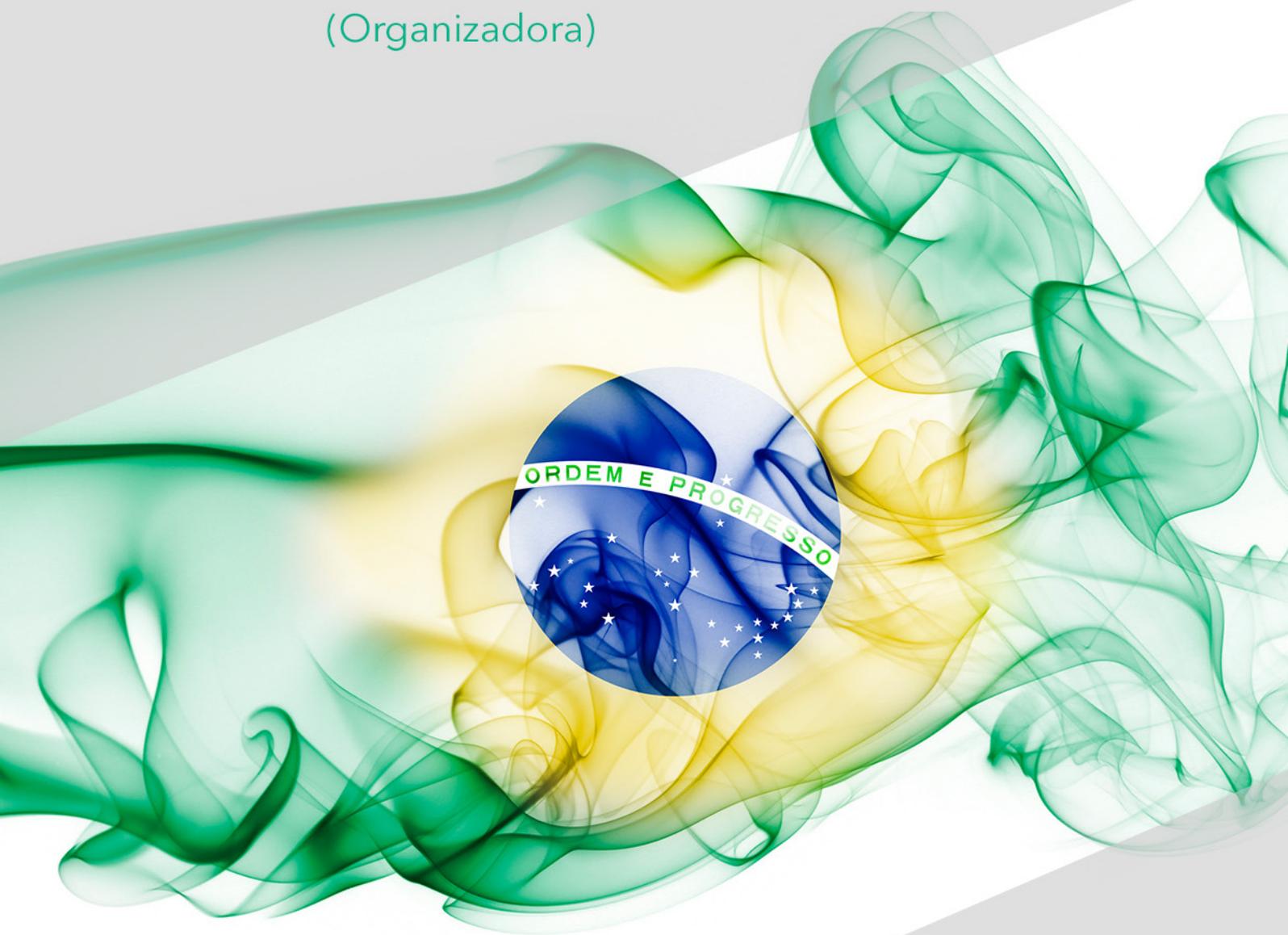


Políticas Públicas no Brasil: Exploração e Diagnóstico 5

Luciana Pavowski Franco Silvestre
(Organizadora)



Atena
Editora

Ano 2018

Luciana Pavowski Franco Silvestre
(Organizadora)

**Políticas Públicas no Brasil: Exploração e
Diagnóstico**
5

Atena Editora
2018

2018 by Atena Editora

Copyright © da Atena Editora

Editora Chefe: Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Diagramação e Edição de Arte: Geraldo Alves e Natália Sandrini

Revisão: Os autores

Conselho Editorial

- Prof. Dr. Alan Mario Zuffo – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília
Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa
Prof. Dr. Constantino Ribeiro de Oliveira Junior – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Darllan Collins da Cunha e Silva – Universidade Estadual Paulista
Profª Drª Deusilene Souza Vieira Dall’Acqua – Universidade Federal de Rondônia
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Profª Drª Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionele delle Figlie de Maria Ausiliatrice
Profª Drª Juliane Sant’Ana Bento – Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Prof. Dr. Jorge González Aguilera – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)

P769 Políticas públicas no Brasil [recurso eletrônico] : exploração e diagnóstico 5 / Organizadora Luciana Pavowski Franco Silvestre – Ponta Grossa (PR): Atena Editora, 2018. – (Políticas Públicas no Brasil: Exploração e Diagnóstico; v. 5)

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-85-7247-063-6

DOI 10.22533/at.ed.636192201

1. Administração pública – Brasil. 2. Brasil – Política e governo.
3. Planejamento político. 4. Política pública – Brasil. I. Silvestre,
Luciana Pavowski Franco. II. Série.

CDD 320.60981

Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores.

2018

Permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

www.atenaeditora.com.br

APRESENTAÇÃO

O e-book “Políticas Públicas no Brasil: Exploração e Diagnóstico” apresenta 131 artigos organizados em sete volumes com temáticas relacionadas às políticas de saúde, educação, assistência social, trabalho, democracia e políticas sociais, planejamento e gestão pública, bem como, contribuições do serviço social para a formação profissional e atuação nas referidas políticas.

A seleção dos artigos apresentados possibilitam aos leitores o acesso à pesquisas realizadas nas diversas regiões do país, apontando para os avanços e desafios postos no atual contexto social brasileiro, e permitindo ainda a identificação das relações e complementariedades existentes entre a atuação nos diferentes campos das políticas públicas.

Destaca-se a relevância da realização de pesquisas, que tenham como objeto de estudo as políticas públicas, bem como, a disseminação e leitura destas, visando um registro científico do que vem sendo construído coletivamente na sociedade brasileira e que deve ser preservado e fortalecido considerando-se as demandas de proteção social e de qualificação da atuação estatal em conjunto com a sociedade civil em prol da justiça social.

Boa leitura a todos e todas!

Dra. Luciana Pavowski Franco Silvestre

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	1
COMPARTILHANDO EXPERIÊNCIAS DE FORMAÇÃO E AÇÕES NO PET-SAÚDE DA UFBA PARA PREVENÇÃO E COMBATE À VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER	
<i>Márcia Santana Tavares</i>	
DOI 10.22533/at.ed.6361922011	
CAPÍTULO 2	10
A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR DE UMA COMARCA DO AGRESTE PERNAMBUCANO: RELATO DE UMA EXPERIÊNCIA NO JUDICIÁRIO	
<i>Mariana Lira de Menezes</i>	
DOI 10.22533/at.ed.6361922012	
CAPÍTULO 3	20
A DEMONSTRAÇÃO DO RESULTADO ECONÔMICO COMO FERRAMENTA DE AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO EM UM HOSPITAL PÚBLICO ADMINISTRADO POR ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE	
<i>Antônio Horácio Fernandes da Silva</i>	
DOI 10.22533/at.ed.6361922013	
CAPÍTULO 4	37
A INSERÇÃO DO NEUROPSICÓLOGO EM POLÍTICAS PÚBLICAS PARA O TRATAMENTO DE INDIVÍDUOS COM TDAH	
<i>Maria Laís Costa Campos</i>	
<i>Roseanne Cristina Bressan Almeida</i>	
DOI 10.22533/at.ed.6361922014	
CAPÍTULO 5	47
A LUTA PELO DIREITO À SAÚDE A PARTIR DO SURTO DE INFECÇÃO POR MICOBACTÉRIA	
<i>Maria Carlota de Rezende Coelho</i>	
<i>Rosangela Alvarenga Lima</i>	
<i>Silvia Moreira Trugilho</i>	
<i>Maristela Dalbello - Araujo</i>	
DOI 10.22533/at.ed.6361922015	
CAPÍTULO 6	59
A POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA: ALGUMAS REFLEXÕES SOBRE AS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS	
<i>Debora Holanda Leite Menezes</i>	
DOI 10.22533/at.ed.6361922016	
CAPÍTULO 7	70
A REORIENTAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO CUIDADO DA MULHER NO CICLO GRAVÍDICO-PUÉRPERL NA PERSPECTIVA DA PROMOÇÃO DA SAÚDE: FERRAMENTAS PARA POTENCIALIZAR A CAPACIDADE DE ESCUTA DA MULHER E DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE	
<i>Cristiane Medeiros dos Santos</i>	
<i>Débora Holanda Leite Menezes</i>	
<i>Juan da Cunha Silva</i>	
<i>Neusa Iara Andrade dos Santos</i>	
DOI 10.22533/at.ed.6361922017	

CAPÍTULO 8 78

AUDITORIA POR RESULTADOS: PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR DO BRASIL E A FILOSOFIA DA MELHORIA CONTINUA

Adriana Nascimento Santos Cartaxo

DOI 10.22533/at.ed.6361922018

CAPÍTULO 9 97

CONTRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO PARA O EMPODERAMENTO DA GESTANTE NO PROCESSO DE PARTURIÇÃO NATURAL

Mara Julyete Arraes Jardim

Andressa Arraes Silva

Lena Maria Barros Fonseca

DOI 10.22533/at.ed.6361922019

CAPÍTULO 10 109

COTIDIANO DE MULHERES COM DOENÇA ARTERIAL CORONARIANA: UMA PERSPECTIVA DE GÊNERO

Bruna da Silva Oliveira

Yana Thalita Barros de Oliveira Castro

Líscia Divana Carvalho Silva

Patrícia Ribeiro Azevedo

Andrea Cristina Oliveira Silva

Marli Villela Mamede

DOI 10.22533/at.ed.63619220110

CAPÍTULO 11 120

DESAFIOS PARA A DESINTERNAÇÃO DE PORTADORES DE TRANSTORNO MENTAL EM CONFLITO COM A LEI

Maria Laís Costa Campo

Greyce Kelly Cruz de Sousa França

Paulo Guilherme Siqueira Rodrigues

DOI 10.22533/at.ed.63619220111

CAPÍTULO 12 130

INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO BÁSICA 2009 A 2014: INSTRUMENTO DE AUXÍLIO PARA POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE NA REGIÃO NORDESTE

Francilene Jane Rodrigues Pereira

Cesar Cavalcanti da Silva

Eufrásio de Andrade Lima Neto

DOI 10.22533/at.ed.63619220112

CAPÍTULO 13 139

MOVIMENTO DE REFORMA PSIQUIÁTRICA: VITÓRIA LEGAL E ENFRAQUECIMENTO DAS LUTAS SOCIAIS

Rafael Britto de Souza

Isabella Nunes de Albuquerque

Claudia Teixeira Gadelha

Lúcio Flávio Gomes de Lima

DOI 10.22533/at.ed.63619220113

CAPÍTULO 14 148

O DIÁLOGO NECESSÁRIO ENTRE AS POLÍTICAS DE SEGURIDADE SOCIAL: A EXPERIÊNCIA DO TRABALHO DAS ASSISTENTES SOCIAIS NO SERVIÇO DE TRANSPLANTE HEPÁTICO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ

Fernanda Maia Gurjão
Mariana Lima dos Reis
Mariana Carla Saraiva Monteiro
Maria de Fátima Sousa Lima de Carvalho
Lucia de Fátima Rocha Bezerra Maia

DOI 10.22533/at.ed.63619220114

CAPÍTULO 15 158

O TRABALHO DE ASSISTENTES SOCIAIS EM HOSPITAIS JUNTO A IDOSOS E SEUS ACOMPANHANTES E A QUESTÃO DA SUA INSTRUMENTALIDADE

Ana Paula Rocha de Sales Miranda
Patrícia Barreto Cavalcanti
Carla Mousinho Ferreira Lucena

DOI 10.22533/at.ed.63619220115

CAPÍTULO 16 166

OFERTA E FINANCIAMENTO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE EM TERESINA- PIAUÍ

Leila Leal Leite

DOI 10.22533/at.ed.63619220116

CAPÍTULO 17 177

POLÍTICAS DE SAÚDE PARA GESTANTES USUÁRIAS DE CRACK: RESULTADOS EM SOBRAL-CE

Leandro Fernandes Valente
Antonia Sheilane Carioca Silva
Andressa de Oliveira Gregório
Heliandra Linhares Aragão
Mônica dos Santos Ribeiro
Patrícia Thays Alves Pereira

DOI 10.22533/at.ed.63619220117

CAPÍTULO 18 185

PRECARIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE E SUAS IMPLICAÇÕES NO PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM FORTALEZA

Jamyle Martins de Sousa
Luana Pereira do Nascimento Lima
Elane Cristina Matias Sousa
Olney Rodrigues de Oliveira
Lucia Conde de Oliveira

DOI 10.22533/at.ed.63619220118

CAPÍTULO 19 196

REFLEXÕES SOBRE OS DESAFIOS DA INTERDISCIPLINARIDADE NAS POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL

Mayara Ceará de Sousa
Herta Maria Castelo Branco Ribeiro

DOI 10.22533/at.ed.63619220119

CAPÍTULO 20	206
RESIDÊNCIAS TERAPÊUTICAS: UMA POLÍTICA PÚBLICA COMO EXPRESSÃO DA LUTA ANTIMANICOMIAL	
<i>Sâmia Luiza Coêlho da Silva</i>	
<i>Lucia Cristina dos Santos Rosa</i>	
DOI 10.22533/at.ed.63619220120	
CAPÍTULO 21	218
TRANSFORMAÇÕES SOCIETÁRIAS, DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE E SUA RELAÇÃO COM O TRABALHO DO/DA ASSISTENTE SOCIAL	
<i>Thiago de Oliveira Machado</i>	
<i>Tatiane Valéria Cardoso dos Santos</i>	
DOI 10.22533/at.ed.63619220121	
SOBRE A ORGANIZADORA	228

PRECARIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE E SUAS IMPLICAÇÕES NO PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM FORTALEZA

Jamyle Martins de Sousa

Assistente Social graduada pela Universidade Estadual do Ceará - UECE, componente do Laboratório de Seguridade Social e Serviço Social - LASSOSS, Fortaleza – CE.

Luana Pereira do Nascimento Lima

Assistente Social graduada pela Universidade Estadual do Ceará - UECE, componente do Laboratório de Seguridade Social e Serviço Social - LASSOSS, Fortaleza – CE.

Elane Cristina Matias Sousa

Assistente Social graduada pela Universidade Estadual do Ceará - UECE, componente do Laboratório de Seguridade Social e Serviço Social - LASSOSS, Fortaleza – CE.

Olney Rodrigues de Oliveira

Mestra em Educação pela Universidade Federal do Ceará - UFC, componente do Laboratório de Seguridade Social e Serviço Social - LASSOSS, Fortaleza – CE.

Lucia Conde de Oliveira

Doutora em Saúde coletiva pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ, Professora do Curso de Serviço Social na Universidade Estadual do Ceará - UECE, Fortaleza – CE.

RESUMO: A precarização dos serviços públicos apresenta-se de diversas formas, através da instabilidade nos vínculos trabalhistas dos profissionais, ausência de concursos públicos, terceirizações e financiamentos insuficientes.

Em meio a esta conjuntura, o presente trabalho tem como objetivo analisar a precarização dos serviços de saúde e suas implicações no processo de trabalho em saúde na Atenção Primária à Saúde em Fortaleza. A metodologia utilizada é de natureza qualitativa, com base no método hermenêutico- dialético, observação simples, análise documental, entrevistas semiestruturadas com gestores e trabalhadores de saúde. Evidências revelam alterações significativas no processo de trabalho, instabilidade nos vínculos, intensificação e sobrecarga de trabalho.

PALAVRAS-CHAVE: Processo de Trabalho; Precarização; Unidade de Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT: The precariousness of public services is manifested in various ways, through instability in the labor ties of professionals, absence of public tenders, outsourcing and insufficient financing. In the midst of this situation, the present study aims to analyze the precariousness of service of health and its implications in the work process in health in Primary Health Care in Fortaleza. The methodology used is qualitative, based on the hermeneutic-dialectic method, simple observation, documentary analysis, semi-structured interviews with managers and health workers.

1 | INTRODUÇÃO

A política de saúde no Brasil é reflexo de um processo histórico, político, social e econômico que possibilitam a compreensão acerca do sistema vigente, o Sistema Único de Saúde (SUS). Dentre as transformações e conquistas na sociedade brasileira pode-se destacar o movimento de Reforma Sanitária iniciado na década de 70, cujo lema era “Saúde: direito de todos e dever do Estado”, defendia o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde públicos.

Os serviços de assistência à saúde que antecederam o SUS eram hegemonicamente baseados nos serviços privados dominados pelas Santas Casas, consultórios médicos, pequenas clínicas e hospitais financiados com recursos públicos, destinados aos que tinham condições para custear; e/ou aqueles trabalhadores filiados à Previdência Social, os demais seguimentos da população ficavam a mercê da caridade e da filantropia.

Nesse processo, o Movimento pela Reforma Sanitária (RSB) teve papel preponderante na garantia do direito universal à saúde. Entre os avanços podemos destacar a aprovação da Carta Magna de 1988 e posteriormente, a Lei Orgânica da Saúde 8.080/1990 e 8.142/1990, com a instituição do SUS.

A conquista do SUS surge em um contexto bastante adverso, com a crise do capital iniciada no final dos anos de 1970 e a crise do Estado de bem-estar social nos centros dinâmicos do capitalismo. Como alternativa, é colocado em prática o projeto neoliberal que prega a redução do Estado, principalmente, nas políticas sociais.

A saúde como um direito universal e igualitário sempre esteve em disputa e, mesmo com intensas resistências ao modelo privatista através da RSB, a Lei 8.080 expressa em seu Art. 21 “*a assistência à saúde é livre à iniciativa privada*”. Assim o projeto neoliberal, que vem na contramão da universalidade dos direitos sociais, encontra respaldo legal para a expansão da privatização na saúde resultando assim em ataques a essa Política de Estado, gerando um subfinanciamento do setor e ampliando a precarização dos serviços de saúde.

Essa precarização dos serviços públicos apresenta-se de diversas formas: grandes vazios assistenciais e deficiência na infraestrutura, equipamentos e insumos nos serviços existentes; falta de pessoal e instabilidade nos vínculos trabalhistas, ausência de concursos públicos, terceirizações; e graves problemas de gestão e gerenciamento dos processos. Desde seus primórdios, o SUS enfrenta vários problemas para garantir serviços públicos de saúde resolutivos para todos.

Durante todo esse percurso, o princípio do SUS que mais avançou foi a descentralização, pois a ideia convergia para as propostas neoliberais (OLIVEIRA, 2006). A descentralização, na perspectiva da RSB, significava aproximar a gestão dos

serviços de saúde da população usuária para fazer avançar a democracia e o controle social. Para o projeto neoliberal, significava transferir responsabilidades para os municípios, sem transferir recursos para favorecer o crescimento da iniciativa privada com fins lucrativos, a filantropia e o voluntariado. Apesar do neoliberalismo, durante os 13 anos de governo do Partido dos Trabalhadores, podemos contabilizar avanços no SUS: ampliação da rede de serviços, melhoria nos processos de regulação e gestão do sistema e incentivos à formação profissional dos trabalhadores para o SUS (OLIVEIRA; VERAS; BRASIL, 2016).

Contudo, com o golpe parlamentar midiático com respaldo no judiciário em 2016, contra uma presidente eleita, representou um duro golpe na jovem democracia brasileira e nas possibilidades de redução das desigualdades que estavam em curso e na garantia dos direitos sociais. Especialmente, com a aprovação da PEC 241/55/2016, que congelou os gastos públicos durante vinte anos, tornou o subfinanciamento da saúde mais grave, representando uma grande ameaça aos direitos sociais estabelecidos na Constituição.

Em meio a esta conjuntura, o presente trabalho tem como objetivo analisar a precarização dos serviços de saúde e suas implicações no processo de trabalho em saúde em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) em Fortaleza, bem como, descrever as diferentes formas de contratação dos trabalhadores da UAPS; caracterizar as rotinas dos trabalhadores e suas repercussões no atendimento aos usuários na unidade de saúde.

Este estudo apresenta resultados parciais da pesquisa “Organização das redes de atenção à saúde no Ceará: desafios da universalidade do acesso e da integralidade da Atenção”, desenvolvida pelo Laboratório de Seguridade Social e Serviço Social (LASSOSS) do curso de Serviço Social da Universidade Estadual do Ceará- UECE. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, CAAE nº 36453414.0.3002.5684, atendendo às normas emanadas da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

2 | METODOLOGIA

A metodologia utilizada neste trabalho é de natureza qualitativa, com base no método hermenêutico- dialético, tendo em vista que na investigação e na análise do objeto, o pesquisador deve compreender as semelhanças e as diferenças em uma unidade ou totalidade parcial dos fenômenos e processos; apreender os modos de relacionamentos entre as instâncias da realidade e o processo de constituição da totalidade parcial; revelar, na totalidade parcial em análise, as determinações específicas e gerais e as condições e feitos de sua manifestação (MINAYO, 2008).

Desta forma, em continuidade à pesquisa de campo, no período de junho a dezembro de 2016, foram realizadas observações simples e entrevistas

semiestruturadas na Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) Viviane Benevides, pertencente à Secretaria Regional V do município de Fortaleza. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas, que foram gravadas, com 10 profissionais (sendo 6 de Nível Médio e 4 de Nível Superior). Como se trata de pesquisa qualitativa, a amostragem é intencional, sendo selecionados os sujeitos que contenham os atributos relevantes para o estudo, de acordo com os critérios definidos no projeto de pesquisa, quais sejam: no caso dos trabalhadores de saúde, que prestam serviços a mais de dois anos na unidade.

3 | MODELO DE ATENÇÃO E A PROPOSTA DAS RAS

Um tema muito importante que emerge da luta do movimento de RSB para a garantia de um sistema público de saúde universal, equitativo e integral é a discussão sobre modelo de atenção, isto é, como organizar o SUS do ponto de vista político administrativo numa perspectiva macro e pensar o micro do processo de trabalho numa dimensão ética técnica e política.

Com a emergência do movimento sanitário, o setor saúde tornou-se um grande laboratório de experiências que serviram de referência para um modelo assistencial para o SUS, tais como os sistemas locais de saúde (SILOS); modelo em defesa da vida; as ações programáticas em saúde; o Programa Saúde da Família, que posteriormente, tornou-se estratégia de mudança do modelo de atenção, entre outros (TEIXEIRA, 2003).

A Constituição estabelece como diretriz que as ações e serviços do SUS devem integrar uma rede regionalizada e hierarquizada para promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos, cura e reabilitação. No entanto, o processo de descentralização moldado pela municipalização, ampliou a fragmentação, que já era uma marca do sistema de saúde brasileiro. Somente, com a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS/SUS) 2001, é que o Ministério da Saúde começa a oferecer incentivos para estados municípios começarem a organizar a regionalização e as redes de atenção à saúde (RAS). É assim que as RAS emergem como inovação no âmbito organizativo do SUS nos anos 2000. Mas só normatizadas em 2010 pela Portaria 4.279, quando são definidas como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2010, p.2).

Dentro dessa estratégia, a Atenção Primária à Saúde e seu modelo no Brasil, a Estratégia Saúde da Família tem confirmada sua centralidade como responsável pela coordenação e ordenação do cuidado. Entretanto, as restrições financeiras das políticas públicas, provocadas pelo projeto neoliberal; as transições demográfica, nutricional e epidemiológica, caracterizadas, respectivamente, pelo crescimento

da população idosa; redução da desnutrição e aumento da obesidade; aumento da prevalência das doenças crônicas e da morbimortalidade por causas externas que coexistem com doenças infecciosas e parasitária; contribuem para a manutenção de desafios para a prestação dos serviços.

Contudo, essa nova configuração de saúde requer uma reestruturação operacional do sistema de serviços de saúde e práticas que correspondam a essa nova realidade, com ações intersetoriais que enfrentem os determinantes sociais do processo saúde-doença perpassados por questões decorrentes das desigualdades sociais. Essas constatações também são realizadas a nível internacional.

Nesse sentido, há um consenso em torno da necessidade de mudanças nos sistemas públicos de saúde, movidas principalmente, pelo crescimento elevado dos custos do setor. A Organização Mundial de Saúde e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) vêm comandando a formulação de propostas para o enfrentamento desses desafios, sugerindo a superação dos sistemas fragmentados para organização de sistemas integrados em rede.

Assim, com base em estudos internacionais, a OPAS elabora uma proposta para organização da Rede de Atenção à Saúde estruturada no Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) que possui três componentes integrados e cinco níveis de intervenção (MENDES, 2011). Os componentes são: (i) a população, (ii) estrutura operacional, (iii) e o modelo de atenção à saúde. Os níveis são: (i) intervenções de promoção da saúde, (ii) intervenções de prevenção das condições de saúde, (iii) gestão da condição de saúde – condição crônica simples e/ou com fator de risco biopsicológico, (iv) gestão da condição de saúde – condição crônica complexa – e (v) gestão de caso (MENDES, 2011).

4 | PROCESSO DE TRABALHO NA APS EM FORTALEZA: MUDANÇAS E DESAFIOS

Para compreendermos a execução dos serviços nas unidades de atenção primária em Fortaleza, faz-se necessário atentar para os processos de trabalho, bem como as condições de atuação profissional. Nesse sentido, Antunes (2013), afirma que o trabalho é uma ação exclusivamente humana e os elementos deste são: a atividade orientada a um fim ou o trabalho mesmo, seu objeto e seus meios.

O referido autor ressalta ainda que o meio de trabalho seja uma coisa ou um complexo de coisas que o trabalhador coloca entre si mesmo e o objeto de trabalho, é que serve como condutor de sua atividade sobre esse objeto; e o processo de trabalho refere-se à atividade orientada a um fim para produzir valores de uso, apropriação do natural para satisfazer necessidades humanas (ANTUNES, 2013 p.40).

Contudo, o processo de trabalho em saúde possui particularidades que precisam ser explicitadas. O trabalho em saúde é um trabalho vivo em ato que ocorre no espaço

intercessor entre o trabalhador da saúde e o usuário, cujo objeto é a produção do cuidado. Para produzir o cuidado os trabalhadores lançam mão dos meios, ou seja, das tecnologias (MERHY, 2014). Segundo Merhy (2014) as tecnologias podem ser duras – equipamentos, normas – leves duras – saberes que fundamentam o processo de trabalho – e leves – as relações que se estabelecem entre o trabalhador da saúde e o usuário.

O modelo preconizado para a Atenção Primária no Brasil tem como ação norteadora a Estratégia Saúde da Família e configura-se como relevante para sua execução os seguintes elementos: a definição de uma base territorial como área de atuação das equipes multiprofissionais, a necessidade de um diagnóstico desse território para o planejamento local das ações com participação da comunidade e a organização do processo de trabalho das equipes contemplando ações de promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos, cura e reabilitação. Esse trabalho, busca descrever as condições nas quais esse trabalho está sendo realizado na APS em Fortaleza.

Em 2013, após a mudança do gestor municipal, a secretaria municipal de saúde de Fortaleza contratou uma assessoria para implementar um novo desenho organizacional das redes de atenção à saúde a partir da APS.

Os primeiros passos na implantação do Plano Diretor de Fortalecimento de Atenção Primária foram direcionados à promoção do melhoramento na estrutura física das unidades; monitoramento e avaliação dos resultados; aumento da cobertura por equipes de saúde da família completas. O aumento foi de 33,15% em janeiro/2013 para 50,23% em janeiro/2016 (BRASIL, 2016).

Outras medidas implementadas: organização do programa de educação permanente em saúde com foco na qualificação dos gestores e das equipes de Atenção Primária à Saúde; implantação do Prontuário Eletrônico para auxiliar no monitoramento dos atendimentos e diálogo com os pontos da rede, o ponto eletrônico para os profissionais e sistema de vídeo monitoramento. Também contratou uma Organização Social para gerenciar e executar vários serviços nas UAPS, tais como: recepção dos usuários, compra e dispensação de medicamentos, coleta e realização de exames, e ainda, marcação de consultas e exames por meio do Núcleo de Atendimento ao Cliente (NAC), que substituiu os antigos SAME.

Tais mudanças ocorrem em meio a um processo de precarização nas relações de trabalho a exemplo, a terceirização dos contratos de trabalho, seleção pública por prazo determinado, transferência de parte da administração para uma organização social, reafirmando a tendência neoliberal, por meio da instabilidade dos vínculos empregatícios, desvalorização da força de trabalho e conseqüentemente, ocasionando o enfraquecimento da luta dos trabalhadores. Sobre isso Druck afirma que:

[...] a terceirização é uma das expressões mais significativas do processo de flexibilização do trabalho e de sua consequência principal: a precarização. São homens e mulheres “que vivem do trabalho” e que se tornam cada vez mais

descartáveis, flexíveis (adaptáveis) ou jogados a uma condição de “subemprego”. A terceirização se generalizou, difundindo-se para todo o tipo de atividade e levou consigo — como marca fundamental — a perda de direitos, a instabilidade, a insegurança dos trabalhadores (Druck, 2002 apud Azevedo, 2014, p.321).

No cenário de Fortaleza, como já citado, parte da administração dos serviços de saúde na APS foi transferida para o Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar (ISGH), instituição privada sem fins lucrativos, primeira do Estado do Ceará a ser caracterizada como Organização Social da Saúde, através do decreto nº. 26.811/2002.

A mudança que teve foi o ISGH, essa empresa de terceirização ter vindo trabalhar juntamente com a SMS [Secretaria Municipal de Saúde]. Então ISGH é uma empresa terceirizada que foi contratada pela prefeitura para tá complementando os serviços que antes a gente tinha muita reclamação. E serviços que tem muito atendimento ao público. O ISGH quando entrou nas Unidades de Saúde para ser responsável pelo NAC (Núcleo de Atendimento ao Cliente), e o laboratório, que tinha muitas reclamações porque nem todos os postos tinham laboratório (P. 9)

Outras mudanças na gestão do trabalho: foi feito um novo cadastramento dos usuários das áreas adscritas com classificação de risco; houve alteração no horário de funcionamento das UAPS, que passaram a funcionar de 7 às 19 horas. E os trabalhadores das equipes de saúde da família passaram a atuar em turnos de seis horas. Foi implantado o serviço de acolhimento com classificação de risco, ou seja, todo usuário que chega a UAPS ele é recebido e avaliado pela enfermeira da equipe de acolhimento e dependendo da classificação de risco, ele é encaminhado para o médico ou para o NAC para agendar consulta. Diante das mudanças estabelecidas com o novo reordenamento da APS implementado através do serviço de acolhimento, o profissional 8 afirma que “esse modelo atual de acolhimento, que vem dizer “ah, é só isso”, não, isso deslocou mais a gente, eu não vejo mais meus hipertensos, meus diabéticos.

O acolhimento deixou algumas lacunas em relação a cobertura do território, uma vez que a inserção deste serviço não trouxe alteração no quadro de profissionais, ou seja, a mesma quantidade de profissionais que realizava visitas, fazia ações de promoção e prevenção agora, tem que atender a essa nova demanda.

A gente fica muito tempo dentro do posto. Eu só não to gostando dessa parte porque antes a gente passava muito tempo na nossa área e a gente fazia os programas do jeito que era pra ser feito. Eu via minhas gestantes todo mês, eu via meus hipertensos, eu via minhas crianças todo mês. Dava tempo! Com essa nova maneira de trabalhar, eu não consigo! E nenhum ACS consegue. Quem disser que consegue, tá mentindo. Porque a gente não consegue visitar. Eu tenho 88 hipertensos, eu não consigo visitar nem a metade deles. (P.5)

Outro entrevistado afirma que o acolhimento na UAPS dificulta a participação dos usuários em grupos de educação em saúde promovidos pelos profissionais, ou seja, o acolhimento viabiliza a consulta em detrimento das ações de educação em saúde, a facilidade da consulta, favorece a ausência de interesse dos usuários em relação às

informações essenciais que os mesmos poderiam receber para uma melhor qualidade de vida, de prevenção e promoção da saúde.

Então, acesso a acolhimento tem direto, só que o acolhimento tá trazendo o que? Os pacientes não fazem mais consulta. Ah, paciente não quer mais participar de um grupo de hipertensos, um grupo de diabéticos, um grupo de idosos porque quando precisa vai lá no acolhimento e é atendido. Então o acolhimento aqui no posto de saúde virou consulta, então eu acho que perdeu um pouco nisso. (P.7)

Uma evidência identificada é que essa organização do processo de trabalho fortalece o modelo biomédico, em detrimento das ações de promoção da saúde e prevenção da doença. O atendimento da demanda espontânea na APS é uma necessidade dos usuários que vem sendo suprida. Contudo, fica o questionamento sobre a efetividade da ação, quando se busca desenvolver a autonomia do usuário e o autocuidado sem ações de educação em saúde.

Outro desafio é a atenção aos usuários impossibilitados de locomoção até a unidade de saúde, pois além da limitação destes, há déficit de transporte institucional para as equipes se deslocarem até os domicílios. O profissional 8 afirma “a realidade hoje, específico, 2016, julho, a gente tem um carro, no turno da manhã, na terceira segunda-feira do mês pra visita, isso era alma do PSF, a visita. Eu conhecia minha comunidade”.

Outro ponto a ser destacado encontra-se no grande investimento da gestão municipal no incremento do novo sistema informacional nas UAPS, sendo este um dos principais traços da proposta em implementação, que possibilitou um melhor acompanhamento dos casos com o registro das informações no sistema e a organização do fluxo de marcação de exames. Contudo, tais mudanças apresentam-se com falhas.

Uma das queixas dos profissionais, que coincide com as dos usuários, refere-se à mecanização do atendimento, uma vez que ao focalizar as ações no registro de dados, inviabiliza o cuidado preconizado na ESF, fragilizando sua execução e dificultando as atividades dos profissionais ao sobrecarregar suas atribuições, como afirmado na fala a seguir:

Os agentes de saúde estão atolados aqui fazendo negócio de computador, de relatório num sei o que e não tão indo visitar, eu não tô visitando, entende o grau de descaracterização da essência do PSF? (P.8)

Outro profissional informa que na configuração anterior, o processo era dividido com outra equipe, agora encontra-se centralizado no posto, limitando suas ações ao interior da unidade.

E hoje tem muita coisa que a gente não fazia antes, como ficar no posto digitando cadastro [...] Antes tinha uma equipe que fazia todos os cadastros e mandava pra regional, lá fazia as digitações. Hoje em dia é diferente, o cadastro que eu faço, sou eu que digito (P.5)

Conforme o Trabalhador nº 6, a reorganização do fluxo de trabalho na unidade de saúde, por meio da agenda parametrizada, inviabilizou a realização dos trabalhos em grupo feitos na unidade, como também lamentou-se do desaparecimento da participação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) no serviço.

Depois que começaram a tentar colocar a agenda parametrizada não vi mais nada da presença de NASF. Antes tinha muito a presença do NASF aqui dentro, fazendo a parte de grupo de idosos com educador físico, eu não vejo mais. Por isso eu acho que desvinculou um pouco. (P.6)

Além disso, verifica-se ampla dependência de determinados profissionais com o uso de meios informacionais na realização de suas atividades, que se veem afetados cotidianamente com instabilidade do acesso ao sistema, uma vez que, frequentemente, o sistema fica “fora do ar”. Segundo o trabalhador nº 3

Constantemente tem problema. Existe problema em toda a regional. Todo dia sai fora do ar. a orientação que a gente dá é a gente anotar os dados do paciente, o exame.... [...] E que a gente vai ficar olhando e marcando, e vai ligar para dar o retorno para eles. Eu pego aqui o livro, vou olhando o nome e o procedimento. (P.3)

O mesmo também revela ausência de formação/treinamento profissional ao adentrar ao serviço, o que dificulta a oferta de um atendimento qualificado.

Eu fui de cara, não tive curso não, quando eu cheguei começaram a me ensinar, uma colega me ensinou e passou o serviço. Mas um curso não... agora no decorrer... depois... a gente teve dois cursos eu acho...cursos de... curso para ter um bom atendimento, essas coisas... mas de sistema mesmo não (P.3)

No que se refere à frequente escassez de insumos que são necessários para o atendimento aos usuários que procuram a UAPS pesquisada o profissional de saúde nº 7, ressalta que isso acaba inviabilizando e comprometendo a oferta de um serviço de saúde com qualidade e eficiência, pois não se consegue garantir a integralidade no atendimento.

Bem [...] um pouco ainda em relação a dificuldade de material, como a gente tá na base a gente acaba, as vezes ficando de mãos atadas né, em algum tipo de atendimento. Eu acho mais em relação à falta de atendimento quando, ou falta de insumo ou material [...]. (P.7)

Durante as observações foram constadas as frequentes reclamações dos usuários por falta de medicamentos e procedimentos cancelados por falta de insumos. Esses fatores possuem uma via de mão-dupla ao passo que, quando há o foco no modelo biomédico o cuidado recai no binômio saúde-doença gerando uma maior demanda pela medicalização da vida. Todavia, enfatizar que o fator “estilo de vida” perceptível através dos determinantes sociais na saúde são fundamentais para o olhar integral, ou seja, as ações de educação, promoção e prevenção no âmbito do SUS são basilares para que haja alterações significativas na situação de saúde da população.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Aprecarização no mundo do trabalho compõe uma lógica do capital contemporâneo e tem repercutido intensamente nas políticas públicas. Desta é perceptível às manobras impostas pelo projeto neoliberal através de vínculos instáveis, contratos precarizados, sobrecarga das jornadas de trabalho entre outros. Esses fatores afetam a estabilidade dos trabalhadores e a formação de vínculo com os usuários.

Os processos de trabalho e os meios de trabalho devem ser analisados em sua abrangência, portanto, infere-se que as mudanças no modelo de atenção na APS, com a implantação do acolhimento com classificação de risco, em detrimento das ações de prevenção e promoção tem se apresentado como principal embate no trabalho das equipes de saúde da família. Essa reorganização da agenda dos trabalhadores da saúde gerou uma satisfação para o usuário que se sentiu contemplado com a atendimento da demanda espontânea, mas gerou a ausência de ações de educação em saúde e baixa assistência de visitas domiciliares. Essas nuances embora apresentadas como positivas por alguns gestores, precisam ser melhor investigadas quanto a repercussão na longitudinalidade do cuidado e no acompanhamento da população.

Ademais, em um cenário caracterizado por desestabilizações econômicas, o emprego das novas tecnologias não tem sido usado para aliviar a carga de trabalho e permitir uma maior liberdade dos trabalhadores, mas sim para impor uma maior exigência de tarefas técnico-burocráticas em detrimento da cuidado às pessoas em seu território.

Portanto, o atual processo de trabalho na ESF de Fortaleza, com relações de trabalho flexibilizadas e ausência de materiais básicos para a realização das atividades, acarreta uma atenção voltada a ações imediatistas, com ênfase no atendimento aos casos agudos, comprometendo a prevenção e a promoção de saúde, bem como a consolidação da integralidade do cuidado.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Luis Odorico Monteiro de; SANTOS, Lenir; RIBEIRO, Kelen Gomes . Política de Saúde no Brasil. In: ROUQUAYROL, Maria Zélia; GURGEL, Marcelo. **Epidemiologia & Saúde**. 7 ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2013

ANTUNES, Ricardo. **A dialética do trabalho**. Escritos de Marx e Engels . Ed. São Paulo: expressão popular, 2013.

AZEVEDO, Fernanda Caldas de. Consultoria empresarial de Serviço Social: expressões da precarização e da terceirização profissional. **Serv. soc. soc**, n. 118, p. 318-338, 2014.

BRASIL. Congresso Nacional. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Promulgada em 5 de outubro de 1988.

_____. **Lei Nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Portal da legislação. Disponível em <URL: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 11 de maio de 2014.

_____. **Lei Nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.** Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm>. Acesso em: 18 de março de 2017.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Histórico de Cobertura da Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde,** 2016. Disponível em <http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php> Acesso 19 mar, 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria 4.279- Anexo.** Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: MS, 2010. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/anexos/anexos_prt4279_30_12_2010.pdf> Acesso em: 09 maio 2014.

_____. **Qualificação Decreto Nº 26.811,** de 30 de outubro de 2002. Disponível em: <<https://www.seplag.ce.gov.br/images/stories/Planejamento/Cooperativo-Tecnico-Financeira/Contrato-de-Gestao/Qualificacao-Decreto-26811-de-30-de-outubro-de-2002.pdf>> Acesso em 19 de março de 2017.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.p.549.

MERHY, Emerson Elias. **Saúde: A Cartografia do Trabalho Vivo.** 4. Ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MINAYO, Maria Cecília de Souza Minayo. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde.** 11ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

OLIVEIRA, Lucia Conde.; VERAS, Vanessa Calixto; BRASIL, Camila Costa. Participação em saúde: reflexões com suporte nas experiências de Fortaleza. **O público e o privado,** n.27, p.59-78, jan./jun., 2016.

OPAS. **Redes Integradas de Servicios de Salud:** Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación em las Américas. Washington, D.C.: OPAS, 2010.

TEIXEIRA, Carmen Fontes. A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. **Saúde em Debate.** Rio de Janeiro, vol. 27, nº 65, set-dez 2003. p. 257-277.

Agência Brasileira do ISBN
ISBN 978-85-7247-063-6

