TEIXEIRA et al, 2018).

Portanto, aos diferentes modelos de gestão determinam-se “valores” relacionados à “racionalização de um abstrato científico”, à “eficiência” pautada no custo, no “accountability” enquanto “flexibilização administrativa” e forma de “prestação de contas à população”, adverso ao sentido de participação social, e ao “mérito” por meio de “competitividade e gratificação por desempenho” (TEIXEIRA et al, 2018, pág. 125 e 136).

Contudo, mesmo diante da importância de levar assistência em saúde aos rincões do Brasil, estes modelos de gestão, com vieses do “gerencialismo e privatização”, trouxeram a “individualização das relações de trabalho, a iniquidade nessas relações e a regionalização de interesses” (TEIXEIRA et al, 2018, pág. 137 e 138).

Bem como o desenvolvimento do capitalismo, em sua totalidade, hoje em sua forma mais avançada, traz em seu âmago contradições como a produção da “individualidade pessoal” ao passo que reproduz a “despersonalização como processo de alienação/estranhamento” (ALVES, 2018, posição 480).

#### 1.4. O TRABALHO NO CAMPO DA SAÚDE: um corpo alienado, um trabalho estranhado

Para conceituar este tipo específico de trabalho, uma compreensão das características materiais históricas, mediações e determinantes que esta categoria exige, demandaria um esforço para além do limite temporal que se encontra este estudo. De forma resumida, aqui se assume que o trabalho em saúde é um conjunto de práticas que “tomam como objeto de trabalho o corpo coletivo investido socialmente” e em seguida, noutro momento histórico, enquanto “corpo individual” (LIMA, 2007, pag. 92).

Ao se levar em consideração a multiplicidade de profissões que compõem este processo de trabalho. Soares, Souza e Campos (2016), nos dão pistas de como alcançar este conceito. A

partir da lente disponibilizada pelo método, materialismo histórico-dialético, os autores ditam que, para alcançar tal conceito, é preciso ter em vista os “regimes concretos de trabalhos específicos das ocupações que compõem o setor, considerando determinações históricas e relações sociais” e assim, com os “parâmetros da totalidade social”, sendo desconstruída a representação abstrata deste tipo de trabalho, prossegue-se à “reconstituição dos elementos do trabalho em saúde em categorias mais simples” (SOARES, SOUZA e CAMPOS, 2016, pag. 45).

Os autores identificam os seguintes elementos concretos que fazem parte da realidade plural dos trabalhadores que constituem o campo:

“gênero; qualificação; formação educacional; mercado de trabalho; vínculos empregatícios; remuneração; mercado interno de trabalho; transferências, promoções e demissões; absenteísmos; autonomia e relação com a chefia; ação coletiva; fluxo e condições de trabalho; a característica relacional no processo de trabalho; a influência da tecnologia; os erros procedimentais e a saúde dos trabalhadores.” (SOARES, SOUZA e CAMPOS, 2016, pag. 45)

Codificados estes elementos, “retorna-se ao objeto, caracterizando-o como combinação dos processos de trabalhos específicos e síntese de múltiplas determinações” (SOARES, SOUZA e CAMPOS, 2016, pag. 45).

O trabalho em saúde é marcado pela cooperação entre profissionais de diversas categorias com um objetivo em comum. Parte-se do pressuposto de que há elementos gerais que determinam seus processos de trabalho, mas é na especificidade de cada ocupação que se encontram suas principais diferenças. Estas, na sociedade capitalista, dentre outras questões de ordem da sua reprodução e seu desenvolvimento histórico, marcam também a determinação da divisão social e técnica do trabalho. Na primeira, com sua correlação na sociedade, associa-se à manutenção da força de trabalho com vias de continuidade e, possível incremento, da extração da mais-valia. Já a divisão técnica, está relacionada à práxis do trabalho. E, conforme as especificidades das profissões, graus de qualificação e especialização, diferentes ganhos salariais e ritmos de trabalho são impostos, configurando diferentes grupos sociais de trabalhadores (SOARES, SOUZA e CAMPOS, 2016).

Compreende-se também que, as diferentes práticas em saúde agem sobre o “o processo de produção da vida” e, ao mesmo tempo, “criam e recriam as condições necessárias à produção econômica” (LIMA, 2007, pag. 92). Para entender a “reestruturação produtiva desse trabalho”, em saúde, ao longo da história, é preciso reconhecer a “própria natureza da realidade social na qual se inscreve e que a redefine historicamente” (LIMA, 2007, pag. 92).

A necessidade desta reestruturação, que se enraíza sobre este campo, não tem origem apenas na evolução do saber e da intelectualidade, mas, em primazia, com as demandas de

ordem social criadas. Pois, compreendemos que estas surgem a partir do desenvolvimento do capitalismo, e a forma ímpar que este sistema encara o trabalho. E que são geradas, constantemente, frente às novas implicações que este tipo de sociedade, dividida em classes, permite.

Reforça-se aqui que, como percebido anteriormente, o produto direto do trabalho em saúde é o cuidado em saúde. Ao analisarmos o conceito de alienação, pode-se perceber que, o citado produto, comumente abarca vieses de diferentes ordens. Onde, o profissional da saúde, enquanto trabalhador submetido à forma, lógica e ideologia da produção capitalista sobre o seu campo, é conseqüentemente, possuído pelo estranhamento do processo de trabalho, do “objeto” – entre aspas para diferenciar este tratamento genérico para fins didáticos e a reificação do ser humano que demanda cuidado em saúde – e do resultado. Dito isto, percebe-se que esta categoria repercute no trabalho e conseqüentemente, na forma de interação com os pacientes

Cabe ressaltar que, a alienação do trabalhador da saúde está intimamente ligada aos distintos momentos históricos concretos, diferentes graus de desenvolvimento do capitalismo e das suas várias formas de reestruturação produtiva ao longo dos seus ciclos de crise e ascensão. Assim como à participação da educação profissional e seus diferentes determinantes, a depender do tipo e do grau de desenvolvimento do sistema capitalista (em certo país, estado, município, região etc.) e da correlação de forças existente. Portanto, o trabalho em saúde pode se expressar de diferentes formas, conforme os critérios genéricos citados anteriormente e outros a serem apontados ao longo deste estudo.

Ao paciente/usuário necessitando de cuidado em saúde, também é possível aplicar o conceito de alienação do ser humano. Neste sentido, o seu sofrimento também é causado por determinantes de diferentes ordens dentro da lógica capitalista. Podendo o profissional da saúde, desenvolver um processo que reforce um caráter alienante/desumanizador no seu produto ou tensionar a realidade concreta na qual vive por meio de ações que permitam resultar no cuidado humanizado.

Em vista de desenvolver uma melhor discussão sobre um cuidado em saúde que promova a humanização, é necessário trazer certos conceitos e discussões acerca desta temática. Por humanização entende-se, de forma mais ampla, mediante o método científico aqui utilizado, que se trata do desenvolvimento histórico do gênero humano. O qual tende a complexificar-se enquanto ser social que age sobre a realidade.

A categoria citada acima também encontra diversas definições em outros campos da ciência, dentre eles a saúde coletiva. A sua negação, ou a desumanização, também é objeto de estudo deste campo. Esta antítese pode ser lida enquanto um problema de cunho moral ou que

está presente dentro de um âmbito meramente interrelacional, entre paciente e profissional. Ou restritas ao âmbito da gestão, ignorando o contexto do trabalho. Para alguns, inclusive, o avanço tecnológico é causador de desumanização (GOMES, 2010).

Consideramos que estas definições possam ter vieses ao desconsiderar o que de fato é ser humano e o seu desenvolvimento histórico, marcado por mediações. Desta forma, acreditamos que a acepção mais adequada advém do conhecimento de que o humano não vem ao mundo marcado por uma essência natural. Mas que este faz-se enquanto tal, mediante um conjunto de relações sociais que, inclusive, são abalizadas por contradições (GOMES, 2010).

No capitalismo, definido enquanto relação social, o desenvolvimento humano genérico é marcado pela alienação. Ou seja, há um distanciamento entre o seu grau de desenvolvimento e o grau de apropriação dos indivíduos sobre este. Mas, o distanciamento não acontece de forma igual, depende-se dos diversos tipos de coletividades, as quais determinam uma maior ou menor apropriação. Fato que também marca o quanto as suas objetivações tornam-se independentes do seu próprio controle (GOMES, 2010).

É este estranhamento, advindo das contradições no desenvolvimento do ser social, que leva à antítese da humanização, a desumanização. Portanto, mesmo que haja tal desenvolvimento, sob o capitalismo este o faz de forma dialética. Podendo ser tanto humanizador por um aspecto, quanto desumanizador.

Todavia, a alienação presente no trabalho sob o capitalismo, ocorre transversalmente. Repercutindo também no campo da saúde. Desta forma, ao passo que se desenvolvem as práticas em saúde, estas tendem a ser humanizantes e desumanizantes. E isto deve-se à subsunção do trabalho neste terreno à lógica da acumulação e do lucro (GOMES, 2010).

Feitas estas considerações, parece importante trazer a este estudo alguns pontos sobre o desenvolvimento do cuidado em saúde de caráter desumanizante. Observando com proximidade a dialética sobre este processo. Já que, por exemplo, o produto, cuidado em saúde, pode ser determinado por um modo de trabalho alienado e, ao mesmo tempo, ser algo que contribua para o entranhamento do labor neste campo.

Para tal, recorre-se a um recorte do vasto estudo de Deslandes acerca da humanização/desumanização dos cuidados em saúde para buscar elucidar este processo. Onde, em dado momento, sintetiza ações que podem reproduzir para ambos os processos na prática do cuidado. Conforme afirmado anteriormente, sob uma visão atenta aos processos de fetichismo e alienação do processo de trabalho, nos ateremos às práticas reprodutoras da desumanização.

Construiu-se neste estudo a tabela a seguir com dados retirados do estudo de Jan Howard presentes em Deslandes (HOWARD, 1975 apud DESLANDES, 2006, pág. 37 – 39):

Tabela 1

Práticas reprodutoras da desumanização	Sentido prático
“tratar pessoas como coisas”	Sujeito reificado, simples objeto de intervenção. Não tem papel no cuidado.
“desumanização pela tecnologia”	A relação direta entre o profissional e o paciente se torna dispensável. O cuidado é centrado em procedimentos e mediado por máquinas.
“desumanização pela experimentação”	Traz questões de ordem ética, bioética, na experimentação praticada em humanos.
“pessoa como problema”	Uma das repercussões da prática em saúde que reduz a pessoa, seus conflitos e subjetividades à uma doença.
“pessoas de menor valor”	Percebido em uma sociedade estruturada na classificação das pessoas, por exemplo: a partir da sua raça, gênero e classe social. Conferindo graus de valor hierárquico a estes determinantes. Desta forma, pautando a ação em saúde prestada conforme dada importância imputada a quem necessita do cuidado.
“pessoas isoladas”	Possível repercussão do trabalho alienado do profissional da saúde, onde o paciente torna-se algo que é externo a este sistema, estranho ao seu processo laboral. Levando à mútua falta de identificação entre os atores deste processo, usuário e trabalhador.
“pessoas como recipientes de cuidados subpadronizados”	Apesar do conhecimento prático e científico estar dado, há diferenciação objetiva, de diversas ordens (como visto em “pessoas de menor valor”), na qualidade do cuidado prestado à diferentes pessoas ou coletividades.
“pessoas sem escolha”	Refere-se a um fato onde, tanto os pacientes quanto os profissionais, podem obter diferentes graus de emancipação frente ao processo que determina o cuidado. A depender do padrão assistencial do sistema.
“pessoas interagindo com icebergs”	Afastamento e relação desinteressada entre o profissional e o paciente, gerados pela suposta postura neutra e objetiva da ciência médica.
“pessoas em ambientes estáticos e estéreis”	O ambiente onde ocorrem as relações do cuidado em saúde podem afetar de diversas formas o profissional e o paciente. De forma positiva ou negativa.
“dualidade na responsabilidade profissional na manutenção da vida”	Por um lado, discute-se que a negação do direito à vida é desumanizadora. Mas, conforme outro aspecto, a manutenção da vida diante de dadas circunstâncias negativas ao ser humano, também o é.

O quadro construído permite ao profissional da saúde, para além do enfermeiro neste estudo, compreender que algumas práticas desumanizantes podem passar despercebidas. Isto se deve ao fato de que no dia a dia do trabalho, estas acabam por ser normalizadas em meio à uma gama de processos que envolvem o cuidado. Maquiadas por mediações que se desenvolveram ao longo da história do campo da saúde, frente às diversas demandas que se inserem a este pela ideologia do capital.

Franco (2015), traz dois conceitos que dão pistas sobre um entendimento acerca do trabalho em saúde sob o modo de produção capitalista da vida, apesar de não usar este termo, que afetam os profissionais que o exercem. Afirma-se que, em meio ao trabalho em saúde, exercido com liberdade, existe um produto concreto da relação entre trabalhador e usuário que é a criação. Oriunda de um processo de subjetivação ante a produção do cuidado. Este produto vem do “Trabalho Criativo”, que nada mais é do que uma abertura no processo de trabalho às ações “não esperadas ou prescritas”, ou “conduta fora dos padrões pré-concebidos com um ato técnico” (FRANCO, 2015, pag.103).

Entendemos que as prescrições e padrões criados no labor em saúde, advém do progresso e do avanço capitalista sobre este campo. Portanto, para exercer efetivamente esta liberdade e assim instituir o Trabalho Criativo, o trabalhador da saúde precisaria “romper com os signos do mercado, da moral e da ciência” como guias da sua subjetividade (FRANCO, 2015, pag.106). E a partir deste ponto, mudar o significado do cuidado e do trabalho que este se insere, enfrentando, “como em um combate, as forças que impõem a servidão” (FRANCO, 2015, pag. 106).

O autor refere ainda, sob os conceitos de Spinoza, que a liberdade descrita anteriormente, opõe-se à servidão. Por servidão, refere-se ao trabalhador que tem suas ações regidas pelos afetos e efeitos de forças externas sobre sua subjetividade, colocando de lado a sua própria vontade (FRANCO, 2015, p.107). Neste sentido, o trabalhador que pauta suas ações não em suas ideias próprias, mas no que lhe dizem o mercado, a moral e o saber científico, assim como outros afetos externos, estaria fadado a viver e agir em servidão (FRANCO, 2015).

Este estudo acredita que esta tende a ser uma tarefa que, de fato importante para esta fração da classe trabalhadora, vai além da questão de tensionar apenas neste campo. Uma ruptura com o sistema que reproduz a desumanização se faz necessária para uma mudança concreta. Desta forma, justifica-se a importância de desvelar estes conceitos para o profissional enfermeiro e que, assim, este se perceba enquanto trabalhador num mundo onde a unidade é fundamental para a transformação que se mostra necessária.

### 1.5. A INFLUÊNCIA NEOLIBERAL SOBRE O SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO – SUS e APS sob ataque ideológico imperialista

A este estudo, reitera-se, interessa retomar o período histórico da ascensão neoliberal no Brasil, de forma a auxiliar a compreensão do desenvolvimento do trabalho em saúde até o período atual, configurado pela crise estrutural do capital. Isto posto, Rizzotto (2014) indica que é com o advento do Sistema Único de Saúde, em 1988, que o embate histórico do desenvolvimento de um sistema de saúde brasileiro entre a assistência hospitalar e a saúde pública, dava sinais de ser resolvido sob uma perspectiva institucional.

O enfoque em um modelo de saúde hospitalocêntrico privado (tendendo a gerar mais lucro) que é oriundo, inclusive, da forma de desenvolvimento industrial que se inicia por volta de 1930 e acentuado na ditadura militar-empresarial. Onde, esta evolução, impõe, além das novas dinâmicas sociais, como a urbanização, permitiu a ascensão da medicina liberal/privatista e um maior consumo de insumos hospitalares/farmacêuticos por meio de importações da centralidade do capital. Uma das repercussões destes fatores sobre a população é a decadência da saúde pública. E sob este incremento tecnológico e de produção, assim como o fomento à vida urbana, resultou-se em uma maior demanda por cuidados hospitalares que, entre outras questões, elevaram os custos da saúde para o Estado (RIZZOTTO, 2014).

No âmbito internacional, o enfoque era sobre a APS, e a ideia era de saúde para todos, em um primeiro momento, formalizada por meio da Conferência de Alma-Ata. Entretanto, o que viria a seguir era uma forma de política social seletiva, que seria reafirmada na Conferência de Bellagio.

O Estado brasileiro, sob pressão da V Conferência Nacional de Saúde e com vias de reduzir o custo em saúde, em 1976 instituiu o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) e, em 1984, visando ampliar a oferta de serviços de Atenção Primária em Saúde, que até então não tinha uma definição muito clara, o programa de Ações Integradas de Saúde (AIS). Este último, apresentado sob influência ideológica norte-americana (RIZZOTTO, 2014).

Há de se observar que, ainda durante a ditadura, a busca por um sistema de saúde democrático ficou marcada por disputas no campo. Onde o Movimento de Reforma Sanitária e a VIII Conferência Nacional de Saúde, com importante participação popular, abriram caminho para a concepção de saúde como direito para todos e um dever do Estado. Mas, diante do agravamento da crise econômica à época, como afirmou Rizzotto (2014), o país tomou o rumo

do endividamento externo às custas da submissão ao Banco Mundial (BM) e ao Fundo Monetário Internacional (FMI).

A figura do BM está ligada principalmente à, em termos liberais, globalização do ideário capitalista. Mesmo que seu desenvolvimento seja marcado por divergências internas e pelo quadro econômico-político internacional, pode-se considerar que este logrou êxito na difusão deste modo de produção da vida. Neste sentido, a partir da congruência entre a sua ideologia e os governos dos Estados, principalmente os da periferia do capital, que ao se alinharem ao BM deveriam “assegurar a propriedade, regular a atuação da iniciativa privada e, eventualmente, participar na produção de bens e serviços em que o setor privado ainda não esteja atuando ou não tenha interesse imediato” (RIZZOTTO, 2014, pag. 259).

O Banco Mundial, sob uma suposta “preocupação” com o grande crescimento demográfico, a luta contra a pobreza e a “satisfação das necessidades humanas básicas”, ganhou maior visibilidade e politização a partir de suas ações de intermédio entre os “governos devedores e os credores internacionais”. Articulando propostas que lhe garantem influência e capacidade de intervenção nos Estados, sob forma de “reformas setoriais”, “ajustes estruturais” e, inclusive, na “implantação das políticas e sistemas nacionais de saúde em grande parte dos países periféricos (RIZZOTTO, 2014, pag. 260 – 261).

Com as propostas definidas para construção do SUS e sua afirmação pela Constituição Federal, o Brasil, neste aspecto, dava sinais de seguir um rumo contrário às prescrições neoliberais do BM. Isto decorrente de certo poder político conquistado pela mobilização social organizada, atribuindo a este sistema de saúde, que detinha enquanto diretrizes a universalidade, a integralidade e a equidade, a necessidade por um Estado que fosse responsável no aspecto social, diferente do Estado mínimo neoliberal (RIZZOTTO, 2014).

A estratégia adotada pela centralidade do capital, a partir do BM, para contrapor esta forma de sistema de saúde, se deu através da publicação de estudos oriundos de consultores e pesquisadores do próprio país. Além da pressão feita ao governo por meio dos bancos e mídias nacionais, de forma que fosse validada a necessidade de ajustes estruturais e setoriais. Este caminho pôde ser pavimentado com o caráter neoliberal de “reforma do Estado e da gestão pública” sob os governos Collor e, principalmente, de Fernando Henrique de Mello (RIZZOTTO, 2014, pag. 264).

A este período histórico brasileiro, pôde-se perceber o caráter imposto pela flexibilidade e o toyotismo. Onde o aspecto público do Estado era dirimido a partir da

[...] sua retirada de setores estratégicos, a privatização de recursos naturais, bens e serviços públicos, a liberalização da economia, a desregulação dos mercados, a desregulamentação do trabalho, a reconfiguração das instituições e a destruição ou a

reconfiguração dos mecanismos de proteção social, com a consequente ampliação da mercantilização das condições de reprodução da força de trabalho. (MOROSINI, 2018, pág. 169)

O intento neoliberal, era o de agir sobre a correlação de forças na disputa de classes, de forma que favorecesse o capital financeiro e sua ideologia nos variados campos da economia brasileira (BRAGA, 2013 apud MOROSINI, 2018).

Mas, é sob o governo de Michel Temer (2016 – 2018), que a precarização e o status de precariedade, assumem sua forma desnudada. Com o advento da Lei nº 13.467, em meio a uma das mais importantes recessões econômicas que, como determina Alves (2018, posição 631-634), há um novo avanço da lógica neoliberal no país enquanto forma de “expressão jurídico-política da materialidade do novo salariedade precário”. Entretanto, mesmo antes desta, a precarização do trabalho já ganhava status de legalidade com a aprovação da Lei nº 13.429, também no ano de 2017, que permitira a terceirização para qualquer tipo de atividade (ALVES, 2018).

Apesar de, até hoje, nem todas as propostas do BM, sob um ideário neoliberal, terem sido postas em prática e de que a atual conjuntura nacional possa não ter ligação apenas com estas, o SUS segue subfinanciado e sucateado, com acentuação causada pela Emenda Constitucional 95 e sua sustentação política, assim como pelos impactos da Reforma Trabalhista instituída no governo Temer. Enquanto o setor privado cresce com diversos incentivos fiscais e cada vez maior inserção no sistema público de saúde, escamoteado principalmente por suas formas de terceirização e quarteirização do trabalho e da gestão dos serviços de saúde. Tomando espaços que deveriam ser de responsabilidade do Estado e reverberando na forma em que é tratada e executada a APS.

#### 1.6. NA EMPRESA REESTRUTURADA, PRECARIZAÇÃO É A ORDEM DO DIA

A precariedade do trabalho é uma questão inerente ao capitalismo, devido inclusive ao seu caráter alienante. Entretanto, ela se dá de formas diferentes no mundo. A depender do tipo de desenvolvimento conferido a um Estado por este sistema global de produção social. Em nosso país não foi diferente.

Visando explicitar, de forma introdutória, possíveis causas para o caráter estrutural da precariedade, as formas de precarização e a precariedade de novo tipo, utilizou-se as “determinações causais de primeira, segunda e terceira ordem” descritas por Alves (2007, pag. 259).

Estabelecendo umnexo causal entre a “precariedade estrutural da força de trabalho” e a forma como esta se insere no modo de produção capitalista e no mercado mundial (IBIDEM). Há o entendimento do funcionamento deste modo de produção, sob a divisão do trabalho, a divisão de classes e a expropriação “desigual da riqueza social produzida” (IBIDEM). Mesmo que este seja o mote do mundo capitalista, no Brasil há particularidades do desenvolvimento histórico deste sistema que o torna diferente dos demais (ALVES, 2007). Sendo assim, identifica-se no primeiro momento uma característica ligada à primeira ordem causal e posteriormente à segunda ordem.

No que tange a questão histórica do desenvolvimento capitalista no país, destaca-se o caráter de colônia escravista. Ainda que a abolição da escravatura fora uma realidade, a instauração da Lei da Terra impediu o acesso igual à terra e à produção. Somando os recém libertos à “massa urbana marginalizada do mercado de trabalho”, no campo e na cidade (ALVES, 2007, p. 261).

Trata-se também do “caráter dependente e subalterno da economia produtora de mercadorias” que marcou a subsunção do capitalismo industrial brasileiro aos interesses imperialistas (ALVES, 2007, p. 262). Fato que se tem como herança e marca ainda a dependência do Estado diante da centralidade financeira do capital no mercado mundial (ALVES, 2007).

Desta forma, a determinação causal de terceira ordem é relacionada às “mutações estruturais (e de conjuntura) do capitalismo brasileiro nos últimos trinta anos”, destacando os anos 90, que o autor chama de “década neoliberal” (ALVES, 2007 p. 262).

Uma das características centrais que denotam o caráter econômico-dependente do capitalismo periférico brasileiro, é a transferência do excedente produzido para a centralidade capitalista. Esta transferência da mais-valia, faz com que o país periférico busque formas compensatórias a este déficit, por exemplo. Portanto, agindo de forma a aumentar a extração da mais-valia. E para esta exacerbação, o capitalista recorre à superexploração da força de trabalho por diversos mecanismos (MOROSINI, 2018).

A lógica neoliberal de relação de trabalho estava se difundindo pelo mundo. E uma das premissas, que muito tem a ver com a crise global atravessada pelo capitalismo, era a de reação do capital às conquistas dos trabalhadores, a partir de um ideário de gestão que flexibilizaria o modo fordista e taylorista. Com a crise deste modo de produção, era necessário que o capital se reestruturasse, impactando o mundo do trabalho.

À exemplo da França, como traz Linhart (2014), a reação do patronato, ou contragolpe, a partir do Congresso de 1973, foi orientada principalmente pela força política implementada

pelos trabalhadores no movimento de maio de 1968. Este congresso fora marcado pela imposição de uma reestruturação do trabalho em prol de uma empresa moderna.

Esta empresa teria os seguintes valores: “individualização dos aumentos de salários”; “formação individualizada”; “critérios pessoais na grade de qualificação das convenções coletivas”; “[...] competências, tanto intelectuais quanto afetivas e emocionais, foram substituídas pelas qualificações”; “polivalência sistemática”; “mobilidade” para garantia de qualidade e produtividade, através da tensão do trabalhador em manter o posto de trabalho; “flexibilidade”; supressão de coletivos de trabalhadores que não fossem constituídos pela hierarquia; e formatação de novas regras sociais e morais, moldando o trabalhador a “aderir à causa da empresa” (LINHART, 2014, pág. 49 e 50).

Nesta empresa de novo tipo, o trabalhador deve dar motivos para merecer se manter naquele emprego, constantemente, inclusive num contexto de concorrência com outros trabalhadores, o que pode levar ao individualismo e à postura narcisista. Configura-se assim, uma gestão que coíbe qualquer forma de coletivização (LINHART, 2014).

Outro aspecto importante do trabalho nesta empresa está no fato da constante reestruturação dos serviços e ofícios a partir de movimentos de descentralização e recentralização, mantendo uma certa precariedade e constante tensão, mais uma vez, diante da necessidade de o trabalhador estar sempre apto a adaptar-se. Estas condições são encontradas no trabalho assalariado, onde o vínculo, sob a perspectiva do tipo de contrato, deveria trazer certa estabilidade (LINHART, 2014).

Segundo Morosini (...), os termos precariedade e precarização, estão intimamente ligados ao modo como o capitalismo se produz e reproduz. E que a desigualdade social perpetuada, é intrínseca a este modo de produção e suas contradições. Ambas têm relação com

a deterioração das condições de trabalho, a desregulamentação das formas de emprego, a extensão da jornada de trabalho, a redução dos ganhos salariais, a crescente desproteção social, a difusão da insatisfação e do sofrimento físico e/ou mental associados ao trabalho e o fenômeno do desemprego estrutural. (MOROSINI, 2018, pág. 139)

A precarização, enquanto processo histórico, e a precariedade, se instituem como fundamentais na manutenção do capitalismo perante suas crises. Tendo visto que, ambos reduzem a capacidade dos trabalhadores de negociarem suas condições de trabalho com o dono dos meios de produção. Reforça-se que, a massa de trabalhadores desempregados, como um exército de reserva, corrobora no enfraquecimento do empregado perante o patrão. Mas, conforme a ótica marxista, estes processos não ocorrem alheios à correlação de forças na disputa de classes (MOROSINI, 2018).

As características inerentes ao trabalho do novo tipo de empresa enxuta e flexível, levam o trabalhador ao isolamento e desamparo, diante, inclusive, de constantes mudanças em seu ofício e avaliação sistemática sobre isso e, ainda, diante da fragilização e vulnerabilidade de seu posto, ao sofrimento (LINHART, 2014).

Desta forma, a autora elucida o conceito de precariedade subjetiva, enquanto componente do trabalho moderno. Esta, podendo ser percebida tanto no trabalhador sob contratos de duração indeterminada, quanto funcionários públicos. A caracterização desta forma de precariedade gira em torno do sofrimento, angústia, medo, solidão, perda de autoestima e submissão à um ideal que não condiz com a concretude do trabalho. Sentimentos estes que levam o trabalhador ao extremo das sensações, à ponto de cometer erros graves para cumprir um objetivo da empresa (LINHART, 2014).

Soma-se ao conceito anterior, de precariedade subjetiva, ao de precariedade objetiva, como as condições das formas de contrato e produção, salários e mesmo a demissão. É possível afirmar que, o que as variadas reestruturações produtivas em curso no mundo do trabalho têm em comum é a precarização. E os motivos para tal, como afirmam Ricardo Antunes e Graça Druck (2013, p. 218), são: contratos temporários, sem estabilidade, sem registro em carteira; trabalho dentro ou fora do espaço produtivo da empresa; flexibilização das relações de trabalho, da jornada e da remuneração; e o desmonte da legislação social protetora do trabalho.

Trazendo o foco para o Brasil, e suas especificidades no desenvolvimento capitalista, Giovanni Alves (2007), demonstra em seu estudo a ideia de “nova precariedade” ao tratar de um fenômeno que é observado no governo de Fernando Henrique Cardoso (1994 – 2002) e no primeiro mandato de Lula (2003 – 2006). O aumento da informalidade era notícia em meados dos anos 2000 e junto viria a constatação de uma “precarização do mercado de trabalho”, com os direitos do trabalhador deixados de lado e o salário estando, em grande parte, abaixo do mínimo (ALVES, 2007, p. 257 – 258).

Com o destaque anterior às contrarreformas implantadas no período Collor/Fernando Henrique Cardoso, avalia-se o período Lula como dialético. Em contraposição à uma acumulação capitalista balizada pelo Estado e certo fomento ao desenvolvimento social e econômico, algumas questões que já fragilizavam o contexto do trabalho mantiveram-se intactas, ou até mesmo incrementadas. (MOROSINI, 2018).

Ainda em consonância com as novas formas de reprodução do capital no mundo, seguiram-se os intentos neoliberais, como ditos anteriormente sobre o ano de 2017. Estes, instituindo

a competição, o controle do trabalhador pelo trabalhador, a remuneração por produtividade e os diversos mecanismos da gestão flexível se aprofundam e impregnam de estranhamento o trabalho, com repercussões na subjetividade do homem-que-trabalha. (MOROSINI, 2018, pág. 177)

Conforme a abordagem de Linhart, este autor afirma que

[a precarização do trabalho] atinge não apenas o setor informal, imerso na precariedade estrutural e historicamente precarizado, mas a totalidade da vida do trabalho em suas múltiplas formas objetivas e subjetivas. (ALVES, 2007, p. 258)

Portanto, a nova precariedade não atinge apenas o setor informal, mas também o formal.

Como afirmado em Morosini (2018). Neste, sob a forma de extinção de benefícios e direitos trabalhistas, regras salariais flexibilizadas e insegurança sobre o percurso profissional e posto de trabalho. Além de atingir também o trabalhador engolfado na dificuldade de arrumar emprego por um longo período (ALVES, 2007).

Dentre todos os ataques da burguesia nacional, sob influência da centralidade do capital, sobre as relações de trabalho, a fim de flexibilizá-la, a Reforma Trabalhista, sob o governo Temer, após o golpe jurídico parlamentar ao governo Dilma, foi considerada a mais radical. As modificações impostas à Consolidação das Leis do Trabalho, fazem parte do projeto de reestruturação produtiva de uma minoria hegemônica que, além da flexibilização, desferiu um golpe sobre a “estrutura sindical vigente” (ALVES, 2018, posição 647).

A desregulamentação do trabalho em curso, intensificou a nova precariedade salarial, a partir de um surto de desempregos. Sendo estes, sem qualquer tipo de garantia ou política de proteção social/laboral. Os efeitos desta precarização escancarada estão à sombra da alienação, provocada pela ideologia neoliberal. O homem-que-trabalha está subjugado às novas condições de emprego, acredita ser empreendedor e que a não assinatura da carteira de trabalho lhe dá uma suposta liberdade, é patrão de si.

O atentado à regulamentação do trabalho, em seu contrato padrão, determina um enfraquecimento legal dos sindicatos e dos acordos coletivos. O “valor social” dos direitos trabalhistas e previdenciários é dirimido de relevância (ALVES, 2018, posição 917). Determinados, os direitos citados, pela dificuldade de acesso à justiça do trabalho, a partir da não obrigatoriedade do pagamento da contribuição sindical. E pela redução ou extinção dos encargos previdenciários, já que a redução do valor da mão de obra gera consequências concretas à arrecadação do Fundo de garantia do tempo de serviço (FGTS), do Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT) e a Previdência Social pública. Enfraquecendo qualquer tipo de proteção social.

A Reforma Trabalhista de 2017, reduz os custos, conseqüentemente, com o trabalho. O não pagamento pelo trajeto de ida e volta ao trabalho, assim como qualquer acidente nestes,

reforçam a afirmação anterior. Mas, para além dos custos, seu caráter desumanizante fica escancarado também com a permissão de gestantes executarem suas atividades em locais insalubres.

Desta forma, compreende-se neste estudo que traçar, mesmo que de forma breve, a trajetória capitalista desde sua crise estrutural que marcou um ciclo de reprodução sob o ideário neoliberal e seu enraizamento global, ao que importa aqui, de forma específica como visto anteriormente no âmbito do trabalho, no Brasil, torna-se importante. Já que marcou também as novas configurações do trabalho e como esta reestruturação também influenciou países da centralidade e da periferia do capital. Incidindo, inclusive, sobre a precariedade e precarização do trabalhador Enfermeiro da Estratégia de Saúde da Família no município do Rio de Janeiro.

## **CAPÍTULO 2 – A ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE E O PROTAGONISMO DO ENFERMEIRO**

### **2.1. EXPANSÃO E DESMONTE: a atenção primária à saúde no Município do Rio de Janeiro**

Esta dissertação ao tomar como método o materialismo histórico-dialético, entende que para se compreender a realidade concreta do seu campo de estudo torna-se importante localizar historicamente, ainda que aqui de forma breve, os conceitos que marcaram a trajetória da Atenção Primária à Saúde, no mundo e, mais precisamente, Atenção Básica, no Brasil e no Rio de Janeiro. E, na contramão do pensamento hegemônico que constrói a categoria trabalho em saúde e o seu produto, cuidado em saúde, o método adotado nos permite uma compreensão crítica desta relação social.

A APS remete aos “cuidados primários” em saúde, que foram descritos pela primeira vez na Inglaterra, por Lord Dawson (1920), em meio a um contexto em que a medicina, preventiva e curativa, estaria organizada de forma coordenada para prestar serviços de saúde, para toda a comunidade e classes. “Centros de Saúde Primária”, onde Médicos e Enfermeiros, aliados a atendimentos por visitas domiciliares seriam a referência em um determinado distrito e os responsáveis pelo referenciamento aos “Centros de Saúde Secundários” (Dawson, 1920). E foi com a declaração de Alma Ata, em 1978, onde estabelecia-se uma finalidade de saúde para todos os povos no ano 2000, que ocorreu o reconhecimento de que os “cuidados primários de saúde constituem a chave para que essa meta seja atingida, como parte do desenvolvimento, no espírito de justiça social” (tradução: Ministério da Saúde, 2002).

Morosini (2018), compreende que esta APS foi concebida a partir de um

contexto político e social no qual o socialismo representava um contraponto importante às investidas do capital contra o trabalho, assim como os Estados de Bem-Estar Social ainda guardavam parte importante das conquistas sociais dos trabalhadores nos governos social-democratas. (MOROSINI, 2018, p.84)

Ainda seguindo o pensamento de Morosini, a autora enfatiza que a Conferência de Bellagio de 1979 teria sido uma “contraposição de interesses” de “instituições internacionais” à “perspectiva ampliada de saúde” da Declaração de Alma Ata, considerando-a “inexequível” (MOROSINI, 2018, p.85). Entendo, a partir desta visão, que há um conflito de interesses quanto aos rumos da APS entre o capital e suas frações internacionais, principalmente quando a questão é o seu poderio ideológico e financeiro sobre os países considerados mais pobres.

Para Barbara Starfield, uma das referências utilizadas pelo Ministério da Saúde brasileiro para o desenvolvimento da Atenção Básica à Saúde (ABS), o uso de conhecimentos avançados é primordial para o “manejo das doenças e maximização da saúde”, assim como “minimizar as disparidades entre subgrupos populacionais” (Starfield, 2002, p.19). No Brasil, o caminho para o desenvolvimento da ABS já dura pelo menos três décadas. E é sob este referencial de cuidado em saúde, além dos movimentos sociais e da Reforma Sanitária, que, com um Sistema Único de Saúde (SUS), público, integral, equitativo, descentralizado, previsto na Constituição Federal de 1989 e regulado pela Lei 8.080 de 1990, a atenção à saúde brasileira parece tomar outros rumos. Pode-se dizer que foi na experiência obtida com o Programa de Agentes Comunitários de saúde (PACS), na década de 90, que o primeiro passo para o “aprimoramento” e “consolidação” do SUS pôde ser observado (Brasil, 2001, p.5). O PACS foi considerado, inclusive, “estratégia transitória para o Programa de Saúde da Família (PSF)” (idem). Efetivamente, inicia-se a “reorientação da assistência ambulatorial e domiciliar” (idem), com o PSF e as experiências vividas em alguns municípios do Brasil que dispunham de programas com equipes de saúde da família e agentes comunitários de saúde, com posterior elevação à Estratégia em Saúde da Família (ESF).

Nogueira (2017) considera que estes dois programas, PSF e PACS, serviram como “políticas focalizadas” que reforçavam o ideário de uma APS “seletiva” que fora prescrito principalmente a partir da Conferência de Bellagio. Estas políticas capitalistas, segundo a mesma (NOGUEIRA, 2017, p.151), teriam sua “expansão” escoradas na “precarização do trabalho e na naturalização disto por parte do Estado”, abrindo brechas que promoveram a “flexibilização dos vínculos empregatícios” dos profissionais que comporiam as equipes de Saúde da Família, além de “precárias condições de trabalho”. As reflexões destas autoras nos permitem partir de um pressuposto de que as prescrições feitas, sob o ideário do capital e sua hegemonia, para a APS, refletem em pacotes de cuidados mínimos em saúde normalizados como um projeto de cobertura universal.

#### 2.1.1. A expansão

Para compreender o desenvolvimento da Atenção Básica à Saúde no município do Rio de Janeiro, faz-se necessário compreender além da trajetória histórica percorrida, os determinantes. Neste estudo buscou-se dar ênfase ao período que se iniciou com a implementação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do Programa de Saúde da Família (PSF) até a consolidação da Saúde da Família enquanto política estratégica para a ABS em nível nacional.

É no ano de 1995 que, segundo Lima (2014), foi implantada no município do Rio de Janeiro a ESF. Mas, a mesma autora, ressalta que antes mesmo deste referido ano, em 1991, iniciou-se o PACS. Onde a prioridade de implementação do programa se deu em regiões com maior carência por “atendimento em saúde” (Lima, 2014, pag. 79).

Cabe destacar que, antes mesmo de 91, o trabalho realizado pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) já se ensaiava em Manguinhos. E que, desde este período até os primeiros esforços para a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) e sua operacionalização na cidade, a utilização deste programa ainda era considerada “incipiente” e “pontual”, além de estar ligado a “ações programáticas” no contexto da atenção básica (Lima, 2014, pag. 81).

Seguindo a trajetória da descentralização do sistema de saúde, conforme fora planejado para a implementação do SUS. Em 1993, foram criadas as Áreas de Planejamento Sanitário. A estas, segundo o estudo de Lima (2014), pode-se supor que tivessem a mesma estrutura das Áreas de Planejamento de Saúde identificadas até hoje no município. Por estratégia da gestão em saúde municipal da época, adotou-se uma “descentralização gerencial”, onde os coordenadores de cada área participariam e decidiriam as “questões de seus territórios” (Lima, 2014, pag. 82).

Foi no ano de 1993 que também ocorreu a II Conferência Municipal de Saúde. E a partir desta, ganhou espaço discussões acerca do desenvolvimento de Conselhos Distritais de Saúde e Conselhos Gestores de Unidades Públicas. Além de uma nova concepção sobre modelo de atenção e ABS visando superar o atual (Lima, 2014).

Dentre os processos que guiavam a descentralização pautada pelo SUS, estava a municipalização de unidades de saúde que faziam parte da rede federal no Rio de Janeiro. Para Souza (2012, apud Lima, 2014), o movimento de transferência destas unidades incrementou e permitiu uma nova organização na rede de ABS, ampliando o número de consultas básicas e o trabalho gerencial das coordenações das, ditas anteriormente, Áreas de Planejamento de Saúde.

Para o processo de desenvolvimento do PSF, o ano de 1995 ficou marcado pela implantação de equipes do programa no município. Primeiramente em Paquetá, onde seu território traria benefícios para uma análise da experiência, seguiu-se com a inserção de ACS na Comunidade da Maré, nos Centros Integrados de Educação Pública, e na Comunidade do Vigário Geral. No primeiro território, ocorreu parceria com a Organização não governamental (ONG) Centro de Promoção da Saúde. Já nestas últimas comunidades, o trabalho dos ACS era administrado pelas associações de moradores e via acordo com a secretaria municipal de saúde (SMS) da cidade. Fato que configurava um não seguimento do que era orientado pelo Ministério da Saúde (Lima, 2014).

No estudo de Lima (2014), há também a descrição de projetos que visavam inserir profissionais nas unidades básicas já existentes. E estes variavam dentre estratégias como o uso de cooperativas ou gratificações para os estatutários da rede. Algumas dificuldades foram encontradas para a implantação das equipes de saúde da família. E estas decorriam, no período aqui delimitado pela gestão municipal de 1993 a 1997, em parte, pela falta de investimentos no modelo de atenção à saúde prescrito pelo PSF frente aos incentivos à rede hospitalar.

O fato de o território adscrito pelas unidades ser marcado pela violência e os entraves causados pela conturbada relação com “organismos civis” (Lima, 2014, pag. 88), levaram a outros obstáculos para a ampliação das equipes em outras regiões do município. Destaca-se também, que a Secretaria Municipal de Saúde, por estar mais bem arranjada na gestão dos Centros Municipais de Saúde, Postos de Atendimento Médico e Postos de Saúde, seguiu a lógica da ABS a partir destes. Dado que não pode ser ignorado, principalmente quando se trata de uma pesquisa que tem por característica a trajetória histórica da APS, deixando de lado afirmações como as que levam a crer não ser possível localizar alguma atenção básica à saúde na época (Lima, 2014).

A estratégia municipal de atenção à saúde não teve mudanças mais significativas neste período, mesmo após a IV e a V conferências municipais de saúde. Com a atenção básica na cidade seguindo de forma experimental, enquanto no restante do país sua relevância política e debates acerca de sua importância, por meio do PSF e PACS, ganhavam cada vez mais espaço (Lima, 2014).

O período que se segue, 1997 a 2001, também fora marcado pelas dificuldades de gestão das unidades de saúde, causadas em sua maior parte pelo processo mais acentuado de municipalização que vinha acontecendo já nas gestões anteriores e os conflitos políticos, gerados por este processo, entre estado e município. A resistência acerca de um modelo de atenção, onde o PSF é orientador da ABS, ainda seguia como problema importante (Lima, 2014).

Não obstante à problemática enfrentada pela absorção da rede federal, os primeiros anos da gestão municipal que se seguia, durando por mais dois mandatos (até 2008), foram marcados nos seus primeiros cinco meses por uma proposta de expansão, em regiões consideradas prioritárias, das equipes de PSF. Entretanto, o contexto político levou a substituição do secretário de saúde, proponente do projeto citado, e, até 2006, a atenção à saúde fora marcado por uma “expansão focalizada das equipes de saúde da família” e intervenção federal, em 2005, que levou à reabsorção das unidades municipalizadas (Lima, 2014, pag. 100).

Nos anos que viriam até 2008, o país adotou a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e pretendia avançar a sua cobertura em saúde, com o Projeto de Expansão e Consolidação Estratégia Saúde da Família (PROESF), rumo aos centros urbanos maiores (Jesus, 2013). Já a cidade do Rio de Janeiro, sob pressão para “reorganização do sistema municipal da saúde” enquanto resposta à intervenção federal, pouco avançou, apesar da implantação de mais equipes de ESF, quanto a cobertura em saúde e investimentos na ABS (Lima, 2014, pág. 100).

Com o apoio dado pelo Banco Mundial, o PROESF, além de propor a expansão da ESF citada, tratava do financiamento, implantação e da sua consolidação. Além de “elevar a qualificação do processo de trabalho e desempenho dos serviços” (Lima, 2013, pág. 33).

Seguindo esta tendência, a gestão municipal que teve início em 2009, implementou o Programa Saúde Presente. Seu objetivo era o de reestruturar a APS na cidade. E para dar início às propostas do programa, a Lei Municipal nº 5.026/2009 traria um modelo de gestão da saúde no município que seria partilhado a partir das Organizações Sociais em Saúde (OSS). Este ato era justificado sob o entendimento de que a gestão no molde anterior seria “morosa e pouco eficiente”, optando agora por uma forma que daria “agilidade e flexibilidade” a esta (Jesus, 2013).

A reestruturação pretendida visava, em consonância com o Programa de Aceleração do Crescimento (PAC-MAIS SAÚDE) que era pautado em “projetos políticos” federais e estaduais, e a partir das AP já existentes, articular os serviços de saúde entre si e a população. Forma que permitiria a centralidade da gestão municipal, mas com “estreitamento dos vínculos” e superação da “fragmentação dos cuidados em saúde” (Jesus, 2013, pág. 34).

Como estratégia para a expansão da ESF pela cidade, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) optou por iniciar em um dos territórios, ou área programática, no qual a rede de saúde e o acesso demonstravam um caráter de maior deficiência. Além de modificar questões que envolveriam a gestão, o trabalho e o tipo de logística dos processos que fariam a rede assistencial funcionar, os Territórios Integrados de Atenção à Saúde (TEIAS), as estruturas físicas que abrigariam as equipes de ESF, profissionais de saúde especialistas e o aparato de apoio diagnóstico, seriam as Clínicas da Família (CF) e os Centros Municipais de Saúde (CMS). Neste sentido, a AP escolhida fora a 5.3, em 2009, e a OSS escolhida para o desenvolvimento da APS, através de um contrato de gestão com a SMS, era a SPDM - Sociedade Paulista para Desenvolvimento da Medicina (Jesus, 2013).

Retomando o contexto nacional, em 2011 foi revisada a PNAB, onde a chave para uma APS capaz de expandir a sua cobertura, centrada nos cuidados integrais e no desenvolvimento da promoção da saúde, seria a ESF (Morosini; Fonseca e Lima, 2018). Esta política permitiu

também a otimização dos recursos que seriam repassados aos municípios e o enfoque na qualificação e “ampliação da estrutura das unidades” por meio do Requalifica SUS e do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) (Morosini; Fonseca e Lima, 2018, p. 13).

### 2.1.2. O desmonte

Mas foi no ano de 2017 que uma nova PNAB foi aprovada. A sua aprovação vem em meio a uma situação de crise política no cenário brasileiro. Marcada principalmente pelo impedimento da presidente vigente, Dilma Roussef, e da ascensão do seu vice-presidente Michel Temer. Neste interim, temos o agravamento da situação dos “direitos sociais brasileiros” com a sua “mercantilização” e o “fortalecimento de uma pauta antidemocrática e autoritária” (Morosini; Fonseca e Lima, 2018, p. 13).

Os rumos políticos tendiam para uma redução do Estado e ampliação da dimensão privada e sua participação nos recursos públicos (Morosini; Fonseca e Lima, 2018). E a situação dava sinais de que ainda iria piorar com a aprovação da Emenda Constitucional 95/2016. Esta manobra congelaria os recursos públicos, afetando diretamente o SUS e agravando o seu desfinanciamento crônico (idem).

A PNAB de 2017 traz “alternativas para a configuração e implementação da AB, traduzindo em uma pretensa flexibilidade” que visa “atender especificidades locais regionais” (Morosini; Fonseca e Lima, 2018, p.14). E no decorrer do seu texto, percebe-se um discurso ambivalente que omite escolhas ideológicas pautadas na política atual (Morosini; Fonseca e Lima, 2018).

Ao observarmos as repercussões sobre a ESF, percebeu-se o fortalecimento de “condições para a expansão da AB tradicional” por meio de inúmeras possibilidades de formatação das equipes de AB com a flexibilização do quantitativo de profissionais em relação a ESF ((Morosini; Fonseca e Lima, 2018, p.19). Fato que também incide diretamente sobre o financiamento da ESF, já que agora esta não comporta mais uma “valorização diferenciada” (Morosini; Fonseca e Lima, 2018, p. 20).

Ao fim da gestão Eduardo Paes, o período a seguir, do prefeito Marcelo Crivella, foi marcado por contradições e exacerbação do trabalho na APS. E foi com a pandemia provocada pelo vírus SARS-COV-2, um coronavírus, que o trabalhador da saúde do município do Rio de Janeiro teve à frente um dos seus maiores desafios.

O cenário antes da pandemia era o de uma prefeitura que culpabilizava a crise municipal, em geral, à um déficit orçamentário herdado da gestão anterior. Alegando que, inclusive, um dos menores orçamentos propostos à parta da saúde no município, ao ano de 2019, se devia a este déficit e a uma suposta crise de arrecadação.

O que aconteceria na APS carioca, frente aos problemas apontados pela gestão deste período, era uma pretensa reorganização. Equipes de ESF e saúde bucal foram desabilitadas, sob a justificativa de baixa produtividade, como cita o vereador Paulo Pinheiro<sup>4</sup>. Este estudo acredita que, pautando-se na PNAB 2017, a prefeitura utilizou de diversos artifícios políticos que permitiriam esta suposta reorganização.

Pode-se considerar que a partir da PNAB 2017 o sistema de saúde sofrera um dos seus piores ataques, além da EC 95/2016. Por exemplo, a interpretação do padrão de serviços que devem ser ofertados, ficou a cargo dos gestores. Algo que já vinha sendo apontado como um risco do uso de um rol de “cuidados mínimos” frente as reais necessidades da saúde da população e que acreditamos ser também determinante no enfrentamento atual da pandemia (MOSINI; FONSECA; LIMA, 2018 apud FERNANDES; ORTEGA, 2020, pág. 2).

A reorganização da APS implementada pela equipe de Marcelo Crivella, pautou-se nesta PNAB, como afirmado anteriormente. No estudo apresentado por esta, além de suposto crescimento desorganizado da rede, haveria a “necessidade de redistribuição das equipes, de modo a alcançar a adequação financeira ao orçamento disponível”, justificando demissões e desabilitação de equipes de ESF executadas nesta gestão (FERNANDES; ORTEGA, 2020, pág. 4).

Para além da reestruturação da rede, o trabalhador da saúde sofrera com sucessivos atrasos salariais, demissões, mudanças repentinas de salário, descredenciamento de OSs e a inserção da lógica do pejetismo nas relações de trabalho na APS. Entretanto, mesmo com os sindicatos fragilizados e a ultraprecarização, diversos movimentos sociais e de trabalhadores tensionaram a correlação de forças. Greves, paralizações e passeatas marcaram este momento. Neste sentido, além do trabalhador sofrer, o cuidado em saúde seguiria prejudicado. E a população demandante do cuidado, também composta por trabalhadores precarizados, assiste à expropriação cada vez mais acelerada dos seus direitos constitucionais.

No ano de 2020, o trabalhador encontra-se imerso em uma crise social e sanitária de caráter global, a pandemia da COVID-19. E com todos os problemas de financiamento e sucateamento, o SUS se depara com um dos seus maiores confrontos. Além da sabida

---

<sup>4</sup> Entrevista por Joyce Enzler em 14/12/2018, fonte: <https://informe.ensp.fiocruz.br/noticias/45106>.

dificuldade que este já vem sofrendo para ofertar saúde a todo o povo brasileiro (FERNANDES; ORTEGA, 2020).

O estado do RJ é um dos que mais apresentam números de casos e óbitos, pela COVID-19, no Brasil. Mas é diante da falta de equipamentos de proteção individual (EPI), de um número de profissionais da saúde abaixo do recomendado e falta de exames que atestem a doença, entre outras questões relacionadas à corrupção no enfrentamento da pandemia, que nos deparamos com um caos já anunciado. Ressaltamos que a crise sanitária não foi instaurada a partir do advento deste coronavírus, contudo, foi na gestão Crivella e na forma de enfrentamento da situação que ela se exacerbou (FERNANDES; ORTEGA, 2020).

Os profissionais da saúde, além de enfrentarem os problemas do SUS e do trabalho, exacerbados nesta gestão municipal, são também afetados em grande escala pela COVID-19. Segundo dados do Observatório da Enfermagem, do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN, 2020), até 31 de dezembro de 2020 foram 45.738 profissionais infectados e 467 óbitos confirmados. A terceira capital com o maior número de óbitos pelo coronavírus foi o RJ.

A reestruturação executada e a PNAB 2017, retiram qualquer possibilidade de protagonismo da APS no enfrentamento da pandemia. A população já adoecida e com um acesso problemático à rede, acaba por se deparar com uma crise assistencial e equipes reduzidas que não tem o mínimo necessário para prestar o cuidado demandado. As repercussões da falta de um planejamento real no enfrentamento desta crise ainda estão por vir, mas o caos social e sanitário, assim como a destruição do trabalho, já pode ser visto no município e no país.

## 2.2. O TRABALHO DO ENFERMEIRO NA ABS DIANTE DAS RELAÇÕES PRODUTIVAS NO CAPITALISMO CONTEMPORÂNEO – alienado, precário e flexível

### 2.2.1. Enfermagem como trabalho: breve recuperação histórica

Para entender sua prática profissional atualmente, precisaríamos recorrer à história da profissão e as mediações que repercutiram em seu desenvolvimento. Dentre elas os interesses do capital e o modelo médico hegemônico da forma de pensar a saúde. A origem da Enfermagem como trabalho remonta à ascensão da hegemonia burguesa, portanto, enquanto necessidade do capitalismo. Castellanos (1987, pág. 162 apud SOARES; SOUZA & CAMPOS, 2016, pág. 52), afirma que

A Enfermagem como profissão, socialmente reconhecida e legitimada, emergiu da Revolução Burguesa. As profundas mudanças consequentes à Revolução Industrial e ao Capitalismo geraram uma nova representação do objeto da saúde e das finalidades

das práticas de saúde. Ao mesmo tempo, alternaram a posição social de seus agentes, as condições e os instrumentos do trabalho. O desenvolvimento industrial necessitava de trabalhadores saudáveis; o exército renascentista necessitava de soldados saudáveis. A doença torna-se, assim, um elemento perturbador ao alcance dos objetivos sociais da época.

No desenvolvimento da divisão social e técnica do trabalho em saúde, à Enfermagem coube a continuidade da prática do médico. Onde este desenvolveria um papel mais espiritual e o primeiro uma prática mais manual, sobre o corpo doente. Neste sentido, sob uma atividade individualizada, com o foco laboral e seu objetivo na transformação do doente em força de trabalho. A construção da prática profissional se deu, assim como no taylorismo, de forma segmentada e com um aparato procedimental, sob controle gerencial. Alienando os trabalhadores, de hierarquia mais baixa na profissão, do motivo da ação executada (SOARES; SOUZA & CAMPOS, 2016).

Ao afirmarmos a existência de hierarquia na própria profissão, isto se deve ao fato de que, ao desenvolver-se no campo do trabalho em saúde, a Enfermagem criou uma divisão técnica no seu interior. Onde ao Enfermeiro caberia a gerência ou um “cuidado indireto” e aos outros componentes (auxiliares, técnicos etc.) o “cuidado direto” (SOARES; SOUZA & CAMPOS, 2016, pág. 54).

Esta não é uma forma de interpretação da divisão do trabalho na profissão sem oposições. Bem como neste estudo, Souza (2016), entende que ao Enfermeiro também cabe a execução do cuidado, tido como direto, não apenas a gerência. Entretanto, compreendemos que analisar esta divisão e seu caráter, sob a hegemonia capitalista, é considerada tarefa importante para entender a Enfermagem e sua situação no mundo do trabalho. Tal esforço extrapolaria o limite material deste estudo. Mas afirmamos que compreender o quanto, e como, esta forma de organização da profissão repercute em seus sofrimentos mais atuais, deva ser um aprofundamento valorizado.

Apesar de sua origem no Brasil estar relacionada à saúde pública, foi o “campo hospitalar” quem guiou o desenvolvimento das “práticas de enfermagem” e com a participação da ideologia dominante, em forma de “política educacional”, sobre este processo de formação da enfermagem (Cunha; Souza, 2017, p.17).

Visando compreender uma parcela da influência do capital neste processo histórico de construção da enfermagem no Brasil, será utilizada a seguinte passagem do livro de Cunha e Souza (Nascimento; Oliveira, 2006 apud Cunha; Souza, 2017, p.18):

O desenvolvimento da enfermagem profissional no Brasil, seguindo o modelo americano, satisfazia mais as necessidades de qualificar os serviços de enfermagem nos hospitais brasileiros, do que atender as necessidades de saúde da maioria da população. De outra feita, há de se lembrar as implicações políticas entre o Brasil e os

Estados Unidos, na década de 1930, nas quais as trocas de benefícios incluíam importação de *know how* e facilidade de acesso a instituições formadoras americanas.

Ao trazermos para o contexto mais atual, reconhecemos que as mudanças ocorridas no mundo do trabalho, reestruturado pela nova lógica neoliberal, repercutem sobre a prática do Enfermeiro de forma geral, bem como o que atua na ESF. Silva (2016), fornece materialidade que nos permite relacionar o tipo de trabalho executado no campo dos serviços com o da Enfermagem. Ressaltando a organização produtiva, e suas repercussões sobre o trabalhador, da empresa reestruturada e sua similitude com a desempenhada, por exemplo, no âmbito hospitalar.

A dualidade de sentimentos, prazer e sofrimento, a depender da condição social a qual se encontra o trabalhador no interior da divisão técnica da profissão. A naturalização da realidade em que se trabalha, assim como a captura das subjetividades a partir de um caráter moral inculcado ao cuidado em Enfermagem frente à intensificação e fluxos, na maior parte do tempo, tensionados do trabalho. Simulam a lógica da produtividade na organização do trabalho no hospital. Trazendo a ideologia da flexibilidade para este campo. Remetendo, inclusive, à ideia de concorrência entre os pares. Já que, quando um trabalhador comete um erro, a repercussão recai a todo o setor, ou equipe. Gerando cobrança e regulação entre os próprios, buscando a manutenção do emprego (SILVA, 2016).

Pode-se afirmar que as repercussões desta reestruturação produtiva sobre o trabalho do Enfermeiro, tem origem no caráter de financeirização da etapa atual do capitalismo. Também podendo ser concebido enquanto capital fictício, de forma simplificada. A sua hegemonia na forma de reprodução do capital, influencia nos orçamentos da saúde dispensados pelo Estado. Assim como, a lógica de atuação da rede privada de saúde. Conforme Souza (2016) traz como hipótese em seu estudo, o predomínio do interesse sob o capital financeiro, tanto no âmbito privado quanto público, pode gerar “sobrecarga e intensificação do trabalho para os profissionais da área da Enfermagem e atendimento de qualidade deficitária para os usuários” (SOUZA, 2016, pág. 88).

O labor da profissão tende a estar sempre pautado na reatividade sobre a demanda. Neste sentido, o autor aproxima a “gestão da força de trabalho” desta categoria profissional à lógica da “acumulação flexível” (SOUZA, 2016, pág. 99). Descrevendo determinados princípios desta:

Lógica de funcionamento da estrutura hospital como núcleo de uma rede; downsizing ou enxugamento das estruturas visando à eficiência; o uso da pressão da demanda de atendimento sobre os empregados; formas sofisticadas e, muitas vezes, subjetivas de controle e vigilância. (SOUZA, 2016, pág. 99)

O ponto chave que devemos nos atentar ao trazermos o pensamento deste autor é a concepção de fluxo tensionado ao caracterizar o trabalho atual da profissão. A partir dos princípios, expostos anteriormente, chegou-se à conclusão de que a realidade da lógica capitalista impõe um processo laboral desproporcional à Enfermagem. Em seu estudo, evidenciou um maior número de pacientes que o profissional estaria apto a cuidar, mas que é este fluxo (tensionado) quem implicaria na sua forma de sujeição ao trabalho (SOUZA, 2016).

A esta realidade do trabalho em Enfermagem, exposta por Souza (2016), entendemos que se deva ao caráter tendencial de busca pela mais-valia, mesmo que no setor público, por parte do capital, aqui o financeiro hegemonicamente. E compreender que, concretamente, o que estrutura esta relação abusiva com o trabalhador Enfermeiro, a lógica capitalista, é a mesma que domina e submete os demais trabalhadores do mundo.

Neste estudo não nos faremos valer do campo da educação profissional em Enfermagem, mas compreendemos a importância desta na reprodução de um trabalho sob os moldes capitalistas e no tensionamento à esta hegemonia no campo educacional, do trabalho e da ciência. Santos, Acioli, Rodrigues, Machado, Souza e Couto (2016), referem que precisa haver discussões acerca da “formação da enfermagem”, valorizando e ressignificando o “cuidado como eixo estruturante de suas práticas”. Mas também deixam claro que as condições de trabalho devem permitir que este profissional “desenvolva suas práticas numa perspectiva mais ampliada”, criticando a rigidez pela produtividade baseada nos “aspectos biológicos” (SANTOS; ACIOLI; RODRIGUES; MACHADO; SOUZA & COUTO, 2016).

### 2.2.2. Processo de trabalho do enfermeiro na ABS

Ao realizar um esforço comparativo com o campo da APS, no interior de uma Clínica da Família, na cidade do Rio de Janeiro. Encontraríamos relações de trabalho similares. Com o uso indiscriminado das Organizações Sociais, na gestão do serviço de saúde, sob a lógica de otimização dos recursos. Contratos de trabalho flexibilizados e foco na produtividade, pode-se, ao menos esperar um processo de trabalho como o da empresa reestruturada, sob um fluxo tensionado, alienante e causador de sofrimento. Ademais, o aparato teórico para tal afirmação, já fora apresentado neste estudo.

De forma a corroborar o que fora dito até aqui, concordamos que

é difícil conceber uma relação interativa entre fornecedor e usuário do serviço dos profissionais de Enfermagem que não esteja contaminada por esses constrangimentos postos pelo mercado de trabalho da categoria: uma relação salarial partida e uma regulação errática da formação profissional. Não é casual que a instabilidade e a incerteza prevaleçam nesse tipo de trabalho, ele próprio propenso à variabilidade e

diversidade na manutenção da ordem social, em sua vocação de “acautelamento” e de previsão de potenciais riscos a ela. (OFFE, 1984 apud SILVA, 2016, pág. 83)

Acerca da temática produtividade, faremos relação com o trabalho de Schmoeller et al (2011, pág. 375), onde, em seu estudo, evidenciam que a carga de trabalho<sup>5</sup> tende a ser responsável pelo “desgaste emocional” da equipe de Enfermagem. bem como a relação de consequência entre “acidentes e problemas de saúde” pela “sobrecarga/excesso de cargas de trabalho” (Idem).

Em suma, os autores recomendam estudos mais concisos e que precisem a “relação entre cargas de trabalho e as condições de trabalho da equipe de enfermagem” de forma a auxiliar e “amenizar/eliminar as cargas e promover melhores condições de trabalho” (SCHMOELLER et al, 2011, pág. 375-376). Entretanto, ignorar, de forma proposital ou não, o elemento causador, que acreditamos ser, da precarização do trabalho em saúde, e da Enfermagem, corrobora com o processo de alienação dos profissionais do campo. Mesmo que concordemos com a importância de trazer à luz o tema proposto em seu estudo, é essencial nos dias atuais, onde a disputa de classes é cada vez mais evidente e o avanço da destruição do trabalho enquanto projeto do capital globalizado, pautar os responsáveis e promover resistência.

Em similar à questão trazida pelos autores, podemos aproximar destes conceitos que reproduzem o sofrimento do Enfermeiro, o acúmulo de diferentes postos de trabalho. Esta temática é apontada por David, Acioli, Seidl e Brandão (2018), referindo em seu estudo que a problemática salarial enfrentada pela categoria, tende a impor uma busca por mais de um vínculo empregatício. Com a finalidade de compor renda que permita suposta melhoria em suas condições de sobrevivência. O Enfermeiro, que já conta com uma jornada laboral extensiva, ocupa ainda mais o seu tempo com o trabalho. Desta forma, os impactos para a saúde, para além dos subjetivos causados pelas condições do labor precarizado, podem repercutir em adoecimento.

Retomemos então, o processo de trabalho do Enfermeiro. Compreende-se que as práticas deste têm em seu pilar principal o cuidado, onde a busca pelo cuidado humano, com uma “abordagem mais ampliada”, em suas “questões subjetivas e sociais” deve tensionar a tendência ao cuidado “biologicista” e fragmentado que podemos observar no campo da saúde (Santos; Acioli; Rodrigues; Machado; Souza e Couto, 2016).

Desta forma, acreditamos que a ESF exhibe em sua lógica e prática muito das características de atuação profissional do Enfermeiro. A estratégia vem contando com esta

---

<sup>5</sup> Os autores referem que o uso destes conceitos, carga de trabalho e cargas de trabalho, se inserem de forma convergente e complementar no “contexto das condições de trabalho da Enfermagem” e sobre o “dimensionamento de pessoal de Enfermagem” (SCHMOELLER et al, 2011, pág. 375).

categoria desde sua constituição e instrumentalização até os movimentos de expansão pelo país (DAVID at al, 2018). Sendo esta profissão um dos pilares de defesa do SUS, bem como, da ESF enquanto orientadora do acesso ao primeiro.

Compreender a prática profissional do Enfermeiro da APS significa encarar o cuidado em saúde, debatido anteriormente neste estudo, enquanto elemento constitutivo do seu processo de trabalho. Ainda assim, Acioli at al (2014 apud DAVID at al, 2018, pág. 347) refere que, após estudo realizado no município do Rio de Janeiro, “o enfermeiro tem certa dificuldade de identificar o cuidado nas práticas que realizar”. E, a partir disto, fomenta a discussão desta questão e a atribuição deste trabalhador na ABS.

O enfermeiro da Atenção Básica à Saúde é um profissional que atua em equipe. Tendo sua prática pautada por legislação própria, protocolos e a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Seu papel é fundamental na prevenção, proteção e promoção à saúde de pessoas, seus familiares e da comunidade. Atuando tanto em uma Unidade Básica de Saúde quanto nas residências e em conjunto com outros setores da sociedade. E, segundo Cunha e Souza (2017, p.17), está “nas ações educativas o verdadeiro sentido de fazer e praticar uma enfermagem solidária e incluyente”.

As principais atividades desempenhadas pelo Enfermeiro da ESF podem ser sintetizadas em: Promoção da saúde; Prevenção de doenças e agravos e rastreamento; Diagnóstico-tratamento-cuidado; Reabilitação; Vigilância da saúde; Educação permanente; Informação e comunicação; e Planejamento e gestão (DAVID at al, 2018, pág. 350).

É mister que a categoria profissional tem sua prática pautada em questões legais e éticas, por legislação própria. Algumas são ligadas a questões estaduais, municipais e até regionais, embora sempre sob amparo legal. Entretanto, dadas as características inerentes à ESF, não há exatamente um “núcleo de saber específico para sua atuação” (DAVID at al, 2018, pág. 349). Fato que leva à disputa entre os diversos interesses profissionais e por reconhecimento do papel do Enfermeiro. Sendo este desconhecido inclusive da população assistida, devido ao afastamento desta, da construção do processo do cuidado.

Ainda sobre esta prática, David at al (2018) relata que estudos apontam para a convergência desta ao modelo biomédico, onde a doença é o centro da prática clínica. Portanto,

[a prática do cuidado] deve ser fortalecida por meio da criação de espaços de reflexão com os próprios enfermeiros que atuam no cotidiano dos serviços de saúde, na construção de propostas de intervenções terapêuticas e de cuidado que possam gerar transformação profissional, auxiliar na tomada de decisão a partir do cuidado e, nesse sentido, contribuir para a legitimação da prática do enfermeiro na equipe interdisciplinar e na sociedade na APS. (DAVID at al, 2018, pág. 348)

O não reconhecimento da prática destes profissionais, seja por ele próprio, ou pela população que demanda por cuidados em saúde, deve-se a diversos fatores intrínsecos à lógica capitalista. Destacamos aqui que existem diversos estudos governamentais em parceria com instituições de ensino que visam fomentar a expansão, consolidação e qualificação da ESF enquanto prioritária para a ABS. Apesar disso, conforme DAVID et al (2018), nenhum realiza avaliação da prática desta profissão sem que esta esteja atrelada a fatores de desempenho.

Reconhecendo a importância do debate, entendemos também que é preciso formular mais estudos que tragam a compreensão desta categoria profissional sobre a característica alienante do trabalho sob o capitalismo. É preciso criticar a produção de saúde subsumida à hegemonia do capital, já que este é o principal fator que esconde o cuidado em saúde do processo de trabalho do Enfermeiro da ESF.

Acreditamos que a ausência de estudos que avaliem a prática do Enfermeiro, assim como a criação de ferramentas que os permitam, tenha a ver com as disputas inerentes ao campo científico e a hegemonia dos interesses do capital privado sobre este. O que se percebe, são movimentos de aumento do escopo da prática clínica para o profissional Enfermeiro da APS. Onde protocolos e normas, aquém das necessidades concretas de saúde da população, ditam um processo de trabalho voltado para o modelo biomédico.

E, em meio a um aumento constante da busca por cuidados em saúde por problemas agudos, em paralelo às demandas gerenciais, este trabalhador encontra-se impedido de prestar um serviço centrado no que é o ideal de um cuidado integral na APS e humanizante em um SUS universal (XAVIER; DAVID, 2019).

Conforme já fora dito, é neste contexto de crise e conseqüente reestruturação produtiva, que, além do trabalho, as políticas de saúde também sofrem repercussões e readequações em prol do capital. Sendo este, mais um fator que gera “precarização do trabalho e sucateamento dos serviços” (XAVIER; DAVID, 2019, pág. 4).

Um marco histórico que demonstra amplamente a influência da lógica do trabalho flexibilizado e precarizado na atenção básica é a instituição da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2017, tratado anteriormente, mas que tem destaque nestas repercussões sobre o trabalho. Sob esta, ao contrário da tendência à ampliação do modelo de ESF vista na PNAB anterior, esta ideia foi revogada. Apesar de seguir afirmando que esta é a “estratégia prioritária para a expansão e consolidação da atenção básica” (Thumé; Fehn; Acioli e Fassa, 2018). Em resumo, esta política altera o padrão de financiamento das equipes de saúde e flexibiliza a carga horária dos profissionais (Thumé; Fehn; Acioli e Fassa, 2018), além de precarizar ainda mais e

tornar praticamente desnecessária a presença dos agentes comunitários de saúde, pontos centrais nas práticas educativas e ligação com o território.

Sendo assim, enquanto promotor e gerente de um cuidado em saúde que se aproxime da integralidade, o enfermeiro da atenção básica precisa atuar frente às disparidades socioeconômicas que demarcam um território, assim como o país. Além das distintas formações profissionais que estes receberam, do trabalho precarizado e do subfinanciamento crônico do Sistema Único de Saúde. Ficando para esta profissão um desafio de implementar na prática, políticas públicas que combatam a morbimortalidade da população, causada pelas mudanças políticas do mundo capitalista.

Mas, como objetivo, é necessário compreender as repercussões desta mudança sobre o trabalhador Enfermeiro da ESF. Neste sentido, entendemos que, em meio à crise econômica instaurada, inerente ao ciclo do capital, e a luta de classes, os impactos sobre a APS são diversificados. De forma a dar pistas ao objetivo deste estudo, traremos os apontamentos de Lima et al (2014), acerca da insatisfação do profissional da saúde atuante na ESF e na atenção básica tradicional. Esta última como ponto de reflexão, já que a nova PNAB permite a sua conformação.

A partir do vivenciado nas três últimas gestões municipais (2009 a 2020) e a ampla divulgação da precarização do trabalho do Enfermeiro da ESF no Rio de Janeiro, focaremos nos motivos de insatisfação dos profissionais dos dois modelos de atenção citados na pesquisa referida acima. Neste interim, os principais motivos para insatisfação no trabalho na atenção básica tradicional são (LIMA et al, 2014, pág. 20 – 21):

- a) Dificuldades na colaboração dos usuários e famílias no processo assistencial;
- b) O salário recebido, considerado insuficiente;
- c) Dificuldades no trabalho em equipe;
- d) Falta de reconhecimento no trabalho e de valorização profissional;
- e) Déficit nos instrumentos e ambiente de trabalho;
- f) Falhas na gestão;
- g) Falta de incentivo à educação continuada; e
- h) Excesso de demanda e carga horária excessiva.

E, quanto aos motivos de insatisfação no trabalho na ESF, listou-se (LIMA et al, 2014, pág. 21):

- a) Déficit nos instrumentos de trabalho e no ambiente/área física da Unidade Básica de Saúde (UBS);
- b) Problemas na relação com os usuários, incluindo agressão;

- c) Falta de compreensão do gestor, da equipe e do usuário sobre o modelo assistencial da ESF;
- d) Carga horária excessiva;
- e) Salário;
- f) Problemas no trabalho em equipe e na capacitação para trabalhar em equipe;
- g) Excesso de demanda;
- h) Problemas no sistema de referência e contrarreferência e no suporte técnico;
- i) Centralidade no trabalho/assistência médica; e
- j) Desvalorização social do serviço público.

Não caberá neste momento fazer análise ou debater com os autores sobre os achados em seu estudo. Os motivos de satisfação são poucos frente aos de insatisfação, o que pode trazer à reflexão sobre a qualidade do emprego do profissional da APS e as repercussões concretas na vida, fora do trabalho, deste sujeito. Portanto, enquanto tarefa principal dos estudos acerca da temática do trabalho na APS, seja do Enfermeiro ou não, é dar ferramentas para compreensão da materialidade concreta, a historicidade do que o trouxe até este ponto, o capital enquanto totalidade que reproduz a vida à sua maneira, e, não menos importante, formas de resistência e ruptura deste sistema.

## **CAPÍTULO 3 - PERCURSO METODOLÓGICO**

### **3.1. PESQUISA DE “CAMPO”? Sobre a trajetória da coleta de dados**

A coleta dos dados propostos inicialmente neste estudo sofreu influência direta do contexto histórico do ano de 2020. Ano marcado por uma pandemia. A qual tem como agente etiológico o vírus SARS-COV-2, um coronavírus que causa a doença COVID-19. Por se tratar de um micro-organismo de transmissão por vias aéreas superiores (ao que se compreende até o momento), a forma de contaminação de uma pessoa saudável por outra infectada tende a ser facilitada. Entretanto, este estudo compreende que o curso de uma pandemia depende de diversos fatores e determinantes, como os de ordem social, econômica, política e de saúde de um Estado e, inclusive, dos diferentes graus que este se relaciona e se impõe em nível internacional.

Há de se destacar que os fatores citados também são influenciados conforme o grau atual da correlação de forças entre a disputa de classes. O contexto econômico-político no qual o Brasil se encontrara, era o de exacerbação do neoliberalismo. Trazendo consigo o combinado de dezembro de 2019, janeiro e fevereiro de 2020 uma taxa de desocupação de 11,6%, além de uma taxa de subutilização da força de trabalho de 23,5% e 12,1% no percentual de pessoas desalentadas na população de 14 anos ou mais na força de trabalho (IBGE, 2021).

Em países como China e Itália os números de infectados/mortos ao final de março de 2020, 82.447/3.310 no primeiro e 97.689/10.781 no segundo, pela COVID-19 (WHO, 2021) já davam amostras da importância que medidas mais eficazes deveriam ser tomadas para o controle da disseminação e do impacto na vida das pessoas, bem como, em certa medida, mas sem valorizar tanto quanto a mídia hegemônica o faz, a economia do país.

A forma como o Estado brasileiro enfrentou o contexto de pandemia gerou em dezembro de 2020, 7.563.551 infectados e 192.681 mortos, liderando junto aos Estados Unidos o ranking mundial sobre o panorama da doença (WHO, 2021). A vida do trabalhador no Brasil sofreu impactos, de diferentes graus. Modificando a forma de realizar o trabalho e de sociabilidade. Fatores como, o quanto se sabia sobre a transmissão do vírus, necessidade de isolamento social e intensificação do trabalho do profissional Enfermeiro de Saúde da Família, influenciaram na realização das entrevistas, propostas no projeto desta dissertação.

Com vias de dar seguimento ao estudo sem modificar a sua essência, mudanças na metodologia foram necessárias. Dentre elas, principalmente, a forma que os dados seriam coletados. A primeira estratégia fora a de realizar entrevistas por meio de videochamadas, chamadas de áudio ou troca de mensagens de áudio. Esta dependeria, inicialmente, da disponibilidade do sujeito e da materialidade que lhe seria própria, como ter um celular, um tablet ou um computador, além de acesso à internet ou pacote de dados que lhe permitisse estabelecer a conexão necessária para a entrevista.

Além destes fatores descritos, questões de ordem de saúde mental, como o estresse físico e emocional, também impactaram no querer participar da entrevista. Foram diversas tentativas de realização das entrevistas, sem sucesso.

Diante desta problemática outra medida era necessária. Para tal, o roteiro proposto, com perguntas abertas e fechadas, fora adaptado para tomar forma de questionário. Neste momento o desafio seria torná-lo o menos exaustivo possível de ser respondido pelos sujeitos, ao passo que não prejudicasse, em maior medida, o alcance dos objetivos do estudo.

Este questionário e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foram implantados com o recurso Formulários da plataforma Google. Sendo o segundo de resposta obrigatória para que fosse possível seguir com a aplicação do primeiro. O endereço eletrônico para responder ao questionário fora enviado aos sujeitos, que aceitaram participar, por meio de um aplicativo de troca de mensagens digitais.

A busca pelos sujeitos se deu pela divulgação desta dissertação neste aplicativo, por meio de “grupos” que contivessem Enfermeiros da APS do município do Rio de Janeiro e entre pessoas que são, ou foram, colegas de trabalho, também na APS. Desta forma, mantendo o endereço para o formulário aberto por pelo menos trinta dias, durante o mês de março de 2021, obteve-se vinte e cinco respostas. Nenhum dos sujeitos reportou dúvida ou questionamentos acerca do instrumento apresentado.

No mês de junho de 2021, eventos como mobilizações sociais por insatisfação com o governo federal e a busca da Enfermagem pela votação do projeto de lei nº 2564 de 2020 que pautava o piso salarial da categoria, gerando também comoção em redes sociais e mobilizações nas ruas, permitiram uma reavaliação do contexto histórico concreto que se vivia. Além do infeliz episódio de agressão física no local de trabalho vivida pelo autor desta dissertação. Neste ínterim, optou-se por mais uma vez divulgar o presente questionário para coleta dos dados da pesquisa aos sujeitos.

A partir desta segunda tentativa, possivelmente por conta do contexto explicitado, obteve-se um total de setenta e quatro sujeitos respondentes. Trazendo maior materialidade para análise e possivelmente um resultado mais próximo do real.

### 3.2. SOB A ÓTICA DO MATERIALISMO HISTÓRICO-DIALÉTICO

Utilizar o materialismo histórico-dialético como método torna-se fundamental no entendimento das dinâmicas do capital e suas repercussões sobre o trabalhador Enfermeiro. Este, pertencente a uma realidade concreta, histórica e dialética, onde sob o ideário hegemônico, desfavorável ao desempenho de suas atividades profissionais, busca prestar um cuidado em saúde mais próximo do conceito de humanização amplamente divulgado.

Sob esta perspectiva, compreendemos que o método parte da premissa de que o conhecimento<sup>6</sup> se dará a partir da análise do objeto, sua dinâmica e estrutura, a partir de uma “realidade concreta” e que é reproduzida de forma ideal<sup>7</sup> pelo sujeito. Para tal é necessária uma relação de fidelidade do sujeito com o objeto, reproduzindo-se assim, no campo das ideias a “estrutura e a dinâmica deste ao qual pesquisa-se” (Netto, 2011, p.20). Sendo fiel ao objeto, o pesquisador trará de forma “mais correta e verdadeira” o conhecimento teórico. E por isso, em Marx, teoria seria: “[...] o conhecimento do objeto – tal como ele é em si mesmo, na sua existência real e efetiva, independentemente dos desejos, das aspirações e das representações do pesquisador” (Idem).

Ainda neste contexto, fica claro que para Marx o saber científico é objetivo, a verdade está no objeto, entretanto, no seu campo científico, esta realidade não é autônoma, ou seja, o sujeito não se mantém afastado do objeto, ele se vê inserido também nesta realidade. Por este espectro, não há neutralidade no estudo. E, tomando como premissa o âmbito econômico analisado pelo autor, nele também não há neutralidade, sendo este influenciado por interesses de classe e não na subjetividade do indivíduo (Netto, 2011).

A verdade encontrada no objeto é também verificável, sem generalizações. Sendo também construída de forma social e histórica, podendo ter leis diferenciadas para cada

---

<sup>6</sup> Este conhecimento, base de um saber científico, é no método de Marx um conjugado de relações sociais, históricas, permeado por entendimentos diversos e antagônicos sobre o mundo. O que ressalta a nossa posição divergente de uma suposta neutralidade (Lowy, 1989 apud Nogueira, 2017).

<sup>7</sup> Por ideal, concebemos a reprodução da realidade no campo do pensamento, no “cérebro”.

momento da história analisada, já que a sociedade também é mutável. Esta sociedade é encarada como totalidade concreta e não um conjunto de partes integradas com objetivos funcionais<sup>8</sup>. Esta totalidade está sempre em movimento, é marcada por contradições que permitem sua contínua transformação e por diversas mediações que a compõem. Por isso, a verdade que, por ser objetiva, é também dialética<sup>9</sup>. O ponto de partida do método está na aparência do objeto, alcançando a partir dela a sua essência. E o alcance da sua essência é marcado por abstrações, partindo-se do concreto e retornando como concreto pensado<sup>10</sup> (Netto, 2011).

O método em Marx é tido como controverso no campo científico de hegemonia capitalista e por isso é alvo de críticas. Campo este que é marcado por disputas e pelo uso de aparatos para manutenção da hegemonia, assim como os seus métodos científicos. E é por isso que nesta parte do estudo busca-se contrapor o método científico hegemônico vigente como forma de demonstrar a importância da utilização do materialismo histórico-dialético para aproximar-se da essência do objeto de pesquisa.

Neste sentido, compreende-se que, atualmente, a construção do conhecimento vive em um momento pós-moderno. Este, vindo após um período de aparente abundância e felicidade no mundo capitalista, principalmente após a década de 1960. É marcado por contradições ao que fora uma vez pregado no iluminismo, ou a modernidade. Percebe-se a decadência da sociedade ocidental, marcada pela anti-democracia e autoritarismos. E que agora tende a tomar uma posição contrária a mudanças. Mesmo que se percebam progressos científicos e tecnológicos, uma certa racionalização da organização social e política e ampliação da educação não há real liberdade nessa racionalidade (WOOD, 1999).

Os pós-modernos veem limites na universalidade, até negando-a, como forma de explicar a sociedade atual. Com uma postura de certa forma, relativista. Acredita-se que na impossibilidade da neutralidade, não há objetividade, portanto, não há verdade. Apresenta-se assim, versões de verdade, que são limitadas conforme a identidade social dos grupos ou indivíduos. Portanto, para a construção de uma teoria, pouco importa seu método, considerando que todas as versões desta teoria que permeiam o real são válidas (WOOD, 1999).

---

<sup>8</sup> Por isso, encaramos a sociedade como um complexo, não como simples conjunto de pessoas. São objetivos variados sob determinações diversas, onde ocorrem tensionamentos e a luta de classes.

<sup>9</sup> Ou seja, também marcada por contradições.

<sup>10</sup> No método de Marx, o início da pesquisa se dá pelos resultados e não pelos questionamentos. O resultado é o que se apresenta à nossa frente, a aparência (e não a essência, a qual precisaremos da pesquisa para desvendar). O que temos por concreto, portanto, é a aparência. Sendo este o ponto de partida, precisaremos fazer abstrações (trazer para o campo do pensamento), no caso deste estudo fizemos com o aporte das categorias marxistas (como o conceito de trabalho, por exemplo). Analisando, em nossas abstrações (sendo fiéis ao objeto de estudo), o concreto (a aparência apresentada) será, após as abstrações, visto como concreto pensado ou a essência, ou graus dela, já que podemos fazer este ciclo diversas vezes.

Em alusão à cultura de um grupo social, esta e o seu discurso não tem relação com um referente externo. O que importa é o que as pessoas enxergam do mundo e imputam na sua cultura e discurso. Neste caso, a pesquisa com viés pós-moderno é uma mera descrição ou reprodução da produção verbal e cultural de um grupo pesquisado. E, sem mediações, chega-se às conclusões. A fala remete à verdade objetiva e ela é a própria análise. Satisfeitos com a aparência do objeto, os pós-modernos focam em grupos sociais específicos, sem fazer desdobramento social mais amplo, deixando este cada vez mais fragmentado (WOOD, 1999). Neste ponto, o presente estudo, apesar de focar em um grupo social específico, toma-se por consideração as mediações que atuam sobre este grupo, além da análise da totalidade histórica do problema.

### 3.3. ABORDAGEM, INSTRUMENTO E TRATAMENTO DO MATERIAL EMPÍRICO

Para atingir os propósitos deste estudo, buscou-se seguir as orientações da abordagem qualitativa, levando em consideração que a fala dos sujeitos desta pesquisa precisam ser priorizadas. E, assim como no método em Marx, busca-se o conhecimento e metodologia destacados por Minayo, onde esta autora faz referência ao objeto de estudo na pesquisa social, o qual é “histórico” e, portanto, dotado de “consciência histórica”. (Deslandes e Minayo, 2013). Na compreensão deste objeto, a pesquisa qualitativa será o meio para o alcance dos objetivos destacados aqui e a abordagem respostas dos sujeitos será complementada com a análise temática apresentada por Minayo.

Entende-se nesta pesquisa que o observador é da mesma natureza que o objeto, sendo ele próprio, uma parte de sua observação. Portanto, não há a pretensão de neutralidade e, por estar intimamente ligado às ciências sociais, reconhecemos que o objeto é, em sua essência, qualitativo. Neste sentido “a realidade social é a cena e o seio do dinamismo da vida individual e coletiva com toda a riqueza de significados dela transbordante” (Deslandes e Minayo, 2013, p.124).

A pesquisa qualitativa “trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes” (Deslandes e Minayo, 2013, p.249). Já o processo desta pesquisa, enquanto qualitativa, será dividido em três partes: fase exploratória, trabalho de campo e a análise e tratamento do material empírico e documental (Deslandes e Minayo, 2013).

Durante o trabalho de campo, este estudo pretendia utilizar-se de entrevistas semiestruturadas e com um roteiro que guiaria a coleta de dados, entretanto, conforme descrito anteriormente, a materialidade concreta não permitiu que estas fossem aplicadas. Isto posto, valorizamos a coleta de dados a partir de um questionário, ou entrevista fechada, onde foram levantadas questões pertinentes ao objeto do estudo por meio de quarenta e cinco perguntas fechadas e seis perguntas abertas de texto.

Entendemos que, a partir da situação complementar aos procedimentos de minudência da pesquisa qualitativa (MINAYO, 2014), os dados quantitativos e qualitativos esquadrihados no questionário proposto, permitiram uma análise concreta da situação e mediações que permeiam o campo ao qual se inserem os sujeitos e a forma que estes interagem e reagem.

As questões propostas foram pautadas nos objetivos desta dissertação, compreendendo as suas diferentes classificações, assim como suas vantagens e desvantagens. Para Souza et al (2005), as questões fechadas trazem agilidade nas respostas, erros minimizados, objetividade, facilidade para aplicar, processar e analisar e sofisticação ao analisarmos os dados. Entretanto, exigem mais do pesquisador quanto ao preparo, influencia os sujeitos a partir do tipo de respostas estabelecidas, ocorrência de vieses na falta de apresentação de respostas importantes, conclusões simplistas e reducionismo nas informações que as respostas apresentam (SOUZA et al, 2005).

Já as questões abertas de texto, podem ser vantajosas pois tem um tempo reduzido para serem elaboradas, abordam situações que ultrapassam as possibilidades oferecidas nas questões fechadas, informações de melhor qualidade e com melhor conteúdo para análise, possibilidade de aquisição de novos elementos e informações, bem como menor poder de influência nas respostas em comparação às fechadas. Todavia, apresentam um caráter mais trabalhoso para a formulação de respostas, possibilitam parcialidade e subjetividade do pesquisador no processamento dos dados coletados e demandam que se despenda mais tempo durante a análise (SOUZA et al, 2005).

O instrumento de coleta de dados conta com eixos estruturantes visando atingir os objetivos do estudo e as questões levantadas. Os eixos estruturantes são: Caracterização social e ocupacional do enfermeiro da ESF; Percepções sobre o trabalho na ESF e suas repercussões - antes da pandemia da COVID-19; e O trabalho no contexto da pandemia da COVID-19.

Buscou-se com este instrumento abrir ao respondente a oportunidade de falar livremente sobre o tema abordado (Deslandes e Minayo, 2013). Mesmo que de forma escrita neste estudo. Desta forma, acreditamos que também traz para o pesquisador uma visão sobre como o sujeito da pesquisa vivencia a realidade do tema, determinando assim os dados “subjetivos” do estudo

(Deslandes e Minayo, 2013). Assim como, maior interação com os dados quantitativos coletados.

Os dados que constituem uma representação da realidade são:

ideias, crenças, maneira de pensar; opiniões, sentimentos, maneiras de sentir; maneiras de atuar; condutas; projeções para o futuro; razões conscientes ou inconscientes de determinadas atitudes e comportamentos. (Deslandes e Minayo, 2013, p.954)

É importante saber que para analisar estas entrevistas fechadas, formalmente coletadas, foram levados em consideração o “contexto de sua produção” e as suas informações que acompanham e complementam os dados (Deslandes e Minayo, 2013, p.964).

Aos sujeitos da pesquisa apresentou-se, por meio de rede social ou aplicativo de conversas online, a temática do estudo e seus objetivos. Assim como, em caso de aceite em participar da pesquisa, um termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) foi disponibilizado ao sujeito por meio de email. Este aceite ocorreu pelo preenchimento de arquivo digital online na plataforma Google Docs, considerado aqui o instrumento de coleta de dados, onde informou-se o email para o qual foi enviado o TCLE. O campo de investigação abrangeu os enfermeiros que atuam em Equipes de Estratégia de Saúde da Família do município do Rio de Janeiro. Para a aproximação aos sujeitos da pesquisa valeu-se da rede social que constituída pelo autor ao longo de sua experiência no campo da atenção básica e de divulgação por estes mesmo em suas redes. As regras de armazenamento, sigilo e posterior descarte, são explicitadas no TCLE e seguem conforme a exigência da Resolução CNS/Conep nº 510/2016.

Com este entendimento, o instrumento de coleta de dados, foi aplicado aos profissionais enfermeiros que: estejam inseridos em equipes de ESF; no mínimo dois anos de experiência prática em equipe de saúde da família; e/ou enfermeiros que tenham atuado na ESF por mais de dois anos e tenham pedido demissão devido às condições de trabalho ou qualquer outro tipo de sofrimento relacionado ao trabalho.

A escolha dos sujeitos também fora condicionada à atuação em diferentes gestões municipais, havendo a mescla entre os mais novos no campo e os mais antigos. O número de respondentes variou até a saturação das informações adquiridas nas entrevistas.

Para o tratamento das respostas colhidas, utilizou-se a análise temática pautada em Minayo, onde, apesar de apresentar elementos do positivismo, “há variantes na abordagem que no tratamento dos resultados trabalha com significados em lugar de inferências estatísticas” (Minayo, 2004, p. 211). Por tema podemos compreendê-lo como uma “afirmação a respeito de determinado assunto” e que é capaz de conter um “feixe de relações” representadas em “uma palavra, uma frase, um resumo” (Minayo, 2004, p. 208). E é na captura destes significados, de

forma qualitativa, que se justifica a escolha deste tipo de análise para este estudo que busca entender repercussões de ordem objetiva tanto quanto as subjetivas.

A análise temática incide sobre a descoberta de “núcleos de sentido” em meio à comunicação, onde, para estes, a sua “presença ou frequência” constituam um significado para o objetivo da análise (Minayo, 2004, p. 209). Para o seu uso, é preciso seguir três etapas: pré-análise (leitura flutuante, constituição do corpus e formulação de hipóteses e objetivos); exploração do material; e tratamento dos resultados obtidos e interpretação (Minayo, 2004).

A pré-análise abarca a “leitura flutuante do conjunto de comunicações”, a qual “consiste em tomar contato exaustivo com o material deixando-se impregnar por seu conteúdo” (Minayo, 2004 p. 209). Seguida da “organização do material de tal forma que possa responder a algumas normas de validade”, sendo elas a “exaustividade”, a “representatividade”, a “homogeneidade” e a “pertinência”, compondo assim a constituição do corpus (idem). Nesta fase construímos sete quadros, inseridos nos anexos desta pesquisa, onde pode-se encontrar a organização dos sujeitos a partir de suas respostas. Finalizamos esta etapa com a formulação de hipóteses (iniciais e emergentes) e objetivos, além da determinação da “unidade de registro”, da “unidade de contexto”, dos “recortes”, das “formas de categorização”, das “modalidades de codificação” e dos “conceitos teóricos mais gerais” para a orientação da análise (Minayo, 2004, p. 210).

Na etapa de exploração do material foi aplicada a codificação. Neste contexto é feito primeiramente o “recorte do texto em unidades de registro”, estas podem ser “uma palavra, um tema, um personagem, um acontecimento tal como foi estabelecido na pré-análise” (idem). Posteriormente são escolhidas as regras de contagem, visando certa quantificação através de índices (Minayo, 2004). E por fim, é feita a “classificação e agregação dos dados, escolhendo as categorias teóricas ou empíricas que comandarão a especificação dos temas” (Minayo, 2004, p.210).

A última etapa da análise temática é o tratamento dos resultados obtidos e interpretação que exige o retorno ao quadro teórico e permite a abertura de novas “pistas em torno de dimensões teóricas sugeridas pela leitura do material” (idem).

## **CAPÍTULO 4 - PERCEPÇÕES SOBRE O TRABALHO DO ENFERMEIRO DA ESF CARIOCA**

### **4.1. CARACTERIZANDO OS SUJEITOS**

Buscamos compreender neste tópico a realidade concreta que permeia os sujeitos deste estudo, a partir de questões que nos ajudassem a desvendar particularidades e determinações históricas que os trouxeram até o momento atual de suas vidas. Para tal, discutimos sobre suas idades, raça/etnia, situação civil e quantidade de filhos, bairro de moradia, percurso formativo desde o tipo de instituição de graduação, tempo desde tal, sobre a realização de pós-graduação, sua modalidade e tipo de instituição.

A maioria dos Enfermeiros participantes do estudo, 60,8%, encontra-se na faixa etária de 31 a 40 anos. A partir da pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil (Machado, 2017), o país contava com 414.712 Enfermeiros no ano de 2013, onde 36,8% encontram-se na faixa dos 31 a 40 anos de idade. No estado do Rio de Janeiro, esta faixa etária é composta por 32,9% destes profissionais (Idem). Chama atenção que o percentual de enfermeiros sujeitos do estudo nessa faixa etária é superior ao encontrado na pesquisa. Ainda assim é importante destacar que a seleção dos nossos entrevistados não considerou a variável idade como significativa para a percepção do trabalho na APS.

Seguindo as classificações por raça/etnia, presentes no IBGE, as informações coletadas demonstraram que, dos respondentes, 43,2% são brancos, 39,2% são pardos e 16,2% pretos. A similitude com a mesma pesquisa referenciada acima, demonstra também uma menor parcela de pretos no quadro de Enfermeiros do Brasil, assim como no Rio de Janeiro (Machado, 2017). Compreendemos que os dados aqui apresentados, onde a minoria é preta, podem ser correlacionados à dados como acesso à escola, faculdade e emprego, por exemplo. Além de questões relacionadas à forma estrutural a qual se dá o racismo no país.

Tal discussão é importante pela possibilidade de repercussões de aspectos diferenciados mediante a questão racial. Isto posto, esta discussão precederia um esforço de abstração e análise sob uma ótica marxista, algo que exigiria um aprofundamento que ultrapassa o escopo desta dissertação<sup>11</sup>.

Ao observarmos a pergunta relacionada ao “gênero” do respondente, percebemos que a questão poderia abarcar as diferentes formas de visão ao tratar a temática. Compreendemos que,

---

<sup>11</sup> Como acreditamos no valor desta discussão no campo revolucionário sugerimos a leitura de autores como Devulsky (2021) em sua obra Estado, racismo e materialismo.

apesar da forma simplista aqui abordada, valorizamos a visualização e importância da luta LGBTQIA+ na busca de uma sociedade diferente da imposta atualmente pela ideologia capitalista dominante. Dadas estas ressalvas, percebemos algo que já é demonstrado em estudos e diversos veículos de informação, a maioria numérica de mulheres no mercado de trabalho.

Nosso estudo captou um percentual de 83,8% de mulheres e 16,2% de homens, seguindo o quantitativo de uma profissão historicamente composta por maioria de mulheres. Essa hegemonia feminina pode nos dar pistas, frente ao padrão de reprodução social capitalista que vivemos, da posição desta profissão no mundo do trabalho. Além das diversas repercussões que se pode observar quando tratamos da mulher-que-trabalha.

Mediante o status de precariedade do trabalho, em geral, que já demonstramos, e o acelerado processo de precarização deste sob o neoliberalismo é preciso chamar atenção para as lutas das mulheres que também têm que lidar com a opressão histórica sobre seu corpo e ser. Saffioti (1987, pág. 47), refere que “há cerca de seis milênios” já se podia observar a dominação masculina sobre a feminina e que esta era tida em diversos planos da “existência cotidiana”, com destaque especial para o “poder político”, onde os “homens tomam as grandes decisões que afetam a vida de um povo”. Levando em consideração os estudos de Foucault (1988), que remontaram à forma como a sexualidade era tida e ajuizada desde o século XVII, podemos corroborar para a visão de controle social e político, que perduram sobre o corpo feminino.

Conforme diz Saffioti (1987), a sociedade brasileira deixa bem claro que o homem e a mulher ocupam posições diferentes e tem papéis distintos, onde à mulher cabe cuidar dos filhos e mesmo que realize trabalho fora de casa, esta ainda é sua atribuição. Por ser sistêmica, a desigualdade no campo social também se reproduz no trabalho, com a existência de profissões específicas para as mulheres, marcadas por salários e qualificações menores. Assim, a exploração através da dupla jornada é notória e precisa ser denunciada (ALAMBERT, 1986). Acreditamos, portanto, que as repercussões causadas pelo trabalho sob a égide neoliberal e suas formas de expressão no Brasil, afetam com mais intensidade a mulher.

Dos sujeitos que classificaram sua situação civil, 54,4% são casados e 32,4% vivem juntos de um parceiro ou parceira. Onde 66,2% relatam terem filho e 33,8% não tem. Dentre os primeiros, 53,6% têm um filho, 39,3% dois filhos e 7,1% três ou mais. Quanto ao bairro de moradia, sobressaem bairros da zona oeste do município e subúrbio. Ao menos seis respondentes referem morar fora do município. Compreendemos que estas questões levantadas podem demonstrar as condições materiais destes profissionais e possíveis dificuldades enfrentadas no dia a dia. Bem como a questão de distância do trabalho, fato que pode interferir na qualidade de vida frente ao tempo gasto para ir e retornar.

Em vistas de apreender o percurso formativo destes profissionais e futuramente alguma possível mediação deste com o seu posto de trabalho, observamos que 21,6% dos sujeitos realizaram sua graduação em instituição pública, enquanto 77% em instituição privada. Esta informação pode corroborar resultados de estudos que avaliam o grau de crescimento da inserção da rede privada no ensino superior frente às universidades públicas (SAVIANI, 2010; SARAIVA; NUNES, 2011; ALVAREZ; RADAELLI, 2016). Reconhecendo o limite deste estudo, não realizaremos uma avaliação qualitativa entre a graduação em instituição privada e pública. Compreendemos a importância dos programas nacionais que pretendiam ampliar o acesso de camadas mais pobres à faculdade, mas cabe considerar que, mesmo com a maior inclusão desses alunos em cursos de instituições públicas seguiu-se reproduzindo a falta de investimentos nesse setor de ensino. A oferta de cursos no setor público não consegue competir com a intensa abertura de cursos privados noturnos e à distância, inclusive com tentativas na área da enfermagem.

Tal percentual também pode referir à tendência cada vez maior de hegemonia dos interesses do capital privado na educação de nível superior no Brasil. O que pode demonstrar a possibilidade desta tendência estar oculta em políticas públicas, e, ainda, que os lucros advindos da compra de vagas em centros universitários podem remeter ao fomento do ensino privado por parte do Estado.

Dos setenta e quatro respondentes, podemos perceber que a maioria é, relativamente, recém-formada. Já que cinquenta e cinco afirmam ter até cinco anos de término da graduação. Tal dado demonstra também similitude com o estudo mais atual acerca do perfil da enfermagem brasileira, onde a maior parte dos entrevistados tem até cinco anos de tempo de formado (MACHADO, 2017). Mesmo que não possamos afirmar, por meio da presente dissertação, há uma possível associação entre as políticas públicas atuais de criação de vagas e inserção de estudantes no ensino superior (REUNI e PROUNI, por exemplo) com o tempo de graduação que encontramos na atual força de trabalho presente na Enfermagem.

Já sobre a pós-graduação, acreditamos que tal escolha possa remeter a fatores como: exigência do mercado de trabalho; escolha própria pela especialização em algum campo de atuação; e maiores possibilidades de seguir a profissão pela via acadêmica ou científica. A partir dos dados coletados, percebemos que todos os sujeitos realizaram pós-graduação, onde 82,4% tiveram na modalidade especialização uma possibilidade de alcançar tal grau de escolaridade. E que 62,2% dos sujeitos realizaram sua pós-graduação em instituição privada, o que pode indicar um acesso mais “facilitado” a esta em comparação às instituições públicas. Aqui não

faremos afirmações acerca da qualidade do ensino conforme o local de realização, comparação dos currículos e empregabilidade dos egressos.

Visando compreender o dado apresentado acima, realizamos uma breve busca nos editais dos processos seletivos aplicados entre 2009 e 2019, para contratação de Enfermeiros na ESF do município do Rio de Janeiro. Desta forma, percebeu-se que até 2016 não havia a exigência da pós-graduação (especialização, residência e mestrado) para aprovação nos processos seletivos. Já a partir de 2017, sob uma nova gestão municipal, a qualificação profissional passou a ser exigida. Fato que pode estar relacionado ao dado que nos aponta 100% dos respondentes com o título de pós-graduados.

A busca dos editais destas seleções restringiu-se às Organizações Sociais (OSs) levando em conta que a modalidade de incorporação e gestão de recursos humanos e materiais foi via terceirização. Assim foram observados editais das OSs: IABAS, VIVA RIO (antigamente chamada de VIVA COMUNIDADE), FIOTEC, GNOSIS e SPDM. E a partir de 2019 incluiu-se também o estudo dos editais da empresa pública RIO SAÚDE. Estas OSs se dividem entre as áreas programáticas do município do Rio de Janeiro e cada uma produziu o seu edital para seleção dos profissionais, sob o regime da CLT. E nos anos de 2019 – 2020, percebemos também a presença de seleção de profissionais por indicação e contratação via pejetização. A busca citada ocorreu nos principais sites de concursos encontrados na internet.

Importante ressaltar que a partir da inserção da empresa pública RIO SAÚDE na ESF, seus editais apresentaram como exigência o título de especialista por meio de residência uniprofissional e os que fossem emitidos pela Associação Brasileira de Enfermagem de Família e Comunidade (ABEFACO). Fato que levou a recentes discussões entre o Sindicato dos Enfermeiros do Rio de Janeiro, Conselho Regional de Enfermagem (COREN), Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) e a secretaria de saúde do município. Diante desta exigência neste campo, podemos partir de um entendimento de que parte desses trabalhadores que já atuam na área buscaram o título de especialista em saúde da família para se manter em seus postos de trabalho e os mais recentemente contratados, possivelmente buscaram o título para ingressar.

Percebemos que a maior parte dos sujeitos ingressou no campo da ESF após o ano de 2009. Este ano fora marcado pelo início da reestruturação da APS carioca. Sob a gestão de Paes, a expansão da saúde da família enquanto estratégia promoveu a seleção de diversas categorias profissionais, bem como os enfermeiros. O tipo de contrato de trabalho priorizado seria sob as leis da CLT e a garantia de funcionamento da rede estaria a cargo das organizações sociais. Estratégia justificada a partir de uma pretensa eficiência deste modelo de gestão.

Isto posto, 85,1% dos respondentes referem estar sob o regime da CLT enquanto contrato de trabalho. Entretanto, percebemos a presença de 9,5% dos trabalhadores sob uma forma de prestação de serviços através de sociedade por coparticipação, a chamada pejetização. Dado que demonstra a presença de novas formas de precarização das relações de trabalho, além do enfraquecimento de sindicatos e da seguridade social pública. Diante deste quadro podemos afirmar que a expansão da ESF no município do Rio de Janeiro se deu mediante a exploração do trabalhador da saúde a partir da fragilidade nas relações de trabalho impostas. Utilizamos a totalidade dos trabalhadores, já que não apenas os Enfermeiros, mas também as demais categorias profissionais, seguiram sob o mesmo regime contratual. Por meio da justificativa da prefeitura em buscar flexibilidade, além da agilidade, nos processos que permitiram dada expansão, confirma-se a presença do ideário neoliberal na gestão da ABS carioca.

O contrato de trabalho da ESF prevê a presença do Enfermeiro por 40 horas de trabalho semanais e, neste ínterim, 77% dos respondentes referem seguir esta jornada. A maioria afirma trabalhar no horário das 07:00 às 18:00. Entretanto, podemos perceber que 23% destes sujeitos trabalham além das 40 horas semanais, o que pode indicar uma intensificação desta jornada frente à materialidade imposta pelo contexto neoliberal, além da pandemia, ou a necessidade de outro vínculo empregatício.

Estes dados corroboram com os estudos apresentados nesta dissertação acerca das cargas de trabalho e do acúmulo de diferentes postos de trabalho (SCHMOELLER et al, 2011; DAVID, ACIOLI, SEIDL & BRANDÃO, 2018). Pode-se afirmar, portanto, que os sujeitos estão suscetíveis às repercussões destas mediações e sinalizar para a expansão do sofrimento associado à carga de trabalho diante de uma jornada laboral extensiva, adoecimento físico e emocional, além da possibilidade de acidentes de trabalho. Somado a estas mediações, observa-se também a característica do trabalho desempenhado pelo Enfermeiro da ESF, flexível, com foco na produtividade e diante de um fluxo tensionado (SOUZA, 2016; SANTOS, ACIOLI, RODRIGUES, MACHADO, SOUZA & COUTO, 2016). Fato que também tende a incidir sobre tais repercussões.

Há outro fator que pode elevar o grau destas repercussões citadas, como o auferido na questão sobre a quantidade de vínculos trabalhistas que estes enfermeiros tiveram ao longo do seu percurso profissional. Neste ponto, percebemos que a maior parte dos sujeitos referiu ter vivenciado mais de dois tipos de vínculos, atestando que foram diferentes tipos de contrato. E, a partir do que foi possível notar ao longo da experiência deste autor na APS, há de se afirmar que foram também diferentes salários aplicados, a depender da gestão municipal ou da OS gestora dos serviços. A ênfase nesta questão se justifica pela insegurança que o tipo de vínculo

traz ao trabalhador, tanto à manutenção do seu posto de trabalho, quanto à renda familiar e acesso à cultura, lazer e possibilidade de crescimento profissional. Mediações que reforçam a produção de sofrimento e adoecimento do enfermeiro da ESF.

Quanto à área de planejamento (AP), divisão da rede de saúde municipal, este estudo alcançou profissionais das dez APs. Com uma participação maior por parte dos enfermeiros da AP 5.3, região de Santa Cruz, Paciência e Sepetiba. Área que coincide com a maior inserção de tempo do autor desta dissertação como trabalhador na ESF. Conforme já referido, cada AP conta com um contrato de gestão entre secretaria municipal de saúde (SMS) e uma organização social (OS). O conteúdo pactuado é o mesmo, com diferença nos recursos financeiros dispensados. Há a compreensão por parte deste estudo que, diante das diferenças regionais socioeconômicas, grau de participação popular, interesses políticos diversos e atividade política dos próprios trabalhadores, entre outras mediações como mobilidade, acesso às comunidades e questões relacionadas à violência, repercussões acerca do sofrimento profissional e capacidade de resistência, possam assumir diferentes particularidades.

#### 4.2. PERCEPÇÕES SOBRE O TRABALHO NA ESF E SUAS REPERCUSSÕES - antes da pandemia da covid 19

O Enfermeiro está inserido em diversos campos de atuação e mesmo dentro de um campo há diversas subdivisões nas quais este profissional pode trabalhar. O processo de escolha sobre onde atuar pode se iniciar na graduação ou durante a experiência já na prática do campo. Concordamos que existam mediações que interferem na escolha dos sujeitos, sendo este, portanto, um processo sócio-histórico. Acreditamos que

os homens fazem a sua própria história; contudo, não a fazem de livre e espontânea vontade, pois não são eles quem escolhem as circunstâncias sob as quais ela é feita, mas estas lhes foram transmitidas assim como se encontram. (MARX, 2011, pág. 142, in GRESPAN, 2021, pág. 81)

Para Manoel et al (2014, pág. 597), a construção da carreira, ou “projeto profissional”, deve incluir em seu processo um momento de “reflexão sobre a maneira como se pretende intervir na realidade”. E que,

de acordo com a perspectiva sócio-histórica, [...] a construção do projeto profissional não resulta de um amadurecimento psíquico e biológico, mas de um processo multideterminado, em que o indivíduo sofre influência de fatores políticos, econômicos, sociais, educacionais, familiares e psicológicos. (MANOEL et al, 2014, pág. 597)

Ao escolherem o campo da estratégia de saúde da família suas principais motivações ficaram assim distribuídas: Questões relacionadas à forma de atuação do Enfermeiro (34,9%);

Questões relacionadas ao salário (20,2%); Questões relacionadas ao objetivo e trajetória profissional (18,3%); e Questões relacionadas aos tipos de cuidados prestados (16,5%). Percebemos aqui, neste item de nosso questionário, que talvez este pudesse ter sido construído sob uma lógica de hierarquização das motivações, pois, como já referimos, o processo de escolha do campo de trabalho é multideterminado.

Considerando Grespan (2021) ao discutir sobre o conceito de história em Marx no que se refere à possibilidade de agir do humano, compreendemos que estas mediações inerentes à trajetória profissional, ou circunstâncias, estão em constante movimento, são dinâmicas. Portanto, estão sempre alterando as relações “entre as condições materiais da vida e as relações sociais” (GRESPLAN, 2021). Isto posto, a partir do questionamento sobre a motivação a ingressar na ESF, inquirimos se este era o mesmo que os motivava a manter-se neste campo. As respostas não demonstram uma maioria, estando relativamente iguais tanto as afirmativas, quanto as negativas. Onde trinta e nove sujeitos referindo sim e trinta e cinco, não. Consideramos, neste momento da pesquisa, que este item poderia ter sido construído de forma diferente, de maneira que pudéssemos relacionar suas ações, neste trajeto profissional, com determinantes característicos do neoliberalismo.

Talvez, questioná-los diretamente sobre quais eram estas motivações e o que teria mudado a sua forma de pensar, tanto negativamente quanto positivamente. Mas decidimos seguir outro caminho, pois, no momento de construção do Questionário, acreditávamos que tais respostas poderiam não levar a um fato ou alguma totalidade, dada imprecisão no questionamento que poderia ser proposto. Isto posto, consideramos, a partir deste momento, que para construção de um instrumento que vise captar motivações relacionadas ao campo de trabalho e trajetória profissional, há a necessidade de um entendimento de que este é um processo sócio-histórico determinado por uma realidade material, sendo também dialético pois os determinantes são de múltiplas ordens (econômicas, políticas, culturais etc.).

As questões seguintes foram construídas de forma que nos dessem pistas acerca das possíveis repercussões da precariedade e precarização do trabalho, enquanto totalidade, do Enfermeiro da ESF sob o neoliberalismo e suas expressões no município do Rio de Janeiro.

Sobre o tipo de contrato de trabalho firmado, ou imposto, já que dada a conjuntura político-econômica nem sempre há a possibilidade de escolha, 74,3% dos respondentes relatam estarem insatisfeitos diante dele e 91,9% consideram o tipo de vínculo trabalhista instável. Aqui já podemos inferir que tal contrato, típico das relações sociais no capitalismo contemporâneo, já traz como repercussão o sofrimento profissional mediante a insatisfação.

Mesmo que ao ler a passagem acima tenhamos em mente um possível sentimento de desgosto ante ao abuso imposto neste vínculo de trabalho, precisamos compreender o papel da burguesia através do aparato de Estado nesta disputa. Esta, enquanto hegemônica nesta relação social, garantiu que a relação imposta por via do contrato de trabalho fosse corroborada pela via legal, portanto, normatizada pelo Estado. Há de se dizer que este não foi um processo que ocorreu sem tensionamentos no âmbito da luta de classes, mas, adveio dadas as características do Estado capitalista, o momento histórico, e os interesses de uma minoria hegemônica e o seu poder econômico-político.

Pautamo-nos no Estado descrito por Poulantzas (2019), considerado um campo de relações de forças, neste caso entre as classes e suas frações. Compreendemos a partir de sua visão que, por se tratar de um Estado capitalista, mesmo que forças de esquerda estivessem à frente do governo, a força hegemônica ainda seria burguesa. Tão logo, reformas que favoreçam a classe dominada (trabalhadores) não seriam mantidas a partir de uma conjuntura desfavorável à acumulação de riqueza pela classe dominante (burguesia). A exemplo disto, temos a Reforma Trabalhista iniciada no governo Temer e a destruição atual da consolidação das leis trabalhistas.

A partir do referencial teórico deste estudo, compreendemos que o salário pago sob um contrato, subordinado à lógica da propriedade privada, se torna o objetivo do trabalhador nesta relação social imposta pela sociedade capitalista. Desta forma, o que seria atividade vital (MARX, 1982 apud MÉSZÁROS, 2017), não é mais do que um meio de sobrevivência. Isto posto, além das formas de sofrimento diante do vínculo precário, frágil e vulnerável (ANTUNES; DRUCK, 2013; LINHART, 2014), o salário também pode ser capaz de levar o Enfermeiro da ESF à formas diferentes de sofrimento, já que 94,6% destes profissionais responderam que este não é adequado às suas funções desempenhadas na APS carioca.

Outro fator que corrobora com a ideia de precariedade dos vínculos trabalhistas, é o destaque dado à mudança salarial, imposta, ao longo da experiência profissional dos sujeitos. Isto não apenas pelo fato de que 89,2% destes apontaram estas mudanças, mas sim porque 52,7% referiram que foram boas em um dado momento e tornaram-se ruins. Cabe ressaltar que 27% responderam que as mudanças foram apenas ruins.

Na busca constante pelo lucro, o capital cria incessantemente formas de exploração do trabalhador que o permitem ampliar as margens de lucro. Uma das expressões da forma de sua obtenção é a redução salarial. E isso se dá a partir do momento em que a concretude das relações capitalistas não favorece uma taxa de lucro satisfatória, mesmo que em certa medida ainda seja obtida.

Neste movimento de mudança nas formas de expressão da relação capitalista, localizamos o processo de reestruturação produtiva. Mesmo que esta seja inerente aos ciclos de reprodução do capital, as repercussões sobre o trabalhador podem assumir características diversificadas, dada a materialidade histórica na qual nos encontramos. O neoliberalismo expresso no Brasil, mais especificamente no Rio de Janeiro, é dotado de potencial alienador que obscurece do trabalhador a totalidade causadora da precarização e manutenção do status de relação de trabalho precária frente ao salário. Ao Enfermeiro da ESF não é dada a opção de fugir desta subordinação, mas tornar-se flexível, polivalente e adaptar a sua vida conforme a materialidade lhe permite.

Com as mudanças salariais atuais, exige que além das 40 h exaustivas, tenho que buscar outras fontes de renda para complementar o salário. (sujeito 19 da pesquisa, questão 4.8)

Perda do poder aquisitivo, dívidas, baixa autoestima, perda da possibilidade de um lazer mais atrativo, estresse, impactos na saúde mental. (sujeito 45 da pesquisa, questão 4.8)

Na troca de organização social meu salário foi diminuído trazendo transtorno para minha vida financeira. (sujeito 63 da pesquisa, questão 4.8)

Tive que diminuir as despesas de casa, fazer extras com RPA, por isso não tenho tempo de ficar com minha família, desânimo para ir trabalhar sem Boa remuneração além que moro muito longe faço percurso diário 168 km todo dia para ir trabalhar. (sujeito 58 da pesquisa, questão 4.8)

Frente à precariedade e precarização desse trabalhador, uma das soluções mais apontadas pelos enfermeiros refere-se à busca por nova fonte de renda para compensar a redução salarial. Neste ponto, nos aproximaremos da afirmação que David, Acioli, Seidl e Brandão (2018) fazem ao apontar os problemas de relação salarial enfrentados pelos Enfermeiros, que os obrigam a acumular mais de um posto de trabalho. O que pode levá-los, principalmente, ao adoecimento físico e mental.

Desmotivação, ansiedade devido a contas atrasadas... (sujeito 65 da pesquisa, questão 4.8)

Diminuição do estímulo de continuar. (sujeito 59 da pesquisa, questão 4.8)

Desmotivação e enfraquecimento do vínculo com a esf. (sujeito 2 da pesquisa, questão 4.8)

Desvalorização profissional, me senti desvalorizada, desmotivada. Além do salário, pelo que se tornou atenção básica. (sujeito 18 da pesquisa, questão 4.8)

Estresse adoecimentos recorrentes, ansiedade, irritabilidade. Redução da qualidade do cuidado ofertado, redução das boas práticas e da segurança do paciente. (sujeito 33 da pesquisa, questão 4.8)

Neste ínterim, percebemos que a fala dos sujeitos nos remete a questão seguinte, que trata da mudança do protagonismo da ESF frente às alterações na PNAB e nas políticas de gestão estadual e municipal. As percepções dos enfermeiros sobre as possíveis repercussões destas mudanças frente ao trabalho encontram-se associadas a produtividade, gestão do serviço

de saúde e como estas produzem sofrimento, físico e mental e maior fragilidade no cuidado (baixa qualidade da atenção, educação e promoção à saúde).

Com as mudanças o trabalho do enfermeiro ficou mais voltado para a produção numérica, onde a continuidade do cuidado ficou fragilizado. No meu caso, percebo que a forma de educação em saúde e prevenção da doença, passou a ser segundo plano, pois com as inúmeras pessoas doentes, passo maior parte do tempo atendendo ao invés de promover saúde, o que pra mim é péssimo, pois perdeu o foco de promoção. (sujeito 20 da pesquisa, questão 4.9)

Totalmente... Muda a maneira como a gerência conduz a unidade, mudam as cobranças, perdemos qualidade da assistência para passar a ter obrigatoriamente quantidade. (sujeito 15 da pesquisa, questão 4.9)

Antes a preocupação era com a qualidade do trabalho realizado, vínculo com paciente, hoje a questão são os números, quantidade de atendimento, o princípio da estratégia não existe mais. (sujeito 45 da pesquisa, questão 4.9)

Tivemos que nos dividir e mais de um profissional para tentar manter um padrão de metas e estatísticas, causando resgate físico e mental prejudicando a longitudinalidade do cuidado. (sujeito 53 da pesquisa, questão 4.9)

As respostas enfatizam que as mudanças impostas pela reestruturação produtiva perpassam o modo de gestão da ESF. Influenciada pela lógica da empresa reestruturada, sob um caráter de nova gestão pública, o trabalho neste campo aproxima-se ao ideal da empresa privada. Esta, marcada na obtenção do lucro por meio de mudanças substanciais na lógica do trabalho na saúde pública, com o foco em metas e produtividade, bem como, ao que importa aqui, na APS (TEIXEIRA et al, 2018; ALVES, 2018; GAULEJAC, 2007).

Impactaram de forma negativa. Tanto na parte financeira quanto na qualidade da assistência. Precarização do serviço, aumento do número de equipes incompletas (sem médico), redução do número de equipes e consequentemente aumento da dificuldade de acesso aos serviços prestados aos usuários, sobrecarga de trabalho para o enfermeiro, aumento das responsabilidades e até mesmo realização de funções que não são nossas. (sujeito 57 da pesquisa, questão 4.9)

As mudanças prejudicaram os serviços prestados, sucateamento da atenção básica, a falta de profissionais, diminuição salarial, e a precarização do serviço, com falta de insumos essenciais. Muito triste e desmotivante ver toda essa situação, e uma gestão se comportando como se nada estivesse acontecendo, cobranças descabidas etc. (sujeito 18 da pesquisa, questão 4.9)

Mudanças na PNAB geraram inseguranças no dia-a-dia da APS. (sujeito 65 da pesquisa, questão 4.9)

As mudanças acarretadas com as contrarreformas aplicadas sobre a PNAB e as características do neoliberalismo carioca, repercutem, à visão dos sujeitos, de forma negativa. A reformulação da composição das equipes de saúde da família verificada na Política Nacional de Atenção básica de 2017 é, possivelmente, uma das causas de sobrecarga no trabalho apontada pelos respondentes. Também registram o acúmulo de responsabilidades e os desvios legais das funções do Enfermeiro da ESF que também acabam por dificultar o acesso ao cuidado em saúde pela população que a demanda.

Diretamente no processo de trabalho da unidade e particular de cada pessoa. Condições insalubres, sem insumos, sem mão de obra de equipe multiprofissional. (sujeito 11 da pesquisa, questão 4.9)

Hoje em dia sinto que não consigo ajudar os pacientes como antes, muitos problemas gerados pela falta de insumos básicos, vacância de profissionais e em geral causados por má gestão pública. (sujeito 67 da pesquisa, questão 4.9)

Muitas responsabilidades poucos equipamentos e recursos para fazê-las. Atrapalhou por questão de cansaço e sobrecarga a vontade e tempo de fazer mais especializações e mestrado. (sujeito 37 da pesquisa, questão 4.9)

O que percebemos nas falas anteriores não se trata, a nosso ver, da característica dependente que o avanço tecnológico cria sobre o trabalhador. Compreendemos que os sujeitos reclamam a falta dos insumos básicos para a prestação do cuidado em saúde. Assim como, a falta de uma estrutura física compatível com o serviço a ser prestado, além de condições salubres para tal. Diante deste fato, 77% dos sujeitos consideram as condições materiais de trabalho em sua unidade de saúde ruins e que 91,9% afirmam que estas repercutem sobre o desempenho de suas funções. Somando à questão do aumento do volume de trabalho e falta de profissionais, inclusive de outras categorias, o trabalhador segue sendo levado ao limite da sua exploração e o paciente prejudicado por um cuidado em saúde incompatível com as suas necessidades, além de condições materiais desfavoráveis para tal.

Uma das problemáticas que afeta o profissional Enfermeiro é a luta pelo reconhecimento profissional. Esta pode ser originária do momento de sua constituição enquanto profissão, onde o seu processo de trabalho seria um tipo de continuidade da prática médica (SOARES; SOUZA & CAMPOS, 2016). E é na ESF que algumas práticas podem se confundir com a médica. A forma como o cuidado em saúde é ofertada apresenta similitudes entre as profissões, fazendo com que o Enfermeiro lide com uma linha tênue que difere ambas as categorias. Para o paciente, desconhecedor da legislação profissional, devido ao pensamento hegemônico e à cultura historicamente criada na centralidade do médico, nem sempre há uma diferença no serviço prestado. Talvez, diante da situação concreta de sofrimento extenuado que vive a classe trabalhadora no Brasil, esta diferença nem importe, desde que o atendimento de suas necessidades seja alcançado.

Em meio à discussão sobre reconhecimento profissional exposta, nosso estudo percebeu que 40,5% dos sujeitos da pesquisa não consideram que seu trabalho seja reconhecido e 54,1% relatam que este seja em parte. Esta situação é potencialmente geradora de alienação, podendo afastar o Enfermeiro da ESF do cuidado em saúde humanizador, sendo um dos possíveis motivos para o não reconhecimento. Aliado a isto, compreendemos que a ausência de um “núcleo de saber específico para sua atuação” (DAVID et al, 2018, pág. 349) na ESF e a ausência de estudos que não estejam atrelados à lógica capitalista de desempenho e produtividade, corroboram com o não reconhecimento da prática do Enfermeiro, tanto por ele quanto pela população.

Conforme já discutido, uma das mediações que influenciam na prática dos sujeitos, tem relação com carga de trabalho. Esta pode ser decisiva na percepção destes com relação ao alcance do produto de seus trabalhos, o cuidado em saúde. Compreendemos que sob a lógica neoliberal e as múltiplas faces apresentadas pela reestruturação produtiva, que aprofundam as lógicas de flexibilidade e produtividade, há uma intensificação da exploração do trabalhador face ao aumento das cargas de trabalho.

Observamos tal fato ao questioná-los acerca do aumento das atribuições do Enfermeiro da ESF, em volume e responsabilidade. Os respondentes afirmaram em unanimidade, 100%, que houve tal aumento em suas atribuições. Ante a este fato, 77% dos sujeitos referem que não consideram as demandas de trabalho, a si arrojadas, como atividades exclusivas do Enfermeiro. Chama-nos a atenção o fato de que a maioria considere que as suas atividades não são plenamente satisfatórias, ocorrendo momentos de insatisfação. A este fato, acreditamos que o caráter imposto ao processo de trabalho do Enfermeiro na ESF, não permita esta total satisfação.

Este conjunto de determinantes gera impactos sobre os corpos e a vida destes sujeitos. Talvez a saúde mental deste trabalhador seja um dos aspectos afetados em primeira instância, apesar de compreendermos que as repercussões não aconteçam exatamente em etapas, considerando a multiplicidade de fatores que interferem sobre o trabalho. Preparamos, mediante este entendimento, três questões que abarcam problemáticas relacionadas à saúde dos respondentes. Dentre estes, 44,6% afirmam não ter precisado de atendimento profissional para problemas relacionados à sua saúde mental, ao longo de sua trajetória na Estratégia de saúde da família. Mas, 36,5% relatam terem sido afetados por tal e que precisaram deste socorro, outros 20,3% tinham ciência do problema, mas não procuraram ajuda profissional. Outro dado importante, é que dos respondentes, 21,6% precisaram ser afastados do seu labor para tratamento em saúde mental.

Além dos problemas de saúde mental, outro fato a ser exposto é o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) pelos trabalhadores, dada as características exploratórias do trabalho e a subsunção de suas vidas a este. Dos sujeitos da pesquisa, 35,1% afirmam ter desenvolvido alguma DCNT após começar a trabalhar na ESF e outros 12,2% relatam que talvez.

O tempo a ser utilizado fora do ambiente de trabalho, ao que acreditamos ser essencial para o desenvolvimento cultural e lazer, além de sua reprodução social, por exemplo, é comprometido nas condições impostas de trabalho. Isto posto, 82,4% dos sujeitos referem que o trabalho na ESF já impactou negativamente este aspecto de suas vidas em algum momento.

Estudos como o de Medeiros et al (2021), Barreto et al (2021), Santana et al (2020), Soares et al (2021) e Silva et al (2020), demonstram que a equipe de Enfermagem, e os Enfermeiros, tanto da ABS/APS, quanto da rede hospitalar, estão sujeitos ao adoecimento mental e físico por conta das características do trabalho desenvolvido. Este, abarcado por altas demandas laborais, inclusive sob condições desfavoráveis ao seu desenvolvimento.

Percebemos que de fato a reestruturação produtiva repercute sobre o trabalhador Enfermeiro da ESF. Mesmo que este não compreenda por completo a origem da precariedade e precarização que dominam o seu processo de trabalho. E reconhecemos que é a alienação, categoria discutida aqui, um dos fatores que nublam a visão deste profissional, e dos trabalhadores em sua totalidade.

Tal concretude traz consequências tanto subjetivas quanto objetivas. E diante do que apreendemos neste estudo, é de fato importante trazer à tona este dado. Porém, é o trajeto percorrido até o ponto de precariedade, a estrutura do capitalismo em sua totalidade, que percebemos ser a chave para possíveis mudanças radicais. As autoras Nogueira e Lacerda (2020) referem que para discutirmos os obstáculos impostos à atenção primária, se faz necessário apontar

as condições de vida e de trabalho da população trabalhadora, as desigualdades de classe, o aprofundamento da miséria, o desemprego crescente, o subfinanciamento histórico e atual desfinanciamento do SUS, o repasse do fundo público para a iniciativa privada, a terceirização em saúde, entre outros condicionantes que acentuam a precarização do trabalho e as desigualdades sociais. (NOGUEIRA e LACERDA, 2020, pág. 187)

Portanto, retomar historicamente o desenvolvimento capitalista, suas contradições e as determinações que interferem na relação social do trabalho, inclusive em saúde, e da produção da vida, é o que consideramos fundamental para que, a partir do concreto pensado, o Enfermeiro da ESF possa visualizar a si mesmo enquanto classe trabalhadora e promover resistências, com a perspectiva de mudanças que de fato interfiram na raiz do problema.

#### 4.3. QUESTÕES RELACIONADAS AO TRABALHO DO ENFERMEIRO DA ESF DURANTE A PANDEMIA

Como já discutimos, a pandemia da COVID-19 trouxe à tona uma das maiores crises sanitárias que o mundo já viveu. O país, por meio do governo federal, subestimou os efeitos devastadores que o coronavírus poderia trazer à sociedade. A luta de classes foi exposta e os que mais sofreram com a condução parca desta crise tem sido a população pobre, explorada, trabalhadora. Fome e desemprego compõem o cenário que o Brasil expõe ao mundo. Negação

da ciência, falta de investimento em políticas públicas de saúde e sociais somam-se à crise produtiva do capitalismo, estrutural e cronificada.

Morosini, Chinelli e Carneiro (2020), trazem à luz condicionantes e impactos da precarização do trabalho em saúde em meio à pandemia da COVID-19. Neste contexto, observaram que “trabalhadores quantitativamente insuficientes, com vínculos precarizados e submetidos a processos de trabalho produtores de sofrimento, passam a conviver com problemas agudos” (MOROSINI, CHINELLI e CARNEIRO, 2020, pág. 100).

Dentre os problemas suscitados, as autoras destacam

aumento da insuficiência de profissionais por afastamento e morte; intensificação do trabalho e ampliação da jornada; ausência, insuficiência ou baixa qualidade de EPIs para proteção contra o coronavírus; falta de capacitação para o atendimento às pessoas com Covid-19 e de treinamento para o uso e o descarte adequado dos EPIs; problema na organização do espaço físico para o fluxo de usuários; testagem insuficiente dos trabalhadores afastados com sintomas compatíveis com Covid-19; ausência ou baixa garantia dos direitos dos trabalhadores, como o afastamento remunerado quando necessário; inobservância das recomendações das autoridades sanitárias para proteção dos trabalhadores com condições de risco aumentado e de proteção dos familiares; ingresso de trabalhadores recém-formados e antecipação de formatura, em especial médicos e enfermeiros, com pouca experiência e dificuldades de realização de tutoria no trabalho; irregularidade no pagamento das bolsas dos residentes e do salário de trabalhadores terceirizados, entre outros. (MOROSINI, CHINELLI e CARNEIRO, 2020, pág. 100).

À exemplo do nível federal, o município do Rio de Janeiro não investiu na capacidade que a rede de APS tem para protagonizar um enfrentamento eficaz do caos sanitário previsto. Demonstramos em nosso aporte teórico o quanto o trabalhador Enfermeiro da ESF fora afetado pela pandemia e sua condução. As questões a seguir, do nosso instrumento de coleta de dados, nos dão pistas de como esta categoria experienciou na prática tal concretude e similitudes com o estudo apontado anteriormente.

A maioria dos sujeitos, 60,8%, referiu que a organização de sua unidade de saúde seguiu conforme orientações da secretaria municipal de saúde e mediante realidade local. Entretanto, 75,7% dos respondentes, afirmam que não houve treinamento prévio para o enfrentamento da pandemia. Este despreparo profissional pode trazer repercussões graves na prática do cuidado em saúde para a população, colocando em xeque a capacidade de conter o avanço do coronavírus nos territórios adscritos às unidades básicas e a condução clínica dos casos que se apresentavam.

Um dos graves problemas apontados em estudos é a inadequabilidade e a insuficiência de equipamentos de proteção individual (EPIs) para os profissionais da saúde que estão à linha de frente do cuidado no contexto da pandemia. Backes et al (2021) e Vedovato et al (2021), sinalizam as condições de trabalho que as categorias da saúde enfrentam no seu dia a dia. Dentre as principais problemáticas, a mais apontada é a falta e a não adequação dos EPIs necessários

para dispensar o cuidado ao paciente. Tal realidade é apontada por estes estudos enquanto resultado da falta de investimentos públicos em saúde.

Nosso estudo registrou que 64,9% dos sujeitos afirmam que foram disponibilizados EPI adequados e os demais 35,1% dizem o contrário. Apesar de a maioria ter fornecido uma resposta positiva para esta situação, a existência de uma parcela considerável destes trabalhadores que negam a disponibilidade deste tipo de insumo, de forma adequada, pode demonstrar uma falta, ou ineficácia, de planejamento por parte das gestões das OSs e da SMS. E aliado a esta questão, podendo corroborar com a hipótese suscitada, 55,4% dos respondentes relatam insuficiência de EPI, enquanto 44,6% afirmam suficiência. Esta situação posta, dos equipamentos de proteção individual, é um agravante e aumenta consideravelmente a transmissão do coronavírus no ambiente de trabalho.

Discutimos em alguns pontos deste estudo a relação direta da precarização, sob a forma de cargas de trabalho, com possíveis repercussões sobre o trabalhador. Entretanto, compreendemos que a concretude da pandemia impôs aos sujeitos desta pesquisa formas intensificadas de processos de trabalho. Diante disto, percebemos que 81,1% dos respondentes afirmaram que houve aumento da carga de trabalho com o advento da pandemia e que, portanto, não conseguiram desempenhar suas atividades com a qualidade que esperavam. Isto posto, reconhecemos que mesmo diante de condições desfavoráveis para o desempenho de suas atividades, os Enfermeiros da ESF tendem a cobrar de si mesmos qualidade. E, acreditamos, que esta é uma possível repercussão da ideologia neoliberal, onde cobra-se qualidade total, e que este profissional introjeta essa cobrança sem ao menos perceber, como mais uma expressão de modelagem das subjetividades, também uma forma de reprodução social imposta nesta etapa de desenvolvimento capitalista.

Durante esta tensão sanitária, os esforços assistenciais existentes têm se concentrado no enfrentamento da pandemia. Mas o município, bem como o país, já vinha de situações concretas problemáticas no acesso à rede pública de saúde pelos pacientes que demandavam cuidados crônicos, além dos agudos. O usuário portador de alguma DCNT, as rotinas de cuidado em puericultura, pediatria, pré-natal, puerpério e mesmo os que apresentam sequelas decorrentes da própria COVID-19, mantém a necessidade de assistência continuada. Frente a esta situação, ciente das alterações nos fluxos de trabalho adotadas pela gestão municipal, indagamos sobre a ocorrência de suporte (técnico, logístico etc.) por parte desta instância para as equipes de ESF.

Dos sujeitos respondentes, 33,8% afirmam que houve este suporte, 28,4% que não houve e 37,8% que aconteceu ocasionalmente. A discrepância nas respostas pode demonstrar certo despreparo por parte das instâncias responsáveis pela gestão da APS, intencional ou não,

dado o caráter político da condução sócio-sanitária dispensada à pandemia. Ainda não existem dados nacionais que demonstrem fielmente o impacto do contexto pandêmico sobre a assistência, já deficiente, às diversas comorbidades, crônicas ou agudas. Inclusive, os dados sobre mortalidade e suas causas podem não demonstrar com a devida acurácia, como demonstra Guimarães (2020) em sua reportagem acerca do perfil epidemiológico brasileiro, o quanto a pandemia interferiu sobre este. Esse quadro impõe a necessidade de atenção quanto às repercussões que ainda estão por vir, em médio e longo prazo. Portanto, a necessidade de assistência às demais comorbidades, como as cardiovasculares, que demonstram, ao longo dos anos, impacto sobre perfil de mortalidade pelo mundo, se faz imperativa para o controle do caos sanitário instaurado.

Dado o volume de atividades desenvolvidas pelos Enfermeiros da ESF no seu dia a dia e certa diferenciação local na condução do enfrentamento à pandemia, questionou-se a observância de algum processo de trabalho em específico que sofreu prejuízo neste contexto. Compreendemos que as atividades mais afetadas foram as que tinham relação com a execução e gestão dos cuidados de grupos prioritários, pautado em linha de cuidados como no modelo de atenção básica tradicional. Mas também observamos problemas relacionados à sobrecarga de trabalho, falta de assistência dos grupos entendidos como não prioritários e ações de prevenção e educação em saúde.

Prejudicou a assistência as linhas de cuidado. (Sujeito 18 da pesquisa, questão 5.7)

Acompanhamento das linhas de cuidado. (Sujeito 14 da pesquisa, questão 5.7)

Acompanhamento dos grupos prioritários. (Sujeito 22 da pesquisa, questão 5.7)

Sim, durante a pandemia, alguns acompanhamentos deixaram de ser priorizados. (Sujeito 10 da pesquisa, questão 5.7)

Como já citei anteriormente, o prejuízo veio com o aumento do volume dos atendimentos internos, acabamos fragilizando a gestão do cuidado contínuo e da prevenção e educação em saúde. (Sujeito 20 da pesquisa, questão 5.7)

Todos possíveis. Considerando principalmente a necessidade de se estar "Full time" para covid, mas mantendo cobranças de planilhas e acompanhamentos ESF. (Sujeito 15 da pesquisa, questão 5.7)

A forma de condução dos processos de trabalho durante a pandemia e seu modo de enfrentamento levaram ao adoecimento e morte de um número considerável de profissionais da saúde, como já explicitamos. As questões a seguir tiveram o intuito de compreender possíveis repercussões da doença sobre os sujeitos da pesquisa. Inicialmente observamos que 51,4% dos respondentes foram diagnosticados com a COVID-19, dentre estes, 32,4% confirmados por exame específico na rede pública, 4,1% confirmados por dados e história epidemiológica, dada a ausência de exame diagnóstico e 14,9% foram confirmados a partir de exame específico realizado na rede particular. Os demais afirmam não terem sido acometidos pela doença.

Algumas atividades, como o atendimento presencial dos casos suspeitos de coronavírus foram adaptadas para serem realizadas de forma remota, a despeito das condições materiais dos

indivíduos. Desta forma, 74,3% dos sujeitos referem que tiveram seu atendimento, frente aos sintomas sugestivos da doença, de forma presencial. E 27% obtiveram atendimento de forma remota. Dos sujeitos que foram contaminados pela COVID-19, três precisaram ser internados para cuidados mais intensivos.

A ausência ou insuficiência de testes para diagnóstico deste coronavírus foi tema abordado amplamente por estudiosos e pela mídia, inclusive a não adoção de testagem em massa. Importante ressaltar o desconhecimento das formas de comportamento deste novo vírus e a não divulgação, ou negação, das medidas até então conhecidas para se evitar o contágio. Mas cabe colocar ênfase ao dado de que mais da metade dos sujeitos foram acometidos pela COVID-19 nos levando a ressaltar a falta de gestão eficaz para condução da pandemia e coordenação do cuidado por parte da SMS, à exemplo do que acontecia no nível federal. Nesse sentido, reafirmamos que a falta de insumos básicos como os EPIs necessários para evitar o contágio e disseminação da doença, é fator primordial para análises acerca do adoecimento e morte dos profissionais da saúde durante a pandemia.

Durante a pandemia, inicialmente, alguns movimentos de comoção e homenagens aos profissionais da saúde que estavam na dita linha de frente foram divulgados pela grande mídia. Além da necessidade de se usar a pandemia para fazer notar a importância destes trabalhadores, insistimos que o horizonte a ser alcançado é a mudança real da situação concreta de precariedade e precarização do trabalho, inclusive na saúde.

Concordamos também, que as repercussões subjetivas, como o sofrimento mental, são fatores a serem lidados com o cuidado que estas requerem. Algumas instituições de pesquisa pública, como a FIOCRUZ, realizaram movimentos em prol da observância e assistência a estes trabalhadores acometidos por este tipo de sofrimento. Reconhecemos a importância do acompanhamento da saúde do trabalhador frente a esta nova problemática, entretanto, 66,2% dos sujeitos da pesquisa referem que não tiveram qualquer tipo de acompanhamento da sua saúde por parte dos gestores locais ou municipais.

Dadas as múltiplas e desconhecidas repercussões associadas ao acometimento pela COVID-19 e sua alta taxa de mortalidade, buscamos compreender se algo mudou na percepção destes Enfermeiros, acerca do enfrentamento à pandemia e sobre o seu papel na ESF. Desta forma, 28,4% afirmam que tiveram alguma mudança em sua percepção, já os demais 73% que não tiveram mudanças.

Para estes que responderam positivamente quanto às mudanças em dada percepção, solicitamos que pudessem, caso desejassem, destacar o que mudou. As falas foram categorizadas da seguinte forma: Percepção quanto à importância do cuidado em saúde;

Percepção quanto à forma como a profissão é encarada por seus superiores hierarquicamente; Percepção quanto a importância da profissão; Percepção quanto à forma como a profissão é encarada pela população; e Percepção quanto às condições de trabalho. Em vias de trazer destaque a todas as falas, construímos o quadro a seguir.

Tabela 2

Percepção quanto à importância do cuidado em saúde	Percepção quanto à forma como a profissão é encarada por seus superiores hierarquicamente	Percepção quanto a importância da profissão	Percepção quanto à forma como a profissão é encarada pela população	Percepção quanto às condições de trabalho
Aprimoramento nos cuidados	Menos preocupação por parte da gestão por "já está imune".	Suma importância	Pude sentir na pele o quanto nos arriscamos pela população e o quanto não somos valorizados.	O papel foi muito importante, mas nós enfermeiros estamos sobrecarregado, até mesmo em casa estamos trabalhando
Valorizar mais as queixas do usuário mesmo que for mínima		Destaco que na época em abril de 2020, meu olhar sobre a importância dos treinamentos de profissionais e uso adequados de EPIs e RH adequado para executar tais triagem, acolhimento e cuidados com os pacientes. Tornou um norte para executar minha função de enfermeiro.		Somos descartáveis. Se eu não voltasse, há uma fila de enfermeiros, sonhando com "o salário da ESF", e não imaginam a precarização, assédio e sobrecarga de trabalho enfrentamos, infelizmente!
Responsabilidade		Nosso papel como propagador de informações é muito importante bem como nossas ações perante a comunidade		Me senti como um trabalhador descartável, e se caso morresse não faria falta.

Empatia melhor no acolhimento ao paciente		Percebi que tínhamos que informar cada vez mais e tentar fazer com q as pessoas entendessem a seriedade da doença		Percebo que a coordenação administrativa colocou na linha de frente no posso ajudar auxiliares administrativos sem conhecimento sobre COVID tanto que a maior parte deste contraíram a doença. Mesmo sendo explicado que esses funcionários não fazem parte do POP Rápido <sup>12</sup> .
Melhoras na escuta e acolhimento.				
Melhorar a escuta e avaliar melhor a clínica, iniciar o mais breve possível o tratamento				
Tive ainda mais cuidado e me coloquei no lugar do outro				

Percebemos com estas falas que a maior parte dos enfermeiros traz enquanto consequência desta mudança de percepção, fatores relacionados ao seu processo de trabalho, individualmente. Extraíndo deste contexto de caos sanitário e precarização das relações laborais, aspirações de autocobrança com a finalidade de um cuidado em saúde humanizado. Neste sentido, reconhecemos na fala de Silva (2016, pág. 80), que “é a armadilha do ‘cuidado’ que faz o profissional trabalhar mais”. Notamos, também, que, mesmo em minoria, alguns profissionais ressaltaram características que denotam precariedade do trabalho do enfermeiro da ESF, caracterizando a si mesmo, enquanto precarizado diante deste cenário.

Considerando a impossibilidade de entrevistas presenciais neste estudo, dado o contexto já explicitado, construímos a questão a seguir de forma que pudéssemos captar uma parte dos sentimentos dos sujeitos sobre o trabalho do Enfermeiro da ESF na atualidade. Isto posto, os respondentes poderiam escrever no ICD apresentado uma palavra, ou mais, que resumissem o seu sentimento. Percebemos que a maioria das palavras tem algum sentido negativo, como: desvalorização; exaustivo; medo; fracasso; desanimador; aumento da responsabilidade;

<sup>12</sup> Neste caso, o sujeito faz referência ao Procedimento Operacional Padrão (POP) criado pela secretaria municipal de saúde de forma a padronizar os fluxos das unidades de atenção primária frente às novas demandas criadas pela pandemia.

sobrecarga. Mas também encontramos sentidos como: enfrentamento; superação; luta; fé; esperança.

Mesmo atuando em comunidades, bairros, unidades de saúde e equipes diferentes, além de trajetórias pessoais e profissionais com características diferenciadas, seus sentimentos, percepções e sofrimentos, parecem apresentar proximidade. Entretanto, também se torna importante captar as suas expectativas para o futuro do trabalho do Enfermeiro da ESF. Mediante este questionamento, 29,7% nutrem boas expectativas e 24,3% não, outros 45,9%, uma quantidade considerável, referem que talvez as nutram.

Ainda em Silva (2016), reconhecemos que

a intensificação do trabalho (assim como a relação salarial em que o profissional está envolto) sai do foco e aparece nesse cenário apenas a dimensão do trabalhador de serviço como “pessoa” ou como ser moral que não pode fugir ao chamado de “fazer o bem”, ainda mais quando o objeto ao qual se dedica é um outro ser humano. (SILVA, 2016, pág. 80)

Compreendemos, portanto, assim como Bourdieu (1998), que a precariedade afeta o setor público e a todos, de maneira intensa, que estão sob as repercussões dessa. E que a “vida é uma perpétua gestão de riscos”, ante o neoliberalismo, exigindo do ser humano “autorregulação” de suas condutas no cotidiano e constante “autocontrole” (DARDOT, 2016, pág. 213). Mas, que no contexto deste estudo, é a terceirização, forma de reestruturação produtiva, “o fio condutor da precarização do trabalho no Brasil” e que esta é responsável “pela fragmentação das identidades coletivas dos trabalhadores, com a intensificação da alienação e da desvalorização humana do trabalhador” (ANTUNES; DRUCK, 2013, pág. 224).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar das barreiras impostas pelo contexto pandêmico, o presente estudo permitiu analisar as percepções de enfermeiros da APS sobre as repercussões deste contexto e discutir como chegam associadas às repercussões objetivas e subjetivas da reestruturação produtiva da atenção primária à saúde, no município do Rio de Janeiro. Compreendemos, ao longo da análise dos dados, que traçar e qualificar as repercussões enquanto objetivas ou subjetivas não demonstrou valor maior do que entender que ambas se encontram em relação e que as ênfases atribuídas apresentam similitudes e diferenças entre os enfermeiros participantes desta pesquisa.

Buscamos um aporte teórico que nos pudesse dar o suporte analítico necessário para compreender historicamente e de forma dialética a totalidade que trouxe os trabalhadores da APS a este patamar de precariedade e de contínua precarização. Sob a ótica marxista, apreendemos a categoria trabalho enquanto um meio para o ser humano reproduzir-se socialmente, mas que sob o capitalismo ele toma rumo à priorização das relações de mercado com fins do lucro. Deixa-se de agir sobre a natureza em busca de algo útil para sua reprodução enquanto ser social para arrolamentos que nublam a relação social que se torna o trabalho sob a sociedade do capital. O homem cria mercadorias para trocas comerciais, mas estas já não mais o pertencem, tornam-se estranhas à sua criação. É também o ser humano aqui, mercadoria subsumida à propriedade privada dos meios de produção.

O tempo, socialmente necessário para a produção de uma mercadoria, lhe é tomado e está sujeito a uma relação de desigualdade com o capitalista sob a forma de salário. Logo o produto do trabalho deixa de lhe ser útil, na maioria das vezes até inalcançável, e o seu objetivo passa a ser o pagamento ao fim do período de contrato firmado. Mas esta relação social, o trabalho sob a ideologia do capital, não se restringe ao âmbito econômico, apesar de determinante. Invade todos os aspectos da vida do homem sujeito ao trabalho, molda a sua forma de viver de modo que não é percebida por este. Está alienado e sob efeitos do fetiche da mercadoria.

Compreendemos que a partir deste entendimento, as relações de trabalho são tomadas pela busca de lucro a partir, e cada vez mais, da produtividade. Entretanto, o capitalismo é tomado por crises cíclicas que, geralmente, são iniciadas pela superprodução de mercadorias e a não concretização desta relação, que seria a compra. Esta forma de entender estas crises nos permitiu chegar ao ponto de que para contornar tal problema o sistema é marcado por diversas

formas de adaptação, mas sempre com o lucro no seu horizonte. A este movimento de se adaptar, podemos chamar de reestruturação produtiva.

Não se trata de uma simples mudança na forma como o mercado se comporta, mas também de diversas alterações ideológicas. Estas visam a obtenção de lucro de inúmeras formas, interessando neste estudo as repercussões sobre a relação social trabalho. Tende-se ao amoldamento do trabalhador, explora-se cada vez mais a sua produtividade, sua capacidade de adaptar-se e mostrar-se sempre disposto a defender o seu posto, por mais frágil que este se torne. Achatamento de salários, perda de direitos trabalhistas e sociais, subempregos e captura de suas subjetividades. O contexto histórico que nos encontramos é o da ideologia ultraneoliberal. E esta pauta exatamente as formas mais extremas e desenvolvidas, até hoje, de exploração do trabalho humano.

O trabalho sob o capitalismo é precário e torna-se cada vez mais precarizado sob a sua forma neoliberal de ideologia e produção da vida. Diante de suas reestruturações produtivas, o interesse do capital invade o âmbito da saúde mundialmente. Pauta a sua lógica de oferta, tratando-a como mais uma forma de serviço-mercadoria, como observamos na sua investida sobre a Atenção Primária à Saúde.

É sob este referencial inicial que partimos do pressuposto de que a reestruturação produtiva traz repercussões negativas sobre a Atenção Básica brasileira e o trabalhador Enfermeiro da ESF, categoria importante neste contexto, em particular a do município do Rio de Janeiro.

Dialeticamente, a reestruturação produtiva da APS carioca é considerada positiva, dada expansão da rede de saúde, principalmente da Estratégia de Saúde da Família, alcançada no município. Mas a forma como esta se deu, sob um ideal gerencial privatista e com protagonismo de organizações sociais, primando produtividade e flexibilidade, estruturou-se via contratos trabalhistas fragilizados. Portanto, foi uma dita expansão da oferta de saúde à população à custa de uma precarização das relações de trabalho na ESF.

Fazer a transposição da precariedade do trabalho em geral, de forma genérica, para o campo da saúde não nos daria a clareza e compreensão das mediações próprias a esta forma de relação social que lida com vidas humanas, também trabalhadoras, precarizadas pela lógica capitalista. Assim, buscamos aporte teórico necessário para entendimento do trabalho no campo da saúde. Apesar da prévia observação de alguns poucos estudos empíricos encontrados, que expõem o caráter precário do trabalho na saúde, na APS e do Enfermeiro da ESF. Tensionamos ir além destes achados e quais mediações os objetivaram.

O trabalho na saúde toma novos rumos e significados a partir da revolução burguesa, onde inclusive compreendemos a formação da Enfermagem enquanto profissão. Diante da necessidade de manter uma mão de obra saudável disponível para o alcance de seus objetivos, como o lucro, o capitalismo age diretamente no processo que envolve o cuidado em saúde. Reconhecemos o desenvolvimento da Enfermagem sob parâmetros curativos e de reabilitação em sua forma hospitalocêntrica. Estes, criados sob demandas do sistema de produção da vida ao qual estamos inseridos. A partir daí conformam-se as políticas educacionais para a profissão, marcadas pela ideologia capitalista e sua forma de organização produtiva. A qual é, atualmente, pautada pelo predomínio ideológico de reprodução do capital enquanto financeiro, ou fictício.

A invasão destes ideais na saúde pública se deu principalmente pela forma política. Neste ponto, compreendemos que desde a concepção do SUS e da busca por reorientação da atenção básica tradicional a partir de programas como o Saúde da Família e o de Agentes Comunitários de Saúde, a tensão girava entorno do caráter focalizante de ambas. Sua expansão foi marcada pela luta de classes, mas os ideais capitalistas sobre a saúde pública seguiram normalizadas pelo Estado.

Para promover tal reconfiguração da rede de ABS, com o protagonismo da ESF, a partir do caráter descentralizado da gestão, financeira inclusive, os estados criaram mecanismos para que esta fosse possível. Legislações federais, estaduais e municipais, pavimentaram o caminho para que tal reestruturação tivesse nas organizações sociais uma forma de compensar os ditos baixos recursos para a saúde e a burocracia estatal.

Pudemos perceber que foi a partir das OS que o caráter neoliberal de produção da saúde privada ganharia mais espaço no âmbito público da saúde, principalmente na APS do município do Rio de Janeiro. Esta forma de gestão da saúde traz consigo o caráter da empresa reestruturada. Onde o seu foco é a qualidade total, produtividade, flexibilidade, precarização dos postos de trabalho e a captura ideológica do trabalhador, por exemplo.

Em meio ao mandato de prefeitura na gestão de 2017 a 2020, onde uma pretendida reestruturação da APS carioca, com demissões em massa, extinção de postos de trabalho e equipes de ESF, intensificava a precarização das relações de trabalho neste campo, o profissional enfermeiro se via em meio a um caos sanitários devido à forma em que a pandemia da COVID-19 era enfrentada. Sendo, sob este contexto, a realização da coleta dos dados deste estudo.

Durante este momento da pesquisa, percebemos que os sujeitos já vinham de um status de precariedade em seu labor. Este devido às características neoliberais impostas ao trabalho na APS. Sujeitando-se a modalidades contratuais, como a terceirização, que lhes exigiam

flexibilidade e produtividade em suas atividades, além de um certo apassivamento através da ideologia gerencial que dava ao trabalhador, no alcance das metas contratuais, suposta estabilidade em seus postos de trabalho. Contudo, o que vimos foram os sujeitos sobrepujados por mudanças constantes de contratos e vinculação à diferentes OSs. Concluimos, também, que foram o medo do desemprego e a percepção de vínculos empregatícios frágeis, repercussões desta face da reestruturação produtiva, uns dos motivos da captura de suas subjetividades.

A despeito das escolhas ou imposições que permitiram aos sujeitos ingressar e manter-se no campo da APS, o tipo contrato de trabalho firmado e a sua instabilidade, são parte dos fatores que favoreceram, em nosso entendimento, as repercussões negativas das reestruturações produtivas impostas sob o contexto histórico desta pesquisa.

Este estudo nos permitiu perceber que, diante de uma jornada de trabalho extensiva e cargas de trabalho intensas, nem sempre o enfermeiro da ESF tinha no salário, salvaguarda para sua sobrevivência. Isto, devido à materialidade imposta pelo contexto neoliberal de reestruturação produtiva, e piorado sob a pandemia e a ideologia do governo federal. Buscando no acúmulo de postos de trabalho, intensificando ainda mais sua carga horária e de trabalho, formas de sobreviver à totalidade de um labor precário. Estando à margem de suas vidas a cultura e o lazer, seu tempo de liberdade.

Outro fator que corrobora para esta intensificação das cargas do labor dos sujeitos está relacionado com as mudanças impostas pela Política Nacional de Atenção Básica, em conjunto das atividades de gestão estadual e municipal. Estas são responsáveis pela cobrança por produtividade e o alcance de metas, característica do setor privado da saúde, a despeito da qualidade do cuidado prestado. Diante das quais, os enfermeiros relatam sofrimento físico e mental, além de maior fragilidade no cuidado em saúde.

A forma de gestão aplicada à APS leva também a outras problemáticas que influenciam o processo de trabalho dos sujeitos da pesquisa. Dentre estes, destacamos as condições materiais das unidades de APS e da falta de insumos básicos para a prestação do cuidado. Prejudicar o processo que leva ao cuidado em saúde acarreta possíveis repercussões negativas sobre o ser humano que o demanda. Perpetuando o sofrimento de ambos os lados, do trabalhador que não se percebe nesta prática e do usuário do serviço.

Retomando o contexto da pandemia, a forma como esta foi combatida deixa evidente a perversidade do neoliberalismo sobre o homem. Este estudo nos permitiu compreender que o SUS e, mais especificamente sua porta de entrada, a APS entraram nesta guerra combatidos. Fato que, aliado às gestões nas três esferas de governo, resultou em mortes evitáveis de diversos profissionais da saúde, com destaque para a Enfermagem, e da população em geral.

Os enfermeiros da ESF destacaram problemas como a falta de treinamentos para o enfrentamento da pandemia, falta e a não adequação de insumos materiais exigidos para este contexto, aumento das cargas de trabalho e insuficiência de profissionais e apoio da gestão municipal ineficaz para a manutenção do cuidado despendido aos doentes crônicos e demais acometimentos agudos. Os profissionais precisaram organizar-se frente às novas demandas do trabalho, adequar-se ao atendimento por vezes remoto e a ausência/insuficiência de testagem para este novo coronavírus. E, diante do seu próprio adoecimento, o não acompanhamento da sua saúde por parte dos gestores locais ou municipais.

Concluimos que os processos de trabalho durante a pandemia sofreram modificações, adaptações e intensificação de sua carga, a despeito das condições de trabalho, que seguiram precárias e em uma contínua precarização. E que em meio a este contexto de reestruturação produtiva neoliberal, intensificado pelo caos sócio-sanitário, os sujeitos expressaram, em sua maioria, sentimentos negativos quanto ao seu trabalho, mas que talvez nutram esperança quanto ao futuro de sua profissão na ESF.

Portanto, perceber-se enquanto classe trabalhadora e que esta é explorada sob o capitalismo, regulando todos os aspectos de sua vida, talvez seja o primeiro passo para assumir uma postura de resistência aos avanços do neoliberalismo. Entretanto, a necessidade de que esta resistência seja construída de forma coletiva é mister. Por mais que este estudo não tenha se proposto a esta tarefa específica, reconhecemos que dar luz às repercussões negativas que o capitalismo e suas reestruturações produtivas impõem ao trabalhador enquanto totalidade e ao enfermeiro da ESF, produtor de um cuidado em saúde que parte de um ser humano que trabalha para outro, igualmente humano e sob o mesmo regime de precariedade, é fundamental para que seja possível desnublar o manto alienante criado por esta ideologia hegemônica. E é, tão somente, na extinção deste modo de produção da vida que seremos capazes de construir um futuro para o trabalho.

## REFERÊNCIAS

- ALAMBERT, Z. **Feminismo: o ponto de vista marxista**. São Paulo: Nobel, 1986.
- ALVAREZ, A.; RADAELLI, A. B. **Políticas da educação superior no Brasil (2003 – 2010): democratização ou expansão?** Revista Barbarói/UNISC, Santa Cruz do Sul. N. 46 p. 217 – 232, jan./jun. 2016.
- ALVES, G. A Nova Precariedade Salarial e o Sociometabolismo do Trabalho no Século XXI. In: CASULO, A.C. (org.); SILVEIRA, C.; ALVES, G. (org.); VASQUES, P. **Precarização do Trabalho e Saúde Mental O Brasil da Era Neoliberal**. Bauru, SP. Projeto Editorial Praxis. 1ª edição, 2018. Recurso Digital.
- ALVES, G. **Dimensões da Reestruturação Produtiva: ensaios da sociologia do trabalho /** Giovanni Alves. 2ª edição – Londrina: Praxis; Bauru: Canal 6, 2007.
- ALVES, G. Reforma Trabalhista A nova ofensiva neoliberal no Brasil. In: CASULO, A.C. (org.); SILVEIRA, C.; ALVES, G. (org.); VASQUES, P. **Precarização do Trabalho e Saúde Mental O Brasil da Era Neoliberal**. Bauru, SP. Projeto Editorial Praxis. 1ª edição, 2018. Recurso Digital.
- ANTUNES, R.; DRUCK, G. **A terceirização como regra**. Ver. TST, Brasília, vol. 79, n. 4, out./dez. 2013.
- BACKES, M. T. S. et al. **Condições de trabalho dos profissionais de enfermagem no enfrentamento da pandemia da covid-19**. Revista Gaúcha de Enfermagem [online]. 2021, v. 42, n. spe. Disponível em:  
<https://www.scielo.br/j/rgenf/a/8m9tKBNXw8tWKyZjyPxmh4K/?lang=pt#>. Acessado em 12/07/2021.
- BARRETO, G. A. A. et al. **Condições de trabalho da enfermagem: uma revisão integrativa**. REVISA, 2021; 10(1). Disponível em:  
<http://revistafacesa.senaaires.com.br/index.php/revisa/article/view/676/576>. Acessado em 11/07/2021.
- Bourdieu, P. **Contrafogos: táticas para enfrentar a invasão neo-liberal /** Pierre Bourdieu; tradução Lucy Magalhães. – Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998.
- BRASIL. **Lei nº 9.637**. De 15 de maio de 1998
- BRASIL. **Lei nº 9.790**. De 23 de março de 1999.
- BRASIL. Ministério da Saúde. 2002. **Declaração de Alma Ata sobre Cuidados Primários**. Disponível em: [http://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao\\_alma\\_ata.pdf](http://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf) acessado em 30/10/2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa agentes comunitários de saúde (PACS)** / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. 2017. Disponível em:

<http://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCboerturaAB.xhtml> acessado em 30/10/2019

CAÇADOR, Beatriz Santana; BRITO, Maria José Menezes; MOREIRA, Danielle de Araújo; REZENDE, Lilian Cristina; VILELA, Gláucia de Sousa. **Ser enfermeiro na estratégia de saúde da família: desafios e possibilidades**. REME. Revista Mineira de Enfermagem, v. 19, p. 612-619, 2015.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Observatório da Enfermagem**.

<http://observatoriodaenfermagem.cofen.gov.br/> acessado em 14/06/2021.

CUNHA, Carlos Leonardo Figueiredo. **Guia de trabalho para enfermeiro na atenção primária à saúde** / Carlos Leonardo Figueiredo Cunha, Inês Leoneza de Souza (Organizadores). – Curitiba: CRV, 2017.

DARDOT, P. **A nova razão do mundo: ensaio sobre a sociedade neoliberal** / Pierre Dardot; Christian Laval; tradução Mariana Echalar. – 1. Ed. – São Paulo: Boitemo, 2016.

DAVID, H. M. S. L; ACIOLI, S; SEIDL, H. M; BRANDÃO, P. S. **O Enfermeiro na Atenção Básica: processo de trabalho, práticas de saúde e desafios contemporâneos**. IN: Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa / Maria Helena Magalhães de Mendonça et al. – Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018.

DESLANDES, S.F. Humanização: Revisitando o conceito a partir das contribuições da sociologia médica. IN: **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. / Organizado por Suely Ferreira Deslandes. – Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006.

DESLANDES, Suely Ferreira. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade** / Suely Ferreira Deslandes, Romeu Gomes; Maria Cecília de Souza Minayo (organizadora). – Petrópolis, RJ: Vozes, 2013. Edição digital.

ESPÍNDOLA, P.S., LEMOS, C.L.S., REIS, L.B.M. **Perfil do profissional de nível superior na Estratégia Saúde da Família**. Revista Brasileira em Promoção da Saúde. 2011, 24(4), 367-375. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=40820855012> acessado em 10/05/20

FACCHINI, L. A; PICCINI, R. X; TOMASI, E; THUMÉ, E; SILVEIRA, D. S; SIQUEIRA, F. V; RODRIGUES, M. A. **Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação**

**institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde.** *Ciência & Saúde Coletiva*, Vol. 11. Nº 3: 669 – 681, Rio de Janeiro, Julho/Setembro, 2006. Disponível em:

[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232006000300015](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000300015)  
 acessado em 10/05/2020

FERNANDES, L. ORTEGA, F. **A Atenção Primária no Rio de Janeiro em tempos de Covid-19.** *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro. V. 30(3), e300309, 2020.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade I: a vontade de saber.** Tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque e J. A. Guilhon Albuquerque. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1988.

FRANCO, T. B. **Trabalho criativo e cuidado em saúde: um debate a partir dos conceitos de servidão e liberdade.** *Saúde Soc. São Paulo*, V.24, sup. I. p. 102-114. 2015.

<http://dx.doi.org/10.1590/S010412902015S01008>. Acessado em 04/11/2019.

GAULEJAC, Vincent de, 1946. **Gestão como doença social: ideologia, poder gerencialista e fragmentação social** / Vincent de Gaulejac; [tradução Ivo Stomiolo]. Aparecida, SP: Ideias & Letras, 2007. (Coleção Management, 4).

GRESPLAN, J. **MARX: uma introdução.** 1. Ed. – São Paulo: Boitempo, 2021.

GUIMARÃES, C. **Antes, durante e depois da pandemia: que país é esse?**

EPSJV/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 23/09/2020. Disponível em:

<https://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/antes-durante-e-depois-da-pandemia-que-pais-e-esse>.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua** – Divulgação Mensal. Brasil, 2021.

KREIN, José Dari. **O desmonte dos direitos, as novas configurações do trabalho e o esvaziamento da ação coletiva: consequências da reforma trabalhista.** *Tempo soc.*, São Paulo, v. 30, n. 1, p. 77-104, abr. 2018.

LIMA, J. C. F. **Bases Histórico-Conceptuais para a Compreensão do Trabalho em Saúde.**

IN: FONSECA, A. F. *O processo histórico do trabalho em saúde* / Organizado por Angélica Ferreira Fonseca e Anakeila de Barros Stauffer. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

LIMA, L. de; PIRES, D. E. P. de; FORTE, E. C. N; MEDEIROS, F. **Satisfação e insatisfação no trabalho de profissionais de saúde da atenção básica.** *Escola Anna Nery*

[online]. 2014, v. 18, n. 1 [Acessado 15 Junho 2021], pp. 17-24. Disponível em:

<https://doi.org/10.5935/1414-8145.20140003>

LINHART, D. Modernização e precarização da vida no trabalho. In: ANTUNES, R. **Riqueza e Miséria do Trabalho no Brasil III.** São Paulo: Boitempo Editorial, 2014, p. 45-54.

- LORD DAWSON OF PENN. **Interim Report on the Future Provision of Medical and Allied Services.** Ministério da Saúde do Reino Unido, Conselho Consultivo em Serviços Médicos Aliados. Londres: Her Majesty's Stationery Offices, 1920.
- MACHADO, M. H. (Coord.). **Perfil da enfermagem no Brasil:** relatório final: Brasil / coordenado por Maria Helena Machado. – Rio de Janeiro: NRHUS – DAPS – ENSP/Fiocruz, 2017.
- MANOEL, R. A.; COMBINATO, D. S.; GOMES, F. M. A.; SILVA, K. F. **O papel do trabalho e da formação acadêmica no projeto profissional do trabalhador da saúde.** Trabalho, Educação e Saúde [online]. 2014, v. 12, n. 03, pp. 595-614. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1981-7746-sip00008>>. ISSN 1981-7746 Acessado em 01/07/2021.
- MATTA, G. C (org.). **Estado, sociedade e formação profissional em saúde [livro eletrônico]: contradições e desafios em 20 anos de SUS.** / organizado por Gustavo Corrêa Matta e Júlio César França Lima. – Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/EPSJV, 2008.
- MARX, K. Trabalho alienado, propriedade privada e comunismo. IN: **O leitor de Marx** [recurso eletrônico] / organizador José Paulo Netto. 1ªed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2020. Recurso Digital.
- MEDEIROS, C. R. S. et al. **Danos ocupacionais de enfermeiros na Atenção Primária à Saúde.** Rev. Rene, Fortaleza, v.22, e60056, 2021. Disponível em: [http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1517-38522021000100308](http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-38522021000100308). Acessado em 11/07/2021
- MÉSZÁROS, I. 1930 – **A teoria da alienação em Marx** [recurso eletrônico] / István Mészáros; tradução Nélio Schneider. 1ª ed. São Paulo: Boitempo, 2017. Recurso Digital.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: HUCITEC/ABRASCO, 1992.
- MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 8ª ed. São Paulo: Hucitec, 2004.
- MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 14ª ed. São Paulo: Hucitec, 2014.
- MOROSINI, M.V.G.C. **Transformações no trabalho dos agentes comunitários de saúde nos anos 1990-2016:** a precarização para além dos vínculos. 2018. 357 f. Tese (Doutorado em Políticas Públicas e Formação Humana) - Faculdade de Educação, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2018.
- MOROSINI, M. V. G. C.; CHINELLI, F.; CARNEIRO, C. C. G. **Coronavírus e crise socio sanitária: a radicalização da precarização do trabalho no SUS.** In: SILVA, L. B.

Crise e pandemia: quando a exceção é regra geral / Organizado por Letícia Batista Silva e André Vianna Dantas. Rio de Janeiro. EPSJV, 2020.

MOROSINI, M.V.G.C; FONSECA, A. F; LIMA, L. D. **Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde**. Saúde e Debate, Rio de Janeiro; V. 42. N116.P.11– 24. JAN – MAR 2018. [Internet]

<http://dx.doi.org/10.1590/0103.1104201811601>. Acessado em 05/04/2020.

NETTO, José Paulo. **Introdução ao estudo do método de Marx**. São Paulo: Expressão Popular, 2011.

NOGUEIRA, M. L. **O processo histórico da Confederação Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde: trabalho, educação e consciência política coletiva**. 2017. 542 f. Tese (Doutorado em Políticas Públicas e Formação Humana) – Centro de Educação e Humanidades. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

NOGUEIRA, M. L; LACERDA, A. **Atenção Primária à Saúde no Brasil: velhas contradições e novo coronavírus na pandemia do capital**. In: SILVA, L. B. Crise e pandemia: quando a exceção é regra geral / Organizado por Letícia Batista Silva e André Vianna Dantas. Rio de Janeiro. EPSJV, 2020.

PEDUZZI, m. **Trabalho em equipe de saúde da perspectiva de gerentes de serviços de saúde: possibilidades da prática comunicativa orientada pelas necessidades de saúde dos usuários e da população**. / Marina Peduzzi. – São Paulo, 2007.

POULANTZAS, N. **O Estado, o poder, o socialismo**. - São Paulo: Editora Paz e Terra, 2019.

RAMOS, M. N. **Conceitos Básicos sobre Trabalho**. IN: FONSECA, A. F. O processo histórico do trabalho em saúde / Organizado por Angélica Ferreira Fonseca e Anakeila de Barros Stauffer. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

RIO DE JANEIRO. Câmara Municipal do Rio de Janeiro. **Lei Nº 5.026**. Maio de 2009.

RIO DE JANEIRO. **Decreto Nº 30.780**. D.O.Rio. Junho de 2009.

RIZZOTTO, M. L. F. O Banco Mundial e o sistema nacional de saúde no Brasil. In: PEREIRA, J. M. M.; PRONKO, M. (Org.). **A demolição de direitos: um exame das políticas do Banco Mundial para a educação e a saúde (1980 – 2013)**. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2014. P. 255 – 274.

SAFFIOTI, H. I. B. **O poder macho**. São Paulo: Moderna, 1987.

SANTANA, L. C. et al. **Aspecto psicossocial do ambiente de trabalho segundo o modelo demanda-controle**. Rev. Enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2020; 28:e50740. Disponível em:

<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/50740/35516>.  
Acessado em 11/07/2020.

SANTOS, F. P. A.; ACIOLI, S.; RODRIGUES, V. P.; MACHADO, J. C.; SOUZA, M. S.; COUTO, T. A. **Nurse Care Practices in the Family Health Strategy**. Rev Bras Enferm [Internet]. 2016; 69(6): 1060-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0273>.

Acessado em 28/03/2020

SARAIVA, L. A. S.; NUNES, A. S. **A efetividade de programas sociais de acesso à educação superior: o caso do ProUni**. Revista de Administração Pública [online]. 2011, v. 45, n. 4. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-76122011000400003> Acessado em 27/06/2021

SAVIANI, D. **A expansão do ensino superior no Brasil: mudanças e continuidades**.

Catalão, 2010. Revista Poíeses Pedagógica/UFG – V.8, N.2 ago/dez. 2010; pp. 4 – 17.

SCHMOELLER, R.; TRINDADE, L. L.; NEIS, M. B.; GELBCKE, F. L.; PIRES, D. E. P.

**Cargas de trabalho e condições de trabalho da enfermagem: revisão integrativa**. Ver Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS) 2011 jun; 32 (2): 368 – 77.

SILVA, A. D et al. **Uso de substâncias psicoativas entre profissionais de enfermagem da Atenção Básica e Instituição Hospitalar**. Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro, 2020; 10:e3737. Disponível em:

<http://seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/3737/2504>. Acessado em 11/07/2021.

SILVA, L. M.; **Trabalho de Enfermagem como serviço: comentários esparsos de caráter geral e fatos relevantes de caráter particular**. IN: Trabalho e Saúde no Capitalismo Contemporâneo: enfermagem em foco. / Helton Saragor de Souza e Áquilas Mendes, organizadores. Rio de Janeiro: DOC Content, 2016.

SOARES, C. B.; SOUZA, H. S.; CAMPOS, C. M. S. **Processos de trabalho e Enfermagem: uma contribuição a partir da saúde coletiva**. IN: Trabalho e Saúde no Capitalismo Contemporâneo: enfermagem em foco. / Helton Saragor de Souza e Áquilas Mendes, organizadores. Rio de Janeiro: DOC Content, 2016.

SOARES, S. S. S. et al. **Dupla jornada de trabalho na enfermagem: dificuldades enfrentadas no mercado de trabalho e cotidiano laboral**. Esc. Anna Nery, v.25, n.3, e20200380, 2021.

Disponível em: [http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452021000300213](http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452021000300213). Acessado em 11/07/2021

SOUZA, E. R.; MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F.; VEIGA, J. P. C. **Construção dos instrumentos qualitativos e quantitativos**. IN: Avaliação por triangulação de métodos [livro

eletrônico]: abordagem de programas sociais. / Organizado por Maria Cecília de Souza Minayo, Simone Gonçalves de Assis e Edinilsa Ramos de Souza. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. ePUB

SOUZA, H. S.; **O processo de trabalho em Enfermagem sob o fluxo tensionado**. IN: Trabalho e Saúde no Capitalismo Contemporâneo: enfermagem em foco. / Helton Saragor de Souza e Áquilas Mendes, organizadores. Rio de Janeiro: DOC Content, 2016.

STARFIELD, B.; **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia** / Barbara Starfield – Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TEIXEIRA, M.; MATTA, G. C.; JUNIOR, A. G. S. Modelos de Gestão na Atenção Primária à Saúde: uma análise crítica sobre a gestão do trabalho e produção em saúde. IN: **Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa** / Maria Helena Magalhães de Mendonça et al. – Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018.

THUMÉ, E; FEHN, A. C; ACIOLI S; FASSA, M. E. G. **Formação e prática dos enfermeiros para a Atenção Primária à Saúde – avanços, desafios e estratégias para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde**. Rev Saúde e Debate [Internet]. 2018. Rio de Janeiro. V42. Número Especial 1P. 275 – 288. Setembro, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104-2018-5118>. Acessado em 28/03/2020.

VEDOVATO, T. G. et al. **Trabalhadores(as) da saúde e a COVID-19: condições de trabalho à deriva?**. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional [online]. 2021, v.46 Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbso/a/CHvhLDtkH8WPmSygjHZgzNw/?lang=pt#>. Acessado em 12/07/2021.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021. <https://covid19.who.int/table>. Acessado em 21/06/2021.

WOOD, E. M; FOSTER, J. B. (Orgs.) **Em defesa da História. Marxismo e pós-modernismo**. Rio de Janeiro, Zahar, 1999.

## LISTA DE APÊNDICES

APÊNDICE A - Instrumento de coleta de dados

### **Caracterização social e ocupacional do Enfermeiro da ESF**

1. Questões sobre o Perfil do(a) Enfermeiro(a)

1.1 Idade

- 18 a 30
- 31 a 40
- 41 a 50
- 51 a 60
- mais de 60

1.2 Raça/Etnia

- Branco
- Pardo
- Preto
- Amarelo
- Outro

1.3 Gênero

- Masculino
- Feminino
- Prefiro não dizer
- Outro:

1.4 Situação Civil

- casado(a)
- solteiro(a)
- divorciado(a)
- viúvo(a)
- união estável
- Outro:

1.5 Tem filhos?

- Sim
- Não

1.6 Caso tenha filhos, quantos?

- 1
- 2
- 3 ou mais

1.7 Bairro de moradia:

2. Questões sobre o percurso formativo

2.1 Instituição de graduação

- Pública
- Privada

#### 2.1.1 Tempo de graduação

- Até cinco (5) anos
- Entre dez (10) e quinze (15) anos
- Mais de quinze (15) anos e vinte (20) anos
- Mais de vinte (20) anos

#### 2.2 Instituição de pós-graduação

- Pública
- Privada
- Não realizada

#### 2.3 Categoria e tipo/modelo de pós-graduação

- Especialização
- Residência
- Mestrado
- Doutorado
- Presencial
- Ensino à distância
- Misto de momentos presenciais e EAD
- Não Realizada

### 3. Percurso ocupacional na ESF

#### 3.1 Ano que começou a trabalhar na ESF/PSF

- Antes de 2006
- Entre 2006 e 2008
- Entre 2009 e 2012
- Entre 2013 e 2016
- Entre 2017 e 2018

#### 3.2 Tipo de contrato de trabalho atual

- Estatutário
- Celetista (CLT)
- Sociedade por coparticipação (SCP/CNPJ)
- Outro:

#### 3.3 Carga horária semanal de trabalho, atual e em horas (podendo somar com outros empregos)

- 40h
- 64h
- 76h ou mais

#### 3.4 Horário de trabalho na ESF (entrada e saída)

- 07:00 às 18:00 (com uma compensação semanal)
- 08:00 às 19:00 (com uma compensação semanal)
- 07:00 às 16:00 (sem compensação semanal)

- 08:00 às 17:00 (sem compensação semanal)
- 09:00 às 18:00 (sem compensação semanal)

3.5 Área Programática na qual trabalha atualmente

- 1.0
- 2.1
- 2.2
- 3.1
- 3.2
- 3.3
- 4.0
- 5.1
- 5.2
- 5.3

3.6 Durante o seu percurso ocupacional, prestou serviço por quantos tipos diferentes de vínculos trabalhistas?

- 1
- 2
- 3 ou mais

**Percepções sobre o trabalho na esf e suas repercussões - antes da pandemia da covid 19**

4.0 Questões relacionadas ao trabalho do enfermeiro da ESF, antes da pandemia.

4.1 O que o(a) motivou a atuar na ESF?

- Questões relacionadas à forma de atuação do Enfermeiro
- Questões relacionadas aos tipos de cuidados prestados
- Questões relacionadas ao salário
- Questões relacionadas ao tipo de vínculo/contrato de trabalho
- Questões relacionadas à carga horária de trabalho
- Falta de oportunidade em outra área de atuação
- Questões relacionadas ao número de postos de trabalho disponíveis
- Questões relacionadas ao objetivo e trajetória profissional
- Outro:

4.2 A motivação que teve para ingressar é a que você mantém atualmente na ESF?

- Sim
- Não

4.3 Como se sente frente ao tipo de contrato de trabalho firmado?

- Satisfeito
- Insatisfeito
- Indiferente

4.4 Considera este vínculo estável ou instável?

- Estável
- Instável

4.5 Você acha que o seu salário é adequado para as suas funções desempenhadas na ESF?

- Sim
- Não

4.6 Seu salário sofreu mudanças ao longo da sua experiência profissional na ESF?

- Sim
- Não

4.7 No geral, como as mudanças salariais foram para você?

Boas

- Ruins
- Eram boas e ficaram ruins
- Eram ruins e ficaram boas
- Não mudou

4.8 Caso o seu salário tenha sofrido mudanças, cite alguns impactos que estas trouxeram para a sua vida profissional e pessoal:

4.9 Ao longo dos últimos anos a lógica e o protagonismo da ESF mudaram conforme os governos (federais, estaduais e municipais) foram mudando, principalmente na formulação da Política Nacional de Atenção Básica e das políticas de gestão da APS nas esferas estaduais e municipais. De que forma você percebe que estas mudanças repercutiram no trabalho do Enfermeiro da ESF? E, assim como no objetivo deste estudo, no seu?

4.10 Você considera que o seu trabalho é reconhecido?

- Sim
- Em parte
- Não

4.11 Considerando as suas demandas assistenciais (cuidado direto e indireto ao paciente) e administrativas (planilhas, listagens por programas de saúde prioritários, escala de trabalho e organização de agenda etc.) que, na maior parte das vezes, recaem sobre o enfermeiro da ESF. Assim como o seu papel na equipe multiprofissional, conforme descrito na PNAB atual, você percebe que consegue desempenhar as suas atividades profissionais de forma:

- Satisfatória na maior parte do tempo
- Satisfatória na menor parte do tempo
- Insatisfatória
- Por vezes satisfatória e em outras insatisfatória

4.12 Considera que suas atribuições enquanto enfermeiro da ESF aumentaram em volume e responsabilidade?

- Sim
- Não
- Talvez

4.13 Considera que, com o seu conhecimento do funcionamento da ESF e conforme descrito na PNAB, estas demandas e atribuições deveriam ser de responsabilidade exclusiva do Enfermeiro da ESF?

- Sim
- Não

4.14 Como você classificaria as condições materiais de trabalho da sua unidade?  
(equipamentos, consultórios, insumos)

- Boas
- Ruins

4.15 Você considera que as condições materiais de trabalho da sua unidade repercutem sobre o desempenho de suas funções?

- Sim
- Não

4.16 Você precisou em algum momento, durante a sua trajetória na ESF, de atendimento por transtornos relacionados à sua saúde mental?

- Sim
- Não
- Sei que preciso, mas não procurei

4.17 Você precisou em algum momento, durante a sua trajetória na ESF, ser afastado do trabalho para tratamento em saúde mental?

- Sim
- Não

4.18 Você desenvolveu alguma doença crônica não transmissível após começar a trabalhar na ESF?

- Sim
- Não
- Talvez

4.19 O seu trabalho na ESF impactou de forma negativa em algum momento da sua vida pessoal (lazer, cultura, relacionamentos, família, estudo)?

- Sim
- Não
- Talvez

### **O trabalho no contexto da pandemia da COVID 19**

5. Questões relacionadas ao trabalho do enfermeiro da ESF durante a pandemia.

5.1 De que forma ocorreu a organização da sua Unidade para o enfrentamento da pandemia?

- Conforme as orientações da Secretaria Municipal de Saúde
- Conforme a realidade local
- Ambas as respostas anteriores

5.2 Houve treinamento prévio para o enfrentamento da pandemia?

- Sim
- Não

5.3 Foram disponibilizados EPIs adequados para o atendimento dos pacientes?

- Sim
- Não

5.4 Foram disponibilizados EPIs em quantidade suficiente para o atendimento dos pacientes?

- Sim
- Não

5.5 Quanto ao volume e carga de trabalho do Enfermeiro da ESF, no contexto da pandemia:

- Aumentou. E consegui desempenhar as atividades com a qualidade que esperava
- Aumentou. Mas não consegui desempenhar as atividades com a qualidade que esperava
- Não aumentou
- Diminuiu

5.6 Os fluxos de trabalho enquanto equipe de ESF foram notadamente alterados, foi ofertado algum tipo de suporte das instâncias superiores (CAP/Gestão municipal) que permitiram o acompanhamento dos grupos específicos (gestantes, crianças, doenças crônicas com alto risco de sequelas ou morte decorrente da falta de acompanhamento, pacientes acometidos pela COVID 19) que demandam atenção contínua mesmo neste momento adverso?

- Sim
- Não
- Ocasionalmente

5.7 Houve algum tipo de prejuízo no desempenho das suas funções durante a pandemia, enquanto Enfermeiro da ESF, que gostaria de destacar?

5.8 Você foi acometido pela doença causada pela COVID 19?

- Sim, confirmado por exame específico realizado na rede pública
- Sim, confirmado pelos dados e história epidemiológica (exame indisponível)
- Sim, confirmado por exame específico realizado na rede privada
- Não

5.9 De que forma se deu o seu atendimento ao perceber os sintomas, presencial ou remoto?

- Presencial
- Remoto

5.9.1 Precisou de internação por conta dos sintomas da COVID-19?

- Sim
- Não

5.10 Houve algum tipo de acompanhamento pelo seu gestor local ou municipal acerca do seu estado de saúde?

- Sim
- Não

5.11 Quando se mostrou apto a retornar às suas atividades de trabalho, algo mudou na sua percepção sobre o enfrentamento da pandemia e sobre o papel do Enfermeiro da ESF?

- Sim
- Não

5.12 Caso tenha respondido sim na pergunta anterior, poderia destacar o que mudou na sua percepção sobre o enfrentamento da pandemia e sobre o papel do Enfermeiro da ESF?

5.13 Se você pudesse resumir em uma palavra (ou mais) os seus sentimentos acerca do trabalho do enfermeiro na ESF, atualmente, qual seria?

5.14 Com a sua experiência atual de trabalho na ESF e com esta situação específica de pandemia, você nutre boas expectativas acerca do trabalho do Enfermeiro da ESF no futuro?

- Sim
- Não
- Talvez

## APÊNDICE B

1. Questões	1.1	1.2	1.3	1.4	1.5	1.6	1.7
Sujeitos							
1	41 a 50	Branco	Feminino	casado(a)	Sim	2	Santa Cruz
2	31 a 40	Pardo	Feminino	solteiro(a)	Sim	2	Guaratiba
3	31 a 40	Pardo	Feminino	solteiro(a)	Não	3 ou mais	Duque de Caxias
4	31 a 40	Branco	Feminino	solteiro(a)	Não	1	Centro
5	18 a 30	Branco	Feminino	solteiro(a)	Não	1	Madureira
6	31 a 40	Preto	Feminino	casado(a)	Sim	1	Sepetiba
7	31 a 40	Pardo	Feminino	solteiro(a)	Não	1	Santa Cruz
8	18 a 30	Branco	Feminino	solteiro(a)	Não	1	Vaz Lobo
9	51 a 60	Pardo	Feminino	casado(a)	Sim	3 ou mais	Campo Grande RJ
10	18 a 30	Branco	Masculino	solteiro(a)	Não	1	Nova iguaçu
11	41 a 50	Pardo	Feminino	casado(a)	Sim	2	Jacarepaguá
12	31 a 40	Preto	Feminino	casado(a)	Sim	1	Vila da Penha
13	31 a 40	Preto	Masculino	casado(a)	Sim	2	Ricardo de Albuquerque
14	18 a 30	Preto	Feminino	casado(a)	Não	1	Engenho novo
15	31 a 40	Branco	Feminino	solteiro(a)	Não		Itaipava
16	31 a 40	Branco	Feminino	casado(a)	Sim	1	Freguesia
17	31 a 40	Branco	Feminino	casado(a)	Sim	2	Santa cruz
18	31 a 40	Preto	Feminino	Morando junto	Sim	2	Rocha miranda
19	41 a 50	Branco	Feminino	casado(a)	Não		Penha
20	31 a 40	Branco	Feminino	casado(a)	Sim	1	Freguesia
21	31 a 40	Pardo	Feminino	casado(a)	Sim	1	Guadalalupe
22	31 a 40	Branco	Feminino	solteiro(a)	Não		Itaipava
23	41 a 50	Branco	Feminino	casado(a)	Não		Penha
24	41 a 50	Pardo	Masculino	solteiro(a)	Sim	1	Santa Cruz
25	31 a 40	Branco	Masculino	casado(a)	Sim	1	Campo Grande
26	31 a 40	Pardo	Feminino	solteiro(a)	Sim	1	Campo grandd
27	31 a 40	Pardo	Feminino	casado(a)	Sim	1	Paciência

28	31 a 40	Branco	Masculino	solteiro(a)	Sim	1	Campo Grande
29	31 a 40	Branco	Feminino	solteiro(a)	Não		Campo Grande
30	31 a 40	Pardo	Masculino	Vivo junto	Não		Bangu
31	31 a 40	Pardo	Feminino	união estável	Sim	2	Guaratiba
32	41 a 50	Branco	Feminino	divorciado(a)	Sim	2	DEODORO
33	31 a 40	Branco	Feminino	casado(a)	Sim	2	Campo Grande
34	31 a 40	Branco	Feminino	casado(a)	Não		Centro
35	31 a 40	Branco	Feminino	solteiro(a)	Sim	1	Estacio
36	31 a 40	Pardo	Feminino	união estável	Não		Bangu
37	31 a 40	Pardo	Feminino	casado(a)	Sim	2	Campo Grande
38	51 a 60	Pardo	Feminino	casado(a)	Sim	1	Bangu
39	18 a 30	Branco	Feminino	solteiro(a)	Não		Madureira
40	41 a 50	Pardo	Feminino	casado(a)	Sim	2	Olaria
41	31 a 40	Pardo	Feminino	casado(a)	Sim	2	Paciência
42	41 a 50	Preto	Feminino	solteiro(a)	Não		Vicente Carvalho
43	31 a 40	Branco	Feminino	Separado	Sim	2	Tijuca
44	41 a 50	Branco	Feminino	casado(a)	Sim	3 ou mais	Campo Grande
45	31 a 40	Pardo	Feminino	solteiro(a)	Não		Turiação
46	31 a 40	Amarelo	Feminino	casado(a)	Sim	1	Guadalupe
47	41 a 50	Pardo	Masculino	solteiro(a)	Sim	1	Nova Iguaçu
48	31 a 40	Preto	Feminino	solteiro(a)	Sim	2	Realengo
49	31 a 40	Branco	Feminino	divorciado(a)	Não		Santa Cruz
50	31 a 40	Pardo	Feminino	casado(a)	Sim	1	Campo grande
51	31 a 40	Pardo	Feminino	casado(a)	Sim	1	Recreio
52	41 a 50	Preto	Feminino	casado(a)	Sim	2	padre Miguel
53	31 a 40	Branco	Feminino	casado(a)	Sim	2	Campo Grande
54	41 a 50	Pardo	Feminino	casado(a)	Sim	2	Pavuna
55	31 a 40	Pardo	Feminino	divorciado(a)	Sim	2	26 de dezembro Itaguaí
56	31 a 40	Branco	Feminino	solteiro(a)	Não		Pilares

57	18 a 30	Pardo	Masculino	solteiro(a)	Sim	1	Nova iguaçu
58	31 a 40	Branco	Feminino	casado(a)	Sim	1	São João de mwríti
59	31 a 40	Branco	Feminino	casado(a)	Sim	1	São João de mwríti
60	31 a 40	Pardo	Feminino	união estável	Sim	1	Itaguaí
61	31 a 40	Preto	Feminino	divorciado(a)	Não		Taquara
62	41 a 50	Preto	Masculino	casado(a)	Sim	2	Taquara
63	31 a 40	Branco	Feminino	casado(a)	Sim	1	Campo grande
64	18 a 30	Branco	Feminino	solteiro(a)	Não		Vaz Lobo
65	31 a 40	Pardo	Feminino	casado(a)	Sim	2	Realengo
66	31 a 40	Branco	Masculino	solteiro(a)	Não		Jacarepaguá
67	18 a 30	Branco	Feminino	solteiro(a)	Não		Sepetiba
68	41 a 50	Branco	Masculino	união estável	Sim	1	Santa cruz
69	18 a 30	Pardo	Feminino	casado(a)	Não		Guadalupe
70	51 a 60	Preto	Feminino	divorciado(a)	Sim	3 ou mais	Santa cruz
71	41 a 50	Preto	Feminino	casado(a)	Sim	2	FREGUESIA
72	31 a 40	Pardo	Feminino	casado(a)	Sim	1	Campo Grande
73	41 a 50	Pardo	Feminino	casado(a)	Sim	1	Campo grande
74	41 a 50	Pardo	Masculino	casado(a)	Sim	2	Paciência

## APÊNDICE C

2. Questões	2.1	2.1.1	2.2	2.3
Sujeitos				
1	Privada, Até cinco (5) anos		Privada	Especialização, Presencial
2	Privada, Até cinco (5) anos		Privada	Especialização, Presencial
3	Privada		Privada	Especialização, Presencial, Ensino à distância
4	Pública		Pública	Especialização, Mestrado
5	Pública, Até cinco (5) anos		Privada	Especialização, Mestrado
6	Pública, Até cinco (5) anos		Pública	Especialização, Presencial
7	Privada, Até cinco (5) anos		Pública	Especialização
8	Pública, Até cinco (5) anos		Pública	Residência
9	Privada, Entre dez (10) e quinze (15) anos		Privada	Especialização
10	Privada, Até cinco (5) anos		Pública	Especialização
11	Pública, Mais de quinze (15) anos e vinte (20) anos		Privada	Especialização, Presencial
12	Privada, Até cinco (5) anos		Privada	Especialização, Presencial, Ensino à distância
13	Privada, Mais de quinze (15) anos e vinte (20) anos		Privada	Especialização, Presencial, Ensino à distância
14	Pública, Até cinco (5) anos		Pública	Especialização, Mestrado, Presencial
15	Privada, Até cinco (5) anos		Pública	Especialização, Presencial
16	Privada, Até cinco (5) anos		Pública	Especialização, Residência
17	Privada, Entre dez (10) e quinze (15) anos		Pública	Especialização, Presencial
18	Até cinco (5) anos		Privada	Especialização
19	Privada, Entre dez (10) e quinze (15) anos		Privada	Especialização
20	Privada, Até cinco (5) anos		Pública	Especialização, Residência
21	Privada, Até cinco (5) anos		Pública	Especialização
22	Privada, Até cinco (5) anos		Pública	Especialização, Presencial
23	Privada, Entre dez (10) e quinze (15) anos		Privada	Especialização
24	Privada		Privada	Especialização
25	Privada, Até cinco (5) anos		Pública	Especialização
26	Privada	Até cinco (5) anos	Privada	Especialização
27	Privada	Até cinco (5) anos	Privada	Especialização, Presencial, Ensino à distância
28	Privada	Entre dez (10) e quinze (15) anos	Pública	Especialização, Ensino à distância
29	Privada	Até cinco (5) anos	Privada	Presencial, Ensino à distância
30	Privada	Até cinco (5) anos	Privada	Especialização, Ensino à distância
31	Privada	Até cinco (5) anos	Privada	Especialização
32	Pública	Até cinco (5) anos	Pública	Residência
33	Privada	Até cinco (5) anos	Privada	Especialização
34	Pública	Até cinco (5) anos	Pública	Residência, Mestrado
35	Privada	Até cinco (5) anos	Pública	Especialização
36	Privada	Até cinco (5) anos	Privada	Especialização
37	Privada	Até cinco (5) anos	Privada	Especialização
38	Privada	Até cinco (5) anos	Privada	Especialização
39	Pública	Até cinco (5) anos	Privada	Especialização, Mestrado, Presencial, Ensino à distância
40	Privada	Até cinco (5) anos	Privada	Especialização, Presencial, Ensino à distância

41	Privada	Até cinco (5) anos	Privada	Ensino à distância
42	Privada	Até cinco (5) anos	Privada	Especialização
43	Pública	Até cinco (5) anos	Pública	Especialização, Ensino à distância
44	Privada	Mais de quinze (15) anos e vinte (20) anos	Privada	Especialização
45	Privada	Até cinco (5) anos	Privada	Especialização, Ensino à distância
46	Privada	Até cinco (5) anos	Pública	Especialização
47	Privada	Entre dez (10) e quinze (15) anos	Privada	Especialização
48	Privada	Até cinco (5) anos	Privada	Especialização
49	Privada	Entre dez (10) e quinze (15) anos	Privada	Especialização
50	Privada	Até cinco (5) anos	Pública	Especialização
51	Privada	Até cinco (5) anos	Privada	Especialização
52	Privada	Até cinco (5) anos	Privada	Especialização
53	Privada	Entre dez (10) e quinze (15) anos	Privada	Ensino à distância
54	Privada	Até cinco (5) anos	Pública	Especialização, Misto de momentos presenciais e EAD, Não Realizada
55	Privada	Até cinco (5) anos	Privada	Especialização, Misto de momentos presenciais e EAD
56	Pública	Entre dez (10) e quinze (15) anos	Privada	Especialização
57	Privada	Até cinco (5) anos	Privada	Especialização
58	Pública	Até cinco (5) anos	Pública	Especialização, Mestrado
59	Pública	Até cinco (5) anos	Pública	Especialização, Mestrado
60	Privada	Até cinco (5) anos	Privada	Ensino à distância
61	Pública	Entre dez (10) e quinze (15) anos	Pública	Especialização, Mestrado, Presencial, Ensino à distância, Misto de momentos presenciais e EAD
62	Privada	Até cinco (5) anos	Pública	Especialização, Misto de momentos presenciais e EAD
63	Privada	Até cinco (5) anos	Pública	Residência
64	Pública	Até cinco (5) anos	Pública	Residência
65	Pública	Até cinco (5) anos	Privada	Ensino à distância
66	Privada	Até cinco (5) anos, Entre dez (10) e quinze (15) anos	Privada	Presencial
67	Privada	Até cinco (5) anos	Privada	Ensino à distância
68	Privada	Mais de quinze (15) anos e vinte (20) anos	Privada	Especialização, Misto de momentos presenciais e EAD
69	Privada	Até cinco (5) anos	Privada	Especialização
70	Privada	Mais de vinte (20) anos	Privada	Especialização
71	Privada	Até cinco (5) anos	Privada	Especialização, Presencial, Ensino à distância
72	Privada	Entre dez (10) e quinze (15) anos	Pública	Especialização
73	Privada	Até cinco (5) anos	Privada	Especialização
74	Privada	Até cinco (5) anos	Privada	Ensino à distância

## APÊNDICE D

3. Questões	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6
Sujeito						
1	Entre 2009 e 2012	Sociedade por coparticipação (SCP/CNPJ)	40h	07:00 às 18:00 (com uma compensação semanal)	5.3	2
2	Entre 2013 e 2016	PJ	40h	07:00 às 18:00 (com uma compensação semanal)	5.3	3 ou mais
3	Entre 2013 e 2016	Autônoma	40h	09:00 às 18:00 (sem compensação semanal)	3.3	1
4	Entre 2009 e 2012	Celetista (CLT)	64h	07:00 às 18:00 (com uma compensação semanal)	1.0	3 ou mais
5	Entre 2013 e 2016	Celetista (CLT)	64h	08:00 às 17:00 (sem compensação semanal)	3.2	2
6	Entre 2013 e 2016	Sociedade por coparticipação (SCP/CNPJ)	40h	07:00 às 18:00 (com uma compensação semanal)	5.3	2
7	Entre 2006 e 2008	Sociedade por coparticipação (SCP/CNPJ)	40h	08:00 às 19:00 (com uma compensação semanal)	5.3	3 ou mais
8	Entre 2017 e 2018	Celetista (CLT)	40h	07:00 às 18:00 (com uma compensação semanal)	3.2	2
9	Entre 2009 e 2012	Celetista (CLT)	40h	07:00 às 18:00 (com uma compensação semanal)	5.2	1
10	Entre 2017 e 2018	Celetista (CLT)	76h ou mais	08:00 às 17:00 (sem compensação semanal)	3.3	3 ou mais
11	Entre 2006 e 2008	Celetista (CLT)	40h	07:00 às 18:00 (com uma compensação semanal)	4.0	3 ou mais
12	Entre 2009 e 2012	Celetista (CLT)	40h	07:00 às 18:00 (com uma compensação semanal)	3.2	1
13	Entre 2006 e 2008	Celetista (CLT)	76h ou mais	07:00 às 16:00 (sem compensação semanal)	3.3	2
14	Entre 2013 e 2016	Celetista (CLT)	40h	07:00 às 18:00 (com uma compensação semanal)	3.3	2
15	Entre 2017 e 2018	Celetista (CLT)	40h	07:00 às 18:00 (com uma compensação semanal)	3.3	3 ou mais
16	Entre 2009 e 2012	Celetista (CLT)	40h	07:00 às 18:00 (com uma compensação semanal)	3.3	1
17	Entre 2009 e 2012	Celetista (CLT)	40h	07:00 às 18:00 (com uma compensação semanal)	5.2	2
18	Entre 2017 e 2018	Sociedade por coparticipação (SCP/CNPJ)	40h	07:00 às 18:00 (com uma compensação semanal)	3.3	1
19	Entre 2006 e 2008	Celetista (CLT)	40h	07:00 às 18:00 (com uma compensação semanal)	3.3	3 ou mais
20	Entre 2009 e 2012	Celetista (CLT)	40h	07:00 às 18:00 (com uma compensação semanal)	3.3	1
21	Entre 2013 e 2016	Sociedade por coparticipação (SCP/CNPJ)	76h ou mais	07:00 às 18:00 (com uma compensação semanal)	5.3	3 ou mais
22	Entre 2017 e 2018	Celetista (CLT)	40h	07:00 às 18:00 (com uma compensação semanal)	3.3	3 ou mais
23	Entre 2006 e 2008	Celetista (CLT)	40h	07:00 às 18:00 (com uma compensação semanal)	3.3	3 ou mais
24	Entre 2017 e 2018	Sociedade por coparticipação (SCP/CNPJ)	40h	07:00 às 18:00 (com uma compensação semanal)	5.3	1
25	Entre 2009 e 2012	Sociedade por coparticipação (SCP/CNPJ)	40h	07:00 às 18:00 (com uma compensação semanal)	5.3	2
26	Entre 2009 e 2012	Celetista (CLT)	40h	07:00 às 18:00 (com uma compensação semanal)	5.3	1

27	Entre 2009 e 2012	Celetista (CLT)	40h	08:00 às 19:00 (com uma compensação semanal)	5.3	1
28	Entre 2009 e 2012	Celetista (CLT)	40h	07:00 às 18:00 (com uma compensação semanal)	5.3	3 ou mais
29	Entre 2009 e 2012	Celetista (CLT)	40h	07:00 às 18:00 (com uma compensação semanal)	5.3	3 ou mais
30	Entre 2017 e 2018	Celetista (CLT)	40h	07:00 às 18:00 (com uma compensação semanal)	5.3	3 ou mais
31	Entre 2013 e 2016	Celetista (CLT)	64h	07:00 às 18:00 (com uma compensação semanal)	5.3	3 ou mais
32	Entre 2017 e 2018	Celetista (CLT)	40h	07:00 às 18:00 (com uma compensação semanal)	3.3	1
33	Antes de 2006	Celetista (CLT)	40h	07:00 às 18:00 (com uma compensação semanal)	5.3	1
34	Entre 2009 e 2012	Celetista (CLT)	64h	07:00 às 18:00 (com uma compensação semanal)	1.0	1
35	Entre 2009 e 2012	Celetista (CLT)	40h	09:00 às 18:00 (sem compensação semanal)	3.3	2
36	Entre 2013 e 2016	Celetista (CLT)	40h	07:00 às 18:00 (com uma compensação semanal)	5.1	1
37	Entre 2017 e 2018	Celetista (CLT)	76h ou mais	07:00 às 18:00 (com uma compensação semanal)	5.2	3 ou mais
38	Entre 2009 e 2012	Celetista (CLT)	40h	08:00 às 19:00 (com uma compensação semanal)	3.3	3 ou mais
39	Entre 2013 e 2016	Celetista (CLT)	64h	08:00 às 17:00 (sem compensação semanal)	3.2	2
40	Entre 2017 e 2018	Celetista (CLT)	40h	07:00 às 18:00 (com uma compensação semanal)	3.1	3 ou mais
41	Entre 2009 e 2012	Celetista (CLT)	40h	07:00 às 18:00 (com uma compensação semanal)	5.3	2
42	Antes de 2006	Celetista (CLT)	40h	07:00 às 18:00 (com uma compensação semanal)	3.3	1
43	Entre 2006 e 2008	Celetista (CLT)	40h	08:00 às 17:00 (sem compensação semanal)	1.0	1
44	Antes de 2006	Celetista (CLT)	40h	07:00 às 18:00 (com uma compensação semanal)	5.3	1
45	Entre 2017 e 2018	Celetista (CLT)	40h	07:00 às 18:00 (com uma compensação semanal)	3.1	1
46	Entre 2013 e 2016	Ja fui celetista, PJ e agora celetista novamente	76h ou mais	07:00 às 18:00 (com uma compensação semanal)	5.3	2
47	Entre 2009 e 2012	Celetista (CLT)	64h	07:00 às 18:00 (com uma compensação semanal)	5.3	2
48	Entre 2009 e 2012	Estatutário	64h	07:00 às 18:00 (com uma compensação semanal)	5.1	2
49	Entre 2013 e 2016	Celetista (CLT)	64h	07:00 às 18:00 (com uma compensação semanal)	5.3	2
50	Entre 2006 e 2008	Celetista (CLT)	40h	08:00 às 19:00 (com uma compensação semanal)	5.3	3 ou mais
51	Entre 2013 e 2016	Celetista (CLT)	40h	07:00 às 18:00 (com uma compensação semanal)	5.3	2
52	Entre 2017 e 2018	Celetista (CLT)	40h	07:00 às 18:00 (com uma compensação semanal)	5.1	2
53	Entre 2013 e 2016	Celetista (CLT)	40h	07:00 às 18:00 (com uma compensação semanal)	5.3	2
54	Entre 2009 e 2012	Celetista (CLT)	40h	07:00 às 18:00 (com uma compensação semanal)	3.1	3 ou mais

55	Entre 2017 e 2018	Celetista (CLT)	40h	07:00 às 18:00 (com uma compensação semanal)	5.3	2
56	Entre 2013 e 2016	Celetista (CLT)	40h	07:00 às 18:00 (com uma compensação semanal)	5.1	3 ou mais
57	Entre 2017 e 2018	Celetista (CLT)	64h	07:00 às 18:00 (com uma compensação semanal)	5.3	2
58	Entre 2009 e 2012	Celetista (CLT)	40h	07:00 às 18:00 (com uma compensação semanal)	5.3	2
59	Entre 2009 e 2012	Celetista (CLT)	40h	07:00 às 18:00 (com uma compensação semanal)	5.3	2
60	Entre 2009 e 2012	Celetista (CLT)	40h	07:00 às 18:00 (com uma compensação semanal)	5.3	2
61	Entre 2013 e 2016	Celetista (CLT)	40h	07:00 às 18:00 (com uma compensação semanal)	3.1	3 ou mais
62	Entre 2009 e 2012	Celetista (CLT)	40h	07:00 às 18:00 (com uma compensação semanal)	3.3	2
63	Entre 2017 e 2018	Celetista (CLT)	40h	07:00 às 18:00 (com uma compensação semanal)	5.1	1
64	Entre 2017 e 2018	Celetista (CLT)	40h	07:00 às 18:00 (com uma compensação semanal)	3.2	2
65	Entre 2017 e 2018	Celetista (CLT)	40h	07:00 às 18:00 (com uma compensação semanal)	5.3	3 ou mais
66	Entre 2013 e 2016	Celetista (CLT)	40h	07:00 às 18:00 (com uma compensação semanal)	3.2	1
67	Entre 2013 e 2016	Celetista (CLT)	40h	07:00 às 18:00 (com uma compensação semanal)	5.3	3 ou mais
68	Antes de 2006	Celetista (CLT)	40h	08:00 às 19:00 (com uma compensação semanal)	5.3	3 ou mais
69	Entre 2013 e 2016	Celetista (CLT)	64h	08:00 às 19:00 (com uma compensação semanal)	5.3	3 ou mais
70	Antes de 2006	Celetista (CLT)	40h	08:00 às 17:00 (sem compensação semanal)	5.3	3 ou mais
71	Entre 2017 e 2018	Celetista (CLT)	64h	07:00 às 18:00 (com uma compensação semanal)	3.2	3 ou mais
72	Entre 2009 e 2012	Celetista (CLT)	40h	07:00 às 18:00 (com uma compensação semanal)	5.3	2
73	Entre 2013 e 2016	Celetista (CLT)	76h ou mais	07:00 às 18:00 (com uma compensação semanal)	5.3	3 ou mais
74	Entre 2006 e 2008	Celetista (CLT)	40h	07:00 às 18:00 (com uma compensação semanal)	5.3	2

## APÊNDICE E

4. Questões	4.1	4.2	4.3	4.4	4.5	4.6	4.7	4.8	4.9
Sujeitos									
1	Questões relacionadas à forma de atuação do Enfermeiro	Não	Insatisfeito	Instável	Não	Sim	Eram boas e ficaram ruins	Desmotivação e enfraquecimento do vínculo com a esf	O Enfermeiro tem um papel primordial na equipe de saúde da família, hoje estamos desvalorizados e a maioria cansado e a procura de novos caminhos. A vacância de bons profissionais é nítida.
2	Questões relacionadas aos tipos de cuidados prestados, Questões relacionadas ao número de postos de trabalho disponíveis, Questões relacionadas ao objetivo e trajetória profissional	Sim	Insatisfeito	Instável	Não	Não	Não mudou	.	.
3	Questões relacionadas ao salário	Não	Insatisfeito	Instável	Não	Sim	Eram boas e ficaram ruins	Mudanças de governo	Ficaram ruins de trabalho por falta de materiais
4	Questões relacionadas à forma de atuação do Enfermeiro, Questões relacionadas ao salário, Questões relacionadas ao objetivo e trajetória profissional	Sim	Insatisfeito	Estável	Não	Sim	Eram boas e ficaram ruins	Necessidade de trabalhar em outras instituições para compensar os valores que hj não recebo mais.	As limitações na nossa atuação vem desestimulando demais a ser enfermeiro de unidade primária. Trabalhamos muito, não somos valorizados, somos cada vez mais pressionados e não retribuídos, nem em forma de valorização nem em forma monetária.
5	Questões relacionadas à forma de atuação do Enfermeiro, Questões relacionadas aos tipos de cuidados prestados, Questões relacionadas à carga horária de trabalho	Sim	Indiferente	Instável	Sim	Sim	Eram boas e ficaram ruins	Como eu tenho outra renda, não sofri muito impacto, nem na minha vida profissional nem pessoal.	Não influenciaram muito, somente mais atribuições aos enfermeiros.

6	Questões relacionadas aos tipos de cuidados prestados, Questões relacionadas à carga horária de trabalho, Questões relacionadas ao objetivo e trajetória profissional	Sim	Insatisfeito	Instável	Não	Sim	Eram boas e ficaram ruins	Desmotivação, ansiedade,	Diminuição do número de Acs, redivisões da área de abrangência, dificuldade para encaminhar ao NASF (demissão de profissionais, diminuição do efetivo)
7	Questões relacionadas à forma de atuação do Enfermeiro, Questões relacionadas aos tipos de cuidados prestados, Questões relacionadas ao salário, Questões relacionadas ao tipo de vínculo/contrato de trabalho	Não	Insatisfeito	Instável	Não	Sim	Eram boas e ficaram ruins	Redução do poder de compra	Negativamente. O papel do enfermeiro mudou completamente com a expansão acelerada do acesso, sem o devido aumento /quantitativo do profissional enfermeiro. A principal perda nesse processo foi a supervisão do enfermeiro no campo/ território.
8	Questões relacionadas à forma de atuação do Enfermeiro, Questões relacionadas aos tipos de cuidados prestados, Questões relacionadas ao salário	Não	Indiferente	Instável	Não	Sim	Ruins	Acúmulo de dívidas, estresse, desmotivação trabalhista.	Perda de direitos trabalhistas. Perda do ideal de saúde da família.
9	Questões relacionadas à forma de atuação do Enfermeiro	Sim	Insatisfeito	Instável	Não	Sim	Ruins	Redução salarial de quase 30, % que impactou negativamente no estímulo ao trabalho. Atual	Atualmente vejo essas mudanças favoráveis no que diz respeito a autonomia do Enfermeiro na atuação do trabalho na atenção básica. Na contramão disso vemos um acúmulo muito grande de trabalho a este profissional, dificultando sua atuação no que diz respeito principalmente a prevenção de doenças.
10	Questões relacionadas ao salário	Não	Insatisfeito	Instável	Não	Sim	Eram boas e ficaram ruins	Padrão de vida menor! Mais trabalho e menos retorno financeiro	Diretamente no processo de trabalho da unidade e particular de cada pessoa. Condições insalubres, sem insumos, sem mão de obra de equipe multiprofissional

11	Questões relacionadas à forma de atuação do Enfermeiro	Não	Insatisfeito	Instável	Não	Sim	Ruins	Cancelamento do plano de saúde	Estabilidade salarial, autonomia da enfermagem ...
12	Questões relacionadas à forma de atuação do Enfermeiro, Questões relacionadas aos tipos de cuidados prestados, Questões relacionadas ao salário, Questões relacionadas ao tipo de vínculo/contrato de trabalho, Questões relacionadas ao objetivo e trajetória profissional	Sim	Insatisfeito	Instável	Não	Sim	Eram boas e ficaram ruins	Tive que mudar de moradia e afiar alguns cursos	O foco passou a ser números e não o indivíduo. Estamos com um volume de atendimento muito alto, sem ferramentas de trabalho adequado, não tendo tendo hábil para realizar o processo de enfermagem.
13	Questões relacionadas à forma de atuação do Enfermeiro, Questões relacionadas aos tipos de cuidados prestados, Questões relacionadas ao salário, Questões relacionadas à carga horária de trabalho, Questões relacionadas ao objetivo e trajetória profissional	Sim	Satisfeito	Instável	Não	Sim	Eram boas e ficaram ruins	Instabilidade	Precarização do serviço

14	Questões relacionadas à forma de atuação do Enfermeiro, Questões relacionadas aos tipos de cuidados prestados	Não	Insatisfeito	Instável	Não	Sim	Eram boas e ficaram ruins	Na organização da minha casa. Precisei dispensar auxiliar doméstica. Minhas contas atrasaram e sigo com nome sujo desde então, pois não tenho fôlego financeiro para quitar a dívida. Sem contar outras perdas e mudança de planos (ter filhos por exemplo).	Totalmente... Muda a maneira como a gerência conduz a unidade, mudam as cobranças, perdemos qualidade da assistência para passar a ter obrigatoriamente quantidade.
15	Questões relacionadas à forma de atuação do Enfermeiro	Sim	Insatisfeito	Instável	Não	Sim	Ruins	Necessidade de outro vínculo empregatício.	Aumento das demandas assistenciais e administrativas.
16	Questões relacionadas à forma de atuação do Enfermeiro, Questões relacionadas aos tipos de cuidados prestados, Questões relacionadas ao salário, Questões relacionadas ao objetivo e trajetória profissional	Sim	Insatisfeito	Instável	Não	Sim	Ruins	Desmotivação devido a desvalorização profissional. E redução brusca de gastos financeiros no cotidianos.	Com a mudança política muda a gestão , e interfere diretamente no nosso trabalho.
17	Questões relacionadas aos tipos de cuidados prestados	Sim	Insatisfeito	Instável	Não	Sim	Eram boas e ficaram ruins	Desvalorização profissional, me senti desvalorizada, desmotivada. Além do salário , pelo que se tornou atenção básica	As mudanças prejudicaram os serviços prestados, sucateamento da atenção básica, a falta de profissionais, diminuição salarial, e a precarização do serviço, com falta de insumos essenciais. Muito triste e desmotivante ver toda essa situação, e uma gestão se comportando como se nada estivesse acontecendo, cobranças descabidas etc
18	Questões relacionadas ao objetivo e trajetória profissional	Não	Insatisfeito	Instável	Não	Sim	Ruins	Tranquei meu mestrado	Estamos sobrecarregados
19	Questões relacionadas à forma de atuação	Não	Insatisfeito	Instável	Não	Sim	Eram boas e ficaram ruins	Com as mudanças salariais s atuais, exige que além das	Com as mudanças o trabalho do enfermeiro ficou mais voltado para a produção numérica, onde a continuidade do cuidado ficou fragilizado. No meu caso, percebo que

	do Enfermeiro, Questões relacionadas aos tipos de cuidados prestados, Questões relacionadas ao salário							40 h exaustivas, tenho que buscar outras fontes de renda para complementar o salario	a forma de educação em saúde e prevenção da doença, passou a ser segundo plano, pois com as inúmeras pessoas doentes, passo maior parte do tempo atendendo ao invés de promover saúde, o que pra mim é péssimo, pois perdeu o foco de promoção.
20	Questões relacionadas à forma de atuação do Enfermeiro, Questões relacionadas aos tipos de cuidados prestados, Questões relacionadas ao salário, Questões relacionadas ao objetivo e trajetória profissional	Sim	Insatisfeito	Instável	Não	Sim	Ruins	Desmotivação devido a desvalorização profissional. E redução brusca de gastos financeiros no cotidianos.	Com a mudança política muda a gestão , e interfere diretamente no nosso trabalho.
21	Questões relacionadas ao salário	Não	Insatisfeito	Instável	Não	Sim	Eram boas e ficaram ruins	Precisei procurar um 2 vínculo	Desvalorização profissional..!!
22	Questões relacionadas à forma de atuação do Enfermeiro	Sim	Insatisfeito	Instável	Não	Sim	Ruins	Necessidade de outro vínculo empregatício.	Aumento das demandas assistenciais e administrativas.
23	Questões relacionadas à forma de atuação do Enfermeiro, Questões relacionadas aos tipos de cuidados prestados, Questões relacionadas ao salário	Não	Insatisfeito	Instável	Não	Sim	Eram boas e ficaram ruins	Com as mudanças salariais s atuais, exige que além das 40 h exaustivas, tenho que buscar outras fontes de renda para complementar o salario	Com as mudanças o trabalho do enfermeiro ficou mais voltado para a produção numérica, onde a continuidade do cuidado ficou fragilizado. No meu caso, percebo que a forma de educação em saúde e prevenção da doença, passou a ser segundo plano, pois com as inúmeras pessoas doentes, passo maior parte do tempo atendendo ao invés de promover saúde, o que pra mim é péssimo, pois perdeu o foco de promoção.
24	Questões relacionadas à forma de atuação do Enfermeiro, Questões relacionadas ao objetivo e	Sim	Insatisfeito	Instável	Não	Sim	Eram boas e ficaram ruins	Insegurança	Sem condições de trabalho

	trajetória profissional								
25	Questões relacionadas à forma de atuação do Enfermeiro, Questões relacionadas aos tipos de cuidados prestados, Questões relacionadas ao objetivo e trajetória profissional	Não	Insatisfeito	Instável	Não	Sim	Eram boas e ficaram ruins	Diminuição da qualidade de vida pós trabalho	Aumento das cobranças e pouco governabilidade frente as mesmas .
26	Questões relacionadas à forma de atuação do Enfermeiro	Sim	Indiferente	Instável	Não	Sim	Eram boas e ficaram ruins	.	.
27	Questões relacionadas ao salário	Não	Insatisfeito	Instável	Não	Sim	Eram boas e ficaram ruins	Corte de custos	Instabilidade para se programar a longo prazo.
28	Questões relacionadas ao salário	Não	Insatisfeito	Instável	Não	Sim	Ruins, Eram boas e ficaram ruins	Lazer	Não existe suporte aos profissionais as equipes, ocorreu redução de força de trabalho.
29	Questões relacionadas ao salário	Não	Indiferente	Instável	Não	Sim	Eram boas e ficaram ruins	Mudança na qualidade de vida o que acarreta em procurar outros recursos	Esse tipo de mudança impactaram diretamente no processo de trabalho. Fazendo com o que diminuíssemos a essencial do que é fundamental na esf que e o vínculo com o usuário.
30	Questões relacionadas ao objetivo e trajetória profissional	Sim	Insatisfeito	Instável	Não	Não	Não mudou	Não mudou.	Piorou. Muitas vezes caminhamos para o desmonte da ESF.
31	Falta de oportunidade em outra área de atuação	Não	Insatisfeito	Instável	Não	Sim	Eram ruins e ficaram boas	.	.
32	Questões relacionadas à forma de atuação do Enfermeiro	Não	Insatisfeito	Instável	Não	Sim	Ruins	estresse adoecimentos recorrentes, ansiedade, irritabilidade. Redução da qualidade do cuidado ofertado,	Redução da qualidade do cuidado ofertado, redução das boas praticas e da segurança do paciente, escassez de rh, redução de coberturas, rareamente de ações de promoção e prevenção.

								redução das boas práticas e da segurança do paciente.	
33	Questões relacionadas ao salário	Não	Insatisfeito	Instável	Não	Sim	Ruins	Desestimulação, desânimo, perda de plano de saúde, contas atrasadas,	O perfil do enf da esf foi obrigado a mudar e se adequar com a realidade da porta de entrada aberta. O Enf da Esf precisa de conhecimentos emergências com maior frequência. O tempo/qualidade na consulta agendada esta prejudicado devido a grande demanda espontânea e a pressão exercida dos pacientes.
34	Questões relacionadas ao salário	Não	Insatisfeito	Instável	Não	Sim	Eram boas e ficaram ruins	Custos de vida muito altos comparados aos baixos salários que atenção primária oferece atualmente. Não dá para pagar nada, tendo que ter pelo menos dois ou três empregos para compensar.	A mudança no governo diminuiu nosso protagonismo, limitou nossa atuação enquanto enfermeiro e enquanto gestor. Hoje, apagamos incêndio. Lembro do início de minha atuação, de ser pioneira no lugar que minha clínica começou. Hoje, sou mais uma enfermeira, cansada, sendo "mandada" por diversos chefes e não podendo atuar da maneira ampla que é descrito a pnab.
35	Questões relacionadas ao objetivo e trajetória profissional	Sim	Satisfeito	Estável	Não	Sim	Eram boas e ficaram ruins	Falta de possibilidade de crescimento profissional	Não pudemos realizar nossas atividades com clareza
36	Questões relacionadas ao objetivo e trajetória profissional	Sim	Insatisfeito	Instável	Não	Sim	Eram boas e ficaram ruins	Lazer diminuído, não alcancei o objetivo de comprar um carro.	Muitas responsabilidades poucos equipamentos e recursos para fazê-las. Atrapalhou por questão de cansaço e sobrecarga a vontade e tempo de fazer mais especializações e mestrados.
37	Questões relacionadas aos tipos de cuidados prestados	Não	Satisfeito	Instável	Não	Sim	Eram ruins e ficaram boas	Desânimo para atuar	Péssima
38	Questões relacionadas ao objetivo e trajetória profissional	Sim	Insatisfeito	Instável	Não	Sim	Eram boas e ficaram ruins	Negativa ao na vida financeira	A continuidade do planejamento
39	Questões relacionadas ao objetivo e trajetória profissional	Sim	Satisfeito	Instável	Sim	Sim	Boas	Melhora da situação econômica	Enfermeiro vem tendo mais sobrecargas de funções.

40	Questões relacionadas ao objetivo e trajetória profissional	Sim	Satisfeito	Instável	Não	Sim	Eram ruins e ficaram boas	S	Sim
41	Questões relacionadas à forma de atuação do Enfermeiro	Sim	Satisfeito, Insatisfeito	Instável	Não	Sim	Boas	Não	Quedas nos números de acompanhados nas linhas de cuidados
42	Questões relacionadas à forma de atuação do Enfermeiro	Sim	Insatisfeito	Instável	Não	Não	Ruins, Não mudou	O profissional fica esgotado e não tem valorização.	Contribuir para que o profissional seja mais valorizado,
43	Questões relacionadas à forma de atuação do Enfermeiro	Sim	Insatisfeito	Instável	Não	Sim	Ruins	Não consigo pagar as contas, escolas, e juntar algum dinheiro para o futuro. Tudo q recebo gasto no mês. Não tenho mas tempo para lazer pq no momento tive que arranjar outra renda.	Sim, fico mais cansada.
44	Questões relacionadas à forma de atuação do Enfermeiro	Sim	Insatisfeito	Estável	Não	Sim	Eram boas e ficaram ruins	Perda do poder aquisitivo, dívidas, baixa autoestima, perda da possibilidade de um lazer mais atrativo, estresse, impactos na saúde mental	Antes a preocupação era com a qualidade do trabalho realizado, vínculo com paciente, hoje a questão são os números, quantidade de atendimento, o princípio da estratégia não existe mais.
45	Falta de oportunidade em outra área de atuação	Sim	Satisfeito	Estável	Sim	Sim	Boas, Eram ruins e ficaram boas	Melhorou	o enfermeiro tem mas autonomia
46	Questões relacionadas ao salário	Não	Insatisfeito	Instável	Não	Sim	Eram boas e ficaram ruins	Precisei procurar outro emprego para compor renda!	Aumento de responsabilidade sem devido aumento salarial
47	Questões relacionadas à forma de atuação do Enfermeiro	Sim	Insatisfeito	Instável	Não	Sim	Eram boas e ficaram ruins	Desvalorização	Hoje trabalhamos com menos qualidade
48	Questões relacionadas à forma de atuação do Enfermeiro	Sim	Insatisfeito	Instável	Não	Sim	Ruins	Tive que agregar mais de vínculo empregatício	Nt

49	Questões relacionadas à forma de atuação do Enfermeiro	Não	Satisfeito	Instável	Não	Não	Não mudou	O meu salário manteve	Teve aumento populacional absurdo para cada equipe, uma área territorialização enorme, sendo assim aumento desmaiado de demanda, de acolhimento, tendo impacto no serviço prestado, onde o enfermeiro tinha muito mais atribuições administrativas.
50	Questões relacionadas ao objetivo e trajetória profissional	Sim	Insatisfeito	Instável	Não	Sim	Eram boas e ficaram ruins	A retirada da gratificação por especialização impactou na saída de um curso.	Na dicotomia entre a demanda livre e a agenda.
51	Questões relacionadas ao salário	Não	Insatisfeito	Instável	Não	Sim	Eram boas e ficaram ruins	Mudança de vida	Sim
52	Questões relacionadas ao objetivo e trajetória profissional	Sim	Insatisfeito	Instável	Não	Sim	Eram boas e ficaram ruins	Quanto ao profissional precisei mudar de cap devido a distância e o financeiro de traslado não me favoreceu e quanto ao pessoal redução de laser, dificuldades para quitar dívidas estabelecidas com o salário anterior que tive que ajustar e restringir a minha família de muita coisa .	Tivemos que nos dividir e mais de um profissional para tentar manter um padrão de metas e estatísticas , causando resgate físico e mental prejudicando a longitudinal idade do cuidado
53	Falta de oportunidade em outra área de atuação	Não	Insatisfeito	Instável	Não	Sim	Eram boas e ficaram ruins	Insatisfação	Desavastadora
54	Questões relacionadas ao objetivo e trajetória profissional	Sim	Satisfeito	Estável	Não	Sim, Não	Eram boas e ficaram ruins	Problemas financeiros	Sim
55	Questões relacionadas aos tipos de cuidados prestados	Sim	Satisfeito	Instável	Não	Sim	Eram boas e ficaram ruins	Desisti de fazer uma nova especialização	Muito ruim
56	Questões relacionadas ao salário	Não	Insatisfeito	Instável	Não	Sim	Eram boas e ficaram ruins	Diminuição do poder de compra e realizações pessoais. Insatisfação e	Impactaram de forma negativa. Tanto na parte financeira quanto na qualidade da assistência. Precarização do serviço, aumento do número de equipes incompletas (sem médico), redução do número de equipes e conseqüentemente aumento da dificuldade de

								sentimento de desvalorização	acesso aos serviços prestados aos usuários, sobrecarga de trabalho para o enfermeiro, aumento das responsabilidades e até mesmo realização de funções que não são nossas.
57	Questões relacionadas à forma de atuação do Enfermeiro	Sim	Indiferente	Instável	Não	Não	Ruins	Tive que diminuir as despesas de casa, fazer extras com RPA, por isso não tenho tempo de ficar com minha família, desânimo para ir trabalhar sem Boa remuneração além que moro muito longe faço percurso diário 168 km todo dia para ir trabalhar.	Falta de autonomia, muita responsabilidade em tudo
58	Questões relacionadas à forma de atuação do Enfermeiro	Sim	Insatisfeito	Instável	Não	Sim	Eram boas e ficaram ruins	Diminuição do estímulo de continuar	Ruim
59	Questões relacionadas à forma de atuação do Enfermeiro	Sim	Insatisfeito	Instável	Não	Sim	Eram boas e ficaram ruins	Diminuição do estímulo de continuar	Ruim
60	Questões relacionadas ao objetivo e trajetória profissional	Não	Satisfeito	Instável	Não	Sim	Ruins	Mudança do estilo de vida familiar	O enfermeiro sendo sobrecarregado ainda mais, e por muitas vezes não consegue realizar um atendimento / acompanhamento de qualidade
61	Questões relacionadas à forma de atuação do Enfermeiro	Não	Insatisfeito	Instável	Não	Sim	Não mudou	Qualidade de vida, investimento em atividades de lazer, como viagens, passeios, etc. padrão econômico diminuiu.	Continuamos subvalorizados e com cargas horárias extensas e pouco incentivo!
62	Falta de oportunidade em outra área de atuação	Não	Insatisfeito	Instável	Não	Sim	Ruins	Na troca de organização social meu salário foi diminuído trazendo transtorno para minha vida financeira	Sim. Percebo. A ESF virou um serviço para cuidar de pessoas já adoecidas, não fazemos mais promoção e prevenção a saúde
63	Questões relacionadas à forma de atuação do Enfermeiro	Não	Insatisfeito	Instável	Não	Sim	Eram boas e ficaram ruins	Dificuldade financeira, lazer, alimentação	?

64	Questões relacionadas à forma de atuação do Enfermeiro	Sim	Insatisfeito	Instável	Não	Sim	Eram ruins e ficaram boas	Desmotivação, ansiedade devido a contas atrasadas...	Mudanças na PNAB geraram inseguranças no dia-a-dia da APS.
65	Questões relacionadas à forma de atuação do Enfermeiro	Não	Insatisfeito	Instável	Não	Sim	Ruins	A Desmotivação é a maior delas	Repercutiram de forma negativa trazendo cada vez mais sobrecarga e desmotivação.
66	Questões relacionadas ao salário	Sim	Insatisfeito	Instável	Não	Não	Não mudou	Não houve mudanças no meu salário	Hoje em dia sinto que nao consigo ajudar os pct's como antes, mtos problemas gerados pela falta de insumos básicos, vacância de profissionais e em geral causados por má gestão publica
67	Questões relacionadas ao tipo de vínculo/contrato de trabalho	Não	Insatisfeito	Instável	Não	Sim	Eram boas e ficaram ruins	Perda de alguns benefícios	O enfermeiro da ESF deixou de fazer seu trabalho de promoção de saúde para ficar atrás de um computador com várias burocracias que tiram nosso foco
68	Questões relacionadas à forma de atuação do Enfermeiro	Sim	Satisfeito	Instável	Não	Sim	Boas	Deteriorizacao do estilo de vida.	Em alguns momentos dificultando o processo de trabalho, por outras vezes desmotivado o trabalho, em outros, melhorando a vida dos usuários e aumentando minha experiência de vida pessoal e profissional como um todo
69	Questões relacionadas ao salário	Não	Indiferente	Instável	Não	Sim	Boas	Aumento sinopses aquisitivo	Hoje não consigo atuar como profissional de estratégia como sua essência, que é firmada na prevenção e redução de danos. Não nos é possível planejar, executar as mais diversas tarefas em virtude, dentre outros motivos, a pandemia da COVID 19, seja atuando diretamente com os pacientes, seja atuando na imunização.
70	Questões relacionadas à forma de atuação do Enfermeiro	Sim	Satisfeito	Estável	Sim	Sim	Boas	Oooo	000
71	Questões relacionadas à forma de atuação do Enfermeiro	Sim	Satisfeito	Instável	Não	Não	Não mudou	Não teve mudança	O enfermeiro tem um papel fundamental na estratégia, estando envolvido em todos os estágios se trabalho, deveríamos ter um salário compatível com essas responsabilidades, precisam ser criados planos melhores de autonomia para esse profissional.
72	Questões relacionadas aos tipos de cuidados prestados	Não	Insatisfeito	Instável	Não	Sim	Ruins	Mais trabalho sem reconhecimento	Aumentando a demanda livre e diminuindo atendimento programado
73	Questões relacionadas aos tipos de cuidados prestados	Não	Insatisfeito	Instável	Não	Sim	Eram boas e ficaram ruins	Financeiramente tive que ter outras atividades para complementar renda.	Os enfermeiros perderam autonomia e desmotivações devido a falta de recursos fisico e humanos.

74	Questões relacionadas à forma de atuação do Enfermeiro	Não	Insatisfeito	Instável	Não	Não	Ruins	Com a redução, impacto direto no orçamento familiar.	A enfermagem é uma prática relevante, historicamente e faz parte de um processo coletivo de trabalho com a finalidade de produzir ações de saúde por meio de um saber específico, articulado com os demais membros da equipe no contexto político, no entanto atualmente o enfermeiro atua mais apagado incêndios na porta de entrada do que atuando na estratégia, promovendo saúde preventiva...
----	--------------------------------------------------------	-----	--------------	----------	-----	-----	-------	------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## APÊNDICE F

4. Questões Sujeitos	4.10	4.11	4.12	4.13	4.14	4.15	4.16	4.17	4.18	4.19
1	Em parte	Por vezes satisfatória e em outras insatisfatória	Sim	Sim	Boas	Sim	Não	Não	Não	Sim
2	Em parte	Por vezes satisfatória e em outras insatisfatória	Sim	Não	Ruins	Sim	Não	Não	Não	Sim
3	Em parte	Por vezes satisfatória e em outras insatisfatória	Sim	Não	Ruins	Não	Sim	Sim	Talvez	Sim
4	Em parte	Por vezes satisfatória e em outras insatisfatória	Sim	Não	Ruins	Sim	Não	Não	Não	Sim
5	Em parte	Por vezes satisfatória e em outras insatisfatória	Sim	Não	Boas	Sim	Sim	Sim	Não	Sim
6	Em parte	Satisfatória na maior parte do tempo	Sim	Não	Ruins	Sim	Sim	Não	Não	Sim
7	Em parte	Por vezes satisfatória e em outras insatisfatória	Sim	Não	Boas	Sim	Sim	Não	Sim	Sim
8	Em parte	Satisfatória na maior parte do tempo	Sim	Não	Ruins	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
9	Não	Por vezes satisfatória e em outras insatisfatória	Sim	Não	Ruins	Sim	Não	Não	Sim	Talvez
10	Em parte	Por vezes satisfatória e em outras insatisfatória	Sim	Sim	Ruins	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
11	Em parte	Satisfatória na menor parte do tempo	Sim	Não	Boas	Sim	Não	Não	Talvez	Sim
12	Em parte	Por vezes satisfatória e em outras insatisfatória	Sim	Não	Ruins	Sim	Sim	Não	Não	Sim
13	Sim	Por vezes satisfatória e em outras insatisfatória	Sim	Não	Ruins	Sim	Não	Não	Sim	Sim
14	Não	Por vezes satisfatória e em outras insatisfatória	Sim	Não	Ruins	Sim	Sim	Sim	Talvez	Sim
15	Em parte	Por vezes satisfatória e em outras insatisfatória	Sim	Não	Ruins	Sim	Não	Não	Não	Talvez
16	Não	Por vezes satisfatória e em outras insatisfatória	Sim	Não	Boas	Sim	Não	Não	Não	Sim
17	Em parte	Por vezes satisfatória e em outras insatisfatória	Sim	Não	Ruins	Sim	Sim	Não	Não	Sim
18	Em parte	Por vezes satisfatória e em outras insatisfatória	Sim	Sim	Ruins	Sim	Não	Não	Não	Não
19	Em parte	Por vezes satisfatória e em outras insatisfatória	Sim	Não	Boas	Sim	Não	Não	Sim	Sim
20	Não	Por vezes satisfatória e em outras insatisfatória	Sim	Não	Boas	Sim	Não	Não	Não	Sim
21	Não	Insatisfatória	Sim	Não	Ruins	Sim	Sim	Não	Talvez	Sim
22	Em parte	Por vezes satisfatória e em outras insatisfatória	Sim	Não	Ruins	Sim	Não	Não	Não	Talvez
23	Em parte	Por vezes satisfatória e em outras insatisfatória	Sim	Não	Boas	Sim	Não	Não	Sim	Sim
24	Em parte	Satisfatória na maior parte do tempo	Sim	Sim	Boas	Sim	Não	Não	Não	Não
25	Não	Satisfatória na menor parte do tempo	Sim	Não	Ruins	Sim	Não	Não	Sim	Sim
26	Não	Satisfatória na maior parte do tempo	Sim	Sim	Ruins	Não	Sei que preciso, mas não procurei	Não	Sim	Sim
27	Em parte	Por vezes satisfatória e em outras insatisfatória	Sim	Não	Ruins	Sim	Não	Não	Não	Sim
28	Não	Por vezes satisfatória e em outras insatisfatória	Sim	Não	Ruins	Sim	Sim	Não	Não	Sim

29	Em parte	Satisfatória na maior parte do tempo	Sim	Não	Ruins	Sim	Sim	Não	Sim	Sim
30	Em parte	Por vezes satisfatória e em outras insatisfatória	Sim	Não	Ruins	Sim	Sei que preciso, mas não procurei	Não	Talvez	Talvez
31	Não	Por vezes satisfatória e em outras insatisfatória	Sim	Não	Ruins	Sim	Sim	Não	Não	Sim
32	Não	Por vezes satisfatória e em outras insatisfatória	Sim	Não	Ruins	Sim	Sim	Não	Sim	Sim
33	Não	Por vezes satisfatória e em outras insatisfatória	Sim	Não	Ruins	Sim	Sei que preciso, mas não procurei	Não	Talvez	Sim
34	Não	Insatisfatória	Sim	Não	Boas	Sim	Não	Não	Sim	Sim
35	Em parte	Satisfatória na maior parte do tempo	Sim	Sim	Ruins	Sim	Não	Não	Não	Sim
36	Em parte	Por vezes satisfatória e em outras insatisfatória	Sim	Sim	Ruins	Sim	Sei que preciso, mas não procurei	Não	Sim	Sim
37	Em parte	Por vezes satisfatória e em outras insatisfatória	Sim	Não	Boas	Sim	Sei que preciso, mas não procurei	Não	Talvez	Sim
38	Em parte	Insatisfatória	Sim	Não	Ruins	Sim	Sei que preciso, mas não procurei	Não	Sim	Sim
39	Em parte	Por vezes satisfatória e em outras insatisfatória	Sim	Não	Boas	Sim	Sim	Sim	Não	Sim
40	Não	Satisfatória na menor parte do tempo	Sim	Sim	Ruins	Sim	Sim	Não	Sim	Sim
41	Não	Por vezes satisfatória e em outras insatisfatória	Sim	Não	Boas	Sim	Sei que preciso, mas não procurei	Não	Sim	Sim
42	Não	Por vezes satisfatória e em outras insatisfatória	Sim	Sim	Ruins	Não	Não	Não	Não	Talvez
43	Em parte	Por vezes satisfatória e em outras insatisfatória	Sim	Sim	Ruins	Sim	Sim	Sim	Não	Sim
44	Em parte	Por vezes satisfatória e em outras insatisfatória	Sim	Não	Ruins	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
45	Sim	Satisfatória na maior parte do tempo	Sim	Não	Boas	Sim	Não	Sim	Não	Não

46	Não	Insatisfatória	Sim	Não	Ruins	Sim	Sei que preciso, mas não procurei	Não	Talvez	Sim
47	Em parte	Por vezes satisfatória e em outras insatisfatória	Sim	Não	Ruins	Sim	Sei que preciso, mas não procurei	Não	Sim	Sim
48	Em parte	Satisfatória na maior parte do tempo	Sim	Sim	Ruins	Não	Não	Não	Não	Sim
49	Em parte	Por vezes satisfatória e em outras insatisfatória	Sim	Não	Ruins	Sim	Sei que preciso, mas não procurei	Não	Não	Sim
50	Sim	Satisfatória na maior parte do tempo	Sim	Não	Ruins	Sim	Sim	Não	Sim	Não
51	Não	Por vezes satisfatória e em outras insatisfatória	Sim	Não	Ruins	Sim	Sei que preciso, mas não procurei	Não	Sim	Sim
52	Em parte	Por vezes satisfatória e em outras insatisfatória	Sim	Sim	Ruins	Sim	Não	Não	Não	Sim
53	Não	Satisfatória na menor parte do tempo	Sim	Não	Boas	Sim	Sim	Sim	Não	Sim
54	Não	Por vezes satisfatória e em outras insatisfatória	Sim	Não	Ruins	Sim	Sim	Sim	Não	Sim
55	Não	Satisfatória na maior parte do tempo	Sim	Não	Ruins	Sim	Não	Não	Não	Sim
56	Não	Insatisfatória	Sim	Não	Boas	Sim	Sim	Não	Não	Sim
57	Não	Insatisfatória	Sim	Não	Ruins	Não	Sei que preciso, mas não procurei	Não	Talvez	Sim
58	Em parte	Por vezes satisfatória e em outras insatisfatória	Sim	Não	Ruins	Sim	Sim	Sim	Não	Sim
59	Em parte	Por vezes satisfatória e em outras insatisfatória	Sim	Não	Ruins	Sim	Sim	Sim	Não	Sim
60	Em parte	Insatisfatória	Sim	Não	Ruins	Não	Não	Não	Não	Sim
61	Não	Insatisfatória	Sim	Sim	Ruins	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
62	Não	Satisfatória na maior parte do tempo	Sim	Não	Ruins	Sim	Sei que preciso, mas não procurei	Não	Sim	Talvez
63	Não	Por vezes satisfatória e em outras insatisfatória	Sim	Não	Ruins	Sim	Não	Não	Não	Sim
64	Não	Por vezes satisfatória e em outras insatisfatória	Sim	Sim	Ruins	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim

65	Não	Por vezes satisfatória e em outras insatisfatória	Sim	Não	Ruins	Sim	Não	Não	Não	Sim
66	Não	Satisfatória na menor parte do tempo, Insatisfatória	Sim	Não	Ruins	Sim	Não, Sei que preciso, mas não procurei	Não	Não	Talvez
67	Em parte	Por vezes satisfatória e em outras insatisfatória	Sim	Sim	Ruins	Sim	Não	Não	Não	Sim
68	Em parte	Satisfatória na menor parte do tempo	Sim	Não	Ruins	Sim	Não	Não	Sim	Não
69	Em parte	Insatisfatória	Sim	Não	Ruins	Sim	Não	Não	Não	Sim, Talvez
70	Sim	Satisfatória na maior parte do tempo	Sim	Sim	Ruins	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
71	Em parte	Por vezes satisfatória e em outras insatisfatória	Sim	Sim	Boas	Sim	Não	Não	Não	Talvez
72	Não	Por vezes satisfatória e em outras insatisfatória	Sim	Não	Ruins	Sim	Sei que preciso, mas não procurei	Não	Não	Sim
73	Em parte	Insatisfatória, Por vezes satisfatória e em outras insatisfatória	Sim	Não	Ruins	Sim	Não	Não	Não	Sim
74	Não	Por vezes satisfatória e em outras insatisfatória	Sim	Não	Ruins	Sim	Não	Não	Sim	Sim

## APÊNDICE G

5. Questões	5.1	5.2	5.3	5.4
Sujeitos				
1	Ambas as respostas anteriores	Sim	Sim	Sim
2	Conforme as orientações da Secretaria Municipal de Saúde	Não	Não	Não
3	Ambas as respostas anteriores	Não	Não	Sim
4	Ambas as respostas anteriores	Sim	Sim	Não
5	Conforme as orientações da Secretaria Municipal de Saúde	Sim	Sim	Sim
6	Ambas as respostas anteriores	Sim	Não	Sim
7	Ambas as respostas anteriores	Não	Sim	Sim
8	Conforme a realidade local	Não	Não	Não
9	Ambas as respostas anteriores	Não	Não	Não
10	Conforme a realidade local	Não	Não	Não
11	Ambas as respostas anteriores	Sim	Não	Não
12	Ambas as respostas anteriores	Sim	Sim	Sim
13	Conforme as orientações da Secretaria Municipal de Saúde	Não	Sim	Sim
14	Ambas as respostas anteriores	Não	Não	Não
15	Ambas as respostas anteriores	Não	Sim	Não
16	Ambas as respostas anteriores	Não	Sim	Sim
17	Conforme a realidade local	Não	Não	Sim
18	Ambas as respostas anteriores	Não	Não	Não
19	Conforme as orientações da Secretaria Municipal de Saúde	Não	Sim	Sim
20	Ambas as respostas anteriores	Não	Sim	Sim
21	Ambas as respostas anteriores	Não	Não	Não
22	Ambas as respostas anteriores	Não	Sim	Não
23	Conforme as orientações da Secretaria Municipal de Saúde	Não	Sim	Sim
24	Conforme as orientações da Secretaria Municipal de Saúde	Sim	Sim	Não
25	Ambas as respostas anteriores	Não	Sim	Não
26	Ambas as respostas anteriores	Não	Sim	Não
27	Ambas as respostas anteriores	Não	Sim	Sim
28	Conforme a realidade local	Não	Sim	Não
29	Conforme as orientações da Secretaria Municipal de Saúde	Sim	Sim	Sim
30	Ambas as respostas anteriores	Sim	Não	Não
31	Conforme as orientações da Secretaria Municipal de Saúde	Não	Não	Não
32	Ambas as respostas anteriores	Não	Não	Não
33	Conforme as orientações da Secretaria Municipal de Saúde	Não	Não	Não
34	Ambas as respostas anteriores	Não	Sim	Não
35	Conforme as orientações da Secretaria Municipal de Saúde	Não	Sim	Não
36	Ambas as respostas anteriores	Não	Sim	Sim
37	Ambas as respostas anteriores	Sim	Sim	Sim
38	Ambas as respostas anteriores	Sim	Sim	Sim
39	Ambas as respostas anteriores	Sim	Sim	Sim
40	Conforme a realidade local	Não	Não	Não
41	Ambas as respostas anteriores	Não	Sim	Sim
42	Ambas as respostas anteriores	Sim	Sim	Sim
43	Ambas as respostas anteriores	Não	Não	Não
44	Ambas as respostas anteriores	Sim	Sim	Sim
45	Conforme as orientações da Secretaria Municipal de Saúde	Não	Sim	Não
46	Ambas as respostas anteriores	Não	Sim	Não
47	Conforme as orientações da Secretaria Municipal de Saúde	Não	Sim	Sim
48	Conforme as orientações da Secretaria Municipal de Saúde	Não	Sim	Sim

49	Ambas as respostas anteriores	Não	Não	Não
50	Conforme a realidade local	Não	Sim	Não
51	Conforme a realidade local	Não	Sim	Não
52	Ambas as respostas anteriores	Não	Não	Não
53	Conforme a realidade local	Não	Não	Não
54	Ambas as respostas anteriores	Não	Sim	Não
55	Conforme as orientações da Secretaria Municipal de Saúde	Não	Sim	Não
56	Ambas as respostas anteriores	Não	Sim	Não
57	Conforme as orientações da Secretaria Municipal de Saúde	Não	Não	Não
58	Conforme as orientações da Secretaria Municipal de Saúde	Sim	Sim	Sim
59	Conforme as orientações da Secretaria Municipal de Saúde	Sim	Sim	Sim
60	Ambas as respostas anteriores	Não	Sim	Não
61	Ambas as respostas anteriores	Não	Não	Não
62	Ambas as respostas anteriores	Sim	Não	Não
63	Ambas as respostas anteriores	Não	Não	Não
64	Ambas as respostas anteriores	Não	Sim	Sim
65	Ambas as respostas anteriores	Não	Sim	Sim
66	Ambas as respostas anteriores	Sim, Não	Sim	Não
67	Conforme as orientações da Secretaria Municipal de Saúde	Não	Não	Não
68	Ambas as respostas anteriores	Não	Sim	Sim
69	Ambas as respostas anteriores	Não	Sim	Sim
70	Conforme as orientações da Secretaria Municipal de Saúde	Sim	Sim	Sim
71	Ambas as respostas anteriores	Não	Sim	Sim
72	Conforme a realidade local	Não	Sim	Sim
73	Ambas as respostas anteriores	Não	Não	Não
74	Conforme a realidade local	Não	Sim	Sim

## APÊNDICE H

5. Questões	5.5	5.6	5.7
Sujeitos			
1	Aumentou. Mas não consegui desempenhar as atividades com a qualidade que esperava	Sim	Com a entrada de mais um turno para o Enf (ERR) ficantes com menos tempo para atender e gerir a equipe
2	Aumentou. Mas não consegui desempenhar as atividades com a qualidade que esperava	Sim	.
3	Aumentou. Mas não consegui desempenhar as atividades com a qualidade que esperava	Ocasionalmente	-
4	Aumentou. Mas não consegui desempenhar as atividades com a qualidade que esperava	Não	Sim, as visitas domiciliares foram afetadas diretamente.
5	Aumentou. Mas não consegui desempenhar as atividades com a qualidade que esperava	Sim	Acompanhamento regular das linhas de cuidado.
6	Aumentou. Mas não consegui desempenhar as atividades com a qualidade que esperava	Ocasionalmente	Nenhum em específico
7	Aumentou. Mas não consegui desempenhar as atividades com a qualidade que esperava	Ocasionalmente	Sim, organizacao das agendas.
8	Aumentou. Mas não consegui desempenhar as atividades com a qualidade que esperava	Sim	Perda de autonomia
9	Aumentou. Mas não consegui desempenhar as atividades com a qualidade que esperava	Sim	Sim, durante a pandemia, alguns acompanhamentos deixaram de ser priorizados
10	Aumentou. Mas não consegui desempenhar as atividades com a qualidade que esperava	Ocasionalmente	Carga horária aumentada, descripancia de profissional e sobrecarga
11	Aumentou. Mas não consegui desempenhar as atividades com a qualidade que esperava	Sim	Falta de informação

12	Aumentou. Mas não consegui desempenhar as atividades com a qualidade que esperava	Sim	Perdemos a rotina da reunião de equipe semanal, visita domiciliar somente para atendimento emergencial.
13	Não aumentou	Não	Acompanhamento das linhas de cuidado
14	Aumentou. Mas não consegui desempenhar as atividades com a qualidade que esperava	Não	Todos possíveis. Considerando principalmente a necessidade de se estar "Full time" para covid, mas mantendo cobranças de planilhas e acompanhamentos ESF.
15	Aumentou. Mas não consegui desempenhar as atividades com a qualidade que esperava	Ocasionalmente	Manutenção e assistência preventiva dos usuários, sem ser considerados Grupos prioritários.
16	Aumentou. Mas não consegui desempenhar as atividades com a qualidade que esperava	Não	Falta de tempo para coordenar o cuidado dos cadastrados que não estavam com covid.
17	Aumentou. Mas não consegui desempenhar as atividades com a qualidade que esperava	Não	Prejudicou a assistência as linhas de cuidado
18	Não aumentou	Ocasionalmente	Não
19	Aumentou. Mas não consegui desempenhar as atividades com a qualidade que esperava	Sim	Como já citei anteriormente, o prejuízo veio com o aumento do volume dos atendimentos internos, acabamos fragilizando a gestão do cuidado contínuo e da prevenção e educação em saúde.
20	Aumentou. Mas não consegui desempenhar as atividades com a qualidade que esperava	Não	Falta de tempo para coordenar o cuidado dos cadastrados que não estavam com covid.
21	Aumentou. Mas não consegui desempenhar as atividades com a qualidade que esperava	Ocasionalmente	Acompanhamento dos grupos prioritários
22	Aumentou. Mas não consegui desempenhar as atividades com a qualidade que esperava	Ocasionalmente	Manutenção e assistência preventiva dos usuários, sem ser considerados Grupos prioritários.
23	Aumentou. Mas não consegui desempenhar as atividades com a qualidade que esperava	Sim	Como já citei anteriormente, o prejuízo veio com o aumento do volume dos atendimentos internos, acabamos fragilizando a gestão do cuidado contínuo e da prevenção e educação em saúde.
24	Aumentou. Mas não consegui desempenhar as atividades com a qualidade que esperava	Ocasionalmente	Não
25	Aumentou. Mas não consegui desempenhar as atividades com a qualidade que esperava	Ocasionalmente	Sim

26	Aumentou. E consegui desempenhar as atividades com a qualidade que esperava	Ocasionalmente	
27	Aumentou. Mas não consegui desempenhar as atividades com a qualidade que esperava	Ocasionalmente	
28	Aumentou. Mas não consegui desempenhar as atividades com a qualidade que esperava	Não	
29	Aumentou. Mas não consegui desempenhar as atividades com a qualidade que esperava	Sim	
30	Aumentou. Mas não consegui desempenhar as atividades com a qualidade que esperava	Ocasionalmente	
31	Aumentou. E consegui desempenhar as atividades com a qualidade que esperava	Não	
32	Aumentou. Mas não consegui desempenhar as atividades com a qualidade que esperava	Ocasionalmente	
33	Aumentou. Mas não consegui desempenhar as atividades com a qualidade que esperava	Não	
34	Aumentou. Mas não consegui desempenhar as atividades com a qualidade que esperava	Ocasionalmente	
35	Aumentou. E consegui desempenhar as atividades com a qualidade que esperava	Sim	
36	Aumentou. Mas não consegui desempenhar as atividades com a qualidade que esperava	Sim	
37	Aumentou. Mas não consegui desempenhar as atividades com a qualidade que esperava	Ocasionalmente	
38	Aumentou. Mas não consegui desempenhar as atividades com a qualidade que esperava	Ocasionalmente	

39	Aumentou. Mas não consegui desempenhar as atividades com a qualidade que esperava	Sim	
40	Aumentou. E consegui desempenhar as atividades com a qualidade que esperava	Não	
41	Aumentou. Mas não consegui desempenhar as atividades com a qualidade que esperava	Sim	
42	Aumentou. E consegui desempenhar as atividades com a qualidade que esperava	Não	
43	Aumentou. Mas não consegui desempenhar as atividades com a qualidade que esperava	Não	
44	Aumentou. Mas não consegui desempenhar as atividades com a qualidade que esperava	Ocasionalmente	
45	Aumentou. E consegui desempenhar as atividades com a qualidade que esperava	Não	
46	Aumentou. Mas não consegui desempenhar as atividades com a qualidade que esperava	Não	
47	Aumentou. E consegui desempenhar as atividades com a qualidade que esperava	Não	
48	Aumentou. E consegui desempenhar as atividades com a qualidade que esperava	Sim	
49	Aumentou. Mas não consegui desempenhar as atividades com a qualidade que esperava	Não	
50	Aumentou. Mas não consegui desempenhar as atividades com a qualidade que esperava	Sim	
51	Aumentou. Mas não consegui desempenhar as atividades com a qualidade que esperava	Sim	
52	Aumentou. Mas não consegui desempenhar as atividades com a qualidade que esperava	Sim	

53	Aumentou. Mas não consegui desempenhar as atividades com a qualidade que esperava	Sim	
54	Aumentou. Mas não consegui desempenhar as atividades com a qualidade que esperava	Ocasionalmente	
55	Aumentou. E consegui desempenhar as atividades com a qualidade que esperava	Sim	
56	Aumentou. Mas não consegui desempenhar as atividades com a qualidade que esperava	Não	
57	Aumentou. Mas não consegui desempenhar as atividades com a qualidade que esperava	Sim	
58	Aumentou. E consegui desempenhar as atividades com a qualidade que esperava	Sim	
59	Aumentou. E consegui desempenhar as atividades com a qualidade que esperava	Sim	
60	Aumentou. Mas não consegui desempenhar as atividades com a qualidade que esperava	Ocasionalmente	
61	Aumentou. Mas não consegui desempenhar as atividades com a qualidade que esperava	Ocasionalmente	
62	Aumentou. Mas não consegui desempenhar as atividades com a qualidade que esperava	Ocasionalmente	
63	Aumentou. Mas não consegui desempenhar as atividades com a qualidade que esperava	Não	
64	Aumentou. Mas não consegui desempenhar as atividades com a qualidade que esperava	Não	
65	Aumentou. Mas não consegui desempenhar as atividades com a qualidade que esperava	Ocasionalmente	

66	Aumentou. Mas não consegui desempenhar as atividades com a qualidade que esperava	Ocasionalmente	
67	Aumentou. Mas não consegui desempenhar as atividades com a qualidade que esperava	Não	
68	Aumentou. Mas não consegui desempenhar as atividades com a qualidade que esperava	Ocasionalmente	
69	Aumentou. Mas não consegui desempenhar as atividades com a qualidade que esperava	Ocasionalmente	
70	Aumentou. E consegui desempenhar as atividades com a qualidade que esperava	Sim	
71	Aumentou. Mas não consegui desempenhar as atividades com a qualidade que esperava	Ocasionalmente	
72	Aumentou. Mas não consegui desempenhar as atividades com a qualidade que esperava	Sim	
73	Aumentou. Mas não consegui desempenhar as atividades com a qualidade que esperava	Ocasionalmente	
74	Aumentou. Mas não consegui desempenhar as atividades com a qualidade que esperava	Não	

