

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA – UFPB
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES – CCHLA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA – PPGS
DOUTORADO EM SOCIOLOGIA

SHEYLLA DE KASSIA SILVA GALVÃO

CIDADANIZAÇÃO E ATENÇÃO À SAÚDE:
representações sociais acerca do SUS dos profissionais de Unidades Básicas de Saúde no
Cariri Paraibano

JOÃO PESSOA-PB
2017

SHEYLLA DE KASSIA SILVA GALVÃO

CIDADANIZAÇÃO E ATENÇÃO À SAÚDE:
representações sociais acerca do SUS dos profissionais de Unidades Básicas de Saúde no
Cariri Paraibano

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia - PPGS da Universidade Federal da Paraíba – UFPB como requisito para obtenção de título de doutorado em Sociologia.

Orientadora: Profa. Dra. Ednalva Maciel Neves.

Linha de Pesquisa: Saúde, Corpo e Sociedade

JOÃO PESSOA-PB
2017

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Central da Universidade Federal da Paraíba

G182c Galvão, Sheylla de Kassia Silva .

Cidadanização e atenção à saúde: representações sociais acerca do SUS dos profissionais de Unidades Básicas de Saúde no Cariri Paraibano. / Sheylla de Kassia Silva Galvão. – João Pessoa, 2017.

358 f. : il.

Orientador(a): Profa. Dra. Ednalva Maciel Neves.
Tese (Doutorado) – UFPB/PPGS.

1. Sociologia da saúde. 2. Profissionais de saúde. 3. Unidade básica de saúde da família. 5. Representações sociais. 6. Cidadanização. I. Título.

UFPB/BC

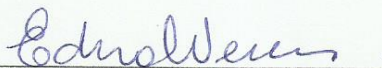
CDU – 316:614(043)

SHEYLLA DE KASSIA SILVA GALVÃO

CIDADANIZAÇÃO E ATENÇÃO À SAÚDE:
representações sociais acerca do SUS dos profissionais de Unidades Básicas de Saúde no
Cariri paraibano

BANCA DE APROVAÇÃO

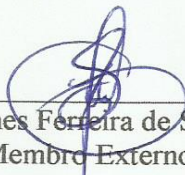
REALIZADA EM 22/02/2017



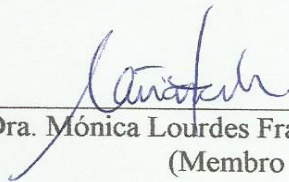
Profa. Dra. Ednalva Maciel Neves – PPGS/UFPB
(Orientadora)



Prof. Dr. Pedro Francisco Guedes do Nascimento – PPGA/UFPB
(Membro Externo)



Prof. Dr. Wallace Gomes Ferreira de Souza – CDSA/UFCG
(Membro Externo)



Profa. Dra. Mônica Lourdes Franch Gutiérrez – PPGS/UFPB
(Membro Interno)



Prof. Dr. Eduardo Sérgio Soares Sousa – PPGS/UFPB
(Membro Interno)

“O SUS - Sistema Único de Saúde como proposta política hoje, como política de saúde, eu vejo como resolução de muitas coisas, ou melhor, como realmente um trabalho de qualidade que eu ainda tenho certeza que vou ver acontecer”.

(Enfermeira. Diálogo realizado em julho de 2013)

À minha mãe, Josefa Galdino da Silva (*In
memoriam*)
e a Tales Henry Galvão Moraes.
(Dedico)

AGRADECIMENTOS

A Deus, Senhor de todas as coisas, criador de tudo, presença material na minha vida que em vários momentos se fez luz e caminho. A Deus por seu imenso amor.

À minha mãe, Josefa Galdino da Silva, (*in memoriam*) que, mesmo há tantos anos de seu falecimento, por meio de seu exemplo de vida, foi a presença mais constante no desenvolvimento e execução desta pesquisa, especialmente nos momentos de desânimo e de dificuldades. “Mainha, todo sacrifício que a senhora fez para que eu realizasse meus estudos, financiando cursos, pós-graduações e uma excelente educação básica é lembrado todos os dias, em todos os momentos de vitórias e de dificuldades. Essa conquista também é sua! E imagino a sua satisfação e orgulho se estivesse aqui. E como seria bom um abraço nesse momento”.

À luz da minha vida, meu amor maior, Tales Henry, que nos momentos de aflição, de dificuldade em conciliar trabalho e estudos chegava docemente ao meu lado, mesmo sem entender nada, sem ter a dimensão da seriedade do processo de doutoramento, abraçava-me e me dizia: “Titia, eu te amo!” E essas palavras, esse gesto desinteressado e alheio a sua importância, me impulsionaram várias vezes a continuar e a ser exemplo para ele. “Foi seu amor, Tatá. Foi por seu amor que cheguei aqui”.

À minha orientadora, Profa. Dra. Ednalva Maciel Neves, por sua sensatez, competência, generosidade e, sobretudo, conhecimento. Ednalva, seu exemplo seguirá sempre comigo. Você fez parecer fácil fazer ciência. Essa paixão pela pesquisa e pela reflexão permanecerá. Obrigada por me auxiliar de forma tão doce e respeitosa e por acreditar que a realização deste trabalho era possível, quando nem eu mesma acreditava mais.

À minha família, em especial a minha tia Maria Galdino Dantas (*In Memoriam*), ao meu pai do coração o poeta Amaro Augusto, que tantas vezes me fez chorar de emoção em suas demonstrações de afeto e confiança. À minha prima Josemília Galvão e seu esposo Alexandre Batista. E as minhas irmãs Luciana Nunes, Emília Bernardo e Suenia Galvão – por seu

incentivo e confiança no desenvolvimento deste trabalho e, por sua compreensão nos momentos de ausência.

A meu sobrinho, Matheus Nunes que me ajudou na busca dos mapas. E à Mayara Ferreira de Farias com o trabalho de Formatação da tese.

A meus amigos que estiveram presente, que sempre acreditaram e desde o primeiro momento de aprovação na seleção já me chamavam de doutora. Seria ingratidão minha não colocar todos os nomes, mas pela falta de espaço irei mencionar apenas alguns, em ordem alfabética (para ser justa), que representam os demais. Assim: obrigada Adjane Barros Ferreira Duarte, Ana Carolina Abiahy, Aline Mendes, Kátia Carina Mesquita, Gabriela Gouveia, Jéssica Camila Gomes, João Pedro, Júnia Marúsia Trigueiro de Lima, Mayara Ferreira de Farias, Marina Jocácia dos Santos, Rosária Louro Neves.

À Nancy Azevedo, Secretaria do PPGS, que mesmo já tendo se aposentado no momento de conclusão desse trabalho, foi peça importantíssima na desburocratização do doutorado. Nancy, sempre atenciosa e pronta a ajudar. “Grande gratidão e carinho, Nancy!”.

A todas e todos profissionais de saúde do Cariri paraibano que aceitaram participar desta pesquisa, aos secretários de saúde e/ou coordenadores da Atenção Básica que autorizaram prontamente a realização da pesquisa, meus mais sinceros agradecimentos, não só por fornecerem material para a elaboração deste trabalho, mas por contribuírem para a criação de um diagnóstico situacional da saúde pública na região do cariri paraibano. Um agradecimento especial à Maria José Teodoro que facilitou minha inserção no campo.

RESUMO

GALVÃO, S. K. S. **CIDADANIZAÇÃO E ATENÇÃO À SAÚDE:** representações sociais acerca do SUS dos profissionais de Unidades Básicas de Saúde no Cariri paraibano 2017. 358f. Tese de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Universidade Federal da Paraíba.

A adoção da universalidade, da integralidade e da equidade como fundamentos dos direitos em saúde se evidenciou no texto constitucional de 1988, a partir da construção histórica de uma mentalidade sanitária que resultou na reformulação do Sistema de Saúde e na concepção de saúde pública com a substituição do modelo de Seguro Social pelo modelo da Seguridade Social no Brasil. Assim, o presente estudo tratou de investigar as representações sociais que os profissionais das Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) no Cariri Paraibano têm a respeito do SUS enquanto direito político, fundamentado na participação constante dos sujeitos (profissionais, gestores e usuários) e, como estas representações influenciam na atenção em saúde praticada por estes profissionais. Por sua vez, todos estes elementos resultam na deficiente ou inexistente efetivação da cidadania o que suscita a necessidade de reforço da mesma por meio do processo de *cidadanização* do SUS, entendida aqui como a intensificação da participação, especialmente nas instâncias de gestão do SUS. A originalidade deste trabalho repousa na escassez de pesquisas acadêmicas sobre a região do Cariri Paraibano, expõe as dificuldades para o entendimento da realidade social local e a consequente elaboração e execução de políticas públicas para a região, que é constituída por 29 municípios. Para a realização deste trabalho foi escolhida uma amostra por conveniência da população formada por profissionais que atuam em 02 UBSF de cada um dos 05 municípios pesquisados, totalizando 10 UBSF e seguindo o critério de maior quantitativo populacional e oferta de serviços de saúde. Os dados coletados por meio de questionário (80), entrevistas semiestruturada (42) e Grupo Focal (06) foram tratados com a técnica de Levantamento, para os dados quantitativos, e a Análise de Discurso do Sujeito Coletivo, para os dados qualitativos, ambos analisados à luz da Teoria das Representações Sociais. O trabalho de campo aponta para a não visualização do SUS enquanto Direito Político, resultado de lutas e mobilização da sociedade e para o fato dos profissionais de saúde ainda trabalharem na perspectiva do modelo previdenciário de saúde executado pelo Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS). A estes dados acostam-se elementos como o clientelismo e as relações de poder estabelecidas entre os sujeitos envolvidos no processo da atenção em saúde na região do Cariri. As informações dos interlocutores, indicam ainda, a escassez ou dificuldade de capacitação continuada com relação as inovações dos procedimentos em saúde; o desconhecimento da importância balizar da universalidade e da Reforma Sanitária como elementos fundamentais de construção e manutenção do SUS e o choque entre a concepção de saúde enquanto direito e de saúde enquanto mercadoria, expresso na implementação das políticas de saúde e dos programas de qualidade em saúde, a exemplo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).

DESCRITORES: *Cidadanização*; Unidade Básica de Saúde da Família; Profissionais de Saúde; Sistema Único de Saúde; Direitos Políticos; Representações Sociais; Sociologia da Saúde.

ABSTRACT

GALVÃO, S. K. S. **CIDADANIZAÇÃO AND ATTENTION TO HEALTH:** social representations about the SUS of the professionals of Basic Health Units in Cariri from Paraíba 2017. 358f. PhD thesis of the Graduate Program in Sociology, Federal University of Paraíba.

The adoption of universality, of integrality and equity as foundations of health rights, was evidenced in the 1988 constitutional text, based on the historical construction of a health mentality that resulted in the reformulation of the Health System and the replacement of the Social Security model by the Model Of Social Security in Brazil. However, the notion of Health as a universal right is still an obstacle to the consolidation of health practices of subnational subjects (professionals, managers and users), of the consolidation of “Sistema Único de Saúde” (SUS) - Unified Health System - and of the establishment of the political character of SUS, as a mechanism for access to the improvement of living conditions through health. Thus, the present study sought to investigate the social representations that the professionals of the “Unidades Básicas de Saúde da Família” (UBSF) - Basic Units of Family Health, in Cariri from Paraíba, have regarding the SUS as a political right, based on the constant participation of the subjects and, these representations influence the attention in health practiced by these professionals. In turn, all these elements result in deficient or non-existent effectiveness of *cidadanização*, which raises the need to strengthen it through the SUS *cidadanização* process, understood here as the intensification of participation, especially in SUS management instances. The originality of this work rests on the scarcity of academic research on the Cariri, region of Paraíba, exposes the difficulties to understand the local social reality and the consequent elaboration and execution of public policies for the region, which is made up of 29 municipalities. For the accomplishment of this work, the sample was chosen for convenience of the population formed by professionals that work in 02 UBSF of 05 municipalities of the region with greater quantitative population and offer of health services. Data collected through questionnaire (80), semi-structured interviews (42), and Focal Group (06) were treated with the Survey technique for quantitative data, and the Collective Subject Discourse Analysis for both qualitative data Analyzed in the light of the Theory of Social Representations. The field work points to the non-visualization of SUS as a political right, resulting from struggles and mobilization of society, based on elements such as clientelism and power relations established among the subjects involved in the health care process. The information of the interlocutors also indicates the scarcity or difficulty of continuous training regarding the innovations of health procedures; The lack of knowledge about the universality importance and of healthcare reform as a commodity, expressed in the implementation of health policies and health quality programs, such as the “Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica” (PMAQ-AB) - National Program for Improving Access and Quality of Basic Care. Thus, it is observed that health professionals still work in the perspective of the health insurance model implemented by the “Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social” (INAMPS) - National Institute of Medical Assistance and Social Security.

DESCRIPTORS: *Cidadanização*; Basic Family Health Unit; Health professionals; Health Unic System; Political Rights; Social Representations; Sociology of Health.

RÉSUMÉ

GALVAO, S. K. S. PROCESSUS DE CITOYENNETÉ ET SOINS DE SANTÉ: représentations sociales du SUS de professionnels des Unités de santé de base dans le Cariri de Paraiba 2017. 358f. Thèse de doctorat du Programme d'études supérieures en sociologie de l'Université fédérale de Paraíba.

L'adoption de l'universalité, l'intégralité et de l'équité en tant que droits fondamentaux en matière de santé est mis en évidence dans la Constitution de 1988, de la construction historique d'une mentalité sanitaire qui a abouti à la reformulation du Système de santé et le remplacement du modèle d'Assurance sociale par le modèle de la Sécurité sociale au Brésil. Cependant, la notion de santé comme un droit universel est encore un obstacle à la consolidation des pratiques de santé des sujets régionaux (professionnels, gestionnaires et utilisateurs), de la consolidation du Système Unifié de Santé (SUS) et l'établissement du caractère politique du SUS comme un mécanisme d'accès à des conditions de vie améliorées grâce à la santé. Ainsi, la présente étude a cherché à enquêter sur les représentations sociales que les professionnels des Unités de Santé de Base de la Famille (AFUJH) dans le Cariri de Paraiba ont sur le NHS comme un droit politique basé sur la participation constante des sujets, et comment ces représentations influencent l'attention sur la santé pratiquée par ces professionnels. À leur tour, tous ces éléments se traduisent comme étant peu ou pas efficace au regard du processus de citoyenneté qui soulève le besoin de renforcement de celui-ci à travers le processus du SUS d'accroissement de la citoyenneté, entendu ici comme le renforcement de la participation, en particulier dans les instances de gestion du NHS. L'originalité de ce travail réside dans la pénurie de la recherche universitaire sur la région du Cariri de Paraiba qui expose les difficultés à comprendre la réalité sociale locale et le développement conséquent et la mise en œuvre des politiques publiques de la région, qui se compose de 29 municipalités. Pour ce travail, un échantillon a été choisi en commodité pour la population formée par des professionnels travaillant dans 2 AFUJH de 5 municipalités de la région avec la population la plus élevée, et l'offre quantitative de services de santé. Les données recueillies par le biais d'un questionnaire (80), des entretiens semi-structurés (42) et des groupes de discussion (06) ont été traitées avec la technique de la Levée pour les données quantitatives, et les données qualitatives ont été traitées par le Collectif d'analyse d'objet de discours. Les deux sont analysés à la lumière de la théorie des représentations sociales. Le travail sur le terrain vise la non-visibilité du SUS quant au droit politique résultant des luttes et de la mobilisation de la société, et aborde jusqu'à des éléments tels que le mécénat et les relations de pouvoir établies entre ceux qui sont impliqués dans le processus de soins de santé. Les informations des interlocuteurs indiquent également la pénurie ou la difficulté pour obtenir de la formation continue sur les innovations des procédures de santé; l'ignorance de l'importance de baliser l'universalité de la réforme de la santé en tant qu'élément clé de la construction, de l'entretien du NHS et de l'affrontement entre le concept de santé comme un droit et de la santé comme une marchandise sont exprimés dans la mise en œuvre des politiques de santé et des programmes de contrôle de la qualité de la santé, comme pour le Programme National Pour L'amélioration de L'accès et de la Qualité des Soins Primaires (PMAQ-AB). Ainsi, on observe que les professionnels de la santé travaillent toujours dans la perspective du modèle de santé de la Sécurité sociale gérée par l'Institut National D'assistance Médicale et de la Protection Sociale (INAMPS).

MOTS CLÉS: Processus de citoyenneté; Unité de base de la santé familiale; professionnels de la santé; Du système de santé; Droits politiques; Les représentations sociales; Sociologie de la santé.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Distribuição da população do Cariri Paraibano	90
Quadro 2	UBSF nos municípios pesquisados	91
Quadro 3	Ranking Nacional IDH (Longevidade/Renda/Educação)	96
Quadro 4	Relação dos Serviços de Saúde do Município de Boqueirão – PB	97
Quadro 5	Relação dos Serviços de Saúde do Município de Livramento – PB	99
Quadro 6	Relação dos Serviços de Saúde do Município de Monteiro – PB	100
Quadro 7	Relação dos Serviços de Saúde do Município de Sumé – PB	102
Quadro 8	Relação dos Serviços de Saúde do Município de Taperoá – PB	104
Quadro 9	Distribuição dos Serviços Públicos de Saúde	104
Quadro 10	Ano de Formação	126

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição dos Profissionais das UBSF por nível de Qualificação. (Questionários)	114
Tabela 2	Distribuição dos Profissionais das UBSF por nível de Qualificação (Entrevista)	116
Tabela 3	Caracterização da amostra	119
Tabela 4	Distribuição dos Profissionais das UBSF por Renda. (Questionários)	120
Tabela 5	Caracterização do Trabalho (Tempo) – Parte I	121
Tabela 6	Caracterização dos Médicos	122
Tabela 7	Distribuição dos Profissionais das UBSF por Formação (graduação)	129
Tabela 8	Caracterização do Trabalho (Instituição) – Parte II	136

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Mapa do Estado da Paraíba dividido por Regiões Fisiográficas	89
Figura 2	Mapa do Município de Boqueirão	96
Figura 3	Dados populacionais e geográficos do município de Boqueirão	97
Figura 4	Mapa do Município de Livramento	98
Figura 5	Dados populacionais e geográficos do município de Livramento	98
Figura 6	Mapa do Município de Monteiro	99
Figura 7	Dados populacionais e geográficos do município de Monteiro	100
Figura 8	Mapa do Município de Sumé	101
Figura 9	Dados populacionais e geográficos do município de Sumé	101
Figura 10	Mapa do Município de Taperoá	103
Figura 11	Dados populacionais e geográficos do município de Taperoá	103

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Índice de Desenvolvimento Humano por Município – PNUD 2013	93
Gráfico 2	Crescimento do Índice de Desenvolvimento Humano por Município – PNUD 2013	94
Gráfico 3	Ranking Nacional e Estadual de IDH por Município – PNUD 2013	95
Gráfico 4	Longevidade/Renda/Educação - IDH por Município – PNUD 2013	95
Gráfico 5	Conhece a Lei 8.080/90 do SUS	148
Gráfico 6	Conhece a NOBs?	150
Gráfico 7	Conhece as NOAs?	151
Gráfico 8	Sabe o que são as Conferências de Saúde e como funcionam	218
Gráfico 9	Sabe o que são os Conselhos de Saúde e como eles funcionam?	221
Gráfico 10	Qualidade do Atendimento PMAQ-AB	259
Gráfico 11	Conhece o PMAQ-AB?	262
Gráfico 12	Conhece o Pacto de Gestão em Saúde	287
Gráfico 13	Sabe de onde vem o financiamento do SUS?	288
Gráfico 14	Enfrenta dificuldade em na Atenção à saúde em sua UBSF	291
Gráfico 15	Principais dificuldades na prestação da assistência	292
Gráfico 16	Trabalha ou trabalhou na rede pública e privada	300
Gráfico 17	Elementos de diferenciação no atendimento da rede pública e da rede privada	302

LISTA DE CATEGORIAS

Categoria 1	Qual a sua impressão sobre o SUS?	86
Categoria 2	O que você entende por política pública?	169
Categoria 3	Você poderia falar como você entende o que é o PMAQ-AB e como ele funciona?	263
Categoria 4	E para você, o que significa o SUS?	304
Categoria 5	Você se lembra da primeira vez que ouviu falar do SUS e a impressão que teve a respeito?	307
Categoria 6	A sua opinião a respeito do SUS é única ou há diferença entre o que você pensa ou pensava antes de atuar na área de saúde?	308
Categoria 7	Se sua opinião mudou depois de seu ingresso na área de saúde, qual(is) o(s) motivo(s) que o fizeram mudar de opinião?	308
Categoria 8	Você compreende ou conhece a respeito do processo de Reforma Sanitária? Se sim, o que você sabe a respeito?	309
Categoria 9	Você conhece ou compreende como é a gestão do SUS?	311
Categoria 10	Você vivencia dificuldades em seu trabalho? Você poderia apontar quais?	311
Categoria 11	Você acredita que estas dificuldades podem ser superadas e por quê?	314
Categoria 12	Na sua opinião há solução para os problemas vivenciados? Você poderia apontar quais?	315
Categoria 13	O que você apontaria como mudança prática no seu ambiente de trabalho, a partir da reorganização da equipe de trabalho e dos materiais utilizados?	317

LISTA DE SIGLAS

ABRASCO – Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ABI – Associação Brasileira de Imprensa
ACS – Agente Comunitário de Saúde
AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AIH – Autorização de Internação Hospitalar
AIS – Ações Integradas de Saúde
AMB – Associação Médica Brasileira
ANC – Assembleia Nacional Constituinte
ANDES – Sindicato Nacional dos Docentes das Instituições de Ensino Superior
ANS – Agência Nacional de Saúde
ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BID – Banco Interamericano de Desenvolvimento
CAPs – Caixas de Aposentadoria e Pensão
CCQ – Círculos de Controle de Qualidade
CDSA – Centro de Desenvolvimento Sustentável do Semiárido
CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CF – Constituição Federal
CFM – Conselho Federal de Medicina
CISCO – Consórcio Intermunicipal de Saúde do Cariri Ocidental
CIB – Comissão Intergestores Bipartite
CIT – Comissão Intergestores Tripartite
COFEN – Conselho Federal de Enfermagem
CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASP – Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária
CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CNBB – Conferência Nacional dos Bispos do Brasil
CNRS – Comissão Nacional de Reforma Sanitária
CNS – Conferência Nacional de Saúde
COSEMS – Colegiado de Secretários Municipais de Saúde
CUT – Central Única dos Trabalhadores
DAB – Departamento de Atenção Básica

DSC – Discurso do Sujeito Coletivo

ESF – Estratégia Saúde da Família

FJP – Fundação João Pinheiro

FHC – Fernando Henrique Cardoso

FMI – Fundo Monetário Internacional

IAP – Institutos de Aposentadoria e Pensão

IAPM – Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Marítimos

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDEME – Instituto de Desenvolvimento Municipal e Estadual

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

JCAHO - Joint Commission Accreditation of Healthcare Organization

MARE – Ministério da Administração e Reforma do Estado

MOBRAL – Movimento Brasileiro de Alfabetização

MPAS – Ministério da Previdência e Assistência Social

MS – Ministério da Saúde

NASF – Núcleo de Atenção à Saúde da Família

NPRH – Novas Políticas de Recursos Humanos

NOAs – Normas Operacionais de Assistência à Saúde

NOBs – Normas Operacionais de Assistência à Saúde

OAB – Ordem dos Advogados do Brasil

OCIP – Organização da Sociedade Civil de Interesse Público

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONA – Organização Nacional de Acreditação

OPAS – Organização Panamericana de Saúde

OSS – Organização Social de Saúde

PAEG – Programa de Ação Econômica do Governo

PEC – Proposta de Emenda Constitucional

PED – Programa Estratégico de Desenvolvimento

PIASS – Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento

PIB – Produto Interno Bruto

PMAQ-AB – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

PMM – Programa Mais Médicos
PNAB – Política Nacional da Atenção Básica
PND – Plano Nacional de Desenvolvimento
PNS – Plenária Nacional de Saúde
PNUD – Programa Nações Unidas para o Desenvolvimento
POI – Programação e Orçamentação Integrada
PrevSaúde – Programa Nacional de Serviços de Saúde
PSF – Programa Saúde da Família
REME – Movimento de Renovação Médica
RSB – Reforma Sanitária Brasileira
SALTE – Saúde, Alimentação, Transporte e Energia
SAMDU – Serviço de Assistência Médica e Domiciliar de Urgência
SAMU – Serviço Móvel de Urgência
SAS – Secretaria de Atenção à Saúde
SEDS DH – Secretaria de Desenvolvimento Social e Direitos Humanos
SESPA – Secretaria de Saúde do Estado do Pará
SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBSF – Unidade Básica de Saúde da Família
UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	20
2 QUE DISCURSOS AS FALAS REPRESENTAM: A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E PERCURSO METODOLÓGICO DA PESQUISA	40
2.1 Sujeito Individual e Sujeito Coletivo: Ideologia e Representação	40
2.2 Representações coletivas e representações sociais	66
2.3 Discurso e representação: a teoria das representações sociais e o discurso do sujeito coletivo (etapas teórico-metodológicas)	78
3 DESVENDANDO O CAMPO E A POPULAÇÃO: CARACTERIZANDO A MUNICIPALIDADE E REDE DE SERVIÇOS	88
4 DIREITOS SOCIAIS E CIDADANIA: CONSOLIDAÇÃO DA NOÇÃO DE DIREITOS COMO FUNDAMENTAIS PARA O SER HUMANO	138
4.1 Políticas sociais e políticas de saúde: conceitos e percursos	164
4.2 Políticas de saúde no Brasil: trajetória histórica de conquista de direitos	177
5 CIDADANIA, PARTICIPAÇÃO E PRÁTICAS DE SAÚDE	215
5.1 Autonomia e participação: a dicotomia entre os conceitos de cidadão-cliente e cidadão-usuário	227
5.2 Qualidade em saúde: o PMAQ-AB e o debate entre a saúde como direito e a saúde como mercadoria	243
5.2.1 Clínica Ampliada	267
5.2.2 Sistema de Recompensas	270
5.2.3 Capacitação e Qualificação Profissional	275
5.2.4 Gerência da UBSF	280
6 GESTÃO E OPERACIONALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE	282
6.1 Cuidado em saúde e efetivação da cidadania	303
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	318
REFERÊNCIAS	325
APÊNDICES	339
Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	340
Apêndice B – Instrumento para coleta de dados (Questionário)	341
Apêndice C – Instrumento para coleta de dados (Roteiro de Entrevista)	344

Apêndice D – Roteiro de Mediação de Grupo Foca	345
Apêndice E – Modelo de Solicitação de Pesquisa aos Municípios	346
Apêndice F – Gráficos e Quadros do DSC do Pré-Teste	348
Apêndice G – Discriminação individual da Renda	351
ANEXOS	352
Anexo 1 – Autorizações de Pesquisa dos Municípios pesquisados	353
Anexo 2 – Esquema da Teoria das Representações Sociais proposto por Moscovici	358

1 INTRODUÇÃO

O sistema de saúde no Brasil passou por vários modelos e formas de gestão até chegar ao modelo atual baseado na saúde como um direito social universal. Essa característica se deve ao fato de que o país também passou por transformações significativas em todos os setores da administração pública, no intuito de incorporar a noção de direitos como uma esfera atuante no cotidiano da população em geral, sobretudo, diante da pressão reivindicatória e atuante dos Movimentos Sociais, especialmente, o movimento de Reforma Sanitária e da criação e atuação de instâncias e mecanismos de participação política e democrática cada vez mais crescente como os Conselhos e as Conferências de Saúde.

A própria ideia de Direitos se concretizou ao longo do tempo, caracterizando um processo social e político de reivindicações na sociedade, concomitante a consolidação de direitos da classe burguesa, ainda na Idade Moderna. Desta forma, cronologicamente os Séculos XVIII, XIX e XX foram palcos de lutas constituintes dos direitos civis, políticos e sociais, respectivamente. (BOBBIO, 1992).

Os Direitos Civis referem-se basicamente a legitimação das liberdades individuais, os Direitos Políticos à efetivação da participação na esfera política e de decisões coletivas e, por último, os Direitos Sociais que colocam como responsabilidade do Estado a regulamentação e promoção da satisfação das necessidades básicas inerentes a vida cotidiana atual como, por exemplo, saúde, educação, lazer, trabalho, segurança, entre outros. (BOBBIO, 1992).

Os Direitos Humanos devem ser entendidos como um fato histórico e não como um fato natural de trajetória da sociedade, como o resultante de um processo de participação e transformação dos modelos de sociedade ao longo da história, sobretudo após a criação do Estado Moderno, na transição da Idade Média para a Idade Moderna.

Contudo, a forma como a divisão dos Direitos Humanos, alocada em três categorias (civis, políticos e sociais), é difundida e reificada faz com que não ocorra o entendimento adequado a respeito do que são e como funcionam os direitos políticos, especificamente. Também que os direitos sejam tratados de forma diferenciada e como se não houvesse ligação entre eles. Na verdade, os direitos foram institucionalizados e relacionados com a competência de seus sujeitos como estratégia para sua efetivação e de acordo com as necessidades sociohistóricas que se apresentaram as diversas sociedades.

Com isso distancia-se um direito do outro, compartimentalizando-os e retirando a característica integral do ser humano, do cidadão, ao acessar seus direitos. Desta forma, parece indicar que o cidadão pode efetivar um direito sem, necessariamente, acessar outro

direito concomitante. O que é uma falácia, haja vista que elementos comuns são necessários para a efetivação dos direitos, como a liberdade e a igualdade, por exemplo.

Em outras palavras, quando falamos em Direitos Sociais o dissociamos do seu caráter político e, assim, nos distanciamos do aspecto participativo do cidadão como condição *sine qua nom* para efetivar este direito. Assim, os Direitos Sociais no Brasil se revestiram de uma aparência de benesse do gestor em relação à população brasileira e não como um direito em si, assegurado e oficializado por lei como responsabilidade do Estado.

Esta separação didática entre os Direitos remete-nos ao falso entendimento de que os Direitos Políticos, no caso do SUS, são efetivados quando o usuário participa dos Conselhos e das Conferências de Saúde. E, por sua vez, os Direitos Sociais se efetivam por meio do acesso aos serviços de saúde.

No entanto, dois elementos nos remetem a reflexão a respeito de quando os direitos políticos são efetivados com relação ao SUS. O primeiro é o fato de que o SUS é fundamentado em princípios como Universalidade, Integralidade e Equidade, elementos tipicamente políticos, já que por ordem cronológica de constituição e reconhecimento jurídico-institucional, os Direitos Políticos surgiram antes dos Direitos Sociais. Portanto, a garantia da universalidade como condição de acesso aos SUS, por parte do usuário, já efetiva o Direito Político e, posteriormente, o Direito Social. Desta maneira, o caráter político do SUS processa-se de duas formas, quando o usuário participa dos Conselhos e Conferências de Saúde. E quando, o usuário aciona os serviços de saúde.

Na mesma perspectiva, os profissionais de saúde exercem seu Direito Político, com relação ao SUS, quando participam dos Conselhos e Conferências de Saúde, bem como quando efetivam o cuidado em saúde por meio de suas práticas cotidianas de trabalho. Ou ainda, quando participam da gestão do SUS, seja como gerentes da Unidade de Saúde, seja como membros da gestão estatal, por exemplo.

O segundo elemento de efetivação dos Direitos Políticos nos remete a noção que o sujeito tem acerca do que é político e de como a esfera política funciona e é constituída. Destarte, é frequente que o sujeito relacione política ou o aspecto político das relações institucionais como política partidária ou com sua ideologia política, esquecendo-se das condições práticas cotidianas da política, como as reivindicações por melhoria na infraestrutura sanitária, por aumento da oferta de transportes públicos e de serviços de saúde, por exemplo. Então, a noção de política no Brasil funde-se com a noção de política partidária e representativa, pois falar de política no país, grosso modo, é falar de partidos, de políticos e

das instituições políticas, especialmente as instituições que expressam a Relação Legislativo-Executivo (ALMOND e VERBA, 1989).

Em certa medida, é como se os sujeitos vivenciassem a política, construindo valores sobre a política sem, necessariamente, identificarem as causas da formação destes valores. (MOISÉS, 1995). Tampouco a dimensão participativa da política, como condição para acessar a cidadania, passa a ser visualizada pelos cidadãos como etapa essencial de realização de sua cidadania ou de seus direitos.

No Brasil, a divisão dos Direitos Humanos em categorias não aconteceu de forma diferente de outros países. O Estado brasileiro adotou essas noções de direitos e fundamentou suas instituições a fim de acompanhar as mudanças mundiais (CARVALHO, 2002).

No tocante aos Direitos Sociais, várias reformas e modelos foram integrados ao sistema político brasileiro no intuito de promover cidadania e justiça social, a exemplo do sistema de saúde que foi incorporado e enfatizado como princípio de garantia de direitos e equidade entre a população e, não só, como mecanismo de acesso aos serviços de saúde.

Com relação a saúde cinco pontos foram fundamentais nos tempos mais recentes. O primeiro refere-se ao desmembramento do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação, que foram criados conjuntamente em 1930.

O segundo diz respeito ao desmembramento do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e sua passagem para o Sistema Único de Saúde (SUS). O terceiro diz respeito a passagem da Saúde da administração do Ministério da Previdência para o Ministério da Saúde.

O quarto refere-se ao processo de consolidação da participação popular na gestão dos órgãos de saúde, sobretudo, com o movimento de Reforma Sanitária, da implementação das Leis Orgânicas da Saúde e das realizações das Conferências de Saúde (nacional, estadual e municipal). E o quinto, a implementação de políticas públicas baseadas da ideia de universalidade de direitos e no processo de atenção, humanização e cuidado em saúde. (POLIGNANO, 2001).

Essas mudanças tiveram um impulso considerável a partir do processo de redemocratização do país, após o fim do regime ditatorial militar que perdurou de 1964 a 1985.

Resumidamente, a redemocratização sofreu influência de ideias adotadas internacionalmente, incorporando a noção de equidade dos direitos e da necessidade de criação de uma consciência sanitária.

Este processo foi marcado pela participação popular através da formação de grupos de discussão e de pressão materializando os movimentos sociais, especialmente do Movimento de Reforma Sanitária, como elemento de participação efetiva na esfera política e de incorporação dos direitos humanos fundamentais, citados anteriormente, como aspecto das instituições públicas e privadas no país, sobretudo a partir da Década de 1970.

Desta forma, foi criado e legitimado na Constituição Federal o Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado posteriormente pelas leis 8.080/90 e 8.142/90 (Lei Orgânica da Saúde), ambas no ano de 1990. Esta mudança substituiu o sistema de saúde anterior e o Modelo de Seguro Social, baseado na assistência à saúde para os trabalhadores com registro em carteira e contribuintes do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), criado em 1977 como desdobramento da Lei 6.229, que criou em 1975 o Sistema Nacional de Saúde (PAIM, 2008).

Nestes mais de vinte anos de criação do SUS, muito se avançou na promoção de saúde, sobretudo na Atenção Básica e de serviços especializados, este último prestado amplamente na rede privada de saúde, especialmente com a incorporação da ideia de equipe multidisciplinar, a exemplo do Núcleo de Atenção à Saúde da Família (NASF).

No entanto, muitas são as queixas dos profissionais e da população que busca atendimento no SUS. Estas queixas contempladas na literatura, como lembra Polignano (2001), precisam ser investigadas afim de que a população aponte os problemas que vivenciam quando procuram os serviços de saúde.

Notadamente, essas queixas de referem a demora no atendimento, principalmente, na realização e divulgação dos resultados de exames e do retorno às consultas, bem como a ausência de oferta de serviços de saúde em localidades fora das capitais dos estados, indicando uma tendência a polarização dos serviços e criação de centros de referência por um lado e, a consolidação de práticas não humanizadas no cuidado em saúde, por outro lado. Por parte dos profissionais, as queixas se centram nas más condições de trabalho, especialmente de conservação das Unidades de Saúde e fornecimento de insumos para a realização dos procedimentos em saúde (RODRIGUEZ NETO, 1994).

Nesta perspectiva esta tese de doutorado busca investigar como o SUS é representado socialmente ou vivenciado pelos profissionais de saúde em alguns municípios do Cariri Paraibano, notadamente Boqueirão, Livramento, Monteiro, Sumé e Taperoá a partir do entendimento de que o SUS é um sistema de saúde resultante da materialização das reivindicações e da mobilização da sociedade em torno da elaboração de uma política pública

de saúde e, conseqüentemente da mudança de paradigmas norteadores da participação política por meio de um movimento social e da consecução de um direito social universal.

Desta forma, este trabalho partiu de quatro hipóteses norteadora da reflexão sobre o objeto. A primeira hipótese de que o Sistema Único de Saúde (SUS) não tem sido entendido como direito político por parte dos agentes subnacionais (usuários, profissionais e gestores) envolvidos com a saúde.

O SUS foi constitucionalmente enquadrado como direito social e, como tal, não consegue se materializar como mecanismo de efetivação da cidadania, especialmente por meio do cuidado, o que se traduz em desrespeito aos princípios do SUS e descumprimento das diretrizes, principalmente na promoção da qualidade em saúde.

Utilizamos o conceito de subnacionais, assim como o mesmo é utilizado pela Ciência Política e pelas Relações Internacionais, no sentido de indicar o aspecto da administração pública federativa baseado na divisão em União, Estado e Municípios. Em outras palavras, subnacional refere-se as instituições e sujeitos no âmbito municipal, apenas.

O termo subnacional é utilizado na mesma perspectiva de Mariano e Mariano (2002) e de Silva (2000), que indica a municipalidade e as relações municipais institucionais. Assim, não é utilizado para apontar, especificamente, a relação de poder ou mesmo a condição subalterna do município em relação ao Estado ou a União. Desta forma, a expressão agentes subnacionais é usado no sentido de indicar os profissionais, usuários e gestores no âmbito do município.

A segunda hipótese é de que a efetivação da cidadania no SUS diz respeito à operacionalização do sistema, garantindo a participação popular. A terceira é de que os profissionais desconhecem o processo histórico e político de criação do SUS e, mais ainda, desconhecem o ato em saúde, que é o ato político de reconhecimento da saúde enquanto direito social.

A quarta Hipótese, por sua vez, é de que, no cotidiano das práticas de saúde, o cuidado não é o paradigma incorporado pelos profissionais como o previsto nas Normas de Operacionalização do SUS, ou mesmo na legislação em geral sobre o SUS, permanecendo o modelo de atenção em saúde ligado ao Modelo de Seguro Social e ao INAMPS/INPS e não ao critério da universalidade intrínseco ao Modelo de Seguridade Social.

A primeira hipótese a ser investigada diz respeito ao problema do enquadramento do SUS como Direito Social. Assim, o SUS só se efetiva plenamente na promoção da saúde, segundo suas diretrizes, fundamentos e metas se também efetivar-se no exercício dos Direitos Políticos.

Desta forma, analogamente ao entendimento do processo saúde/doença envolvendo o ser humano em sua totalidade, bem como a totalidade dos aspectos sociais, físicos e emocionais, é o entendimento de que os Direitos Sociais só se efetivam se os Direitos Políticos e os Direitos Cíveis se efetivarem também proporcionando ao cidadão atingir a totalidade e a plenitude de seus direitos.

Assim sendo, uma das grandes questões e, poderíamos dizer, confusão que é feita a respeito da natureza e característica dos Direitos Políticos diz respeito a participação ou efetivação da participação política na esfera política, que é composta por Estado e Sociedade Civil.

Destarte, pensa-se, a grande maioria dos cidadãos, que os direitos políticos se referem, basicamente, a votar e ser votado e, desta forma, exercer uma parte do Direito Político que é participar do processo democrático de escolha dos representantes do Executivo ou do Legislativo.

Se ampliarmos a compreensão de que a Esfera Política não se refere ou restringe-se ao exercício político partidário e/ou eleitoral, entendemos que todos os atos praticados publicamente/coletivamente por cidadãos, individualmente ou coletivamente, organizados em torno de associações, entre outros, são políticos.

Desta forma, desenvolvemos o argumento nesta tese de que para o desempenho adequado do SUS, para sua consolidação enquanto um direito universal é tão necessário e central, quanto a prestação da assistência e fomento da atenção, o seu entendimento e a participação em sua gestão. Assim, o SUS é um Direito Político e neste ponto reside um de seus entraves.

Por que o SUS é um Direito Político? Porque enquanto direito político requer a participação efetiva das pessoas envolvidas. Destarte, o bom desempenho do SUS (Campos e Amaral, 2007, p. 856) está vinculado à participação dos sujeitos (usuários, profissionais e gestão), não só na assistência de saúde, mas em sua gestão, senão apenas vigora enquanto uma benesse, uma concessão do Estado aos cidadãos (MARTINS, 1994), que nem são considerados cidadãos, haja vista que são divididos em classes de cidadania (CARVALHO, 2002), porque a condição *sine qua non* para a cidadania é o seu exercício. No caso do SUS, a participação se dá na utilização e na formulação dos serviços (Conselhos e Conferências, Equipes de Referências, Redes de Atenção, etc).

Outro elemento que norteou a elaboração desta pesquisa foi a hipótese de que as queixas relatadas pelos usuários, quanto a qualidade do serviço prestado pelo SUS, estão diretamente ligadas ao entendimento de sua estrutura e dinâmica (BOSI e AFFONSO, 1998).

Dito de outra forma, o não funcionamento adequado do SUS, que resultada no mal desempenho dos profissionais de saúde, pode ocorrer pelo não entendimento de suas atribuições, estrutura, organização e assistência ou ainda, pela própria formação estrutural das instituições públicas, especialmente de saúde no Brasil, em que a ideia de coisa pública e sua relação direta com a noção de direitos ou a consolidação dos direitos sociais ainda é preliminar ou problemática.

É importante identificar os fenômenos relacionados ao SUS ao longo desses anos, sobretudo com relação as pesquisas acerca do SUS, que se tornam relevantes para avaliarmos, enquanto usuários também, a eficiência e a atuação do SUS, haja vista que são mais de duas Décadas de atuação do sistema universal de saúde, o que por si só já merece atenção. Além de que o Sistema é alvo constante de críticas e denúncias por parte do Ministério Público e da imprensa nacional, especialmente de caráter sensacionalista.

O momento atual é oportuno para a aplicação da pesquisa, pois o SUS, ou a saúde em geral no Brasil, tem sido alvo de mudanças constitucionais impulsionadas por políticas de Ajuste Fiscal implementadas pelo atual Governo Federal, o governo do Presidente Michel Temer, que atingem diretamente os Direitos Sociais, especialmente Saúde e Educação.

Cabe salientar que Michel Temer tornou-se Presidente da República após um golpe de Estado, um golpe civil que mudou a Presidência da República por meio de um processo ilícito e duvidoso de *impeachment* da Presidente Dilma Russef, liderado pela elite econômica do país e apoiado pelos grupos políticos tradicionais e oligárquicos como os ruralistas ou representantes da grande indústria.

O Governo Temer tem baseado suas ações no discurso da necessidade de Reformas Fiscais que, na prática, ameaçam a garantia da Saúde como um Direito Constitucional de responsabilidade do Estado, colocando em risco todo o processo de participação política democrática de gestão do SUS.

Ao mesmo tempo, alguns acontecimentos, talvez em si mesmos triviais, constituem indicadores sociais e ideológicos do retrocesso. Direitos sociais que há vinte anos se imaginava definitivamente conquistados retrocedem sob a artilharia neoliberal, e o discurso da responsabilidade funde sem pudor contribuinte, usuário e cidadão (CIRIZA, 2006, p. 55).

Apesar do discurso de crise econômica e, portanto, da necessidade de reformas, o que se tem visto até o momento no Governo Temer e a adoção de uma política neoliberal que

se expande pelo mundo e que já se tentou aplicar no Brasil, no Governo de FHC. Estas Reformas implementadas pelo Governo Temer representam uma ameaça ao Sistema de Saúde brasileiro, universal e compreendido como direito, haja vista que outros setores da economia e outros direitos não são atingidos. O que se vê é, pois, um ataque aos Direitos Sociais, especialmente aos direitos ligados a oferta de serviços por parte da iniciativa privada, como é o caso da Saúde e da Educação, por exemplo.

Não se fala em investir, se fala em cortar gastos e, assim, os Direitos são classificados como elementos de custeio por parte do governo. Custeio este que pode ser assumido pelos cidadãos, aniquilando com os fundamentos dos Direitos Sociais.

Neste cenário, faz-se necessário empreender um esforço em identificar o que os profissionais de saúde do Cariri Paraibano entendem por direitos, especialmente, que representações estabelecem entre saúde e direitos.

Desta forma, na tentativa de apreender o cenário em que as instituições de saúde se desenvolvem no país, a partir do estudo da região do Cariri Paraibano, busca-se a utilização da perspectiva das Representações Sociais, partindo da ideia de que são construídas dentro de um processo coletivo de difusão de informação (HERZLICH, 2005).

As representações sociais estão ligadas a sistemas de pensamento mais largos, ideológicos ou culturais, e a um estado de conhecimento científico. As instâncias institucionais, os meios de comunicação midiáticos ou informais intervêm na sua elaboração, por meio de processos de influência social. Jodelet (2001) refere, ainda, que as representações sociais formam sistemas e dão origem a ‘teorias espontâneas’, como versões da realidade que incarnam em imagens cheias de significação.

Assim, esta tese parte dos seguintes questionamentos: Qual a representação social feita pelos profissionais de saúde no Cariri Paraibano a respeito do SUS? Em que medida o entendimento sobre o SUS influencia a qualidade do atendimento prestado pelos profissionais de saúde no SUS? As práticas de saúde dos profissionais seguem os fundamentos, diretrizes e metas do sistema de Saúde? Em que medida o modelo sanitário de atenção à saúde é seguido pelos profissionais?

Tomamos neste trabalho, como aspecto central da pesquisa, o paradigma de Atenção em Saúde, conceito este que marca a cisão entre o modelo biomédico e o modelo sanitário e preventivo. Essa divisão marca a distinção entre o campo da assistência e prevenção, e ainda o entendimento da saúde como uma dimensão coletiva e, não apenas, individual (QUEIROZ, 1986).

Em outras palavras, a noção de Atenção em Saúde, tomada neste trabalho, visa enfatizar a tendência a coletivização da saúde, com fins preventivos que caracterizam a saúde pública em detrimento do foco na assistência médica e, portanto, individual e curativa.

Desta forma,

A compreensão do termo ‘atenção à saúde’¹ remete-se tanto a processos históricos, políticos e culturais que expressam disputas por projetos no campo da saúde quanto à própria concepção de saúde sobre o objeto e os objetivos de suas ações e serviços, isto é, o que e como devem ser as ações e os serviços de saúde, assim como a quem se dirigem, sobre o que incidem e como se organizam para atingir seus objetivos (MATTA e MOROSINI, 2009).

Atenção à Saúde é tomado como elemento estruturante do sistema e das práticas de saúde, de acordo com a demanda da população assistida visando expressar os programas, políticas, estratégias e serviços de saúde inseridos e consonante com o modelo estruturador do sistema, ou melhor, com seus princípios, diretrizes e metas (MATTA e MOROSINI, 2009).

Em contrapartida, o conceito de Cuidado em Saúde é utilizado como preconizado e adotado pela Ministério da Saúde, como norteador da noção de Humanização e da constituição da Rede HumanizaSUS.

Assim, “cuidado em saúde significa dar atenção, tratar, respeitar, acolher o ser humano. O cuidado em saúde é uma dimensão da integralidade em saúde que deve permear as práticas de saúde”.²

Em outra medida:

‘Cuidado em saúde’³ é o tratar, o respeitar, o acolher, o atender o ser humano em seu sofrimento – em grande medida fruto de sua fragilidade social –, mas com qualidade e resolutividade de seus problemas. O ‘cuidado em saúde’ é uma ação integral fruto do ‘entre-relações’ de pessoas, ou seja, ação integral como efeitos e repercussões de interações positivas entre usuários, profissionais e instituições, que são traduzidas em atitudes, tais como: tratamento digno e respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo. (PINHEIRO, 2009).

¹ Grifo do autor.

² Disponível em <http://www.redehumanizasus.net/89342-o-que-e-cuidado-em-saude#sthash.ykVIRz7d.dpuf>. Acesso em 02/11/2015.

³ Grifo do autor.

Os conceitos de Atenção e Cuidado não são excludentes. Contudo, este trabalho não se centra sobre o Cuidado em Saúde da forma como foi supracitado, pois não envolve a participação dos usuários enquanto componentes da população selecionada para a coleta de dados. Antes, busca compreender como a Atenção em Saúde efetiva os Direitos Políticos e sociais, nos remetendo às questões macro que envolvem a gestão e operacionalização do SUS como elemento de *Cidadanização*.

A *Cidadanização* é o conceito reelaborado nesta tese, a partir dos resultados da pesquisa realizada com profissionais de saúde do Cariri paraibano a respeito das representações sociais sobre o SUS. A *Cidadanização* é concebida como um processo de ativação da cidadania que ultrapassa a concepção média de cidadania, sendo composta por dois mecanismos político-ideológico.

O primeiro mecanismo realiza-se no plano ideológico, no decurso do entendimento e internalização da noção de cidadania, seus fundamentos, componentes e desdobramentos conceituais. Trata-se de o sujeito compreender o que é e a importância que a cidadania tem na constituição dos espaços democráticos e como elemento de execução da participação política e da igualdade civil.

O segundo mecanismo funciona como instrumento de reivindicação de direitos, que se consubstancia na ação direta dos sujeitos na busca pela satisfação de suas demandas sociopolíticas e no processo de acionamento das instâncias e instituições de efetivação da cidadania.

A *Cidadanização* ocorre quando a Cidadania, apesar de formalizada dentro da sociedade, institucionalizada pelo Estado e materializada no discurso dos sujeitos não se efetiva realmente. Em outras palavras, quando existe, mas não funciona. E não funciona exatamente porque os sujeitos não se apropriam dela em sua ação política, como bem nos lembra Marshall (1967) *apud* Sales (1994, p. 31) “pois aqui, como alhures, a cidadania não é alguma coisa que nasce acabada, mas é construída pela adição progressiva de novos direitos àqueles já existentes”.

A Cidadania é constituída por alguns elementos fundamentais como a liberdade, a igualdade, a democracia, a garantia constitucional de direitos, a existência de instituições que possibilitem ao cidadão usufruir de seus direitos, garantidos pelo Estado, entre outros. Quando alguns destes elementos não existem ou funcionam inadequadamente ocorre a formação, do que Carvalho (2002) denomina, de “cidadão de primeira, segunda e terceira classe”.

Para Costa (2016, p.4), a *Cidadanização* é um processo, “de transformação de um indivíduo em um verdadeiro cidadão, consciente de seus direitos e deveres, participativo nos processos decisórios de sua comunidade e apto a viver na pós-modernidade de forma crítica e construtiva”.

Desta maneira, a *Cidadanização* é tomada neste trabalho como um processo baseado na participação política dos sujeitos, que pretende resgatar o significado dos elementos básicos de constituição da cidadania como a igualdade, por exemplo, afim de realmente efetivá-los na sociedade em geral, não apenas no plano jurídico-civil⁴.

Consequentemente, entendemos que o Cuidado em Saúde só ocorre quando existe a *Cidadanização* do SUS. Ou melhor, o Cuidado em Saúde se materializa por meio de atitudes dos sujeitos envolvidos. O Cuidado é mais do que a oferta dos serviços de saúde. Antes de tudo se traduz por meio de acesso digno ao tratamento, manutenção de um ambiente respeitoso, com acolhimento e formação de vínculo entre profissionais (os ofertantes do serviço) e usuários (os demandantes do serviço). Portanto, como este trabalho não utilizou os usuários como interlocutores da pesquisa de campo, a perspectiva utilizada será a da Atenção à Saúde, como definida anteriormente.

Relacionando o objeto deste estudo com suas hipóteses escolhemos a população que forneceu o material que deu suporte a elaboração do conceito de *Cidadanização*. Desta forma, escolhemos trabalhar com as equipes das Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) como expressão da variedade de serviços prestados e da ação interdisciplinar dos profissionais envolvidos e que compõem a equipe das UBSF.

Assim, compreendemos que as UBSF representam o acesso inicial, ou como muitos profissionais de saúde denominam, “a porta de entrada aos serviços de saúde”. Também optamos por utilizar o termo Unidade Básica de Saúde da Família e não só o termo Unidade de Saúde ou Unidades Básica de Saúde por entendermos que as práticas de saúde desenvolvidas nas UBSF, bem como a política pública norteadora das UBSF é a da Estratégia Saúde da Família (ESF).⁵

Nesta perspectiva, compreendemos por Equipe de Saúde, não só os profissionais oficialmente denominados pelo Ministério da Saúde (MS) como constituintes das equipes das

⁴ “A expressão *cidadanização* foi originalmente trabalhada por Duarte et al. (1993) em artigo que aborda as ações que, nos anos 1980, organizações não governamentais desenvolviam em bairros populares do Rio de Janeiro. Tratando-se de um amplo projeto de incorporação social e política de certas categorias sociais marginalizadas que se apoia sobre o triplo processo de individualização, racionalização e responsabilização, parece-me que o conceito pode também ser aplicado ao que vem acontecendo desde os anos 1960, em diferentes países ocidentais, com as chamadas sexualidades e expressões de gênero não normativas”. (CARRARA, 2016, p. 4).

⁵ A respeito desta política ver: ROSA (2005); CONILL (2002) e ANDRADE (2006).

UBSF, bem como todos os chamados funcionários das UBSF, a partir da adoção do conceito de Equipe Ampliada. Sendo assim, oficialmente tratamos com a equipe formada por: Médico; Enfermeiro; Auxiliar de Enfermagem; Odontólogo; Auxiliar de Consultório Odontológico; Agente Comunitário de Saúde⁶ (equipe oficial da ESF). E também com o Auxiliar de Serviços Gerais, a Recepcionista e o Vigilante (estes quando existente).

A noção de Equipe Ampliada, neste trabalho, parte do entendimento de que o usuário tem contato nas UBSF não só com os profissionais qualificados em saúde, mas com outros funcionários que também prestam serviços em saúde.

Assim, ao procurar às UBSFs se deparam com outros funcionários antes do atendimento com o profissional (médico, enfermeira, odontólogo, por exemplo) e que também integram a equipe ou o serviço.

Desta forma, a presente tese pretende inserir-se nesse debate, obtendo e analisando informações acerca das representações dos profissionais no contexto do SUS no Cariri Paraibano, região ainda não pesquisada por outras instituições que não as instituições oficiais de saúde.

Para tal, esta tese apresenta os seguintes objetivos: Objetivo Geral: Compreender as Representações Sociais feitas pelos profissionais das Unidades Básicas de Saúde da Família no Cariri Paraibano sobre o Sistema Único de Saúde e sua relação com os Direitos Políticos. Especificamente: Analisar o entendimento dos profissionais de saúde a respeito dos processos históricos de criação dos princípios e diretrizes que regem o SUS; Identificar como os profissionais de saúde das UBSF pensam ou formalizam a relação entre o SUS e os direitos sociais e políticos; Avaliar o grau de conhecimento a respeito das políticas públicas de saúde, regulamentação de estratégias e operacionalização na UBSF; Analisar a relação entre as práticas em saúde e os paradigmas de atenção e cuidado na efetivação da cidadania em saúde.

A escolha desta região para pesquisa justifica-se pela carência de pesquisas sobre a realidade regional e, conseqüentemente, a escassez de dados que podem servir para a formulação de políticas públicas que visem o desenvolvimento da região e que proporcionem qualidade de vida aos seus habitantes, bem como pela escassez da oferta de serviços de saúde.

Várias pesquisas e estudos tem sido desenvolvidos no Brasil e no mundo tendo como ponto de partida os profissionais de saúde. a exemplo da pesquisa desenvolvida com médicos por Queiroz; Campos; Merhy (1992. p. 34) no município de Campinas - SP, em que “o modo

⁶ A quantidade de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) numa UBSF varia de acordo com a quantidade populacional ou população adstrita e área de cobertura que a UBSF é responsável, podendo chegar até a 12 ACSs numa mesma UBSF.

como os médicos da rede básica de serviços de saúde percebem, avaliam e representam o processo de municipalização dos serviços é, assim, entendido como crucial para o sucesso do mesmo”.

Da mesma forma que ocorre com os médicos, outrora tomado como centrais na assistência em saúde, ocorre com os profissionais de saúde tomados a partir da concepção holística e multidisciplinar que se fundamenta a Atenção Básica, especialmente a Estratégia Saúde da Família.

Sendo assim, esta pesquisa pretende contribuir para a diminuição ou fim da escassez de pesquisas sobre a região do Cariri Paraibano, formada por 29 municípios, alguns deles figurando entre os primeiros 20 IDHs do estado, num total de 223 municípios.

A escolha da população para a realização desta tese, não ocorreu, apenas, pela escassez de pesquisas sobre a região, mas também sobre a escassez de serviços de saúde na região. Portanto, o foco sobre os profissionais de saúde das UBSF se deve ao fato dos mesmos representarem, em muitos municípios da região do Cariri paraibano, o único acesso aos serviços de saúde.

Os profissionais do PSF são responsáveis pela prestação dos serviços destinados à atenção básica de saúde nos municípios que, em muitos casos, é a única opção de atendimento à população. Neste sentido, suas crenças são de extrema relevância pois, podem auxiliar na identificação dos entraves desta política pública (OLIVEIRA e ALBUQUERQUE, 2008, p. 238).

Sob outro panorama, a escolha dos interlocutores da pesquisa é central para o entendimento do papel da cidadania neste trabalho, ao passo que as práticas de saúde dos interlocutores, neste caso dos profissionais de saúde, são envoltas num contexto social e político próprios ao sistema de saúde em questão e que se pretendeu apreender.

Já definida a população, bem como o local de realização da coleta de dados, passamos ao tipo de estudo adotado para análise dos dados. Assim, o presente estudo é do tipo exploratório com abordagem quantitativa e qualitativa, através de técnica de pesquisa de campo, com utilização de instrumental em forma de questionário, entrevista e grupo focal, baseadas como categoria analítica na Teoria das Representações Sociais.

Segundo Gil (2002), no estudo de campo, o pesquisador realiza a maior parte do trabalho pessoalmente, no sentido do próprio pesquisador ter uma experiência direta com a situação de estudo. Também exige do pesquisador que permaneça o maior tempo possível na

comunidade, pois somente com essa imersão na realidade é que se pode entender as regras, os costumes e as convenções que regem o grupo de estudo.

Neste trabalho foram adotadas técnicas quantitativas e qualitativas para coleta e análise dos dados. A análise quantitativa, como bem lembra Trivinos (1992), refere-se a dados que tem um tipo de objetividade e de validade conceitual. Assim, a análise quantitativa transforma em números opiniões e informações, por meios de recursos e técnicas estatísticas para classificá-las e analisá-las.

Neste trabalho, os dados quantitativos referem-se às questões fechadas dos questionários aplicados, enquanto um dos instrumentais de coleta de dados. Estes dados já tratados aparecem em forma de gráficos e tabelas.

Contudo, a utilização de uma linguagem matemática, numérica para ilustrar alguns dados serve, apenas, para a demonstração das informações coletadas no processo de pesquisa. Portanto, como não foi utilizada uma técnica estatística mais refinada não cabe classificarmos esta pesquisa como do tipo quantitativa, já que os dados quantitativos funcionam como elementos secundários de análise para caracterizar o grupo pesquisado, amostra, ou situações pontuais relativas ao trabalho, como tempo de serviço por exemplo. Os procedimentos técnicos quantitativos utilizados nesta pesquisa são do tipo Levantamento, como proposto por Trivinos (1992).

Esta pesquisa caracteriza-se como qualitativa por apresentar uma técnica e um método. Técnica de coleta de dados e Método de análise dos dados. Assim, a análise qualitativa utilizou as técnicas de Questionário, Entrevista Temática e de Grupo Focal e como método de análise dos dados, a Análise de Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) proposta por Lefevre & Lefevre (2003) e a teoria das Representações Sociais formulada por Moscovici (2013) e Jodelet (2001).

Sendo do tipo qualitativa esta pesquisa se deteve a experiências sensíveis do sujeito. Para tal considerou este sujeito como coletivo. Assim, o Sujeito Coletivo se expressa, então, através de um discurso emitido no que se poderia chamar de primeira pessoa (coletiva) do singular. Trata-se de um eu sintático que, ao mesmo tempo em que sinaliza a presença de um sujeito individual do discurso, expressa uma referência coletiva na medida em que esse fala em nome de uma coletividade. Partindo-se do suposto que o pensamento coletivo pode ser visto como um conjunto de discursos sobre um dado tema, o Discurso do Sujeito Coletivo visa dar luz ao conjunto de individualidades semânticas componentes do imaginário social (LEFEVRE, LEFEVRE e TEIXEIRA, 2000).

Ressaltamos que a coleta de dados foi realizada com os profissionais de saúde que aceitaram participar da pesquisa, inclusive formalizando sua participação através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A).

Sobre o posicionamento ético da pesquisa, a elaboração do projeto e a consequente execução da pesquisa seguiram o que está convencionado pela Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, que dispõe sobre as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa com Seres Humanos, publicada pelo Conselho Nacional de Saúde. Especialmente esta pesquisa observou os Artigos II.2; II.5; II.14 e II.23, este último que trata especificamente do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Com relação ao anonimato dos interlocutores, o mesmo foi garantido oficialmente no TCLE e mantido durante a apresentação dos dados. Desta forma, não aparecem os nomes dos interlocutores, nem qualquer referência ao município ou a UBSF em que trabalham, afim de preservar o anonimato dos mesmos e garantir a maior imparcialidade sobre os dados coletados.

Outrossim, também como o intuito de preservar a identidade dos interlocutores e, consequente anonimato, este trabalho não descreve as UBSF no tocante a composição da equipe de saúde ou estrutura física, nem tampouco traz imagens das UBSF, nem dos profissionais que nelas trabalham. Elencou-se como critério de identificação dos interlocutores, sua ocupação dentro da UBSF, sua idade e seu tempo de trabalho na área de saúde.

Na fase de Coleta de Dados foram utilizados três tipos de Instrumentos de Coleta de Dados, sendo eles: Questionário (Apêndices B), Roteiro de Entrevista Semiestruturada (Apêndice C) e Roteiro de Mediação de Grupo Focal (Apêndice D).

O questionário é composto por vinte e sete (27) perguntas, sendo doze (12) perguntas abertas e quinze (15) perguntas fechadas. O questionário foi elaborado seguindo as orientações de Vieira (1999).

Os dados quantitativos, obtidos através das questões fechadas foram tratados segundo Trivinos (1992) e Barbetta (2003). As respostas das questões abertas do questionário também tratadas com a técnica de Análise do Discurso do Sujeito Coletivo proposta por Levefre e Levefre (2003), bem como o material resultante da entrevista e do grupo focal.

O Roteiro de Entrevista semiestruturada contou com onze (11) perguntas e foi elaborado segundo indicações de Boni e Quaresma (2005) e de Albarello *et. al.*(1997). Por fim, o Roteiro de Mediação de Grupo Focal foi elaborado seguindo as técnicas descritas por

Dias (2000), Gatti (2005) e Pelicioni (2001), sendo centralizado em três eixos norteadores: O que é o SUS; as modalidades de participação política e; A organização do trabalho nas UBSF.

Toda a coleta de dados foi realizada pela própria pesquisadora junto à população, bem como as demais etapas de tratamento e análise dos dados. O que possibilitou uma melhor inserção ao campo de pesquisa, vivenciando as dificuldades e propiciando uma melhor reflexão sobre o fazer ciência social no Brasil, mais especificamente na Paraíba, e sobre as peculiaridades do campo.

Cabe um esclarecimento sobre um dos elementos Pré-Textuais, mais precisamente sobre a “lista de categorias”. A Lista de Categorias aparece destacada da Lista de Figuras por esta compor um dos elementos do método de Análise do Discurso do Sujeito Coletivo proposto por Levefre e Levrefre (2003), que foi adotado como instrumento metodológico neste trabalho.

Detalhadamente este trabalho está organizado da seguinte maneira. O Capítulo 2, sob o título “Que Discursos as Falas Representam”, abordou a conceituação e aplicabilidade da Teoria das Representações Sociais e do método de Análise de Discurso do Sujeito Coletivo como suporte para tratamento e análise dos dados coletados nesta pesquisa. Também no Capítulo 2 se estabelece uma discussão a respeito da possibilidade de representação das opiniões dos profissionais de saúde de forma coletiva e tomados enquanto sujeitos da ação social.

A reflexão acerca do caráter coletivo das representações sociais se acosta na discussão do conceito de Representações Coletivas em Durkheim (1994) e de Representações Sociais em Moscovici (2013).

Desta forma, o Capítulo defende a proposição de é possível representar o discurso coletivo de um determinado grupo social ou de determinados sujeitos que tenham uma característica em comum. É possível que a partir da tomada do discurso individual este seja agrupado em categorias analíticas que permitam a apreensão de um discurso coletivo.

Assim, o discurso individual passa a ser tomado como a manifestação do pensamento coletivo, do pensamento em comum que este grupo de sujeitos, em particular, tem a respeito do fenômeno ou objeto estudado. O discurso individual passa a ser agência de ilustração das representações sociais tomadas em coletividade.

Para tal, o Capítulo 2 foi construído partindo-se de conceitos chaves como Consciência, Ideologia, Teoria das Representações Sociais, Sujeito e Indivíduo. Neste Capítulo, também está estabelecida uma reflexão sobre o caráter autônomo da ação dos Sujeitos, bem como sobre a influência que a Ideologia tem sobre os Sujeitos, enquanto

instrumentos de construção de uma realidade social formulada por um modelo ideológico específico.

Sujeito é, então, o termo adotado por este trabalho para indicar quem executa a ação. Nesse sentido o sujeito tomado nesse trabalho não é sujeito marxiano, que efetuou a tomada de Consciência e desempenha suas ações e funções na sociedade visando romper com sua condição de exploração ou subordinação.

O sujeito deste trabalho desempenha ações, nem sempre conscientes da sua condição real na estrutura e dinâmica social, pois está envolvido e compõe um sistema ideológico de ordenação do mundo social que ultrapassa sua ação ou vontade individual.

Contudo, este Sujeito não é apático, nem tampouco desprovido de capacidade argumentativa e reflexiva. É antes de tudo, um Sujeito que tem, a partir da sua participação política, a possibilidade de interagir e modificar seu contexto sócio-histórico.

Assim, a ação do sujeito é consciente, mas permeada por um sistema de significados, de regras, de normas, de comportamento e de representações do mundo social, tanto em seu aspecto ideológico quanto material.

Por participação política e por ação política tomamos todos os acontecimentos da vida social em que há interação entre os sujeitos, não só as ações estritamente ligadas à esfera ou às instituições políticas.

Desta forma, a participação política é tomada como em Aristóteles (1997), que vê o ser humano como um animal político, ou seja, que confere a dimensão política a toda ação social do ser humano.

Esta acepção da participação política permite que o ato de procurar os serviços de saúde, por parte dos usuários, também seja político, bem como as práticas de saúde desempenhadas pelos profissionais de saúde também sejam um ato político, pois estão permeadas por este sistema ideológico que regula e interfere nas suas escolhas por este ou aquele procedimento.

Na perspectiva de construção deste Capítulo, o termo Discurso é tomado como indicativo da representação de uma ideia coletiva. Ao passo que o termo “Fala” é referido como a representação de uma ideia individual, como na distinção feita por Fiorin (2007).

Seguindo a mesma linha de observação, aborda-se o conceito de Discurso Competente formulado por Chauí (2011), no intuito de argumentar a respeito do caráter político dos discursos como orientadores das práticas dos sujeitos, especialmente em coletividade ou orientadas para tal.

Por fim, o Capítulo 2 encerra-se com a ilustração da aplicação da Teoria das Representações Sociais e do método de Análise do Discurso do Sujeito Coletivo a partir dos dados obtidos nesta pesquisa. Neste item do Capítulo é demonstrado como se faz o tratamento dos dados e, consequente análise dos mesmos sob a luz do arcabouço teórico escolhido.

No Capítulo seguinte, o Capítulo 3, intitulado: “Desvendando o campo e a população”, foi realizada a caracterização dos profissionais de saúde pesquisados e do cenário da pesquisa, bem como o detalhamento do percurso metodológico adotado nesta pesquisa. Também são apresentados os elementos que caracterizam a região do Cariri Paraibano, especialmente acerca dos aspectos socioeconômicos, bem como os serviços de saúde ofertados pelos cinco municípios pesquisados.

No Capítulo 3 em que a população, ou melhor, os interlocutores, no caso os profissionais de saúde das UBSF pesquisadas são caracterizados são apresentados dados referentes ao Sexo, Idade, Tempo de Trabalho, Formação, Renda, entre outros. Também, neste Capítulo, é realizado um relato da experiência de campo, apontado as vicissitudes do trabalho de pesquisa e as particularidades desta pesquisa, sobretudo no tocante ao processo de inserção da pesquisadora no campo.

No Capítulo 4, “Direitos Sociais e Cidadania”, foi apresentado as bases conceituais para o entendimento da formulação de direitos e do exercício da cidadania através da participação política dos agentes subnacionais e da implementação de políticas de saúde, bem como um relato histórico a respeito da constituição do SUS.

Detalhadamente, argumenta-se a respeito da constituição dos Direitos Humanos como uma construção histórica e dependente da ação dos sujeitos envolvidos no processo sociopolítico de sua implementação, bem como a respeito do conceito de Cidadania como basilar do texto Constitucional de 1988, da substituição do Modelo de Seguro Social para o Modelo de Seguridade Social e a adoção da Universalidade, Integralidade e Equidade como princípios de elaboração e fundamentação do Sistema Único de Saúde.

Também no Capítulo 4 se estabelece uma discussão conceitual a respeito de Políticas Sociais e Políticas de Saúde, indicando os modelos norteadores dos programas e dos sistemas de saúde no Brasil ao longo do tempo, como também apresenta os principais fatos históricos e instituições criados a partir das Políticas de Saúde implantadas no Brasil desde a Década de 1920, quando a Saúde Pública e o modelo sanitarista passam a ser adotados como instrumentos da ação estatal.

O ponto chave deste Capítulo supracitado é a reflexão sobre o Movimento de Reforma Sanitária Brasileira e de sua influência sobre elaboração do SUS. Este Capítulo

termina com um apontamento sobre as políticas para à saúde do atual Governo Federal e que estão diretamente ligadas ao conceito de *Cidadanização* do SUS, pois relacionando o cenário político atual de ameaça aos direitos por meio de reformas que atingem diretamente a área social concordamos com Duarte *et. al.* (1993, p.5) quando apontam que a participação política é um dos elementos centrais que efetivam a *Cidadanização*, ao lado da Educação, dois elementos fortemente atacados pelo Governo Temer.

Embora as novas políticas públicas democráticas propiciassem na maior parte dos casos a consolidação da possibilidade formal de acesso à educação letrada e à experiência política - que são consideradas os principais veículos da "cidadanização" - logo se tornou bem claro que a utilização efetiva de tais recursos estava o mais das vezes contida por dificuldades de múltipla ordem, pela manutenção e reprodução de ordens de diferenciação dos sujeitos sociais face ao Estado moderno.

As Reformas Neoliberais e a relação da iniciativa privada com o sistema público de saúde são importantes para pensarmos o último Capítulo, o Capítulo 5, “Cidadania, Participação e Práticas de Saúde”, que centra sua análise sobre a discussão entre os conceitos de Cidadania e Participação, bem como sobre a gestão e operacionalização dos serviços de saúde, tendo como base para tal o conceito de autonomia dos sujeitos e qualidade em saúde.

No Capítulo supracitado, são apresentados em maior volume os dados referentes às informações obtidas com os interlocutores, ilustrados em forma de gráficos, tabelas, quadros do DSC e em falas em destaque utilizando-se a técnica de Entrevista Temática (ALBERTI, 1990).

Apresenta-se, ainda, uma discussão sobre os conceitos de Cidadão-Cliente e Cidadão-Usuário, assim como uma análise da representação que os profissionais de saúde pesquisados fazem acerca do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).

O que este Capítulo pretende é apresentar os elementos que ameaçam a saúde como um direito universal, entre eles a contratação de serviços de saúde do setor privado e a noção de saúde enquanto mercadoria. Para isso, apresenta os dados resultantes das informações dos próprios profissionais de saúde.

Apesar dos dados serem apresentados ao longo do trabalho, é no Capítulo 5 que os dados melhores se concentram e que estão apresentados os resultados de pesquisa, já mencionados no Resumo deste trabalho.

Desta forma, neste Capítulo demonstramos a questão do clientelismo como elemento norteador da composição das Equipes de Saúde e, conseqüentemente como elemento responsável pela Qualidade dos serviços de saúde ofertados pelas UBSF.

A utilização da mentalidade orientadora das práticas de saúde dos profissionais ainda baseadas no Modelo de Seguridade Social e no INAMPS. A dificuldade de introjeção e adoção do paradigma sanitarista e da visão holística sobre o processo saúde-doença, bem como a representação que os profissionais de saúde fazem a respeito da Atenção em Saúde e da noção de participação política no cotidiano do SUS.

Esperamos que este trabalho tenha alcançados seus objetivos e possa contribuir para o avanço da pesquisa no Brasil e para a formulação de políticas públicas para a região do Cariri Paraibano, já que efetua um diagnóstico situacional da condição dos serviços de saúde da região sob a ótica dos profissionais de saúde que nela atuam.

2 QUE DISCURSOS AS FALAS REPRESENTAM: A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E PERCURSO METODOLÓGICO DA PESQUISA

Este Capítulo trata da tentativa de estabelecer um debate entre as bases conceituais que fundamentam este trabalho e os elementos metodológicos escolhidos para elucidar o objeto de estudo desta tese.

Assim sendo, este Capítulo divide-se em três seções que abordam, fundamentalmente, o embate a respeito da existência de um discurso coletivo que possa expressar as representações sociais que os profissionais de saúde do cariri paraibano fazem a respeito de suas práticas de saúde, enquanto direito político exercido por meio do Sistema Único de Saúde.

Nesta perspectiva, lançamos mão de um aporte teórico que nos permita refletir acerca das concepções de existência da dualidade entre um sujeito individual e um sujeito coletivo, que possa ser expresso por meio de um discurso individual e um discurso coletivo. Ou ainda, a respeito da possibilidade de um discurso coletivo, que tomado a partir de um grupo específico possa exprimir as representações sociais que este grupo faz sobre si mesmo e sobre sua atuação profissional. Para tal, usaremos, além da Teoria das Representações Sociais, os conceitos de Consciência e de Ideologia.

2.1 Sujeito Individual e Sujeito Coletivo: ideologia e representação

O discurso dos sujeitos, envolvidos na criação e na recriação das práticas sociais, assenta-se na interação de sua prática cotidiana com outros sujeitos e na ressignificação do mundo em que vive.

Assim, o mundo social é mantido, também, pela reprodução de discursos que alicerçam práticas e elaboram regras e instituições. As instituições sociais, embora criadas a partir de uma necessidade prática em determinado momento histórico e oriundas de um discurso específico, não se constituem atreladas a estes fundamentos iniciais que proporcionaram sua criação.

Antes de tudo, dentro de um movimento dinâmico de criação e recriação, a partir da ação dos sujeitos sociais, estas instituições se constituem, muitas das vezes, por práticas sociais que se distanciam do discurso inicial de sua criação. Ou mesmo os sujeitos que as

constituem não possuem consciência de seus fundamentos, pois estes discursos se naturalizaram ao longo do tempo misturando-se ao que significa a própria instituição.

Em outros momentos, estes discursos se distanciam da consciência dos sujeitos de tal forma que suas práticas sociais não se identificam com os fundamentos discursivos e ideológicos das instituições as quais pertencem e constituem. A noção de consciência é tomada, assim como em Giddens (1989, p. 36), para quem, “neste sentido, ‘consciência’, pressupõe estar o sujeito apto a fazer um relato coerente de suas atividades e das razões que as motivam”.

A questão reside, então, na consciência dos discursos ressignificados e reproduzidos pelos sujeitos envolvidos no momento de sua prática social. Assim, afirma Giddens (1989, p.2):

É a forma especificamente reflexiva da cognoscitividade dos agentes humanos que está mais profundamente envolvida na ordenação recursiva das práticas sociais. A continuidade de práticas presume reflexividade, mas esta, por sua vez, só é possível devido à continuidade de práticas que as tornam nitidamente “as mesmas” através do espaço e do tempo. Logo, a “reflexividade” deve ser entendida não meramente como “autoconsciência”, mas como o caráter monitorado do fluxo contínuo da vida social. Ser um ser humano é ser um agente intencional, que tem razões para suas atividades e também está apto, se solicitado, a elaborar discursivamente essas razões (inclusive mentindo a respeito delas).

Trata-se do questionamento de se as práticas sociais são tomadas enquanto elementos baseados em “uma rotina característica da conduta humana exercida de forma reconhecida”, como afirma Giddens (1989, p.3), ou se as práticas sociais reproduzem um discurso nas quais estão estruturadas, sendo este discurso nem sempre consciente por parte dos sujeitos.

Não pretendo que a distinção entre consciência discursiva e consciência prática seja rígida e impermeável. Pelo contrário, a divisão entre as duas pode ser alterada por numerosos aspectos da socialização e das experiências de aprendizagem do agente. Não há barreiras entre esses dois tipos de consciência; há apenas as diferenças entre o que pode ser dito e o que, de modo, característico, é simplesmente feito. (GIDDENS, 1989, p. 5).

Esta distinção entre o que pode ser dito e o que é simplesmente feito caracteriza e distingue consciência discursiva de consciência prática. Em outra medida, os discursos

encerram em si a consciência e a reflexividade dos sujeitos a respeito do mundo social e de suas ações práticas. Aliado a esses dois tipos de consciência está o conceito de Monitoração Reflexiva, em que a capacidade cognoscitiva do sujeito monitora as ações de outros sujeitos. Para O'Dwyer e Mattos (2009), analisando a Teoria da Estruturação em Giddens (1989), “tratam-se dos componentes não discursivos da consciência, a consciência prática, que permite acesso à cognoscitividade dos agentes”.⁷

Giddens (1984), ao tratar das práticas sociais, não aceita o dualismo social/individual, onde, em uma das versões, a estrutura seria uma força geradora de práticas que engessam a capacidade de mobilização do agente humano e a outra seria um privilégio da intencionalidade e subjetividade nas práticas sociais. (...) O autor ressalta que é importante ser sensível às habilidades complexas que os atores possuem para coordenar os contextos de seu comportamento cotidiano, já que têm um considerável conhecimento sobre as condições e consequências do que fazem em suas vidas cotidianas. Esse conhecimento não é inteiramente suposto nem fortuito para as atividades deles; assim como as consequências do que fazem não deriva de ações intencionais – o que significa dizer que não existe uma estrutura que define tudo, muito menos agentes com autonomia plena (GIDDENS, 1984 *apud* O'DWYER e MATTOS, 2009, p. 610-611).⁸

Apesar de discordar de Durkheim (1996) a respeito do dualismo indivíduo/sociedade, a noção de Consciência Discursiva e Consciência Prática em Giddens (1989) não se choca com a noção de Consciência Individual e Consciência Coletiva. São conceitos diferentes que se alicerçam em debates diferentes sobre a natureza do ser individual e do ser coletivo. Em Giddens (1989), a questão a respeito da coerção que a sociedade exerce sobre o indivíduo, precedendo-o, fundando seu pensamento e moldando suas ações foi superada. A questão reside em uma “rotinização” de práticas sociais nas quais os agentes envolvidos sejam capazes de elaborar um discurso consciente sobre suas ações.

Os agentes devem ter reconhecida a sua cognoscitividade e sua aptidão em dizer acerca das condições de suas ações e de outros agentes. Aptidão que não se restringe ao que eles traduzem discursivamente, já que o agente também monitora um conhecimento tácito sobre o continuar das práticas

⁷ “A consciência prática seria um aprendizado que acontece naturalmente assim como o aprendizado da linguagem; o que os atores sabem (creem) acerca das condições sociais, incluindo especialmente as de sua própria ação, mas não podem expressar discursivamente; nenhuma barreira repressiva, entretanto, protege a consciência prática, como acontece com o inconsciente”. (GIDDENS, 1984 *apud* DWYER e MATTOS 2009).

⁸ “A ‘estrutura’ pode ser conceituada abstratamente como dois aspectos de regras: elementos normativos e códigos de significação (GIDDENS, 1984 *apud* O'DWYER E MATTOS, 2009, p. 616)

rotineiras. Daí a importância de indicar que esse conhecimento pode ser acessado através da consciência prática e/ou discursiva. (O'DWYER e MATTOS, 2009, p. 617)

Por outro lado, o caráter de consciência dos agentes que desempenham práticas sociais e que devem ter consciência sobre essas práticas nos remete ao debate mais antigo nas Ciências Sociais que diz respeito a distinção entre a noção de pessoa, indivíduo e sujeito.

Assim, grosso modo, podemos situar dentro da tradição de estudos antropológicos, especialmente britânica, como nos estudos de Radcliffe-Brown (1973) por exemplo, a ideia de indivíduo ligada ao aspecto biológico em distinção da ideia de pessoa, enquanto categoria social ou ser que se percebe portador de uma função e de um papel em uma dada sociedade.

Categoria, esta, esmiuçada pela tradição francesa, especialmente por Mauss (2003). Contudo, esse ser biológico não é puramente anatomia e fisiologia. É, antes de tudo, essencialmente biopsicológico.

Portanto, a noção de indivíduo ultrapassa a ideia de pessoa, personagem, de persona, como denominava Mauss (2003) e alcança a consciência de si. Então, dar-se a passagem para o entendimento da individualidade.

Entretanto, a noção de indivíduo remete a ideia, essencialmente moderna, ligada aos fundamentos iluministas e burgueses das liberdades individuais. Desta forma, o indivíduo passa a usufruir da condição de pessoa dotada de consciência própria de si e do mundo social e político no qual está inserido.

Em outras palavras, o ser humano adquire como característica universal e inata, a individualidade, a percepção de sua singularidade diante dos demais seres humanos, segundo Spink (2011) ao analisar o pensamento de Mauss (2003).

Assim, “(...) é evidente, sobretudo para nós, que nunca houve ser humano que não tenha tido o senso, não apenas de seu corpo, mas também de sua individualidade espiritual e corporal ao mesmo tempo” (MAUSS, 2003 *apud* SPINK, 2011, p. 5-6).

Afora os reducionismos, é claro que esta noção da individualidade humana só é possível compreender e se estabelecer dentro de um contexto histórico delimitado no mundo, marcadamente no mundo ocidental pós surgimento do capitalismo e da sociedade burguesa.

Sublinhando essa perspectiva evolutiva, Goldman (1999) considera que, para Mauss, essa autonomização progressiva do indivíduo, em face da totalidade social, só poderia ser entendida como um efeito do desenvolvimento da própria sociedade que, ao se diferenciar internamente, permitiria a particularização concomitante dos seus membros (SPINK, 2011, p. 5).

A necessidade de delimitar e estabelecer os limites da duplicidade entre ser biológico e ser social marcou a perspectiva sociológica, especialmente influenciada por Durkheim (1994), que se esforça por definir as noções de Consciência Individual, Consciência Coletiva e Representações Coletivas. Desta forma, para Durkheim (1996) as Representações Coletivas são crenças e sentimentos.

Quando Durkheim (1996) fala das Representações Coletivas como crenças e sentimentos, ele não as situa no plano das ideias, somente. Antes de tudo, ele as organiza como Fatos Sociais, que exprimem o caráter histórico e coletivo do que é expresso por meio da fala e da orientação das atitudes dos indivíduos.

Portanto, estas Representações tornam-se objeto de estudo da Sociologia. Sucede-se, assim, a diferenciação entre Consciência Individual e Consciência Coletiva que confere à investigação sociológica o arsenal necessário para seu desenvolvimento.

O que Durkheim entende por consciência individual é aproximadamente o mesmo que hoje se entende por “personalidade” na Psicologia – em poucas palavras, o conjunto de traços mentais e emocionais que identificam um indivíduo e o distinguem de todos os outros. Por outro lado, em certa passagem ele define a consciência coletiva como ‘o conjunto de crenças e sentimentos comuns ou comum dos membros de determinada sociedade’ (GALLIANO, 1981, p.57).

O que parece tão bem delimitado em Durkheim (1996), a distinção entre Consciência Individual e Consciência Coletiva situa o ser humano como um ser duplo, capaz de agregar e conter suas próprias impressões sobre o mundo e as impressões dos demais indivíduos sobre o mundo.

Cada vez que a Consciência Individual se aproxima ou confunde-se com a Consciência Coletiva acontece o fenômeno que Durkheim (1999) designa como Solidariedade Mecânica. A Solidariedade Mecânica ocorre em Sociedades Primitivas ou em grupos muito homogêneos e toda vez que a consciência do indivíduo se distancia da consciência coletiva, ou melhor, das representações que o grupo impõe é aplicado algum tipo de sanção que faça com que o indivíduo se dilua no grupo novamente. Nas Sociedades Complexas marcadas pela existência de grupos heterogêneos ocorre a Solidariedade Orgânica.

Contudo, neste ponto não é mais a proximidade entre a Consciência Individual e a Consciência Coletiva o fator de coesão do grupo, mas sim, exatamente o individualismo

resultante da Divisão Social do Trabalho, da especialidade de tarefas, que surge com o modo de produção capitalista. A interdependência entre os indivíduos passa a ser o elemento de coesão neste tipo de solidariedade.

Os desvios são compensados pelo que Durkheim (1999) chama de Direito Restitutivo, ou seja, dentro da ordenação de mundo guiado pela anuência as leis e pelos acordos ou contratos estabelecidos entre os indivíduos inseridos no chamado Estado de Direitos (DAHL, 2012).

Essa dualidade dentro de um mesmo ser não é um elemento conflituoso para Durkheim, que vê na compreensão da distinção entre os tipos de solidariedade a justificativa para as expressões ora individuais ora coletivas de um mesmo indivíduo na sociedade moderna. Assim, o termo indivíduo passa a ser utilizado por Durkheim no sentido de indicar essa dualidade entre o biológico e o social, o individual e o coletivo, entre indivíduo e pessoa.

A maneiras como ambas se formam acaba por diferenciá-las. As representações coletivas são o produto de uma imensa cooperação que se estende não apenas no espaço, mas no tempo, para criá-las, uma multidão de espíritos diversos associou, misturou, combinou suas ideias e seus sentimentos; longas séries de gerações nelas acumularam sua experiência e seu saber. Uma intelectualidade muito particular, infinitamente mais rica e mais complexa que a do indivíduo, encontra-se, portanto, como que concentrada aí. Compreende-se, assim, de que maneira a razão tem o poder de ultrapassar o alcance dos conhecimentos empíricos. Não deve isso a uma virtude misteriosa qualquer, mas simplesmente ao fato de que, segundo uma fórmula conhecida, o homem é duplo. Há dois seres nele: um ser individual, que tem sua base no organismo e cujo círculo de ação se acha, por isso mesmo estreitamente limitado, e um ser social, na ordem intelectual e moral, que podemos conhecer pela observação, quero dizer, a sociedade. (DURKHEIM, 1996, p. XXIII).

A sociedade, neste caso, é tomada como um agregado humano permeado por regras, normas e leis, e constituída por sujeitos que expressam por meio de suas práticas o modo de pensar e agir do grupo sociopolítico ao qual estão inseridos ou do qual são oriundos. Em outra perspectiva, os comportamentos individuais e grupais são regidos por um conjunto de normas, signos e discursos que demarcam o território ideológico e o imaginário coletivo (CHAUÍ, 2011).

Em um primeiro momento, quando a Sociologia se propôs estudar os sistemas sociais, ou mesmo a própria sociedade, apareceu uma distinção entre o pensamento individual e o pensamento coletivo, definido através da noção de Consciência Individual e Consciência

Coletiva em Durkheim (1994), que possibilitou refletir sobre os discursos gerados pelos sujeitos e pela sociedade e mais, pelos sujeitos nas sociedades.

Desta forma, esses estudos iniciais permitiram que se estabelecessem parâmetros entre o pensamento individual e o pensamento coletivo afim de indicar em que medida ocorre a interação entre indivíduo e sociedade, em que medida um reflete, influencia e compõe o pensamento do outro. A vida coletiva, como a vida mental do indivíduo, está constituída de representações; e é presumível, por isso, que as representações individuais e as representações sociais sejam, de certo modo, comparáveis. (DURKHEIM, 1994)

Estas representações a que Durkheim (1994) se refere trata-se do conjunto de crenças e sentimento comum a indivíduos em uma dada sociedade. “(...) a sociedade é uma realidade *sui generis*; tem suas características próprias que não se encontram, ou que não se encontram da mesma forma, no resto do universo” (DURKHEIM, 1996, p. XXIII).

Desta forma, desmitifica-se o conflito indivíduo/sociedade, geral/particular, como se o todo resultado direto da soma das partes e, como se a soma dos indivíduos representasse o coletivo.

Em outras palavras, “(...) as representações que as exprimem têm, portanto, um conteúdo completamente distinto das representações puramente individuais, e podemos estar certos de antemão de que as primeiras acrescentam algo às segundas” (DURKHEIM, 1996, p. XXIII).

Desta forma, o evolucionismo social presente nas obras de Durkheim (1996) e Mauss (2003) em que o conceito de indivíduo transforma seu aspecto individual (biológico) em coletivo ou social (pessoa) passa a incorporar o aspecto psíquico nos estudos a respeito do *Self* e do *Selves* em Mead (1969).

Nesse ponto, os esquemas comparativos entre o individual e o coletivo, ou ainda no processo de compreensão sobre a individualização nas sociedades ocidentais modernas, sobre a prevalência científica dos resultantes de processos das experiências individuais e da relação entre *selves* e os processos mentais, se sobressai o aspecto evolucionista já que “as sociedades se desenvolvem tal como as formas animais se desenvolvem, ajustando-se aos problemas que encontram à sua frente” (MEAD, 1969 *apud* SPINK, 2011, p. 8).

Spink (2011) afirma que seguindo esta linha evolucionista estão os estudos de Spencer, Straus e Mead sobre o *Self* ou ainda o *Selves* (plural). Ainda que evolucionistas estes autores inverteram a lógica durkheimiana e situaram o indivíduo acima da sociedade e do Estado reconhecendo a primazia da vida social.

Na consolidação do *Self* enquanto categoria analítica aparecem dois elementos essenciais a sua compreensão, a noção de sujeito e a noção de objeto. Assim, para que exista um sujeito é necessário que exista um objeto em interação com esse sujeito.

O termo sujeito, usado a partir da noção de *Self*, indica o surgimento da categoria do ser humano como ser psicossocial. Para ele, o *self* emerge por meio da habilidade de assumir a atitude do grupo ao qual pertence. Além disso, a estrutura da sociedade está impregnada nos hábitos sociais e, na medida em que introjetamos esses hábitos, é que nos tornamos *selves*. (SPINK, 2011, p.9).

A noção de *Selves* é elaborada a partir da observação da capacidade que as crianças desenvolvem em assumir o papel do outro no ato de brincar, ou ainda de internalizar as regras do jogo.

Desta forma, Mead (1969 *apud* SPINK, 2011) elabora o conceito de “outro generalizado”, em que o indivíduo realiza um processo de cooperação social ao direcionar seus comportamento de acordo com as atitudes genéricas adotadas no comportamento observável dos demais. “(...) para Mead, é um processo de conversação consigo mesmo, quando se assumem as atitudes comuns do grupo e quando os símbolos usados são comuns ao grupo, de modo que o sentido seja compartilhado” (SPINK, 2011, p. 10).

Neste ponto, retomamos o conceito de Monitoração Reflexiva em Giddens (1989), em que “(...) os atores não só controlam e regulam continuamente o fluxo de suas atividades e esperam que outros façam o mesmo por sua conta, mas também monitoram rotineiramente aspectos sociais e físicos dos contextos em que se movem” (O'DWYER e MATTOS, 2010, p. 615).

Esse conjunto de símbolos e significados utilizados pelos indivíduos na formação do *selves* só é possível porque pode ser traduzido ou se torna inteligível em forma de discurso que representa um grupo, o “outro generalizado”. É para Spink (2011) o sentimento de pertencimento que os grupos conferem a seus membros a partir da constituição de uma comunidade linguística específica. “Uma relação que emerge do funcionamento universal dos gestos como símbolos significantes nos processos sociais genéricos de comunicação humana” (MEAD, 1969 *apud* SPINK, 2011, p. 10).

O aspecto evolucionista é abandonado em detrimento da concepção de que as representações que os seres humanos fazem de si e do mundo são decorrentes de processos sociopolíticos em contínua interação ao longo do tempo.

Para Spink (2011, p.6), os aspectos psicológicos aparecem inseridos nos estudos de Dumont (1992) dentro de uma perspectiva que situa “a noção de indivíduo na contraposição entre ideologia individualista e formações sociais do tipo holista”.

Nesse caso, os estudos de Dumont irão situar a questão sobre a formação do individualismo nas sociedades modernas ocidentais e como este individualismo encerra em si os aspectos ideológicos da vida social, que discursos ideológicos orientam a conduta dos indivíduos.

Ainda sobre a ideia da formação da noção de sujeito e do embate entre individual e coletivo chegamos a concepção de sujeito em Marx. Para Marx e Engels (1984) a distinção entre indivíduo e sujeito ocorre quando o indivíduo realiza a tomada de consciência. A Tomada de Consciência de si é essencialmente a tomada de Consciência de Classe.

Isso acontece quando o sujeito se percebe inserido numa relação antagônica em que sua posição dentro da estrutura socioeconômica está intrinsicamente ligada à sua posição na estrutura produtiva. O Sujeito em Marx é histórico, em outras palavras, o indivíduo constrói sua história, participa conscientemente da construção da sociedade a qual está inserido tornando-se, assim, sujeito.

Contudo, essa participação, ou protagonismo, consciência do sujeito, não é realizada de forma direta e à mercê, puramente, da vontade dos sujeitos. Primeiro, porque os sujeitos agem em coletividade, portanto não é a vontade individual que prevalece. Segundo, os sujeitos estão submetidos ao resultante das relações de produção que ocorrem e formam a estrutura (infraestrutura e superestrutura).

Os sujeitos estão passíveis das forças socioeconômicas, das condições materiais de existência e das relações de produção ao longo da história. “Os homens fazem a sua própria história, mas não a fazem segundo a sua livre vontade, em circunstâncias escolhidas por eles próprios, mas nas circunstâncias imediatamente encontradas, dadas e transmitidas” (MARX e ENGLES, 1982 *apud* BADARÓ, 2013, p. 16).

O pensando de Marx está marcado pelo caráter coletivo da ação dos sujeitos. Assim, o sujeito só se torna sujeito em interação com os demais. São as ações tomadas coletivamente que formam os sujeitos. Em outra perspectiva temos, por exemplo, os conceitos de Liberdade e Igualdade.

Para Marx (2005), a Liberdade individual só pode ocorrer efetivamente se a liberdade for coletiva. Essa é a condição para que ocorra a Emancipação Humana, a partir da Emancipação Política. Ao mesmo tempo, a liberdade só ocorre se houver igualdade. Portanto, o sujeito só se efetiva em coletividade sendo livre e igual.

Com isso, o autor supracitado rompe com a ideia de que a Liberdade Individual é possível e situa-a como um conceito tipicamente liberal-capitalista, que só pode existir e ser efetivado numa sociedade desigual e com limitação da liberdade.

A ideia do que podemos compreender como um sujeito coletivo, embora Marx (2005) não use este termo, aparece ligada a ideia de emancipação versus alienação. Portanto, a tomada de consciência é a condição para o rompimento da alienação e o fim da alienação só é possível quando o proletariado sair da sua condição de desprovido de propriedade.

Desta forma, o indivíduo guarda em si um discurso e uma condição de existência que é coletiva, logo o sujeito consciente é um sujeito coletivo.

O fato de que o proletariado apareça na história como uma classe sem propriedade definiria uma forma extrema de *alienação*: a força produtiva da sociedade, ‘que nasce da cooperação de vários indivíduos condicionados pela divisão do trabalho’, aparece para os proletários, os domina (WEFFORT, 2005, p. 240)⁹.

O sujeito coletivo em Marx não é um ser que reflete, apenas, as opiniões da coletividade. O sujeito também guarda em si suas particularidades individuais ontológicas. Contudo, para Marx e Engles (1984) o sujeito só pode ir além da posição que ocupa na estrutura produtiva na sociedade comunista¹⁰, haja vista que na sociedade capitalista a realidade se confunde com a aparência da realidade, pois “o nível da aparência se dá a perceber imediatamente para nós” (FIORIN, 2007, p. 28).

Com relação a distinção entre pessoa, indivíduo e sujeito. Adotamos, na elaboração deste trabalho, a acepção de pessoa (enquanto categoria psíquica), indivíduo (enquanto dotado de uma individualidade e herdeiro da tradição do uso da razão, da cientificidade, do modo de vida moderno e ocidental) e sujeito (como aquele que confere sentido a sua ação social).

Contudo, este sentido da ação social que é atribuída pelo sujeito pode ser consciente ou ideológica. Sendo assim, abordaremos os conceitos de Consciência e Ideologia no intuito de aprendermos a essência do que faz o indivíduo sujeito e, posteriormente, na compreensão do discurso e das práticas deste sujeito tomando enquanto membro de uma coletividade e que só se torna sujeito exatamente dentro desta coletividade.

⁹ Grifo do autor.

¹⁰ “Na sociedade comunista, porém, onde cada indivíduo pode aperfeiçoar-se no campo que lhe aprouver, não tendo por isso uma esfera de atividade exclusiva é a sociedade que regula a produção geral e me possibilita fazer hoje uma coisa, amanhã outra, caçar de manhã, pescar à tarde, pastorear a noite, fazer crítica depois da refeição, e tudo isto a meu bel-prazer, sem por isso me tornar exclusivamente caçador, pescador ou crítico” (MARX, 1984: 41).

A passagem do indivíduo para o sujeito só é possível a partir da Tomada de Consciência. Assim, a consciência se torna o elemento essencial para a transformação do indivíduo em sujeito histórico. Porém, a consciência só é formada a partir da realidade.

A consciência não é formada de abstrações, embora esteja permeada de ideologia. E esta ideologia é resultante da relação que se estabelece entre os sujeitos e das forças materiais existentes na sociedade. A ideologia, por sua vez, é formada do real, do social, independente da consciência dos sujeitos.

A consciência é, pois, logo desde o começo, um produto social, e continuará a sê-lo enquanto existirem homens. A consciência, naturalmente, começa a ser consciência acerca do ambiente sensível imediato e consciências da conexão limitada com outras pessoas e coisas fora do indivíduo que se vai tornando consciente de si (MARX e ENGELS, 1984, p. 34).

No processo de Tomada de consciência, a linguagem desempenha papel importante. A linguagem, assim como a ideologia presente nela. Assim, a linguagem aparece como mecanismo de expressão das ideias dos sujeitos e do sistema social no qual estão inseridos. A linguagem aparece como expressão de ideias formadas a partir dos estados conscientes presente nos sujeitos e resultante do aporte ideológico que permeia a consciência dos sujeitos.

(...) A linguagem é tão velha como a consciência – a linguagem é a consciência real prática que existe também para outros homens e que, portanto, só assim existe também para mim, e a linguagem só nasce, como consciência, da necessidade, da carência física do intercâmbio com outros homens (MARX e ENGELS, 1984, p. 34).¹¹

Linguagem e ideologia são representações do mundo material e das relações que os sujeitos estabelecem neste mundo. Portanto, apreender uma linguagem é apreender a representação que se faz desse mundo, mesmo que de forma aparente.

Desvendar as representações, por meio dos discursos, significa esclarecer a relação entre os códigos linguísticos, as ideologias e os processos mentais que os sujeitos desempenham no processo de entendimento e reprodução da vida social.

¹¹ Grifo do autor.

A produção das ideias, representações, da consciência está a princípio diretamente entrelaçada com a atividade material e o intercâmbio material dos homens, linguagem da vida real. O representar, o pensar, o intercâmbio espiritual dos homens aparece aqui ainda como efluxo direto do seu comportamento material (MARX e ENGELS, 1984, p. 22).

A consciência aparece tanto para Marx e Engels (1984) quanto para Giddens (1989) como um elemento importante na compreensão das ações coletivas e no sentido que os agentes ou sujeitos conferem às suas ações e a dos demais.

A palavra “consciente” é usada, algumas vezes, em referência a circunstâncias nas quais as pessoas prestam atenção a eventos que se desenrolam à volta delas de maneira a relacioná-los com sua atividade. Por outras palavras, refere-se à monitoração reflexiva da conduta por agentes humanos, amplamente no sentido do que tenho chamado de consciência prática (GIDDENS, 1989, p. 35).

Desta forma, tanto para Giddens (1989), quanto para Marx e Engels (1984), a consciência está ligada a vida material, a vida prática do sujeito, a experiência vivida, que também acontece sobre sua vida profissional. Assim, “não é consciência que determina a vida, é a vida que determina a consciência” (MARX e ENGELS, 1984, p. 23).

A vida determina a consciência e a linguagem expressa as experiências vividas e a consciência resultante desta vivência. Portanto, a linguagem se torna um elemento agregador dos sujeitos. Para entendermos a importância da linguagem, tomamos como elementos constituintes da linguagem, além da língua, a fala e o discurso.

O discurso são as combinações de elementos linguísticos (frases ou conjuntos constituídos de muitas frases), usadas pelos falantes com o propósito de exprimir seus pensamentos, de falar do mundo exterior ou de seu mundo interior, de agir sobre o mundo. A fala é a exteriorização psico-físico-fisiológica do discurso. Ela é rigorosamente individual, pois é sempre um *eu* quem toma a palavra e realiza o ato de exteriorizar o discurso (FIORIN, 2007, p. 11).¹²

Se a fala é individual, mas está permeada por um sistema de signos, símbolos e ideias no qual este indivíduo está inserido e ao mesmo tempo que, enquanto sujeito interage com

¹² Grifo do autor.

esse sistema, absorvendo e filtrando informações e estruturas, o discurso deste sujeito é também coletivo e sua fala reflete essa interação com esse sistema.

(...) o discurso não é, pois, a expressão da consciência, mas a consciência é formada pelo conjunto dos discursos interiorizados pelo indivíduo ao longo de sua vida. O homem aprende como ver o mundo pelos discursos que assimila e, na maior parte das vezes, reproduz esses discursos em sua fala (FIORIN, 2007, p. 35).

Usamos o termo discursos, no plural, no sentido de que, assim como Fiorin, compreendemos que em uma dada sociedade as formações discursivas existem proporcionalmente iguais as formações ideológicas.

Portanto, não podemos falar de apenas um discurso, embora reconheçamos a prevalência de alguns discursos sobre outros. Consideramos que existem uma infinidade de discursos que dependem do contexto histórico, da visão de mundo aceita por determinado grupo e do poder hegemônico que determinado grupo social tem sobre a sociedade em disseminar suas ideias como sendo as ideias reais ou absolutas, haja vista que podemos partir do princípio, no processo de apreensão dos discursos vigentes, de que “as ideias da classe dominante são, em todas as épocas, as ideias dominantes” (MARX e ENGELS, 1984, p. 56).

Entretanto, este é apenas um ponto de partida. Pois, se existe um discurso dominante, cabe-nos, enquanto pesquisadores, investigar que elementos contribuem para sua formação e reprodução, bem como investigar os outros discursos existentes.

Por um lado, os discursos refletem a realidade vivenciada pelo grupo social. “As visões de mundo não se desvinculam da linguagem, porque a ideologia vista como algo imanente à realidade é indissociável da linguagem. As ideias e, por conseguinte, os discursos são expressão da vida real. A realidade exprime-se pelos discursos” (FIORIN, 2007, p. 33).

Em outras palavras, linguagem e pensamento são indissociáveis apesar de terem origem e identidade diferentes. Contudo, linguagem e pensamento não são elementos opostos, pelo contrário. Linguagem e pensamento representam as formações ideológicas de um dado grupo, de uma dada sociedade.

Löwy (2008), ao estudar os conceitos de Ideologia em diferentes correntes teórico-metodológicas, marxismo, historicismo e o positivismo, propõe o uso do termo “Visão Social de Mundo”, para se referir ao conjunto dos valores, das ideias, das representações e das

orientações cognitivas em dada sociedade, classificando-a em dois tipos: as Visões Ideológicas e as Visões Utópicas.

As visões sociais de mundo poderiam ser de dois tipos: ideológicas, quando servissem para legitimar, justificar, defender ou manter a social do mundo; utópicas, quando tivessem função crítica, negativa, subversiva, quando apontassem para uma realidade ainda não existente (LÖWY, 2008, p. 14).

Adicionado as Visões Sociais de Mundo estão os conceitos de Dialética, Totalidade e Contradição. Assim, as Visões Sociais de Mundo devem ser compreendidas como inseridas em uma realidade própria, marcada pela dimensão socioeconômica da sociedade em constante movimento devido as transformações sócio históricas as quais são submetidas. Para tal compreensão desta realidade é necessário ter uma visão geral, total, de toda a realidade, que é fruto da ação humana, mas está fortemente marcada pelas condições econômicas e sociais.

Mais uma vez o sistema ideológico aparece como regulador e orientador da ação dos sujeitos e, conseqüentemente, da constituição da sociedade. Entretanto, não podemos deixar de pensar no sentido da autonomia dos sujeitos, na liberdade de escolha que os sujeitos têm em reproduzir uma determinada ideologia que faça sentido na explicação do mundo material e do mundo sensível que vivenciam. Pois, se aceitarmos, apenas, a ideia de que os discursos são a expressão de uma consciência formada exclusivamente por uma ideologia caímos no dualismo durkheimiano indivíduo/sociedade, sendo a sociedade prevalente sobre o indivíduo.

Não devemos conceber as estruturas de dominação firmadas em instituições sociais como se de alguma forma produzissem laboriosamente “corpos dóceis” que se comportam como os autômatos sugeridos pela ciência social objetivista. O poder em sistemas sociais que desfrutam de certa continuidade no tempo e no espaço pressupõe relações regularizadas de autonomia e dependência entre atores ou coletividades em contextos de interação social (GIDDENS, 1989, p. 12).

Giddens (1989) refere-se a autonomia do agente, mesmo este estando inserido num sistema ideológico que funda e mantém estruturas e instituições sociais que podem modelar a ação dos sujeitos. Mas que, a princípio, não são determinantes para esta ação.

Por outro lado, Fiorin (2007) se questiona até que ponto os discursos, tomados como expressão linguística do pensamento, como representação coletiva dos sujeitos, representam a construção de um mundo social vivido pelos sujeitos livres das coerções sociais ou da

ideologia presentes em uma dada sociedade, ou ainda, independentes de sua construção individual sobre o mesmo.

A sociedade ocidental, mais especificamente, o pensamento ocidental dominante “reluta em aceitar a tese de que a consciência seja social, pois repousa sobre o conceito de individualidade e concebe, assim, a consciência como lugar da liberdade do ser humano” (FIORIN, 2007, p. 35). Assim,

A linguagem é, ao mesmo tempo, autônoma em relação às formações sociais e determinada por fatores ideológicos. Por isso, o linguista deve distinguir níveis e dimensões em que existe relativa autonomia e níveis e dimensões que sofrem coerções ideológicas. Em nosso ponto de vista, a determinação ideológica revela-se, em toda sua plenitude, no seu componente semântico do discurso. As formações ideológicas presentes numa dada formação social determinam formações discursivas. Estas materializam aquelas. Estabelecem um conjunto de temas e de figuras com que o “indivíduo” fala do mundo exterior e interior (FIORIN, 2007, p. 76).

Desvendar ao que as falas se referem é uma tarefa não óbvia. O dito, o não dito, o silêncio todo destes elementos faz parte da dinâmica da comunicação e da reprodução social. Assim, cada grupo ou cada época histórica é representada por um discurso que expressa a ideologia dominante e a forma com que a sociedade está estruturada, a importância como as funções, os papéis sociais e o *status* de cada indivíduo está alocado dentro da estrutura social, bem como corroboram para a permanência ou ruptura de práticas sociais.

Desta forma, “implica uma reflexão ampla sobre a linguagem, que leve em conta o fato de que ela é uma instituição social, o veículo das ideologias, o instrumento de mediação entre os homens e a natureza, os homens e os outros homens” (FIORIN, 2007, p. 6).

Mais do que analisar a linguagem, tarefa dos linguistas, o que nos chama a atenção são os discursos e, sobretudo, o que os discursos representam, em que lugar os discursos se situam e que estrutura e dinâmica social eles refletem.

Nesta perspectiva, o que nos interessa é o discurso e não a fala, propriamente dita, dos sujeitos. Embora a fala se relacione diretamente aos discursos, já que exprimem um conjunto linguístico próprio de determinado grupo social e época histórica, os discursos exprimem os sistemas de valores e normas típicos da representação social destes grupos.

Mais uma vez aparece a questão sobre em que medida o pensamento individual a respeito do social é representado coletivamente pelos sujeitos. Em outra perspectiva, como as representações coletivas expressam as concepções e representações individuais sobre o

mundo social. Sendo assim, cabe-nos pensar a respeito do papel e da influência que a ideologia exerce sobre os sujeitos, inclusive formando sua consciência. Assim nos apropriamos do termo como Fiorin (2007, p. 28), para quem “(...) a esse conjunto de ideias, a essas representações que servem para justificar e explicar a ordem social, as condições de vida do homem e as relações que ele mantém com os outros homens é o que comumente se chama ideologia”.

Para Fiorin (2007) a Ideologia representa a visão de mundo de uma classe social, que se utiliza da linguagem para expressar ideias e representações próprias de como o mundo é visto e vivido por esta classe.

Neste processo de representação do mundo social, a linguagem aparece como um instrumento de comunicação verbal ou não verbal revelando, através de uma construção discursiva, “um conjunto de temas e figuras que materializa uma dada visão de mundo” (FIORIN, 2007, p. 32).

Este aporte linguístico que serve para a elaboração do discurso do sujeito é construído por meio de um processo de aprendizagem em que cada membro de uma sociedade, ao longo do tempo, é ensinado a utilizar esta formação linguística. Em termos práticos, esta formação discursiva corresponde a reação que os sujeitos têm sobre os acontecimentos do mundo social. “(...) Por isso, o discurso é mais o lugar da reprodução que o da criação. Assim como uma forma ideológica impõe o que pensar, uma formação discursiva determina o que dizer”. (FIORIN, 2007, p. 32).

Contudo, na elaboração deste trabalho, não tomamos ideologia apenas como o resultante do processo de dominação inserido na perspectiva da Luta de Classes. Nem tampouco como uma construção abstrata sobre a realidade, mais precisamente, como uma construção idealizada sobre a realidade. Mas, como um conjunto de ideias, pensamentos e normas que fundamenta a configuração das instituições sociais e orientam a ação dos sujeitos, ao passo que serve como fundamento explicativo e da visão de mundo dos sujeitos.

Antes de tudo, a Ideologia é construída historicamente a partir das relações entre os sujeitos e sua maneira de ordenação do mundo real, embora estas relações sejam, também, de dominação e de poder.

A Ideologia é reproduzida, pois, a partir de uma linguagem específica que a representa de forma real e ideal enquanto resultante da ordenação da vida coletiva. Entretanto, aparte das elaborações sofisticadas no âmbito do imaginário social moderno, a Ideologia é expressa diretamente nos discursos e na ação dos sujeitos.

Fundamentalmente, a ideologia é um corpo sistemático de representações e de normas que nos “ensinam” a conhecer e a agir. A sistematicidade e a coerência ideológicas nascem de uma determinação muito precisa: o discurso ideológico é aquele que pretende coincidir com as coisas, anular a diferença entre o pensar, o dizer e o ser e, destarte, engendrar uma lógica da identificação que unifique pensamento, linguagem e realidade para, através dessa lógica, obter a identificação de todos os sujeitos sociais com uma imagem particular universalizada, isto é, a imagem da classe dominante. (CHAUI, 2011, p. 15).

Para Giddens (1989, p. 26), “a ‘ideologia’ refere-se unicamente às aquelas assimetrias de a dominação que ligam a significação à legitimação de interesse seccionais”. Desta forma, toda ideologia reflete uma relação de poder. Contudo, essa relação de poder não é, necessariamente, do poder econômico.

Podemos assim, falar de uma ideologia dominante ou hegemônica, bem como de uma ideologia dos dominados, dos excluídos, como forma de resistência e luta, especialmente se esta ideologia estiver associada a outros elementos da vida material como a cultura ou a religião.

Desta forma, a ideologia também pode servir a outros esquemas explicativos do real que não os esquemas oficializados de ordenação da realidade. Contudo, a ideologia se propõe a tarefa de construir um arsenal discursivo que cada vez mais transmita a noção de que uma ideia dominante seja a aparência do real, represente o real.

Nessa perspectiva vamos identificar a área de abrangência das ideologias. Podemos utilizar os discursos como mecanismo de compreensão deste aspecto da ideologia. Sendo assim, podemos situar de um lado o que Chauí (2011) chama de Discurso Competente, ou em outras palavras, o discurso oficializado, instituído, autorizado, tomado como a regra e, por conseguinte, o discurso que deve representar o real, mesmo que o real seja outro.

O Discurso Competente é proferido por quem ocupa, reconhecidamente, o lugar de propriedade sobre aquilo que fala. Assim é o discurso científico, que soa como absoluto e irrefutável pois é proferido por aquele que detém o saber, o conhecimento. É também o discurso científico, técnico, profissional, como o discurso médico por exemplo, institucionalizado, incontestável por outros que não apresentem as devidas competências para refutá-lo.

Quem detém o discurso competente pode refutar qualquer outro discurso, mesmo não o eliminando. É o embate que se estabelece entre ciência e senso comum, por exemplo, entre a medicina tradicional e a medicina alternativa, entre profissionais e os saberes e práticas dos curandeiros.

Contudo, não significa que só exista este discurso ou que este discurso exerça, sem brecha, uma força coercitiva e hegemônica de tal sorte que outros discursos não possam existir. Os discursos se tornam hegemônicos a partir da lógica dos sujeitos que os adotam.

Assim, por exemplo, o parto hospitalizado, medicalizado, pode ser um discurso competente, ao passo que o discurso competente também pode ser o parto natural, realizado no ambiente doméstico e na presença dos familiares.

Em outras palavras, o discurso competente não é excludente dos demais, apenas hegemônico dependendo de qual sujeito ou grupo de sujeitos irá adotá-lo e em quais circunstâncias.

Com frequência, a crítica do discurso competente costuma cair em uma confusão que é, no final das contas, um logro: a confusão decorrente da identificação entre discurso competente e discurso elitista, em oposição ao discurso democrático, identificado com o discurso de massa. (...) Para os pensadores da Teoria Crítica, a cultura dita de “massa” é a negação de uma cultura democrática, pois em uma democracia não há massa; nela, o aglutinado amorfo de seres humanos sem rosto e sem vontade é algo que tende a desaparecer para dar lugar a sujeitos sociais e políticos válidos. Assim, ao tentarmos aqui a crítica do discurso competente, procuraremos não cair no logro da falsa oposição elite-massa, elite-popular (CHAUI, 2011, p. 19-20).

O discurso competente reveste-se de uma dualidade que torna o Estado ao mesmo tempo presente e ausente, que aumenta a abrangência do poder do Estado ao passo que se reproduz um discurso que o Estado é a representação da participação dos sujeitos, haja vista que o Estado se dilui nos espaços decisórios democráticos ocupados pelos sujeitos competentes e não competentes.

Essa hegemonia do Estado sobre a vida social ocorre, sobremaneira, por meio da burocratização e a amplitude da burocratização é possível a partir da ideia dominante de organização, “entendida como existência em si e para si de uma racionalidade imanente ao social e que se manifesta sempre da mesma maneira”. (CHAUI, 2011, p. 20).

O discurso competente se estabelece por meio de dualidades, por meio da propriedade que uns tens e outros não, por meio da presença e da ausência de determinados critérios que conferem status e poder ao sujeito que detém o discurso competente.

Ao sujeito que não detém o discurso competente resta-lhe a condição de subalterno, de dominado, de ser o que, embora participe das esferas decisórias, não influencia efetivamente na decisão final tomada.

Assim, é o caso de se estabelecer competências para o exercício do discurso. E não há forma mais eficaz de se estabelecer competências do que a organização burocratizada das instituições e do devido enquadramento dos sujeitos segundo esta organização.

A burocratização é um processo que se impõe ao trabalho em qualquer nível em que se o considere, seja o trabalho de direção, seja o dos executantes e que, ao se impor, impõe um quadro social homogêneo tal que a estabilidade geral do emprego, a hierarquia dos ordenados e das funções, as regras de promoção, a divisão das responsabilidades, a estrutura da autoridade, tenham como efeito criar uma única escala de *status* socioeconômico, tão diversificada quanto possível (LEFORT, 1971 *apud* CHAUI, 2011, p. 20).¹³

Para Chauí (2011), a burocratização é um fenômeno que não circunscreve somente o Estado, mas envolve toda a sociedade, ou melhor, a burocratização não orienta apenas os assuntos institucionais do Estado e da produção, mas sim todos os aspectos da vida social, inclusive os culturais. No entanto, ainda que a burocratização não esteja circunscrita ao Estado e nele que ela se estabelece por meio da demarcação de posições ocupadas pelos sujeitos e que são construídas tendo por base mais o discurso competente do que a competência do sujeito.

Destarte, que por meio da burocratização o sujeito adquire competências não advindas, necessariamente, apenas de sua formação profissional ou técnica, mas esta competência é adquirida no momento de ocupação de cargo, da função ao qual foi investido. Também os sujeitos passam por um processo de identificação do sujeito com a função que desempenham de tal forma que se cria formas de tratamento entre os sujeitos a partir da posição que os mesmos ocupam em uma dada organização.

Essas formas de tratamento são cristalizadas e naturalizadas automaticamente pelos sujeitos como se não resultassem de um processo sócio-histórico, mas sim o reconhecimento tácito da condição de superioridade e inferioridade que os sujeitos ocupam a partir dos cargos

¹³ Grifo do autor.

e funções que desempenham, bem como da incompetência enquanto sujeitos sociais e políticos.

Em termos práticos, a burocratização admite que um Ministro de Estado, por exemplo o Ministro da Saúde, ocupe este cargo e seja investido de toda competência necessária para o exercício da função, mesmo que não tenha qualificação ou conhecimento técnico para tal.

O simples fato da burocratização da função relega ao ministro as competências necessárias e que são atribuídas pelos demais sujeitos num processo automático de reconhecimento da autoridade. Autoridade, esta, muito mais institucional do que técnica.

Se aplicarmos a Teoria das Representação Sociais à noção Discurso Competente, mais especificamente se tentarmos apreender que representações os sujeitos fazem de si e dos demais num contexto profissional, por exemplo, poderemos interpretar o que estas representações significam no cenário social e na manutenção das instituições as quais os sujeitos integram. Para Sêga (2000, p. 129):

A representação é sempre a atribuição da posição que as pessoas ocupam na sociedade, toda representação social é representação de alguma coisa ou de alguém. Ela não é cópia do real, nem cópia do ideal, nem a parte subjetiva do objeto, nem a parte objetiva do sujeito, ela é o processo pelo qual se estabelece a relação entre o mundo e as coisas.

Identificar um discurso competente vai além da tarefa de atribuir ou não competências técnicas aos sujeitos responsáveis por determinado desempenho de funções. Antes de tudo, parte da representação social que sujeitos, tomados individualmente ou coletivamente, fazem a respeito daquela posição na sociedade e na estrutura e processos de trabalho na qual estão inseridos. Por sua vez, estas representações são responsáveis, em certa medida, pela configuração concreta do mundo real e por conferir as bases dos processos relacionais entre os sujeitos.

As representações sociais se apresentam como uma maneira de interpretar e pensar a realidade cotidiana, uma forma de conhecimento da atividade mental desenvolvida pelos indivíduos e pelos grupos para fixar suas posições em relação a situações, eventos, objetos e comunicações que lhe concernem. O social intervém de várias formas: pelo contexto concreto no qual se situam grupos e pessoas, pela comunicação que se estabelece entre eles, pelo quadro de apreensão que fornece sua bagagem cultural, pelos códigos, símbolos, valores e ideologias ligados à posições e vinculações sociais específicas. Em outras palavras, a representação social é um conhecimento prático, que dá

sentido aos eventos que nos são normais, forja as evidências da nossa realidade consensual e ajuda a construção social da nossa realidade. (SÊGA, 2000, p. 128-129).

Portanto, as representações sociais revelam o caráter coletivo das ideologias e práticas que permeiam uma dada sociedade ou grupo social servindo de indicador das condições sociohistóricas destes grupos, do conjunto de símbolos, linguagem e valores que orientam a ação dos sujeitos ou a qual os sujeitos querem romper, ou mesmo substituir. Assim, as representações sociais conferem a competência aos discursos, servindo de argumentação ou mesmo justificativa para os mesmos, como no caso das descobertas científicas que se modificam ao longo do tempo e necessitam de novos discursos para se consolidarem e serem aceitas pelos sujeitos, que passam a reproduzi-las.

Em outra medida, a competência do discurso alicerça-se neste conjunto representações, especialmente utilizando a linguagem como veículo e mecanismo de construção do social a partir de projeto de dominação estabelecido. Desta forma, os sistemas de linguagem são elaborados para fixar um padrão a ser seguido e outro a ser pormenorizado, ou até mesmo, se possível, excluído.

Uma linguagem legítima é uma linguagem com formas fonológicas e sintáticas legítimas, isto é, uma linguagem que responde aos critérios habituais de gramaticalidade, e uma linguagem que além daquilo que diz, diz constantemente que o diz bem. E através disso, deixa crer que aquilo que diz é verdadeiro; o que é uma das maneiras fundamentais de fazer o falso passar pelo verdadeiro. Entre os efeitos políticos da linguagem dominante existe esse: “Ele o diz bem e, portanto, é possível que seja verdade” (BOURDIEU, 1983, p. 9).

Para a linguagem se tornar legítima ela tem que estar assentada num mecanismo produtor e reproduzidor da realidade social, o que Bourdieu (1994) denomina como *Habitus*, bem como num sistema de valores que aloca os sujeitos de acordo com o valor que possuem, ou melhor, com seus *Campo Social*. *Habitus* e *Campo Social* são ingredientes de formação das representações sociais. Bourdieu define por *Habitus*:

Sistema de disposições duráveis, estruturas estruturadas predispostas a funcionar como estruturas estruturantes, isto é, como princípio gerador e estruturador das práticas e das representações que podem ser objetivamente ‘regulamentada’ e ‘reguladas’ sem ser o produto de obediência a regras,

objetivamente adaptadas a seu fim sem supor a intenção consciente dos fins e o domínio expresso das operações necessárias para atingi-los e coletivamente orquestradas, sem ser o produto da ação organizadora de um regente (BOURDIEU, 1994, p.61).

Novamente nos deparamos com o diálogo entre a autonomia dos sujeitos e a força ou influência que as condições materiais e os sistemas ideológicos exercem sobre eles. Bourdieu (1994) confere a capacidade de compreensão do real a partir da observação dos sujeitos, dos agentes de ação, e da auto-organização que as representações têm decorrente de suas características objetivas e subjetivas. “Bourdieu formula, assim, um sistema teórico segundo o qual o *habitus* produz representações e é produto de condições objetivas. Desse modo, ele estabelece uma ponte, ou uma mediação, entre condições materiais de vida e as representações sociais” (MACEDO e PASSOS, 2006, p.7).

Neste caso, o *Habitus* é uma espécie de mediador do indivíduo com a sociedade, ao passo que funciona como um *modus operandi* orientando a ação dos sujeitos em decorrência de uma disposição aprendida para internalizar e reproduzir determinado sistema simbólico.

Em outras palavras, o *Habitus* permite ao sujeito conciliar estruturas exteriores e interiores na escolha e organização de sua ação em sociedade. Também pode ser entendido como um estilo de vida, haja vista que funciona como estratégias criadas e adaptadas pelo agente de ação para lidar com o *Campo* em que está inserido e o qual participa, pois, o caráter dialético está presente no comportamento dos sujeitos.

Contudo, o *Campo* é permeado por estruturas de poder e por um sistema simbólico expresso pela posse de *Capital Social*. Dentro do sistema simbólico, os diferentes tipos de *Capital* têm valores diferenciados, variando de acordo com a apropriação que o sujeito faz deles e com o valor que a ele é atribuído.

Sua posse e uso constituem um sistema hierárquico de poder e de *Status* que agrupam tanto os sujeitos quanto as ideologias em torno de uma dada estrutura do *Campo*. Cada posição hierárquica ocupada pelo sujeito, decorrente do Capital Social que, corresponde a um *Habitus*, uma maneira de fazer, de lidar com o mundo. Sendo assim, o *Habitus* e o *Capital Simbólico* servem para a materialização do Poder Simbólico.

O poder simbólico é um poder de construção da realidade que tende a estabelecer uma ordem *gnosseológica*: o sentido imediato do mundo (e, em particular, do mundo social) supõe aquilo que Durkheim chama o *conformismo lógico*, quer dizer, “uma concepção homogênea do tempo, do

espaço, do número, da causa, que torna possível a concordância entre as inteligências” (BOURDIEU, 2000, p. 9).¹⁴

Desta forma, a linguagem insere-se num sistema simbólico, que por sua vez funciona como instrumento de comunicação e conhecimento, exercendo um poder estruturante ao passo que é estruturado pelo *Habitus* e pelo *Capital Simbólico*, hierarquizando os discursos de acordo com os interesses de poder presente no *Campo*.

Portanto, Bourdieu (2000) reconhece como preponderante, para o sujeito, o Sistema Simbólico. Isto pode ser observado quando ele afirma a supremacia do que se quer comunicar sobre os símbolos de comunicação, relevando, não só o poder simbólico das estruturas de poder, como seu funcionamento. “A comunicação se dá, no limite, por meias palavras. Uma das propriedades das situações orgânicas é que a própria linguagem – a parte propriamente linguística da comunicação – tende a se tornar secundária” (BOURDIEU, 1983, p. 9).

Por conseguinte, a linguagem funciona como um elemento numa relação de troca permeada pelo sistema simbólico, pelo *habitus* e pelo *capital social* do sujeito. O que o sujeito diz pode, ou não, ter valor e ser incorporado ou rejeitado neste mesmo sistema simbólico.

Os símbolos são os instrumentos por excelência da “integração social”: enquanto instrumentos de conhecimento e de comunicação (...), eles tornam possível o *consensus* acerca do sentido do mundo social que contribui fundamentalmente para a reprodução da ordem social: a integração “lógica” é a condição da integração “moral” (BOURDIEU, 2000, p. 10).

Nesta perspectiva, apreender o sistema simbólico dos profissionais de saúde do Cariri paraibano se torna salutar para compreender e identificar as representações sobre o SUS que estes profissionais fazem e de que forma estas representações se reproduzem, perpetuadas pelo discurso e orientando a prática de saúde destes profissionais.

Contudo, este trabalho não se assenta, estritamente, sobre as concepções de Bourdieu (2000) e de Foucault (1997) para compreender as representações que os profissionais de saúde do Cariri paraibano têm sobre o SUS, embora considere relevante alguns de seus elementos para a reflexão acerca dos resultados alcançados. Os elementos relevantes estão em destaque neste trecho do trabalho e servem para corroborar a justificativa deste trabalho de escolha das

¹⁴ Grifo do autor.

representações sociais e do discurso coletivo do sujeito como pontos analíticos para a coleta e análise dos dados.

Foucault (2008) defende que o discurso do sujeito é produzido pela ideologia de uma instituição ou de um grupo social, ao mesmo tempo que a produz. Em outra acepção, o discurso do sujeito é elaborado a partir de um conjunto de pensamentos e significados que compõem a sua visão de mundo ou que a compartilha com os demais sujeitos.

Essa visão de mundo é resultante das inter-relação entre os sujeitos baseados em microestruturas de poder que mantém ou redistribuem os sujeitos em posições sociais dentro do grupo ou da sociedade ao qual pertencem. Por sua vez, as estruturas de poder estabelecidas entre os sujeitos e entre as instituições, a denominada Microfísica do Poder, possibilita que os grupos e instituições defendam e legitimem em suas práticas cotidianas um sistema ideológico coerente com seus interesses.

No mesmo percurso, partimos do entendimento de Foucault (1997) de que os discursos apresentam e compartilham características gerais, pois estão fundados sobre uma mesma estrutura.

Essa especificidade dos discursos é o que nos permite tomar o discurso dos profissionais de saúde do Cariri paraibano como ponto de partida para a compreensão de fenômenos relacionados ao SUS, haja vista que os profissionais de saúde estão submetidos a mesma formação histórica do sistema, ao mesmo conjunto de regras e normas institucionais, ao mesmo modelo de atenção à saúde e, ao mesmo arcabouço epistemológico que orienta o cuidado em saúde, bem como a mesma estrutura político-administrativa e ao mesmo sistema socioeconômico que regula a gestão do SUS.

Foucault (1997) concebe o discurso como um conjunto de enunciados que foram construídos tendo como base um instrumento conceitual responsável por organizar o pensamento e, conseqüentemente, a linguagem, conferindo-os sentido e relacionando as palavras às coisas.

Neste caso, a linguagem é um elemento estruturador da relação do ser humano com o mundo real e, dessa maneira, podemos compreender as ideias por trás dos discursos, ou melhor, as representações que os sujeitos fazem sobre seu mundo concreto ilustradas por meio dos discursos.

Chamaremos de discurso um conjunto de enunciados, na medida em que se apoiem na mesma formação discursiva; ele é constituído de um número limitado de enunciados, para os quais podemos definir um conjunto de condições de existência” (FOUCAULT, 1997, p. 135-136).

Um discurso, apesar de se apoiar numa mesma formação discursiva para ser elaborado, não exprime uma verdade única ou possui somente um sentido. Isso ocorre devido ao fato de que o discurso é um conjunto de enunciados que tem uma história própria. Em outras palavras, um discurso não foi construído aleatoriamente. É, antes de tudo, o resultado de uma construção histórica de situação estabelecidas entre instituições e que estruturam as relações de poder entre os sujeitos.

Portanto, os discursos utilizam-se da formação discursiva e de elementos comuns aos sujeitos, como a linguagem por exemplo, para representar o mundo que os sujeitos encerram. A linguagem passa a ser o instrumento de representação das imagens do real e de estruturação dos discursos de forma a torná-los inteligíveis e comunicáveis aos sujeitos, perpetuando-os ao longo do tempo.

A função da linguagem seria, pois, a de representar “refletir” seu pensamento, seu conhecimento de mundo, o ser humano para essa concepção representa para si o mundo por meio da linguagem, num determinado espaço, momento é como um espelho no mundo constitui e é constituído pelo sujeito de linguagem que produz sentidos, no qual o ser humano encontra diferenças, criando funcionalidades. Em cada época a linguagem tem um objeto singular, com conceitos e métodos específicos, porque funciona a partir de regras discursivas determinadas (AZEVEDO, 2013, p. 154).

Os discursos, por sua vez, revelam nas práticas discursivas os mecanismos ideológicos de sua elaboração, atribuindo competência por meio de um determinado saber ao sujeito que se apropria de um discurso, reproduzindo-o e ressignificando-o.

Um saber é aquilo que podemos falar em uma prática discursiva que se encontra assim especificada, é o espaço em que o sujeito pode tomar posição para falar dos objetos de que se ocupam seus discursos. É também o campo dos enunciados em que os conceitos aparecem se define, se aplicam e se transformam. Sendo assim, esse domínio de define por possibilidades de utilização e de apropriação oferecidas pelo discurso (AZEVEDO, 2013, p. 149).

Para Foucault (1997) o Saber é uma construção histórica encarregado de produzir verdades que se instalam e se revelam nas práticas discursivas. Ao se instalarem nos discursos, os saberes ficam restritos a um grupo ou a grupos específicos que detém os mecanismos para acessá-los e utilizá-los. Assim conferimos poder aos saberes, dada as suas

particularidades e ao número reduzido de sujeitos que o detém e o manipulam, estabelecendo desta forma, formas de poder.

No processo de apropriação e utilização do Saber, Foucault (1997) aponta quatro mecanismos que agem sobre a formação discursiva, condicionando seu uso e impondo-lhes regras aos sujeitos que proferem os discursos, limitando, assim, o seu acesso e conteúdo, a saber: o Ritual, a Sociedade de Discurso, as Doutrinas e a Apropriação Social dos Discursos.

O Ritual é um mecanismo necessário para qualificar os sujeitos que pronunciam os discursos, assim os sujeitos se utilizam de gestos, sinais, comportamento e circunstâncias reproduzidas sistematicamente como o intuito de consolidar o discurso. O Ritual serve, também, para fixar o sujeito ao discurso e, desta forma, o discurso na instituição, criando um efeito de predeterminação sobre os sujeitos.

Os discursos produzidos e reproduzidos fidedignamente pelos indivíduos, que passam a representar os próprios discursos, formam a Sociedade de Discurso, restringindo o acesso ao conteúdo dos discursos a um número reduzido de sujeitos e, mais ainda, aos sujeitos que irão proferir os discursos, sempre subordinados a regras rígidas.

Por outro lado, as doutrinas buscam disseminar-se seu conteúdo ao maior número de sujeitos possível, unindo-os em torno de uma mesma linguagem e enunciação e, afastando-os dos demais sujeitos que não compartilham da mesma doutrina.

Por fim, a Apropriação Social dos Discursos é o que possibilita aos sujeitos inseridos numa mesma instituição, por exemplo, acesso diferenciado ao conteúdo dos discursos, bem como ao uso dos mesmos.

Este acesso dos sujeitos aos discursos e/ou aos instrumentos de elaboração e utilização deles é caracterizado pelo aspecto político decorrente da posição socioeconômica, das distâncias ideológicas e dos resultados das lutas sociais.

O discurso tem para vários autores a função de ilustrar a representação que os sujeitos fazem do mundo real, mesmo que esta representação seja autônoma ou seja elaborada de acordo com o sistema ideológico no qual o sujeito está imerso. Para Herzlich (2005, p. 62) “(...) é bem o caso das representações sociais – o discurso dos sujeitos forma a base da análise”.

Também para Herzlich (2005, p. 60), “a representação não é apenas esforço de formulação mais ou menos coerente de um saber, mas também interpretação e questão de sentido”.

Assim, compreender as representações que os profissionais fazem sobre o sistema de saúde e sobre as práticas de saúde que desempenham neste sistema é fundamental para a

compreensão do objeto estudado, haja vista o “fato de uma representação social poder funcionar como atributo de um grupo: ou seja, grupos sociais podem identificar-se, perceber-se, aliar-se ou rejeitar-se através dela” (HERZLICH, 2005, p. 59).

Em outra medida, já que a apropriação dos discursos transforma o sujeito e o discurso em competente ou não, tomamos os profissionais de saúde como os que se apropriam e proferem os discursos sobre atenção à saúde e, assim, buscamos o entendimento sobre os dados desta pesquisa, especificamente, na categorização dos profissionais de saúde e na relação dos discursos coletivos desta categoria enquanto representação social do sistema de saúde no qual estão inseridos.

(...) Isso coloca desde o início, o problema da mediação da representação pela linguagem. Mas, por outro lado, a partir desses discursos específicos, dessas expressões particulares, o pesquisador tenta apreender a lógica comum subjacente, o código partilhado, portanto mais geral, que se aplica a todas essas discussões, que é o nível das representações sociais. Acredito que exista aí um nível de análise específico, correspondente ao funcionamento das configurações cognitivas bastante globais, graças às quais o individual e o coletivo se interpenetram (HERZLICH, 2005, p. 65).

Antes de esgotadas as argumentações a respeito do discurso coletivo e da forma como este pode ilustrar as representações sociais dos profissionais de saúde a respeito do SUS, passemos a discussão acerca do caráter coletivo e social das representações como instrumentos analíticos da realidade das práticas de saúde vivenciadas e elaboradas pelos profissionais de saúde do Cariri paraibano

2.2 Representações coletivas e representações sociais

A contribuição de Durkheim para a elaboração da Teoria das Representações Sociais é indiscutível. Contudo, sua contribuição é cercada de controvérsia no sentido da distinção entre Consciência Individual e Representações Coletivas, o que situando a primeira no campo da Psicologia e a segunda no campo da Sociologia fez com que os fenômenos sociais fossem vistos de forma distinta dos fenômenos psíquicos, separando, assim, ideias pessoais das ideias coletivas.

O termo “representação social” ou “representação coletiva” foi proposto, como é sabido, por Durkheim, que desejava enfatizar a especificidade e a

primazia do pensamento social em relação ao pensamento individual. Para este autor, assim como a representação individual deve ser considerada um fenômeno psíquico autônomo não redutível à atividade cerebral que a fundamenta, a representação coletiva não se reduz à soma das representações dos indivíduos que compõem a sociedade. (HERZLICH, 2005, p. 58).

O reconhecimento da contribuição durkheimiana para os estudos sobre as representações sociais situa-se na alocação desta contribuição em uma etapa inicial, haja vista que os estudos sobre representações ainda se desenvolvem agregando outras perspectivas a sua definição e a seu objeto de estudo.

Assim, Moscovici (2013) adota o termo “social” em contrapartida ao termo “coletivo” adotado por Durkheim, no sentido de afirmar que as representações sociais são mutáveis e estão sujeitas as influências das ações dos sujeitos em diferentes épocas históricas e sob diferentes pontos de poder e inovação.

Desta forma, o caráter estático das representações coletivas em Durkheim, tendo como principal objetivo integrar e conservar a sociedade dá lugar ao aspecto transformador em Moscovici em que a observação das transformações sociais aponta para a ancoragem e a objetivação como processos significativos para o entendimento dos discursos dos sujeitos e, portanto, para a compreensão da realidade vivenciada.

Por conseguinte, enquanto Durkheim vê as representações coletivas como formas estáveis de compreensão coletiva, com o poder de obrigar que pode servir para integrar a sociedade como um todo, Moscovici esteve mais interessado em explorar a variação e a diversidade das ideias coletivas nas sociedades modernas. Essa própria diversidade reflete a falta de homogeneidade dentro das sociedades modernas, em que as diferenças refletem uma distribuição desigual de poder e geram uma heterogeneidade de representações (DUVEEN, 2013, p. 15).

Se por um lado Durkheim (1994) encontra elementos passíveis de generalizações entre o pensamento individual e o pensamento coletivo, Moscovici (2013) reconhece o pressuposto de interação entre o elemento individual e o elemento coletivo permeado pela força dos mecanismos culturais, ideológicos, psíquicos e socioeconômicos como formadores das representações.

Na verdade, as Representações funcionam como impulsionadora da ação e atuação dos sujeitos, que por sua vez influenciam esta ação e atuação. Assim ocorre a passagem do

entendimento das Representações de forma estática como em Durkheim (1994) para sua forma dinâmica e transformadora em Moscovici (2013).

[...] nós podemos afirmar que o que é importante é a natureza da mudança, através da qual as representações sociais se tornam capazes de influenciar o comportamento do indivíduo participante de uma coletividade. É dessa maneira que elas são criadas, internamente, mentalmente, pois é dessa maneira que o próprio processo coletivo penetra, como o fator determinante, dentro do pensamento individual. Tais representações aparecem, pois, para nós, quase como que objetos materiais, pois eles são o produto de nossas ações e comunicações (MOSCOVICI, 2013, p. 40).

O processo de interpretação do real, mas ainda, no processo de interpretação da concepção que os sujeitos fazem sobre o mundo real parte do princípio de que o sujeito está inserido num contexto sociocultural em que suas ideias, suas representações sobre o mundo social, sua própria visão de mundo ultrapassa suas concepções individuais se misturando as ideias da coletividade, ao ponto de não sabermos mais em que medida elas são genuinamente individuais ou como Durkheim (1994) afirmava a existência de uma diferenciação entre a consciência individual e as representações coletivas.

Por outro lado, o assunto se explica da mesma maneira nos dois casos. Se é permitido dizer, de certo modo, que as representações coletivas são exteriores às consciências individuais, é porque elas não provêm dos indivíduos tomados isoladamente, mas em seu conjunto; e isto, na verdade, é bem diferente. Na elaboração do resultado comum cada um contribui com suas partes; mas isso não quer dizer, por exemplo, que os sentimentos privados dos indivíduos adquiram categoria social, enquanto não combinem sua ação com as forças *sui generis* que a associação desenvolve (DURKHEIM, 1994, p. 43).

Moscovici (2013) encerra a ideia de prevalência da sociedade sobre o indivíduo quanto situa o indivíduo, neste caso os sujeitos, enquanto seres dotados de autonomia. Seres sujeitos a influência dos códigos, símbolos, regras e ideologias, mas que tem a capacidade analítica sobre o social e, portanto, podem, assim, se posicionarem a respeito dos fatos e escolherem que valores orientam suas representações e suas ações.

O problema é reconhecer as variações e cristalizações que o positivismo conferiu a Sociologia no estudo da sociedade, especialmente os estudos de Durkheim, que dividiram o mundo das coisas entre sagrado e profano, ou melhor, a “esfera sagrada – digna de respeito de

veneração e desse modo mantida bastante longe de todas as atividades intencionais, humanas – e uma esfera profana, em que são executadas atividades triviais e utilitaristas” (MOSCOVICI (2013, p. 49). Contudo, Moscovici chama a atenção que esta distinção foi substituída por outra, entre os universos consensuais e universos reificados.

No universo consensual, a sociedade é uma criação visível, contínua, permeada com sentido e finalidade, possuindo uma voz humana, de acordo com a existência humana e agindo tanto como reagindo, como um ser humano. Em outras palavras, o ser humano é, aqui, a medida de todas as coisas. No universo reificado, a sociedade é transformada em um sistema de entidades sólidas, básicas, invariáveis, que são indiferentes à individualidade e não possuem identidade (MOSCOVICI, 2013, p. 49-50).

A sociedade trata do universo reificado e as Representações do universo consensual, o que aproxima signo de significado ao desvendar objetos e acontecimentos por meio da ideia de uma consciência coletiva. Já a ciência situa os objetos e acontecimentos fora de nossa consciência e independente de nossas vontades, fazendo que ajamos de forma imparcial e submissa.

No entanto, para Moscovici (2013, p. 42) “vivemos em um mundo behaviorista, praticamos uma ciência behaviorista e usamos metáforas behavioristas”. O que em outras palavras nos indicam que vivemos numa sociedade do comportamento.

Descrever estes comportamentos e desvendar seus significados, tanto os que o antecedem quanto as suas consequências é a tarefa primordial do cientista apossado da Teoria das Representações Sociais, já que para o ser humano, “pensamentos e palavras são reais – eles não são epifenômenos do comportamento” (MOSCOVICI, 2013, p. 42-43).

Portanto, a compreensão do comportamento humano é um elemento mais relevante do que o próprio comportamento sem si. Por meio da observação e da compreensão é possível desvendar “o que é uma sociedade pensante”. Ou melhor, que representações orientam o comportamento dos sujeitos ao ponto de fazer com que coletivamente os mesmos assumam certos comportamentos.

Para tal, Moscovici (2013, p. 43) diz que isto é possível por meio do estudo “a) das circunstâncias em que os grupos se comunicam, tomam decisões e procuram tanto revelar, como esconder algo e b) das suas ações e crenças, isto é, das suas ideologias, ciências e representações”.

Moscovici atribui a interação ou, nas suas palavras, as inter-relações sociais o princípio para a compreensão do comportamento humano. Os objetos são, apenas, o que Moscovici chama de “pano de fundo” para o desenrolar desta inter-relação.

Na verdade, a questão que Moscovici (2013) se propõe é se os sujeitos apenas reproduzem um sistema de valores que orientam seu comportamento sem interferirem em sua constituição e, se não pensa o pensar não é atributo da sociedade. A esta questão, ele se posiciona contrapondo-se a aceitar que os sujeitos apenas recebem da sociedade este sistema de valores (crenças, ideologias, ciência, etc.) e se comportam segundo ele.

Moscovici nega-se a aceitar que somos uma “caixa-preta dentro de uma caixa-preta maior”, ou ainda, que recebemos informação e não fazemos consideração alguma a respeito. Também que vivemos sob uma ideologia dominante e nada fazemos além de viver exatamente como determina essa ideologia. Esta ideologia pode ser imposta por uma classe social, pela igreja, pelo Estado ou pela escola. “Em outras palavras, sustenta-se que eles, como regra, não pensam, ou produzem nada de original por si mesmos” (MOSCOVICI, 2013, p. 44).

Desta forma, o pensamento de Moscovici se contrapõe ao pensamento de Locke (1999) para quem o ser humano é uma Tábula Rasa, uma espécie de caixa vazia que vai se enchendo das informações do mundo exterior e se constitui enquanto resultado destas informações.

Portanto, os seres humanos poderiam ser bons ou ruins, úteis ou inúteis dependendo das informações que obtiveram, dependendo da educação que receberam. Locke se contrapõe a noção de que as ideias são inatas, mas sim derivadas da experiência.

Esta experiência para Locke é experiência sensível, ou seja, aquela vivenciada diretamente pelos sujeitos e, portanto, sentidas de forma individual, que poderia variar de pessoa para pessoa.

[...] penso ser facilmente admitido que, se uma criança fosse mantida num lugar em que apenas visse o branco e o preto até a idade adulta, não teria ideia do vermelho ou do verde, do mesmo modo que quem jamais experimentou o gosto da ostra ou do abacaxi não teria esses gostos determinados (LOCKE, 1991, p. 59).

A Experiência Sensível juntamente com a Reflexão são as fontes de todo o conhecimento para Locke (1999, p.10), mas não são o conhecimento em si. “São processos

que suprem a mente com os materiais do conhecimento”. Estes materiais são denominados por Locke como sendo as ideias.

Assim, existiriam dois tipos de ideias, as Ideias Sensíveis, provenientes do exterior e as Ideias de Reflexão oriundas do interior dos indivíduos. Por sua vez, as ideias são agrupadas em dois tipos, as ideias simples e as ideias complexas.

Para tal, Locke (1999, p.11) parte do princípio que as Ideias Sensíveis são representativas das “imagens das coisas exteriores ao sujeito que as percebe”, portanto, as situa “enquanto percepções em nosso espírito”, enquanto situa as Ideias de Reflexão como “modificações da matéria nos corpos causadores de tais percepções”.

Desta forma, o autor mencionado acima não admite a influência dos sistemas representativos e criativos que permite aos sujeitos, no uso da razão e da imaginação, problematizar situações não vivenciadas diretamente.

O pensamento de Locke, que dá bases para a consolidação do Empirismo, corroborou para a dualidade indivíduo/sociedade e para a noção da sociedade como fundadora do pensamento humano. Dualismo que foi retomado por Durkheim (1996) tempos depois ao afirmar o caráter coercitivo da sociedade sobre o indivíduo.

Moscovici (2013) reconhece o caráter de autonomia dos sujeitos, ao passo que confere aos mesmos a capacidade de analisar e ressignificar o mundo em que vivem, utilizando para tal tanto o resultado das inter-relações com os demais sujeitos, quanto as informações e sistemas de valores da sociedade a qual estão inseridos.

O que estamos sugerindo, pois, é que pessoas e grupos, longe de serem receptores passivos, pensam por si mesmos, produzem e comunicam incessantemente suas próprias e específicas representações e soluções às questões que eles mesmos colocam. Nas ruas, bares, escritórios, hospitais, laboratórios, etc., as pessoas analisam, comentam, formulam “filosofias” espontâneas, não oficiais, que tem um impacto decisivo em suas relações sociais, em suas escolhas, na maneira como eles educam os filhos, como planejam seu futuro, etc. Os acontecimentos, as ciências e as ideologias apenas lhes fornece o “alimento para o pensamento”. (MOSCOVICI, 2013, p. 45).

As Representações Sociais “corporificam ideias em experiências coletivas e interações em comportamento” (MOSCOVICI, 2013, p. 48). São uma forma de compreender e comunicar o mundo vivido. Mundo este formado por crenças, ideologias e opiniões resultante da inter-relação entre as pessoas e do sistema de regras e signos que esta inter-relação

constrói. É “um modo que cria tanto a realidade quanto o senso comum” (MOSCOVICI, 2013, p. 49).

As Representações Sociais funcionam como um sistema de interpretação que, por meio de imagens possibilitam aos sujeitos expressar suas opiniões sobre os objetos (pessoas, eventos e conceitos).

Desta forma, as representações estão sempre ligadas às imagens. Representamos o mundo a partir de um rol de imagens que selecionamos e associamos aos objetos de forma de os representar.

Assim, não é figura de abstração dizer que temos uma imagem formada a respeito das coisas, dos fatos, das pessoas. Para esta imagem se tornar comunicável e inteligível utiliza-se da linguagem para se concretizar, ou seja, o sujeito utiliza-se de elementos linguísticos para expressar, para comunicar uma imagem que tem acerca de algo. Esta linguagem não precisa ser, exclusivamente, escrita ou falada, ou melhor, a linguagem não precisa, necessariamente, ser verbal.

A linguagem não-verbal também comunica a partir do uso de imagens como os sujeitos representam os objetos. As artes são um bom exemplo da utilização de outras formas de linguagem, linguagem imagética e/ou sensorial, na representação que os sujeitos fazem de si, dos demais e do mundo em que vivem.

Da mesma forma, a linguagem matemática, que se utiliza de símbolos e signos e, que foi amplamente usada pela ciência no seu processo de reconhecimento e de consolidação enquanto categoria do conhecimento, especialmente no ocidente, na Idade Moderna, já que “substitui signos por palavras e equações por proposições” (MOSCOVICI, 2013, p. 47).

Senso assim, os elementos linguísticos ilustram a ideia de uma imagem como a representação que o sujeito faz de algo. Em outras palavras, as opiniões, considerações, críticas, comentários e, sobretudo, as representações são exteriorizadas por meio da linguagem.

Para Moscovici (2013, p. 46), a linguagem pode ser de dois tipos: Linguagem de Observação e Linguagem da Lógica. A primeira “expressa fatos puros – se tais fatos existem – e a segunda, expressando símbolos abstratos”.

O sistema de interpretação tem uma função de mediação entre o indivíduo e o seu meio entre os membros de um mesmo grupo. Capaz de resolver e exprimir problemas comuns, torna-se código, linguagem comum, servindo para classificar os indivíduos e eventos, construir tipos nos quais os outros indivíduos e os outros grupos serão avaliados e posicionados. A

representação social se torna um instrumento referencial que permite a comunicação em uma mesma linguagem (SÊGA, 2000, p. 130).

Assim, a importância das representações sociais enquanto objeto de estudo tem suscitado inúmeros trabalhos acadêmicos, especialmente, nas ciências humanas e nas ciências biomédicas.

O arcabouço conceitual e metodológico que a Teoria das Representações Sociais desenvolveu ao longo do tempo, desde sua formulação por Moscovici (2013) e sua continuidade por pesquisadores importantes como Jodelet (2001), Herzlich (2005), Sêga (2000) tem servido aos pesquisadores na apreensão da realidade social a qual estão inseridos e tentam desvendá-la. As representações sociais são, portanto, fenômenos observáveis diretamente ou reconstruídos por meio do trabalho acadêmico.

Sempre há necessidade de estarmos informados sobre o mundo a nossa volta. Além de nos ajustar a ele, precisamos saber como nos comportar, dominá-lo física ou intelectualmente, identificar e resolver os problemas que se apresentam: é por isso que criamos representações. Frente a este mundo de objetos, pessoas, acontecimentos ou ideias, não somos (apenas) automatismos, nem estamos isolados num vazio social: partilhamos este mundo com os outros, que nos servem de apoio, às vezes de forma convergente, outras pelo conflito, para compreendê-lo, administrá-lo ou enfrentá-lo. Eis porque as representações sociais são tão importantes na vida cotidiana. Elas nos guiam no modo de nomear e definir conjuntamente os diferentes aspectos da realidade diária, no modo de interpretar estes aspectos, tomar decisões e, eventualmente, posicionar-se frente a eles de forma defensiva (JODELET, 2001, p. 17).

Jodelet (2001) ilustra sua argumentação a partir do resgate das pesquisas realizadas na Década de 1980 sobre a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS)¹⁵ e do discurso independentemente dos resultados de pesquisa que se formaram pela opinião pública e se difundiram, muitas vezes, como complicador dos tratamentos e procedimentos em saúde. Assim, a Teoria das Representações Sociais encontrou neste evento histórico o campo propício para seu desenvolvimento, ou melhor, para a observação do que os discursos dos sujeitos representavam realmente.

¹⁵ No Brasil, em português, a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA) é tratada pela sigla em inglês AIDS - Acquired Immunodeficiency Syndrome.

Este exemplo se refere aos fenômenos que acompanharam, no início dos anos 80, o aparecimento da Aids – primeira doença cujas histórias médica e social se desenvolveram juntas. A mídia e as pessoas se apoderaram deste mal desconhecido e estranho cuja proximidade ainda não tinha sido revelada. A ausência de referências médicas favoreceu uma qualificação social da doença, mesmo com a permissão de análise do discurso da mídia na observação de uma rápida conjugação do progresso de conhecimentos científicos e de imagens construídas no espaço público, em torno da Aids e de suas vítimas (Herzlich e Pierret, 1988). Antes que a pesquisa biológica trouxesse alguns esclarecimentos sobre a natureza da Aids, as pessoas elaboraram teorias apoiadas nos dados que dispunham, relativos aos portadores (drogados, hemofílicos, homossexuais, receptores de transfusões) e aos vetores do mal (sangue, esperma). O que se sabia sobre a transmissão da doença e de suas vítimas favoreceu, em particular, a eclosão de duas concepções: uma do tipo moral e social, outra do tipo biológico, com a influência evidente de cada uma delas sobre os comportamentos, nas relações íntimas ou para com as pessoas afetadas pela doença (JODELET, 2001, p. 18).

Um fato histórico como o fenômeno do aparecimento da AIDS na Década de 1980 suscitou a necessidade de se captar o imaginário social da época a respeito do ocorrido e de como os envolvidos estavam sendo tratados.

Na prática, serve para ilustrar, ao mesmo tempo, uma teoria interpretativa e um método de pesquisa que tem sua inovação como abordagem qualitativa em que o pensamento dos sujeitos consubstanciados em concepções de mundo podem ser apreendidas e transformadas em objeto de estudos das Ciências Humanas.

Este é um exemplo de como as Representações Sociais refletem as práticas cotidianas, especialmente, no campo da saúde. Contudo, estudos anteriores desenvolvidos por Herzlich (2005) e por outros pesquisadores já defendiam a utilização das Representações Sociais como categoria analítica da realidade social, especialmente das instituições e dos sujeitos que as compõem, sobretudo com relação “a ideia de que a representação tem função orientadora das condutas” (HERZLICH, 2005, p. 61)

Desta forma, nos inclinamos em afirmar que as instituições sociais são formadas e mantidas a partir das representações que os sujeitos fazem dela. Assim, as representações passam a ser o elemento de coesão que orientam a ação dos sujeitos.

As Representações Sociais são um constructo mental que os sujeitos elaboram individualmente a partir de suas vivências sociais e, portanto, coletivas na intenção de dar significado e explicação racional ao mundo em que vivem. Estas vivências, por sua vez, são

experimentadas a partir dos fatos concretos da vida cotidiana permeados pelo caráter ideológico típico da sociedade em que os sujeitos estão inseridos.

Geralmente, reconhece-se que as representações sociais – enquanto sistemas de interpretação que regem nossa relação com o mundo e com os outros – orientam e organizam as condutas e as comunicações sociais. Da mesma forma, elas intervêm em processos variados, tais como a difusão e a assimilação dos conhecimentos, o desenvolvimento individual e coletivo, a definição das identidades pessoais e sociais, a expressão dos grupos e as transformações sociais (JODELET, 2001, p.22).

A Teoria das Representações Sociais, enquanto sistema de interpretação do social, especificamente sobre saúde, ilustra como os as concepções de mundo dos sujeitos constroem e modificam práticas de saúde e de cuidado. Historicamente os processos de transformação da sociedade passam, necessariamente, por processos de transformações nas concepções teórico-práticas dos sujeitos até chegar a transformar as instituições as quais estes sujeitos fazem parte.

Foi assim com o Movimento Higienista Sanitarista que modificou o espaço urbano e as formas de convívio social a partir de novas concepções sobre saúde/doença (GEOVANINI; MOREIRA; SCHOELLER e MACHADO, 2005), bem como com a própria noção e definição do conceito de saúde/doença, que ao longo do tempo deixou de ser a ausência uma da outra para uma concepção de bem-estar completo do indivíduo relacionado ao seu meio físico, emocional e social (SILVA, 2004). Esses processos podem ser interpretados a partir da Teoria das Representações Sociais em que se busca apreender as significações que os sujeitos atribuem às suas ideias e a seus atos.

Em progressão se podemos interpretar as representações dos sujeitos individualmente, também podemos interpretar as representações que determinado grupo faz sobre si mesmo, partindo do princípio que o grupo represente uma coletividade de sujeito reunidos por um motivo em comum seja de forma voluntária ou não.

Assim, a Teoria das Representações Sociais é um mecanismo de análise do real que permite interpretar qual sentido cognitivo o grupo confere a seus atos, suas ações, suas práticas, especialmente, as práticas profissionais. Permite, também, que os sentidos atribuídos por cada um de seus membros a uma ação coletiva, por exemplo uma prática profissional, que segue objetivos e procedimentos específicos possam ser apreendidos como representativo das concepções deste grupo.

Em outras palavras, “(...) descobre-se um primeiro processo de representação social: a elaboração, por uma coletividade, sob indução social, de uma concepção de uma tarefa que não leva em conta a ‘realidade’ do comportamento social, mas a organização do funcionamento cognitivo do grupo” (SÊGA, 2000, p. 128).

A representação é sempre com relação a algo e exige a presença de um objeto, que é representado a partir das concepções dos sujeitos. Estas concepções também podem ser expressas por grupos, que embora guarde as particularidades, ou ainda a individualidade, de cada um de seus membros, reflete uma concepção que é coletiva e que orienta a ação dos sujeitos, podendo, portanto, ser interpretada.

Sêga (2000, p. 129) destaca cinco características apontadas por Jodelet na configuração das representações sociais. São elas: “a) é sempre representação de um objeto; b) tem sempre um caráter imagético e a propriedade de deixar intercambiáveis a sensação e a ideia, a percepção e o conceito; c) tem um caráter simbólico e significante; d) tem um caráter construtivo; e) tem um caráter autônomo e criativo”.

Estas características são importantes no processo de justificativa da relevância desta teoria para os estudos em Ciências Humanas, sobretudo nas Ciências Sociais ao passo que gera o rompimento com a noção de percepção dos sujeitos. Percepção é um conceito controverso que remete a ambivalências, inconstâncias, temporalidades e coerções. Conceito que remete muito mais ao senso comum do que a ciência no sentido de que uma percepção está mais ligada as impressões psicológicas do sujeito do que a impressões sociológicas.

Em outras palavras, no processo de percepção o sujeito pode, muito mais, assumir determinada atitude e reproduzir determinada ideia por sua relação sentimental e psíquica com o objeto percebido do que expressar o conjunto de elementos sociais, como ideologia, regras, leis, cultura, do qual sofre influência.

A compreensão sobre a percepção não nos permite afirmar que a percepção é um elemento tipicamente ou exclusivamente psicológico, haja vista que os sujeitos estão inseridos num mundo material permeado por valores, ideologia, regras, normas e leis.

Portanto, a percepção, embora individual, está permeada por elementos e mecanismos de interação social que se situam na esfera do coletivo. Entretanto, podemos associar a ideia de percepção ao que Weber chamou de Ação Racional com Relação a Valores, o que Weber (2000, p. 15) estabelece como:

O comportamento estritamente afetivo está, do mesmo modo, no limite ou além daquilo que é ação conscientemente orientada “pelo sentido”; pode ser uma reação desenfreada a um estímulo não-cotidiano. Trata-se de *sublimação*, quando a ação afetivamente condicionada aparece como descarga *consciente* do estado emocional: nesse caso encontra-se geralmente (mas nem sempre) no caminho para a “racionalização” em termos valorativos ou para a ação referente a fins, ou para ambas (WEBER, 2000, p.15).

Neste caso, a ação é racional porque está mergulhada num sistema racional de valores que tem características e finalidades próprias, com a intenção de manter as instituições fundantes destes valores, como a família, o sistema moral, estético, religioso, entre outros, distanciando-se assim da percepção, em que um sujeito inserido no mesmo sistema de valores pode ter percepções diferenciadas sobre o mesmo fenômeno, de acordo com os demais sistemas de valores que está inserido.

Não associamos a percepção à Ação Racional referente a Valores por um aspecto primordial, já que segundo Weber (2000, p. 15), “(...) em todos os casos, a ação racional referente a valores (no sentido de nossa terminologia) é uma ação segundo ‘mandamentos’ ou de acordo com ‘exigências’ que o agente crê dirigidos a ele”. Esta direção que caracteriza a Ação Racional referente a Valores é o que afasta este caráter da concepção de percepção.

Em outra medida,

A cognição social estava consagrada ao impasse desde o início, pois se limitava a um só aspecto, a percepção. Ao mesmo tempo, a realidade em questão era considerada como neutra, não social e presumidamente objetiva. Por outro lado, um dos resultados mais chocantes é que tais experiências nos forçaram a reconhecer que a informação advinda do mundo exterior é modelada não pela realidade neutra, mas por teorias e pré-concepções implícitas, e são elas que modelam o mundo pelas pessoas, essa é a conclusão a que chega alguém que trabalha de alguma maneira com as representações sociais. Para Serge Moscovici, não só as nossas imagens do mundo social são um reflexo dos eventos do mundo social, mas os próprios eventos do mundo social podem ser reflexos e produtos de nossas imagens do mundo social (SÊGA, 2000, p. 132).

As imagens do mundo social são construídas a partir de paradigmas que orientam a inter-relação entre os sujeitos. Por sua vez, estes paradigmas buscam tornar familiar aos sujeitos os elementos (objetos, pessoas e acontecimentos) do mundo social. Essa familiaridade funciona como um mecanismo de ordenação do mundo social, faz com que esse

mundo faça sentido e, portanto, possa ser incorporado no discurso dos sujeitos e reproduzido nas práticas coletivas dos mesmos.

A falta de sentido ameaça a coesão e a identidade do grupo, pois apresenta-se como ruptura de concepções e descontinuidade de ações. As Representações são a tentativa de familiarizar, de explicar o sentido que os sujeitos atribuem ao mundo social e as suas inter-relações.

Para tal, a ciência, que executa o movimento contrário de tornar os elementos utilizados pelos sujeitos, como mencionados anteriormente, como não familiares para, só assim, distanciando-se destes elementos se aproximar de seu objeto de estudo. Assim, a ciência cria representações ao passo que tenta elucidá-las.

Em outra perspectiva, a Teoria das Representações Sociais trabalha em cima da noção de que os sujeitos são motivados de duas formas, ou seja, de forma bicausal, por um lado sob a relação causa e efeito e, por outro lado, na relação fins e meios.

Assim, Farr (1997) *apud* Moscovici (2013, P. 78) mostrou como acerto que “existe uma relação entre a maneira como nós percebemos algo para nós mesmos e a maneira como a descrevemos aos outros”. Ao estabelecermos uma relação de familiaridade com o objeto tentamos dar significado cognitivo a este objeto e, portanto, o materializamos em nosso mundo.

Para tal, estabelecemos uma relação entre o objeto e nós mesmos e, assim, sendo possível elaborar uma regra ou lei que dê significado e classifique este objeto, ou mesmo descobrir alguma regra ainda não descoberta. Ocorre, neste momento, uma correlação entre a percepção e a repetição dos acontecimentos tornando o objeto familiar.

Na tentativa de tornar o objeto familiar passamos ao item seguinte que trata da utilização da Teoria das Representações Sociais e ilustram o passo a passo da elaboração do quadro do Discurso do Sujeito Coletivo buscando compreender as representações que os profissionais de saúde fazem a respeito do SUS.

2.3 Discurso e representação: a Teoria das Representações Sociais e o Discurso do Sujeito Coletivo (etapas teórico-metodológicas)

Uma fala, especialmente se tomada isolada e descontextualizada, não reflete o pensamento de uma coletividade por mais que esta fala esteja permeada por símbolos,

ideologias, normas e linguagem própria. A fala é tomada como expressão do individual em contraposição do discurso que é tomado como representação do coletivo. Sendo assim, o recurso de tornar o discurso de sujeitos o discurso de uma coletividade não é um exercício de simples ilustração. É, primordialmente, a tentativa de conferir sentido ao mundo prático.

Neste sentido, este trabalho utilizou a Teoria das Representações Sociais e o Discurso do Sujeito Coletivo como elementos metodológicos, partindo do entendimento de que as representações podem indicar a construção e o uso de um discurso coletivo que expressa a ideia geral dos sujeitos a respeito de determinado fenômeno ou evento. Como afirma Herzlich (2005, p. 61), “a meu ver, a predição de condutas individuais não é o objetivo dos estudos de representação, que me parece ser sobretudo evidenciar o código a partir do qual se elaboram significações ligadas às condutas individuais e coletivas”.

Nesta tentativa de elucidação do pensamento dos sujeitos, em específico, dos profissionais de saúde das UBSF do cariri paraibano foi escolhida a Teoria das Representações Sociais como mecanismo de compreensão da concepção que estes profissionais têm sobre o SUS e, destas concepções enquanto orientadoras das práticas de saúde aplicadas por estes profissionais. Desta forma, as Representações Sociais se baseiam no dito. “(...) O dito, pois, não é uma mera imagem, mas expressa um processo de pensamento, um imperativo – a necessidade de decodificar todos os signos que existem em nosso ambiente social e que nós não podemos deixar sós” (MOSCOVICI, 2013, p.79-80).

Para tal, metodologicamente, adotamos como suporte para a coleta, tratamento e análise dos dados a Teoria das Representações Sociais, como elaborada por Moscovici (2013) e Jodelet (2001) e o Método de Análise de Discurso do Sujeito Coletivo proposta por Lefevre e Lefevre (2003). Passamos ao detalhamento das etapas de utilização destes dois elementos metodológicos para destrincharmos como a pesquisa foi feita.

No processo de utilização da Teoria das Representações Sociais acontecem cinco etapas: a seleção dos Temas, a Ancoragem, a Objetivação, a Elaboração de Leis, e de Regras Máximas. Os Temas são as ideias, conceitos ou imagens primordiais a respeito de determinado assunto que se quer investigar, portanto, são, o que Moscovici (2013) denomina como as noções primárias ou mesmo as ideias fontes sobre o objeto de estudo. Os Temas só podem ser tomados como geradores de concepções, haja vista que só podem ser tomados a partir de discursos, de justificações e argumentos que conferem sentido aos mesmos.

A etapa da ancoragem ocorre quando o objeto passa a ser cognitivamente significante para o sujeito e começa a realizar transformações no mundo real do sujeito. Isso acontece a partir do processo de nomear, de classificar, de dar significado a algo ou alguém.

Assim, o objeto ancorado torna-se familiar e, portanto, inteligível, compreensível e explicável. O objeto passa a caber, a se inserir dentro de um sistema do qual o sujeito é integrante. A Ancoragem permite que o objeto passe a existir; exista com características próprias de forma a se distinguir dos demais e; integre um sistema de convenções aceito pelo sujeito.

Desta forma, as Representações Sociais rejeitam a ideia de todo pensamento ou sistema de valores ou classificação que não realize a Ancoragem dos objetos, pessoas ou acontecimentos.

As Representações Sociais, por sua vez não se utilizam de sistemas de classificações apenas para rotular ou fixar objetos, mas sim para tornar sua compreensão possível ao passo que o objetivo da ancoragem é permitir que os sujeitos formem opiniões, familiarizando e classificando os objetos ao seu redor, tornando concretos certos conceitos primordialmente abstratos. Contudo, ressalta-se que as Representações Sociais são maleáveis. Portanto, podem se modificar ao longo do tempo e entre sociedade ou grupos diferentes dependendo da ação dos sujeitos.

O ser humano é por si mesmo um indivíduo associativo e imagético. Portanto, no processo de classificação dos objetos, mais ainda no processo de Ancoragem dos objetos, pessoa e acontecimentos, tendemos a associá-los a outros objetos, a outras pessoas e a outros acontecimentos, aproximando seus significados de forma que eles se tornem inteligíveis e familiares.

A partir do momento que os objetos se tornam familiares é possível representá-los. Uma vez os objetos, pessoas e acontecimentos são representados ocorre o que Moscovici (2013, p. 71) denomina de Objetivação, que consiste “na arte de transformar uma representação na realidade da representação; transformar a palavra que substitui a coisa, na coisa que substitui a palavra”. Em outras palavras Objetivação é associar uma ideia, um conceito à uma imagem.

Algumas novas ideias, novos conceitos, não encontram facilmente uma imagem a qual possam ser associadas, daí o processo de representação desta ideia por meio de palavras para então chegar a criação de uma imagem que signifique esta ideia, por exemplo. Assim, o Padrão de Núcleo Figurativo ocorre quando uma ideia não se associa facilmente a uma imagem, mas um complexo de ideia se mescla e associa-se a um complexo de imagens, permitindo ao sujeito ressignificá-la.

Desta forma, a representação se torna realidade. “Quando, pois, a imagem ligada à palavra ou à ideia se torna separada e é deixada solta em uma sociedade, ela é aceita como

uma realidade convencional, clara, mas de qualquer modo uma realidade” (MOSCOVICI, 2013, p. 73).

Após realizados a seleção dos Temas, a Ancoragem e a Objetivação passamos ao estabelecimento das Leis ou das regularidades às quais os objetos se associam no seu processo de repetição. Em outras palavras, aquilo que se tornou frequente e admito como “verdades comuns”.

E por fim, a Teoria das Representações Sociais executa as Regras Máximas que consiste em, analisando o objeto: 1. Destacar uma retórica comum; 2. Identificar o elemento originário do objeto no Senso Comum; 3. Apontar as Representações Legitimadoras; 4. Apontar os Modos Comuns de Justificação e; 5. Reafirmar as Crenças Confirmadoras.

Todas as cinco etapas estão diretamente ligadas, não sendo possível alternar ou deixar de executar uma das etapas. Seguir a sequência é essencial para a aplicação da Teoria das Representações Sociais, conforme Moscovici (2013, p. 245) ilustra por meio da Figura – A função geradora dos temas e consta do Anexo 2.

Por sua vez, o Discurso do Sujeito Coletivo é uma técnica de pesquisa qualitativa desenvolvida pelos professores Fernando Lefevre e Ana Maria Cavalcanti Lefevre, tendo como fundamento a teoria da Representação Social e seus pressupostos sociológicos.

A proposta consiste basicamente em analisar o material verbal coletado extraíndo-se de cada um dos depoimentos, artigos, cartas, papers, as Ideias Centrais e Ancoragens e suas correspondentes Expressões Chave construindo um quadro classificatório em que as Ideias Centrais, Ancoragens e Expressões Chave semelhantes componham um ou vários **discursos-síntese** que são os Discursos do Sujeito Coletivo (LEFEVRE; LEFEVRE, 2003, p.22).

A proposta do Discurso do Sujeito Coletivo (Lefevre & Lefevre, 2003), associada ao software Qualiquantisoft (www.spi-net.com.br) com base, sobretudo, nos pressupostos da Teoria das Representações Sociais (Jodelet, 1989), elenca e articula uma série de operações sobre a matéria-prima de depoimentos coletados em pesquisas empíricas de opinião por meio de questões abertas, operações que redundam, ao final do processo, em depoimentos coletivos confeccionados com extratos de diferentes depoimentos individuais – cada um desses depoimentos coletivos veiculando uma determinada e distinta opinião ou posicionamento, sendo tais depoimentos redigidos na primeira pessoa do singular, com vistas a produzir, no receptor, o efeito de uma opinião coletiva, expressando-se diretamente, como fato empírico, pela “boca” de um único sujeito de discurso (LEFEVRE. LEFEVRE, 2006, p. 517).

Já Gomes, Telles e Roballo (2009, p.859) explanam que o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) consiste na organização e tabulação de dados qualitativos de natureza verbal, obtidos de depoimentos, artigos de jornais, matérias de revistas semanais, papers, extraíndo de cada uma das ideias centrais, as ancoragens e suas correspondentes expressões chave.

Segundo Lefevre e Levefre (2003), a ideia central pode ser entendida como a síntese do conteúdo discursivo que é explicitado pelos sujeitos, estando presentes nas afirmações, nas negações e nos juízos de valor a respeito da realidade institucional, bem como no contexto social no qual os sujeitos estão envolvidos. Desta forma, o Discurso do Sujeito Coletivo é uma estratégia metodológica que objetiva tornar mais clara a Representação Social. É uma forma discursiva de apresentações e tratamento dos depoimentos que compõe o substrato de uma representação social.

Para definir o que é verdadeiramente essa resultante, diremos que o agregado na sua totalidade que deve ser levado em consideração; pois é este conjunto o que pensa, que sente, que quer, mesmo que não possa querer, sentir ou agir a não ser a por intermédio de consciências particulares (DURKHEIM, 1994, p. 43).

O DSC é uma forma de viabilizar o discurso deixando que a realidade seja descrita de maneira autônoma, porque se acredita ser muito mais rico e válido ter uma realidade mais autônoma e concreta. Deste modo o conjunto desses discursos seria a revelação da base coletiva da fala de cada um dos sujeitos da pesquisa, isto é, o discurso do sujeito coletivo, traduzindo o essencial do conteúdo discursivo. Além do mais, “um sujeito “eu” ou “nós” é também um sujeito de opinião reconstituído, na medida em que se abandona a ilusão linguística e psicológica de que a sede natural da opinião seja a consciência individual” (LEFEVRE e LEFEVRE, 2006, p. 519).

O DSC ultrapassa a ilusão de que as falas ou discursos dos sujeitos pesquisados refletem apenas suas opiniões individuais formadas dentro do seu sistema próprio de regras sociais e compreensão do mundo ao seu redor. Ante de tudo, o sujeito individual é formado pela junção das representações coletivas, ou melhor, pelo sujeito coletivo, como afirma Durkheim (1994):

Mas se não podemos estar vinculados pelo dever senão a sujeitos conscientes, depois que tivermos eliminado todo sujeito individual, não resta outra finalidade à atividade moral que o sujeito *sui generis*, formado por uma pluralidade de sujeitos individuais associados de maneira a formar um grupo; enfim, não resta mais que o sujeito coletivo (DURKHEIM, 1994, p. 79).

As Representações Sociais indicam, mais do que, as características do processo de pensamento dos sujeitos, indicam, antes de tudo, “o conjunto de crenças partilhadas por grupos ou sociedades inteiras” (MOSCOVICI, 2013, p. 194).

De fato, as Representações Sociais indicam o lugar o do sujeito na sociedade. O discurso do sujeito denota de onde este sujeito fala, do que ele fala, o que ele quer falar e o que realmente ele fala. Este lugar ocupado pelo sujeito e, consequentemente, pelo seu discurso, refletem as relações de poder que o sujeito representa enquanto agente social que vivencia experiências coletivas. Desta forma, o sujeito individual se torna coletivo ao expressar em seu discurso próprio, pessoal, um discurso coletivo.

Neste contexto que a utilização deste discurso tomado individualmente ou em grupo específico pode ser metodologicamente confiável, haja vista que reflete o imaginário da sociedade em questão ou o tema de estudo representado pelos sujeitos da pesquisa.

Porque o social falado (estrutura estruturante) ou falado (estrutura estruturada) (Bourdieu, 1990) nos indivíduos, na primeira pessoa do singular, é o regime natural de funcionamento das opiniões ou representações sociais. De fato, as opiniões ou representações sociais são eficientes, funcionam, justamente, porque os indivíduos acreditam que suas opiniões são suas, ou seja, geradas em seus cérebros (LEFEVRE e LEFEVRE, 2006, p. 519).

Contudo, essas opiniões não são geradas exclusivamente em seus cérebros. São, antes de tudo, a síntese das ideias processadas socialmente e internalizadas pelos sujeitos que se utilizam destas ideias como fundamento para suas práticas cotidianas.

Especificamente, tomamos este parâmetro para o entendimento das práticas realizadas pelos profissionais das equipes das UBSF, ou melhor, a atenção, o cuidado e as práticas de saúde tão atualmente propaladas e incentivadas pelo sistema de saúde no Brasil expressam o entendimento que estes profissionais têm a respeito do funcionamento e princípio do SUS. Por isso, o DSC, “como esse sujeito de discurso aparentemente paradoxal, já que regido na primeira pessoa do singular, mas reportando um pensamento coletivo, é, sociologicamente, possível” (LEFEVRE e LEFEVRE, 2006, p. 520).

Sendo assim, ilustramos como a Teoria das Representações Sociais e o Discurso do Sujeito Coletivo foram utilizados neste trabalho detalhadamente em etapas.

1ª Etapa: TEMA (ideias-fontes/conceitos-imagem. NOÇÕES: tópicos que geram sentido “primitivo” e representação na relação cultura-cognição)

Neste caso o Tema foi a primeira impressão que os profissionais de saúde que participaram desta pesquisa tiveram a respeito do SUS.

Depois passamos a listagem¹⁶ das 42 respostas obtidas a partir das Entrevistas. Assim, temos alguns exemplos:

RESPOSTA 1. “A primeira impressão foi na Faculdade. A impressão é melhor do que você vê na prática. Contudo, depois você filtra as impressões entre teoria e prática e vê que o SUS é um sistema muito bom, que oferta através dos programas muitas coisas”. (Enfermeira, 30 anos)

RESPOSTA 2. “Foi na graduação. Vejo o SUS como um sistema público de saúde instituído no país que garante um atendimento igualitário que prioriza as diferenças de cada um. É um sistema de acesso fácil para a população”. (Médica, 29 anos)

RESPOSTA 3. Foi antes de entrar na faculdade, mas menos aprofundado. A impressão foi de bagunça. Eu esperava que fosse uma coisa mais organizada e mais humanizada. Hoje, trabalhando na área, eu vejo como um dos melhores sistemas de saúde que existe. Pena que não funciona como deveria funcionar. (Enfermeira, 24 anos)

RESPOSTA 4. “Foi antes da universidade. Um sistema de saúde para todos, mas que seria usado pelos que não tem Plano de Saúde. Um serviço desorganizado. Hoje, eu vejo como um sistema mágico, que contempla na teoria todos os direitos das pessoas”. (Enfermeira, 31 anos).

RESPOSTA 5. “Foi algo desconhecido que eu achei que a população não estava preparada para receber. Minha visão mudou, o SUS trouxe saúde muito grande”. (Auxiliar de Consultório Odontológico, 48 anos).

2ª Etapa: ANCORAGEM (classes de discurso: representações sociais/construção de campos semânticos e suas chaves interpretativas)

Identificar quais palavras e ideias aparecem com mais frequência nas entrevistas.

Assim, aparecem:

1. Desorganização;
2. Desconhecimento;
3. Saúde Pública;
4. Saúde para os Pobres;
5. Direitos.¹⁷

¹⁶ A título de celeridade ao trabalho, iremos utilizar apenas 05 exemplos neste ponto do trabalho. Contudo, para a construção do quadro final do DSC utilizamos todas as 42 respostas.

3ª Etapa: OBJETIVAÇÃO (Marcas cognitivas e trabalho linguístico de referência: modos de composição ente “objetos” e o estabelecimento de “limites” nas relações de campos internos/externos)

1. Visão do SUS antes de ser profissional de saúde;
2. Visão do SUS depois de ser profissional de saúde;
3. Impressão como usuário(a);
4. Impressão como não usuário(a).

4ª Etapa: LEI (Especificações de objetos exemplares através da atribuição de propriedades apresentadas como típicas com o objetivo de estabilizar a marca cognitiva e suas referências sociais)

- 1ª Lei: O SUS é um serviço público;
- 2ª Lei: Os serviços públicos não são bons;
- 3ª Lei: O SUS é um serviços para os pobres;
- 4ª Lei: O SUS representa direitos;
- 5ª Lei: A teoria é diferente da prática.

5ª Etapa: REGRAS MÁXIMAS (“Princípios aplicáveis” legitimando as argumentações inscritas na “semiosis social”)

1. Na teoria, adquirida formalmente, o SUS é uma coisa. Na prática profissional é outra;
2. Na prática profissional o SUS é um algo regulado pela política nacional/local, pelas relações institucionais e pelas possibilidades socioeconômicas municipais. Na crença do que eu acredito ser é outra coisa;

Ao realizarmos todas as etapas concernentes ao método de Tratamento e Análise dos dados do Discurso do Sujeito Coletivo é possível a construção do Quadro 1 que resume e ilustra a opinião dos profissionais de saúde pesquisados a respeito de sua primeira impressão sobre o SUS. O objetivo desta questão era identificar se existem e quais elementos são responsáveis pela formação de uma dada opinião a respeito do SUS.

A partir de então vamos a construção do quando do DSC destacando a Ideia Central, A Expressão Chave e o Discurso Síntese, ou melhor, o Discurso do Sujeito Coletivo. Assim, sabendo que a opinião dos profissionais de saúde a respeito do SUS não é constituída apenas por sua impressão pessoal e individual sobre o assunto, mas que sobre influência do mundo social, da ideologia circundante e do imaginário nacional a respeito do tema, então podemos

¹⁷ Utilizamos as 05 palavras ou expressões mais frequentes que apareceram nas entrevistas. Mais uma vez estamos utilizando apenas 05 como ilustração do processo metodológico.

afirmar que a representação social que os profissionais de saúde do cariri paraibano tem sobre o SUS está ilustrada no Quadro 1, a seguir.

CATEGORIA 1. *Qual sua impressão sobre o SUS?*

Quadro 1. (DSC)

Ideia central
Serviço para os pobres
Expressão Chave
Sistema Público de Saúde
Discurso do sujeito coletivo
Sistema de saúde para os pobres. Sistema de Saúde desorganizado. Sistema de saúde que passa a ser visualizado, a partir da prática profissional, como um sistema que efetiva os direitos a partir do princípio da universalidade. Sistema que pode ser comparável com demais sistemas no mundo e fica representado como um bom sistema de saúde, o qual oferece mais diversidade de serviços de saúde e maior abrangência.

Fonte: GALVÃO, 2017.

Seguindo o método de Discurso do Sujeito Coletivo chama-se de CATEGORIA a pergunta que resulta na construção do quadro DSC. Portanto, Categoria não se refere, neste caso, a uma espécie ou classe, ou mesmo a um esquema de classificação hierárquica a respeito da opinião dos profissionais de saúde. Categoria dentro do DSC serve para explicitar a pergunta que resultou na elaboração do quadro do DSC.

Desta forma, ilustramos como o quadro do DSC é construído em todas as suas etapas. Assim, no decorrer do trabalho quando utilizamos este método apresentaremos, apenas, o quadro DSC correspondente a sua categoria, ou seja, a pergunta que o originou. Em outras palavras doravante iremos apresentar os dados já tratados em forma de quadro do DSC, juntamente com a análise dos mesmos.

Com relação aos dados, os profissionais de saúde pesquisados vivenciam uma situação dúbia em relação ao SUS. Por um lado, o SUS garante e oferta serviços consolidando o acesso aos direitos em saúde. Por outro é desorganizado e confuso. Essa dualidade pode ser compreendida analisando-se o sistema como um todo. Assim, Oliveira e Albuquerque (2008, p. 243) afirmam que:

A falta de investimentos nas condições estruturais e materiais de trabalho no PSF é incoerente com o discurso oficial sobre as diretrizes do SUS. Borges,

Tamayo e Alves Filho (2005, p.180) afirmam que a percepção dos profissionais de saúde sobre seu trabalho reflete a contradição no cenário do SUS em que na teoria existe “um arrojado conjunto de princípios traçados em sua concepção e uma ideologia de enaltecimento dos propósitos sociais do trabalho, enquanto vivencia uma prática marcada pelo baixo investimento de recursos”.

Desta forma, a dualidade vivenciada pelos profissionais de saúde reside exatamente neste ponto, a distância entre o que a lei, a Estratégia Saúde da Família e a Atenção Básica determinam que sejam feitas e o que, realmente, é feito. Estabelece-se uma dualidade entre teoria e prática, entre princípios norteadores do SUS e a prática de saúde cotidiana dos profissionais, que muitas das vezes relatam a necessidade de adotarem alternativas para poder realizar o trabalho nas UBSF.

3 DESVENDANDO O CAMPO E A POPULAÇÃO: CARACTERIZANDO A MUNICIPALIDADE E A REDE DE SERVIÇOS

Para a descrição da escolha do campo é necessário fazer algumas considerações. Apesar de já ter sido justificada a escolha desta região como campo de pesquisa, na introdução deste trabalho, é necessário reforçar a importância da região e da inexistência de pesquisas e, conseqüentemente, de dados a respeito da realidade local. Assim, passemos a fase de caracterização do campo.

O Cariri Paraibano compõe uma das oito zonas fisiográficas do Estado da Paraíba, segundo divisão definida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e também recebe a denominação de Sertão dos Cariris Velhos. Esta divisão foi realizada tendo como base o critério ecológico da diferenciação espacial, em que as paisagens naturais são responsáveis por caracterizar o espaço físico. Compreendem ainda as demais regiões fisiográficas as regiões da Zona do Litoral ou Mata; Agreste Litorâneo; Brejo; Agreste Central; Sertão dos Cariris Velhos (já mencionado); Seridó; Baixo Sertão de Piranhas e Alto Sertão (MOREIRA, 1989 *apud* LUCENA e PACHECO, s.d.). O Cariri caracteriza-se pela presença do bioma Caatinga e pelo clima semiárido.

O estado da Paraíba compreende uma área de 56. 584 km² distribuída em 223 municípios, que totalizam uma população de cerca de 3, 776, 528 milhões de habitantes no ano de 2010, que tem renda per capita de setecentos e setenta e seis reais (R\$ 776,00) e, com população estimada de 3.999,415 milhões de habitantes no ano de 2016 segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2016)¹⁸.

Na ilustração seguinte podemos visualizar geograficamente a localização da região do Cariri paraibano. Região, esta, dividida entre Cariri Oriental e Ocidental, especificadas no mapa pela área amarela.

¹⁸ Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=pb>. Acessado em 09/12/2016.

Taperoá, os mesmos aparecem em destaque no Quadro 1. Os critérios de escolha desses municípios foram os que apresentaram maior quantitativo populacional e maior oferta de serviços de saúde.

Quadro 1 – Distribuição da população do Cariri Paraibano²²

Distribuição da população do Cariri Paraibano					
Nº	Município	População	Nº	Município	População
01	Alcantil	5 239	16	Ouro Velho	2 928
02	Amparo	2 088	17	Pariri	1.256
03	Assunção	3 522	18	Prata	3.854
04	Barra de Santana	8 205	19	Riacho de Santo Antônio	1 722
05	Barra de São Miguel	5 611	20	Santo André	2 638
06	Boqueirão	16 889	21	São Domingos do Cariri	2 420
07	Cabaceiras	5 035	22	São João do Cariri	4 344
08	Camaláu	5 749	23	São João do Tigre	4 396
09	Caraúbas	3 899	24	São José dos Cordeiros	3 985
10	Caturité	4 546	25	São Sebastião do Umbuzeiro	3 239
11	Congo	4 692	26	Serra Branca	12 971
12	Coxixola	1 771	27	Sumé	16 072
13	Gurjão	3 159	28	Taperoá	14 938
14	Livramento	7 164	29	Zabelê	2 075
15	Monteiro	30 844	30	TOTAL	183.176

Fonte: GALVÃO, 2017.

De acordo com o Quadro 1, podemos observar que a região do Cariri Paraibano apresenta municípios com pequeno contingente populacional variando de 1.722 habitantes no município de Riacho de Santo Antônio, município da região com menor contingente populacional, à Monteiro com maior contingente populacional, cerca de 30.844 segundo dados do IBGE (2010). Também, de acordo com o Quadro 1, podemos observar que a média populacional nos cinco municípios pesquisados é de 11.840 habitantes.

Todos os municípios do Cariri Paraibano são de pequeno porte, devido ao pequeno contingente populacional. Lembrando que segundo a Secretaria de Desenvolvimento Social e Direitos Humanos (SESDSH) do Estado de Pernambuco, os municípios são classificados da seguinte forma:

²² O Quadro 1 foi elaborado pela pesquisadora utilizando os dados oficiais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística para o ano de 2010.

Pequeno Porte I – até 20.000 habitantes;
 Pequeno Porte II – até de 20.001 a 50.000 habitantes;
 Médio Porte – de 50.001 a 100.000 habitantes;
 Grande Porte – de 100.001 a 900.000 habitantes;
 Metrópole – mais de 900.000 habitantes.

Segundo o Departamento de Atenção Básica (DAB)²³ que integra a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde (MS), “Cada equipe de Saúde da Família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas de uma determinada área, que passam a ter corresponsabilidade no cuidado com a saúde”. (DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA, s.d., http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_como_funciona.php?conteudo=esf>. Acessado em 11 de 12 de 2015).

De acordo com o Quadro 2, podemos comparar o que diz a Legislação vigente do DAB a respeito da quantidade de pessoas atendidas por cada UBSF com a realidade dos municípios pesquisados. Assim, podemos afirmar que os municípios pesquisados estão dentro da lei no que diz respeito a quantidade de UBSF ofertadas e em funcionamento.

Quadro 2 – UBSF nos municípios pesquisados

Nº	Município	População (IBGE, 2010)	UBSF (Quantidade Obrigatória)	UBSF (Quantidade Existente)
01	Boqueirão	16 889	5	8
02	Livramento	7 164	2	3
03	Monteiro	30 844	8	11
04	Sumé	16 072	5	6
05	Taperoá	14 938	4	5

Fonte: GALVÃO, 2017.

Seguindo o critério estabelecido pelo DAB, podemos observar, de acordo com o Quadro 2, que o número de UBSF existente é maior que o número de UBSF obrigatória. Este fato não se dá por benesse do gestor público, mas por uma questão de administração dos serviços de saúde. Notadamente os municípios do Cariri Paraibano possuem uma extensa zona rural. Em outras palavras, os municípios pesquisados, além da zona urbana são

²³ Segundo informações oficiais possíveis de serem acessadas no site oficial da DAB. “O Departamento de Atenção Básica (DAB) integra a Secretaria de Atenção à Saúde e tem atribuições e competências definidas pelo Decreto 7530/2011, que estabelece a estrutura regimental do Ministério da Saúde, e também pela Portaria 2488/2011, que aprovou a Política Nacional de Atenção Básica”. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/dab.php>. Acesso em 03 de março de 2016.

compostos de vários distritos, muitas vezes de difícil acesso devido aos acidentes geográficos da região.

Lembrando que o SUS utiliza como critério para a oferta de serviços de saúde a categoria populacional, conforme supramencionado. O SUS denomina de População Adscrita ou Adstrita ao grupo populacional ao qual a UBSF é responsável. Para compor a População Adstrita são considerados, além da quantidade populacional, o critério da territorialidade que envolve elementos específicos da população atendida pela UBSF.

O Programa Saúde da Família (PSF) foi proposto em 1994 como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, baseada no trabalho de equipes multiprofissionais em Unidades Básicas de Saúde (UBS). Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de uma população adscrita, localizada em uma área delimitada, através de ações de promoção de saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes. A territorialização é um dos pressupostos básicos do trabalho do PSF. Essa tarefa adquire, no entanto, ao menos três sentidos diferentes e complementares: de demarcação de limites das áreas de atuação dos serviços; de reconhecimento do ambiente, população e dinâmica social existente nessas áreas; e de estabelecimento de relações horizontais com outros serviços adjacentes e verticais com centros de referência (PEREIRA e BARCELLOS, 2006 *apud* MONKE e BARCELLOS, 2007, p.211).

Desta forma, visando atender toda a população de forma a cumprir os princípios do SUS são instaladas em cada um dos municípios, pelo menos, uma UBSF na zona rural, ou no sítio como os profissionais de saúde pesquisados costumam referenciar. No município de Livramento a UBSF que se localiza na zona rural atende a três Comunidades Quilombolas, a saber: Areia de Verão; Vila Teimosa e; Sussuarana.

Neste caso, além de se considerar a questão do acesso aos serviços de saúde, a localização da comunidade na zona rural, considera-se os critérios de reconhecimento do ambiente e da população específica, uma vez que os quilombolas, por serem afrodescentes, podem apresentar Anemia Falsiforme ou Traços Falsiformes, o que requer medidas específicas de saúde destinadas àquela população.

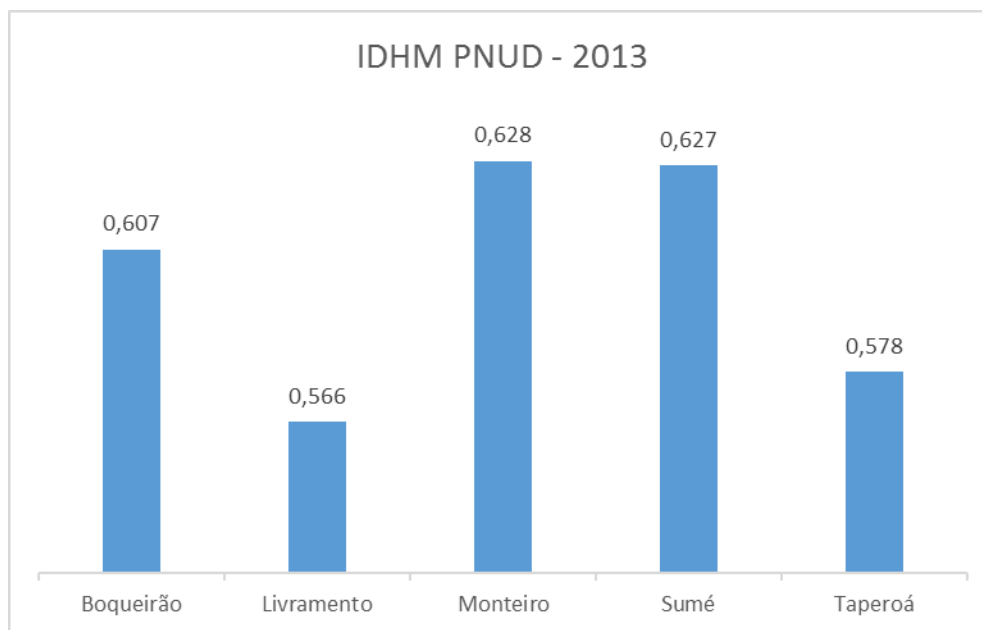
Especificamente, começaremos caracterizando os municípios pesquisados segundo seus Índices de Desenvolvimento Humano (IDH). Para tal construímos gráficos²⁴ a partir dos dados constantes no Atlas de Desenvolvimento Humano (2013)²⁵. O Atlas de

²⁴ Os gráficos foram desenvolvidos também utilizando-se os dados do Atlas do Desenvolvimento Humano disponíveis em: <http://www.deepask.com/>. Acesso em 03/09/2016.

²⁵ O **Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil** engloba o Atlas do Desenvolvimento Humano nos Municípios e o Atlas do Desenvolvimento Humano nas Regiões Metropolitanas. O Atlas é, uma plataforma de

Desenvolvimento Humano é uma ferramenta desenvolvida pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), em conjunto com o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) e a Fundação João Pinheiro (FJP). A versão utilizada é a disponível do ano de 2013, que traz dados da série referente ao ano de 2010. Em seguida apresentaremos os dados referentes aos Serviços de Saúde ofertados pelos municípios.

Gráfico 1 – Índice de Desenvolvimento Humano por Município – PNUD 2013



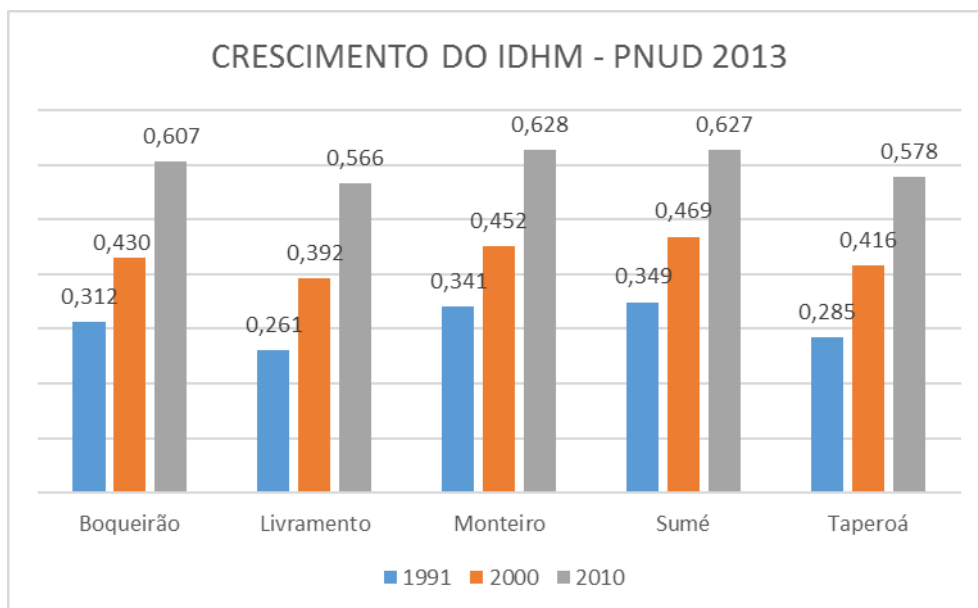
Fonte: GALVÃO, 2017.

Segundo o próprio PNUD (2013) é considerado Baixo o IDH compreendido entre 0,500 até 0,599 e considerado Médio o IDH compreendido entre 0,600 até 0,699. Sendo assim, o município de Livramento e de Taperoá apresentam IDHs baixos. Os municípios de Boqueirão, Monteiro e Sumé apresentam IDH médio. O fato dos municípios pesquisados terem IDH variando entre Baixo e Médio indica a fragilidade socioeconômica da região pesquisada. A oferta dos serviços de saúde privados e/ou de média e baixa complexidade na região é escassa, o que também serve de justificativa para a realização desta pesquisa.

consulta ao Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de 5.565 municípios brasileiros, 27 Unidades da Federação (UF), 20 Regiões Metropolitanas (RM) e suas respectivas Unidades de Desenvolvimento Humano (UDH). O Atlas traz, além do IDHM, mais de 200 indicadores de demografia, educação, renda, trabalho, habitação e vulnerabilidade, com dados extraídos dos Censos Demográficos de 1991, 2000 e 2010. Disponível em http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/o_atlas/o_atlas_/. Acessado em 03/09/2017.

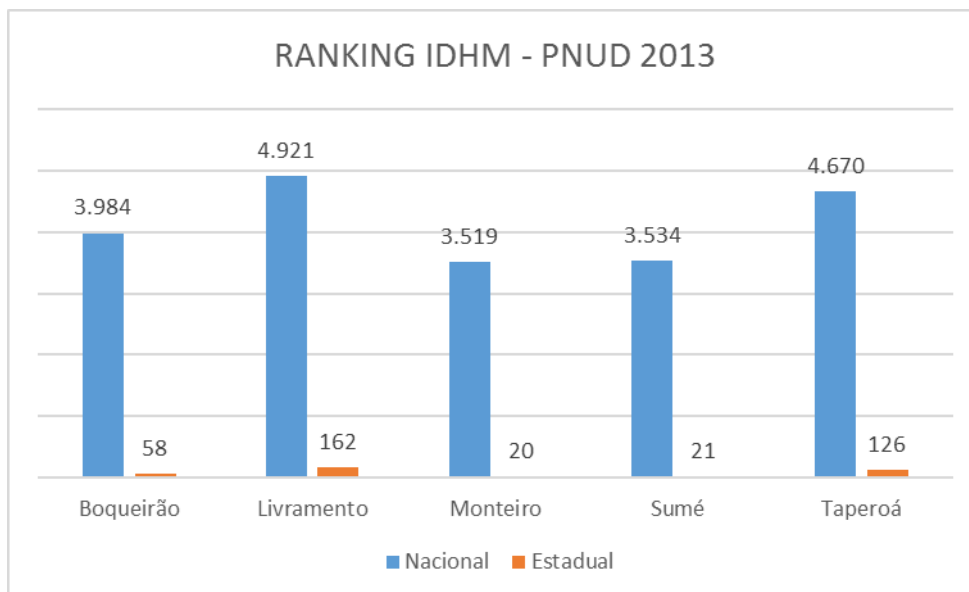
Contudo, podemos observar no Gráfico 2, seguinte, que o IDHM dos municípios pesquisados tem crescido na série dos anos de 1991, 2000 e 2010, em três pontos cada município.

Gráfico 2 – Crescimento do Índice de Desenvolvimento Humano por Município – PNUD 2013



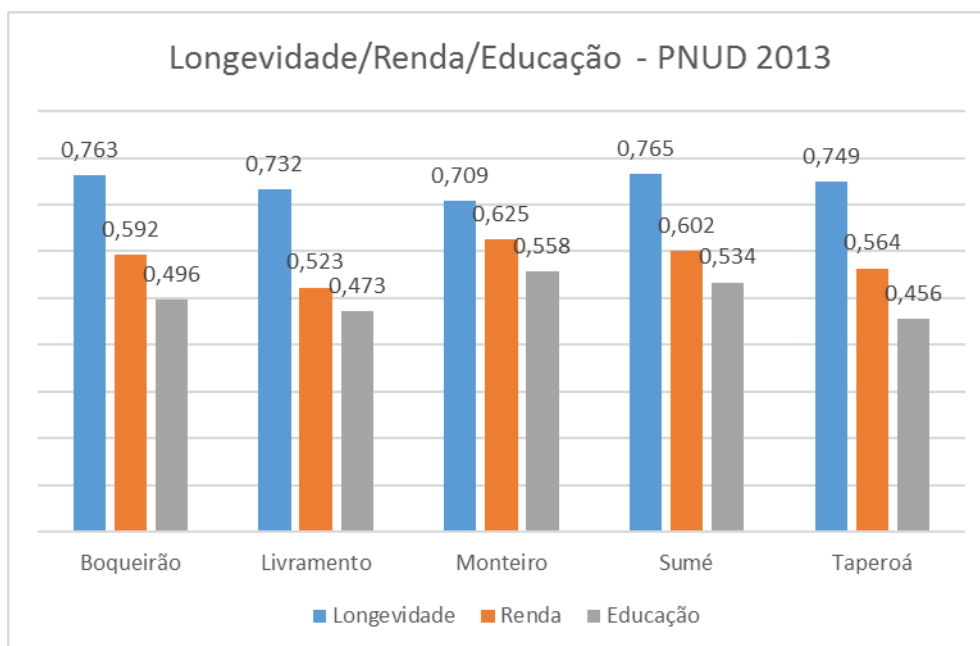
Fonte: GALVÃO, 2017.

Vale ressaltar que o Brasil tem 5.564 municípios e o estado da Paraíba tem 223 municípios (IBGE, 2010). Com relação ao Raking Nacional e Estadual, os municípios pesquisados ocupam posições que os situam da metade para o final do raking nacional. Em relação ao Raking Estadual, os municípios de Monteiro e Sumé encontram-se em situação privilegiada, ocupando o 20^a e 21^a posições.

Gráfico 3 – Ranking Nacional e Estadual de IDH por Município – PNUD 2013

Fonte: GALVÃO, 2017.

Especificamente, com relação a cada item que compõe o IDH (Longevidade, Renda e Educação), temos os seguintes dados por município:

Gráfico 4– Longevidade/Renda/Educação - IDH por Município – PNUD 2013

Fonte: GALVÃO, 2017.

Detalhadamente, podemos situar os municípios pesquisados no *Ranking* Nacional e Estadual, de acordo com cada critério formador do IDH. Desta forma, temos o Quadro 3.

Quadro 3 – RANKING NACIONAL/ESTADUAL – IDH (longevidade/renda/educação)

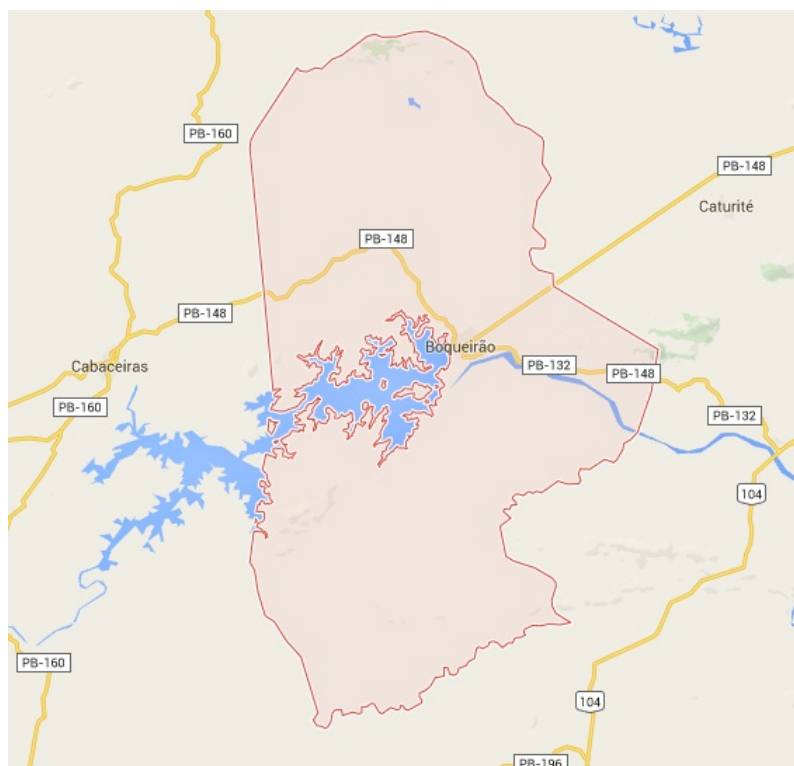
MUNICÍPIOS	POSIÇÃO NO RANKING					
	NACIONAL			ESTADUAL		
	LONGEVIDADE	RENDIA	EDUCAÇÃO	LONGEVIDADE	RENDIA	EDUCAÇÃO
BOQUEIRÃO	4.366	3.753	4.047	97	37	67
LIVRAMENTO	5.105	5.206	4.463	173	208	106
MONTEIRO	5.405	3.247	2.818	210	11	19
SUMÉ	4.304	3.590	2.816	90	25	32
TAPEROÁ	4.770	4.351	4.742	135	102	136

Fonte: GALVÃO, 2017.

O Quadro 3 mostra que o município de Monteiro apresenta melhor índices formadores do IDH entre os municípios pesquisados.

A partir deste ponto, acrescentamos mais alguns dados a respeito dos municípios pesquisados, destacando os dados referentes aos serviços de saúde ofertados.

- **Boqueirão**

Figura 2. Mapa do município de Boqueirão

Fonte: GOOGLE MAPS²⁶, 2017.

²⁶ <http://googlemaps.com>

Sobre os dados populacionais, segue a Figura 3, que melhor resume e caracteriza a população.

Figura 3. Dados populacionais e geográficos do município de Boqueirão

População estimada 2015 ⁽¹⁾	17.670
População 2010	16.888
Área da unidade territorial (km²)	371,984
Densidade demográfica (hab/km²)	45,40
Código do Município	2502508
Gentílico	boqueirãoense
Prefeito	JOÃO PAULO BARBOSA LEAL SEGUNDO

Fonte: IBGE²⁷, 2017.

Quadro 4 – Relação dos Serviços de Saúde do Município de Boqueirão - PB

Serviços de Saúde	Quantidade
Unidade Básicas de Saúde (UBS)	08
Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)	01
Centro de Apoio Psicossocial (CAPS)	01
Centro de Especialidades Odontológicas (CEO)	01
Base Descentraliza do SAMU 192	01
Hospital	01
Policlínica	01

Fonte: GALVÃO, 2017.

Cabe salientar que das oito (08) Unidades Básicas de Saúde (UBS), cinco (05) localizam-se na Zona Urbana e (03) na Zona Rural.

²⁷ <http://cidades.ibge.gov.br>.

- **Livramento**

Figura 4. Mapa do Município de Livramento



Fonte: GALVÃO, 2017.

Sobre os dados populacionais, segue a Figura 5, que melhor resume e caracteriza a população.

Figura 5. Dados populacionais e geográficos do município de Livramento

População estimada 2015 ⁽¹⁾	7.355
População 2010	7.164
Área da unidade territorial (km²)	270,752
Densidade demográfica (hab/km²)	27,53
Código do Município	2508505
Gentílico	livramentense
Prefeito	CARMELITA ESTEVÃO VENTURA SOUSA

Fonte: IBGE²⁸, 2017.

²⁸ <http://cidades.ibge.gov.br>.

Quadro 5 – Relação dos Serviços de Saúde do Município de Livramento - PB

Serviços de Saúde	Quantidade
Unidade Básicas de Saúde (UBS)	03
Base Descentraliza do SAMU 192	01
Laboratório de Análises Clínicas	01
Clínica de Fisioterapia	01
Farmácia Básica	01
Base de Vigilância em Saúde	01
Academia de Saúde	01

Fonte: GALVÃO, 2017.

- **Monteiro**

O município de Monteiro, localizado no Cariri Paraibano é o município que concentra o maior quantitativo populacional e de ofertas de serviços de saúde, portanto a justificativa de escolhê-lo como campo de pesquisa, tanto na fase de pré-teste quanto na fase de coleta dos dados propriamente dita.

Figura 6. Mapa do Município de Monteiro

Fonte: GOOGLE MAPS²⁹, 2017.

²⁹ <http://googlemaps.com>

Sobre os dados populacionais, segue a Figura 7, que melhor resume e caracteriza a população.

Figura 7. Dados populacionais e geográficos do município de Monteiro

População estimada 2014 ⁽¹⁾	32.498
População 2010	30.852
Área da unidade territorial (km ²)	986,356
Densidade demográfica (hab/km ²)	31,28
Código do Município	2509701
Gentílico	monteirense
Prefeito	EDNACÉ ALVES SILVESTRE HENRIQUE

Fonte: IBGE³⁰, 2017.

Quadro 6 – Relação dos Serviços de Saúde do Município de Monteiro - PB

Serviços de Saúde	Quantidade
Unidade Básicas de Saúde (UBS)	11
Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)	01
Unidade de Pronto Atendimento (UPA)	01
Centro de Apoio Psicossocial (CAPS)	01
Centro de Especialidades Odontológicas (CEO)	01
Base Descentraliza do SAMU 192	01
Hospital	01

Fonte: GALVÃO, 2017.

³⁰ <http://cidades.ibge.gov.br>.

Podemos apontar a estrutura da saúde nestes municípios a partir da listagem dos serviços de saúde ofertados.

Quadro 7 – Relação dos Serviços de Saúde do Município de Sumé - PB

Serviços de Saúde	Quantidade
Unidade Básicas de Saúde (UBS)	06
Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)	01
Centro de Apoio Psicossocial (CAPS)	01
Centro de Especialidades Odontológicas (CEO)	01
Centro Oftalmológico	01
Base Descentraliza do SAMU 192	01
Hospital e Maternidade	01
Posto de Saúde	02
Laboratório de Análises Clínicas	01
Clínica de Fisioterapia	01
Farmácia Básica	01
Base de Vigilância em Saúde	01

Fonte: GALVÃO, 2017.

O município de Sumé é Membro do Consórcio Intermunicipal de Cariri Ocidental (CISCO), sediando a maior parte dos serviços especializados, inclusive as consultas com médicos de algumas especialidades como Cardiologista, Endocrinologista, Ginecologista e Oftalmologista.

Na maior parte dos municípios do Cariri paraibano não há oferta de serviços públicos de saúde nestas especialidades médicas, tendo o usuário que se deslocar para os grandes centros urbanos. A distância entre o município de Sumé, que compõe o CISCO e a capital do estado, João Pessoa, é de 298 km.

- **Taperoá**

Figura 10. Mapa do município de Taperoá



Fonte: GOOGLE MAPS³³, 2017.

Dando seguimento a apresentação dos dados, segue a Figura 11.

Figura 11 Dados populacionais e geográficos do município de Taperoá

População estimada 2015 ⁽¹⁾	15.376
População 2010	14.936
Área da unidade territorial (km²)	644,156
Densidade demográfica (hab/km²)	22,53
Código do Município	2516508
Gentílico	taperoaense
Prefeito	JURANDI GOUVEIA FARIAS

Fonte: IBGE³⁴, 2017.

³³ <http://googlemaps.com>

³⁴ <http://cidades.ibge.gov.br>.

A seguir o Quadro 7, que apresenta os serviços de saúde existentes no município de Taperoá

Quadro 8 – Relação dos Serviços de Saúde do Município de Taperoá – PB

Serviços de Saúde	Quantidade
Unidade Básicas de Saúde (UBS)	05
Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)	01
Centro de Apoio Psicossocial (CAPS)	01
Centro de Especialidades Odontológicas (CEO)	01
Centro Oftalmológico	01
Base Descentraliza do SAMU 192	01
Ambulatório Médico	01
Hospital	01
Centro de Saúde	01
Laboratório de Análises Clínicas	03
Academia de Saúde	01
Clínica de Fisioterapia	01
Farmácia Básica	01
Base de Vigilância em Saúde	01
Policlínica	01
Clínica	01

Fonte: GALVÃO, 2017.

Em linhas gerais, os principais serviços de saúde dos cinco municípios pesquisados são³⁵:

Quadro 9 – Distribuição dos Serviços Públicos de Saúde

Distribuição dos Serviços de Saúde					
Município	População	UBSF	Ambulatórios	Leitos	Estabelecimentos de Saúde
Boqueirão	16.889	8	11	22	12
Livramento	7.164	3	3	0	3
Monteiro	30.807	11	27	61	31
Sumé	16.908	6	11	60	13
Taperoá	14.938	5	10	28	12

Fonte: GALVÃO, 2017. ³⁶

³⁵ Este quadro foi construído dentro como base as informações da homepage do IBGE. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=251550&idtema=5&search=paraiba|servicos-de-saude-2009>.

³⁶ Este Quadro (8) foi construído a partir dos dados disponíveis em: <http://cidades.ibge.gov.br>. Acesso em: 12 de novembro de 2015.

Após caracterizarmos o cenário da pesquisa, partimos da abordagem metodológica adotada e, assim, foi realizado um pré-teste no ano de 2013, segundo ano de curso do doutorado, que envolveu amostra de dois dos cinco municípios pesquisados, Monteiro e Sumé.

Sumé foi escolhido como primeiro município a ser pesquisado dada a proximidade da pesquisadora enquanto moradora da cidade e professora na área de Ciência Política da Universidade Federal de Campina Grande, Campus VII, localizado em Sumé.

A escolha de Sumé não se deu, apenas, por conveniência ou acessibilidade, mas porque esta pesquisa como um todo visa coletar dados a respeito da região do Cariri Paraibano, a fim de obter informação sobre a realidade socioeconômica da região, dados quase inexistentes, não fosse as pesquisas periódicas realizadas pelo IBGE, especialmente a PNUD e PNAD.

Neste sentido o Centro de Desenvolvimento Sustentável do Semiárido (CDSA), localizado em Sumé como supramencionado, vem realizando desde sua fundação em 2009, pesquisas e ações que visem o estreitamento dos laços de convivência entre a comunidade acadêmica e a comunidade caririzeira, buscando proporcionar melhorias na qualidade de vida dos habitantes da região do Cariri Paraibano, bem como a realização de um diagnóstico da situação socioeconômica destes habitantes a fim de propor e gerenciar soluções para os problemas encontrados na região.

A participação do CDSA é salutar na resolução das demandas socioeconômicas na região, ao passo que possibilita a execução dos três pilares da vida acadêmica (Ensino, Pesquisa e Extensão). Nesse sentido, a realização desta pesquisa se insere também nas atividades acadêmicas do Centro no intuito de constituir-se como importante elemento de descobrimento da realidade local e, conseqüentemente, servir de base para a formulação de Políticas Públicas de Saúde para região.

O acesso ao campo de pesquisa, no caso às UBSF, tanto na fase de Pré-Teste quanto na fase de coleta de dados propriamente dita, seguiu um protocolo repetido para todos os municípios que consistia em primeira etapa procurar a Secretaria de Saúde do município em questão e apresentar uma Solicitação de Pesquisa, a qual contém todos as justificativas da pesquisa, bem como os objetivos.

Uma ressalva era feita na hora da apresentação da Solicitação junto ao(à) Secretário(a) de Saúde ou Coordenadora da Atenção Básica dos municípios que a pesquisa não tem como finalidade avaliar a gestão municipal, nem apontar elementos favoráveis ou desfavoráveis no

tocante a aplicação de recursos públicos em saúde, contratação de pessoal ou qualquer outro elemento político de avaliação de políticas públicas.

Esta foi uma justificativa importante para a autorização de realização da pesquisa tanto por parte dos Secretários de Saúde, quanto por parte dos profissionais de saúde pesquisados. Muitos profissionais de saúde pesquisados expressaram, durante a realização da pesquisa, sua inquietação e preocupação com sua identificação e associação de suas informações com a avaliação da gestão municipal, mais precisamente, avaliação da gestão do prefeito ou do(a) secretário(a) de saúde.

Como esta pesquisa não tem esta intenção, os gestores e profissionais de saúde foram tranquilizados, sobretudo com a disponibilização de cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) adotado por esta pesquisa conforme o Apêndice A. O TCLE garante o anonimato dos participantes e demais direitos dos pesquisados com relação aos critérios éticos adotados em pesquisas com seres humanos.

Contudo, a preocupação com a revelação de alguma crítica realizada pelos profissionais nesta pesquisa aos gestores municipais e, conseqüentemente represálias sofridas pelos profissionais por parte dos gestores fez com que muitos profissionais não quisessem participar da pesquisa.

Esta preocupação foi expressa pelos profissionais em todas as entrevistas. Embora os profissionais fossem tranquilizados quanto ao anonimato e o não caráter avaliativo da gestão por parte desta pesquisa, muitos não quiseram participar, especialmente os odontólogos e médicos.

Como esta pesquisa não é institucional, no sentido de ser gerenciada e aplicada por órgão público e nem por interesses da administração pública, não obteve 100% da adesão dos profissionais ao contrário da pesquisa realizada por (QUEIROZ, CAMPOS e MERHY 1992), por exemplo.

Depois da realização da Solicitação, as Secretarias de Saúde emitiram uma Autorização para Realização da Pesquisa. Contudo, eu não pude me dirigir diretamente a qualquer UBSF de minha escolha. Estas foram indicadas pelos (as) Secretários(as) de Saúde ou Coordenadores(as) de Atenção Básica de cada município.

Em alguns municípios esta escolha não seguiu este trânsito, pois tratava-se de município com poucas UBSF, como é o caso do Município de Livramento, com apenas três UBSF, sendo que uma localiza-se na zona rural. Portanto, a pesquisa foi realizada sem indicação prévia das UBSF.

Apesar de minhas argumentações junto às Secretarias de Saúde a respeito deste critério de seleção das UBSF, ficou subentendido uma “supervisão” por parte do poder público do conteúdo da pesquisa, que tentou indicar as UBSF com melhor rendimento em termos de Qualidade em Saúde. As UBSF que apresentavam problemas foram descartadas para a indicação por parte dos Secretários de Saúde.

O primeiro contato realizado com os(as) Enfermeiro(a) responsáveis pelas UBSF demonstrou essa preocupação dos mesmos com a questão política e um certo receio em prestar as informações, já que eu estava indo até as UBSF por intermédio dos secretários de saúde ou coordenadores da Atenção Básica.

Entretanto, no meu primeiro contato com os profissionais de saúde pesquisados, estas dúvidas foram solucionadas e a pesquisa foi realizada com liberdade de expressão por parte dos profissionais, inclusive muitos se sentiram à vontade para fazerem críticas aos gestores municipais, especialmente no que diz respeito as condições de trabalho e ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), o qual iremos tratar detalhadamente neste trabalho.

O baixo retorno dos questionários obtido neste trabalho, apesar de explicitado que os dados em hipótese alguma seriam divulgados de maneira individual ou identificados, pode ser devido ao receio de ser observado e veiculado o desconhecimento por parte dos profissionais do sistema de saúde no qual estão inseridos e hipoteticamente deveriam conhecer. Outro possível motivo é o medo de se tratar de fiscalização por parte do poder executivo ou perseguição política. (MARTINS *et. al.*, 2009, p. 79).

Após a Solicitação e a Autorização para realizar a pesquisa, foi realizado o encaminhamento às UBSF e efetuado o contato com os (as) Enfermeiros (as) responsáveis pelas UBSF. As Enfermeiras responsáveis fizeram o agendamento para a realização da coleta de dados (questionário, entrevista e grupo focal).

O agendamento foi realizado seguindo o critério de presença de todos os profissionais de saúde na Unidade ao mesmo tempo, principalmente os Agentes Comunitários de Saúde (ACSs), já que estes realizam o acompanhamento domiciliar dos usuários do SUS. A presença de todos os profissionais ao mesmo tempo foi justificada pelas Enfermeiras a fim de não prejudicar o atendimento prestado nas UBSF.

Com relação a aplicação dos Questionários, alguns questionários não puderam ser aplicados no mesmo dia e na presença da pesquisadora, ficando sob responsabilidade da

Enfermeira da Unidade a entrega dos questionários para os respectivos profissionais das UBSF que não tinham preenchidos os questionários.

Esse fato causou demora na Coleta dos Dados, pois foi necessário realizar outro agendamento como o profissional. Notadamente isto era feito com os profissionais médicos que alegavam a falta de tempo devido à grande demanda de usuários para o atendimento nas UBSF para o não preenchimento do questionário imediato dos questionários.

Apesar do agendamento, algumas datas foram reagendadas dada a realização de atividades programadas pelo município, como campanha de vacinação, palestras, ações temáticas como o Outubro Rosa, por exemplo. Ou mesmo pela participação de alguns dos profissionais de saúde em capacitações realizadas fora do município. Mas isto não interferiu na realização da pesquisa, só adiou por um período inferior a dois meses a coleta de dados.

Na data agendada e no horário combinado dirigia-me a UBSF logo no horário de abertura da Unidade ao atendimento aos usuários. Contudo, a coleta de dados se dava no decorrer dos atendimentos e, na maioria das vezes, no final do expediente, especialmente as entrevistas realizadas com médicos(as).

As entrevistas realizadas com os(as) Enfermeiros(as) eram as mais demoradas e as que apresentavam mais informações e críticas a respeito do funcionamento das UBSF e da própria Atenção Básica. As demais entrevistas foram relativamente breves. Destaca-se que as entrevistas realizadas com os profissionais de apoio à Equipe de Saúde, ou melhor, os profissionais sem formação específica em saúde, como recepcionistas, auxiliar de serviços gerais, etc., foram breves e superficiais.

Inicialmente, esta pesquisa pretendia realizar entrevistas apenas com as Enfermeiras das UBSF e com os demais profissionais seriam aplicados os questionários. Entretanto, após a realização do Exame de Qualificação de Tese, a Banca Avaliadora sugeriu ampliar a realização da entrevista para toda a Equipe das UBSF.

Assim, foi feito posteriormente na volta ao campo e no processo de ampliação da pesquisa para os outros municípios selecionados. No Pré-Teste, que foi realizado anteriormente ao Exame de Qualificação foram entrevistadas apenas as Enfermeiras das UBSF.

A escolha, apenas, dos(as) Enfermeiros(as) para realização inicial das entrevistas ocorreu seguindo a prerrogativa do SUS, que designa a Enfermeira como responsável pela Gerência da Unidade de Saúde. Além da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), outras

legislações designam os(as) Enfermeiro(a)³⁷ como o profissional responsável pelo processo de gerência das Unidades de Saúde, sejam públicas ou privadas.

Segundo Carvalho *et. al.*(2013, p. 5), a gerência é um dos principais instrumentos do processo de trabalho. Assim, “a gerência é considerada uma atividade-meio para o trabalho assistencial e por seu caráter articulador, integrativo e político atua como um instrumento para a transformação do processo de trabalho em saúde”.

Desta forma, a gerencia é o elemento articulador de três esferas essenciais para a realização do trabalho nas UBSF e que funcionam como pilares da gestão do SUS, a saber: o caráter interprofissional, a interdisciplinaridade e a intersetorialidade.

O trabalho de gerência da UBSF vai além da administração das demandas por saúde dos usuários, da administração das necessidades de trabalho dos profissionais, atingindo a resolução das demandas geradas pelos indicadores epidemiológicos e demográficos e, as metas exigidas pela gestão municipal para o ingresso e manutenção em programas de saúde do Governo Federal.

Segundo o Departamento de Atenção Básica (2012, p. 46-47), especificamente, dentre outras atribuições, o Enfermeiro tem como prerrogativa:

IV - Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS em conjunto com os outros membros da equipe;

V - Contribuir, participar e realizar atividades de educação permanente da equipe de enfermagem e outros membros da equipe; e;

VI - Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS.

Ressalta-se que o Departamento de Atenção Básica (2012) determina que cada Enfermeiro de UBSF pode ser responsável por coordenar e supervisionar o trabalho de até 12 ACSs.

Com relação aos ACS, o Departamento de Atenção Básica (2012, p. 62) também estabelece que é atribuição específica do Enfermeiro:

O enfermeiro da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde, além das atribuições de atenção à saúde e de gestão comuns a qualquer enfermeiro da atenção básica descritas nesta portaria, tem a atribuição de planejar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS, comum aos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família, e deve ainda facilitar a relação entre os profissionais da Unidade Básica de Saúde e os ACS, contribuindo

³⁷ Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987. Regulamenta a Lei nº 7.498 de 25 de junho de 1986. Resolução COFEN - 194, de 18 de fevereiro de 1997, Conselho Federal de Enfermagem. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, 1997.

para a organização da atenção à saúde, qualificação do acesso, acolhimento, vínculo, longitudinalidade do cuidado e orientação da atuação da equipe da UBS em função das prioridades definidas equanimemente conforme critérios de necessidade de saúde, vulnerabilidade, risco, entre outros.

Em todas as UBSF pesquisadas são realizadas reuniões semanais com todos os ACSs em conjunto, juntamente com o(a) Enfermeiro(a) da Unidade, além de reuniões com toda a Equipe Profissional da Unidade.

O trabalho de gerência desempenhado pelo(a) Enfermeiro(a) nas UBSF vai além do trabalho gerencial tradicional referente ao funcionamento das Unidades de Saúde. O trabalho gerencial é desenvolvido seguindo os princípios, diretrizes e metas do SUS, que funciona essencialmente a partir da prerrogativa do SUS como Direito Social, como importante elemento de equidade entre os cidadãos e, como mecanismo de efetivação da cidadania. Assim:

Com base nestas afirmações, propõe-se que o gerente deve colaborar na elaboração do Plano Municipal de Saúde, além de coordenar a elaboração do Plano de Saúde para a área de abrangência da UBS que deverá ser aprovado e acompanhado pelo Conselho Local de Saúde. Para a elaboração deste Plano, o gerente poderá realizar "oficinas de territorialização" com a participação de todos os trabalhadores da UBS, lideranças comunitárias e representantes da Secretaria Municipal de Saúde (SMS). (DANTAS *et. al.*, 2001, p. 495).

A respeito do processo de escolha do Enfermeiro como o gerente da Unidade de Saúde, observe que este processo de escolha deste profissional em relação aos outros profissionais, já que as diretrizes da Atenção Básica estão de acordo com a interdisciplinaridade, intersetorialidade e interprofissionalização, seguiu o caminho inverso, seguiu o caminho da assistência médico-sanitarista, ou médico-curativa, em que o trabalho do médico em qualquer Unidade de Saúde ocupa um lugar hierárquico superior.

Desta forma:

[...] foi perguntado se o trabalho médico em equipe multiprofissional é importante para evitar o envolvimento do médico com tarefas secundárias. Diante desta questão, 48,8% dos entrevistados concordaram integralmente; 22,1% não concordaram e 28,5% concordaram parcialmente. (QUEIROZ, CAMPOS e MERHY 1992, p.37).

A gerência das UBSF não é um elemento reivindicado pelos médicos por entenderem que seu trabalho curativo não deve ser interrompido por questões administrativas ou burocráticas, como o preenchimento de planilhas, ou o armazenamento de dados no *e-SUS*, por exemplo, ou pela organização e supervisão do trabalho de outros profissionais como o caso dos ACSs, entre outros. Esse fato compromete a integração do médico na equipe de saúde e no próprio entendimento a respeito do trabalho na Atenção Básica.

Em seu processo de estruturação, a atenção básica (AB) foi eleita como porta de entrada preferencial do sistema público de saúde e também como ordenadora do cuidado na rede de atenção à saúde (Brasil, 2011). Para que a AB desempenhe esta função, tem fundamental importância o papel exercido pela gerência da unidade básica de saúde, cujo papel é de mediador, de articulador intra e inter setorial (Mishima *et. al.*, 1997). Neste papel, cabe ao gerente fazer a tradução e a intermediação das políticas emanadas do gestor junto aos trabalhadores, usuários e população do território; participar do diagnóstico das necessidades dos usuários e do planejamento de ações para o enfrentamento destes (juntamente com demais trabalhadores da unidade e comunidade); promover a articulação e integração dos trabalhadores da unidade, coordenando o processo de trabalho e ainda promover a articulação da unidade básica de saúde junto aos demais serviços da rede, necessários à integralidade da atenção. (CARVALHO *et. al.*, 2013, p 3).

Considerando-se o Enfermeiro como o responsável pela gerência da UBSF, na fase de Pré-Teste, foram realizadas entrevistas apenas com as Enfermeiras. Porém, ainda na Fase do Pré-Teste no município de Monteiro foram aplicados 6 questionários em 1 UBSF, com os seguintes profissionais:

- Enfermeira;
- Técnica de Enfermagem;
- Atendente de Saúde;
- Agente Comunitário de Saúde (ACS);
- Auxiliar de Consultório Odontológico;
- Auxiliar de Serviços Gerais.

No município de Sumé foram aplicados seis (06) questionários, sendo cinco (05) deles aplicados aos Agentes Comunitários de Saúde e um aplicado a Técnica de Enfermagem. O critério utilizado foi a amostra aleatória e a participação voluntária dos profissionais.

Além dos questionários foram realizadas, nos dois municípios (Monteiro e Sumé), entrevistas com as Enfermeiras das UBSF pesquisadas, conforme supramencionado. No total participaram desta fase da pesquisa, pré-teste, doze (12) profissionais de saúde, sendo 6 profissionais para cada uma das duas UBSF.

A apresentação dos dados do **Pré-Teste**³⁸ está nos Apêndices deste trabalho como ilustração do processo de Coleta de Dados, necessário para os devidos ajustes realizados no Instrumento de coleta de Dados e na escolha da amostra. Assim, inicialmente partiu-se da escolha da amostra da seguinte forma: Para as entrevistas, apenas as Enfermeiras das UBSF. Para os questionários todos os profissionais das UBSF. No tratamento destes dados foram utilizados dois recursos. Primeiro, o recurso gráfico e quantitativo (Técnica de Levantamento [Trivinos, 1992]) e, segundo o recurso das categorias do método do DSC (Lefreve & Lefreve, 2006).

A Técnica de Levantamento descrita por Trivinos (1992) consiste na utilização de Estatística Descritiva Básica a fim de caracterizar a amostra e tratar as questões fechadas do questionário, basicamente se refere a listagem do material coletado, a porcentagem das respostas e a elaboração de gráficos e tabelas que melhor ilustrem os resultados obtidos.

Posteriormente, com a análise dos resultados do Pré-Teste foram incluídos, na fase de Coleta de Dados propriamente dita, na amostra as entrevistas com todos os profissionais das UBSF, assim como os questionários com todos os profissionais. Foram realizados, ainda, seis Grupos Focais com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), devido a dificuldades de realização da entrevista individual com este grupo de profissionais.

Esta pesquisa utilizou, na fase de Coleta de Dados, três tipos de técnicas de coleta de dados (questionário, entrevista e Grupo Focal) e, conseqüentemente, de método de Análise desses dados. No total foram aplicados oitenta (80) questionários, quarenta e duas (42) entrevistas com os profissionais das UBSF e, seis (06) Grupos Focais com os ACSs, buscando cobrir o maior número de profissionais pesquisados.

Inicialmente esta pesquisa pretendia utilizar o critério de censo, ou seja, para a aplicação dos questionários pretendia-se utilizar toda a equipe multidisciplinar de duas UBSF dos seis municípios selecionados. O universo final seria determinado após investigação preliminar junto aos órgãos de saúde em cada município.

No entanto, a proporção é de que a amostra fosse composta por 132 profissionais, já que a equipe multidisciplinar de saúde, basicamente, é formada por um médico, um

³⁸ Grifo nosso.

enfermeiro, um auxiliar de enfermagem, um odontólogo, um auxiliar de consultório dentário e seis agentes de saúde.

Contudo, na fase do Pré-Teste as dificuldades de adesão a pesquisa por parte dos profissionais já eram grande. Assim, de uma amostra de 132 profissionais foi possível contar com a adesão de 80 profissionais, que responderam aos questionários e 42 profissionais aceitaram participar da realização de Entrevista, o que representa 52.5% dos profissionais pesquisados. Portanto, na apresentação do perfil dos profissionais pesquisados serão utilizados os dados do questionário referente aos Dados Socioeconômicos.

Infelizmente a não adesão de profissionais à pesquisa segue uma tendência registrada em outras pesquisas e estudos realizados no Brasil tendo como foco o SUS e os profissionais de saúde, é o caso da Pesquisa realizada em 40 municípios do interior do estado de São Paulo no ano de 2003, com odontólogos e cirurgiões-dentistas lotados no Departamento Regional de saúde II (DRS II) por Martins *et. al.*, (2009, p. 79). “No Brasil, os profissionais de saúde não apresentam o hábito de responder a questionários em pesquisas científicas”.

Vale ressaltar que na etapa de Coleta de Dados, em que foram realizadas as entrevistas com a equipe ampliada das UBSF, as entrevistas sofreram dificuldades em serem realizadas justamente pelo fator da formação dos profissionais das UBSF. Em outras palavras, as entrevistas realizadas com os profissionais de nível superior (Médicos, Enfermeiros, Odontólogos) foram realizadas com maior regularidade de duração e de compreensão das perguntas realizadas, sem necessidade de explicações complementares sobre o que estava sendo perguntado.

As entrevistas com o pessoal de nível técnico (Técnico em Enfermagem, Técnico de Sala de Vacina, Auxiliar de Consultório Odontológico) apresentaram problemas na sua execução, boa parte desses profissionais demonstrou inibição e timidez diante do gravador e insegurança a respeito das respostas.

A dificuldade em realizar as entrevistas com os profissionais de nível básico, que executam trabalho manual, (Vigilante, Recepcionista, Auxiliar de Serviços Gerais) foram as mais extremas, desde a se negar a realizar a entrevista, como se propor a participar da entrevista e responder apenas “Não sei”, a todas as perguntas.

A princípio, na fase de Coleta de Dados, foi utilizado o conceito de Equipe Ampliada buscando equalizar os profissionais das UBSF. No entanto, na fase de Tratamento dos Dados foi necessário a categorização destes profissionais de acordo com o trabalho executado dentro das UBSF e da formação para a execução deste trabalho.

Assim, este trabalho utiliza três categorias, ou nível, de profissionais das UBSF, de acordo com sua formação profissional, são os profissionais de Nível Superior, os profissionais de Nível Técnico e os profissionais de Nível Básico.

Notadamente, as entrevistas realizadas com os profissionais de Nível Superior foram as mais demoradas e que indicaram maior riqueza de informação. Já as entrevistas realizadas com os profissionais de Nível Técnico resultaram em respostas rápidas e imprecisas, assim como os profissionais de Nível Básico.

Aplicando o método de Levantamento proposto por Trivinos (1992), na análise dos dados dos questionários, obtive como resultado as Tabelas 1 (questionário) e 2 (entrevistas). Assim, apresentamos a caracterização da amostra pesquisa.

**Tabela 1: Distribuição dos Profissionais das UBSF por nível de Qualificação.
(Questionários)**

Categoria	Valor absoluto	Porcentagem
Profissionais de Nível Superior		
Enfermeira	09	11%
Médico	07	9%
Odontólogo	03	4%
	19	24%
Profissionais de Nível Técnico		
Téc de Consultório Odontológico	02	3%
Técnica de Enfermagem	09	11%
	11	14%
Profissionais de Nível Básico		
Ag. Comunitário de Saúde (ACS)	45	56%
Auxiliar de Enfermagem	01	1%
Atendente de Saúde	01	1%
Auxiliar de Serviços Gerais	02	3%
Recepcionista	01	1%
	50	62%
Total	80	100%

Fonte: GALVÃO, 2017.

Os dados referentes aos questionários estão ilustrados a partir da utilização de gráficos e tabelas, com exceção da Tabela 2, que caracteriza a população de entrevistados. Especificamente, os dados referentes às entrevistas estão ilustrados através das técnicas de Entrevista Temática (ALBETI, 1990), em que a fala dos entrevistados está disposta de forma livre e agrupa por tema abordado e, o método de Análise do Discurso do Sujeito Coletivo (LEFEVRE; LEFEVRE E TEIXEIRA, 2000), exposto por meio de quadros que agrupam uma ideia central. Neste procedimento agrupamos os profissionais em três categorias de acordo com seu grau de instrução formal. Assim, temos os Profissionais de Nível Superior; os Profissionais de Nível Técnico e; os Profissionais de Nível Básico, conforme demonstrado nas Tabelas 1 e 2.

Os Profissionais de Nível Básico contabilizam 62% dos profissionais pesquisados um percentual duas vezes maior do que os Profissionais de Nível Superior, haja vista que para cada UBSF há apenas 1 médico, 1 Enfermeira, 1 Odontólogo. Contudo, na mesma unidade podem ter até 12 Agentes Comunitários de Saúde (ACS) dependendo da População Adscrita.

O site oficial do Ministério da Saúde, no Departamento da Atenção Básica (DAB), afirma que “o agente comunitário de saúde tem um papel muito importante no acolhimento, pois é membro da equipe que faz parte da comunidade, o que permite a criação de vínculos mais facilmente, propiciando o contato direto com a equipe.” (DAB, http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_esf.php?conteudo=agente_comunitario_saude)³⁹

O ACS faz a ponte entre o usuário e a UBSF realizando o acompanhamento dos usuários com doenças crônicas, bem como o processo de educação em saúde levando informações a respeito da saúde e dos serviços de saúde aos usuários. Além de realizar o levantamento das condições de saúde da comunidade.

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) teve início, oficialmente, em 1991, sendo implementado pelo Ministério da Saúde. Contudo, desde a Década de 1980 que experiências com ACSs tinham sido registradas na região Nordeste do país, como também no estado de São Paulo e no Distrito Federal.

As atribuições do ACS estão determinadas e explicitadas na Política Nacional da Atenção Básica (PNAB). Essas experiências tinham como objetivo “buscar alternativas para melhorar as condições de saúde de suas comunidades. Era uma nova categoria de trabalhadores, formada pela e para a própria comunidade, atuando e fazendo parte da saúde prestada nas localidades”.

³⁹ Departamento de Atenção Básica. Portal da Saúde. Disponível em http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_esf.php?conteudo=agente_comunitario_saude.

A importância da atuação dos ACSs, além das supramencionadas, e segundo o DAB, é a intermediação e interlocução entre comunidade e governo.

Com os ACSs foram realizados Grupos Focais, no total de seis grupos, ou seja, foram realizados Grupos Focais com seis equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF). Também foram aplicados questionários com todos os ACSs que participaram dos Grupos Focais e mais alguns que não participaram, totalizando 53% dos profissionais pesquisados conforme **Tabela 3**.

Sobre os ACSs é possível afirmar que 98%, residem na mesma cidade em que trabalham, ao contrário dos médicos, os quais 75% não residem no mesmo município em que trabalham. Os ACSs recebem remuneração em torno de um (01) salário mínimo e 23% possuem formação superior em outra área diferente da área de saúde, como História, Letras, entre outras.

Com relação a caracterização da população entrevistada, temos a tabela seguinte, Tabela 2.

Tabela 2- Distribuição dos Profissionais das UBSF por nível de Qualificação (Entrevista)

Categoria	Valor absoluto	Porcentagem
Profissionais de Nível Superior		
Enfermeira	09	22%
Médico	07	17%
Odontólogo	03	7%
	19	46%
Profissionais de Nível Técnico		
Aux. de Consultório Odontológico	03	7%
Técnica de Enfermagem	05	12%
Téc. Enf. Sala de Vacina	03	7%
	11	26%
Profissionais de Nível Básico		
Ag. Comunitário de Saúde (ACS)	06	14%
Auxiliar de Enfermagem	01	2%
Auxiliar de Serviços Gerais	02	5%
Recepcionista	03	7%
	12	28%
Total	42	100%

Fonte: GALVÃO, 2017.

Como foi mencionado anteriormente, 80 profissionais de saúde responderam aos questionários. Alguns destes profissionais responderam ao questionário e participaram da entrevista e do Grupo Focal. Observem que há profissionais que participaram de só um tipo de coleta de dados, conforme as Tabelas 1 e 2. Portanto, os dados da Tabela 1 referem-se aos 80 questionários preenchidos. E os dados da Tabela 2 referem-se aos pesquisados que realizaram entrevista.

Os dados dos questionários foram tratados aplicando-se dois métodos, para as questões fechadas/objetivas foram utilizadas como base a Estatística Descritiva Básica ancorada no método de Levantamento (Trivinos, 1992), ilustrado por meio de gráficos, tabelas e quadros. Estas questões são da modalidade sim ou não e de múltipla escolha. Para as questões abertas utilizou-se o método de Análise de Discurso do Sujeito Coletivo (LEFEVRE e LEFEVRE, 2003). As entrevistas foram tratadas com técnica de Entrevista Temática (ALBERTI, 1990), nas quais as falas dos entrevistados aparecem separadas por tema e em destaque no texto.

Para a realização desta análise interpretativa foi utilizada a técnica do DSC, segundo Lefevre, Lefevre e Teixeira (2000), pois se trata de uma proposta de organização e tabulação de dados qualitativos de natureza verbal. Tem como fundamento a teoria da Representação Social e seus pressupostos sociológicos consistem basicamente em analisar o material verbal coletado extraído de cada um dos depoimentos.

O DSC é uma modalidade de apresentação de resultados de pesquisas qualitativas, que tem depoimentos como matéria-prima, sob a forma de um ou vários discursos-síntese escritos na primeira pessoa do singular, expediente que visa expressar o pensamento de uma coletividade, como se esta coletividade fosse o emissor de um discurso. Esta técnica consiste em selecionar, de cada resposta individual a uma questão, as expressões chave que são trechos mais significativos destas respostas.

As etapas propostas por Lefevre e Lefevre (2003), são detalhadamente:

1. Organização do material coletado, listagem e leitura dos dados;
2. Re-leituras dos textos e identificação dos temas, pertinentes às questões correspondentes;
3. Em seguida, agrupar os dados segundo os elementos significativos (temas) que se somam ou se confirmam num mesmo plano de significado;

4. Decomposição e organização em blocos de significados para permitir a construção das categorias empíricas de análise. Em todo o processo de análise e discussão, o material empírico será relacionado à literatura pertinente para respaldar na discussão;

5. Identificação da Ideia Central, elaboração das Expressões-Chaves construídas a partir das Ideias Centrais, que por sua vez resultada em Discursos-sínteses.

Assim:

Esta técnica consiste em selecionar, de cada resposta individual a uma questão, as Expressões-Chaves, que são trechos mais significativos destas respostas. A essas Expressões Chaves correspondem Ideias Centrais que são a síntese do conteúdo discursivo manifestado nas Expressões Chave. Com o material das Expressões Chave das Ideias Centrais constroem-se discursos-síntese, na primeira pessoa do singular, que são os DSCs, onde o pensamento de um grupo ou coletividade aparece como se fosse um discurso individual. (LEFEVRE, CRESTANA e CORNETTA, 2003, p. 70).

Sendo assim, passamos a construção dos discurso-sínteses ilustrados a partir dos quadros construídos para melhor ilustrar o tratamento dos dados.

A princípio, algumas destas questões indicam um caráter de elementaridade e obviedade das respostas, mas associadas aos dados tratados seguindo a técnica de DSC e a Teoria das Representações Sociais fazem todo sentido investigar se os profissionais das UBSF conhecem o básico a respeito de criação e dinâmica do SUS, presente na legislação que o rege e na noção do SUS como elemento político de participação e efetivação dos direitos sociais.

No geral podemos caracterizar os profissionais pesquisados a partir dos dados dos questionários da seguinte forma:

Tabela 3 - Caracterização da amostra.

Variável	Valor absoluto	Porcentagem (%)
Faixa etária (anos)		
20-29	22	28%
30-39	29	36%
40-49	21	26%
50-59	6	8%
60-69	1	1%
70-79	1	1%
Sexo		
Masculino	15	19%
Feminino	65	81%
Estado Civil		
Solteiro	27	34%
Casado	37	48%
Divorciado	7	9%
Viúvo	4	5%
Outros	5	6%
Total	80	100%

Fonte: GALVÃO, 2017.

No aspecto da Renda, a pesquisa seguindo a estratégia de divisão dos profissionais por categoria de formação, discriminou o rendimento dos profissionais envolvidos, conforme a Tabela 4 a seguir. Detalhadamente os dados sobre Renda estão no Apêndice G, discriminados os valores individualmente.

Tabela 4 - Distribuição dos Profissionais das UBSF por Renda. (Questionários)

Categoria	Responderam	Não Responderam	Renda (Reais)	Total
Profissionais de Nível Superior				
Enfermeira	06	03	2.400,00 a 3.000,00	09
Médico	05	03	6.500,00a10.000,00	08
Odontólogo	03	-	2.900,00 a 3.152,00	03
Profissionais de Nível Técnico				
Aux. de Consultório Odontológico	01	01	770,00	02
Técnica de Enfermagem	08	03	724,00 a 1.000,00	11
Profissionais de Nível Básico				
Ag. Comunitário de Saúde (ACS)	30	12	788,00 a 1.080,00	42
Auxiliar de Serviços Gerais	01	01	788,00	02
Recepcionista	03	01	778,00 a 920,00	03
Total			100%	80

Fonte: GALVÃO, 2017.

E dezenove (19) dos oitenta (80) profissionais que responderam aos questionários, ou seja, 24% dos profissionais não responderam sobre Renda. Destes 24% que não responderam a questão, 84% são ACSs, 11% são médicos e 5% Enfermeiras.

Com relação ao trabalho foram utilizadas duas categorias conforme Tabela 5. A primeira se refere ao tempo entre a Formação/capacitação profissional e o tempo para começar a trabalhar na área. A segunda refere-se ao tempo que o profissional trabalha na área de saúde.

Assim, 15% dos profissionais afirmaram já trabalharem na área quando concluíram suas formações/capacitações. 12% afirmaram que iniciaram seu trabalho na área entre 1 e 5

meses, 21% entre 1 e 4 anos e 33% não responderam esta questão. Dos 33% que não responderam, 30% são ACS e 3% Técnicos de Enfermagem.

Ainda seguindo com os dados a respeito da caracterização da população pesquisada, podemos indicar, de acordo com os dados, que o tempo entre a formação e o início do trabalho é curto, pois 37% os profissionais iniciaram o trabalho antes do período de seis meses após concluírem sua formação/capacitação. Vejamos a Tabela 5.

Tabela 5 - Caracterização do Trabalho (Tempo) – Parte I

Variável	Valor absoluto	Porcentagem (%)
Tempo entre Formação e Trabalho		
Já trabalhava na área	12	15%
1 semana	5	6%
Menos de 1 mês	3	4%
1-5 meses	10	12%
6-12 meses	3	4%
1-4 anos	17	21%
5-10 anos	4	5%
N/C	26	33%
Trabalho na área de saúde (anos)		
Menos de 1 ano	8	10%
1 a 4	9	11%
5 a 9	15	19%
10 a 14	20	25%
15 a 19	13	16%
20 a 24	5	6%
25 a 29	1	1%
30 a 34	1	1%
35 a 39	2	3%
N/C	6	8%
Tempo no Setor Público		
0 a 11 meses	08	10%
1 a 5 anos	09	11%
6 a 10 anos	17	21%
11 a 15 anos	22	28%
16 a 20 anos	09	11%
21 a 25 anos	05	7%
26 a 30 anos	02	3%
Mais de 30 anos	02	3%
N/R	06	8%
Total	80	100%

Fonte: GALVÃO, 2017.

Observem que 8% dos entrevistados não responderam a respeito do tempo em que trabalham na área, deste 7% são ACSs. Entretanto, observamos que o maior percentual dos profissionais, 25% trabalham na área entre 10 e 14 anos, sendo este o maior índice de profissionais que trabalha a mais tempo. Seguidos de 19% dos profissionais que trabalham entre 5 e 9 anos, de 16% que trabalha entre 15 e 19 anos.

Os dados revelam também que os maiores percentuais, 21% e 28%, referem-se aos intervalos de quem tem entre 6 e 10 anos e 11 a 15 anos de trabalho no setor público, respectivamente.

Os dados demonstraram que os profissionais de Nível Superior iniciaram o trabalho na área de Saúde após a sua formação (graduação). Dos 6% dos profissionais que responderam o período de 1 semana entre sua formação e o início dos trabalhos, 100% são médicos. Assim, os médicos iniciaram seus trabalhos imediatamente após a conclusão de sua formação acadêmica.

Outro dado importante com relação aos médicos é que dos sete (07) médicos participantes desta pesquisa, cinco (05) deles tem a UBSF em que atuam como primeiro emprego. Este dado é uma tendência nacional referente ao trabalho médico na Saúde Pública, especialmente nas UBSF no interior do país. “(...) Este dado sugere que a maioria desses profissionais estão em início de carreira, não tendo ainda conseguido um espaço profissional maior”. (QUEIROZ, CAMPOS e MERHY, 1992, p. 35).

Os outros dois médicos já são aposentados, mas ainda trabalham na UBSF e iniciaram sua vida profissional antes da criação do SUS.

Tabela 6 - Caracterização dos Médicos.

Idade (Anos)	Formação (Ano)	Tempo entre a Formação e o Trabalho
23 anos	2014	6 meses
25 anos	2014	01 semana
27 anos	2014	10 dias
29 anos	2013	01 semana
29 anos	2015	07 dias
68 anos	1975	1 mês
73 anos	1976	Imediatamente
Sexo		
Masculino	05	71%
Feminino	02	29%
Total	07	100%

Fonte: GALVÃO, 2017.

Em pesquisa desenvolvida por Queiroz, Campos e Merhy (1992) no início da implementação do SUS, em Campinas, interior de São Paulo, já demonstrava estas tendências a que as Equipes de Saúde do setor públicos sejam constituídas por profissionais jovens. Esta tendência se mantém mesmo 26 anos depois de implantação do SUS.

A concentração de trabalhadores na faixa de 20 a 40 anos (76,9%) corrobora a hipótese frequentemente levantada de que, tanto para a carreira dos técnicos como para a dos profissionais com formação universitária, a rede básica constitui como que um primeiro degrau de suas vidas profissionais. Esta impressão é reforçada pelo fato de 80,0% dos profissionais universitários dessa rede terem menos de 10 anos de formatura, evidenciando uma tendência de mercado que leva principalmente os recém-formados a procurarem este tipo de emprego. Uma outra característica importante da totalidade dos agentes da rede pública de serviços de saúde de Campinas encontra-se de fato de que 75,6% deles serem do sexo feminino. (QUEIROZ, CAMPOS e MERHY, 1992. p. 35).

Se parafrasearmos a pesquisa supracitada, preenchendo as categorias com os dados referentes aos profissionais das UBSF do Cariri Paraibano teríamos os seguintes índices, conforme já apresentado nas Tabela 3, 64% dos profissionais pesquisados tem entre 20 e 39 anos de idade.

Se considerarmos os três maiores índices de idade dos profissionais e expandirmos, assim, a faixa etária entre 20 e 49 anos temos que 90% dos profissionais se encontram nesta faixa etária, conforme Tabela 3. 40% dos profissionais tem até 9 anos que trabalham na área, sendo o maior percentual compreendido entre 5 a 9 anos de trabalho na área, com 19% do total. E 81% dos profissionais são do sexo feminino. Isto é bem refletido na Enfermagem, por exemplo, em que dos 11 profissionais participantes da pesquisa, apenas um (01) é do sexo masculino.

Em outras palavras, a Atenção Básica é constituída por médicos com seu primeiro emprego ou como atividade complementar da aposentadoria. Todos os médicos(as) que participaram da pesquisa afirmaram que são Médicos Generalista. Dois deles disseram que estão fazendo especialização, sendo uma dessas especializações em Ortopedia.

Nas entrevistas, dos sete médicos participantes, seis responderam que a Saúde Pública não foi a escolha inicial. Destacamos, a seguir uma fala que ilustra essa situação.

Então, assim a tua primeira escolha não foi a saúde pública?
(Pesquisadora pergunta)

“Não foi e nem é ainda, na verdade. Não é o encanto que eu tenho não. Eu prefiro estar num bloco cirúrgico. É de cada profissional. Se tivesse umas microcirurgias, alguma coisa desse tipo aí seria mais interessante, mais uns procedimentos. Eu quero Ortopedia, faço isso aí mais pela residência, porque a gente tem uma porcentagem no final do curso. Mas eu estou me dando muito bem. A relação médico-paciente melhorou muito.”. (MÉDICO, 25 anos, 01 ano que trabalha na área).

O fato de que os profissionais não escolheram a Saúde Pública como área de atuação inicial e que revelam sua insatisfação com o serviço público devido as dificuldades de realização do trabalho e a baixa remuneração, em comparação com a iniciativa privada, não é um elemento para afirmar que o serviço, a assistência, ou mesmo o cuidado em saúde, prestado por esses profissionais seja de má qualidade.

Contudo, se pensarmos o cuidado a partir dos princípios e diretrizes do SUS e, mais ainda seguindo as orientações da Atenção Básica, esta não escolha em permanecer na Saúde Pública ou pela Saúde Pública indica que as práticas de saúde se localizam no aspecto curativo.

Podemos dizer ainda, aspecto curativo pontual, que vai de encontro com as diretrizes da Atenção Básica e da Saúde Preventiva, que abarca a visão de uma saúde holística e total. Também que esse fato distancia o profissional da característica do SUS que é a participação ativa e política na construção e reformulação do Sistema de Saúde, preconizado em seus princípios, diretrizes, metas e nas instâncias de acesso a estrutura do SUS, como as Conferências de Saúde, Conselho de Saúde e demais instâncias de debate.

A realidade de emprego no SUS atualmente se comparada há 20 anos atrás é bem diferente. Atualmente, o SUS é a porta de entrada para o trabalho na área de saúde, haja vista a escassez de serviços de saúde no interior do país. Mesmo ainda recebendo críticas quanto ao número insuficiente de oferta de serviços de saúde, o setor público é o que abarca os médicos recém-formados ou sem experiência.

Considerando que o mercado de trabalho para os médicos em geral encontrava-se, na ocasião da pesquisa, numa situação de pleno emprego, os que escolhiam o setor público como única forma de inserção neste mercado o faziam dentro de uma postura que é eminentemente ideológica (QUEIROZ, CAMPOS e MERHY, 1992, p.39).

Esta postura eminentemente ideológica ainda é o elemento de motivação para os profissionais de saúde. Contudo, não é o primeiro elemento de escolha pela saúde pública. Nesta pesquisa, apenas um médico e uma Odontóloga indicaram como primeira escolha a Saúde Pública.

Em outras palavras, dos sete médicos pesquisados, 06 revelaram que estão na Saúde Pública não por opção, mas por contingência. O mesmo acontece com 02 das 03 odontólogas que participaram da pesquisa.

Vejamos a fala deste médico e desta odontóloga que escolheram a Saúde Pública, a seguir.

Quando a gente é, quando faz parte da graduação de Medicina. Não no meu caso. Mas na grande maioria dos estudantes de Medicina, que é um curso muito elitizado, as pessoas se formam muito para a iniciativa privada, né? Antes de se formar já pensam o que vão fazer no futuro, botar um consultório, tudo pensando na iniciativa privada. No início do curso eu também estava nessa leva, pensava em fazer alguma especialização desta, que deixasse o profissional bem renomado, conhecido. Só que aí nas primeiras vivências que eu tive, na época de estudante mesmo, nos primeiros estágios, no terceiro ano de curso, que eu tive contato com a população e que percebi a precarização do serviço e que o pessoal é muito carente mesmo em serviço público e não só serviço público de saúde, mas em toda a Assistência Social. Isso foi o que me sensibilizou e me fez, não só mudar de opinião e fazer um juramento para mim próprio de que vou viver a vida inteira fazendo Saúde Pública e não vou cobrar 1 Real porque não vou vender saúde para ninguém. E isso me fez mudar esse raciocínio e também me fez querer trabalhar e lutar socialmente pela garantia de um Sistema Único de qualidade (Médico, 29 anos, 03 meses de trabalho na área).⁴⁰

Quando eu fazia saúde pública, saúde coletiva, (na graduação) eu vi que as coisas eram diferentes, que a gente tinha um encaminhamento, que a gente estava no caminho certo, bastava só a gente...mas a passos curtos, a gente podia enlargar esses passos para poder fazer o negócio fluir melhor. A minha professora de Saúde Pública, que era totalmente apaixonada, fez a gente ter uma visão mais crítica da coisa, a gente ter uma visão mais... conhecer mais a fundo, na verdade. Porque quando a gente desconhece a gente costuma reproduzir opiniões alheias. Às vezes você nem teve a vivência, mas você escuta e você acaba reproduzindo aquilo ali. Quando você já conhece, quando você pode falar mais a respeito, muitas vezes você muda de opinião, quando você conhece o outro lado da moeda...(...)Se eu botasse um consultório eu estava falida, porque eu não sei cobrar, não sei

⁴⁰ O médico autor desta fala é militante do movimento chamado Levante pela Saúde, que reúne profissionais de saúde e se organiza na cidade de João Pessoa tendo como objetivo lutar pelo ressurgimento dos ideais da Reforma Sanitária. Notadamente este ideais reativam a necessidade de participação popular na gestão do SUS.

fazer esse tipo de coisa. Eu nasci para isso (para a Saúde Pública) (Odontóloga, 28 anos, há 06 anos na área)

Desde a implantação do SUS até o momento, os profissionais viram muitas transformações como a criação, pela Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que estabelece, entre outras atribuições “a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)”⁴¹.

Todas estas iniciativas têm como objetivo o aprimoramento da funcionalidade dos serviços de saúde ofertados pelo SUS. O conhecimento a respeito destas legislações e Políticas de Saúde é importante para que a teoria não se separe da prática de saúde, queixa recorrente entre usuários e profissionais.

O conhecimento sobre as normas e/ou legislação que regulamenta o funcionamento da Atenção Básica funciona como um elemento orientador da atenção em saúde prestada pelos profissionais nas UBSF. Pois, se o profissional não conhece o que diz os documentos, a própria Política na qual está inserido, como este profissional pode executar sua prática de saúde?

Outro dado importante sobre os profissionais de Nível Superior é o ano de formação destes profissionais. Observem, de acordo com a Quadro 9, que em média os profissionais têm 06 anos de formação universitária.

Quadro 10 – Ano de Formação

Superior	Anos de Formação
Enfermagem	2000/2005/2006/2006/2009/ 2010/2012/2013/2015
Medicina	1975/1976/2005/2006/2006/ 2008/2010/2012/2013/2015
Odontologia	1985/2009/2009

Fonte: GALVÃO, 2017.

Ainda com relação aos anos de formação, os dados revelam que a formação dos profissionais é recente, com exceção de dois médicos e uma odontóloga. Uma das Técnicas em Enfermagem cursa a graduação em Enfermagem e outra tem graduação já completa em Enfermagem.

⁴¹ A PNAB está disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>.

Os dados do Quadro 9 revelam que a uma equipe de saúde é jovem e, portanto, que está tendo acesso a novas formas de intervenção em saúde e a um debate maior sobre Saúde Pública que os profissionais que ingressaram no modelo de saúde aplicado pelo INAMPS/INPS não tiveram.

Então, não era como agora que a enfermeira já sai, já passa por um período no PSF de estágio, tem uma cadeira na universidade com todos esses... com toda essa papelada que a gente preenche no PSF, que é muita, a burocracia é imensa. Elas pagam uma cadeira. Interessante porque eu cheguei em casa e minha filha é enfermeira, ela terminou faz 3 anos e tava lá em cima, numa prancha, no quarto um monte de papel que é usado no PSF, que eu tinha mil dúvidas e ela pagava aquelas cadeira e eu não sabia para onde ia.”. (Enfermeira, 54 anos, há 31 anos que trabalha na área).

Contudo, essa formação diferenciada se comparada à formação universitária de duas Décadas atrás não garante o engajamento dos profissionais de saúde com a causa da saúde pública. As entrevistas com os profissionais de formação mais recente revelaram um certo conhecimento a respeito da Reforma Sanitária e dos fundamentos do SUS, com exceção dos médicos.

Estes, mesmo tendo formação recente, afirmaram desconhecer sobre o que é Reforma Sanitária ou souberam explicar a respeito dos fundamentos do SUS. 86% dos médicos que participaram desta pesquisa afirmaram que o SUS era destinado a “Saúde dos que não podiam pagar” ou a “Saúde dos menos favorecidos”, ou ainda, “a Saúde dos pobres”.

Desta forma, não foram só os profissionais mais antigos que demonstraram preocupação com o processo curativo e com práticas de saúde especializadas, fora da interdisciplinaridade. “O modo como os médicos da rede básica de serviços de saúde percebe, avaliam e representam o processo de municipalização dos serviços é, assim, entendido como crucial para o sucesso do mesmo” (QUEIROZ, CAMPOS e MERHY, 1992, p. 34).

Ideologicamente, esses médicos não eram necessariamente privativistas, mas viam o setor público como algo que deveria se preocupar prioritariamente com os setores populacionais “marginais”, mostrando pouco interesse sobre concepção e desenvolvimento de um sistema único, universal e democrático de saúde, embora pudessem apoiá-lo como concepção geral (QUEIROZ, CAMPOS e MERHY, 1992, p. 39).

Contudo, entre as Enfermeiras pesquisadas todas demonstraram conhecimento sobre os fundamentos, diretrizes e normas reguladoras do SUS, bem como a respeito da Reforma Sanitária. 03 das 11 Enfermeiras pesquisadas (27%) afirmaram ter participado de Conferência de Saúde ou de reunião do Conselho de Saúde. Apenas 01 (14%) médico afirmou ter participado de Conferência de Saúde.

Com relação a Formação/Capacitação dos profissionais, os dados revelam que todos os profissionais que ocupam funções que exigem formação superior (graduação) tem sua formação concluída quando começam a trabalhar na área de saúde. Especificamente, estes dados se referem à Médicos, Enfermeiras e Odontólogas. Já os profissionais de Nível Técnico iniciam sua formação após o ingresso na área de saúde.

Os dados revelam, ainda, que 12,5% dos ACSs possuem formação superior (graduação). Notadamente esta graduação não é na área de saúde e sim em licenciaturas e, em sua maioria, estas licenciaturas são na área de Ciências Humanas, conforme observamos na Tabela 7.

Tabela 7 - Distribuição dos Profissionais das UBSF por Formação (graduação)

Categoria	Valor absoluto	Porcentagem
Profissionais de Nível Superior		
Biologia	01	1,25%
Educação do Campo	01	1,25%
Enfermagem	09	11,25%
História	01	1,25
Letras (Espanhol)	01	1,25
Matemática	01	1,25
Medicina	07	9%
Odontologia	03	3,75%
Pedagogia	02	1,25
Superior	04	1,25
	30	36,75%
Profissionais de Nível Técnico		
Téc. Agente Comunitário	04	5%
Técnico em Edificações	01	1,25%
Técnica de Enfermagem	14	17,5%
Téc. Saúde Bucal	02	3
	21	26.75%
Profissionais de Nível Básico		
Auxiliar de Enfermagem	03	3,75%
Ensino Médio completo	21	26,25%
Ensino Fundamental	03	3,75%
	27	33,75%
Não Responderam	02	3%
Total	80	100%

Fonte: GALVÃO, 2017.

Também observamos na Tabela 7, que 14 dos profissionais pesquisados, ou melhor, 17,5% dos profissionais indicam ter a formação técnica em Enfermagem. Contudo, apenas 09 destes profissionais exercem a função de Técnico de Enfermagem nas UBSF em que trabalham. Os outros 05 profissionais trabalham como ACS. 04 profissionais, o que equivale a 5% dos pesquisados afirmam ter formação técnica em Agente Comunitário.

No geral, cruzando os dados entre as Tabelas 1 e 7, observamos que 45 ACSs participaram desta pesquisa. Mas só 04 possuem formação para a função que desempenham. Outro dado é que o Recepcionista também possui formação superior (Em História) e revela não ter tido capacitação nenhuma para exercer a função que exerce.

Na minha área... assim...existe pouco, na área de atendente. Mas tenho conhecimento de treinamento para Enfermeiro, Médicos. E que passam por treinamento e eventos que os profissionais participam e que são de grande valia para o desempenho profissional deles. Na área de atendente é menos, talvez por conta da...de não exige muita especialização no exercício da função. Não é uma função técnica. Não é tipo um técnico em saúde, um técnico em saúde bucal, o médico, enfermeira que necessita realmente estar mais atualizado nos atendimentos. A gente é mais relações humanas mesmo. E entende a forma de atender e fazer a dinâmica do atendimento como deve ser, não é verdade? Onde há carência mesmo de treinamento é na área técnica e vez em quando a gente tem notícia que está acontecendo aqui na Paraíba e em vários municípios (Recepcionista, 48 anos).

Como adotamos neste trabalho o conceito de Equipe Ampliada e seguimos os pressupostos de integralidade, interdisciplinaridade propostos pela PNAB, que regula o trabalho dos profissionais nas UBSF, entendemos que o Recepcionista, o Auxiliar de Serviços Gerais devem ser integrados à equipe no sentido de terem o conhecimento mínimo a respeito da PNAB, do que é o SUS, quais suas metas, para só assim entender sobre o funcionamento das UBSF.

Apontamos, mais uma vez, como um entrave para o funcionamento das UBSF e a aplicabilidade da PNAB o não entendimento sobre suas diretrizes. “Neste contexto, a comunicação e a informação são respostas funcionais aos problemas de implementação e funcionamento do sistema de saúde, perspectiva esta que irá incidir também nas variáveis de participação popular”. (OLIVEIRA, 2004, p.57).

De acordo com Piola e Vianna (1995, p. 112), “f) a entrada de profissionais no mercado é limitada por diversos requisitos como especializações, residências, etc. e, particularmente, por restrições impostas à prática de profissionais não-médicos”.

Contudo, os dados desta pesquisa demonstram que isso não se aplica a realidade do Cariri Paraibano, especialmente para os profissionais de Nível Médio e Nível Básico, já que tanto ACSs, quanto Técnicos de Enfermagem e Técnicos de Consultório Odontológico primeiro começaram a trabalhar na área de saúde e depois buscaram sua formação profissional.

Este dado aponta para a não realização de seleção oficial, padronizada e pública para o preenchimento das vagas nas UBSF. Sendo uma queixa recorrente presente nas entrevistas dos profissionais pesquisados a contratação de pessoal não qualificado seguindo critérios não lícitos, em que imperam o nepotismo e o clientelismo. “Infelizmente, ainda em alguns municípios brasileiros, a contratação desses trabalhadores é feita por escolha pessoal ou partidária”. (CORBO *et. al.*, 2000 *apud* FERRAZ e AERTS, 2005, p. 351).

Dentro das Reformas propostas pelo Governo Temer está a retomada para votação no Congresso Nacional do Projeto de Lei (PL) 4.302/98, ou a Lei de Terceirização como é conhecida. Neste projeto todas as atividades profissionais e produtivas passam a poderem ser terceirizada.

Antes, as chamadas Atividades Fins, especialmente as que dependiam de especialização técnica para sua execução, como no caso da Saúde e da Educação, por exemplo, não podiam ser terceirizadas, ficando exclusivamente seu preenchimento de vagas no setor público condicionado a concurso público de provas e títulos.

Com a terceirização dessas atividades e, conseqüentemente, a não obrigatoriedade de concurso público ou outro mecanismo de seleção paritária com regras e requisitos mínimos determinados para todos os candidatos, as relações de poder e parentesco, especialmente nos municípios de pequeno porte, tendem a serem utilizados como critérios de seleção dos profissionais que ocuparão cargos no setor público.

Mais uma vez o clientelismo volta como elemento de base do sistema político brasileiro, tanto pela terceirização quanto pela Reforma do Ensino Médio, também executada pelo Governo Temer na Medida Provisória 746/2016, que foi aprovada no Senado por meio do Projeto de Lei de Conversão 34/2016, em 8 de fevereiro de 2016 e que prevê que a atividade de ministração de aulas em cursos técnicos possa ser efetuada por pessoa com Notório Saber.

Desta forma, a comprovação do conhecimento técnico e científico necessário para o exercício da docência fica relegado pela falta de critérios claros e a avaliação do gestor público ou do(a) diretor(a) do estabelecimento de ensino que irá utilizar a mão de obra de pessoa com notório saber.

A Reforma do Ensino Médio, assim como as demais reformas do Governo Temer, representa um forte ataque a ideia de paridade, de igualdade civil e de condições, a meritocracia e ao Estado de Direito violando o que é assegurado pela Constituição Federal de 1988.

O Governo Temer passa por cima das discussões realizadas pelo Conselho Nacional de Educação, que há anos vem discutindo modificações no Ensino Médio e na Base Nacional Comum Curricular, e por meio de Medida Provisória adota medidas que não satisfazem as necessidades de melhoria na qualidade da Educação no Brasil e nem os anseios da população brasileira, especialmente dos profissionais de Educação.

Aqui eu acho que até melhorou, porque tirou a Farmácia que funcionava aqui dentro. Cada Unidade tinha sua Farmácia. E foi criado um projeto para ter a Farmácia Central do Município. Porque eu passava alguma medicação que faz parte do PSF, a pessoa que entregava os remédios mal sabe ler, ainda questionava. Outras vezes ela entregou medicação errada, medicação diferente daquela que estava prescrita e o paciente passou mal. Eu fiz Ofício e entreguei a Coordenadora do PSF, ao Secretário de Saúde e a uma pessoa lá que é quem manda, que eu nem sei qual função. Mas é ela quem dá grito na gente, ela quem manda. Só falta um chicote na mão dela. Ela disse que: ‘não posso fazer nada’. E eu que posso? Eu não posso bater de frente com ela. Não posso de jeito nenhum. Aí no Ofício falando que ela não estava mais sob minha coordenação, contando o que tinha acontecido com ela, relatando as vezes que ela entregou medicação errada, as pacientes que foram atendidas e que foram erradas as medicações, dizendo que não podia me responsabilizar pela pessoa que não sabe trabalhar. Por isso mesmo ficou. Ela continua aí. Graças à Deus a Farmácia está aí. A Menina da farmácia não quis ela e eu fiquei com ela aqui. Não é a questão da indicação das pessoas. Pode até ser indicadas, contato que ela tenha capacidade para assumir aquele setor. Não adianta eu botar uma Técnica de Enfermagem, que ela é Técnica de Enfermagem, para assumir um setor que ela não sabe. Ela só sabe verificar a Pressão com o aparelho dela, que é digital, que ela tem em casa, que qualquer pessoa que é leiga sabe”. Escutei lá na prefeitura: ‘Pelo amor de Deus não fale dessa pessoa aqui não. Não fale não que ela é irmã do prefeito. Deixe essa mulher aí, deixe ela sem fazer nada, mas deixe ela lá (Enfermeira, 54 anos, 31 anos de trabalho na área).

A utilização de mão de obra não qualificada é um entrave para a realização de um bom trabalho em qualquer área da atividade profissional, haja vista que o desconhecimento técnico interfere no desempenho do trabalho profissional. A desqualificação profissional acentua-se na área de saúde pela urgência e gravidade dos procedimentos utilizados que envolvem saúde ou doença dos usuários.

Na Atenção Básica, a desqualificação profissional interfere na própria dinâmica da Unidade de Saúde e na integração dos profissionais que passam a desconhecer e a colaborar com o trabalho do outro, impedindo ou dificultando que a interdisciplinaridade aconteça.

A coordenação integrada da Atenção Básica juntamente com a gerência da UBSF acaba por seguir as determinações da gestão municipal. Muitas vezes essas determinações não

obedecem aos critérios lícitos de contratação de pessoal ou mesmo a escuta dos profissionais da Atenção Básica para saber suas demandas e suas propostas de como solucionar os problemas existentes. A questão mais grave é a colocação de pessoal sem capacitação adequada para assumir e desempenhar determinadas funções.

(...) como exemplo desta representação negativa, mencionou-se que, no contexto da municipalização, o coordenador não tem mais poderes nem para selecionar o pessoal de nível superior a ser contratado, nem sequer para repreender ou punir um profissional que mostra empenho insuficiente em seu trabalho. Com tudo isso, o cargo é visto como quase decorativo devido ao seu pouco poder de intervenção (QUEIROZ, CAMPOS e MERHY 1992, p. 38).

O prejuízo que a dinâmica do Sistema Político brasileiro acarreta para o sistema de saúde é enorme. Parte pode ser sentida através do clientelismo, parte pela centralização de decisões concernentes ao funcionamento das UBSF, que apesar de seguirem uma padronização indicada pelo Ministério da Saúde, por meio do DAB e da PNAB, ainda sofrem as determinações administrativas da gestão municipal.

Quando mencionam a sua relação com a direção da Secretaria Municipal de Saúde, os coordenadores apontam, de forma praticamente consensual, uma considerável distância entre o nível central e o nível local. De um modo geral, estes agentes não se sentem como dirigentes, como participantes efetivos das decisões estratégicas da instituição. (QUEIROZ, CAMPOS e MERHY, 1992, p. 37),

As decisões da gestão municipal são verticalizadas. Existem poucas instâncias de negociação e participação das decisões. Uma maneira de participar mais ativamente das decisões municipais que envolvem saúde é participar dos Conselhos de Saúde. Contudo, a participação nos Conselhos não garante que as demandas sejam atendidas.

Por vezes, as demandas nem chegam a ser encaminhadas a instâncias decisórias maiores, haja vista que os Conselhos de Saúde são órgãos deliberativos e consultivos, mas não executores das políticas públicas geradas em seu âmbito. E muitas das vezes a composição dos Conselhos Municipais de Direitos é feita por pessoas ligadas à gestão pública ou ao gestor público, o que influencia a orientação das atividades do Conselho.

O processo de construção da cidadania, bem dos direitos, aparece como uma benesse do Estado ao cidadão que a concede em troca da obediência civil e da dependência político-econômica estabelecida por meio de práticas coronelistas e clientelistas que, sobretudo no interior do país, atrela a condição de acesso aos direitos e mecanismos responsáveis pelo desenvolvimento socioeconômico, ao trabalho e a atividade econômica aos empregos disponibilizados no setor público, como no caso do Cariri Paraibano.

Como bem nos lembra Sales (1994, p. 35), a estrutura de poder no Brasil está, antes de tudo, ligada a práticas que consolidam o “compromisso, que resultaria num sistema de reciprocidade em que de um lado estão os chefes municipais e os coronéis com seus currais eleitorais, e de outro, a situação política dominante do Estado, que dispõe do erário, dos empregos, dos favores e da força policial.

O Cariri Paraibano é formado por 29 municípios que se sustentam, basicamente, da agricultura e comércio familiar e dos empregos públicos, especialmente, ligados à área de saúde e da educação. Em um dos municípios pesquisados o município de Sumé, o prefeito, que é médico está no seu quinto mandato, quase que consecutivo, o que indica esta relação entre a manutenção de uma estrutura de empregos públicos e a existência de currais eleitorais, como mencionado na fala da entrevista anteriormente citada.

Seguindo com a apresentação dos dados, em pesquisa realizada com Agentes Comunitários de Saúde em Porto Alegre, (Ferraz e Aerts, 2005, p. 349), “88,6% dos ACS são mulheres, na faixa etária entre 30 e 49 anos (71%), possuindo entre 9 e 11 anos de estudo e com renda per capita entre 1,0 e 1,9 salários mínimos”. Ainda que 73% eram moradores há mais de 10 anos na comunidade em que trabalham e que, 64,8% trabalhavam há mais de três anos.

Para o Ministério da Saúde, o agente comunitário de saúde é um trabalhador que faz parte da equipe de saúde da comunidade onde mora. É uma pessoa preparada para orientar famílias sobre cuidados com sua própria saúde e também com a saúde da comunidade. (Brasil, 1999). Sem dúvida, este trabalhador apresenta características especiais, uma vez que atua na mesma comunidade onde vive, tornando mais forte a relação entre trabalho e vida social. (FERRAZ e AERTS, 2005, p. 348).

Residir na cidade em que trabalha por no mínimo 2 anos é a exigência básica feita pelo PACS, para o cargo de ACS (BRASIL, 1994a *apud* FERRAZ e AERTS, 2005, p. 352). A

implicação desta exigência é permitir que o ACS conheça a realidade da comunidade em que atua.

Em pesquisa realizada com Agente Comunitário de Saúde no estado de São Paulo por De Carvalho Fortes e Spinetti (2004), os ACS apontam a necessidade de obterem mais capacitações com relação a identificação de algumas patologias, especialmente as associadas diretamente às condições de saneamento, por exemplo, que os permitam auxiliar de melhor maneira o trabalho dos médicos e enfermeiras que muitas vezes não conseguem realizar visitas domiciliares ou desconhecem em profundidade a realidade social da comunidade em que atuam.

O profissional enfermeiro e o médico vão descobrir que na sua área o maior problema, por exemplo, é um córrego que tá atrapalhando e vem trazendo verminose para suas crianças. Então o agente comunitário vai ter que ser trabalhado com relação à verminose, com relação ao saneamento básico pra, estar desenvolvendo um papel junto com os facilitadores, para estar melhorando esta questão. (E2) (DE CARVALHO FORTES e SPINETTI, 2004, p. 73).

Esta fala destacada de um enfermeiro a respeito do trabalho do ACS ilustra a relação estabelecida entre os profissionais das UBSF no cotidiano de suas práticas de saúde. No Cariri Paraibano este elemento também aparece. O desconhecimento da realidade local é apontado, por parte dos médicos, que participaram desta pesquisa, como um entrave a realização do diagnóstico adequado, haja vista a mudança no modelo de atenção em saúde que incorpora cada vez mais pela Atenção Básica os pressupostos biopsicossociais ligados aos paradigmas saúde/doença.

O desconhecimento da realidade local, por parte dos médicos nas UBSF no Cariri Paraibano, já foi apontado neste trabalho. O principal fator para esse desconhecimento é o fato dos médicos não residirem no município onde trabalham. Então, os médicos permanecem no município apenas no horário de trabalho e depois retornam aos municípios onde residem.

Tabela 8 - Caracterização do Trabalho (Instituição) – Parte II

Variável	Valor absoluto	Porcentagem (%)
Instituição de Saúde que Trabalha		
UBSF	68	85%
UBSF + Hospital	03	4%
UBSF+SAMU	02	3%
UBSF+SAMU+UPA	01	1%
N/R	06	7%
Total	80	100%
Reside na cidade que trabalha		
SIM	70	88%
NÃO	10	12%
Total	80	100%

Fonte: GALVÃO, 2017.

Os dados também revelam que 85% dos profissionais de saúde pesquisados só trabalham na UBSF. Os 15% dos profissionais que afirmaram trabalhar nas UBSF e em outros lugares são constituídos por Médicos e Enfermeiras. Mesmo trabalhando em outras instituições todas são instituições públicas, o que corrobora para a afirmação de que nas cidades do Cariri Paraibano existe escassez de oferta de serviços de saúde, seja público ou privado. A escassez dos Serviços Públicos está nos serviços de Média e Alta complexidade. Com relação aos Serviços Privados de Saúde, a escassez ocorre em todos os níveis de complexidade da saúde.

Também reforça a relevância desta pesquisa, ao mostrar que as representações que os profissionais fazem a respeito do SUS é importante para compreender a dinâmica de execução dos serviços públicos de saúde, especialmente das práticas de saúde utilizadas pelos profissionais no Cariri, haja vista que ao representarem o SUS como um sistema de saúde voltado para as demandas de saúde dos pobres estes profissionais enfraquecem a noção de universalidade como um direito atrelada à saúde, bem como fortalecem os serviços privados de saúde, que passam a cobrar valores exorbitantes para a prestação de serviços de saúde.

Na prática o enfraquecimento da noção de saúde como um direito universal reforça a divisão entre saúde dos pobres e saúde dos ricos, reforça a ideia de mercantilização da saúde, ao passo que a Saúde Pública enfrenta dificuldades em suprir as demandas da população. Isto reforça, também a prática de desmonte do Sistema de Saúde e justifica a diminuição de financiamento do setor público para a saúde.

4 DIREITOS SOCIAIS E CIDADANIA: consolidação da noção de direitos como fundamentais para o ser humano

Podemos acompanhar a trajetória de constituição dos direitos, associando-os a uma época histórica peculiar e ao processo de construção e consolidação de instituições específicas que os materialize. Neste sentido, este trabalho adotou a perspectiva de que direitos significam mecanismos universais pelos quais os seres humanos possam acessar a plenitude de uma vida com qualidade.

Em termos gerais, direitos implicam pretensões, *Claims*, relativamente a determinados bens sociais, econômicos e culturais, tais como, educação, segurança, habitação, cuidados de saúde e, de modo geral, um nível de vida considerado decente (ESPADA, 1999 p.14.)

Segundo Bobbio (1992), os direitos naturais são históricos, nascem no início da era moderna, juntamente com a concepção individualista de sociedade, tornando-se um dos principais indicadores do progresso histórico. Para este autor, os direitos do homem são direitos históricos, por mais fundamentais que sejam, pois nasceram sob certas circunstâncias que se caracterizam por lutas em defesa de novas liberdades contra velhos poderes, nascidos gradualmente um de cada vez e não perpetuamente, a partir das necessidades individuais de sobrevivência e determinadas de acordo com as condições materiais de existência. São históricos dadas as circunstâncias de sua instauração, mas não literalmente fundamentais, haja vista que o que pode ser fundamental para uma determinada civilização ou época histórica pode ser considerado como não essencial em outras culturas ou épocas.

(...) os direitos do homem constituem uma classe variável, com a história destes últimos Séculos demonstra suficientemente. O elenco dos direitos do homem se modificou, e continua a se modificar, com a mudança das condições históricas, ou seja, dos carecimentos e dos interesses das classes no poder, dos meios disponíveis para a realização dos mesmos, das transformações técnicas, etc.(BOBBIO, 1992. P. 18).

Esta explicação é necessária a respeito no aspecto natural e do aspecto histórico dos direitos, haja vista que quando afirmamos, simplesmente, que os direitos são naturais construímos a noção de que o simples fato de nascermos humanos nos confere o acesso aos direitos.

A afirmação de Bobbio (1992) busca exatamente explicitar o caráter participativo e histórico dos seres humanos na construção e adoção dos direitos. Ao afirmarmos simplesmente que os direitos são naturais os distanciamos de seu fundamento, ou melhor, o distanciamos do processo sócio-histórico que o originou e que, notadamente, passa pela ação humana para sua construção.

O entendimento sobre o caráter fundamental e histórico dos direitos naturais é essencial para a compreensão das representações que os profissionais do Cariri Paraibano fazem a respeito do SUS, para a compreensão do SUS, não apenas como a oferta de serviços de saúde por parte do poder público, mas como o exercício de seus direitos, por meio do acesso dos serviços de saúde.

Atualmente, a questão sobre os direitos humanos não é mais de justificá-los enquanto fundamentais para o desenvolvimento humano, já que este princípio está estabelecido como critério universal, ainda que não adotado por todas as sociedades ou todas as formas de governo, mas de protegê-los e promovê-los o mais amplamente possível, a fim de diminuir a disparidade entre a igualdade civil e a desigualdade social.

O surgimento progressivo dos direitos humanos e sua consolidação foram possíveis a partir da mudança no padrão de relação da autoridade na modernidade em contrapartida ao feudalismo. E isto só foi possível a partir do surgimento da burguesia como classe social com um projeto social novo, o iluminismo, e a realização de uma nova sociedade, o capitalismo, fazendo surgir novas instituições sociais ancoradas na ideia de direitos próprios e fundamentais aos seres humanos, que na verdade tinham como pressuposto garantir a vida e a propriedade privada. (FLORENZANO, 1981).

Assim, as duas principais revoluções políticas, as chamadas Revoluções Burguesas (a Revolução Inglesa de 1640 e a Revolução Francesa de 1789), instauraram novos vínculos de classe diferentes dos antes existentes nos estamentos medievais.

A igualdade passou a ser o princípio das teorias que aparavam os modelos liberais de governo, ao passo que se mostrava o fundamento das relações entre os indivíduos, ao contrário do que acontecia no feudalismo quando as relações de poder eram baseadas nas diferenças naturais entre os indivíduos.

Da mesma forma que a igualdade se consolidava, enquanto princípio da existência e convivência humanas, a noção de responsabilidade ou “piedade” dos ricos em relação aos pobres crescia, desencadeando relações sociais de solidariedade para com os excluídos como pressuposto das relações comerciais e do estabelecimento dos Estados Nacionais.

A postulação da igualdade abstrata que inicia a era das relações contratuais, na qual os indivíduos estão no mesmo plano, possibilitou a emergência da ação política das camadas excluídas pela sociedade industrial. Porém, da simples composição abstrata de igualdade perante uma comunidade nacional ao compartilhamento de padrões de inclusão há um grande espaço, que requereu a mobilização em torno da institucionalização de direitos universais inseridos na ação do Estado por meio de políticas públicas, capazes de concretizar o *status* de cidadania. (FLEURY. OUVREY, 2008, p. 28).

Nesta perspectiva cidadania implica efetivação de direitos, mas também deveres. Na verdade, a consecução dos direitos está intrinsicamente ligada a execução dos deveres. Desta forma, direito e dever se confundem numa situação dialética posto que para exercer o direito ao sufrágio como elemento de inclusão na esfera política, por exemplo, ao mesmo tempo o cidadão deve participar dos processos democráticos de participação política como as eleições ou as conferências de saúde.

Isso tudo diz mais respeito aos direitos do cidadão. Ele também deve ter deveres: ser o próprio fomentador da existência dos direitos a todos, ter responsabilidade em conjunto pela coletividade, cumprir as normas e propostas elaboradas e decididas coletivamente, fazer parte do governo, direta ou indiretamente, ao votar, ao pressionar através dos sociais, ao participar de assembleias – no bairro, sindicato, partido ou escola. E mais: pressionar os governos municipal, estadual, federal e mundial (em nível de grandes organismos internacionais como o Fundo Monetário Internacional – FMI). (MANZINI-COVRE, 2006, p. 9).

Direitos e deveres são parte da mesma esfera política. Contudo, este entendimento parece estar longe de se clarificar, haja vista que as leis, por exemplo, não são vistas como bens públicos e sim como instrumentos regulatórios das condutas coletivas e como mecanismos de sanções que acabam por restringir ou impossibilitar o acesso aos direitos. Uma lei tomada como bem público é um dos fundamentos da efetividade dos direitos, haja vista que a coletividade cuida para que a lei seja cumprida e fiscaliza quem não a cumpre.

Por outro lado, quando não há o entendimento sobre o processo participativo de efetivação dos direitos também enquanto deveres, o cidadão deixa de ser cidadão e nestes casos, as práticas assistencialistas, sobretudo adotadas pelos governos, se sobressaem sobre a real vivência dos direitos e sua consolidação na esfera política como prática sociocultural de determinado grupo ou povo.

Em resumo, na elaboração deste trabalho compartilhamos a concepção de cidadania adotada pelo Departamento de Direitos Humanos e Cidadania do governo do Paraná, em que:

Cidadania é a tomada de consciência de seus direitos, tendo como contrapartida a realização de deveres. Isso implica no efetivo exercício dos direitos civis, políticos e socioeconômicos, bem como na participação e contribuição para o bem-estar da sociedade. A cidadania deve ser entendida como processo contínuo, uma construção coletiva, significando a concretização dos direitos humanos (CEDIHC, s.d, p.6).

O fundamento para o acesso aos direitos é o exercício da cidadania e este aparece como o elemento conflituoso para a consolidação da noção de direitos, especialmente dos direitos sociais. Em outras palavras, o direito só se concretiza se o sujeito o impulsionar, o vivenciar, o exigir.

Enquanto o direito está posto e elaborado por outras pessoas que não o próprio sujeito deste direito este direito não se consubstancia devidamente, ficando à mercê das práticas políticas, que no Brasil são notadamente permeadas pelo assistencialismo clientelismo e nepotismo.

Essa ideia de cidadania como processo contínuo e de construção coletiva associa-se a ideia de elaboração deste trabalho, ao passo que se associa a investigação da influência das noções de direitos nas práticas dos profissionais de saúde das UBSF.

Desta forma, também associa-se a hipótese formulada neste trabalho que um dos elementos fundamentais para o mal funcionamento ou o funcionamento inadequado do SUS ocorre por falta de conhecimento dos profissionais envolvidos na assistência ao cuidado nas UBSF, especificamente, ao não entendimento sobre este processo contínuo de participação política que vem desde o surgimento do SUS e, estas são as questões desenvolvidas neste Capítulo.

A questão da continuidade nos processos sociopolíticos é uma condição fundamental para a consolidação das instituições democráticas, em que o direito de participação política e de exercício da cidadania possa se efetivar.

Desta forma, a concepção de que para a efetivação os direitos individuais é necessário para a efetivação dos direitos coletivos se faz presente no debate neste trabalho, haja vista que desde a noção de cidadania e, do ser humano como animal político desenvolvida por Aristóteles (1997), a necessidade de vida coletiva se solidificou nas sociedades ocidentais em tal proporção que os conceitos de igualdade, equidade e liberdade se desenvolveram.

A noção do ser humano enquanto animal político implica, essencialmente, na adoção de duas categorias de inserção na esfera política. Primeiro, implica que os problemas individuais não podem superar os problemas coletivos, ou melhor, o direito de um indivíduo não pode sobrepor-se ao direito dos demais integrantes de um grupo ou da sociedade como um todo. Sendo assim, não se admite que as regras ou as instituições trabalhem para atender os interesses individuais de forma que os demais cidadãos sofram prejuízos ou façam sacrifícios. Portanto:

Outra consequência importante é o aparecimento de problemas e de interesses fundamentais que não são apenas de um indivíduo, mas que são de um grupo de indivíduos ou até mesmo de toda a sociedade. Nesses casos existe interesse social ou coletivo, pois em tais situações os indivíduos não são considerados isoladamente mas sempre como integrantes de uma coletividade (DALLARI, 1984, p. 19).

Segundo, os problemas que aparentemente são individuais, na verdade, são problemas coletivos. Um assassinato ou uma doença específica que acomete um indivíduo, geralmente, é reflexo de fenômenos sociais mais amplos que atingem determinada camada da população, determinada região do país, determinada época histórica.

Portanto, além do ser humano ser um animal político, de não conceber a vida isoladamente senão por meio da convivência social e coletiva, essa convivência se faz por meio da efetivação de normas, regras, leis e instituições que garantam os direitos de uma coletividade de forma igualitária e livre, em detrimento dos interesses individuais.

O caráter individualista, que a sociedade ocidental moderna assumiu seguindo os ideais burgueses-liberais, causou um embate no processo de consolidação dos Direitos Humanos, especialmente no tocante a igualdade como um dos elementos centrais das democracias ocidentais expressa por meio do caráter universal dos direitos.

Assim, ao passo que cada sujeito tende a participar ativamente da esfera política, impulsionado por um interesse particular e não por uma causa coletiva, o direito tende a não se tornar um bem público e, portanto, sujeito aos interesses individuais ou de grupos específicos.

Com relação à saúde, quando um problema de saúde é tratado individualmente a solução deste problema distancia-se das concepções adotadas atualmente pelo SUS no intuito de garantir o acesso aos serviços de saúde.

Por exemplo, se um caso atendido em uma UBSF é tomado individualmente, provavelmente este caso baseia-se na prática curativa e não considera a dimensão biopsicossocial do sujeito. Se, por exemplo, um usuário procura uma UBSF com verminose e não é considerada a questão epidemiológica que envolve toda a comunidade, provavelmente este caso resultará em pouca resolatividade.

Em outras palavras, torna-se incorreto tomar decisões exclusivamente sobre os direitos de um indivíduo sem o entendimento de que esta decisão tem amplitude em toda a sociedade, atingindo todos os indivíduos de forma construtiva ou não. “De uma forma ou de outra, com maior ou menor intensidade, cada decisão produz efeitos sobre todo o conjunto da sociedade, sendo indispensável considerar esse ponto em cada situação ou perante cada problema” (DALLARI, 1984, p. 20).

Segundo Dahl (2012), as instituições democráticas modernas foram moldadas através, principalmente, de três elementos: a crença na igualdade política, na tradição republicana e no desenvolvimento dos governos representativos. A República é uma forma de governo no qual o povo é soberano e em que o Estado se configura administrativa e juridicamente de tal forma a suprir as necessidades de todos, considerados como iguais. O Republicanismo é a forma de gestão da *respública*, da coisa pública, que deu origem a expressão poder público. Assim, é sob o republicanismo que o poder público encontra uma ordem política determinada e vigente suficiente para se alicerçar.

A questão do republicanismo acosta-se ao pensamento de Aristóteles, na antiguidade e sua crítica a democracia ateniense, em Maquiavel e Guicciardini, na modernidade, e nos governos americanos e inglês dos Séculos XVII e XVIII. Para Dahl (2012), a influência do pensamento grego não ocorre apenas pela ideia de ser humano como animal político e, portanto, destinado a viver em associação política, em que bons cidadãos constroem uma boa república, fundada na virtude cívica. Esta entendida como “a predisposição de procurar o bem de todos nos assuntos públicos” (DAHL, 2012, p. 36).

Para os Republicanos, a igualdade entre os cidadãos, especialmente, perante a lei e na ausência de uma relação de dependência entre um cidadão e outro é fundamental para a constituição de uma boa república. “A doutrina republicana insistia, além disso, que nenhum sistema político poderia ser legítimo, desejável ou bom se excluísse as pessoas da participação no governo” (DAHL, 2012, p. 36).

Com relação a representatividade, Dahl (2012, p. 45), afirma que:

Dentro das circunstâncias bem maior do Estado nacional, as novas concepções de direitos pessoais, liberdade individual e autonomia pessoal puderam florescer. Além disso, problemas importantes que nunca puderam ser resolvidos nos limites estreitos da cidade – Estado – e esses aumentaram em número à medida que aumentava a interdependência – poderiam ser resolvidos com mais eficácia por um governo capaz de criar leis e regulamentos para um território bem maior. Nesse sentido, a capacidade dos cidadãos para se governar foi muito favorecida.

Contudo, as teorias democráticas não foram a base de concretização dos governos democráticos e nem das formas de participação política, propriamente dita. Uma interação prática entre ideias e ações acabou por resultar nos modelos representativos que vivenciamos.

É óbvio, porém, que o surgimento e a persistência de um governo democrático entre um grupo de pessoas dependem, até certo ponto, de suas *crenças*. Assim, se uma maioria substancial, ou mesmo uma minoria substancial, se opusesse à ideia de democracia e preferisse uma alternativa – o domínio de um monarca ou uma aristocracia, por exemplo – tal grupo dificilmente se governaria democraticamente. Por outro lado, num grupo cujos membros creem que todos são mais ou menos igualmente qualificados para participar das decisões do grupo, a probabilidade é relativamente alta de que eles governarão a si próprios por meio de algum tipo de processo democrático. Não estou preparado para dizer como uma crença assim poderia surgir entre os membros de um grupo. Contudo, em alguns períodos e lugares, ocorrem três circunstâncias que favorecem a crença no processo democrático. Certas pessoas constituem um grupo ou associação bem definidos. O grupo é – ou seus membros acreditam que será – relativamente independente do controle externo. E, finalmente, os membros do grupo percebem-se como mais ou menos igualmente qualificados para governar, pelo menos em princípio. Esse aspecto final de suas crenças talvez possa ser descrito de uma forma mais específica e um pouco mais abstrata, como se segue. Os membros não creem que nenhum membro por si só e nenhuma minoria de membros sejam tão mais claramente qualificados para governar que possam chegar ao ponto de governar com a permissão de toda a associação. Ao contrário, creem que todos os membros da associação adequadamente qualificados para participar em pé de igualdade com os outros no processo de governar a associação. (DAHL 2012, p. 46-47).

Mesmo no aspecto político as crenças individuais e coletivas regem as ações sociais dos sujeitos envolvidos nos processos históricos, formando um cenário em que as opiniões coletivas suplantam as individuais por meio da aceitação ideológica e do princípio da maioria. Assim, o que é acreditado fica estabelecido e oficializado nas práticas cotidianas dos sujeitos.

No caso deste trabalho, as crenças que envolvem o cuidado em saúde e os fundamentos de igualdade, equidade e universalidade refletem-se na prática de saúde

cotidiana dos profissionais pesquisados, formando uma carapaça na qual as práticas de saúde passam a ser executadas de tal maneira em detrimento das demais, mesmo contrariando princípios do sistema de saúde, como a humanização, por exemplo.

A necessidade social de participação política qualifica os sujeitos a participarem ou não dos processos decisórios democráticos. Quanto mais a população participa das decisões coletivas, especialmente as que envolvem a manutenção de direitos, o acesso a serviços de saúde, por exemplo, mais esta população se qualifica a exercer seu direito tornando-se, assim cidadãos.

Ao passo que, quanto mais a população se distancia ou não participa das instâncias de poder e decisão políticas mais os seus direitos se enfraquecem, pois não são devidamente atendidos e nem reconhecidos.

Observem a atual situação política no Brasil em que a população participa pouco ou não utiliza os mecanismos de participação para garantir os direitos preconizados na Constituição e que estão sendo modificados pelos representantes do executivo ou legislativo, eleitos democraticamente, mas que não mantem ligação direta com os anseios da população, sequer “escutam” os anseios da população, seguindo um projeto político majoritário que segue a dinâmica histórica do sistema político brasileiro, notadamente marcado pelo caráter de dominação de classe. “Além disso, lembrou-se também que o nível municipal frequentemente manipula o serviço para fins clientelísticos e eleitoreiros”. (QUEIROZ, CAMPOS e MERHY 1992, p. 37).

Destarte, no Brasil desde a promulgação da Constituição Federal de 1988, conhecida como Constituição Cidadã, que a participação política foi garantida a todos os brasileiros por meio da adoção do sufrágio universal e das eleições diretas, aumentando, assim, o acesso aos mecanismos de participação na esfera política, sem restrições dos sujeitos.

Este foi o evento mais importante em termos de acesso aos direitos, foi a garantia do direito universal e da igualdade civil, embora a situação socioeconômica da população ainda se represente como uma situação de desigualdade social.⁴²

Contudo, a Constituição Federal de 1988, que criou o SUS, e as leis 8.80/90 e 8.142/90 que o regulamentam, representam avanços no reconhecimento do papel fundamental da participação política na construção das instituições sociais e na consolidação dos direitos e do exercício da cidadania. Porém, por si só não garantem a consecução dos direitos. Estes só se consubstanciam por meio da participação dos sujeitos envolvidos e interessados neles.

⁴² Para comprovar dados sobre Desigualdade Social consultar PNAD, IBGE, IDH.

A dinâmica da esfera política sofre alterações ao longo do tempo, da mesma forma que as relações de poder entre os cidadãos e o Estado também se modificam. Somado a este processo relacional político estão as noções bases do Estado Moderno, a igualdade e a liberdade, estas se consolidando por meio do exercício da cidadania.

Entretanto, a competição eleitoral e a própria democracia se tornaram ao longo, especialmente dos Séculos XVI a XVIII, mecanismos para o exercício do poder expressos por meio de arranjos políticos que resultaram em transformações socioeconômicas que acabam por instaurar a dualidade fundada nos princípios de igualdade/desigualdade, haja vista que a desigualdade passou a ser condição *sine qua non* para a organização da produção e da sociedade capitalista, assim como a exploração econômica.

No entanto, ao passo que a desigualdade é condição de manutenção da esfera econômica, a igualdade é o fundamento da esfera política no Estado moderno, pois as relações de troca na sociedade capitalista precisam ser efetuadas entre indivíduos livres e iguais, até mesmo para que a proteção do poder político possa se efetivar a favor de todos, sem distinção, tornando estes indivíduos cidadãos. (FLEURY e OUVÉNEY, 2008)

A cidadania, inicialmente, surge apenas como uma possibilidade no processo de construção da dominação burguesa, uma vez que o mercado requer a presença do status jurídico de igualdade para o pleno desenvolvimento das relações de troca. Cada sociedade, em suas lutas históricas, é capaz de transformar esta hipótese em uma realidade concreta, construindo suas modalidades de proteção social e sua condição concreta e singular de cidadania. (FLEURY e OUVÉNEY, 2008, p. 23).

Seguindo esta lógica, as leis 8.080/90 e 8.142/90 de criação e regulamentação dos SUS e dos Conselhos de Saúde efetivaram a participação política da população transformando o cidadão em usuário, ou melhor, garantindo que os direitos sociais, especificamente, o direito a saúde de forma universal e integral fosse garantido amplamente.

O termo usuário corresponde ao entendimento e oficialização da saúde como um direito, em detrimento do termo clientes, que coloca a saúde como mercadoria e, portanto, acessível a quem pode adquirir monetariamente este produto. Isto também fragiliza a noção de universalidade fundamental para a manutenção do SUS.

Por outro lado, a participação popular nem sempre é vista como um direito e sim como uma obrigação. A não participação por um sujeito da esfera política dá o direito a outro de decidir por si e pelos demais, o que pode incidir em enganos e na representação de interesses

personais ou de grupos específicos. Destarte, a participação popular garante o exercício da cidadania e, este por sua vez, a efetivação dos direitos políticos.

A cidadania pressupõe a existência de uma comunidade política nacional, na qual os indivíduos são incluídos, compartilhando um sistema de crenças com relação aos poderes públicos, à própria sociedade e ao conjunto de direitos e deveres que se atribuem aos cidadãos. O pertencimento à comunidade política pressupõe também, além de crenças e sentimentos, um vínculo jurídico e político, o que requer a participação ativa dos indivíduos na coisa pública. (FLEURY e OUVÉNEY, 2008, p. 24).

Como prosseguimento da hipótese deste trabalho do desconhecimento da importância do aspecto político como elemento de mau funcionamento do SUS, sabemos que o desconhecimento sobre os direitos e seus mecanismos de efetivação tem levado a não consolidação da cidadania no Brasil, visto que esta se confunde com a obrigatoriedade de participação em alguns eventos, como as eleições, por exemplo, ou posse de alguns documentos, como bem ressalta Carvalho (2002)⁴³:

A precariedade do conhecimento dos direitos civis, e também dos políticos e sociais, é demonstrada por pesquisa feita na região metropolitana do Rio de Janeiro em 1997. A pesquisa mostrou que 57% dos pesquisados não sabiam mencionar um só direito e só 12% mencionaram algum direito civil. Quase a metade achava que era legal a prisão por simples suspeita. A pesquisa mostrou que o fator mais importante no que se refere ao conhecimento dos direitos é a educação. O desconhecimento dos direitos caía de 64% entre os entrevistados que tinham até a 4ª série para 30% entre os que tinham o terceiro grau, mesmo que incompleto. Os dados revelam ainda que educação é o fator que mais bem explica o comportamento das pessoas no que se refere ao exercício dos direitos civis e políticos. Os mais educados se filiam mais a sindicatos, a órgãos de classe, a partidos políticos (CARVALHO, 2002, p. 210).

O desconhecimento sobre os direitos ou sobre a dinâmica dos processos políticos faz com que, segundo Carvalho (2002)⁴⁴ sejam criados cidadãos de Primeira, Segunda e Terceira

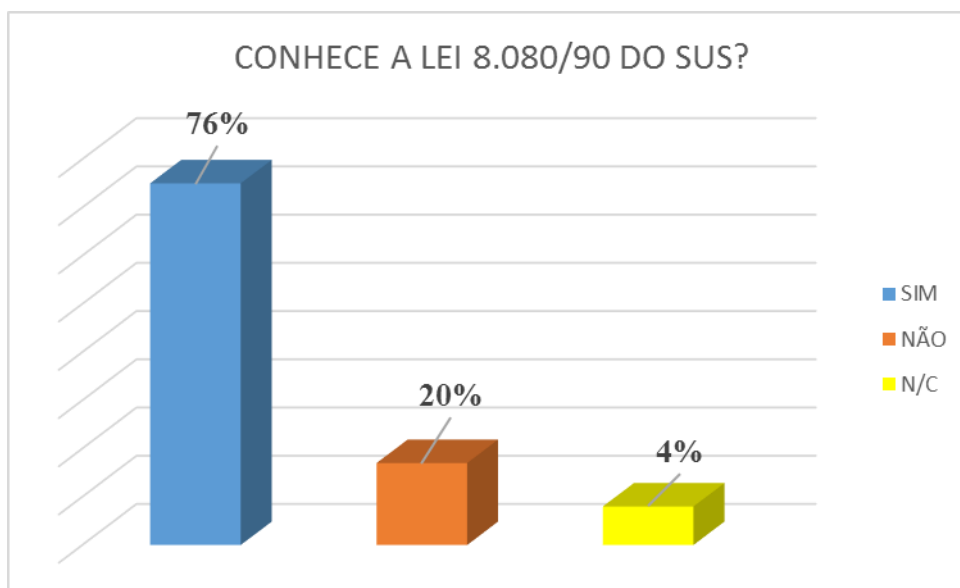
⁴³ A utilização de dados não recentes ocorre pela inexistência de pesquisas mais atuais sobre o tema.

⁴⁴ Cidadãos de Primeira Classe são aqueles que, segundo CARVALHO (2002, p. 215-216) são os privilegiados, os “doutores”, que estão acima da lei, que sempre conseguem defender seus interesses pelo poder do dinheiro e do prestígio social. Os “doutores” são invariavelmente brancos, ricos, bem vestidos, com formação universitária. São empresários, banqueiros, grandes proprietários de rurais e urbanos, políticos, profissionais liberais, altos funcionários. Frequentemente, mantêm vínculos importantes nos negócios, no governo, no próprio judiciário. Esses vínculos permitem que a lei só funcione em seu benefício. (...) Ao lado dessa elite privilegiada, existe uma grande massa de “cidadãos simples”, de segunda classe, que estão sujeitos aos rigores e benefícios da lei. São a

Classe, ou melhor, que a condição de igualdade para a consecução dos direitos fica anulada, ao passo que dependendo da classe a qual o cidadão pertença, o mesmo terá acesso ou não a informação e às instituições que possam satisfazer suas necessidades.

Ao serem perguntados a respeito do conhecimento da Lei 8.080/90 de criação e regulamentação do SUS, 76% dos pesquisados responderem que conhecem a Lei 8.080/90, 20% dos pesquisados afirmaram desconhecer-la, juntamente com 4% dos pesquisados que não responderam a questão. Assim, 24% dos pesquisados não conhecem a Lei 8.080/90 ou não podem falar sobre ela.

Gráfico 5. Conhece a Lei 8.080/90 do SUS



Fonte: GALVÃO, 2017.

Este é o primeiro fato revelador do desconhecimento do funcionamento do SUS, o que incide diretamente sobre as práticas destes profissionais. Os dados também revelaram que os profissionais pesquisados que responderam não conhecer a Lei 8.080/90 trabalham no mesmo município. O que demonstra a falta de treinamento de uma determinada equipe. O inverso

classe média modesta, os trabalhadores assalariados com carteira de trabalho assinada, os pequenos funcionários, os pequenos proprietários urbanos e rurais. Podem ser brancos, pardos ou negros, têm educação fundamental completa e o segundo grau, em parte ou todo. Essas pessoas nem sempre tem noção exata de seus direitos, e quando a têm carecem dos meios necessários para os fazer valer, como o acesso aos órgãos e autoridades competentes, e os recurso para custear demandas judiciais. Frequentemente, ficam à mercê da polícia e de outros agentes da lei que definem na prática que direitos serão ou não respeitados. (...) Finalmente, há os “elementos” do jargão policial, cidadãos de terceira classe. São a grande população marginal das grandes cidades, trabalhadores urbanos e rurais sem carteira assinada, posseiros, empregadas domésticas, biscateiros, camelôs, menores abandonados, mendigos. São quase invariavelmente pardos ou negros, analfabetos, ou com educação fundamental incompleta. (...) Na prática, ignoram seus direitos civis ou os têm sistematicamente desrespeitados por outros cidadãos, pelo governo, pela polícia.

demonstrou que os profissionais que responderam conhecer a lei integram as mesmas equipes, o que indica que houve treinamento integrado destas equipes.

Como o SUS é um instrumento político de efetivação dos Direitos Sociais e, sobretudo dos Direitos Políticos, conhecer sua regulamentação é de total importância para sua consolidação. O mínimo que se exige de um processo de capacitação é que os profissionais sejam capacitados nos requisitos essenciais para a prestação de sua assistência em saúde.

Contudo, não conhecer, mesmo que por um percentual pequeno de profissionais, as diretrizes legais de regulação do serviço de saúde ao qual estão vinculados compromete o entendimento a respeito do funcionamento deste serviço, haja vista que nem o processo saúde/doença é desvinculado de sua concepção integral-holística e, nem o SUS funciona desvinculando-se de seu aspecto político participativo de co-gestão da aplicabilidade dos processos terapêuticos envolvidos. Gestão esta que preconiza a participação de profissionais, gestores e usuários em sua concepção.

Em outras palavras da maneira que o SUS foi idealizado e elaborado as práticas de saúde desempenhadas pelos profissionais cotidianamente refletem, ou deveriam refletir, a concepção universal, integral e equitativa do sistema de saúde, bem como o caráter interdisciplinar e inter setorial.

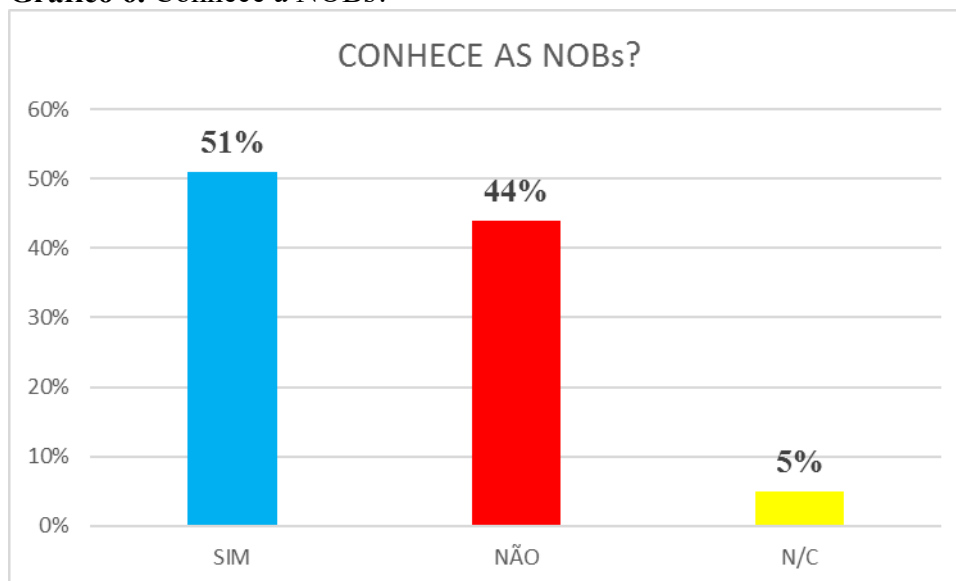
Diante do exposto poderíamos contra argumentar que a prática de assistência, o cuidado profissional ultrapassa o conhecimento formal sobre regras e normas de funcionamento ou regulação do SUS.

Na prática isso significa que o atendimento prestado pelos profissionais de saúde nas UBSF no Cariri Paraibano independe ou dissocia-se do conhecimento sobre o sistema de saúde, haja vista que o atendimento/assistência em saúde se insere muito mais na aplicabilidade de técnicas e procedimentos em saúde como, por exemplo, a realização de exames citológicos, aplicação de vacinas, consultas médicas e odontológicas, pré-natal, entre outros.

Desta forma, a prática de saúde destes profissionais, que desconhecem sobre a legislação do SUS, se caracteriza mais por medidas curativas do que pelo cuidado holístico em saúde, fundamento da Atenção Básica e da Saúde Pública.

Compreender os fundamentos do SUS é importante para a inserção do profissional e de sua participação e atuação nos cuidados em saúde, pois espera-se que o mesmo compreenda a importância de sua atuação e situe-se, no sentido, de melhorar esta atuação.

Ainda sobre o conhecimento a respeito da legislação de regulamentação do SUS, perguntamos sobre as Normas Operacionais Básicas (NOB).

Gráfico 6. Conhece a NOBs?

Fonte: GALVÃO, 2017.

A respeito do conhecimento sobre as Normas Operacionais Básicas (NOBs) do SUS, 51% dos pesquisados afirmaram conhecê-las. Em contrapartida, 44% dos pesquisados afirmaram NÃO conhecê-las, assim como 5% não responderam a questão.

O número de profissionais que conhecem a NOB e dos que não a conhecem é quase o mesmo, ou até mesmo se considerarmos o percentual dos que não responderam esta questão, então o percentual ultrapassa o número dos profissionais que conhecem a NOB.

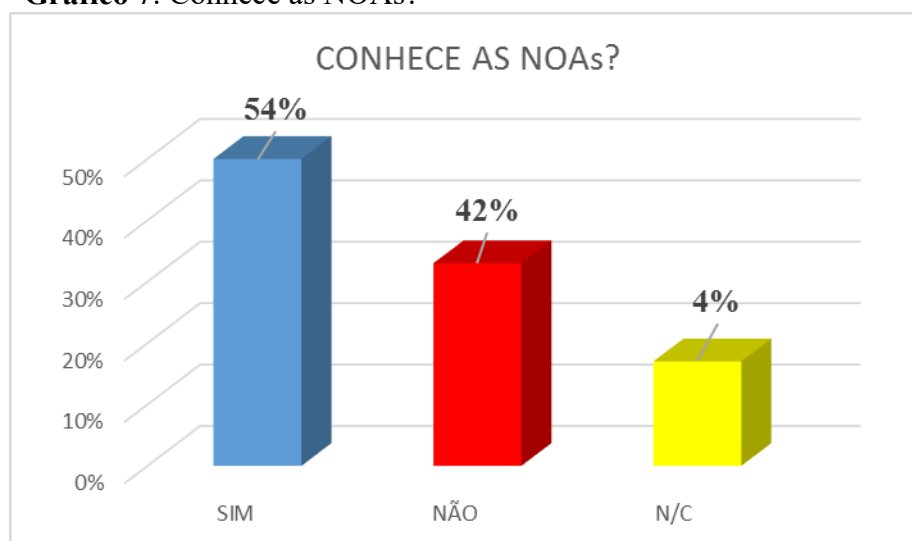
As NOBs foram elaboradas após reivindicações do movimento de secretários municipais de saúde e muitas das Normas foram debatidas nas Conferências de Saúde, tendo como principais elementos a descentralização e municipalização da gestão do SUS, o que, na prática, pretendia ampliar a participação dos sujeitos nas arenas decisórias a respeito do SUS, especialmente ao estipularem formas de financiamento, modelos de atenção e operacionalização da saúde.

As NOBs aumentaram pontos de veto a possíveis ataques ao SUS e conferiram legitimidade democrática ao sistema, incorporando a participação de novos atores. Entretanto, acabariam por contribuir para o surgimento de uma estrutura institucional que reserva à burocracia estatal controle sobre as principais decisões, com um peso elevado ao gestor federal, às comissões intergestores e às associações de secretários municipais e estaduais de saúde. Esses atores têm assento privilegiado em estruturas de conselhos e conferências de saúde, em detrimento do controle social (LABRA, 1999 apud GERSCHMAN e SANTOS, 2006, p. 182).

Seguindo a mesma linha de pensamento, perguntamos sobre as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAs). As Normas Operacionais Básicas e as Normas Operacionais de Assistência à Saúde funcionam como legislação complementar a legislação a qual o SUS é amparado.

As NOBs e as NOAs servem como importantes instrumentos de negociação entre os gestores públicos nas três instâncias de poder (federal, estadual e municipal) quando necessário firmar parcerias, consórcios e definir contrapartidas na execução de políticas de saúde, especialmente em se tratando de acordos que envolvam a Comissão Intergestores Tripartite (CIT); o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS); o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); o Ministério da Saúde; a Comissão Intergestores Bipartite (CIB); o Colegiado de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS); E as Secretarias Estaduais de Saúde.

Gráfico 7. Conhece as NOAs?



FONTE: GALVÃO, 2017.

Em outras palavras, as NOBS e as NOAS são responsáveis pelo gerenciamento do SUS e pela avaliação dos pactos de saúde e programas elaborados pelo governo federal e executados nos municípios, promovendo, assim, a integração entre as esferas do governo.

Veja o que um dos médicos, participantes desta pesquisa a respeito da legislação do SUS.

Reforma Sanitária não conheço. Na verdade, nós temos, na minha graduação tinha. Em todos os períodos tinha falando sobre o SUS. Tem aquela parte de políticas públicas que a gente estuda, tem aquele blá, blá, blá, que a maioria das vezes é uma chatice porque vem a parte de direito, artigos e portarias, essas coisas que no meu caso não tenho interesse nenhum nisso daí. Não me interessa! Qual foi o regimento que fez o SUS? Isso aí para mim não tem importância. Teria mais a funcionalidade”. (Médico, 25 anos, há 01 ano trabalha na área).

Esta pesquisa partiu da hipótese que se os profissionais de saúde não entendem os fundamentos do SUS eles não são capazes de prestar a assistência preconizada nas portarias, legislação, programas e projetos que o SUS implementa.

Se o profissional não entende o fundamento de criação do SUS, que foi totalmente político, que envolveu a participação popular, que concretizou a saúde na dimensão dos direitos sociais com fundamentais para a vida humana, que introduziu a Humanização como elemento essencial da assistência em saúde, do cuidado, então como esse profissional executa a Saúde Pública? Com certeza não faz Saúde Pública dentro do que a Saúde Pública preconiza e objetiva.

Desta forma, o SUS não se configura como direito político e acaba por se enfraquecer naquilo que se propõe a executar, uma saúde pública universal e integral. Não necessariamente os profissionais que afirmaram desconhecer a respeito das normas reguladoras do SUS querem o fim do sistema universal de saúde ou da saúde pública.

“No entanto, o que os caracteriza em relação aos precedentes é o aspecto mais fragmentado com que eles percebem a realidade mais imediata de seu trabalho, refletindo uma menor capacidade de formular políticas consistentes para o sistema de saúde” (QUEIROZ; CAMPOS; MERHY, 1992, p. 39).

A incapacidade de participar ativamente e politicamente ou mesmo de compreender o SUS inserido num projeto maior de saúde não prejudica apenas a consolidação da Saúde enquanto direito humano, mas centra a prática de saúde em ações curativas e estanques, fragmentando, assim, a proposta da Atenção Básica e da Saúde Pública no Brasil.

Por essa razão, é imprescindível a estruturação de um projeto de atuação cuja metodologia inclua a educação em saúde como ferramenta na mudança de comportamentos profissionais, melhorando a informação e motivando a compreensão da necessidade de um novo comportamento perante velhos hábitos. (AERTS, ABEGG e CESA, 2004, p. 134).

A noção de direitos, o processo histórico de seu surgimento e consolidação, ainda é assunto conflitante, complexo e desconhecido para muitos brasileiros. De forma tal, que a esfera pública é afetada diretamente pelo não entendimento dos direitos dos cidadãos.

Outro ponto a ser salientado é a própria noção de cidadania, que de certa maneira acaba se resumindo a efetivação de direitos, ou seja, ser cidadão ou exercer sua cidadania acontece quando temos acesso a um direito, quando usufruímos de um direito ou, por outro lado, quando cumprimos com nossos deveres frente aos demais cidadãos, frente a sociedade. Entretanto, o brasileiro ainda não compreende e vivencia a cidadania como a participação na discussão sobre os problemas sociais e nem no processo de resolubilidade dos mesmos.

Podemos afirmar que ser cidadão significa ter direitos e deveres, ser súdito e soberano. Tal situação está descrita na Carta de Direitos da Organização das Nações Unidas (ONU), de 1948, que tem suas primeiras matrizes marcantes nas cartas de Direito dos Estados Unidos (1776) e da Revolução Francesa (1789). Sua proposta mais funda de cidadania é a de que todos os homens são iguais perante a lei, sem discriminação de raça, credo ou cor. E ainda: a todos cabem o domínio sobre seu corpo e sua vida, o acesso a um salário condizente para promover a própria vida, o direito à educação, à saúde, à habitação, ao lazer. E mais: é direito de todos poder expressar-se livremente, militar em partidos políticos e sindicatos, fomentar movimentos sociais, lutar por seus valores. Enfim, o direito de ter uma vida digna de ser homem. (MANZINI-COVRE, 2006, p. 9).

No processo de formação dos direitos, os movimentos sociais tiveram papel importantíssimo. No início, estes movimentos, basicamente, de origem sindical e operária lutavam contra os efeitos da industrialização sobre as condições socioeconômicas da população, baseados na noção ampliada de cidadania.

Com o decorrer do tempo a luta dos movimentos sociais deixou de ser apenas pontual, fundamentada nas condições de vida e de trabalho da classe trabalhadora, e passou a exigir ações coletivas que garantisse os direitos dos excluídos em geral.

O entendimento da necessidade de ampliação da luta de uma categoria, no caso dos trabalhadores urbanos industriais, para a luta de toda a sociedade parte da aceitação de que os problemas que afetavam a classe trabalhadora como o desemprego e suas consequências sociais, por exemplo, atingiam toda a sociedade tornando-se um problema social e, portanto, que necessitava ser enfrentado coletivamente de tal forma que a resolução dos problemas sociais tinha que ser institucionalizada sob pena de enfraquecimento do sistema capitalista, da

ordem política liberal, da consolidação e desenvolvimento dos direitos humanos e, sobretudo, da própria estrutura social.

O reconhecimento dos problemas da classe operária ou do modelo industrial de trabalho como problema social fomentou a criação de mecanismos de proteção social, de forma legal e assistencial, que passaram a regular as condições de vida e de trabalho visando diminuir o sofrimento causado pela condição de pobreza pela qual passava a população urbana industrial. Desta forma, foi necessário o desenvolvimento de formas equitativas de integração e coesão social, ao mesmo tempo em que a renovação dos instrumentos de reprodução da força de trabalho era vitais para a manutenção e expansão da produção capitalista.

Assim, os movimentos sociais que emergiam durante o Século XIX, indignados com as precárias condições de sobrevivência a que estavam submetidos, que expressavam a contradição entre uma comunidade igual abstrata e uma condição real de exclusão, foram fundamentais para a consolidação da cidadania por meio das lutas que levaram ao desenvolvimento do sistemas de proteção social (FLEURY e OUVÉNEY, 2008, p. 29).

O avanço dos direitos, especialmente da condição de igualdade, enquanto inerente à vida coletiva moderna só foi possível por conta dos movimentos sociais iniciados no Século XIX, que geraram novos tipos de solidariedade por meio da alta mobilização social.

Ao mesmo tempo, o próprio modelo de governança e de Estado se modificou no intuito de garantir o estatuto da cidadania de forma institucionalizada por meio de mecanismos jurídicos que assegurassem a proteção social nacionalmente.

A provisão de benefícios sociais, a elaboração e funcionamento do sistema eleitoral e, a criação e ampliação de instituições judiciais foram, marcadamente, possíveis pelo desenvolvimento dos direitos civis, políticos e sociais. “A proteção social se institucionalizou pelo desenvolvimento de amplos sistemas de provisão de bens e serviços de saúde, educação e assistência, visando a ampliar o bem-estar da população” (FLEURY e OUVÉNEY, 2008, p. 29).

Portanto, a construção dos sistemas de saúde e sua substituição ao longo do tempo acompanham as mudanças sofridas pela sociedade em geral. Mudanças estas que tendem a implantar políticas sociais como extensão dos direitos sociais irrestritos dos cidadãos. Desta forma, a igualdade efetiva-se, realmente, como princípio para o exercício da cidadania.

No Brasil, este processo não foi diferente. As demandas sociais exigiam que os direitos fossem oficializados e tomados como pressupostos para a elaboração de políticas públicas. Assim, as concepções sobre saúde e sobre direitos que nortearam a implementação dos sistemas de saúde foram elaboradas e consolidadas à custa da luta dos movimentos sociais em busca de suprir as demandas sociais, especificamente, de saúde por parte da população e do processo de universalização dos direitos.

No caso brasileiro, desde o início da Década de 70⁴⁵ acentuaram-se algumas tendências relativas à organização do sistema de saúde:

- a) extensão da cobertura previdenciária, de forma a abranger a quase totalidade da população urbana e ainda parte da população rural;
- b) reorientação da política nacional de saúde para uma prática médica curativo-individual, especializada e sofisticada, em detrimento de medidas de saúde pública, de caráter preventivo e interesse coletivo;
- c) desenvolvimento de um padrão de organização da prática médica orientando em termos da lucratividade, propiciando a mercantilização e empresariamento da medicina através da alocação preferencial dos recursos previdenciários para compra de serviços aos prestadores privados;
- d) viabilização de um complexo médico-industrial com a crescente expansão da base tecnológica da rede de serviços e do consumo de medicamentos (TEIXEIRA, 2006, p. 27).

Embora estas demandas e tendências se apresentassem desde a Década de 1970, vale salientar que este período foi marcado pela forte repressão por parte do governo ditatorial militar (1964-1985), que seguia uma política econômica baseada na industrialização e no forte investimento do capital estrangeiro a partir do grande endividamento externo.

Desta forma, o processo de Redemocratização do país, marcado por um longo período de exclusão de acesso dos direitos humanos devido ao governo ditatorial militar, constituiu-se num processo de participação política sempre ativo, porém, muitas vezes clandestino e fortemente combatidos pelas forças repressivas do Estado. Contudo, esta participação já se articulava em torno do estabelecimento de um processo democrático que estabelecesse a garantia da saúde como um direito.

Em 1988 foi promulgada a Constituição Federal, que em seu Capítulo VIII, intitulado da *Ordem Social* previa a criação do SUS. Vejamos o que diz o artigo 198 da CF:

⁴⁵ A autora refere-se a Década de 1970.

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I. Descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II. Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III. Participação da comunidade

Parágrafo único - o sistema único de saúde será financiado, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.

Para Polignano (2001, p 22):

O texto constitucional demonstra claramente que a concepção do SUS estava baseado na formulação de um modelo de saúde voltado para as necessidades da população, procurando resgatar o compromisso do estado para com o bem-estar social, especialmente no que refere a saúde coletiva, consolidando-o como um dos direitos da CIDADANIA. Esta visão refletia o momento político porque passava a sociedade brasileira, recém saída de uma ditadura militar onde a cidadania nunca foi um princípio de governo. Embalada pelo movimento das diretas já, a sociedade procurava garantir na nova constituição os direitos e os valores da democracia e da cidadania.

Nesta perspectiva, diferencia-se os conceitos de Políticas Públicas e Planejamento Estatal. Podemos compreender que o planejamento estatal se refere ao planejamento elaborado pelo Estado a fim de implementar ações com objetivos previamente estipulados sem a participação de outros setores da sociedade em sua elaboração e, sobretudo, fiscalização. O planejamento estatal nem sempre visa suprir uma demanda social da população. Notadamente, o planejamento estatal segue diretrizes políticas vinculadas a um projeto de governo específico (AUGUSTO, 1989).

Já por Política Pública podemos entender as ações públicas fundamentadas na intencionalidade pública e elaboradas como resposta a um problema público, considerado como coletivamente relevante (SECCHI, 2010).

Além da intencionalidade da política, outros elementos são fundamentais para diferenciarmos uma política pública de um planejamento estatal. Assim, os sujeitos envolvidos em sua elaboração, o objetivo a ser alcançado, a existência de meios para sua fiscalização e a quantidade de pessoas atendidas fazem toda a diferença.

Podemos dizer que os planos implementados pelo governo, especialmente nas Décadas de 1950 e 1960, seguiam uma determinação desenvolvimentista em que o

desenvolvimento econômico era o ponto mais importante da ação estatal, não importando, necessariamente, o atendimento das demandas sociais, apesar do termo política social já aparecer em alguns desses planos, especialmente depois da Década de 1970.

Durante o governo militar se constituem enquanto planejamento estatal, como exemplo o Saúde, Alimentação, Transporte e Energia (SALTE) e o Movimento Brasileiro de Alfabetização (MOBRAL), o Programa de Ação Econômica do Governo (PAEG), O Plano Decenal de Desenvolvimento Econômico e Social, o Programa Estratégico de Desenvolvimento (PED), o I, II e III Plano Nacional de Desenvolvimento (PND). “(...), as indicações feitas possuem caráter genérico, inexistindo qualquer diagnóstico da situação e não havendo especificações dos instrumentos a serem utilizados para a efetivação dos objetivos propostos” (AUGUSTO, 1989, p. 111)

A adoção de políticas keynesianas, centradas na ideia de pleno emprego, faria com que esses estados nacionais passassem a ampliar o volume de suas intervenções e seu caráter regulador, tanto nos aspectos econômicos, como por exemplo, na produção de bens e serviços, quanto nos aspectos sociais da vida coletiva, como por exemplo, a institucionalização de sistemas de proteção social (DI GIOVANNI, 2008, s.p.)⁴⁶.

O poder de negociação e pressão política exercido pelos diversos sujeitos sociais direciona as ações estatais que se materializam em políticas públicas. Cabe salientar que o Estado nem sempre representa os interesses públicos, haja vista que o sistema político brasileiro ser marcado pelo atraso e pela modernização das instituições políticas, bem como pelos interesses de grupos políticos específicos (MARTINS, 1999).

O período de Redemocratização foi exatamente marcado pela força reivindicatória dos movimentos sociais e pela instauração dos direitos humanos enquanto fundamento de elaboração de novas leis que regeriam o novo modelo de governo no Brasil, o governo democrático.

Ainda que se apresentem como espaço neutro, as intervenções do Estado são, portanto, formas de reatualização ou de manifestação do padrão de domínio existente na sociedade. Embora financiadas com recursos extraídos da totalidade do público, o “interesse geral” que proclamam traduz-se como intermediação estatal dos interesses particulares (AUGUSTO, 1989, p. 108).

⁴⁶ Disponível em: <<http://geradigiovanni.blogspot.com.br/2008/08/politicas-pblicas-e-politica-social.html>>

Esta tendência de negociação e articulação, típica do Estados democráticos, em que as diversas forças de poder travam embates por posições e posicionamentos dentro da esfera política se estabeleceram no Brasil mesmo após a promulgação da Constituição Federal de 1988 e das leis complementares que materializaram os direitos universais preconizados na Constituição. Portanto, a capacidade de articulação dos diversos grupos sociais permanece como elemento essencial da participação política. “Isso implica, no caso das políticas públicas, entendê-las como resultantes de um processo histórico, no interior do qual constituiu-se uma forma específica de exercício do poder político nas sociedades democráticas contemporâneas” (DI GIOVANNI, 2008, s.p.)⁴⁷.

Sujeitos que não se articulam, que não se reúnem em torno de seus ideais acabam por não exercer sua cidadania e, conseqüentemente terminam por enfraquecer os princípios gerais que fundamentam os direitos.

Este argumento pode ser visualizado a partir da análise da situação atual por quem passa o Brasil, governado após um Golpe de Estado, em que medidas governamentais contrárias aos direitos humanos fundamentais preconizados na Constituição Federal têm sido diariamente tomadas.

O ataque atual do governo aos direitos adquiridos por meio da luta dos movimentos sociais ao longo dos últimas três Décadas, especificamente ao que se refere aos direitos constitucionais vigentes, só é possível devido ao enfraquecimento da sociedade civil, dos sindicatos e, sobretudo, pelo sentimento de divisão entre os próprios brasileiros, que muitas vezes desconhecem a gravidade ou extensão das mudanças constitucionais e de seus efeitos a curto e a longo prazo.

Desta forma, indicamos a necessidade de aplicação do que chamamos de *Cidadanização do SUS*, já que a compreensão sobre o que é e como se efetiva a cidadania não é de domínio dos sujeitos sociais no Brasil. Assim, torna-se necessário reforçar o caráter participativo dos sujeitos para que sua cidadania se efetive, pois cidadania tornou-se um conceito distante da realidade prática dos sujeitos.

Ao afirmar que a cidadania não pode ser reduzida à dimensão “gnosiológica” do simples conhecimento de direitos e deveres, não estamos descartando essa dimensão do conceito de cidadania, estamos simplesmente afirmando sua insuficiência. Se é verdade que o cidadão não se restringe àquele que

⁴⁷ Disponível em: <<http://geradigiovanni.blogspot.com.br/2008/08/politicas-pblicas-e-politica-social.html>>

conhece seus direitos e deveres, também o é afirmar que o conhecimento é fundamental a qualquer cidadão. Na perspectiva em que pretendemos afirmar o conceito de cidadania, podemos dizer que nem todo o indivíduo que conhece é cidadão, muito embora todo cidadão deva ser conhecedor de seus direitos e deveres (MARTINS, 2000, p8).

O SUS é essencialmente político, fundamentado em princípios políticos (Universalidade, Integralidade e Equidade) e, portanto, necessita ser exercitado como direito político para funcionar adequadamente.

O distanciamento de seus princípios, tanto teórico quanto prático, faz com que os sujeitos sociais não obtenham adequadamente seus direitos, haja vista que situando o SUS como Direito Social, este perde seu caráter de construção histórica decorrente do processo de luta dos sujeitos para satisfazer suas demandas concretas para a manutenção da vida biopsicossocial.

O entrave se dá no entendimento de que os Direitos Sociais são realmente direitos. Isso ocorre devido as várias correntes de orientação liberal e por meio da mercantilização da saúde, assim como demais componentes dos Direitos Sociais como Educação, Habitação, Trabalho, Lazer, Segurança, entre outros.

Estes componentes ficam à mercê do ordenamento político-ideológico do Estado. Assim, são objeto ou não de políticas sociais. Quando estes componentes são objeto de políticas sociais que já estão anteriormente iniciadas por governos passados, os governos atuais, seguem uma prática tradicional já arraigada no sistema político brasileiro de descontinuidade das políticas sociais anteriores.

Desta forma, as políticas sociais no Brasil adquirem uma característica de ato ou benesse do gestor, uma espécie de projeto individual do gestor seja ele municipal, estadual ou federal, sujeitas, muitas vezes, segundo Martins (2000, p. 6) “a histórica barganha que macula a imagem da política nacional”.

A cidadania concedida está na gênese da construção de nossa cidadania. Isso significa que os primeiros direitos civis necessários à liberdade individual – de ir e vir, de justiça, direito à propriedade, direito ao trabalho – foram outorgados ao homem livre, durante e depois da ordem escravocrata, mediante a concessão dos senhores de terras. Essa dependência da população livre do Brasil escravocrata para com os senhores de terras é que dava aos observadores argutos aquela impressão de que o Brasil não tinha povo. (SALES, 1994, p. 31).

Por outro lado, ao se distanciar do caráter participativo da cidadania, o cidadão passa a ser mero instrumento do Estado. Estado este, muitas vezes, guiado por interesses particulares oriundos das nuances de mercado. Desta forma, “ver o cidadão como simples consumidor dos serviços oferecidos pelo Estado é reduzir toda a riqueza das facetas humanas à sua simples dimensão econômica do consumo” (MARTINS, 2000, p. 7)

No processo de construção da cidadania no Brasil sobressaem-se características da cultura política em que as motivações particulares guiadas por interesses ideológicos e econômicos torna o cidadão incapaz de guiar-se por critérios de interesse geral ou impessoal.

Quando se questiona a participação e responsabilização do Estado em manter as políticas sociais, que grosso modo são apenas estratégias ou maneiras de fazer a concretização dos Direitos já estabelecidos pela constituição, enfraquece-se os princípios dos Direitos e, assim, acabam por não os consolidar como prática cotidiana do viver em sociedade. Sendo assim, a cidadania se torna ameaçada e ocorre a Cidadania Restrita.

Os conceitos de Cidadania Restrita e Cidadania Concedida se assentam na construção do sistema político brasileiro e, especialmente, na formação da cidadania em que o Estado e as elites intelectuais e políticas construíram os mecanismos de acesso à cidadania, ditando, por meio de leis e instituições, que direitos estão à disposição dos cidadãos e que classes sociais podem acessá-los.

Ao passo que a incorporação e o reconhecimento do SUS como direito político preserva seu caráter inalienável e não mercadológico, pois não se comercializa o voto, por exemplo, ou não se deve comercializar. Em outras palavras, há mais garantias legais e institucionais de proteção dos Direitos Políticos do que dos Direitos Sociais, haja vista que a universalização do direito foi conquistada por um processo histórico de inserção da igualdade e da liberdade como princípios constituidores do ser humano, como elementos fundamentais para a existência humana em sociedade.

Enquanto que os Direitos Sociais parecem terem sido construído para suprir uma necessidade de uma parcela, por mais que seja majoritária, da sociedade que não consegue suprir estas necessidades sozinha, ou seja, as políticas sociais que são estratégias para a aplicação dos Direitos Sociais funcionam, no Brasil, como um elemento de equidade para os pobres, um mecanismo de diminuição da distância socioeconômica, que tem fundamentos histórico, portanto, são construídas e mantidas pela ação dos sujeitos que seguem uma orientação político-ideológica fundamentada na desigualdade entre os sujeitos.

Em outra perspectiva, a cidadania só se efetiva por meio da participação política dos sujeitos, por seu envolvimento direto no fazer social. E esse fazer social é cotidiano,

constante e requer esforços mútuos em torno de ações coordenadas e planejadas de modo a se tornarem permanentes.

Desta forma, o SUS se firma como um direito não passível das decisões políticas deste ou daquele governo e sim, enquanto políticas permanentes de efetivação da cidadania. Para tal é preciso que a cidadania seja exercida, que os cidadãos sejam *cidadanizados*.

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um processo social em construção permanente, sendo fundamental a contínua discussão sobre seus modelo de atenção, os paradigmas explicativos do processo saúde-doença que o embasam e o papel de diferentes profissionais que nele atuam (AERTS; ABEGG; CESA, 2004, p. 132).

Esta discussão de fundamentação do SUS, de manutenção, avaliação e aprimoramento das políticas e práticas de saúde prescinde da participação de todos os sujeitos que compõem o sistema de saúde (usuários, profissionais e gestores). Só assim o sistema se efetiva de acordo de seus princípios.

O papel dos usuários, de saúde em relação cotidiana que estabelecem com a rede de serviços e com os profissionais que nela atuam, longe de significar a mera busca de assistência inscreve-se numa prática pluridimensional, dentre as quais se pode destacar a dimensão política (BOSI e AFFONSO, 1994, p. 447).

A dimensão política do SUS é primordial para sua existência, haja vista que o mesmo está fundamentado em princípios políticos. A saúde é o meio para a efetivação dos direitos, mas não o fim. Assim, a finalidade do SUS é tornar-se um importante mecanismo de equidade entre os cidadãos, diminuindo as desigualdades entre os mesmos por meio da viabilidade do acesso aos serviços de saúde, da mesma forma que a educação, a habitação, a segurança, ou seja, dos demais Direitos Sociais. Assim, os Direitos Sociais são o meio e não o fim da cidadania.

Enquanto a saúde for vista como meio e não como fim está sujeita as inconstâncias das orientações político-ideológicas dos gestores públicos. Quando a saúde se enquadrar como fim do Estado na promoção do bem comum e da igualdade entre os cidadãos, a mesma passa a orientar as ações do Estado na sua consecução.

Portanto, atender à satisfação das necessidades da população em termos de saúde não consolida, *per si*, o sistema de saúde como direito e, portanto, o estabelece como uma luta coletiva, de todos os cidadãos, ao passo que os clientes de plano de saúde não se sentem motivados ao envolvimento das questões relativas aos SUS, pois não se utilizam deste serviço, por exemplo.

A compreensão do SUS, apenas como serviço e não como direito universal, como meio para o alcance da saúde ou como meio para solucionar o problema da doença acaba por não o consolidar como fim, como direito, fazendo com quem participe dele, de sua formulação, avaliação e gestão sejam, apenas, os envolvidos diretamente nele, ou melhor, aqueles que trabalham ou são objetos da assistência do mesmo.

O Sistema Único de Saúde tem como meta tornar-se um importante mecanismo de promoção da equidade no atendimento das necessidades de saúde da população, ofertando serviços com qualidade adequados às necessidades, independente do poder aquisitivo do cidadão. O SUS se propõe a promover a saúde, priorizando as ações preventivas, democratizando as informações relevantes para que a população conheça seus direitos e os riscos à sua saúde. O controle da ocorrência de doenças, seu aumento e propagação (Vigilância Epidemiológica) são algumas das responsabilidades de atenção do SUS, assim como o controle da qualidade de remédios, de exames, de alimentos, higiene e adequação de instalações que atendem ao público, onde atua a Vigilância Sanitária (SESPA, 2012, p. s.p.).

Observem que as ações de saúde de responsabilidade do SUS, determinadas no trecho anterior da Secretaria de Saúde do Estado do Pará se refere aos meios para a efetivação da saúde, mas a finalidade é a promoção da equidade entre os cidadãos. Equidade é um conceito essencialmente político. Portanto, o SUS é político porque seus fundamentos são políticos e, desta maneira, a sua finalidade se torna política. Contudo, o meio para alcançar este direito é através da saúde.

Destarte, quando o caráter universal do SUS, um de seus princípios, fica ameaçado por políticas de governo como as implementadas pelo Governo Temer, por exemplo, ou governos anteriores, ou quando a saúde é mercantilizada, o fundamento de existência e manutenção do direito se enfraquece e se perde. O sentido de existência deste direito se dilui e a população, ou melhor, os cidadãos deixam de ser cidadãos, pois já não há no que fundamentar sua cidadania. É exatamente neste ponto que é preciso acirrar o processo de *cidadanização*, antes

que seja tarde e que os direitos se percam, deixem de fazer sentido para a coletividade, pois se especializaram para alguns segmentos da população.

Isto é o que ocorre no Brasil com os setores públicos destinados a efetivação dos Direitos Sociais, especialmente com relação a Saúde e a Educação, duramente sabotadas pelos governos através de políticas sociais mal planejadas, mal executadas, mal fiscalizadas, ineficientes e incompletas. Políticas estas que, na maioria das vezes, são elaboradas e implementadas por políticos comissionados, como os ministros de Estado, secretários de estado, que por indicação política e sem conhecimento técnico, muitas das vezes, ocupam cargos estratégicos na consubstancialização dos direitos humanos, contribuindo para que ocorra o efeito inverso do que a finalidade dos Direitos enseja e, assim, tornam-se políticas de governo e não políticas de Estado. Enquanto políticas de governo podem ser substituídas facilmente ao passo que os gestores são substituídos por ocasião do término do cumprimento do mandato governamentais (executivo e legislativo).

Esta perspectiva ativa e crítica que afirmamos é capaz de impulsionar os indivíduos a um novo papel social, marcado pelo conhecimento do mundo e pela ação nele, objetivando conquistar direitos e impor novos deveres aos aparelhos estatais de forma a atender às necessidades da coletividade, e não de grupos minoritários em seu interior. (MARTINS, 2000, p. 9-10).

A esfera política formada, grosso modo, pelo Estado e pela sociedade civil é palco de luta e mecanismo de articulação onde as relações de poder institucionalizadas ou não se desenvolvem, afirmando e reafirmando posições e orientações político-ideológicas responsáveis por influenciar a construção e o direcionamento da realidade social.

A incorporação de atores ou grupos sociais informados por interesses específicos é ditada pelo arcabouço institucional. Ao longo de processos de negociação, atores participantes da arena política tendem a optar por formatos de políticas que contemplem seus interesses ou, minimamente, criem ou mantenham abertas janelas de oportunidade para ganhos futuros (IMMERGUT, 1991, 1998 apud GERSCHMAN e SANTOS, 2006, p. 178-179).

Por isso que a participação política dos agentes subnacionais é tão importante para a gestão e operacionalização do SUS. Sem a participação política os interesses coletivos são

substituídos por interesses particulares, individuais ou de grupos políticos, que enfraquecem os direitos constitucionais, baseados no princípio da prática para sua existência.

Em outras palavras, o que garante a existência de um direito é a prática política dos sujeitos destes direitos, especialmente por meio da participação política nas instâncias decisórias. Só a existência formal, oficializadas nas leis, sobretudo a constitucional, não é garantia de efetivação do direito.

4.1 Políticas sociais e políticas de saúde: conceitos e percursos

Didaticamente podemos diferenciar as Políticas Públicas das Políticas Sociais por seu caráter específico. Grosso modo, podemos entender por Políticas Públicas as ações governamentais que tem por objetivo suprir uma demanda coletiva. As Políticas Sociais são políticas públicas específicas da área social, como a Saúde, a Educação, a Segurança, a Habitação, o Transporte, entre outros. São específicas da área social, pois o governo implementa políticas públicas em outras áreas a exemplo das políticas agrárias, as políticas de desenvolvimento, etc. Assim:

Bucci (2002, p. 241) explica que políticas públicas são formas de planejamento governamental visando coordenar os meios e recursos à disposição do Estado, e também do setor privado e suas atividades para a realização de objetivos e ações “socialmente relevantes e politicamente determinados” (BUCCI, 2001 apud KAUCHAKJE, 2008, p. 71).

Assim, as ações governamentais parecem servir, exclusivamente, para a resolução das questões sociais, ou melhor, para suprir as demandas sociais geradas pelos processos de desigualdade.

Nesta perspectiva o caráter econômico ou baseado no desenvolvimento econômico se dilui e parece não ser um elemento das políticas e das ações do Estado, nem tampouco parecem surgir de situações concretas e da luta de determinados setores da sociedade civil em torno da garantia e acesso a seus direitos. Desta forma, indica que os direitos sociais, e as políticas sociais são benesses do gestor, do Estado e não fruto das necessidades humanas concretas.

Uma questão importante merece destaque. A percepção empírica, que distingue analiticamente consequências e custos “econômicos” e “sociais” da intervenção estatal, é possível e é recorrente. É ela quem sustenta a aparente neutralidade técnica que recobre as decisões de política econômica e lhes dá preeminência, à medida que enfatizam expectativas de uma espécie de “curso natural das coisas” em que o sucesso de ações de caráter econômico aparece como garantia prévia de alterações positivas na dimensão social (AUGUSTO, 1989, p. 109).

Este trabalho parte da perspectiva que uma política social objetiva, ainda que em sua definição, essencialmente, por meio de ações permanentes ou temporárias, garantir a reprodução e o desenvolvimento dos sistemas de proteção social. Contudo, as políticas sociais estão sujeitas as mesmas forças políticas de pressão e articulação que os demais setores da sociedade. Portanto, nem sempre cumprem a função a qual se propõem ou se fundamentam.

Em países onde a igualdade social e a igualdade civil se aproximam, em que o sistema de justiça apresenta baixa contradição e conflito, em que as leis são tomadas como bens públicos por parte de seus cidadãos, em que os Índices de Desenvolvimento Humanos são altos, como o caso da Noruega, Austrália e Suíça, por exemplo, os três primeiros colocados no IDH da ONU (PNUD, 2014), as políticas sociais atingem os objetivos previamente estabelecidos.

Ativando determinadas áreas de produção ou representando a garantia de um salário indireto para os trabalhadores, as políticas sociais podem corresponder a interesses econômicos no capital, imediatos e de longo prazos. Ainda que de forma subordinada, podem também traduzir a efetiva incorporação de interesses mais imediatos das posições e lugares subalternos (sobretudo aqueles que se expressam na busca de elevação de renda), refletindo assim o sucesso dos esforços e lutas dos segmentos sociais dominados. *Grande destaque deve ser dado ao reconhecimento de direitos desses segmentos e à criação de canais de reivindicação e participação popular*⁴⁸ (AUGUSTO, 1989, p. 110).

Desta forma, há uma distinção entre teoria e prática, ou melhor, entre a análise analítica e empírica da formulação e implementação das políticas sociais. A ação estatal aparece revestida de um caráter técnico e neutro como se as políticas sociais fossem resultante, exclusivamente, de demandas sociais, sem que os interesses de grupos políticos intermediassem ou interferissem neste contexto.

⁴⁸ Grifo do autor.

Fundamentalmente, as políticas sociais têm como ponto de partida o reconhecimento de valores humanos universais e que precisam ser promovidos e preservados por meio de ações intervencionistas que sejam capazes de distribuir mais equitativamente os recursos e as oportunidades junto a população em geral, tornando-a cidadã.

Neste processo de efetivação da cidadania a responsabilidade do Estado e da sociedade é enfatizada o impulso para a construção e manutenção de condições que proporcionem o bem-estar e a proteção social dos cidadãos, de forma democrática e participativa.

As políticas sociais abrangem todos os campos da vida sociopolítica coletiva. Contudo, na área de saúde estas políticas são mais visíveis, haja vista que o bem-estar, como preconizado na Constituição Federal de 1988, baseia-se na Assistência Social; na Previdência Social e; na Saúde. Mas não são só nestas áreas que as políticas sociais atuam, também na área de Educação, Habitação, entre outros.

Cada área envolvida desenvolve sua política social de acordo com suas especificidades e necessidades, formando um complexo arranjo que constitui o sistema de proteção social, que age e modifica a realidade social em questão. Contudo, “cada uma dessas ‘políticas’ parece dizer respeito a um ‘pedaço’ da amplitude hoje abrangida pelo Estado brasileiro, com pouca ou quase nenhuma articulação recíproca” (AUGUSTO, 1989, p. 109).

A elaboração de uma política social, especificamente, de uma política de saúde envolve dois aspectos importantes. Primeiro, o aspecto multidisciplinar econômico, político, cultural, ideológico, social, regional, etc.

Em segundo, os envolvidos no processo de elaboração e de vivência desta política, ou seja, quem elabora e quem recebe os benefícios desta política. Como elemento de proteção social, as políticas sociais se colocam no meio das relações institucionais e sociais entre sujeitos e gestores, por exemplo, entre profissionais e usuários do sistema de saúde, entre o governo e as instituições privadas que prestam serviço e atendimento ao sistema de saúde. Para cada um desses grupos envolvidos, a política de saúde precisa traçar estratégias de inclusão e de satisfação das demandas geradoras da política em questão.

A análise dos determinantes da intervenção do Estado através das políticas sociais leva em consideração, inicialmente, duas ordens de fatores: primeiro, que a política social é a resultante possível e necessária das relações que historicamente se estabelecem no desenvolvimento das contradições entre capital e trabalho, e, ao mesmo tempo é fator determinante no curso posterior da relação entre as forças sociais fundamentais; segundo, que para o campo das políticas sociais confluem interesses de natureza diversa e mesmo contraditórios, advindos da presença dos atores na cena política, de

sorte que a problemática da emergência da intervenção estatal sobre as questões sociais encontra-se quase sempre multideterminada (TEIXEIRA, 2006, p. 21).

A construção e consolidação dos direitos sociais acarretou a criação de instituições sociais que efetivassem esses direitos. Não só instituições, mas estratégias de ação ou mesmo políticas sociais que garantam a reprodução dos indivíduos e da coletividade como um todo, pois o objetivo maior das políticas sociais é garantir a melhoria das condições de vida das pessoas, mais especificamente as políticas de saúde visam melhorar as condições sanitárias de uma população.

Contudo, assim como as demais políticas sociais, as políticas de saúde estão sujeitas a condicionantes múltiplos e, por vezes, contraditórios de acordo com os interesses envolvidos no processo de efetivação destas políticas e/ou estratégias e, desta maneira, a implementação destas políticas fica sujeita a novos rumos ou formatos diversos daqueles inicialmente idealizados.

Ao considerar a política de saúde como uma política social, uma das consequências imediatas é assumir que a saúde é um dos direitos inerentes à condição de cidadania, pois a plena participação dos indivíduos na sociedade política se realiza a partir de sua inserção como cidadãos. Isso porque as políticas sociais se estruturam em diferentes formatos ou modalidades de políticas e instituições que assegura o acesso a um conjunto de benefícios para aqueles que são considerados legítimos usuários dos sistemas de proteção social. Vamos ver que, dependendo da modalidade de proteção social que venha a ser adotada por um país, são diferentes as condições políticas implicadas, e, em alguns casos, o acesso à saúde pode ser uma medida de caridade, um benefício adquirido mediante pagamento prévio, ou o usufruto de um direito de cidadania (FLEURY e OUVÉNEY, 2008, p. 23).

Nesta perspectiva, entendemos que as políticas sociais são elaboradas e implementadas de acordo com dois princípios básicos. Primeiro, assegurar um direito social aos cidadãos através de estratégias coletivas que visem reduzir a vulnerabilidade e o risco social dos cidadãos e, segundo fortalecer o sistema de proteção social.

Este aspecto mais ideológico e abrangente das políticas sociais como pertencentes ao sistema de proteção social é o aspecto idealizado e buscado juntamente com o ideal de cidadania. E é justamente este caráter essencialmente idealizado que se torna um entrave para

o entendimento a respeito da natureza das políticas sociais e, revela o hiato entre concepção e implementação das políticas sociais.

Contudo, esse não é o entendimento do poder público a respeito das políticas sociais. Simplesmente as políticas sociais visam suprir demandas sociais e nem sempre suprir demandas sociais como moradia, por exemplo, é mais importante ou prioritário do que a realização de obras que beneficiem apenas um segmento da sociedade ou não sejam representativas das demandas sociais.

O que está em jogo é que as políticas públicas são influenciadas pelas necessidades materiais da população, mas também são influenciadas pelos grupos de interesse que conseguem se articular de forma mais prevalente.

Entretanto, as políticas públicas muitas vezes são concebidas sem considerar hierarquias ou protocolos legais, dependendo mais de negociações, flexibilidades e arranjos *ad hoc*, que incluem grupos de interesse (Lascoumes e Le Galès, 2003). Arranjos institucionais, nesta perspectiva, compreenderiam tanto definições formais de procedimentos de governo quanto negociações baseadas em dinâmicas menos protocolares (GERSCHMAN e SANTOS, 2006, p. 179).

Mais do que desconsiderar as relações institucionais e as relações de poder e negociação que se estabelecem entre os sujeitos, a formulação e implementação de políticas públicas no Brasil acontecem, em sua maioria, distante da noção de construção coletiva das mesmas. Deste modo, além de dependerem destas relações, a formulação de políticas públicas precisa reforçar o aspecto de construção histórica, em que é imprescindível a participação dos sujeitos de direitos nesta construção.

Exatamente pelo estabelecimento desta distância entre os interesses e orientação política-ideológica dos que formulam as políticas e dos que são beneficiários destas políticas que a não compreensão sobre elas se consolida, fazendo com que sua importância coletiva seja diluída e os interesses particulares dos sujeitos ou de grupos sociais se tornem prevalentes sobre a própria política.

Políticas são um conjunto de ideias que dão sustentação para as ações. As políticas públicas podem assegurar um meio ambiente saudável, ofertando serviços que conduzam à equidade e tornando mais acessíveis as escolhas saudáveis (DICKSON e ABEGG, 2000 apud AERTS; ABEGG; CESA, 2004, p. 133).

As possibilidades que as políticas públicas podem gerar em termos de melhoria na qualidade de vida dos cidadãos em geral é infinita. Assim como sua potencialidade para configurar e consolidar direitos fundamentalmente elaborados.

É por meio de políticas públicas, especialmente de políticas sociais que os direitos saem da esfera da idealização e se fixam na esfera da vida material. Esse movimento do mundo ideal para o mundo real permite materializar, também o conceito de equidade, em que estratégias são executadas visando diminuir a desigualdade social e, evidentemente, de acesso e efetividade de direitos por parte dos sujeitos.

Por isso, a importância de compreensão, por parte dos sujeitos de direitos, de como ocorre seu processo de elaboração e, sobretudo, a participação destes sujeitos neste processo. Com relação aos profissionais de saúde pesquisados e na defesa do caráter essencialmente político do SUS e, conseqüentemente participativo passamos a elaboração de quadros do DSC que expressam a representação destes profissionais a respeito de seu entendimento sobre o que são políticas públicas, bem como a dados referentes a participação dos mesmos na sua formulação.

CATEGORIA 2: O que *você entende por política pública?*

Para os profissionais de Nível Superior, o DSC indica que:

Quadro 1. DSC

Ideia central
Bem da população
Expressão Chave
Promoção de saúde; Qualidade de vida
Discurso do sujeito coletivo
Programas e ações voltadas para promover saúde e qualidade de vida da população. Diretrizes, propostas e objetivos que são elaborados para o bem da população.

Fonte: GALVÃO, 2017.

Para os profissionais de Nível Técnico, o DSC indica que:

Quadro 2. DSC

Ideia central
Plano do Governo
Expressão Chave
Ações do Governo; Ações coletivas.
Discurso do sujeito coletivo
São ações como também planos de ações do governo, em benefício da população carente. Também em forma prioritária de ação coletiva.

Fonte: GALVÃO, 2017.

Para os profissionais de Nível Básico construímos o seguinte quadro dentro do DSC.

Quadro 3. DSC

Ideia central
Ações governamentais
Expressão Chave
Decisões governamentais; Interesse Público.
Discurso do sujeito coletivo
Conjunto de decisões, planos metas e ações governamentais voltadas para a resolução de problemas de interesse público.

Fonte: GALVÃO, 2017.

As definições a respeito do entendimento sobre o que são políticas públicas e, consequentemente políticas sociais, por parte dos profissionais de Nível Superior (médicos, enfermeiros e odontólogos) se detém a representação de ações voltadas para a qualidade de vida e a promoção de saúde. Não aparecem nem a ação estatal, nem a noção de direitos. Já os profissionais de Nível Técnico e Nível Básico centram sua representação na noção de ações governamentais voltadas para o atendimento de demandas coletivas.

A representação dos profissionais de Nível Superior se fundam mais no aspecto empírico e resolutivo das políticas sociais, ou seja, fixam-se no alcance dos objetivos traçados, que foi apontado pelos profissionais pesquisados como a qualidade de vida e a promoção de saúde da população. Em contrapartida, a representação dos profissionais de Nível Técnico e Nível Básico revelam o aspecto mais teórico, mais dos fundamentos e definições do que é uma política pública.

Por um lado, esta representação mais pragmática a respeito das políticas públicas indica um distanciamento entre o entendimento do que são políticas públicas e uma prática cotidiana e participativa na elaboração ou fiscalização das políticas de saúde que envolvem diretamente os profissionais pesquisados.

Apenas 4% dos profissionais de saúde que participaram desta pesquisa responderam já ter participado ou acompanhado, por meio de audiências públicas, reuniões no Conselho Municipal de Saúde ou, audiência na Câmara dos Vereadores, a elaboração de uma política pública, mesmo aquelas ligadas, diretamente, ao acesso das condições básicas para o desempenho de suas práticas de saúde cotidianas.

Pela ausência de interesse em formular políticas públicas coerentes ou mesmo de entender, em sua totalidade, o processo de mudança em curso nessa área, esse grupo pode ser denominado “pragmático”, com capacidade limitada, efetiva ou potencial, de desenvolver projetos políticos para a implementação de uma rede pública de serviços de saúde (QUEIROZ; CAMPOS; MERHY, 1992, p. 39).

Segundo a definição de Política Social proposta por Fleury e Ouverney (2008), podemos afirmar que o entendimento a respeito do que é Política Pública e do que é Política Social, por parte dos profissionais pesquisados, se confundem e se misturam. Ainda mais, que as Políticas Públicas são tomadas como significado de Políticas de Saúde.

E estas por sua vez são estratégias de incorporação da equidade enquanto mecanismo de ajuste social sem, necessariamente, passar pelo entendimento da saúde como direito e, sim como demanda.

Em sendo demanda, a saúde pode ser mercantilizada ou ter sua demanda suprida pelo setor privado que negocia valores e condições para o acesso a saúde. Em sendo direito, a saúde adquire um caráter inalienável.

Política Social – consiste em um termo empregado para se referir a todas as políticas que os governos desenvolvem voltadas para o bem-estar e a proteção social. Em uma concepção mais ampla, a política social abrange tanto os meios pelos quais se promove o bem-estar em cada sociedade quanto os determinantes do desenvolvimento social. Existem muitas formas de se definir política social, por exemplo, de acordo com os propósitos, setores, problemas, processos decisórios, relações de poder e funções. Cada uma delas apresenta vantagens e desvantagens específicas. Uma das definições mais utilizadas concebe a política social como conjunto de ações que objetivam a promoção da igualdade e do bem-estar, enfatizando, assim,

os valores que guiam tais ações. Este é um aspecto importante porque as políticas sociais são sempre orientadas por valores, embora, em muitos casos, não haja correspondência entre o resultado final e os objetivos da política (FLEURY e OUVÉRY, 2008, p. 37).

No Brasil, mais do que o aspecto intransferível do direito, a saúde também se reveste do aspecto universal. E foi neste contexto de adoção e incorporação da universalidade como princípio do direito promulgado por meio da Constituição Federal de 1988 que a necessidade da implementação de políticas sociais baseadas neste, então novo, aspecto do direito do Brasil se efetivou ou, pelo menos, foi visualizado.

Essa visualização da universalidade como princípio norteador dos direitos humanos no Brasil possibilitou sua oficialização, mas nem sempre garante seu exercício, a exemplo das inúmeras denúncias feitas pelos usuários do SUS a respeito da escassez de oferta ou dificuldade de acesso aos serviços de saúde. “O SUS, entretanto, se caracteriza por possuir uma oferta insuficiente de bens e serviços de saúde para a população, com indicadores inferiores aos recomendados pela Organização Mundial de Saúde na maior parte das regiões do país (FARIAS e MELAMED, 2003 *apud* NISHIJIMA; CYRILLO e BIASOTO JÚNIOR, 2010, p. 590).

Mas até chegar ao reconhecimento da universalidade como essencial aos direitos humanos, a promulgação da Constituição Cidadã e ao Sistema Único de Saúde alguns modelos de gestão da saúde foram implementados no país. Aliás, a saúde foi gerida a partir de concepções diferenciadas de direitos e do entendimento da amplitude desses direitos, até chegar ao modelo do SUS baseado no direito universal. A compreensão de que os modelos norteadores do processo de atenção em saúde mudam ao longo do tempo e em decorrência dos processos de construção da realidade social é importante para o estabelecimento de mecanismos de efetivação dos direitos. Assim, “em primeiro lugar, define-se modelo como a convergência de horizontes entre os diversos discursos socialmente legitimados acerca dos modos de operar as tecnologias de atenção à saúde de indivíduos e populações” (AYRES, 2009, p. 11).

Cabe salientar que, assim como as políticas públicas, os modelos ideológicos e operacionais em saúde são passíveis das relações de poder que se estabelecem entre os sujeitos sociais, bem como entre o contexto histórico e as contingências socioeconômicas que os envolvem. Assim, a realidade social é construída, especialmente a partir da escolha de um modelo de mundo desejável que orientará a construção do mundo material possível.

Este processo dinâmico de modificação da realidade social, de consolidação dos direitos e da criação de instituições e mecanismos de proteção social, aqui no Brasil, acompanhou as tendências ocidentais, especialmente os modelos de proteção social vivenciados na Europa a partir do Século XIX com o *Welfare State*, notadamente os três mais importantes são o Modelo de Assistência Social; o Modelo de Seguro Social e; o Modelo de Seguridade Social.

O Modelo da Assistência Social – muito mais que um direito este modelo baseou-se na necessidade individual em suprir as condições de existência. Implantados em sociedades marcadamente regidas por valores como o individualismo, a liberdade e a igualdade de condições para a satisfação das necessidades individuais, sem esquecer o caráter liberal do Estado, ou seja, em que as necessidades individuais devam ser satisfeitas a partir dos interesses e da capacidade individual para a aquisição de bens e serviços. Neste tipo de modelo o mercado deve ser auto regulável e o Estado atuar de forma mínima apenas quando necessário para garantir a autonomia do mercado.

Este tipo de modelo também pode ser chamado de Residual, em que fundos e doações são organizados visando suprir as lacunas deixadas pela não intervenção estatal na garantia dos direitos sociais.

Contudo, neste modelo as ações assistenciais são temporais, de natureza pontual e emergencial, que geram ações, por sua vez descontínua e não contribuem para a elaboração de políticas públicas que com o passar do tempo e de sua utilização se consolidem em direitos sociais.

Outra característica marcante deste tipo de modelo é que, já que os direitos não se efetivam universalmente, é necessário que o indivíduo ou grupo social que apresente tal carência apresente formas de comprovação desta carência e de sua incapacidade em supri-la. “O fato de receber um benefício, ainda que tendo um caráter mais permanente, não transforma o indivíduo em possuidor de um direito” (FLEURY e OUVÉNEY, 2008, p. 33). Sendo assim, os beneficiários das ações sociais são desqualificados enquanto cidadãos capazes de prover suas necessidades.

Desta forma, o benefício aparenta ter um caráter mais punitivo e preventivo do que assistencial. Fleury (1994) *apud* Fleury e Ouverney (2008, p. 33) denomina esse processo de Cidadania Invertida, já que o indivíduo deixa de ser sujeito de direito e passa a ser objeto da política a partir do seu reconhecido e oficializado fracasso social.

O Modelo de Seguro Social – a maior característica deste modelo é a assistência a determinadas categorias funcionais de trabalhadores formais que contribuem para o sistema

oficial de recolhimento, administração e repasse dos benefícios sociais. Seu principal exemplo é a Alemanha no período em que foi governada por Bismarck.

Este modelo baseou-se no mérito individual como condição para que os indivíduos recebam compensações proporcionais às contribuições feitas ao seguro, marcado por um forte elemento burocrático que legitima a diferença entre os grupos ocupacionais.

Este modelo evidencia uma relação entre a formalidade do mercado de trabalho e a relação de pobreza dos trabalhadores, bem como a contribuição obrigatória por parte de empregados e de empregadores ao seguro social.

E atingem, especialmente, os trabalhadores que já tendo contribuído para o seguro social encontram-se em situações em que sua capacidade produtiva foi reduzida ou extinta por acidente, idade ou enfermidade.

A organização altamente fragmentada das instituições sociais expressa a concepção dos benefícios como privilégios diferenciados das diferentes categorias de trabalhadores, na medida em que cada uma delas tem força política distinta para reivindicar melhorias no seu padrão de benefícios. O condicionamento dos direitos sociais pela inserção dos indivíduos no mercado de trabalho foi chamado por Wanderley Guilherme dos Santos (1979) de cidadania regulada, por referência à regulação exercida pela inserção de cada beneficiário na estrutura produtiva (FLEURY e OUVÉNEY, 2008, p. 34-35).⁴⁹

Este modelo se assemelha ao que foi implantado aqui no Brasil sobre a denominação de Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), substituído em 1974 pelo INAMPS. Neste caso concordamos com Teixeira (2006) quando afirma que:

A política social caracterizou-se então por ser, ao mesmo tempo, um sistema de exclusão política e social de certos grupos ocupacionais (camponeses, domésticas, autônomos); um sistema de privilégios diferenciados para os grupos mais poderosos (militares, servidores, frações da classe trabalhadora); um mecanismo institucional, administrativo e legal fragmentado, múltiplo e diversificado. Neste sentido, o sistema institucional

⁴⁹ Cidadania Regulada – Por cidadania regulada entendo o conceito de cidadania cujas raízes encontram-se não em um código de valores políticos, mas em um sistema de estratificação ocupacional, e que, ademais, tal sistema de estratificação ocupacional é definido por norma legal. Em outras palavras, são cidadãos todos aqueles membros da comunidade que se encontram localizados em qualquer uma das ocupações reconhecidas e definidas em lei. A extensão da cidadania se faz, pois, via regulamentação de novas profissões e/ou ocupações, em primeiro lugar, e mediante ampliação do escopo dos direitos associados a estas profissões, antes que por extensão dos valores inerentes ao conceito de membro da comunidade. A cidadania está embutida na profissão e os direitos do cidadão restringem-se aos direitos do lugar que ocupa no processo produtivo, tal como reconhecido por lei. (SANTOS, 1979, p. 68 *apud* FLEURY e OUVÉNEY, 2008, p. 35).

da seguridade social foi parte atuante de um modelo de corporativização da sociedade que preservou o predomínio de um Estado forte enquanto segmentava a classe trabalhadora em categorias funcionais, através de uma incorporação alienada que impedia sua percepção enquanto classe e sua transcendência em direção aos direitos universais de cidadania (TEIXEIRA, 2006, p. 26)⁵⁰

No Brasil, a adoção deste modelo atingiu seu auge no período da Ditadura Militar, em que a classe trabalhadora a partir de vários mecanismos ficou alijada de seus direitos políticos reivindicatórios.

O Modelo de Seguridade Social – Neste modelo as políticas sociais são transformadas em direitos sociais garantidos pelo Estado, que arca com administração e distribuição dos benefícios sociais de forma universal e igualitária. Este modelo também é conhecido como Institucional, pois gera um conjunto de instituições e políticas públicas capazes de assegurar, de forma integral, a execução destas políticas.

Neste caso, a condição para ser beneficiado pelo modelo é a própria necessidade do indivíduo, que de forma universal e igualitária tem acesso as ações sociais transformadas em direitos.

Sua inspiração é o Plano Beveridge, que foi implantado na Inglaterra em 1942, estabelecendo um modelo de ordem social baseado no reconhecimento da cidadania, da igualdade e da responsabilidade do Estado em suprir as necessidades de seus cidadãos.

Podemos afirmar que este modelo é o que mais garante a efetivação dos direitos sociais e o exercício da cidadania. Este modelo é o modelo inspirador para a Constituição Federal de 1988 e para a criação do SUS, em 1990, haja vista que ao passo que “é estabelecido um mecanismo de redistribuição por intermédio das políticas públicas sociais, que têm como objetivo corrigir as desigualdades geradas no mercado” (FLEURY e OUVREY, 2008, p. 35).

Esse modelo deu origem a descentralização e municipalização da saúde, a formação dos Conselhos de Saúde, que permitem uma maior participação dos cidadãos nas decisões sobre saúde implementadas pelo Estado, a cogestão governo/sociedade, gestão tripartite, entre outras inovações no sistema de saúde.

A importância da compreensão a respeito das mudanças ocorridas nos modelos adotados nos sistemas de saúde reside no entendimento do processo de construção histórica destes modelos, em que os Direitos foram se consolidando por meio de sua prática cotidiana,

⁵⁰ Apesar da autora se referir a Seguridade Social, na verdade, a mesma refere-se ao modelo de Seguro Social adotado no Brasil pelo INPS e INAMPS.

ou me outras palavras, através de seu exercício, ou do exercício da cidadania ou da condição de cidadão. Assim:

É claro que esses processos de construção/reconstrução são atravessados por determinantes e implicações de várias ordens, que extrapolam a dimensão estritamente técnica da atenção à saúde. Há importantes aspectos econômicos, culturais, políticos e institucionais envolvidos, nas tensões experimentadas no cotidiano da atenção à saúde (AYRES, 2009: 13).

Desta forma, os modelos de sistemas de saúde são construídos ao sabor das transformações históricas, impulsionadas pelo desenvolvimento tecnológico e pela política administrativa dos governos, as quais assumem a saúde como direito ou não e, assim, criam mecanismos de efetivação destas políticas.

Em consonância com as mudanças e adoção de Modelos de Sistema de Saúde ocorrem as mudanças nos Modelos de Atenção à Saúde. No caso do Brasil, o Modelo de Seguridade Social desencadeou a incorporação do Modelo de Atenção à Saúde ao novo sistema de saúde implementado, em substituição ao modelo de assistência em saúde pautada na ação médico-curativa-previdenciária. O Modelo de Atenção à Saúde adotado pelo SUS se baseou em três dimensões tendo em vista a reestruturação do trabalho em saúde a partir da perspectiva ampliada de saúde. assim.

(...) uma **dimensão gerencial**, relativa aos mecanismos de condução do processo de reorganização das ações e serviços, uma **dimensão organizativa**, que diz respeito ao estabelecimento das relações entre as unidades de prestação de serviços, geralmente levando em conta a hierarquização dos níveis de complexidade tecnológica do processo de produção do cuidado, e a **dimensão propriamente técnico-assistencial**, ou operativa, que diz respeito às relações estabelecidas entre o(s) sujeito(s) das práticas e seus objetos de trabalho, relações estas mediadas pelo saber e tecnologia que operam no processo de trabalho em saúde, em vários planos (promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos e recuperação e reabilitação) (TEIXEIRA, 2002 *apud* TEIXEIRA, 2006, p. 25).⁵¹

No debate a respeito dos Modelos de Sistema de Saúde e os Modelos de Atenção à saúde entram em cena dois aspectos fundamentais que tem o mesmo grau de importância para

⁵¹ Grifo nosso.

o funcionamento do sistema de saúde, a saber: o aspecto jurídico-legal, que se estabelece sobre as questões relativas a adoção da saúde enquanto um direito universal; E o aspecto político-institucional que se refere as questões de gestão e financiamento dos recursos materiais e profissionais.

Atualmente, no Brasil, o caráter dinâmico das transformações sociais demonstra, com o Governo Temer, que este debate não chegou a um ponto em comum e que ainda há muitos argumentos a serem explorados no momento em que o modelo de Seguridade Social, ao qual a saúde está atrelado e, sobretudo, a noção de saúde como um direito universal estão estritamente ameaçados pela defesa da volta do modelo de Seguro Social pelo atual governo, que tem questionado o caráter universal do SUS, trazendo à tona o debate a respeito da vinculação do acesso à saúde à estratos populacionais de acordo com o poder aquisitivo e à algumas categorias de trabalhadores ou de contribuintes do Seguro Social ou Previdência Social, como era no passado, quebrando, assim, o aspecto universal e equitativo do direito em saúde.

4.3 Políticas de saúde no Brasil: trajetória histórica de conquista de direitos

Uma das características do sistema de saúde no Brasil é sua dinâmica e capacidade de adaptação às demandas geradas pela sociedade. Esta característica é resultante do processo de elaboração da Constituição Federal de 1988 que criou o SUS, regidos pelas leis n. 8.080/90 e 8.142/90.

Este processo sócio-histórico da chamada Constituição Cidadã distingue-se pelo elemento da participação política de vários setores e agentes da sociedade de forma paritária e democrática, mas claro como toda luta social, não tão harmoniosa assim. Era o momento Redemocratização do País, em que estava em pauta a garantia de Direitos e o acesso paritário aos mesmos.

Isso ocorreu, certamente, porque os dispositivos constitucionais relativos ao setor não foram meros produtos de conjuntura. A proposta foi construída em amplo processo de discussão e politização da questão da universalidade do direito à saúde nas Décadas anteriores. Suas raízes remontam à Década dos anos 1970 e solidificaram-se no Movimento da Reforma Sanitária, que lhe conferiu consistência doutrinária e propostas organizativas. (PIOLA ET. AL., 2009, p, 97).

A garantia de direitos foi criada por meio de leis e, consequentemente, de instituições e políticas públicas que assegurassem o acesso paritário, por meio de instâncias criadas e mantidas que possibilitassem o acesso a participação política, como os Conselhos de Direitos, por exemplo.

A Constituição Federal de 1988 foi a primeira na história do Brasil que assegurou o direito universal em todos os âmbitos da esfera política. Estes direitos visam solucionar, ou tentam solucionar, demandas sociais as quais organizam o sistema de garantia de direitos. Estas demandas sociais são, na maioria dos casos, geradas pela situação de desigualdade social que tem componentes históricos e estruturais.

Na busca por diminuir esta desigualdade e efetivar os direitos sociais por meio das políticas sociais, consolida-se o conceito de equidade e, sobretudo, a noção da saúde como um direito humano universal.

Sendo assim, o Brasil passou e passa por vários modelos de atenção à saúde ao longo de sua história até chegar ao modelo atual de universalização da saúde, atualmente fortemente ameaçado pelos ajustes fiscais propostos pelo atual Governo Federal, por meio da PEC 241/16, posteriormente denominada PEC 55/16, que congela por um período de vinte (20) anos os investimentos em Saúde, entre outros setores da Assistência e Seguridade Social. Esta tendência de não investimento na saúde é uma constante nas políticas governamentais brasileiras.

Deste modo, e tomando como exemplo o setor que aqui nos interessa – saúde –, podemos verificar ao longo da história a pouca importância concedida ao mesmo, que, no subsetor tradicional de “Saúde Pública”, tem amargado cortes e reduções progressivas em seu orçamento, a ponto de o Ministério da Saúde ter se convertido, hoje, na mais desprestigiada pasta governamental. (NICZ, 1982, p. 164).

Refazendo a trajetória dos sistemas de saúde no Brasil até chegar ao SUS, constatamos que a partir da Década de 1930, o Estado começou a institucionalizar os mecanismos de assistência em saúde. Na verdade, a preocupação com saúde pública no Brasil remonta o início do Século XX, especialmente 1904 e 1924, respectivamente.

A preocupação inicial no Brasil com a saúde pública se deu por meio da necessidade de conter os surtos epidemiológicos que o país enfrentava, especialmente o surto de Febre Amarela, malária e Varíola que assolavam o país e, principalmente o Rio de Janeiro, que

passou a ser conhecido, na Década de 1903, como o “Túmulo dos Estrangeiros”, devido ao elevado índice de contaminação e morte no porto do Rio de Janeiro.

Assim, surgiu a Reforma Oswaldo Cruz, criando o Serviço de Profilaxia da Febre Amarela, a Inspetoria de Isolamento e Desinfecção⁵² e a Diretoria Geral de Saúde Pública, esta última relacionada diretamente a solução dos problemas sanitários dos portos no país. Também, a Reforma Oswaldo Cruz instituiu, através do Decreto nº 1.262 de 31 de outubro de 1904, a obrigatoriedade de vacinação e revacinação de toda população contra a varíola, o que desencadeou protestos por parte da população ao se negar a ser vacinada, o que ficou conhecido como Revolta da Vacina. (FUNASA, s.d.)⁵³

A Revolta da Vacina revelou o superficial conhecimento da população em geral a respeito dos cuidados em saúde, desencadeando a preocupação do Estado com a questão da Educação em Saúde, especialmente a educação sanitária e higienista da população em geral, o que impulsionou a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública em 1920⁵⁴ e Reforma Carlos Chagas em 1921 que expandiu as ações sanitárias pelo interior do país com ajuda da Fundação Rockefeller, instalando postos sanitários na zona rural e criando a Diretoria de Saneamento e Profilaxia Rural⁵⁵. “A agenda do saneamento rural inscrevia-se em um projeto político de construção da nacionalidade e do Estado nacional liderado por eminentes sanitaristas da época” (GERSCHMAN e SANTOS, 2006, p. 179-180).

A cooperação do capital estrangeiro às ações de saúde no Brasil se oficializam a partir desta “ajuda” da Fundação Rockefeller. Como mencionado, a “ajuda” da Fundação Rockefeller não se referia apenas a instalação dos postos sanitários no interior do país, caracterizando a ideologia das ações curativas, mas a disseminação de um projeto de Estado Nacional.

Vale salientar que a Década de 1920 testemunhou o início da organização governamental dos Estados Unidos em torno do combate ao socialismo, concretizado anos antes pela Revolução Russa em 1917. No Brasil, a ebulição social resultante das greves gerais de 1917 e 1919, que reivindicavam melhores condições de trabalho, impulsionaram iniciativas como estas.

Em 1923 foi editado o Decreto Legislativo nº 4.682 de 24 de janeiro de 1923, mais conhecido como Lei Eloi Chaves, que criou a Previdência Social brasileira, impulsionada pela necessidade do governo em controlar o avanço das Caixas de Aposentadoria e Pensão

⁵² A Reforma Oswaldo Cruz foi instituída através do Decreto nº 1.151 de 05 de janeiro de 1904.

⁵³ Disponível em <<http://www.funasa.gov.br/site/museu-da-funasa/cronologia-historica-da-saude-publica/>>

⁵⁴ O decreto nº 3.987 de 02 de janeiro de 1920 criou o Departamento Nacional de Saúde Pública, tendo este decreto sido substituído pelo Decreto nº 14.189 de 26 de maio de 1920.

⁵⁵ A Diretoria de Saneamento e Profilaxia Rural foi criada pelo Decreto nº 15.003 de 15 de setembro de 1921.

(CAPs). Entretanto, o modelo de Previdência Social criado pela Lei Eloi Chaves não é mesmo que implementado no Brasil atualmente. O modelo atual de Previdência Social foi criado pela Constituição Federal de 1988 tendo como fundamento o Sistema de Seguridade Social, do qual a Previdência faz parte, assim como a Assistência Social e a Saúde.

A criação da primeira Caixa de Aposentadoria e Pensões deve ser entendida assim, no contexto das reivindicações operárias do início do Século, como resposta do empresariado e do Estado à crescente importância da questão social. Igual à primeira lei previdenciária de que se tem notícia, a do período de Bismarck na Alemanha de 1881, o seguro social é implantado no Brasil como instrumento neutralizador de tensões políticas e sociais existentes (NICZ, 1982. p. 165).⁵⁶

Contudo, a Lei Eloi Chaves condicionou a assistência médica à vinculação do segurado às Caixas de Aposentadoria e Pensão. Segundo Nicz (1982, p. 165), “em 1930, o sistema já abrange 47 Caixas, com 142.464 segurados ativos, 8.006 aposentados e 7.013 pensionistas”. Vale salientar que a assistência médica se destinava aos segurados e a seus familiares e que as CAPs foram de iniciativa dos trabalhadores, sendo posteriormente incorporadas pelo governo.

Com as modificações governamentais resultantes da Revolução de 1930 várias modificações foram feitas na legislação trabalhista brasileira, inclusive a criação, em 1930, do Ministério de Trabalho e do Ministério dos Negócios da Educação e Saúde Pública⁵⁷.

O Ministério do Trabalho foi criado com o intuito de estender os benefícios das CAPs aos trabalhadores urbanos como forma de adequar a legislação às necessidades de regulação da atividade fabril e de arrefecer os ânimos dos trabalhadores urbanos.

Desta forma, visando ampliar ao alcance da Previdência Social a todas as categorias de trabalhadores foram criados, ainda na Década de 1930, os primeiros Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAP), sendo o primeiro 1933 o Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Marítimos (IAPM)⁵⁸. (NICZ, 1982).

Os IAPs, ainda segundo Nicz (1982), desempenhavam um importante papel no desenvolvimento socioeconômico do país, pois funcionavam como “instrumento de

⁵⁶ O Século que o autor se refere é o Século XX.

⁵⁷ O Ministério dos Negócios da Educação e Saúde Pública foi criado pelo Decreto nº 19.402 de 14 de novembro de 1930.

⁵⁸ Segundo NICZ (1982, p.166), “em 1933 é criado o primeiro Instituto, o de Aposentadoria e Pensão dos Marítimos (IAPM), em 1934 o dos Comerciantes (IAPC) e dos Bancários (IAPB), em 1936 p dos Industriários (IAP), instalado somente em 1938 após dois anos de organização por Comissão para tal especialmente designada, e em 1938 o dos Estivadores e Transportadores de Cargas (IAPETEC)”.

capitalização de poupança forçada”, em que cada categoria profissional tinha uma alíquota de contribuição estabelecida e diferenciada de acordo com sua importância na esfera produtiva.

Desta forma, os trabalhadores passaram a ser considerados importantes “atores políticos” na esfera previdenciária, especialmente inseridos no projeto de criação do Estado Nacional dentro das políticas instituídas pelo Estado Novo.

“Em outras palavras, o corporativismo estatal não nasceu de uma iniciativa social, mas de uma definição estratégica acoplada a um projeto específico de Estado, que criou uma categoria diferenciada de cidadão, qual seja, o trabalhador”. (D’ARAÚJO, 2000 apud GERSCHMAN e SANTOS, 2006, p. 180).

Mesmo com a criação das CAPs e dos IAPs e, da Lei Eloi Chaves, em que a assistência médica ascende ao patamar de importância das aposentadorias e das pensões, pelo menos no texto da lei, “até o final dos anos 50, a assistência médica previdenciária não é importante. Os técnicos do setor a consideram secundária no sistema previdenciário brasileiro, os segurados não fazem dela parte importante de suas reivindicações”. (NICZ, 1982, p. 166).

Estas reivindicações só tomaram corpo com o aumento dos trabalhadores urbanos, especialmente dos trabalhadores industriais e do, consequente, processo de urbanização e industrialização acelerado que a Década de 1950 foi palco. Nesta época a ideologia desenvolvimentista era a norteadora dos planejamentos governamentais.

“Segundo Mallory, (1991), em países de industrialização recente, como o Brasil, o projeto de formação do Estado nacional está vinculado, basicamente, ao papel de promotor e ator da industrialização” (GERSCHMAN e SANTOS, 2006, p.180). Contudo, “a ‘ideologia desenvolvimentista’ não privilegia o atendimento das camadas populacionais à margem do processo econômico”. (NICZ, 1982, p. 164).

A lógica do processo constitutivo da Previdência Social brasileira residiu, dessa forma, na adoção de modelo meritocrático particularista – segundo tipologia adotada por Draibe (1992) –, tendo resultado expansão vinculada ao mercado de trabalho. Em função desta vinculação, Wanderley Guilherme dos Santos (1981) cunhou o termo *cidadania regulada*, pois o exercício da cidadania acontecia via regulamentação das profissões. (RANGEL *et. al.*, 2009, p. 43).

A busca pelo exercício da cidadania, ainda que regulada, provocou o acirramento das reivindicações por parte dos trabalhadores da acesso e ampliação da oferta de serviços de assistência médica previdenciária. No entanto, esta cidadania viabilizava-se pelo acesso da

assistência médica via Institutos e pela contratação de serviços de terceiros mediante repasse de recursos às Empresas.

Neste período a Associação Médica Brasileira (AMB) posiciona-se a favor da compra de serviços médicos de terceiros pela Previdência Social. Também neste período cresce a influência e a pressão de grupos minoritários com interesses particulares, como: “1. Proprietários de hospitais e clínicas credenciadas (ou aspirantes a credenciamento); 2. os empresários das grandes companhias; 3. os proprietários das ‘empresas de medicina de grupo’”. (NICZ, 1982, p. 167).

As Empresas de Medicina de Grupo surgiram por iniciativa particular de médicos brasileiros, mas tinham poucos recursos para se estabelecerem e oferecerem serviços em saúde, ficando sua ação, inicial, restrita à ação médica individual. Contudo, algumas empresas internacionais de serviços de saúde, a exemplo de demais áreas de serviços, que começavam a ingressar no mercado nacional viram nesta iniciativa dos médicos brasileiros um caminho para a venda de seus serviços para o setor público de saúde.

Em 1953, foi criado o Ministério da Saúde, mas este ainda era um órgão pouco deliberativo em relação as questões de saúde, ficando suas decisões vinculadas ao Ministério do Trabalho, haja vista que cabia ao Ministério da Saúde as questões referentes à Saúde Pública, enquanto que as questões de atendimento médico-hospitalar ficavam a cargo dos IAPs e, conseqüentemente, abarcavam apenas seus segurados (RANGEL *et. al.*, 2009, p. 43).

Em 1960, através da Lei 6.807 Lei Orgânica de Previdência Social (LOPS), as IAPs foram unificadas depois de um longo debate e resistência por parte dos trabalhadores que viram muitos de seus direitos serem suprimidos nesse processo. (SOUTO, 2004). Contudo, o processo de unificação dos IAPs só se concretiza efetivamente em 1967 com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS).

O INPS reuniu, além dos seis IAPs existentes, o Serviço de Assistência Médica e Domiciliar de Urgência (SAMDU) e a Superintendência dos Serviços de Reabilitação da Previdência Social. Os técnicos do principal IAP, o IAPI passaram a ditar as regras de funcionamento do INPS, notadamente de tendências privatizantes.

O aumento da cobertura do sistema viria por meio da inclusão de categorias profissionais marginalizadas, como a dos autônomos, domésticos e rurais, que começaram a ocorrer no final da Década de 1960, começo da Década de 1970, como será analisado com maior aprofundamento na seção seguinte. A inclusão da clientela rural pode ser entendida como a primeira iniciativa da Previdência Social brasileira para o rompimento com sua concepção

contratual, pois os trabalhadores rurais não arcavam com nenhuma contribuição direta para o sistema. Dessa forma, em finais da Década de 1970, praticamente a totalidade da população trabalhadora brasileira já contava com a possibilidade legal de filiação ao sistema público de Previdência Social. Embora com benefícios e requisitos bastante diferenciados (RANGEL *et. al.*, 2009, p. 44).

Com o INPS todo trabalhador urbano com registro em carteira era atendido na rede pública de saúde e na rede privada conveniada, bem como seus dependentes. Este fato aumentou substancialmente o volume de atendimentos da rede de saúde, incorporando as várias categorias das IAPs. No entanto, com relação ao total da população brasileira esse número ainda era pequeno, ficando a cargo da iniciativa privada e das instituições filantrópicas como as Santas Casas de Misericórdia à assistência ao restante da população.⁵⁹

A base de provedores de serviços de atenção médica individual no Brasil era constituída, à época, essencialmente de estabelecimentos privados e filantrópicos. Na atenção individual, o Estado especializava-se em segmentos populacionais marginalizados ou que pudessem ameaçar a saúde pública, como os portadores de doenças mentais e infecciosas (IBGE, 2003). O setor caritativo, por meio das Misericórdias assumia o cuidado dos pobres, e a medicina liberal ocupava-se daqueles que podiam pagar. Começaram a se consolidar, também nessa época, arranjos mutualistas de provisão de serviços, iniciados por comunidades de imigrantes ou sindicatos. (GERSCHMAN e SANTOS, 2006, p.180).

Contudo, a criação do INPS, que ocorre em pleno governo ditatorial militar (1964-1985), apenas oficializou a incorporação das CAPs e IAPs ao Estado, que vinculou o pouco exercício da cidadania ao trabalhador com registro em carteira. Aliás, a Carteira de Trabalho era o documento oficial exigido a todo cidadão para o enquadramento ou não no status de vagabundo e, portanto, de ameaça à sociedade.

1964 vai representar um corte no quadro político mais geral do País, com intensos reflexos sobre a Previdência. O regime que então se instala entre nós, com sua natureza autoritária, vai mostrar-se menos preocupado do que anteriormente com as funções políticas de cooptação e de legitimação que a Previdência exerce. A representação dos segurados é diminuída e depois

⁵⁹ Segundo Nicz (1982, p. 167), “Em 1949, as despesas com assistência médica representam apenas 7,3% do total geral das despesas da Previdência Social, em 1960 já sobem para 19,3%, e em 1966 já atingem 24,7% do total geral das despesas, confirmando a importância crescente da assistência médica previdenciária”.

eliminada, dando à gestão previdenciária um caráter mais ‘tecnocrático’. E, além disso, os mecanismos menos diretos de pressão por parte dos segurados (Parlamento, Sindicato, Imprensa, etc). passarão a ter uma eficácia muito menor como porta-vozes dos interesses dos trabalhadores, dado o contexto repressivo geral do período em questão (NICZ, 1982. p. 165).

A política do governo militar combateu exaustivamente os sindicatos e as corporações de trabalhadores que tinham se organizado em torno das CAPs e dos IAPs e, conseguido ampliar, assim, as conquistas sociais e trabalhistas para novas categorias de trabalhadores. No entanto, com o golpe de 1964, afastou os trabalhadores da cena política mais atuante através da unificação da Previdência, por meio do INPS, quebrando o padrão corporativo estatal da prestação de serviços de saúde e estreitando as relações da Previdência com os prestados de serviços privados.

A unificação da Previdência, em 1967, configurou uma tentativa de mudança de trajetória na política de saúde, uma vez que unificou os Institutos de Aposentadoria e Pensões, acabando com os benefícios diferenciados por categorias ocupacionais e limitando, assim, o poder político dos sindicatos. (GERSCHMAN e SANTOS, 2006, p. 181).

A Década de 1970 foi marcada pelo chamado “Milagre Econômico”, plano desenvolvimentista do governo ditatorial militar baseado na expansão da industrialização e no investimento em setores estratégicos da economia. Com relação à saúde o país assiste a ampliação da cobertura previdenciária e o aumento considerável da oferta de leitos hospitalares por meio da compra de serviços do setor privado e, não da expansão do serviço público.

Segundo Gerschman e Santos (2006, p. 181) “a pesquisa Médico-Sanitária (IBGE, 2003) evidencia, entre 1967 e 1979, um espetacular crescimento de 67,9% na quantidade de leitos disponíveis no país, o que atinge a marca de quase meio milhão de leitos”. Na Saúde Pública se estendem a mentalidade campanhista e são implementados, segundo o Programa Nacional de Imunização e o Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (PIASS).

Mesmo com a ampliação da quantidade de leitos, a escassez de oferta de serviços de saúde ainda era deficitário, especialmente pelo setor público. Até porque o governo concentrou seus esforços na ampliação da assistência médico-hospitalar. “Ainda com todas essas iniciativas, estima-se que à época cerca de metade da população não estava coberta por

nenhum sistema previdenciário e dependiam da caridade de algumas instituições filantrópicas”. (PIOLA *et. al.*, 2009, p.105).

Em 1974 o país assiste ao final do “milagre econômico”, notadamente marcado pelo endividamento externo e pela entrada maciça do capital estrangeiro nos setores produtivos do país. Um ano antes ocorre uma epidemia de meningite em São Paulo, expondo as fragilidades da área de saúde, especialmente as deficiências do sistema previdenciário. Assim, surgem novos planos do governo a exemplo do Plano de Pronta Ação (PPA), que segundo Piola *et. al.*(1009, p. 104)“estendeu a cobertura de assistência médica a qualquer pessoa em situação de urgência e emergência, independentemente da posse de vínculo previdenciário”, do II PND, ainda em 1974, que criou o Conselho de Desenvolvimento Social (CDS) e o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), e do Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), “além de propiciar a expansão de ações básicas de saúde e saneamento básico a pequenas comunidades desassistidas, inicialmente no interior do Nordeste, representou uma das primeiras iniciativas concretas de articulação entre o MS, a assistência médica da Previdência Social e as SES”.⁶⁰

Contudo, as mudanças na saúde não são significativas. Essas medidas ao invés de facilitar o acesso à saúde, transformaram o Ministério da Saúde em uma instituição normativo-burocrático, que limitava o acesso através da obrigatoriedade de registro em carteira.

Assim, o discurso oficial se afasta da prática, pois as ações relativas à saúde ainda ficam a cargo da Previdência Social, por meio da compra de serviços de saúde do setor privado, ao invés do Ministério da Saúde, já que também 1974 o Ministério da Saúde passou a ser vinculado ao Ministério da Previdência Social. Em 1975 é criado o Sistema Nacional de Saúde, através da Lei 6.229 de 17 de julho de 1975. (NICZ, 1982).

Em 1975 foi instituído no papel o Sistema Nacional de Saúde, que estabelecia de forma sistemática o campo de ação na área de saúde, dos setores públicos e privados, para o desenvolvimento das atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde. O documento reconhece e oficializa a dicotomia da questão da saúde, afirmando que a medicina curativa seria de competência do Ministério da Previdência, e a medicina preventiva de responsabilidade do Ministério da Saúde (POLIGNANO, 2001, p.16)

⁶⁰ Secretaria Estadual de Saúde (SES).

Com a expansão do INPS foi criado, em 1978, o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), organizado em vários setores de acordo com sua finalidade, como é o caso do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), responsável por coordenar as atividades médicas. A criação do SINPAS e, principalmente do INAMPS reforçou a prevalência da assistência médica previdenciária no setor de saúde. No entanto, a assistência médica previdenciária, assim como as demais áreas a cargo da administração pública estavam em crise, sendo necessária a criação, em 1982, do Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP). Pegando carona nessa fase de democratização e modernização política, podemos assim dizer, buscou-se a ampliação da cobertura da assistência médica para outros setores sociais que não só os trabalhadores registrados, desta forma foi criado em 1981, o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prevsauúde). (PAIM, 2008).

A criação do Prevsauúde representou uma tentativa de transição entre o modelo médico-curativo, que predominava na assistência médica previdenciária, e os anseios da população em geral pelo estabelecimento da saúde como direito universal. Nesta perspectiva foram criados as Ações Integradas de Saúde (AIS), em 1986, e do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), em 1987. (PIOLA *et. al.*, 2009, p.104).

As AIS representaram a primeira experiência de sistema de saúde integrado e envolviam a transferência de recursos, por meio de convênio, a estados e municípios para o custeio da assistência à saúde. Com as ações, vieram as comissões interinstitucionais de saúde, colegiados com representação da sociedade civil, nos âmbitos estadual e municipal. (PIOLA *et. al.*, 2009, p. 104-105).

As AIS serviram de base para novas formas de transferência de recursos entre a União, Estados e Municípios, o que possibilitou, por meio do SUDS, fosse iniciado o processo de descentralização da gestão de saúde no país. Na prática esse processo de descentralização ocorreu pela transferência da rede de serviços do MPAS para estados e municípios. Para tal mais um plano foi criado a Programação e Orçamentação Integrada (POI).

Em decorrência das críticas realizadas ao MPAS com relação ao pagamento de serviços de saúde privados foram criadas as Autorização de Internação Hospitalar (AIH), o que resultou em maior controle por parte do governo sobre as despesas com saúde e a diminuição destas despesas, o que só fez comprovar o argumento de que o governo militar também era clientelista.

Desde o começo da Década de 70, no entanto, muitos estudos e pesquisas já demonstravam que o modelo de desenvolvimento que o país tinha adotado (na época da ditadura) concentrava renda, não distribuía benefícios sociais e, com isso, prejudicava a saúde das pessoas. Da mesma forma o sistema de saúde que vinha sendo implantado era irracional (gastava mais que os benefícios que obtinha) e não atendia adequadamente às necessidades da população. Não que antes a saúde do povo fosse boa e o sistema de saúde adequado; mas, podendo fazer outras escolhas, o Governo optou pelo caminho mais perverso, ao priorizar os interesses particulares em relação aos públicos, alijando a população de qualquer participação nos seus destinos e criando um sistema de saúde de má qualidade, arraigado nas suas distorções e, por envolver muitos interesses escusos, resistente à mudança (RODRIGUEZ NETO, 1994, p.9).

Na fase final do período ditatorial militar, a pressão da sociedade civil organizada e dos organismos internacionais em relação a transparência e até mesmo, ao fim do regime militar, aumentaram. Assim, evidenciou-se que algumas práticas que caracterizam o sistema político brasileiro eram cometidas pelo governo militar. Diante da crise pela qual passava a saúde no país, decorrente da insuficiência de investimentos no setor e do fim do milagre econômico, que sustentou a opinião pública a favor do governo militar, essas práticas políticas que antes pareciam abolidas ressurgem com força total.

Desta forma, “o uso político da Previdência Social, no sentido eleitoreiro e clientelista, não é novidade no Brasil. O que é novidade é o ressurgimento de seu uso, banido (pelo menos de forma explícita pelo Movimento Militar de 1964, a partir de 1979, e as características com que ressurge”. (NICZ, 1982, p. 171).

Segundo Nicz (1982), objetivamente o ressurgimento público de práticas clientelistas se deu a partir da nomeação de Jair de Oliveira Soares, ex Secretário de Saúde e do Meio Ambiente do Rio Grande do Sul para chefiar o Ministério da Previdência e Assistência Social. Como medida clientelista, o ministro determinou que a indicação dos dirigentes regionais do INAMPS seria realizada pelos Deputados Federais do partido do governo.

Tal critério de escolha transforma assim, na prática, a bancada federal do partido do governo em “donatária” do INAMPS regional, influenciando, pois, decisivamente em suas ações. O líder da bancada, e que atua por delegação de seus pares, é, assim e de fato, o “dono” do INAMPS, a nível de cada Estado. Nada pode ser feito de mais importante sem sua aquiescência, nem mesmo nomeações ou substituições rotineiras de chefias intermediárias.

Novos credenciamentos, só com seu aval, ou a seu pedido (NICZ, 1982, p. 172).

Além das práticas clientelistas na gestão da área de saúde, através do escândalo das nomeações do INAMPS, outra questão também veio à tona no final do governo militar, revelando a real situação de gestão dos recursos públicos e da assistência médica previdenciária no país, era a questão da escassez de destinação de recursos públicos e aumento do pagamento de serviços privados de saúde, amplamente apoiado pela ABM desde a Década de 1960.

Rapidamente, a maneira de pagamento dos serviços privados (pagava-se quantos atos fossem realizados) e a falta de controle sobre os mesmos, levaram a numerosas distorções do sistema, com fraudes e corrupção, envolvendo, de um lado, os interessados em ganhar com a doença da população/e, de outro, os dirigentes nacionais descomprometidos com a saúde da população e com os recursos públicos, acostumados a usá-los para seus fins clientelistas e eleitoreiros. (RODRIGUEZ NETO, 1994, p.8).

Ao passo que o mito do desenvolvimento econômico e da incorruptibilidade do governo ditatorial militar caíam, as propostas de expansão dos serviços de saúde, que se organizavam desde a Década de 1960, aumentavam e ganhavam corpo no Brasil, especialmente no campo conceitual e teórico que serviam de suporte para as ações políticas de resistência social.

Esse arcabouço teórico-conceitual girava era liderado por sanitaristas influenciados pelas reformas efetuadas na Itália em torno da noção do processo saúde-doença, do entendimento e incorporação dos determinantes sociais da saúde e da ação médico-curativa.

A crise econômica dos anos 80, no entanto, acabou com a época das “vacas gordas” e criou uma nova situação para o Governo, exigindo que este reconhecesse a crise e a necessidade de mudar o sistema de saúde, sob pressão da própria população que já começava a se reorganizar, lutando pela redemocratização do país (RODRIGUEZ NETO, 1994, p.8).

Na medida que um novo arcabouço teórico-conceitual se expandia no Brasil, as concepções cepalinas de desenvolvimento serviam de sustentação para o movimento sanitarista, que defendia que as melhorias nas condições de saúde da população dependiam

“da superação do estágio de atraso econômico em que se encontrava o país”. (PIOLA *et. al.*, 2009, p.105).

Assim, o movimento sanitarista brasileiro, desta época, criticava a tomada de medidas isoladas e sazonais que se baseavam, apenas, na extensão da assistência médica e/ou epidemiológica. Associada a esta vertente crítica se expandia a noção de que a dependência econômica e a posição subalterna que a América Latina ocupava no mercado internacional criavam um binômio entre miséria e enfermidades, ou melhor, pobreza e doença. Desta maneira, “a miséria criava condições favoráveis para as enfermidades, e estas agravavam o conjunto das condições de vida da população e prejudicavam o desempenho econômico em si”. (PIOLA *et. al.*, 2009, p.105).

Nesta linha de atuação o movimento sanitarista desenvolvimentista contestava as ideias defendidas pelo movimento liberal, centrado em ações específicas e na educação sanitária da população em geral, especialmente no meio rural.

Desta forma, pesquisas foram realizadas, sobretudo na Década de 1970, que demonstravam que o modelo de desenvolvimento adotado pelo governo militar era falho e privilegiava a iniciativa privada.

Contudo, devido a repressão violenta por parte do governo ditatorial militar, estas pesquisas não eram divulgadas amplamente e só alguns setores da sociedade tinham acesso a estes dados, notadamente técnicos e professores de universidades.

As lideranças políticas que poderiam fazer as denúncias estavam cassadas ou seus partidos viviam na clandestinidade. Só em meados da Década é que, sob pressão social, começou a haver algum tipo de abertura política, com início de eleições em algumas cidades e começo da reorganização do movimento social, em termos de sindicatos, partidos políticos, associações de moradores, etc. (RODRIGUEZ NETO, 1994, p.9).

Entretanto, estas pesquisas existiam e, aos poucos, começaram a ser difundidas. Ao mesmo tempo que as pesquisas foram sendo desenvolvidas os grupos políticos foram se organizando, ainda que de forma insipiente.

Assim, em contrapartida aos liberais e ao sanitaristas, outro grupo baseado em modificações nas concepções do processo saúde-doença apareceu na cena política, era o grupo fundamentado na Medicina Social, que se expandia entre os países da América Latina, já na Década de 1970 e defendiam uma ação conjunta entre os fundamentos técnico-científico e pedagógicos em saúde, a partir da superação das “visões individualistas e organicistas da

saúde, centradas na relação médico-paciente, que caracteriza a prática tanto da medicina liberal quanto da chamada medicina preventiva” (PIOLA *et. al.*, 2009, p. 105).

A Medicina Social pregava um enfoque multidisciplinar com adoção de práticas políticas democráticas por parte dos órgãos e sistemas de saúde e, se difundiu rapidamente pelo Brasil através de cursos de pós-graduação das universidades públicas entre as faculdades de Medicina, de Saúde Pública e de Ciências Sociais.

Nas palavras de um dos maiores expoentes dessa transformação, Sérgio Arouca: As Ciências Sociais que começaram a ser introduzidas na fase inicial de implantação dos Departamentos de Medicina Preventiva seguiam a vertente da Medicina Preventiva de feição norte-americana, que privilegiava a relação médico-paciente e os padrões de conduta médica, adotando uma visão antropológica e predominantemente funcionalista da área da saúde. Essa vertente discutia muito pouco a questão da determinação social dos sistemas de saúde, da estrutura social e do processo saúde-doença (PIOLA *et. al.*, 2009, p. 106).

A substituição do enfoque do modelo médico-paciente ocorreu com a introdução dos estudos de vertente marxistas aplicadas sobre os sistemas de saúde, buscando discutir a relação entre as classes sociais e a saúde, especialmente no tocante a determinação social no processo saúde-doença.

Uma Década depois que a Medicina Social se consolidou academicamente no Brasil como área de saber, já na Década de 1980, os grupos resultantes dos debates estabelecidos entre a vertente liberal, a vertente marxista e a vertente sanitaria se organizaram em torno do que ficou conhecido como Saúde Coletiva. Estes grupos de forte identidade política se fundiram, denominando-se de reformistas, sanitaristas ou ainda o como pertencente ao Movimento de Reforma Sanitária.

O termo Reforma Sanitária corresponde à tradução literal da expressão utilizada para designar a experiência de reorganização do modelo de atenção à saúde que ocorreu na Itália. Nas palavras de Lima *et. al.* (2009), na Itália a Reforma Sanitária resultou na criação do ‘Servizio Sanitario Nazionale SSN’ (...) comprometido com uma moderna consciência sanitária, com base em um ideário democrático social, com uma proposta de universalizar o acesso e descentralizar a atenção à saúde, representando, assim, um avanço para os setores mais frágeis da sociedade italiana (BERLINGUER, 1988). O lema era direito, saúde e garantia de assistência a todos e os princípios doutrinários eram: a globalidade, a igualdade, a universalidade e a unicidade. (PIOLA *et. al.*, 2009, p. 106).

O período final da Ditadura Militar e a transição para o regime democrático recebeu o nome de Redemocratização. E foi diante das reivindicações que o movimento reformista na saúde que o processo de Redemocratização ocorreu.

Este período foi marcado pela participação política maciça na formulação de novas leis e de novas instituições que assegurassem os direitos humanos, especialmente os suprimidos pela Ditadura Militar. Muitas das ideias de reformulação das instituições e das leis brasileiras sofreram influência dos acontecimentos globais que foram vivenciados pelos exilados políticos, que garantiram o direito de retornar ao país, através da Lei da Anistia em 1979, trazendo inovações em termos de Direitos Humanos, especialmente a noção de universalidade.

Ainda em 1979 foi realizado o I Simpósio Nacional de Política de Saúde, realizado pela Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados e liderado pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES). Neste simpósio foi discutido pela primeira vez, pelo menos publicamente, as diretrizes do novo sistema de saúde já denominado de Sistema Único de Saúde e trazia as bases do que hoje é o SUS, a princípio as ideias de universalidade, integralidade, descentralização, participação e equidade.

Estas diretrizes foram elaboradas inspiradas na experiência de outros países, daí a contribuição que os exilados políticos anistiados trouxeram. No entanto, estas diretrizes não foram prontamente aceitas e incorporadas pelo governo, porém, foram expostas e serviram como embrião de reivindicação do Movimento de Reforma Sanitária.

Segundo Paim (2008), o CEBES foi a primeira instituição a utilizar o termo Reforma Sanitária, os demais setores da sociedade, principalmente o governo nem sequer apontavam para essa perspectiva. O debate governamental girava em torno da transferência ou não do INAMPS para o Ministério da Saúde, o que acarretaria a desvinculação da saúde com a Previdência Social e, conseqüentemente, com a obrigatoriedade de acesso aos serviços de saúde pela condicionante do registro em carteira, o que ampliaria o acesso à saúde da população em geral como um direito.

Esse debate se manteve por anos, mas foi a partir dele e da articulação dos movimentos sociais que cresceu a reivindicação em torno de uma pauta urgente para a saúde que elencasse questões como “saúde como um direito inerente à cidadania, reformulação do sistema nacional de saúde e financiamento do setor saúde” (PAIM, 2008, p.99).

Assim, depois de muita luta foi realizada a VII Conferência Nacional de Saúde que, além de discutir as questões supramencionadas, foi um marco da discussão sobre a questão do processo saúde-doença, ratificando o conceito de saúde promulgado na Conferência de Alma-Ata, o que se tornou um elemento importantíssimo de reivindicação da saúde pública, da vigilância sanitária e da melhoria das condições de vida da população brasileira e, também servindo de base para a fundamentação da Comissão Nacional de Reforma Sanitária (CNRS), responsável por discutir os temas referentes à saúde que iriam compor a nova Constituição Federal de 1988.

Assim, é histórica a importância que teve a VIII Conferência Nacional de Saúde, que realizou-se em Brasília, entre 17 e 21 de março de 1986. A 8ª Conferência de Saúde, como ficou conhecida, adotou e reconheceu o que a Organização Mundial de Saúde (OMS) havia estabelecido desde 1948, quando de sua fundação, a respeito do conceito de saúde. A OMS tomou como Saúde “o completo bem estar físico, mental e social e não, simplesmente a ausência de doença ou enfermidade.” (SILVA, 2004, p.35).

Também, na 8ª Conferência de Saúde foi incorporado, na formulação de políticas públicas, o que foi discutido na Conferência Internacional de Cuidados Primários realizada na cidade de Alma-Ata em 1978, que foi patrocinada pela OMS e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF).

A conferência recomenda que os cuidados primários de saúde incluam pelo menos: educação no tocante a problemas prevalentes de saúde e aos meios para sua prevenção e controle; promoção da distribuição de alimentos e da nutrição apropriada, provisão adequada de água de boa qualidade e saneamento básico; cuidados de saúde materno-infantil, inclusive planejamento familiar; imunização contra as principais doenças infecciosas; prevenção e controle de doenças localmente endêmicas; tratamento apropriado de doenças e lesões comuns; promoção da saúde mental; e fortalecimento de medicamentos essenciais (ALMA-ATA, 1978 *apud* SILVA, 2004, p. 36).

A conferência de Alma-Ata incluiu na agenda de saúde as questões ligadas a qualidade de vida como essenciais na promoção de saúde. Assim, saúde passou a ser alcançada por meio da concretude dos direitos sociais e não apenas pelo conjunto das intervenções de natureza médica curativa, preventiva ou reabilitadoras. Esse passo foi importantíssimo para a ampliação do conceito de saúde e consolidação das instâncias de promoção de saúde.

O termo saúde expressa a qualidade de vida de uma população que ocupa determinado espaço na sociedade, seja geográfico, seja econômico, cultural ou social. Falar de saúde implica, portanto, inter-relacionar seus determinantes políticos, econômicos, culturais e sociais e a inserção, na política de saúde, de novos espaços sociais como os da educação, meio ambiente, previdência, emprego, habitação, alimentação e nutrição, lazer e esporte. (SILVA, 2004, p. 37).

Na elaboração da VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) “foram previamente encomendados textos para acadêmicos, intelectuais e especialistas a título de subsídio para os debates” (PAIM, 2008, p 99), muitos deles textos foram elaborados por integrantes do Movimento de Reforma Sanitária, especialmente por membros da Associação Brasileira de Saúde Coletiva. (ABRASCO). No documento elaborado pela ABRASCO (1985) e, que serviu de base também para a realização das Conferências Estaduais de Saúde, foi ressaltado que este era o resultado de dez anos de debate em torno do tema da saúde no Brasil. Em outras palavras, tanto a 8ª Conferência quanto o Movimento de Reforma Sanitária Brasileira não foram resultantes de um momento estanque da conjuntura nacional. Ambos refletiam os debates e lutas travadas por vários segmentos da sociedade, tanto é estes segmentos eram capazes de formular propostas consistentes, fundamentadas e de serem representados por alguns de seus membros mais proeminentes.

Por sua vez, o documento da ABRASCO:

Partia do reconhecimento de uma conjuntura de crise econômica com mudanças na ordem político-institucional, resultando numa dada configuração do Estado e direcionalidade de suas políticas de onde emergiria um projeto de sociedade a ser desenvolvido nos anos seguintes. Desse modo, empenhou-se em revisar as questões teórico-políticas e recuperar princípios e diretrizes do movimento pela democratização da saúde (PAIM, 2008, p 99).

As reivindicações da inclusão da saúde como direito universal começam a tomar corpo sendo resultante de um entendimento mais amplo da saúde como produto das condições de vida, que envolvia as condições biopsicossociais e de trabalho, desvinculando-se da ideia desenvolvimentista que permeava a elaboração e implementação de ações e planos governamentais para à saúde desde a Década de 1950, em que o desenvolvimento econômico estava desvinculado do desenvolvimento social.

Desta forma, a partir de 1986 as publicações da ABRASCO passaram a utilizar o termo Reforma Sanitária e, assim o movimento se corporificou em torno de publicações e de representantes. Em consequência foi realizado o I Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva com o tema “Reforma Sanitária: garantia do direito universal à saúde”. Este congresso e o primeiro número do Boletim da ABRASCO oficializaram as reivindicações em torno da realização da 8ª CNS. (PAIM, 2008).

Nesse mesmo número foi divulgado um encarte com as “propostas da Abrasco para a VIII Conferência Nacional de Saúde” com título: *Pela Reforma Sanitária. Saúde: direitos de todos, dever do Estado*. Esta frase, posteriormente, inicia o Art. 196 da Seção II DA SAÚDE da Constituição da República Federativa do Brasil. (PAIM, 2008, p 101).

A participação no Movimento de Reforma Sanitária não ocorreu apenas por intermédio dos profissionais de saúde, de técnicos e professores universitários, também a população em geral se reuniu na luta da construção de um novo modelo de saúde que abarcasse a concepção de universalidade dos direitos sociais e de integralidade dos procedimentos em saúde. Especificamente na saúde, o processo de redemocratização chamou-se Reforma Sanitária e foi liderado pelo professor sanitarista Sérgio Arouca.

“O movimento foi-se ampliando, incorporando parlamentares, lideranças políticas, sindicais e populares, promovendo debates e divulgando suas ideias. E até mesmo envolvendo alguns técnicos de instituições oficial de saúde” (RODRIGUEZ NETO, 1994, p.9).

A estas propostas, as entidades representativas de trabalhadores se somavam buscando implementar medidas e reformas de orientação socialista, que rompessem com a exploração de classe e que visassem a socialização da saúde como direito de todos, mas administrado pelos trabalhadores.

Na verdade, o que na prática essa reivindicação de que fosse “administrado pelos trabalhadores” significava era que instâncias de participação colegiada entre os diversos setores da sociedade fossem contempladas no novo sistema de saúde. A Central Única dos Trabalhadores (CUT) era a maior defensora dessa proposta na VIII Conferência Nacional de Saúde.

A CUT, por exemplo, através dos seus 50 delegados propôs “um sistema de saúde estatizado, unificado, regionalizado e que garanta atendimento integral, igualitário e de boa qualidade a toda a população brasileira”.

Defendia uma concepção de seguro social de modo que o orçamento da Previdência deveria ser “utilizado somente para a concessão de benefícios, pensões e aposentadorias”, concluindo com a explicitação de uma imagem de uma nova sociedade (PAIM, 2008, p. 110).

Contudo, a ameaça de um projeto socialista de governo foi duramente combatida e setores mais moderados da sociedade, porém de orientação marxista, se juntaram para elaborar o chamado Projeto Montes Claros, definido como “um conjunto de intervenções que as diferentes forças sociais realizam para influenciar a formulação, a execução e a avaliação das políticas públicas para o setor saúde” (MACHADO, 1987 *apud* PAIM, 2008, p. 119). Entretanto, apesar de moderados esses grupos indicavam que se orientavam, não só pelas ideias marxistas, mas pela compreensão de saúde defendida em Alma-Ata.

No entanto, os dois grandes elementos deste Movimento de Reforma foram a participação política popular, sem, essencialmente, ser um movimento característico de classe ou categoria profissional, apesar dos profissionais da área de saúde, os defensores das ideias oriundas da Medicina Social e da Saúde Coletiva estarem mais organizados em torno de uma pauta reivindicatória.

A ampla participação popular possibilitou que as reivindicações e anseios da sociedade fossem ouvidos, ou pelo menos apresentados e, transformados em pauta de discussão na assembleia constituinte que culminou com a Constituição Federal promulgada em 1988.

Sendo assim, participaram da VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, após o fim do governo militar, a sociedade civil organizada, em destaque para a Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB), A Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), a Associação Brasileira de Imprensa (ABI), entidades sindicais, associações de moradores, de bairro, pesquisadores, sanitaristas, entre outros.

Revelando, assim, que tanto o Movimento quanto o Projeto de Reforma Sanitária não pretendiam reformar só a saúde, mas reformando a saúde, sobretudo pela incorporação da mesma como um direito universal e da compreensão dos condicionantes socioambientais e sanitários para o estabelecimento da mesma, reforma-se o Estado brasileiro, reformava-se a sociedade brasileira.

Em outras palavras, o que estava em jogo não era a ampliação do acesso aos serviços de saúde. Era, antes de tudo, a incorporação à sociedade brasileira de direitos universais por meio do acesso aos serviços de saúde. Este é mais um elemento de corroboração da tese defendida neste trabalho, de que o SUS é, primordialmente, um direito político e, em sendo

direito político, a não compreensão sobre seus fundamentos históricos o enfraquece e o descaracterizam.

Com uma ampla participação (cerca de 5.000 pessoas – dirigentes institucionais, técnicos, estudiosos, políticos e lideranças sindicais e populares), a 8ª Conferência discutiu a situação de saúde do país e aprovou um relatório, cujas recomendações passaram a constituir o projeto **Reforma Sanitária Brasileira**, já então plenamente legitimado pelos segmentos sociais identificados com os interesses populares e que foi levado à Assembleia Nacional Constituinte em 1987, para disputar com outras propostas o que seria inscrito na Constituição sobre a Saúde. (RODRIGUEZ NETO, 1994, p. 11).

O caráter democratizante da participação irrestrita à VIII Conferência Nacional de Saúde possibilitou que a sociedade brasileira retomasse as formas de exercício da cidadania, alijadas pelo governo ditatorial militar.

Um princípio básico da incorporação dos direitos e de seus acesso e exercício é a tomada do mesmo como um bem público. E isso só é alcançado por meio do envolvimento dos sujeitos, que se beneficiarão com estes direitos, em sua elaboração e implantação. Ou seja, os direitos necessitam, para sua existência e sentido de utilidade, da vivência, da experiência dos sujeitos de direitos.

Caso contrário, se forem elaborados por outrem, que não aqueles que os usufruirão, estes direitos viram letra morta, transformam-se em leis a serem burladas, a exemplo de inúmeras leis elaboradas de forma representativa e não participativa em nossa sociedade, como a Lei Seca, a lei que regulamenta o uso do Cinto de Segurança, ou até mesmo o voto, o direito ao sufrágio universal, que em sendo obrigatório fica subordinado a seu não exercício voluntário e participativo.

É por esta reforma que estamos brigando. E ela não pode ser um projeto da minha cabeça ou da cabeça dos profissionais; ela tem que ser construída, desejada, montada, inventada pela sociedade brasileira, mesmo que o resultado final não seja aquilo que muitos de nós estamos querendo que seja [...]. Temos que aprender a viver com a adversidade, com o coletivo. E será assim que vamos construir nosso projeto, sabemos que, embora muitas vezes possamos errar, não vamos errar nunca o caminho que aponta para a construção de uma sociedade brasileira mais justa (AROUCA, 1987^a *apud* PAIM, 2008, p. 121).

O outro momento de contribuição do Movimento de Reforma Sanitária Brasileira foi à adoção do regime de saúde universal, ou seja, sem restrição de acesso e atendimento por parte da população. Contudo, vale salientar que como todo movimento social estas conquistas não foram alcançadas facilmente, mas a possibilidade da participação política da população, que teve seus direitos mais fundamentais alijados durante o governo ditatorial militar, foi o mecanismo de diferenciação e materialização desta reforma na saúde.

O movimento sanitaria propunha a democratização das relações entre a sociedade e o sistema de saúde, como posição política aglutinadora. Pode-se afirmar, resumidamente, que o movimento sanitaria defendia quatro pontos doutrinários centrais que foram decisivos para a formulação dos artigos referentes à saúde na nova constituição: *i)* concepção de saúde como direito universal de cidadania; *ii)* a compreensão da determinação da saúde e doença pelas relações econômicas e sociais prevalentes; *iii)* a responsabilidade do Estado na garantia do direito e a necessidade de criar um sistema público unificado de saúde e de livre acesso a toda a população, superando a antiga dicotomia organizacional e de usuários que advinha da existência separada dos serviços de saúde pública e do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS); e *iv)* a participação e o controle direto, isto é, o controle social deste sistema unificado por representantes da população e das entidades civis da sociedade (PIOLA *et. al.*, 2009, p. 107).

A contribuição que a Reforma Sanitária trouxe foi maior que, apenas, a participação política. A criação de um sistema de saúde baseado na descentralização e municipalização da saúde, na criação e manutenção de uma esfera de participação política através dos Conselhos de Saúde e a concretização do modelo de Seguridade Social fundamentado na universalidade, fomentaram a elaboração dos princípios do SUS, notadamente, universalidade, integralidade e equidade nos serviços de saúde.

Segundo Piola e Viana (2008), antes da criação do SUS, o sistema de saúde brasileiro poderia ser caracterizado como excludente, segmentado, com forte hegemonia privada na oferta e ênfase nas ações de recuperação da saúde. O sistema público era altamente centralizado no nível federal e caracterizava-se por marcadas segmentações institucional e de clientela, visto que o Ministério da Saúde (MS) e o então Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) tinham funções diferentes e atendiam a públicos distintos. A assistência médico-hospitalar aos trabalhadores vinculados ao mercado formal de trabalho ficava a cargo do MPAS e era financiada pelo sistema de Seguridade Social, para o qual contribuíam empregados, empregadores e o governo federal. Ao MS, às Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e às Secretarias Municipais de Saúde (SMS) cabiam, basicamente, as ações típicas da saúde pública, tais como: o controle de doenças transmissíveis e as

vigilâncias sanitária e epidemiológica. Parcela reduzida da população, que dispunha de recursos financeiros, pagava pelo serviço de saúde diretamente ao prestador do setor privado lucrativo, em consultórios, clínicas, laboratórios e hospitais particulares. A população mais pobre e não vinculada a algum sistema de asseguramento dependia dos restritos serviços assistenciais (gratuitos) do MS, dos estados, dos municípios e das entidades filantrópicas; particularmente estas últimas que eram detentoras, até a Década de 1970, de mais da metade dos leitos hospitalares existentes no país, e que gozavam de imunidade tributária para o cumprimento de sua função (BARROS, 2003 *apud* PIOLA *et. al.*, 2009, p. 102-103).

No entanto, as propostas que o Movimento de Reforma Sanitária defendia não eram as únicas no momento de elaboração da Constituição Federal de 1988. Segundo Rodriguez Neto (1994) mais duas propostas foram defendidas, pelo que Bravo e Matos (2001) chamam de Projeto Privatista.

A primeira proposta dizia respeito a manutenção do sistema de saúde baseado no INAMPS, na contratação de serviços de saúde privados, sobretudo de média e alta complexidade, o que é mais lucrativo e, a co-participação do Estado em ações de saúde pública com entidades de classe e filantrópica.

A segunda era uma tentativa de copiar o modelo americano baseado no seguro-saúde. Ambas propostas foram refutadas por não satisfazerem mais as demandas e anseios da população brasileira em pleno processo de Redemocratização do país.

O argumento para a refutação destas propostas foi que as referidas propostas não garantiam a universalidade da saúde enquanto um direito, o que contribuía para o processo de aprofundamento da exclusão social e iam de encontro aos fundamentos da Constituição Cidadã, baseada na igualdade, no exercício da participação política e na responsabilização do Estado na garantia da consecução dos direitos da população em geral, por meio da Seguridade Social, do qual a saúde passou a fazer parte no texto constitucional. Evidenciou-se, assim, a tentativa de implementação do modelo baseado no Estado de Bem-Estar Social pelo Movimento de Reforma Sanitária e a tentativa de implantação de um Estado Liberal pelos defensores do neoliberalismo de visão privatista da saúde.

Já neste momento, o embate entre a concepção de saúde universal e de saúde como mercadoria se acirravam, bem como a discussão a respeito do financiamento da saúde que já na VII Conferência Nacional de Saúde apontava-se para a elaboração do texto constitucional em que a saúde fosse contemplada com 8 a 10% do Produto Interno Bruto (PIB), indicando que o projeto de Reforma Sanitária era bem elaborado e não apenas uma ideia sobre o financiamento sem determinar de onde sairia este financiamento e como seria gerido.

Não obstante certa confusão e superposição entre princípios e diretrizes, a maioria dessas propostas foram assimiladas, posteriormente, no arcabouço legal do SUS. O mesmo não ocorreu em relação ao financiamento, quando foram recomendadas maior inversão no setor, com definição do percentual do Produto Interno Bruto (PIB) (8 a 10%), criação de receita própria para o setor, fundo nacional de saúde e gestão colegiada desse fundo, bem como a desvinculação das fontes para o sistema de saúde e previdência” (RODRIGUEZ NETO, 1989, p. 259). Foram criticadas, severamente, a lei da oferta e da procura na área de saúde (PINTO, 1987) e a “cultura bancária”, expressas nas relações de compra e venda de serviços, mesmo com os setores públicos e filantrópicos (PAIM, 2008, p.115).

As reivindicações apresentadas na VIII CNS impulsionaram uma ação concreta do poder público em torno do RSB. Assim, foi criada a Comissão Nacional de Reforma Sanitária (CNRS), que por sua vez originou Plenária Nacional da Saúde (PNS). Novamente o caráter democrático e participativo da Reforma Sanitária imprime sua marca no processo de elaboração das propostas do novo Sistema Nacional de Saúde na Assembleia Nacional Constituinte (ANC).

Assim, foi criada na época a Plenária Nacional de Saúde na qual participavam partidos políticos, sindicatos, movimentos populares, universidades, pessoas, personalidades, contando na sua coordenação com a Sindicato Nacional dos Docentes das Instituições de Ensino Superior (ANDES), o Conselho Federal de Medicina (CFM), a CUT e representantes de vários movimentos (FALEIROS *et. al.*, 2006 *apud* PAIM, 2008, p. 125).

Cabe salientar que a CNRS funcionou após o fim do regime militar, não encontrando no governo civil do então presidente José Sarney (1985-1990), o apoio esperado para a implementação das RSB. O governo, por sua vez, preferiu continuar com práticas campanhistas e deixou a cargo da CNRS e da PNS a elaboração das propostas constitucionais.

Outros segmentos da sociedade como ABM e o Movimento de Renovação Médica (REME), que passaram a apoiar a RSB recuaram diante das propostas de nova gestão do trabalho dos médicos já implantados pelo SUDS, acostumados a eles próprios determinarem sua jornada de trabalho. Também se mostraram contrários a municipalização da gestão da saúde.

Porém, foi elaborada a Carta de Olinda, em 1988, em que profissionais da saúde, de outros segmentos da sociedade e conselheiros municipais de saúde se posicionavam a favor

das propostas da RSB e convocavam aos políticos municipais a se comprometerem na defesa destas propostas.

Novamente para liderar o debate em torno das propostas da RSB, o CEBES e a ABRASCO se mobilizaram na composição da CNRS, que foi constituída de forma paritária entre representantes do governo e da sociedade civil organizada, conferindo o aspecto norteador dos Conselhos de Direitos. E depois de muito debate na PNS, chega à ANC o novo modelo do sistema de saúde. E diante de todo o processo de debate das propostas oriundas da VIII CNS, “esse modelo se pauta no entendimento de que a saúde é um bem construído socialmente reconhecendo a importância das condições de vida sobre as condições de saúde”. (AERTS, ABEGG e CESA, 2004, p. 132-133).

Apesar de garantido no texto constitucional, o governo Sarney não se esforçou em implementar as novas diretrizes do Sistema de Saúde que passou a ser universal. Assim, o SUS só se efetivou a partir da Década de 1990, quando a Lei Orgânica da Saúde, formada pelas leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90, foi criada regulamentando o SUS, bem como com a extinção do INAMPS também na Década de 1990. (BRAVO e MATOS, 2001).

Outro exemplo da demora por parte do Estado em implantar as reformas constitucionais foi o que aconteceu com o Estatuto da Criança e do Adolescente, também assegurado pela Constituição Federal de 1988, mas só elaborado e implementado por meio da lei n. 8.069/90, o que revela que o governo civil constituído após 21 anos de governo ditatorial militar não representava uma mudança tão rápida e significativa na sociedade, apesar de aprovar um texto constitucional totalmente inovador e progressista. Na prática o governo civil ainda reproduzia as tradicionais práticas políticas clientelistas e corruptas.

Entretanto, mesmo aprovada a Lei Orgânica, o Governo fez muitas manobras para postergar a implantação real do SUS, apesar de sempre declarar que adotava o SUS: resistia à descentralização, não reestruturava o Ministério da Saúde para cumprir suas novas funções, não fazia o repasse automático de recursos para Estados e Municípios, continuava a fazer convênios, negociando politicamente as verbas, entre muitos outros expedientes centralizadores, para facilitar o clientelismo e a corrupção, mais tarde desmascarados. (RODRIGUEZ NETO, 1994, p.14).

Esta morosidade do governo em pôr em prática as diretrizes do novo texto constitucional revelou, não só o apego a uma maneira brasileira de fazer política, mas uma orientação liberal na administração pública, que foi seguida pelos governos seguintes até culminar o governo Fernando Henrique Cardoso (FHC), que notoriamente seguiu a pauta de

medidas neoliberais. Nesta perspectiva, apesar do texto constitucional ter se apoiado no Projeto de Reforma Sanitária, o governo brasileiro apoiou-se, na prática, no que Bravo e Matos (2001) chamaram de Projeto de Saúde articulado ao mercado ou Privatista.

O Projeto Saúde articulado ao mercado ou de reatualização do modelo médico assistencial privatista está pautado na política de ajuste neoliberal que tem como principais tendências: a contenção dos gastos com racionalização da oferta, a descentralização com isenção de responsabilidade do poder central e a focalização. (BRAVO e MATOS, 2001, p. 200).⁶¹

No entanto, os secretários municipais de saúde realizaram em 1989 o VI Encontro Nacional dos Secretários Municipais de Saúde, que entre outras ações editou a Carta de Porto de Alegre, em que denunciava-se o clientelismo e exigia-se a municipalização da gestão do SUS prevista no texto Constitucional de 1988. (PAIM, 2008).

Em sequência ao governo extremante conservador e oligárquico de Sarney veio o Governo Collor, marcado pela manutenção da morosidade em relação a aplicação dos princípios do SUS e de políticas universais de saúde. O Governo Collor continuou com a política campanhista de governo anteriores, além de substanciais cortes na área social, especialmente na saúde. Este posicionamento do Governo Collor revelou o não comprometimento com o SUS, sobretudo com o caráter universal do mesmo e a orientação neoliberal do Projeto Saúde. “Demonstração disto foram as propostas de emenda constitucional apresentadas, como, por exemplo, a que propunha a comercialização de sangue e hemoderivados”. (BRAVO e MATOS, 2001, p. 201-202).

Com o processo de *impeachment* contra Collor concluído, inicia-se o Governo Itamar Franco que foi marcado pela retomada do crescimento econômico e estabilidade. Com relação ao SUS, o Governo Itamar avançou especialmente na gestão do ministro da saúde Jamil Haddad, justamente na época de implementação do Plano Real. Neste período os investimentos no SUS foram retomados guiados pelas diretrizes do Projeto Reforma Sanitária, mas estes investimentos se estagnaram em seguida quando da substituição do ministro Haddad pelo ministro Henrique Santillo.

O avanço do Governo Itamar com relação ao SUS, na gestão de Haddad, pode ser apontado através do atendimento das demandas da IX Conferência Nacional de Saúde, realizada no governo Collor em 1991 e que foi adiada várias vezes nos governos anteriores,

⁶¹ Grifo do autor.

com relação a retomada do processo de municipalização da saúde através da edição da NOB/93 e da implementação e fortalecimento do Conselho Nacional de Saúde, bem como a extinção do INAMPS. (PAIM, 2008).

Contudo, em 1993, com o apoio de técnicos do Banco Mundial e da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) na gestão de Santillo, foi implantado o Programa Saúde da Família (PSF), que visou ampliar a atuação do SUS através das ações desenvolvidas na Atenção Básica.

Os fundamentos teóricos do PSF foram as correntes do Movimento de Medicina Familiar, amplamente difundida nos Estados Unidos na Década de 1990 e a necessidade de reformulação dos cursos de graduação e pós-graduação em Medicina a respeito da atuação dos profissionais médicos no SUS e nas unidades do PSF. Aqui no Brasil o movimento de medicina familiar foi apoiado pela Saúde Pública e pela Saúde Coletiva em torno da chamada Medicina Geral e Comunitária, que resultou nas bases da política de Atenção Primária à Saúde.

A reformulação dos saberes dos médicos que trabalhariam no SUS teve como finalidade a reorganização da prática médica, do trabalho clínico, mas já com a mudança do foco do objeto do trabalho médico que começava a deixar de ser curativo-individual para se configurar como a noção de cuidado e ampliar o seu foco para o trabalho com toda a família.

Mas isso só foi possível a partir da compreensão da necessidade de reestruturação sistêmica dos serviços, da correta utilização das informações epidemiológicas e, o consequente planejamento de ações de saúde, pela adesão à integralidade nas práticas de saúde, baseadas na promoção, proteção e recuperação da saúde e, principalmente, da adoção do caráter multidisciplinar das equipes de saúde, o que retirou do médico a tarefa, exclusiva, sobre a saúde das pessoas. (TEIXEIRA, 2006).

O PSF foi tão importante para o SUS que até hoje os postos de saúde e UBSF são chamados popularmente por usuários, profissionais de saúde e pela mídia em geral como PSF. Mas a necessidade de mudança no modelo de atenção à saúde fez com que o PSF fosse adotado como estratégia e, assim foi substituído pela Estratégia Saúde da Família (ESF), visando transformar o PSF, até então numa Política de Governo, numa Política de Estado.

O endosso ao PSF foi favorecido pelo discurso anti-hospitalocêntrico, pela valorização das práticas de prevenção do Movimento Sanitário e pela crise financeira. O PSF passou a ser o modelo para a reorientação das práticas de atenção, sendo sua expansão uma estratégia prioritária do governo federal para a ampliação da cobertura da atenção à saúde da população. A adesão

municipal e essa orientação era estimulada por incentivos financeiros a municípios que adotassem o programa, agregados como incentivos aos repasses regulares do Piso de Atenção Básica. (GERSCHMAN e SANTOS, 2006, p. 177).

Inicialmente o PSF visava funcionar como uma ação, um programa, que combatesse a expansão da epidemia do Cólera, especificamente, no Norte e Nordeste do país. No entanto, o PSF foi apropriado pelos sujeitos políticos envolvidos com o SUS que aproveitaram a oportunidade para introduzir mudanças no modelo de atenção à saúde no SUS.

O ponto forte do PSF era a integralidade das ações, um dos princípios do SUS que encontrava dificuldades práticas para ser implantado nas políticas do sistema de saúde como um todo, assim como os demais princípios do SUS. A dificuldade de incorporação da Integralidade no SUS se deu em dois níveis, na integralidade do próprio sistema de serviços de saúde (gestão) e na integralidade das práticas de saúde.

Novamente, apesar da Constituição Federal de 1988 e da Lei Orgânica da Saúde representarem avanços na garantia de direitos, a universalidade ainda não tinha sido realmente incorporada na política de saúde do governo. “Percebe-se que o a universalidade do direito – um dos fundamentos centrais do SUS e contido no Projeto Reforma Sanitária – é um dos aspectos que tem provocado tensão e resistência dos formuladores do projeto saúde voltada para o mercado”. (BRAVO e MATOS, 2001, p. 200)

Com o sucesso do Plano Real no que diz respeito ao controle da inflamação e estabilização da economia foi eleito o seu idealizador Fernando Henrique Cardoso. Assim, o Governo FHC assumiu um posicionamento neoliberal, que seguia o modelo adotado na Inglaterra, nos Estados Unidos e na Alemanha na Década anterior, marcado pelo desmonte das políticas sociais e a implantação do Estado Mínimo, caracterizado pela redução da ação do Estado na área dos Direitos Sociais, pelas privatizações e pelo incentivo a iniciativa privada, especialmente na área de saúde e educação.

No Governo FHC houve um *boom* de novas universidades e planos de saúde, o que possibilitou ao governo reduzir os investimentos nestas áreas. As Reformas implementadas por FHC nas áreas sociais seguiram as determinações de cartilhas financeiras editadas pelo Banco Mundial, o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e pelo Fundo Monetário Internacional (FMI). (PAIM, 2008).

A presença de agências internacionais a título de apoio à formulação e implementação de políticas em países em desenvolvimento não é um fato novo, tendo intensificado-se após a Segunda Guerra Mundial. Em seu formato atual, porém, as agências multilaterais, como o Banco Mundial, integram arranjos institucionais supra-nacionais que, cada vez mais, vêm assumindo a função de gerenciar o risco político de países em desenvolvimento. As agências multilaterais buscam acompanhar e intervir sobre o ambiente político, sendo sua estratégia prioritária a oferta e difusão de ideias (MATTOS, 2000; MISOCKSKY, 2003 *apud* GERSCHMAN e SANTOS, 2006, p. 178-179).

Contudo, os movimentos sociais exigiam a realização da X Conferência Nacional de Saúde que teve como tema “SUS – Construindo um Modelo de Atenção à Saúde para a Qualidade de Vida”, na gestão do então ministro José Serra. A gestão de José Serra foi marcada pelo enfrentamento à Indústria Farmacêutica, especialmente com relação a quebra de patentes de medicamentos utilizados no tratamento do HIV e a produção e comercialização dos medicamentos genéricos. Também a criação das Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), o que possibilitou ao governo estabelecer regras e fiscalizar a atuação do setor privado, principalmente quanto a oferta dos serviços de saúde. (BRAVO e MATOS, 2001).

Entretanto, o que parecia um avanço no processo de ampliação dos direitos de cidadania por meio do acesso aos serviços de saúde, na prática significou uma adaptação do setor saúde ao mercado. Nesse processo de adaptação duas vertentes se materializam, por um lado a equidade, outro princípio do SUS, foi consubstanciada por meio de ações como o acesso a medicamentos gratuitamente, pela ampliação do rol de vacinas gratuitas e disponíveis na rede pública de saúde. Por outro lado, a ideologia neoliberal disseminou uma cultura “modernizante” em saúde através expressões como “cidadão consumidor”, “cidadão cliente”, e do mecanismo de qualidade em saúde, o que colocou em cheque a noção de direitos associado à saúde e mercantilizou os serviços de saúde.

Outra crítica feita ao governo FHC diz respeito ao caráter pontual que as políticas de saúde se investiram. Assim, as ações do governo se especializaram em áreas e população alvo específicas como, por exemplo, a Política Nacional de Atenção Integral à Mulher (PAISM).

Ainda no Governo FHC foi realizada a XI Conferência Nacional de Saúde – O Brasil falando como quer ser tratado, como o tema: “Efetivando o SUS: Acesso, Qualidade e Humanização na Atenção à Saúde com Controle Social”, que visou debater o avanço da mercantilização em saúde e a implantação de instâncias de controle e participação social na gestão do SUS.

Em seguida veio o Governo Lula que, apesar da orientação política-ideológica pela ênfase na defesa e promoção dos direitos sociais, recebeu críticas por seguir a linha econômica do Governo FHC e no início da gestão não avançar em termos de implementação de novas políticas de saúde. Com relação aos serviços e procedimentos em saúde, na prática, o Governo Lula não fez grandes avanços.

Contudo, em relação à participação política, preconizada pela lei 8.142/90 como fundamental para a manutenção do SUS, os avanços foram sentidos. No geral, o Governo Lula ampliou a ação do Estado com relação a manutenção das políticas sociais e a consolidação dos espaços de participação política, especialmente quando nomeou o líder do Movimento de Reforma Sanitária, o sanitarista Sérgio Arouca, para o cargo de secretário na Secretaria de Gestão Participativa, indicando a pretensão de ampliar os espaços de *accountability*⁶² em relação à saúde.

A expectativa em torno do Governo Lula era imensa, especialmente por parte dos militantes históricos que passaram a compor o governo. Assim, foi realizada a XII Conferência Nacional de Saúde, mais conhecida como Conferência Sérgio Arouca, que teve como tema: “Saúde um Direito de Todos e um Dever do Estado: a saúde que temos, o SUS que queremos”. Por ser uma proposta de Sérgio Arouca, os militantes vislumbravam na XII Conferência uma possibilidade concreta de retomada do Projeto de Reforma Sanitária. (PAIM, 2008).

Assim, o Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) elaborou para a XII Conferência, um documento chamado Carta de Belo Horizonte, que tinha como principais reivindicações quatro eixos de atuação do governo, a saber:

- 1) Avançar na consolidação do processo de descentralização; 2) Direcionar esforços que garantam a integralidade de atenção; 3) Garantir o financiamento adequado nos três níveis do sistema; 4) Reconhecer a gestão de pessoas e as relações de trabalho como eixo central de atuação dos três níveis gestores do SUS (PAIM, 2008, p. 244).

Outros grupos de militância, inclusive militância histórica, também elaboraram propostas para a XII Conferência, a exemplo do CEBES e da ABRASCO, além do Movimento pela Saúde e do Movimento pelo Direito à Saúde, ambos de caráter partidário, o

⁶²⁶² O conceito de Accountability é tomado, neste trabalho, segundo a concepção de Guillermo O'Donnell. O'DONNELL, Guillermo. Accountability Horizontal e Novas Poliarquias. *Lua Nova*, v. 44, p. 27-52, 1998.

que impossibilitou a construção de um Relatório Final da Conferência ao término da mesma, como de costume, e em que algumas das propostas fossem aceitas.

A XII Conferência evidenciou o caráter partidário dos movimentos sociais e as dificuldades dos grupos em aceitar críticas ao governo como forma de aceitar críticas a uma política social de governo que há muito vinha sendo almejada no país. Movimento pela Saúde e o Movimento pelo Direito à Saúde se diferenciaram do Movimento de Reforma Sanitária exatamente pelo caráter partidário que expressaram.

Em certa medida, criticar a ação do governo seria apoiar uma política neoliberal e mercantilista, a exemplo da que foi implantada nos governos anteriores. As críticas ao governo foram sanadas ou silenciadas pela incorporação de vários líderes do Movimento de Reforma Sanitária ao governo, como foi o caso de Sérgio Arouca que só não continuou no Governo porque veio a falecer pouco tempo depois de sua inclusão.

Essa postura política parece retornar ao país no momento, ao inverso, em que os grupos se posicionam abertamente contra ou a favor do atual governo (Governo Temer) exatamente por este representar um retrocesso com relação aos direitos constitucionais, especialmente aos Direitos Sociais em que Proposta de Emenda Constitucionais (PECs) tem sido defendidas e aprovadas pelo governo, colocando em risco os direitos adquiridos e que foram campo de luta desde a Década de 1970.

Nesse contexto de transformações e crises, considera-se que existe hoje no Brasil, em conexão com a dinâmica sociopolítica e econômica internacional, dois grandes projetos societários antagônicos: o da sociedade sustentada por uma *democracia restrita*, que diminui os direitos sociais e políticos, e o de uma sociedade fundada na *democracia de massas*, com ampla participação social conjugando as instituições parlamentares e os sistemas partidários com uma rede de organização de base, salientando-se os sindicatos, comissões de fábrica, organizações profissionais e de bairros, movimentos sociais urbanos e rurais. (NETTO, 1990 apud BRAVO e MATOS, 2001, p. 198-199).⁶³

O fato é que em relação aos governos anteriores, o Governo Lula foi o primeiro a se aproximar do que o Projeto de Reforma Sanitária preconizava. Assim, foram priorizadas às ações e ampliação da oferta de serviços de saúde na Atenção Básica, sobretudo em relação ao aumento do número de UBSF e implantação dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF), do Serviço Móvel de Urgência (SAMU), bem como a implementação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), criado em

⁶³ Grifo do autor.

2011. E, também, do Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde (Requalifica UBS).

Em termos de políticas de saúde foram lançados o Plano Nacional de Saúde e os Pactos de Gestão da Saúde, que foram seguidos no Governo Dilma, que também implantou o Programa Mais Médicos (PMM), visando resolver um problema antigo na saúde brasileira, a escassez de médicos e profissionais da saúde em geral nas zonas distantes dos grandes centros urbanos. Além da distância, outras questões também se colocavam com relação a contratação de médicos no interior, a remuneração.

Outro fator que contribuiu para sua inserção nos serviços de saúde foi que médicos e enfermeiros, além de serem profissionais caros para o sistema, não se dispunham a trabalhar nas periferias e zonas rurais, sendo que um agente bem preparado poderia desenvolver cuidados básicos em saúde (CORRÊA, 1995 *apud* FERRAZ e AERTS, 2005, p. 348).

A inovação do Programa Mais Médicos foi a contratação de médicos vindo de Cuba para compor as equipes da Estratégia Saúde da Família, reforçando o caráter sanitário e a importância que a prevenção tem para a atuação da Atenção Básica. Com relação ao Programa Mais Médicos duas ressalvas merecem atenção. Primeiro, o fato da contratação dos médicos a valores salariais menores que os valores aplicados no Brasil e que os médicos nativos, por assim dizer, não queriam aceitar.

E, segundo, o fato do país conveniado para a “importação” de médicos ser Cuba, o que revela o aspecto da orientação política do governo Lula e Dilma, marcados pela militância dos Movimento pela Saúde e o Movimento pelo Direito à Saúde, refletindo a tendência de uma Democracia de Massas.

É indubitável o fato de os Governos Lula e Dilma terem feito os maiores volumes de investimentos na área social da história deste país. No entanto, a crítica que se faz a estes governos é que mesmo tendo sido visível a ampliação dos serviços de saúde e o acesso as instâncias participativas, por exemplo, ainda foi insuficiente para suprir a demanda acumulada de anos de descaso dos governos anteriores com as causas sociais. Outra crítica diz respeito as alianças que estes governos fizeram com a ala mais conservadora e retrógrada da política brasileira, uma área que veementemente defende o corte dos investimentos nas áreas sociais e a abolição de alguns direitos fundamentais para a manutenção das mesmas.

Diretrizes, políticas e programas inovadores introduziram importantes mudanças no modelo de atenção à saúde e ampliaram o espectro de ações e serviços ofertados, assegurando a um número crescente de cidadãos o acesso a recursos terapêuticos antes indisponíveis. A ampliação do acesso à atenção básica, por meio do Programa Saúde da Família (PSF), a ampliação do acesso a transplantes, o Programa Nacional de Imunização (PNI), o acesso a medicamentos de alto custo, o controle das doenças sexualmente transmissíveis (DST)/síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS), a política de humanização, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu), o acesso a tratamento dentário por meio do programa Brasil Sorridente e o controle do tabagismo representam alguns dos avanços e conquistas obtidos nesse período (PIOLA *et. al.*, 2009, p. 98).

Com relação ao Governo Temer, ainda é cedo para fazer uma análise mais acurada de seu desempenho ao nível de exigência de uma tese de doutorado. No entanto, os movimentos sociais e os diversos grupos de militância histórica, assim como demais setores da sociedade têm se posicionado contra as propostas do governo, por entenderem que estas ferem os direitos duramente alcançados ao longo dos últimos anos no Brasil, a exemplo da PEC 242/16, 55/16 que modificou a forma de destinação e arrecadação dos investimentos na área social assegurados desde a Constituição Federal de 1988 e a Lei que limita a participação da Petrobras na exploração e comercialização dos recursos naturais do Pré-Sal. Desde a Constituição Federal de 1988 a maior parte dos investimentos para a Saúde vinham do PIB e, portanto, quanto maior o crescimento econômico do país maior os investimentos em saúde, cerca de 15% do total.

Com a PEC 55/16, o índice de investimento na saúde passa a ser regulado pela inflação. Inflação pequena e controlada não significa necessariamente crescimento econômico. Ao passo que a população brasileira irá crescer, segundo projeção do IBGE, os gastos com saúde não acompanharão o crescimento da população, especialmente o aumento no número de idosos, por conta do aumento na expectativa de vida. Por isso, diz que a PEC 55/16 congelou os investimentos em saúde por 20 anos, período que durará a PEC 55/16.

Quanto ao lucro da exploração do petróleo nas áreas do Pré-Sal, este seria destinado, exclusivamente, aos investimentos nas áreas de Saúde (25% do total dos lucros) e Educação (75%). A limitação de participação da Petrobras no Pré-Sal abre, novamente, ao capital estrangeiro à exploração de áreas que garantem a soberania nacional e o crescimento do país.

O Governo Temer apoia suas propostas de Ajuste Fiscal e Reforma Constitucional na justificativa de que o Governo Dilma foi ineficiente em manter a estabilidade econômica do

país e que o Estado foi o gerador de uma **crise**⁶⁴ econômica que impossibilita que as políticas sociais sejam mantidas, assim como as demais áreas da administração pública, em decorrência do descontrole sobre as despesas do Estado e o aumento desgovernado da dívida pública que os estados mantem com a União.

No entanto, tudo isso serve de justificativa para a imposição de uma política de governo de orientação conservadora e liberal, que vê no corte dos investimentos públicos nas áreas sociais e na mercantilização e privatização dos serviços destinados a satisfazer as demandas desta área a saída para a estruturação do Estado ou a implantação de um modelo de Estado. Na prática, as reformas que o governo Temer vem fazendo não mexe em privilégios da classe política e nem do judiciário e nem na contenção de gastos do Estado em outras áreas que não as áreas sociais.

A aparente polêmica sobre a reforma do Estado se pauta na ineficiência deste – como se fosse inexorável – travestindo-a de um tecnicismo, já que a crise nunca é entendida como uma crise orgânica do capitalismo. Como lembra Guerra (1998), é como se não houvesse uma crise econômico-política. A crise passa a ser centrada como se fosse apenas a de um modelo de estado, que, caso mude – e consequentemente a sua forma de administração –, irá resolver a situação da crise instalada. Fica claro que a solução para o encaminhamento seria o Estado abrir mão de sua responsabilidade para com as políticas sociais. (BRAVO e MATOS, 2008, p. 206).

A crítica feita, até o momento, ao Governo Temer é que o governo concentrou seus esforços políticos em aprovar medidas e modificações na Constituição Federal que apenas realizam ajuste fiscais, principalmente cortando das áreas sociais investimentos importantes para a manutenção dos direitos.

Outra crítica diz respeito ao discurso mercantilista e privatista do governo, no qual utiliza o termo gastos ao invés de investimentos para se referir aos recursos utilizados na manutenção da área social. O que isso implica? Implica na volta de políticas neoliberais de redução do Estado e no não reconhecimento de direitos e, consequentemente, da responsabilidade do Estado em manter, assegurar e proteger esses direitos. Assim, saúde passa ficar, outra vez, a exemplo de governos passados, à mercê da regulamentação do mercado.

Com relação a participação política, às críticas dizem respeito a uma espécie de ditadura legalizada, em que leis são modificadas impedindo e restringindo a liberdade dos

⁶⁴ Grifo nosso.

cidadãos, como por exemplo o Projeto de Lei nº 193/2016 popularmente chamado Escola Sem Partido, que visa restringir o acesso da informação política aos alunos da Educação Básica e Superior.

No site oficial do Movimento anônimo que defende este projeto, o slogan é Escola Sem Partido – Por uma lei contra o abuso da liberdade de ensinar. As críticas ao Projeto Escola Sem Partido é que na verdade este projeto é o projeto da Escola de Um Partido Só e o que o mesmo visa abolir qualquer informação a respeito de doutrinas políticas contrárias as doutrinas de Ultra-direita e capitalista.

A ameaça que projetos como estes trazem ao país é a ameaça que elementos importantes no reconhecimento e na garantia dos direitos humanos sejam retirados da Constituição Federal, restituindo mecanismos de sustentação de uma ditadura, como o fim a restrição das chamadas Liberdades Individuais, sem que o uso direto da força seja explícito. Isso se daria pela modificação de leis, especialmente da Constituição Federal. Vale lembrar que no período do Governo Militar várias leis e decretos foram promulgados oficializando o fim dos Direitos Humanos, como o Atos Institucionais nº 2 e nº 5, referenciados como AI 2 e AI5.

A retirada ou alteração de elementos de sustentação dos direitos do texto constitucional contribui para o retrocesso histórico, político e econômico, ao invés do crescimento do país. E crescimento não se faz apenas com crescimento da economia. Crescimento se faz com garantia dos direitos e com o estabelecimento concreto de uma sociedade justa e igualitária.

O enfraquecimento da saúde enquanto direito só corrobora para o aumento das desigualdades sociais, ao passo que separa em categorias de consumidores os cidadãos clientes e os cidadãos usuários. O retrocesso ocorre por meio da mercantilização dos serviços de saúde e, portanto, da estratificação por poder aquisitivo de quem pode ou não pagar pelos serviços de saúde, como o que era vivenciado aqui no Brasil no período de manutenção do INPS/INAMPS.

Isso significa que a conquista da saúde não pode ser uma responsabilidade exclusiva da área de saúde, mas da área de saúde, mas de todo o Governo e da sociedade, por meio de suas políticas econômicas e sociais. É claro que isso supõe uma identificação do Governo com as necessidades e aspirações da maioria da população e que a saúde seja considerada uma finalidade do desenvolvimento econômico e social e não apenas um meio, como são as outras áreas. Afinal, quem é que não tem como objetivo principal de sua vida viver mais e melhor? (RODRIGUEZ NETO, 1994, p.11).

Também, o enfraquecimento dos mecanismos de manutenção da saúde, enquanto direito, afasta a população em geral do debate e da participação em torno das questões que envolvem saúde, fazendo com que estas questões digam respeito apenas aos profissionais de saúde e aos gestores, o que a médio prazo pode transformar os cidadãos sujeitos de direitos em objetos de direitos, o que configura o retrocesso político-jurídico.

Em sendo objetos de direitos, os cidadãos, mais precisamente, os usuários do sistema de saúde, ou quem sabe até, dos serviços de saúde, dependendo do grau de exclusão social ao qual estarão sujeitos, ficam excluídos das instâncias de decisão sobre a saúde no país.

Mais uma vez configura o retrocesso quando a compreensão de saúde e da responsabilidade sobre a saúde ficava a cargo dos médicos e não da equipe de saúde, fazendo assim que os demais profissionais voltem a ser desvalorizados em termos de seus conhecimentos técnicos e, portanto, passem a não participar das esferas de decisões.

Como um ciclo vicioso, por sua vez, a desvalorização e desqualificação do saber dos demais profissionais da área de saúde gera retrocesso na saúde quando tínhamos centrada na figura do médico o agente das decisões que envolvem saúde, como nas Décadas de 1970 em que o modelo médico-assistencial era predominante e que resultava em afirmações como a seguinte que norteavam a realização de estudos e pesquisas na área de saúde. “O profissional mais importante e influente das equipes de saúde é o médico, e por isso analisarei aqui as pressões exercidas pelos médicos na formulação das políticas previdenciárias. (NICZ, 1982. P. 173).

No entanto, mesmo diante do quadro temeroso que se vislumbra o futuro próximo do país, o espírito de luta forjado pelo Movimento de Reforma Sanitária está de volta na articulação dos diversos segmentos da sociedade em torno da manutenção dos direitos, especificamente da saúde neste caso. Assim, um dos profissionais pesquisados falou a respeito da Reforma Sanitária:

Eu sou suspeito para falar, porque eu sou apaixonado pelo Sistema Único de Saúde. Tenho minha militância faz seis anos nessa área. Faço parte de um movimento que se chama Levante Pela Saúde, lá em João Pessoa, que a gente tenta resgatar a luta pela Reforma Sanitária, né? Que é uma conquista do passado. Esse grande movimento que culminou na promulgação do Sistema de Saúde em 1988, mas já vinha anteriormente há Décadas de luta, de vários personagens históricos e de muito apoio popular, dos demais movimentos sociais (Médico, 29 anos, 03 meses de trabalho na área).

Desta forma, a militância parece ressurgir dentro e fora da área de saúde. Esta volta da militância em defesa do SUS e, mais ainda da concepção de saúde enquanto um direito universal, associada aos ataques violentos ao texto constitucional por parte do governo Temer, que busca enfraquecer e, talvez, até aniquilar com a concepção de saúde enquanto direito, evidencia que o SUS é mais que uma política de governo é uma Política de Estado é como tal torna-se um bem público, um direito universal sendo a sua manutenção uma responsabilidade de todos os cidadãos brasileiros.

Mais uma vez reforçamos que é só por meio da participação política e, este Capítulo demonstrou isso através do relato dos principais fatos históricos de constituição do Sistema de Saúde no Brasil, e das principais ideias que nortearam a construção dos Direitos Humanos, que este mesmo sistema de saúde é mantido.

Cada vez que os cidadãos se afastam dos mecanismos de exercício de sua própria cidadania, os direitos se tornam ameaçados. “(...) é necessário que os cidadãos assumam a responsabilidade pela defesa de sua própria saúde e a da coletividade”. (AERTS; ABEGG; CESA, 2004, p. 133). Só assim os direitos se efetivam, pelo seu exercício.

Deste modo, reforçamos a ideia do SUS enquanto direito político resultante do embate constante de ideias e da defesa por todos de seu caráter universal. Mais uma vez retomamos o pensamento de Bobbio (1992) de que os Direitos Humanos são históricos e não, simplesmente, naturais. Em sendo naturais, os direitos aparecem como dados, como benesses dos governos. Enquanto históricos são frutos da luta constante dos sujeitos de direitos, ou seja, de todos.

A construção dos Direitos no Brasil, assim como a própria cidadania, está diretamente ligada a formação do sistema político no Brasil, à própria estrutura socioeconômica que foi implantada no país após sua invasão pelos portugueses e, conseqüente, colonização. Assim, a estrutura escravocrata e a inserção do Brasil enquanto fornecedor de matéria prima para o mercado internacional, subjugando-se ao controle da metrópole portuguesa acarretou a formação de uma cultura política baseada na troca de favores, no clientelismo, e no que Sales (1994) denomina como “Cidadania Concedida”.

A cidadania concedida, que está na gênese da construção de nossa cidadania, está vinculada, contraditoriamente, à não-cidadania do homem livre e pobre, o qual dependia dos favores do senhor territorial, que detinha o monopólio privado do mando, para poder usufruir dos direitos elementares de cidadania civil. O rompimento com essa cidadania concedida dar-se-ia apenas com o amplo processo de expulsão do trabalhador rural para fora do grande

domínio territorial nos idos dos anos de 1960. À abolição da escravatura, que poderia se rum marco para esse rompimento, seguiu-se o compromisso coronelista, ou, mais genericamente, os mecanismos de patronagem e clientelismo que marcaram toda a nossa Primeira República, contribuindo para perpetuar as bases sociais da cidadania concedida. (SALES, 1994, p. 27).

A relação de dependência e, consequente, troca de favores, que se estabeleceu entre o homem livre e pobre e o senhor de terras no Brasil vai além da relação de dependência econômica, estabelecendo o que Sales (1994) denomina de Cultura Política da Dádiva.

Ao longo da Primeira República essa cultura da dádiva em que o senhor de terras, fonte da riqueza do Brasil colonial, concedia benefícios aos populares foi trocada por uma relação baseada na construção das instituições democráticas em que o senhor de terras foi substituído pelo Estado e os populares pela figura do cidadão.

Contudo, este cidadão recebeu por parte do Estado e das elites políticas brasileiras as leis, as instituições e por que não dizer a própria cidadania. Os populares saíram da condição de súditos e passaram a condição de cidadãos sem ter tido participação nesse processo político, sem efetivamente participação de construção da cidadania e, portanto, de ter fundamentado seus pilares na vida cotidiana.

Desta forma, a cidadania foi concedida ao cidadão pelo Estado, o que ainda causa estranheza e desconhecimento por parte do cidadão dos mecanismos e da dinâmica própria para efetivar a cidadania.

Em pesquisa realizada com profissionais de saúde no Rio de Janeiro, Bosi e Affonso (1994), os profissionais ressaltaram que a população não demonstra consciência política, que desconhece seus próprios direitos.

A esta ausência de uma consciência de que a saúde é um direito em permanente construção, os profissionais associam a relação desta população com os serviços. Em linhas gerais, corroboram a ideia de que a relação é de submissão; almejam o atendimento – a assistência – nos moldes em que o Estado a oferece. No máximo, desejam ampliá-la, já que a veem como uma dádiva, um favor: - *É assim: uma população tão desapropriada de tudo que qualquer coisa que funcione...é um presente, uma dádiva que eles vão agradecer o resto da vida*”. (BOSI e AFFONSO, 1994, p. 450)

Reduzir o caráter da saúde enquanto um direito ao acesso aos serviços de saúde, assim como considerar a oferta e o acesso a estes serviços como uma benesse do gestor público é descaracterizar o caráter de direito da saúde.

Esta visão da saúde enquanto Direito Social situa a saúde, no Brasil, enquanto objeto de políticas sociais que podem ou não ser adotadas pelo gestor de acordo com sua orientação político-ideológica.

Ao passo que situar a saúde enquanto um Direito Político, fundamentado em critérios políticos como a universalidade, a integralidade e a equidade diminui a fragilidade que o aspecto social tem e colabora para a diminuição e, *quicá*, extinção da representação social de que o acesso aos serviços de saúde é uma benesse, um favor feito por profissionais e gestores de saúde.

Diante dos dados deste trabalho, podemos ir adiante e afirmar que os profissionais de saúde, no caso do Cariri Paraibano, desconhecem a noção de saúde fundamentalmente como um direito, situando-a ainda como uma necessidade biológica semelhante ao paradigma saúde-doença anterior a Conferência de Alma-Ata, ao passo que transitam entre a saúde pública e privada.

Também que os mesmos desconhecem a respeito dos processos de participação política no SUS e sobre as diretrizes do Projeto Reforma Sanitária que lançou as bases para a estruturação do SUS. A exposição desses dados veremos no Capítulo a seguir de forma mais detalhada.

5 CIDADANIA, PARTICIPAÇÃO E PRÁTICAS DE SAÚDE

Neste Capítulo discutiremos a efetivação da Saúde enquanto Direito Político, que só se efetiva por meio da participação dos sujeitos envolvidos seja no aspecto da elaboração e gestão do sistema de saúde, seja nas práticas cotidianas do cuidado em saúde, em que suas concepções a respeito do que é o SUS se materializam.

Este Capítulo pretende estabelecer a discussão entre a saúde enquanto Direito Político, que passa a se fundamentar legalmente na universalidade do direito em saúde e na participação política para sua concretização, e nas práticas cotidianas dos profissionais como elementos de um fazer possível em saúde diante das condições de trabalho e de estruturação da equipe e do trabalho, revelando, muitas vezes, que este direito acaba sendo a efetivação da benesse do gestor público.

Partimos da concepção de que a participação política é um dos pilares de funcionamento do SUS. Esta participação é garantida legalmente e ocorre, especialmente, por meio das Conferências de Saúde (municipal, estadual e nacional) a cada quatro anos, dos Conselhos de Saúde (municipal, estadual e nacional), órgãos deliberativos formados por oito membros sendo quatro que representam o poder público e mais quatro que representam a Sociedade Civil, bem como através da prática cotidiana nos serviços de saúde.

Prática esta, que também é política ao passo que o sujeito envolvido na atenção, no cuidado em saúde, reflete sentimentos e crenças de determinado grupo ao qual está inserido ou determinada época histórica ou localização geográfica. Assim, a participação política não ocorre, apenas, nos espaços notadamente políticos, mas na execução das políticas sociais, bem como na execução dos procedimentos em saúde.

Por isso, as situações, os rumos, as formas, as possibilidades, as adesões, os vetos, as exclusões, os limites e as sanções à participação dos indivíduos são estruturados pelo contexto histórico e social. Localizada histórica e socialmente, participação constitui-se em uma relação que envolve uma tomada de decisão, por tênue que seja, na qual o indivíduo propõe-se a interagir com o outro, num convívio que democratiza os espaços comuns (públicos) em qualquer âmbito – familiar, afetivo, cultural, econômico ou político (SCOREL e MOREIRA, 2008, p. 980).

A participação política permite aos sujeitos envolvidos, ao longo do tempo, desenvolverem uma capacidade para vivenciar os espaços públicos e os interesses coletivos com mais eficiência, criando e recriando espaços públicos e estratégias de convivência social. Estes espaços não são apenas os espaços já oficializados, mas os que podem ser criados com a prática de realização de reuniões de avaliação das Unidades Básicas de Saúde da Família, por exemplo, em que os espaços de avaliação da atuação da equipe podem resultar em novos procedimentos, novas técnicas do cuidado e em novas instâncias deliberativas.

Estes princípios foram levados em consideração quando da elaboração do SUS. Assim, estes espaços garantidos por lei, como a lei 8.142/90 por exemplo, tentam promover e desenvolver o hábito da participação dos profissionais envolvidos na atenção, no cuidado, de forma a promover a melhoria dos serviços de saúde.

Além dos Conselhos e Conferências de Saúde, institucionalizadamente existem também os Consórcios de Saúde, que são firmados e implantados entre gestores municipais; as Comissões Intergestoras Bipartite, instância em que negociam os gestores municipais e o gestor estadual funcionando uma em cada estado e; a Comissão Intergestora Tripartite, em que participam o gestor nacional e representantes dos gestores estadual e municipal.

A diferença destas três instâncias e as Conferências e Conselhos de Saúde é que a população, os usuários e os profissionais do SUS não participam. Desta forma, os mecanismos de negociação e pactuação em saúde ficam distanciados daqueles que utilizam os serviços de saúde, seja como usuários, seja como profissionais.

Assim, muitas vezes cria-se uma distinção entre a realidade e o que foi idealizado enquanto política de saúde, aumentando o abismo entre a demanda e a satisfação das mesmas pelos serviços de saúde.

Contudo, a existência de mecanismos de interação entre o poder público, nas três esferas de gestão pública (municipal, estadual e federal) configura-se como um avanço em relação aos sistemas de saúde anteriores ao SUS e permite que o aspecto da descentralização seja preservado, bem como tentam impedir a superposição de interesses específicos, promovendo a concretização de pactos de gestão compartilhada.

Portanto, na prática, esta separação entre as instâncias de participação do poder público, exclusivamente, e da participação popular gera grandes dificuldades para a aproximação entre Estado e Sociedade, entre a demanda por saúde dos usuários do SUS e as reais condições de satisfação das mesmas pelo sistema de saúde.

Na verdade, as práticas de construção da política de saúde ultrapassam ou deveria ultrapassar a esfera técnico-burocrática, em que outros interesses estão envolvidos como o

orçamento dos estados e municípios, as reais condições de oferta dos serviços de saúde, os interesses políticos partidários, entre outros.

Qualquer que seja a categoria de análise utilizada, deve ficar claro que a política de saúde consiste no *resultado de diferentes projetos* que, por sua vez *emergem de diferentes atores sociais, grupos, classes ou frações de classe*. Cada projeto ou proposta de política de saúde não representa em nenhuma situação concreta algo determinado, mas sujeito à luta política, mesmo quando tem origem na classe dominante. É, de forma definitiva, o resultado de projetos em conflito e de forças que se representam em um dado momento (EIBENSCHUTZ, 1992 *apud* FLEURY e OUVÉNEY, 2008, p. 53).⁶⁵

No ano de 2010, o SUS completou vinte anos de criação e ainda passa por grandes transformações, visando relacionar os novos conceitos de universalidade, integralidade e equidade, como princípios norteadores do SUS com a ideia de efetivação dos direitos sociais através da implementação dos serviços de saúde.

Contudo, a dificuldade de efetivação destes direitos, assim como os demais reside na dificuldade de participação dos sujeitos, no caso específico deste trabalho, dos agentes subnacionais em participarem com responsabilidade do processo de construção e implementação das políticas e práticas de saúde.

A não participação política transforma sujeitos de direitos em objetos de direitos, passíveis de terem, inclusive, seus direitos aniquilados pela participação de terceiros. Como nos lembra Martins, (2000, p. 11), “(...) ‘idion’ era aquele que, mesmo tendo as condições necessárias à participação, se negava a fazê-lo, daí originando a palavra idiota”.

Sendo assim, os movimentos de luta em torno, principalmente, da Reforma Sanitária Brasileira, trataram de garantir no texto constitucional de 1988 e na Lei Orgânica da Saúde que mecanismos de participação política fossem assegurados e disponibilizados aos cidadãos. Desta forma, foram criadas instâncias participativas como os Conselhos de Direitos e as Conferências de Saúde.

Um avanço significativo ocorrido por ocasião da VIII Conferência Nacional de Saúde, caracterizando-a ainda mais como um marco teórico da Reforma Sanitária brasileira, está expresso na Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de

⁶⁵ Grifos dos autores.

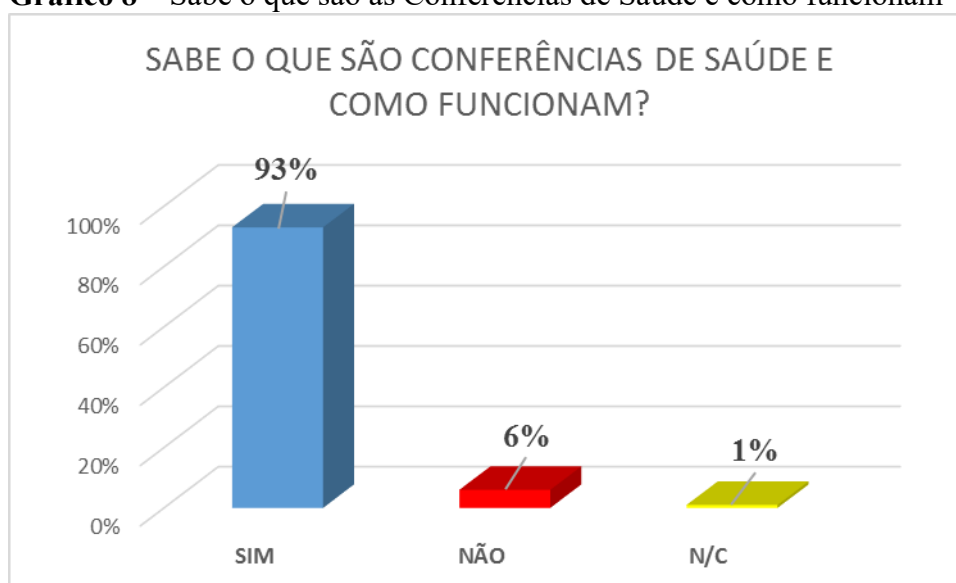
recursos financeiros na área de saúde e outras providências (SILVA, 2004, p. 37).

O movimento de Reforma Sanitária funcionou como importante elemento democrático e de exercício da cidadania, na medida que permitia a participação de vários setores da sociedade na discussão e proposição de soluções práticas para as demandas em saúde da população brasileira. Também porque o Movimento de RSB tratou da ampliação do conceito de saúde, que foi adotado na VIII Conferência, permitindo que o SUS fosse criado e regulamentado através das leis 8.080/90 e 8.142/90 como elemento de consolidação dos Direitos Sociais, bem como reconhecendo os fatores condicionantes e determinantes em saúde.

As Conferências de Saúde acontecem a cada quatro anos, nas três instâncias da esfera política (nacional, estadual e municipal). Delas participam profissionais de saúde, prestadores de serviços, usuários do SUS, representantes do poder público dos três poderes (Executivo, Legislativo e Judiciário), representantes da sociedade civil, de Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OCIPs) e de Organizações de Serviços de Saúde (OSSs), bem como a população em geral e, tem como objetivo, primordial, avaliar o contexto da saúde no país, discutir este contexto e propor novas diretrizes para a formulação de políticas de saúde que promovam a efetivação dos direitos em saúde dos cidadão, como também a qualidade dos serviços de saúde.

A respeito destes dois mecanismos de efetivação da cidadania através da participação política no SUS, passemos aos dados produzidos pelos profissionais de saúde pesquisados.

Gráfico 8 – Sabe o que são as Conferências de Saúde e como funcionam



Fonte: GALVÃO, 2017.

De acordo com o Gráfico 8, 93% dos profissionais de saúde pesquisados afirmaram saber o que são e como funcionam as Conferências de Saúde. Contudo, apenas 17% dos pesquisados afirmaram ter participado de alguma Conferência (municipal, estadual ou nacional).

Os profissionais de saúde apontaram a não flexibilidade dos horários de trabalho nas UBSF e a não substituição dos mesmos como justificativa para não participarem. Poucos afirmaram não ter interesse em participar.

Também foi apontado como motivo para a participação, o fato de alguns profissionais estarem ligados a cargos de coordenação ou planejamento, ou mesmo com o sindicato, especialmente as Enfermeiras das Unidades de Saúde.

No entanto, em contato com as Enfermeiras, responsáveis pela gerência das UBSF pesquisadas, 50% afirmaram que diante do interesse dos profissionais de saúde em participarem das Conferências Municipais, isto poderia ser negociado junto a gestão municipal e os horários de atendimento ou os profissionais serem remanejados a fim de que a população não fosse desassistida.

Não. Nunca participei não. Fica difícil, né? A gente tem que estar aqui e tem que estar na Conferência. Sempre é realizada durante o dia. E mesmo à noite, a gente já trabalhou o dia todo, né? Aí trabalhar a noite também, né? ...fica difícil (Médico, 25 anos, 01 ano que trabalha na área).

Eu já fui sim. Fui muitas vezes...hoje em dia não vou mais. Já me aposentei. Isso aí fica mais para quem está no início de carreira, quer mostrar serviço...ou para quem faz parte da gestão (Médico, 75 anos, 45 anos que trabalha na área).

Sim, quase todos da Unidade sempre vamos. É importante participar, né? Senão como o gestor vai saber das nossas dificuldades. Depois o profissional fica reclamando que nada funciona, que nada presta, mas não faz nada para melhorar a assistência (Enfermeira, 34 anos, 13 anos que trabalha na área).

Dentro da lógica do Projeto de RSB, as Conferências de Saúde foram concebidas possuindo um duplo objetivo: operacional e político. O objetivo operacional pretende que as Conferências sirvam, não só, como espaço de discussão as demandas trazidas pelos usuários, profissionais e gestores; como um espaço de elaboração de propostas para a satisfação das

demandas, bem como de avaliação dos planejamentos já realizados, no intuito de substituí-los ou não, além de funcionar como um espaço, uma oportunidade, de troca de experiência entre os sujeitos.

Desta forma, as Conferências também se configuram como espaços deliberativos, assim como os Conselhos de Saúde. Como já mencionado, no que diz respeito ao objetivo político, as Conferências pretendem consolidar-se enquanto importante instrumento de exercício da cidadania.

Os Conselhos de Saúde, juntamente com as Conferências de Saúde, são instâncias de participação política e de controle social criadas através da Lei n. 8.142/90 e que permitem que a sociedade em geral possa opinar, definir, sugerir, fiscalizar a execução de políticas públicas e das ações de saúde desenvolvidas pelas três esferas da administração pública (federal, estadual e municipal).

Com a participação da comunidade na gestão do SUS se estabelece uma nova relação entre Estado e a Sociedade, de forma que as decisões do Estado sobre o que fazer na saúde terão que ser negociadas com os representantes da Sociedade, uma vez que eles são quem melhor conhecem a realidade da saúde da comunidade. Por isso ela é entendida como uma das formas mais avançadas de democracia (Guia de Referência para Conselheiros Municipais – Ministério da Saúde apud SESPA, 2012, s.p.).

Os Conselhos de Saúde são órgãos deliberativos e colegiados, de caráter permanente. São compostos por oito integrantes que representam de forma paritária o governo e a sociedade civil. Nesta composição estão incluídos prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários.

Sua atuação é, principalmente, na formulação de políticas de saúde, de estratégias e no controle destas políticas e de outras implementadas de forma mais geral pelo Ministério da Saúde. Contudo, suas decisões precisam ser ratificadas pelos chefes do poder público nas esferas referentes (União, estado e municípios).

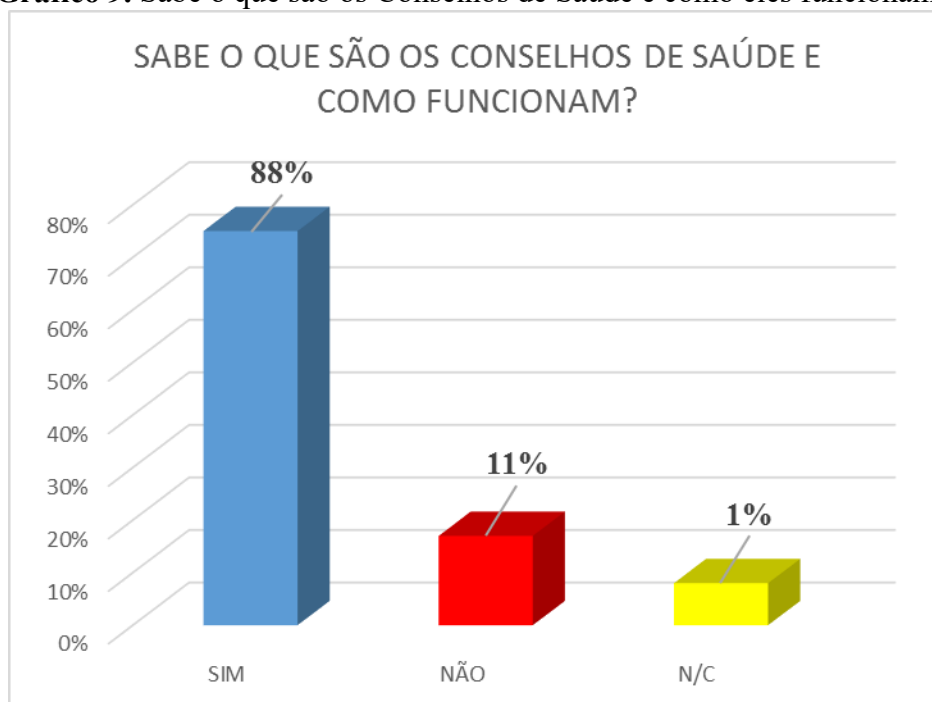
Os Conselhos de Saúde, que corresponderiam a um espaço de controle social para formação de consensos entre pagadores e controle dos provedores pelos pagadores, seriam elementos críticos para garantir os princípios do SUS. Entretanto, pressupõe longos tempos de maturação política para se tornarem mais atuantes (Labra, 2003). E é possível que não tenham ainda como se contrapor aos sistemas de representações de interesses mais maduros, convergentes ou poderosos que povoam essa arena política. Definiu-se,

portanto, uma instância formalmente regulamentada de controle social no SUS, mas fica-se a imaginar se a trajetória de nossos sistemas de proteção social (Mallory, 1999) não conspira contra sua institucionalização (GERSCHMAN e SANTOS, 2006, p. 182-183).

Os Conselhos de Saúde são instâncias de Controle Social, na verdade, são órgãos que permitem que as ações do governo sejam acompanhadas e fiscalizadas pelos cidadãos, buscando aproximar a população das ações governamentais de tal forma que as particularidades culturais, regionais e locais sejam observadas e as demandas em saúde sejam realmente atendidas. Assim, os Conselhos de Saúde deveriam funcionar como mecanismos de democratização do Estado e de incentivo a participação política da sociedade na elaboração e execução de políticas de saúde.

A noção de Controle Social foi tomada da Sociologia e da Psicologia indicando a influência ou coerção do coletivo sobre o individual. Entretanto, esta noção de Controle Social foi alterado pelo movimentos sociais, especialmente, pela Reforma Sanitária, que passou a utilizar-se do termo para indicar os processos e os instrumentos de influência que a sociedade tinha sobre o Estado, (...) “com base no pressuposto de que a sociedade representava o interesse geral e o Estado os interesses particulares, de acordo com o contexto político em que foi formulado, isto é, nas Décadas de 1970 e 1980” (CARVALHO, 1997 *apud* OLIVEIRA, 2004, p. 63)

Gráfico 9. Sabe o que são os Conselhos de Saúde e como eles funcionam?



Fonte: GALVÃO, 2017.

Os dados apresentados no Gráfico 9 revelam que 88% dos pesquisados sabem o que são e como funcionam os Conselhos de Saúde, seguidos de 11% que não sabe o que são e nem como funcionam e, de 1% dos pesquisados que não responderam a questão. Desta forma, 12% dos pesquisados não sabem ou desconhecem sobre os Conselhos de Saúde. Contudo, nenhum dos 42 profissionais de saúde entrevistados nesta pesquisa afirmaram ter participado ou participarem dos Conselhos de Saúde de suas cidades.

Ao leitor desavisado pode parecer que os Conselhos de Saúde são instrumentos recentes de efetivação de direitos, mas sua origem remota os anos 1970, fortalecendo-se nos anos de 1980 com o movimento da Reforma Sanitária. De 1970 a 1995 surgiram no Brasil, segundo Gohn (2000) *apud* Oliveira (2004), Os Conselhos Populares; Os Conselhos Comunitários e; Os Conselhos Temáticos Institucionalizados. O surgimento destes tipos de conselhos ocorreu por iniciativa dos movimentos sociais, das ações que envolvem povo e governo e, por fim, por exigências constitucionais, respectivamente.

É na modalidade de Conselhos Temáticos Institucionalizados que se incluem os Conselhos de Saúde, ao qual trata a Lei n. 8.142/90 e do qual tratamos aqui neste trabalho. Só lembrando que a CF/88 originou vários Conselhos na sociedade, como os Conselhos de Educação, de Turismo, do Direitos do Idoso, entre outros.

Estes Conselhos se constituíram como novos espaços democráticos, construídos, especialmente, no período de Redemocratização do país. Eles funcionam a partir do entendimento de que o Estado deve acolher as demandas sociais e proporcionar a existência e o funcionamento de instrumentos e instâncias políticas que permitam a participação popular, neste caso os Conselhos funcionam como elemento de controle social de forma a intervir e interferir na condução da resolução das demandas sociais, especialmente, das políticas públicas.

Com a democratização do país, a partir de 1985, e a promulgação da Constituição Federal em 1988, a descentralização do sistema de saúde foi proposta e efetivada com a criação do SUS que prevê diferentes funções e responsabilidades para cada esfera de governo (municípios, estados e União) com a responsabilidade de implementar e supervisionar as políticas de saúde, nutrição, controle epidemiológico, vigilância sanitária, entre outras coisas. Foi previsto, também, que os diferentes níveis de governo estabelecessem parcerias com diferentes atores sociais ligados, direta ou indiretamente, à saúde, como os prestadores de serviços (hospitais, laboratórios conveniados, profissionais), os trabalhadores e os usuários do sistema de saúde (OLIVEIRA, 2004, p. 62).

Todavia, a compreensão acerca da atuação dos Conselhos de Saúde ainda é conflituosa tanto por parte da sociedade, quanto por parte do governo. Em outras palavras, a sociedade e os próprios conselheiros desconhecem a legislação que rege os conselhos e a estrutura na qual estão inseridos fazendo com que sua atuação esteja subordinada as relações de poder com o poder público, tornando-se instância de embates políticos partidários e de perseguição política, sobretudo nos municípios pequenos onde, em muitos dos casos, são os próprios gestores municipais que indicam, além dos representantes do governo, os representantes da sociedade civil.

O descumprimento da Lei Orgânica da Saúde ocorre de diferentes formas, que normalmente se somam, como a transformação do secretário de saúde em presidente nato do conselho, ausência de divulgação de ações realizadas, desvinculação dos Conselhos das Conferências, representação dos profissionais da área odontológica apenas no papel (MARTINS *et. al.*, 2009, p. 80).

Por outro lado, o governo acredita que os representantes da sociedade civil, em sua maioria, que compõem os conselhos são desqualificados para tal tarefa por não apresentarem conhecimentos técnicos específicos na área de saúde, especialmente quando os membros dos conselhos que compõem a sociedade civil são usuários e não profissionais de saúde ou prestadores de serviço.

Segundo Bosi e Affonso (1998), por sua vez, os usuários da Rede Pública de Saúde não se sentem capacitados para participar das instâncias decisórias com relação à saúde. Desta forma, nem o governo, nem o próprio usuário se sente capaz de participar e nem acredita que os demais usuários sejam qualificados para representá-los nessas instâncias.

Devido ao caráter paritário dos Conselhos e Conferências de Saúde, não se pode esquecer a participação dos usuários nestas instâncias, haja vista que a parte mais importante do sistema de saúde é o usuário, seja porque o sistema é criado e mantido para suprir as demandas dos usuários, seja porque são os usuários os principais sujeitos envolvidos no processo de consolidação das instâncias e instituições democráticas responsáveis por promover saúde, seja porque o financiamento do SUS vem *a priori* das contribuições dos cidadãos, seja porque profissionais de saúde e gestores também se enquadram na categoria de usuários, haja vista o caráter universal da saúde no Brasil e a escassez de serviços de saúde, sobretudo privados, no interior do país, como é o caso do Cariri Paraibano.

Esse é um aspecto muito significativo considerando o caráter público do SUS, ou seja, o usuário é o legítimo financiador do sistema através do pagamento de impostos mesmo que se utilize a palavra “gratuito” quando se fala de serviços de Saúde Pública. Na medida em que a população integrando os Conselhos de Saúde, discute sobre seus problemas e acompanha a implantação e implementação de Planos de Saúde, explicita seu papel de elemento propulsor de formas administrativas novas e mais democráticas (SILVA, 2004, p. 37).

Seguindo a linha defendida neste trabalho, os usuários não se sentem capacitados para a participação política em decorrência das dificuldades para o exercício da cidadania, necessitando do aprofundamento do processo de *Cidadanização do SUS*; da prevalência do Modelo Biomédico, nesse caso dentro do modelo de atenção do SUS esta incapacitação acontece em relação aos profissionais de saúde em geral e não apenas ao médico; e pela descrença nos mecanismos da Democracia Participativa, mesmo que historicamente as conquistas de direitos tenha ocorrido por meio de lutas e da participação popular. O cidadão brasileiro, além de ainda não ter entendido o que é Cidadania, não compreende que a mesma só se efetiva pelo seu exercício, por isso a necessidade do reforço ao aspecto da *Cidadanização*.

Pelo que verificamos, muito mais do que um diagnóstico do que lhe é devido, falta à população a crença de que a situação pode mudar. Os usuários acreditam que a realidade só pode ser transformada por outros segmentos; se alguém pode transformar essa realidade não são eles, já que se percebem claramente excluídos do poder. Mais do que isso: não percebem em si qualquer possibilidade de exercer poder (BOSI e AFFONSO, 1998, p. 363).

As críticas à atuação aos Conselhos de Saúde indicam uma contradição entre as lutas desempenhadas pelos movimentos sociais e entidades de classe nas Décadas de 1970 e 1980 e a Democracia Consolidada que o texto constitucional garantia até o momento.

Os movimentos sociais do passado instauraram o conceito de democracia, cidadania e direitos, consolidando esta luta e as conseqüentes conquistas na CF/88, por exemplo, em que foi possível a construção e visualização de espaços coletivos democráticos em que os atores sociais passaram a serem reconhecidos como representantes do poder político dentro das instâncias institucionalizadas do governo.

Apesar das avaliações negativas (...) deveremos entender que os conselhos de saúde, e outros conselhos temáticos ou populares, fazem parte da luta pela cidadania e pelos direitos sociais no Brasil. No entanto, alerta-nos Vera Silva Telles que no atual contexto político brasileiro, tanto a cidadania quanto os direitos sociais, ao invés de se ampliarem, estão sendo encolhidos ao lado da reposição de antigas formas de exclusão social e a emergência de outras. E o que é pior, argumenta Telles, naturalizando as distâncias sociais no Brasil como se fossem parte de uma ordem natural das coisas, fora das tramas sociais (TELLES, 1999 *apud* OLIVEIRA, 2004, p. 65).

Ao passo que a Constituição Federal de 1988 visa a solidificação dos direitos sociais, pelo menos de forma oficializada e ratificada judicialmente, vivenciamos a violação destes mesmo direitos cotidianamente pelo Estado, que promove o processo de vitimação da população que fica alijada de efetivar seus direitos, haja vista que a estrutura e dinâmica do sistema de saúde não abarca a demanda dos usuários.

Contudo, é oportuno lembrarmos que *“é função prática da linguagem dos direitos, a de emprestar força particular às reivindicações dos movimentos que demandam para si e para os outros satisfação de novas carências materiais e morais, ao mesmo tempo em que a torna enganadora e obscurece a diferença entre o direito reivindicado e o direito reconhecido e protegido”* (BOBBIO, 1992 *apud* BOSI e AFFONSO, 1998, p. 356).⁶⁶

Este conflito estabelecido dentro dos Conselhos exige de todos os sujeitos sociais envolvidos, bem como dos analistas sociais um esforço na identificação dos problemas e das causas dos mesmos, enquanto mecanismos de combate às injustiças sociais e como entrave para a consolidação da cidadania como elemento de consecução dos direitos sociais.

O desafio que se coloca hoje para os analistas e os responsáveis por políticas públicas cidadãs voltadas para o interesse social é o de melhor compreender de que maneira se dá essa erosão e, simultaneamente, compreender quais são as possibilidades de construção de “arenas públicas que deem visibilidade aos conflitos e ressonâncias às demandas sociais, permitindo, no cruzamento das razões e valores que conferem validade aos interesses envolvidos, a construção de parâmetros públicos que reinventam a política no reconhecimento dos direitos como medida de negociação e deliberação de políticas que afetam a vida de todos” (TELLES, 1999, p. 163 *apud* OLIVEIRA, 2004, p. 65).

⁶⁶ Grifo do autor.

Assim, apesar da garantia da participação popular por meio dos Conselhos e Conferências de Saúde, essa participação não se dá de forma harmônica e nem amplamente promovida.

Como toda instância democrática parte da participação das pessoas para sua efetivação e este se torna um elemento de desagregação, haja vista que é um ponto a se considerar na cultura política brasileira a dificuldade de adesão as instâncias de participação voluntariada e sem remuneração, caso específico dos Conselhos de Saúde.

Contudo, existem outras instâncias de controle social e de participação popular, como por meio das associações profissionais, associações de usuários e de portadores de determinadas patologias, que necessitam se organizar e oficializar na luta dos direitos de saúde como o recebimento de medicação, tratamento e procedimento específicos e, por fim a participação do Ministério Público.

Cresceu também nos últimos anos o papel do Poder Judiciário na implementação das políticas de saúde. Esta participação é expressa pela garantia do acesso do cidadão a recursos do Sistema Único de Saúde por caminhos judiciais, na perspectiva da saúde como direito do cidadão. É bem provável que esse tipo de demanda aumente, principalmente com a organização de alguns grupos de pacientes em associações (VIANA *et. al.*, 2005 *apud* GERSCHMAN e SANTOS, 2006, p. 183).

A questão da Judicialização da saúde aponta para outro entrave de funcionamento do SUS, a sua incapacidade de financiamento do aspecto universal da saúde. Desta forma, a lei garante, mas o fato é que enquanto o Estado não se consolidar nem através das instituições, nem através das políticas públicas, enquanto o responsável por garantir a universalidade da saúde, especialmente, a integralidade dos serviços, mais usuários irão recorrer às instâncias judiciais para obter seus direitos.

E, assim, mais uma vez o Judiciário vai obrigar o Estado a cumprir a lei, haja vista que o governo tem se incumbido de ofertar uma cesta de produtos e serviços de saúde, complementando o restante do que cabe a garantia plena do direito à saúde com a contratação dos serviços privados, ou como se diz popularmente, “se fazendo de morto” e se omitindo a prestação de uma Atenção em Saúde de acordo com o que preconiza a Constituição Federal. Portanto, o problema não é só de governo, mas é, antes de tudo, um problema estrutural.

A que tribunais os indivíduos poderiam recorrer para fazer valer seus direitos a moradia, alimentação, saúde, transportes, educação e, efetivamente, ao trabalho, numa sociedade que se estrutura em torno da propriedade privada dos meios de produção e cuja racionalidade não contempla emprego para todos (FERREIRA, 1993 *apud* MARTINS, 2000, p. 8).

Temos, então, um entrave na base da compreensão da noção de direitos enquanto elemento de conflito no SUS. O embate se dá, especificamente, entre a universalidade do direito político e a premissa dos direitos civis e das liberdades individuais, especialmente na prevalência dos direitos individuais sobre os coletivos, o que faz gerar uma série de demandas que não conseguem ser solucionadas dentro do sistema e chegam ao Judiciário como última instância de garantia de acesso aos direitos.

A judicialização da saúde no Brasil indica fragilidades no sistema de saúde, que apesar de possuir instâncias regulatórias não consegue garantir a plenitude de seus serviços. A questão da Judicialização da saúde, no Brasil, é tão urgente que gerou, por parte do Conselho Nacional de Justiça, uma pesquisa a respeito do tema conforme Arseni e Pinheiro (2015).

A previsão de crescimento das demandas de saúde a serem atendidas através do processo de Judicialização da Saúde decorre, também, das políticas de governo adotadas a partir da promulgação da PEC 55/2016 que instituiu a redução dos investimentos em saúde por 20 anos.

Desta forma, se torna importante nos determos sobre outro conceito importante e responsável, também, pela participação política dos sujeitos sociais, o conceito de Autonomia, o qual abordaremos no item a seguir.

5.1 Autonomia e participação: a dicotomia entre os conceitos de cidadão-cliente e cidadão-usuário

A consolidação da noção de participação dos sujeitos subnacionais na elaboração e aprimoramento das políticas e práticas de saúde torna-se o mecanismo fundamental da efetivação da cidadania e do acesso à saúde enquanto direito universal e, portanto, político.

A manutenção de um ambiente democrático, construído através de um arcabouço jurídico e institucional, bem como a autonomia dos sujeitos sociais são elementos essenciais para a participação política. Portanto, é necessária a exposição do conceito de autonomia utilizado para a elaboração deste trabalho para a compreensão da tese defendida no mesmo.

Assim, o conceito de autonomia é tomado como a capacidade de articulação dos usuários do Sistema de Saúde com a Rede de Serviços de Saúde. No caso do SUS, além da Rede de Serviços, os sujeitos se articulam com a Rede de Atenção em Saúde, que engloba não só a articulação com outros sujeitos como profissionais e gestores, mas a necessidade de participação nas instâncias de decisão política sobre o SUS. O conceito de autonomia tornou-se salutar para o desenvolvimento da noção de Clínica Ampliada e da, consequente, expansão e multidisciplinaridade da Equipe de Saúde.

Autonomia entendida aqui como um conceito relativo, não como a ausência de qualquer tipo de dependência, mas como uma ampliação da capacidade do usuário de lidar com sua própria rede ou sistema de dependências. A idade, a condição debilitante – hipertensão, diabete, câncer, etc, o contexto social e cultural, e, até mesmo, a própria subjetividade e a relação de afetos em que cada pessoa inevitavelmente estará envolvida (CAMPOS e AMARAL, 2007, p. 852).

A participação e a autonomia dos sujeitos foram ampliadas no SUS, em relação a outros modelos de sistema de saúde adotados anteriormente no Brasil, como uma das finalidades centrais da política de saúde no intuito de efetivar os Direitos Políticos. Assim, coube ao próprio SUS contribuir para a construção do processo de autonomia, especialmente através da Lei nº 8.142/90.

Considerar a co-construção de autonomia como uma das finalidades do trabalho em saúde tem importantes implicações políticas, epistemológicas e organizacionais. A adoção dessa diretriz exige uma reformulação ampliada tanto dos valores políticos quanto do sistema de conceitos teóricos que orientam o trabalho em saúde. A principal dessas mudanças refere-se à redefinição do “objeto” do trabalho em saúde: a pensar este “objeto” como uma síntese entre problemas de saúde (riscos, vulnerabilidade e enfermidade) sempre encarnados em sujeitos concretos. Esta valorização do “sujeito” e de sua singularidade altera radicalmente o campo de conhecimento e de práticas de saúde coletiva e da clínica (ONOCKO CAMPOS; CAMPOS, 2009, p. 669).

Destarte, o processo de construção da autonomia dos sujeitos envolvidos com o SUS (profissionais, gestores e usuários) deveria ser adotado como prioridade no mesmo grau de importância que a atenção em saúde propriamente tem. Na verdade, são dois processos complementares que deveriam caminhar conjuntamente, a autonomia e a atenção em saúde. Até porque um interfere no outro ao passo que um se realiza no e a partir do outro.

As concepções de atenção e de autonomia são tomadas, neste trabalho, a partir do reconhecimento de sua dinâmica e, conseqüente, transformação ao longo do tempo, ou seja, atenção e autonomia não são conceitos estáticos. Antes de tudo são condições para que o trabalho em saúde se efetive e, segundo sua natureza, se modifique de acordo com as mudanças históricas e demandas em saúde da população.

Esta argumentação pode ser ilustrada de duas maneiras. Primeiro, por meio do próprio conceito de saúde/doença que ao longo do tempo se modificou, até chegar ao que hoje adotamos como completo bem-estar físico, emocional e social, contemplando as várias dimensões que compõem o ser humano e que interferem em seu estado de saúde/doença. (FLECK *et. al.*, 1999).

Não só o reconhecimento da complexidade que envolve o sujeito em sua capacidade de possuir saúde ou doença, mas no entendimento de que essa definição foi resultante de um processo histórico em que a dimensão do sujeito superou a dimensão da medicalização, alterando a composição e desempenho da clínica, gerando a atenção básica e seus desmembramentos.

Assim como saúde não é mais entendida simplesmente como a ausência de doença. Também no que toca o conceito de autonomia, não o tomamos como a oposição a dependência. Neste caso autonomia é um processo sociopolítico de participação dos sujeitos envolvidos, que sendo capazes de intervir na resolução de suas demandas em saúde vivenciam a experiência da Co construção de espaços e práticas, em que as decisões sobre saúde e, especificamente sobre sua saúde individualmente, sejam respeitadas e postas em debates de forma coletiva, afim de contribuir para a visualização de problemas antes “invisíveis” e de mobilização das esferas competentes para a resolução destes problemas.

Uma condição para a prática da autonomia é a conscientização e ação dos próprios sujeitos envolvidos e da coletividade na qual está inserida, refletindo e ampliando sua capacidade de mobilização, haja vista que os direitos sociais têm como característica a igualdade, especialmente no que se refere a saúde, que adotou a noção de universalidade. Assim, ninguém pode ser excluído, ou não deveria, em termos legais das esferas de tomada de decisão.

Desta forma, “Autonomia poderia ser traduzida, segundo essa concepção, em um processo de co-constituição de maior capacidade dos sujeitos de compreenderem e agirem sobre si mesmos e sobre o contexto conforme objetivos democraticamente estabelecidos” (ONOCKO CAMPOS e CAMPOS, 2009, p. 670)

Entretanto, essa construção e desenvolvimento da capacidade de autonomia dos sujeitos não ocorrem de forma harmoniosa. Esta capacidade do sujeito de ação sobre si e sobre o contexto no qual está inserido denota a capacidade de articulação que a sociedade, as leis e as instituições disponibilizam.

E quando não há disponibilização de certos mecanismos importantes para o estabelecimento da condição de saúde dos sujeitos, é exatamente neste ponto que entra o critério de autonomia dos sujeitos em lutarem, se mobilizarem, se organizarem para que estes mecanismos sejam implantados, seja através de políticas de saúde, seja através das inovações na assistência.

Na verdade, neste processo de autonomia o sujeito lida com as relações de poder estabelecidas na sociedade. Assim, vai depender da capacidade do sujeito em, através de sua reflexão, enfrentar os conflitos e estabelecer parcerias e compromissos com outros sujeitos no intuito de democratizar as discussões acerca de suas demandas em saúde e de construir espaços reivindicatórios para as mesmas.

Um dos grandes entraves para a construção e estabelecimento da autonomia dos sujeitos em saúde é a relação paradoxal de dependência que os sujeitos estabelecem entre si. Não só porque os seres humanos são animais políticos, ou mesmo sociais, precisando viver em coletividade, mas também porque a condição *sine qua non* para a efetivação dos direitos sociais é que eles abarquem, de forma igualitária e universal, a maior parte da população em questão, se não for possível fazer isso em sua totalidade.

A dependência entre os sujeitos se estabelecem no momento em que o exercício ou o acesso de seus direitos está condicionado a atuação desses mesmos sujeitos em suas instâncias próprias de atuação.

Assim, o profissional depende do gestor para garantir as condições de funcionamento dos serviços de saúde, o gestor depende do bom desempenho dos profissionais para garantir a qualidade em saúde, bem como dos usuários que o (re)elegeram futuramente. Os usuários dependem dos profissionais para ter suas demandas em saúde resolvidas.

Como já mencionado neste trabalho, no item que trata das políticas sociais, os direitos quando tomados de forma coletiva são mais eficazes do que os direitos tomados de forma individual, mesmo em se tratando de direitos civis, ou melhor, das liberdades individuais. Mas quando estes direitos que dizem respeito à vida, por exemplo, de um sujeito não é respeitada esse fato atinge a população que vê seus direitos individuais fragilizados e ameaçados.

Assim, autonomia depende do rompimento, em certa medida, da dependência com os demais sujeitos ou, ainda, depende da capacidade de articulação dos sujeitos em transformar uma necessidade individual em saúde em uma necessidade coletiva e, em função disso, em um direito.

Todavia, a questão não é tão simples quanto possa parecer. Há também a questão da hegemonia de grupos, de hábitos e de legislação em períodos específicos da história que também são responsáveis por causar entraves, dificultando o processo de construção da autonomia.

Como exemplo, podemos citar a prevalência da medicina sobre as demais áreas de assistência na saúde, a imposição do ato médico desqualificando os saberes e conhecimento das outras especialidades em saúde; a autoridade dos gestores, sobretudo municipais, que em muitas ocasiões são considerados pelos habitantes de determinado município como o “dono” da cidade, demonstrando nesta relação de poder entre gestor e população que a noção de temporalidade, de elegibilidade e de gerência não foram incorporadas pela população. Em outras palavras, os gestores não são vistos como funcionários da administração pública e sim como a própria administração, como o próprio governo.

Autonomia, neste caso, se opõe ao conceito de heteronomia, em que os sujeitos recebem de outro as leis e diretrizes já elaboradas e em fase de implementação. A autonomia se consubstancia como pilar do SUS, ao passo que proporciona a participação popular na construção das leis, das políticas de saúde, nos Conselhos e conferências de saúde e das práticas de assistência, sobretudo na atenção básica (porta de entrada do usuário).

Uma alternativa que mais obrigatória do que optativa para romper como a heteronomia em saúde é a participação política, o interesse dos sujeitos, a ação dos sujeitos, ou melhor, é o exercício da cidadania como fator de autonomia.

Contudo, a que se ter claro que a autonomia plena não existe e nem é possível dentro do aparato democrático, já que múltiplos fatores e sujeitos atuam na esfera política se mobilizando em torno de seus interesses pessoais ou grupais. Isto não significa que a luta pela construção da autonomia deva ser abandonada. Pelo contrário, é exatamente no embate com outras realidades, outras opiniões e outros grupos que se constrói espaços reivindicatórios e de efetivação da liberdade e dos direitos políticos.

A política deveria ser (e é, ainda que às vezes não consigamos apreciar este fato) ponto de criação e de regulação da autonomia. Examinemos a questão: na medida em que as pessoas se constituem como cidadãos responsáveis

numa sociedade democrática, elas podem – e devem – agir em prol de formas de organização que propiciem a libertação (isto é, a possibilidade de exercício de graus maiores de autonomia) por parte de cada vez maior número de pessoas. Isso como um caminho para facilitar a condenação de práticas deploráveis e corruptas, etc. esse seria o exercício da política incidindo na produção de autonomia, como uma finalidade, como uma diretriz essencial. Mas, por sua vez, precisamos da política como resistência, isto é, como ferramenta para impedir o exercício desenfreado e arbitrário do poder. A obscenidade da autonomia do que acumula poder esmagando a grande maioria que cada vez parece poder menos (graus menores de autonomia) (ONOCKO CAMPOS e CAMPOS, 2009, p. 674).

O reconhecimento da categoria autonomia e da existência e importância dos sujeitos, enquanto peças-chaves para o funcionamento do SUS, foi um grande avanço na política e no modelo de sistema de saúde no Brasil.

Pensar autonomia, criar e manter espaços de discussão como as conferências, espaços de fiscalização e deliberação como os Conselhos de direitos, visualizar os profissionais, suas práticas de atenção ao cuidado e suas demandas no trabalho em saúde, além de reconhecer no usuário um sujeito de direitos, um sujeito reflexivo e participativo são avanços possíveis a partir do SUS. Nenhum outro modelo de saúde implantado antes do Brasil reconheceu os sujeitos envolvidos no sistema de saúde como fundadores e modificadores deste sistema.

Portanto, toda nova instância de debate, de reflexão, toda inovação técnica em saúde, toda capacitação dos profissionais de saúde, todo posicionamento político reivindicatório por parte dos usuários resulta na construção e consolidação da autonomia destes mesmos sujeitos envolvidos no processo de saúde.

As possibilidades dos sujeitos alcançarem seus objetivos por meio da participação estão relacionadas a um conjunto de características comportamentais, como persistência, dedicação, disciplina, resiliência, organização, autocompreensão, coerência dos objetivos, (auto)crítica, reflexão... Contudo, as possibilidades não são dadas apenas pelos sujeitos, pois as instâncias em que a participação é exercida são fundamentais para as possibilidades de consecução de seus objetivos. Por sua vez, as instâncias de participação estão condicionadas pelo regime político da sociedade em que se inserem (SCOREL e MOREIRA, 2008, p. 983).

Em outras palavras, as relações que se estabelecem entre os sujeitos não são relações estáticas e previsíveis, partem, antes de tudo, do sistema de crenças de cada sujeito, do momento histórico o qual o sujeito vivencia e do cálculo utilitário que o mesmo faz ao decidir adotar este ou aquele procedimento em saúde.

Assim, a autonomia reforça a necessidade de participação de profissionais e usuários nos processos decisórios do SUS. Esta participação se dá de várias maneiras, seja compondo os Conselhos de Saúde, os Conselhos de Gestão Tripartite ou ainda os Colegiados de Gestão, bem como por meio da educação continuada dos profissionais envolvidos nos processos de saúde ao passo que possibilita a reconstrução de conhecimentos em saúde e a reformulação das posturas adotadas pelos profissionais em suas práticas cotidianas. Ou ainda na construção e consolidação de uma consciência sanitária entre os sujeitos (usuários, profissionais e gestores).

Um terceiro procedimento que não somente educa, mas que também aumenta a democracia institucional e amplia o poder de influência das deliberações é a adoção de uma metodologia de co-gestão (gestão participativa). Adotar o costume de construir protocolos ou diretrizes clínicas sempre buscando sua construção dialógica: a proposta inicial é elaborada pelos especialistas ou encarregados dos problemas, mas em seguida, institui-se um processo de análise e de reelaboração do documento pelas equipes e pessoas que serão afetadas pela nova diretriz. O mesmo procedimento processual poderá ser adotado quando da elaboração de planos, projetos ou programas, bem quando da realização de avaliações ou de creditações. Tanto a construção de indicadores como a análise sobre seus significados podem ser realizadas de modo compartilhado e não somente pela chefia ou pelos especialistas (CAMPOS e AMARAL, 2007, p. 853).

Mais uma vez o argumento de que o SUS é, antes de tudo, um sistema que pressupõe a participação dos sujeitos envolvidos na sua organização, funcionamento e gestão apresenta-se diante do conceito de Clínica Ampliada, pois como bem afirma Campos e Amaral (2007, p. 855) “a possibilidade da realização de uma clínica ampliada depende da construção de vínculo entre profissional e usuário”.

O estabelecimento deste vínculo se dá por meio de alguns mecanismos como: a existência e funcionamento de instâncias de gestão co-participativa entre usuários, profissionais e gestão; A ampliação da compreensão da noção de direitos; a consolidação na noção de integralidade entre as várias categorias profissionais e saberes correspondentes; a construção de uma consciência sanitária e, a incorporação da noção holística sobre o processo saúde/doença e os sujeitos envolvidos.

Segundo Gomes, é significativa a diferença entre as expectativas, valores e linguagem dos profissionais de saúde e da população, o que traz grandes dificuldades de comunicação entre eles. O próprio autor propõe a solução

para o impasse: a participação comunitária, ou seja, a população deve participar de todas as etapas das atividades de saúde, desde o planejamento, passando pela operacionalização até a avaliação do processo. Além disso, a inclusão de outros profissionais nas equipes de PSF depende principalmente de ações educativas dos profissionais já inseridos, que assim mostrariam à população a necessidade de outras categorias profissionais para um atendimento integral (LOCH-NECKEL *et. al.*, 2009, p. 1469).

Diante da necessidade do desenvolvimento da autonomia dos sujeitos sociais no SUS faz-se necessário estabelecer as linhas conflituosas entre os conceitos de Cidadão-Usuário e Cidadão-Cliente como elemento para a efetivação da autonomia dos sujeitos e as conquistas efetivas em acesso dos serviços de saúde.

O termo Cidadão-Cliente começou a ser utilizado por países como o Reino Unido, Austrália e Nova Zelândia como desmembramento da vertente político-administrativa chamada de New Public Management⁶⁷ e da utilização do Sistema de Commom Law⁶⁸, que visava alcançar uma organização pública mais eficiente e flexível voltada para o atendimento do cidadão (NOHARA, 2012).

Como a Gestão Pública era um ramo do conhecimento novo e ainda em fase inicial de desenvolvimento, os mecanismos de flexibilização do Estado foram retirados da política neoliberal em alta na Década de 1980 e da Administração Clássica e foram adaptados à gestão pública. Assim, os meios utilizados para aumentar a eficiência e a flexibilização do Estado eram, na verdade, medidas de ajuste fiscal e de reestruturação da produção, exclusivamente através da redução da ação do Estado, especialmente nas áreas sociais, das privatização em larga escala e da aplicação de medidas que reduzissem a participação dos sindicatos e associações na tomada de decisões do Estado, reduzindo também os direitos trabalhistas.

Nesta perspectiva de reestruturação do Estado, a ideia de Cidadania e Clientela se juntam na implementação de ações do Estado, mas começam a se tornar muito mais um elemento de conflito do que de organização da gestão estatal.

Assim, a ideia de Cidadão-Cliente torna-se problemática pois o conceito de cidadania tem como pressuposto a participação política. Sendo assim, a cidadania só se efetiva se os cidadãos participarem do processo de sua efetivação.

⁶⁷ Em tradução livre Nova Gestão Pública (New Public Management).

⁶⁸ O sistema de Commom Law é o sistema em que as decisões tomadas por alguns juízes se tornam bases para a adoção de práticas no judiciário, o que na prática vai orientar a decisões de outros juízes, ou melhor, a interpretação que alguns juízes fazem a respeito das leis gera uma espécie de jurisprudência que é repetida pelos demais juízes em suas decisões.

Quanto mais participam, mais os cidadãos se efetivam enquanto cidadãos ampliando, assim, o espaço de participação dos mesmos na esfera política. Portanto, cidadania não é algo dado e estático. Cidadania é, antes de tudo, resultante das relações entre os sujeitos de forma histórica e dinâmica. Cidadania requer autonomia e não heteronomia.

Outro ponto de conflito da noção de Cidadão-Cliente é que Cidadania é um conceito originário e pertencente a esfera política e funciona como mecanismo de efetivação dos direitos. Ao passo que o conceito de cliente diz respeito as relações de mercado estabelecidas entre os sujeitos e passíveis de ajustes pela lei da oferta e da procura, e de regulação por meios jurídicos-institucionais específicos de regulação, como o Código de Defesa do Consumidor e os Juizados Especiais do Consumidor, no Brasil por exemplo.

O mercado tende a transformar qualquer aspecto da vida social em mercadoria e, como mercadoria a vida social passa a ser orientada pelas leis de mercado e ofertadas de forma que os sujeitos possam adquiri-las.

Para Martins (2000), “tudo o que tem dimensão social, cultural, ética, religiosa transforma-se em coisa a ser produzida, devidamente oferecida e um mercado e consumida por ele, como uma mercadoria qualquer, isto é, tudo se reifica, tudo se transforma em coisa (MARTINS, 2000, p. 5)

Já o conceito de cidadania remete à Antiguidade, especialmente aos Gregos e Romanos da forma que foi elaborado e serve de base para o que aplicamos atualmente. Sobre o conceito de cidadania e seu significado já foi tratado neste trabalho de forma a passarmos ao conceito de cliente.

Assim, o conceito de cliente diz respeito, segundo Martins (2000, p. 6) “a palavra cliente significa vassalo, protegido de alguém. Posteriormente, tal palavra foi associada aos protegidos dos senadores romanos, dando origem à expressão clientelismo”

No entanto, o conceito de cliente tomou força na modernidade, reforçado pela ideia de clientela e de mercado, em decorrência do surgimento e consolidação da burguesia enquanto classe social e ao, conseqüente estabelecimento de mecanismos de efetivação da acumulação do poder e de riquezas desenvolvidos pela burguesia, inclusive da elaboração de conceitos e preceitos políticos que passaram a ser tomados como propriamente humanos, a exemplo da igualdade e da liberdade, elementos fundamentais para a consolidação dos Direitos Humanos.

A noção de cliente pressupõe que há uma relação de pagamento de uma parte e da prestação de bens ou serviços por parte de outra. Sendo assim, uma relação comercial e privada. Novamente aparece o conflito no conceito de cidadão-cliente, pois mesmo que se amplie a compreensão de que o cidadão paga impostos e tributos e estes são revertidos em

benefícios aos mesmos por parte do Estado, esta relação de pagamento-produto não é uma relação direta, precisando da intermediação do Estado para a consecução da mesma.

Assim, Estado não viabiliza a prestação de um serviço individual e, sim a implementação de serviços coletivos oriundos de necessidades coletivas mais amplas e fundamentadas na satisfação destas necessidades como garantia de efetivação de direitos. Desta maneira, os direitos são efetivados, por exemplo, através do acesso por parte dos cidadãos aos serviços de saúde ofertados pelo Estado.

“A predominância da economia no conjunto das relações sociais impactou o conceito de cidadania de forma a identificar o cidadão enquanto um cliente, isto é, um simples consumidor individual dos serviços oferecidos pelo Estado” (MARTINS, 2000, p. 5-6).

Esta ideia de que o cidadão paga pelos serviços públicos, da maneira como vem sendo incorporada pelo discurso oficial dos governos e nas políticas sociais, a chamada *Tax Payers*, inverte o sentido de cidadania, haja vista que o cidadão não é objeto de uma política pública com o intuito de suprir uma necessidade desta política, ao contrário é a política que surge para suprir uma necessidade do cidadão, e se o mesmo participar da efetivação da sua cidadania, ele efetiva a sua participação política na elaboração e fiscalização desta política pública tornando-o sujeito político (NOHARA, 2012).

Esta participação deve ser sempre coletiva, senão romperá com o critério de igualdade e universalidade presente na cidadania. Assim, o Estado deve servir a fins coletivos que visem o bem comum e, não o beneficiamento de interesses privados. Por isso, as instâncias de participação política têm que ser garantidas pelo Estado em toda a esfera política, já que o mercado não tem os mesmos objetivos e nem está balizado nos mesmos princípios que o Estado.

Outro entrave no conceito de Cidadão-Cliente diz respeito a garantia do direito do cliente de reclamar questões relativas à qualidade dos produtos e a prestação serviços. Contudo, isso ocorre após o cliente ter acesso ao produto ou ao serviço.

Também o não acesso ao mesmo possibilita este direito. No caso da cidadania, esta pressupõe que o direito do cidadão é anterior a prestação do serviço, ou seja, o cidadão ao participar da elaboração de políticas públicas orienta como o serviço deve funcionar ou o produto deve ser a fim de atender às necessidades coletivas de efetivação de seus direitos.

Mais ainda, a cidadania garante que o cidadão tenha seu direito de participar de todas as instâncias de decisão, compreendendo a universalidade do direito, e não apenas de assuntos que lhe digam respeito diretamente, por exemplo um não portador de diabetes e não profissional de saúde pode participar das discussões a respeito da elaboração e implementação

de uma política de saúde voltada para a atenção aos diabéticos, haja vista que a saúde é um bem público, um direito universal.

Este mecanismo de participação política é o que efetiva a cidadania, efetiva os direitos, efetiva a condição de sujeitos de direitos e não objeto de direitos. E, desta forma, retira do cidadão da condição de mero conhecedor de seus direitos sem possuir o entendimento necessário sobre os mesmos para que sua cidadania seja efetivação.

O conhecimento a respeito dos princípios formuladores dos direitos e a respeito dos mecanismos para acessá-los, efetivando a cidadania é o que defendemos como o processo de *cidadaniação*. Assim, cidadania não se inscreve no campo do conhecimento apenas, mas no domínio dos mecanismos para efetivação dos direitos por meio deste conhecimento.

Restringir o cidadão àquele que simplesmente conhece direitos e deveres é vê-lo enquanto um indivíduo passivo, que os recebe e tem de cumpri-los passivamente, isto é, abdicando da possibilidade de ser sujeito no processo de elaboração deles. Desta passividade e indiferença, vista por Gramsci como o “peso morto da história”, decorre também a acriticidade, ou seja, o indivíduo passivo respeita os direitos e deveres que lhes são impostos sem questionar seus princípios, suas finalidades, a que interesses eles servem, enfim, sem se envolver com a dinâmica sócio-política, econômica e cultural que os forjou e sedimentou na sociedade, tendo em vista uma determinada correlação de forças entre os grupos sociais (MARTINS, 2000, p. 9).

No Brasil, o conceito de Cidadão-Cliente aparece oficializado no Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (BRASIL, 1995) ainda no Governo Collor. O Plano tem total orientação neoliberal e situa a saúde como um elemento de manutenção do Estado, mas privilegiando a participação privada e a adoção de critérios de produção mercadológica na Saúde Pública.

Apesar da tentativa do discurso oficial, fundado na participação democrática e na descentralização administrativa da saúde promulgada na Constituição Federal de 1988, uma leitura mais detalhada do Plano revela as orientações administrativas privadas voltadas para a eficiência e eficácia dos produtos e serviços de saúde. Sendo assim, um dos objetivos do Plano era: “Aumentar, assim, a eficiência e a qualidade dos serviços, atendendo melhor o cidadão-cliente a um custo menor” (BRASIL, 1995, p.47).

Como já foi exposto neste trabalho, apesar da Constituição Federal de 1988 adotar a descentralização como um elemento importante para a consolidação da democracia no país, os governos seguintes a promulgação da Constituição não investira esforços neste processo.

Também, os governos demoraram a fazer a substituição das políticas e das instituições representativas do Modelo de Seguro Social, baseado na assistência médica previdenciária, para o Modelo da Seguridade Social baseado na universalização da saúde.

Desta forma, ainda no Governo Collor, as ações governamentais tentavam aplicar mecanismos de gerência científica para implementar as adaptações necessários a máquina administrativa estatal para garantir o cumprimento do texto constitucional.

O paradigma gerencial contemporâneo, fundamentado nos princípios da confiança e da descentralização da decisão, exige formas flexíveis de gestão, horizontalização de estruturas, descentralização de funções, incentivos à criatividade. Contrapõe-se à ideologia do formalismo e do rigor técnico da burocracia tradicional. À avaliação sistemática, à recompensa pelo desempenho, e à capacitação permanente, que já eram características da boa administração burocrática, acrescentam-se os princípios da orientação para o cidadão-cliente, do controle por resultados, e da competição administrada (BRASIL, 1995, p. 7).

Assim, o conceito de Cidadão-Cliente foi incorporado as políticas de governo no país, circunscrito numa área de modernização e democracia. Contudo, o conceito de Cidadão-Cliente indicava que os interesses de econômicos, mais especificamente os interesses de mercado, que tradicionalmente orientam a trajetória política no país, estavam longe de serem abolidos.

De forma que a transição do Modelo de Seguro Social para o Modelo de Seguridade Social parecia não ter acontecido na prática, já que o SUS ainda baseava a sua oferta de serviços de saúde não na ampliação da Rede Pública de Saúde, mas na contratação dos serviços de saúde da rede privada.

Sendo assim, a adoção da noção de Cidadão-Cliente não foi difícil, nem por parte do discurso oficial, nem por parte dos usuários dos serviços de saúde, já que muitos usuários do SUS também mantem Planos de Saúde privado e, portanto, são enquadrados nestes planos enquanto clientes.

Diante do exposto, defendemos que o conceito Cidadão-Cliente não se aplica corretamente aos usuários do SUS, pois a Saúde é um direito e não um produto que pode ser adquirido ou regulado de acordo com o poder aquisitivo dos que necessitam dos serviços de saúde.

A universalidade do direito à saúde, a integralidade na oferta dos serviços de saúde e na composição das equipes profissionais multidisciplinares e, a equidade no acesso ao sistema

de saúde quebra com a ideia de Cidadão-Cliente, mesmo que este seja contribuinte de impostos e tributos. Portanto, o SUS só comporta o uso do termo Cidadão-usuário, ou mesmo usuário.

Destarte, a compra dos serviços de saúde da rede privada, por parte do governo, destinada a suprir as demandas de atenção em saúde do SUS e, a adoção de técnicas de eficiência e eficácia oriundas da regulação do mercado, corroboram para a utilização do conceito de Cidadão-Cliente pelo SUS.

Satisfazer as demandas em saúde corresponde a assegurar o acesso da população a efetivação de seus direitos, no caso o direito a saúde. Desta forma, a satisfação das demandas em saúde passa a ser a justificativa do governo para mercantilização da mesma, enquanto operacionalização do Sistema de Saúde.

No entanto, a demanda em saúde é diferenciada da demanda de mercado, da demanda econômica, pois a demanda de mercado diz respeito a demanda por um bem ou serviço tomado como fim.

Na saúde, os bens e serviços são tomados como meios, tanto para a efetivação do direito em saúde como para a consecução do fim que é a própria saúde. Assim, partimos do pressuposto que “a demanda por um bem ou serviço pode ser definida como *a quantidade do bem ou serviço que as pessoas desejam consumir em um determinado período de tempo, dadas as suas restrições orçamentárias*” (IUNES, 1995, p. 99).⁶⁹

Ainda segundo Iunes (1995, p. 99), “o conceito de demanda está baseado em uma estrutura de preferências”. Grosso modo, os sujeitos consomem um bem ou um serviço de acordo com suas preferências, ou com o que está disponível no mercado, ou ainda de acordo com o seu poder aquisitivo, ou mesmo de acordo com o conjunto de todos estes fatores.

Na satisfação das demandas, o consumidor considera vários elementos entre um bem ou serviço e outro bem ou serviço, ou seja, o consumidor compara o custo-benefício entre os produtos disponíveis no mercado e seu poder aquisitivo e faz sua escolha.

Assim como o consumidor, o Estado também planeja a aquisição de bens e serviços, pois considera a aplicação dos recursos disponíveis e as demandas previstas, não reais. Na satisfação da demanda, o Estado também considera as restrições orçamentárias.

As pessoas possuem recursos limitados e procuram distribuí-los entre produtos, serviços, lazer, poupança, etc., para conseguir a maior utilidade. Assim, a combinação de bens e serviços que desejamos consumir é

⁶⁹ Grifo do autor.

determinada não apenas por nossas estruturas de preferencias, mas também pelo montante de recursos que possuímos (IUNES, 1995, p. 102).

Da mesma forma é o Estado, que precisa administrar as demandas oriundas de vários setores e ainda administrar, especialmente aumentando, as formas de acumulação de capital para utilizar na satisfação das demandas. No entanto, as demandas que o Estado precisa administrar são de outra natureza que as demandas de mercado propriamente ditas. O Estado precisa administrar a efetivação de direitos por meio da satisfação de bens e serviços. E isto se torna problemático.

E muitas vezes o Estado faz uma escolha por satisfazer determinado tipo de demanda. Assim, no Brasil, mesmo antes do SUS esta tendência se manteve, o Estado optou por satisfazer as demandas ligadas à saúde preventiva, a Atenção Básica, e deixou as demandas de alta complexidade para o setor privado.

O SUS também oferece serviços de média e alta complexidade, mas em menor quantidade que os serviços ofertados pela rede privada. Portanto, é grande a contratação de serviços de alta complexidade da rede privada, o que atrela o Estado aos interesses dos grupos privados.

(...) o âmbito do que se qualifica como público, ligado ao interesse geral, não é delimitado de maneira isenta, uma vez que o Estado é um lugar de domínio e de conflitos, contraditório em sua natureza, e não um espaço de neutralidade, situado além e acima das diferenças constitutivas do social (AUGUSTO, 1989, p. 107)

Com relação a saúde a satisfação da demanda não segue os mesmos critérios que a satisfação das demandas de consumo. Em saúde, muitas das vezes, o “consumidor” não pode escolher o momento de adquirir o produto, ou as formas de pagamento, ou comparar os custos-benefícios relacionados a aquisição ou não do produto.

A questão é exatamente esta, em saúde existe uma previsão de demanda, mas esta previsão é muito fluída, pouco confiável e a não satisfação da demanda acarreta uma perda fatal, a vida ou agravos no estado de saúde, o que, conseqüentemente, gerará mais demanda por bens e serviços de saúde.

Segundo Iunes (1995), podemos enumerar os elementos que permeiam a demanda em saúde em: 1. A demanda é irregular e imprevisível; 2. A demanda ocorre em circunstâncias anormais, a doença; 3. O consumo de bens e serviços envolve riscos para o paciente e para o mercado; 4. Existe a crença de que o conselho do médico está dissociado de seu interesse

próprio; 5. A ética médica condena a propaganda e a competição entre os médicos; 6. A entrada de profissionais no mercado é determinada por vários requisitos; 7. Também a discriminação de preços no mercado de serviços médicos; 8. As relações entre médico e paciente se estabelecem pela crença no conhecimento dos médicos e na ignorância dos pacientes.

Levando em consideração estes elementos, o mercado de saúde estipulou preços e pacotes de serviços que, como em toda empresa, diminuam ou controlem os custos e aumentem os lucros. Entretanto, o Estado não pode funcionar como uma empresa privada, por mais que queira tornar-se eficiente e eficaz.

Assim, em relação à saúde a eficiência e eficácia do Estado está na promoção da saúde, na redução dos agravos, na maior oferta de serviços de saúde e, no alcance de maiores números de cidadãos protegidos por suas ações. Diminuir os custos também entra no rol de objetivos de eficiência e eficácia do Estado.

Contudo, o lucro não é financeiro e sim, o lucro é saúde dos usuários. Assim, os custos diminuem ao passo que as medidas preventivas custam menos ao Estado do que as medidas curativas. O lucro do Estado está na diminuição dos custos e não em ganhos oriundos da venda de produtos e serviços de saúde.

No entanto, a inexistência de regras de eficiência e eficácia específicas para a saúde, mais ainda, específicas para sistemas de saúde como o sistema brasileiro, pautado na universalidade e na gratuidade, torna-se um entrave para a avaliação do sistema de saúde e aprimoramento do mesmo. Assim, os interesses do Estado chocam-se com os interesses de mercado em saúde, o que dificulta a implementação de políticas de saúde e impossibilita a garantia dos direitos universal em saúde. Desta forma, aparece outro elemento relevante para a satisfação das demandas que precisa ser considerado, o fator necessidade.

Sob um primeiro exame, o conceito de demanda se choca diretamente com o conceito de necessidade. Enquanto o primeiro está centrado sobre a liberdade e a autonomia de escolha do consumidor segundo sua própria estrutura de preferências, o conceito de necessidade é uma definição exógena feita por *expert* (IUNES, 1995, p. 116).

Em saúde, utilizando-se mecanismo de mercado para o alcance da eficiência e eficácia, a necessidade é estipulada através de uma previsão realizada pelos médicos a respeito da quantidade de serviços de saúde que deverá ser consumido em determinado tempo

a fim de produzir a cura do paciente. Também a necessidade é gerada pelo conhecimento a respeito da existência ou não de determinada patologia.

Em termos eficiência e eficácia, as necessidades são estipuladas segundo Iunes (1995, p. 116) de acordo com:

- a) a existência de um padrão claramente definido do que seja “boa saúde”;
- b) conhecimento perfeito das condições de saúde da população;
- c) conhecimento perfeito da capacidade das intervenções médicas para melhorar as condições de saúde das pessoas.

O que chama a atenção é que o mercado de saúde ainda fundamenta suas ações na atenção médica, descartando ou menosprezando a ação e a avaliação dos demais profissionais de saúde, bem como a prevalência do modelo biomédico em detrimento do modelo sanitário.

Neste ponto, funda-se mais uma distinção entre as ações de saúde implementadas no setor privado e as implementadas pelo setor público, que no Brasil tenta adotar o modelo de Reforma Sanitária como fundamental da Atenção Básica.

Contudo, o que está sendo abordado aqui é o caráter mercadológico da saúde. Assim, a noção de mercantilização dos serviços de saúde está presente, não só na elaboração de políticas de saúde, orientadas pelos conceitos de eficiência e eficácia, mas na avaliação do desempenho dos profissionais de saúde.

Assim, semelhante a uma empresa que se organiza com o objetivo para que toda a sua produção satisfaça o mercado, o sistema de saúde começa a ser organizado para suprir as demandas de saúde. Contudo, o problema se estabelece no seu fundamento e não no seu produto final, a saúde.

O problema entre os fundamentos e a operacionalização do SUS se apresenta como elemento crucial para a o bom funcionamento do mesmo, ou até mesmo para suprir as demandas de saúde da população. E isso determina toda a organização do Sistema de Saúde, que passa a trabalhar de forma dúbia e dissonante de seus fundamentos, pois o fundamento do SUS é servir como instrumento de efetivação dos direitos por meio da oferta e do acesso aos serviços de saúde.

Um exemplo prático entre fundamentos e operacionalização do SUS pode ser analisado através do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), o que faremos no item a seguir.

5.2 Qualidade em saúde: o PMAQ-AB e o debate entre saúde como direito e saúde como mercadoria

Uma das características do SUS é que ele é um sistema contínuo de aperfeiçoamento em saúde. Aperfeiçoamento em práticas de saúde e aperfeiçoamento da aplicação de suas diretrizes, objetivos e princípios, de acordo com as mudanças sociohistóricas ocorridas no país e com as necessidades em saúde da população localizada em diferentes regiões geográficas, faixa etária, sexo ou contexto socioeconômico.

Desta forma, visando o aperfeiçoamento e melhoria dos serviços de saúde, o SUS adotou o conceito de Qualidade em Saúde, que consiste, basicamente, na “(...) ausência de defeitos, fazer certo da primeira vez, conformidade com as exigências e expectativas do cliente, sentir orgulho do que se faz” (D’INNOCENZO, ADAMI e CUNHA, 2006, p. 84).

A adoção do conceito de Qualidade em Saúde surge da necessidade de adequação do sistema de saúde à uma política neoliberal adotada pelo Estado brasileiro, especialmente a partir da Década de 1990 e da adoção de parâmetros de mensuração dos resultados obtidos com a implementação de novas políticas públicas de saúde e de novas abordagens terapêuticas.

Assim, como supramencionado o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (BRASIL, 1995) traça as diretrizes para modernização e flexibilização das ações e da estrutura do Estado seguindo as normas de mercado. “Todas as metodologias de padronização – protocolos, fluxograma, cadeias de cuidado e acreditação – tentam transportar para os serviços e sistemas de saúde a lógica da linha de produção” (CAMPOS e AMARAL, 2007, p. 851).

Neste ponto, este trabalho pretende indicar a trajetória da incorporação do conceito de Qualidade em Saúde no sistema de saúde no Brasil, a partir do campo pesquisado, bem como indicar o que representa a utilização dos indicadores de Qualidade em Saúde, ou seja, na prática de saúde como o conceito de Qualidade em Saúde é compreendido e vivenciado pelos profissionais de saúde das UBSF do Cariri Paraibano.

Inicialmente, partimos do entendimento do conceito de Qualidade em Saúde que foi adotado e adaptado a partir do modelo industrial de produção desenvolvido por estudiosos norte-americanos, especialmente *Deming*⁷⁰, a respeito da gestão da qualidade. Estes estudos

⁷⁰ William Edwards Deming (1900 – 1993). A contribuição de Deming aos processos produtivos mundiais, especialmente após a Segunda Guerra Mundial nos Estados Unidos e no Japão, é amplamente reconhecida. Seu

atingiram seu auge, sobretudo no período pós-Segunda Guerra Mundial e ficou conhecido como Reestruturação Produtiva. (MENDES, 1993).

Assim, com a falência dos métodos tradicionais de rendimento da produção (Taylorismo-Fordismo-Keynesianismo), novas formas de gerência da produção foram aplicadas à indústria. Surgia, então, o Toyotismo, baseado no *Just in time* ou produção a tempo, como ferramenta para proporcionar a economia nos custos da produção e, conseqüentemente, aumento dos lucros (ANTUNES, 2011).

Além do *Just in time* outros elementos foram introduzidos à produção em série, de forma a garantir a qualidade dos produtos, a diminuição do tempo e a eficiência da produção. Esta nova gerência da produção propunha a aplicação de novos conceitos, métodos e técnicas para implantar, manter e avaliar a qualidade.

O *Just in Time* ou a Produção a Tempo, ou ainda, a Produção por Demanda, é um sistema de administração da produção que se fundamenta na noção de que tudo o que for produzido deve ser transportado e vendido imediatamente a partir da demanda direta e não da expectativa de mercado, utilizando, para tal, princípios de redução dos estoques e, conseqüentemente, dos custos decorrentes (ANTUNES, 2009).

A ideia da produção por demanda configura-se no ponto de que uma mercadoria só é produzida quando já vendida, ou seja, quando a demanda pelo produto existe de fato. Assim, um primeiro passo é vender o produto, depois adquirir a matéria prima necessária a sua produção, subseqüentemente produzi-lo, fabricá-lo e, finalmente, finalizar a sua comercialização.

Não há elemento da moderna administração industrial mais discutido e estudado do que o "Just-in-Time"(JIT). "Uma verdadeira revolução" e "mudança de paradigma" são expressões comumente associadas ao JIT, que traduzem o impacto exercido sobre as práticas gerenciais. Operacionalmente, basta dizer que JIT significa que cada processo deve ser suprido com os itens e quantidades certas, no tempo e lugar certo (GHINATO, 1995, p.170).

O conceito de Qualidade em Saúde não foge as regras do conceito de Qualidade da Produção, haja vista que foi retirado e adaptado do modelo de Produção Industrial, que reproduz os mecanismos de produção e das relações de produção estabelecidas entre os sujeitos que participam deste processo, no caso específico os trabalhadores da saúde, mais especificamente os que integram a Atenção Básica do SUS. Assim, a produção por demanda

método visava a melhoria da qualidade do produto e o aprimoramento dos processos de teste e vendas dos produtos por meio da utilização de Testes de Hipóteses e Análises de Variantes. (WALTON, 1989).

também é observada na saúde através de elementos como Demanda Reprimida, População Adstrita e Agendamento de Consultas.

Berwick afirma que é possível adaptar os conceitos de qualidade utilizados na indústria, para o setor saúde, até com certa facilidade, dando exemplos concretos da utilização das tradicionais ferramentas da qualidade (D'INNOCENZO; ADAMI; CUNHA, 2006, p. 85).

Contudo, a produção por demanda leva em consideração uma produção planejada baseada na demanda de mercado. Em saúde um problema se apresenta, a espontaneidade das epidemias ou agravos de doenças novas e ainda sem diagnóstico preciso, devido à falta de pesquisas na área, por exemplo.

Desta forma, não há previsibilidade quanto a demanda existente. Associa-se a isso o fato de que a Atenção Básica está ligada as peculiaridades legais da administração pública no que diz respeito a aquisição de material e contratação de pessoal, normalmente processos demorados e burocratizados que dificultam o pronto atendimento, ou a produção por demanda, dos usuários do SUS.

Mesmo dentro do modelo de Produção Industrial foram adotados elementos que garantissem ou visassem garantir a incorporação de princípios de valorização do trabalho e, consequentemente, do trabalhador.

Contudo, a inserção de novas formas de gerenciamento do trabalho não surgiu de forma espontânea e nem como aprimoramento das técnicas de produção já existentes. Essas novas formas de gerenciamento do trabalho surgem a partir da crise internacional do capitalismo na Década de 1970, em que o modelo baseado no Fordismo-Taylorismo não atendia mais as demandas da produção em série, da produção em massa. Assim, foi buscado novos padrões que satisfizessem as necessidades de produtividade seguindo a lógica de mercado (ANTUNES, 2011).

Nesta perspectiva surgiram novas estratégias de gerenciamento do trabalho, as chamadas Novas Políticas de Recursos Humanos (NPRH), que como bem nos lembra Lima (1996 *apud* Moraes e Iguti, 2013, p.416), “essas novas estratégias de gerenciamento recebem as mais diversas denominações: ‘gerenciamento estratégico participativo’, ‘gerenciamento de terceiro tipo’, ‘pós-fordismo’, ‘gerenciamento da qualidade total’.

A marca central da organização moderna ou pós-moderna continua sendo o autoritarismo. Um autoritarismo, às vezes, revestido com palavras doces – parceria, integração, desenvolvimento de RH, flexibilização –, mas enganosas. Além de integrar-se ao espírito da firma, espera-se que os

empregados o façam com um entusiasmo expressivo, quase histórico (CAMPOS, 2007, p. 23 *apud* MORAES e IGUTI, 2013, p. 417).

Todas essas formas de reestruturação da produção reconhecem que não é mais possível utilizar métodos baseados apenas nos mecanismos de produção propriamente dito, como instrumentos e instalações de produção, por exemplo. Se fez necessário a elaboração de novas técnicas de produção que considerassem o trabalhador e o consumidor como parte importante desse processo.

Desta forma, a preocupação com a qualidade dos serviços prestados em saúde, mais precisamente, da assistência em saúde prestada pelo sistema público de saúde não é recente. Desde a criação do SUS que foram criados mecanismos de participação da população usuária na avaliação e gestão do SUS. A questão é se esse modelo industrial supre as necessidades do modelo em saúde, já abordadas no item sobre Cidadão-Cliente e demanda em saúde.

A busca de qualidade associada a produtividade, tornou-se um objetivo das empresas em mercados competitivos, empresas situadas nos setores secundário e terciário da economia, tanto e que hoje se fala em qualidade de quase tudo, qualidade de produtos, serviços, do ambiente, enfim, qualidade de vida. Contudo, a operacionalidade deste conceito é variável e as empresas situadas no setor terciário possuem especificidades que não lhes permitem utilizar os mesmos métodos de controle de qualidade utilizados na indústria. Sabe-se que desde o início do Século já existiam tentativas de aplicar técnicas da gerência industrial em unidades hospitalares, mas, e a partir das Décadas de 60 e 70 que efetivamente, verifica-se a incorporação desse tipo de técnica gerencial a saúde, graças ao avanço tecnológico e aumento dos custos da assistência médica (MENDES, 1993, p.211).

Em outras palavras, diante das necessidades de criação de novas técnicas de produção, especialmente depois da Década de 1970, com a incorporação das NPRH e dos grupos de Controle de Qualidade, a saúde, enquanto direito, enfrenta o desafio de equalizar os elementos impostos por uma política neoliberal, por um lado, regulada pelas leis de mercado, sobretudo no tocante a produtividade e qualidade e, por outro lado, a consolidação dos direitos sociais e do exercício da cidadania através do acesso a saúde.

Na alegoria de Bourdieu (1998) – de que o Estado possui uma “mão direita”, que representa e opera os interesses do Capital, e uma “mão esquerda”, que representa e opera as políticas sociais e os interesses da classe trabalhadora –

o Estado neoliberal torna-se definitivamente destro (MORAES e IGUTI, 2013, p. 417).

No Brasil o processo de adoção de uma política estatal neoliberal, inclusive na saúde, iniciou-se ainda no Governo Collor (Década de 1990) e aprofundou-se no Governo Fernando Henrique Cardoso (FHC), que atingiu um patamar essencial no governo chegando a constituir-se um Ministério, o Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado (MARE), chefiado por Bresser Pereira. “Para além da proposta de privatização da economia, a reforma do Estado brasileiro previa a incorporação de elementos típicos das NPRH na gestão dos serviços públicos, visando a uma transição da chamada administração burocrática para a administração gerencial”. (MORAES e IGUTI, 2013, p. 418).

No Brasil, a partir da Década de 1990, o setor saúde foi afetado pelas ações decorrentes da política de reforma do Estado, e uma das justificativas levantadas foi a necessidade de modernização e introdução do país no cenário internacional. O Estado passou a ser visto como uma máquina ‘pesada’, ineficiente e altamente burocrática (SEIDL *et. al.*, 2014, p.96).

Em 1993, a Organização Mundial da Saúde definiu Qualidade em Saúde a partir de um conjunto de elementos que incluem a satisfação dos usuários com os serviços de saúde, competência profissional e a eficiência na utilização dos recursos.

Desta forma, o cumprimento de metas e a avaliação dos elementos de efetivação da qualidade em saúde tornaram-se um processo dinâmico e contínuo, que também é técnico, intencional e político, e, portanto, isento de neutralidade (D’INNOCENZO, ADAMI e CUNHA, 2006).

Assim, o processo de avaliação da qualidade pode ser aplicado a todo tipo de serviço ou organização, bem como qualquer ramo da atividade profissional nas mais diversas áreas do conhecimento, desde que observadas as peculiaridades de cada área, setor e atuação profissional.

Segundo D’innocenzo; Adami; Cunha (2006), na avaliação da qualidade, as observações de alguns elementos são essenciais, como: 1. Disponibilidade; 2. Confiabilidade; 3. Validade; 4. Discriminatoriedade; 5. Sensibilidade; 6. Abrangência; 7. Objetividade; e 8. Baixo Custo.

O desenvolvimento da aplicação da noção de Qualidade em Saúde encontrou na Joint Commission Accreditation of Healthcare Organization (JCAHO), instituição criada nos

Estados Unidos, seu maior aliado, que tem aprimorado os mecanismos de avaliação do desempenho e da qualidade, bem como da satisfação e melhora na condição de saúde dos pacientes. Esta associação foi criada em 1988 como desmembramento da Comissão Conjunta de Acreditação de Hospitais, em 1951⁷¹ (D'INNOCENZO, ADAMI e CUNHA, 2006).

Na Década de 1980 começou a ser implantada no Canadá medidas que assegurassem a qualidade em saúde baseadas no modelo americano, com o diferencial de também mensurar a competitividade entre os profissionais e a existência dos aspectos éticos e profissionais (MENDES, 1993).

Na América Latina o movimento pela qualidade em saúde foi iniciado pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS) e pela Federação Latino Americana de Hospitais, mas de forma muito diferenciada do modelo adotado nos Estados Unidos, Canadá e alguns países da Europa, com a contratação de serviços de saúde ao setor privado por parte do Estado.

A criação de comissões de avaliação e monitoramento da Qualidade em Saúde surgiu em países, os quais o sistema de saúde é majoritariamente privado, como a exemplo dos Estados Unidos, que juntamente com a Inglaterra é responsável pela elaboração de maior parte dos instrumentos de avaliação do bem-estar e da qualidade de vida, assim como dos instrumentos de avaliação da satisfação do consumidor em saúde. Esses instrumentos têm sido traduzidos e utilizados por diversos países. A avaliação da qualidade de vida é um fator essencial no entendimento e realização da avaliação da Qualidade em Saúde (FLECK *et. al.*, 1999)

A constatação de que não havia nenhum instrumento que avaliasse qualidade de vida dentro da perspectiva transcultural motivou a Organização Mundial da Saúde a desenvolver um instrumento com estas características (WHOQOL GROUP, 1995). O grupo de Qualidade de Vida da OMS, sob coordenação de John Orley, definiu *qualidade de vida*⁷² como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHOQOL GROUP, 1994). Nesta definição fica implícito que o conceito de qualidade vida é subjetivo, multidimensional e que inclui elementos de avaliação tanto positivos quanto negativos. (FLECK *et. al.*, 1999, p. 199).

⁷¹ “Em 1913, foi fundado o Colégio Americano de Cirurgiões, estabelecendo padrões para funcionamento dos hospitais e em 1818 foi criada a JCAH (Joint Commission on Accreditation of Hospitals)” (MENDES, 1993, p. 213).

⁷² Grifos do autor.

Buscando a elaboração de critérios próprios de eficiência e eficácia em saúde, inicialmente, o conceito de Qualidade de Vida foi utilizado seguindo a lógica de que Qualidade em Saúde significava o êxito em esforços que garantissem a vida.

Contudo, esse conceito é muito genérico e dificulta a avaliação dos indicadores de Qualidade em Saúde. Assim, a Qualidade em Saúde continuou a ser avaliada seguindo critérios industriais de produção.

Ao se adotar critérios oriundos da produção industrial, o sistema de Qualidade em Saúde também se baseia na adoção de sistema de aferição de resultados e, consequentemente, de aprimoramento da produção. Na Produção Industrial, “segundo Monden, as melhorias oriundas das APG's⁷³ utilizam dois canais distintos: o conhecido Círculo de Controle de Qualidade (CCQ) e o Sistema de Sugestões também bastante difundido no ocidente (GHINATO, 1995, p.180).

Outro elemento também utilizado para otimizar o processo de produção foi o Controle da Qualidade Zero Defeitos, que se baseou na redução dos custos de reposição do produto já comercializado e na satisfação do consumidor. Em saúde esses elementos podem ser traduzidos por meio da satisfação dos usuários. Contudo, até que fosse possível mensurar a satisfação dos usuários, os métodos adotados seguiram a lógica da produção industrial.

Foi introduzido o Controle de Qualidade no planejamento porque, o produto para sair perfeito teria que ser pensado perfeito, e é incorporado a esta fase do processo, que o Controle de Qualidade passou a ser uma tarefa gerencial. A gestão da qualidade se fundamenta em uma visão sistêmica das organizações, onde as funções do gerente são: evitar problemas (entenda-se administrar conflitos), dispor de meios para aferir resultados (o que em serviços de saúde nem sempre tem sido possível), investigar fatos com bases em dados, métodos e técnicas, ou seja, desenvolver atividades que implicam em planejar, fazer, checar e agir e que correspondem ao ciclo PDCA (plan, do, control and action) (MENDES, 1993, p. 213).

A incorporação dos mecanismos de mensuração da qualidade pela indústria ocorreu na Década de 1950 e nas duas Décadas seguintes (1960-1970) foram absorvidas pela saúde com o intuito de monitorar e mensurar a qualidade dos serviços de saúde prestados. Assim, a ideia de melhoramento contínuo e de eficiência na documentação dos procedimentos realizados norteou a implementação dos serviços de saúde, que inicialmente foram aplicados no setor hospitalar (MENDES, 1993). Só depois, no ano de 2011, que foram aplicadas nas UBSF, mesmo estas Unidades tendo sido criadas juntamente com o antigo PSF em 1993.

⁷³ APG – Atividades de Pequenos Grupos.

Em geral, a avaliação da qualidade é realizada tendo por base variáveis gerenciais, segundo o enfoque de sistemas. Procura medir as condições estruturais dos serviços, desde os parâmetros físicos, de habilitação de pessoal, e/ou do desempenho do equipamento. Outras maneiras de realizar a avaliação são através de indicadores do processo, função de sensibilidade das tarefas ou especificações de assistência médica e da indicação e aplicação apropriada da terapêutica (D'INNOCENZO, ADAMI e CUNHA, 2006, p. 85).

Os primeiros estudos realizados sobre qualidade em saúde foram desenvolvidos por Avedis Donabedian nos Estados Unidos tendo como elementos norteadores três componentes: Estrutura; Processo; e Resultados⁷⁴ (D'INNOCENZO; ADAMI; CUNHA, 2006).

O componente Resultados é o que melhor ilustra a preocupação do Ministério da Saúde no Brasil, especialmente no que se refere a satisfação com os serviços recebidos por parte dos usuários e do estabelecimento de vínculos entre os usuários e os profissionais de saúde.

Segundo Mendes (1993, p. 213), Donabedian elabora três definições de Qualidade, são elas: A Definição Absolutista, “onde o que importa é o equilíbrio entre benefícios e riscos, sendo que o profissional define os objetivos da atenção”. A Definição Absolutista prioriza o saber médico e a utilização das tecnologias disponíveis em saúde.

A Definição Individualista ocorre “quando o juízo sobre a qualidade considera valores, desejos e expectativas do paciente” (MENDES, 1993, p. 214). A Definição Individualista para Mendes (1993, p. 214) é a mais utilizada pelos serviços privados de saúde, pois “diz-se que não se deve agregar valor a um produto ou serviço se o usuário não o reconhece como tal”. E por fim a Definição Social.

Definição Social – é aquela que, além do benefício líquido, prioriza a distribuição social dos custos e benefícios, ou seja, a equidade,

⁷⁴ O componente **Estrutura** corresponde às características relativamente estáveis e necessárias ao processo assistencial, abrangendo a área física, recursos humanos (número, tipo, distribuição e qualificação), recursos materiais e financeiros, sistemas de informação e instrumentos normativos técnico-administrativo, apoio político e condições organizacionais. O componente **Processo** corresponde à prestação de assistência segundo padrões técnico-científicos, estabelecidos e aceitos na comunidade científica sobre determinado assunto e, a utilização dos recursos nos seus aspectos quanti-qualitativos. Inclui o reconhecimento de problemas, métodos diagnósticos, diagnóstico e os cuidados prestados. O componente **Resultados** corresponde às consequências das atividades realizadas nos serviços de saúde, ou pelo profissional em termos de mudanças verificadas no estado de saúde dos pacientes, considerando também as mudanças relacionadas a conhecimentos e comportamentos, bem como a satisfação do usuário e do trabalhador ligada ao recebimento e prestação dos cuidados, respectivamente. (D'INNOCENZO; ADAMI; CUNHA, 2006, p. 85).

coletivizando-se benefícios e custos. Assim, a mais alta qualidade seria aquela que produzisse a maior utilidade para toda a população, de forma que todos contribuíssem de modo equivalente à sua capacidade de pagar (MENDES, 1993, p. 214).

Nesta perspectiva foi lançado em 2011, pelo Ministério da Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)⁷⁵, que tem como objetivo principal a valorização e o estímulo dos profissionais da saúde que atuam em equipes multiprofissionais no âmbito da Atenção Básica (AB) e da Estratégia de Saúde da Família (ESF).

O PMAQ-AB está organizado em quatro fases que conformam um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica (BRASIL, 2012a *apud* SEIDL *et. al.*, 2014, p.96): Fase 1 – ‘Adesão e contratualização’; Fase 2 – ‘Desenvolvimento’; 3 – ‘Avaliação Externa’; e Fase 4 – ‘Recontratualização’ (SEIDL *et. al.*, 2014, p.96).

O PMAQ-AB está sendo desenvolvido no Brasil pelo Ministério da Saúde, sendo uma das políticas implementadas pelo SUS em parceria com algumas instituições de pesquisa e ensino por meio do estabelecimento de consórcios. Estas instituições tem um papel decisivo no processo avaliativo da Qualidade em Saúde do Programa e são selecionadas a partir da comprovação de sua referência em saúde.

O Departamento de Atenção Básica/Ministério da Saúde (DAB/MS), responsável pela criação do PMAQ-AB, convidou instituições de ensino e pesquisa que compunham a Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde (Rede APS) da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), dentre elas a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), a participarem do processo de operacionalização da fase de avaliação externa, atuando desde na elaboração dos instrumentos, definição de logística de campo e a aplicação dos instrumentos de avaliação. (SEIDL *et. al.*, 2014, p.96).

É exigido que estas instituições, além de serem referência na área, também demonstrem conhecimento prévio a respeito da população a ser pesquisada e da equipe de

⁷⁵ O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) foi criado pela Portaria nº 1.654/11 do Ministério da Saúde.

saúde a ser avaliada, bem como da região geográfica onde esta avaliação ocorra (RODRIGUES, SANTOS e PEREIRA, 2014).

Os novos arranjos institucionais, com foco nas parcerias, contribuem para o desenvolvimento da corresponsabilização e o fortalecimento dos processos decisórios de forma mais horizontal e coadunam-se com o modelo proposto de organização das Redes de Atenção à Saúde, onde se enfatizam esforços de decisão e implementação das políticas públicas, além da reciprocidade e confiança que se estabelecem entre os atores envolvidos (FIRMINO, 2011 *apud* RODRIGUES, SANTOS e PEREIRA, 2014, p.178).

Sendo assim, a Rede de Atenção⁷⁶ fica responsável por reordenar os serviços de saúde a partir de uma avaliação ampla dos serviços ofertados, do acesso a esses serviços e de seu desempenho.

No processo de ordenação dos serviços de saúde e de adequação da oferta destes serviços diante da necessidade de consolidação dos Direitos Sociais e de Reforma do Estado, adequando-o a uma política neoliberal e de mercado, foi dada ênfase ao processo de avaliação do Programa.

Assim, o PMAQ-AB passou pela chamada Avaliação Externa ou Técnica de Entrevista. Essa avaliação foi composta por instrumentos de coleta de dados, que foram agrupados em três categorias.

Módulo I – Observação na unidade básica de saúde, cujas questões foram direcionadas para a realização do censo de infraestrutura da unidade de saúde; Módulo II – Entrevista com profissional de saúde de nível superior sobre processo de trabalho da equipe de Atenção Básica e verificação de documentos da UBS; Módulo III – Entrevista com o usuário na Unidade Básica de Saúde sobre satisfação e condições de acesso e utilização de serviços de saúde (BRASIL, 2012b *apud* SEIDL *et. al.*, 2014, p.96).

A exemplo do PMAQ-AB, o governo brasileiro e a iniciativa privada têm criado programas de controle e incentivo da qualidade tanto na rede pública quanto privada de saúde. Estes programas baseiam-se no Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar elaborado desde 2002 e que conta com a presença da Organização Nacional de Acreditação (ONA) para sua administração, inclusive emitindo certificados de qualidade para os serviços de saúde

⁷⁶ A Portaria GM 4.279/10 institui a Atenção Básica como responsável pela gestão da Rede de Atenção. (RODRIGUES; SANTOS; PEREIRA, 2014).

avaliados. Segundo informações na homepage da ONA⁷⁷, a Organização tem “um caráter eminentemente educativo, voltado para a melhoria contínua”. Os manuais de Acreditação foram adaptados às necessidades de Avaliação da Atenção Básica, assim o PMAQ-AB passou a utilizar critérios próprios para avaliar as UBSF que aderiram ao Programa.

A Organização funciona seguindo três critérios de avaliação da Acreditação: Voluntariado; Periodicidade; e Reserva. Em outras palavras são avaliados serviços de saúde que se oferecem de forma voluntária para tal finalidade, escolhendo a ONA como instituição responsável pela avaliação da qualidade dos serviços de saúde. Também, a avaliação é contínua enquanto durar o período de certificação e, por fim, é reservado, ao passo que as informações coletadas nos serviços de saúde avaliados são sigilosas, portanto, não são divulgados.

Contudo, os profissionais entrevistados para a realização deste trabalho apontaram que o programa de qualidade existe, mas que nunca receberam a verba de incentivo destinada aos profissionais.

Estes profissionais alegam, ainda, que ao atingirem as metas estipuladas novas metas são criadas sem que com isso seja possível alcançar as metas continuamente, bem como estabelecer um padrão de atendimento baseadas nestas metas e, especialmente, o recebimento do incentivo salarial que nunca chega às suas mãos.

A criação de novas metas quando as antigas são atingidas é uma das características do Taylorismo, enquanto modelo de produção industrial que baseado em retirar o máximo da capacidade produtiva do trabalhador (BRAVEMAN, 1981).

Por outro lado, novas metas sendo criadas indica, também, que o sistema de saúde está se auto avaliando e reformulando-se continuamente a fim de atender as necessidades de atenção em saúde de seus usuários.

O PMAQ-AB pode ser gasto com muita coisa. Nunca ficou...não tem uma portaria que defina o que é para realmente fazer. Ele diz o que pode... fazer e o que não pode. Mas esse pode, pode várias coisas, né? Inclusive pagar como muitos municípios pagam gratificações aos profissionais. Aí foi onde gerou um pouco de problemas, né? Que aí até hoje nós não recebemos PMAQ-AB. Sabemos que o município recebe. Há exatos quatro anos o município recebe PMAQ-AB. A gente nunca...tecnicamente viu qual foi a melhoria que teve como o PMAQ-AB, com a verba do PMAQ-AB, a gente não conseguiu distinguir. (Enfermeiro, 30 anos, há 6 anos trabalha na área)

⁷⁷ ONA. <https://www.ona.org.br/Pagina/27/O-que-e-Acreditacao>.

Ouvi falar do PMAQ-AB ontem, porque aqui...eu trabalhei num PSF na graduação, mas como era só como estágio, não tinha remuneração nem nada, eu não conheci. Ontem me falaram sobre o PMAQ-AB, que é tipo uma participação de Qualidade em Saúde. E aqui em (nome do município) foi cortado pelo município. Não sei se tem um repasse. Não sabia também, conheci ontem. Eu acho que tinha ouvido na graduação, mas não dei importância (Médico, 25 anos, há 1 ano trabalha na área).

O desconhecimento acerca do PMAQ-AB, como ilustrado na fala do médico em destaque, nos remete, novamente, a hipótese de que este desconhecimento gera a falta do exercício de cidadania, ao passo que desqualifica o cidadão a lutar por seus direitos.

Em linhas gerais, os programas de qualidade em saúde, da forma como estão sendo implantadas, acabam por transformar a relação entre profissionais e o sistema de saúde em uma relação industrial, de produção em série, mercadológica.

É necessário ter em mente que quando se fala em qualidade em saúde não se está se referindo, apenas, a satisfação dos usuários com os serviços prestados ou a melhoria na condição geral de saúde da população.

Antes de tudo, está se falando de produção em saúde, de forma a assegurar os altos índices de aceitação e satisfação dos usuários com o sistema de saúde, consequentemente, com a política social adotada pelos governos, sobretudo o governo federal.

Mais uma vez o caráter político da avaliação da qualidade em saúde aparece, demonstrando que o aspecto político é um dos principais elementos norteadores do SUS na medida que para a produção em saúde é salutar a participação política dos sujeitos em sua construção.

Enquanto o SUS busca se consolidar enquanto um Direito Universal e Integral, a aplicação do conceito de Qualidade em Saúde apresenta-se como um elemento de entrave nessa consolidação, ao passo que coloca em conflito por um lado “a mão invisível do Estado” e por outro a estatização dos serviços de saúde.

Desta forma, falar de Qualidade e do Programa de Qualidade no sistema de saúde brasileiro se faz necessário devido à sua relevância apontada pelos profissionais pesquisados e por seu embate da saúde entre direito e mercado.

Assim, atingir as metas não são apontadas na prática como prioridade em assistência pelos entrevistados, haja vista que estas metas parecem estar muito distantes da realidade vivenciada na atenção básica.

Vejamos o que diz uma das enfermeiras entrevistadas a respeito do programa de qualidade.

A atenção básica tem mudado um pouco o foco da prevenção para a cura, é aquela burocratização. Você tem que atender, você tem cumprir meta, você tem que cumprir isso. E quem conhece a Atenção Básica sabe que a gente não funciona, não deveria funcionar desta forma. É a questão do preventivo. É você estar mais próximo a sua comunidade. É você estar mais próxima nas visitas, nas palestras, fazendo este mutirão, fazendo esse ‘ajuntamento’ de pessoas. Mas pela burocratização, pelo cumprimento de metas, pela exigência a gente às vezes está muito mais trancado dentro de uma sala do que deveria” (Enfermeira, 26 anos, há 2 anos trabalha na área).

Outro elemento apontado como entrave para uma boa atenção em saúde e para a adoção de programas de qualidade é que a qualidade requer uma gerência e nas UBSF a gerência é realizada pela Enfermeira. Contudo, a base da atenção básica e, especificamente, da assistência nas UBSF é o trabalho em equipe. Assim, o trabalho da enfermeira de coordenar as ações da equipe na Unidade fica comprometido pela obrigatoriedade do cumprimento de metas dos programas de qualidade que os gestores públicos municipais adotaram como mecanismo de acesso a mais verbas provenientes do governo federal, já que nem sempre essas metas indicam melhoria real na saúde da população. Um bom exemplo disso é o PMAQ-AB e a ideia distorcida do que é o Profissional de Referência.

O conceito de **profissional de referência** ⁷⁸ é um instrumento importante para a reconstrução dessa clínica ampliada. O profissional de referência é o encarregado da coordenação de uma série de casos, sejam em enfermarias, unidades de urgência ou terapia intensiva, seja em ambulatórios. Valendo-se de mecanismos de adscrição de clientela e constituição de cadastros personalizados, cada profissional de referência terá o encargo de acompanhar as pessoas ao longo de todo seu tratamento naquela organização, providenciando a intervenção de outros profissionais ou serviços de apoio conforme o necessário e, finalmente, assegurando sua alta e continuidade de acompanhamento em outra instância do sistema. (CAMPOS e AMARAL, 2007, p. 855).

No casos das UBSF, o Profissional de Referência é a Enfermeira. O problema está no acúmulo de atividades apontado pelas Enfermeiras das UBSF pesquisadas, já que o

⁷⁸ Grifo nosso.

Profissional de Referência não é mais um profissional que atua na UBSF. Na verdade, o que passa a existir é a função de Profissional de Referência, mas não o cargo.

A Prefeitura de João Pessoa adotou recentemente, no momento ainda de forma experimental, a figura do Gerente de Unidade. De fato, este Gerente está desempenhando as funções de Profissional de Referência, em que sua atuação é bem diferente da atuação do(a) Enfermeiro(a) nas UBSF.

Por um lado, a existência e a manutenção do Profissional de Referência dentro da Unidade corrobora para a consolidação do modelo de RSB, para a consolidação dos saberes multidisciplinares. Por outro lado, mais atribuições são relegadas aos Profissionais de Referência sem que, por exemplo, o mesmo seja mais capacitado ou remunerado para tal, como é o caso das Enfermeiras que passaram a acumular atribuições nas UBSF onde esse modelo foi adotado.

Se você tem uma Equipe que ainda trabalha um pouco coordenada, o técnico lhe ajuda, se o dentista for... e a questão pessoal. Ele quer lhe ajudar, porque a responsabilidade ele joga toda em cima de um profissional. Você tem que fazer 48 cálculos todo mês. Você tem que preencher um Banner de Sala de Situação. Você tem que fazer isso. E a responsabilidade fica muito em cima de uma pessoal só. Porque a gestão e até o próprio Programa diz o seguinte é do Gerente da Unidade. Esse gerenciamento normalmente é feito pela questão da Enfermagem. (Enfermeira, 30 anos, há 5 anos trabalha na área).

Na prática a ideia de adotar mecanismos de gerência científica, ou melhor, de aumento de rendimento da produtividade sobre a saúde tem causado uma confusão na utilização do termo Qualidade. De sorte que os profissionais de saúde entrevistados apontam para a representação de que qualidade em saúde é melhoria dos serviços de saúde ofertados, ou seja, mais diversidade e quantidade de profissionais e recursos, do que o sentido de qualidade da produção industrial.

Tomando o PMAQ-AB como exemplo, e todos os seus requisitos para funcionamento e adesão, temos a seguinte fala de enfermeiras entrevistadas que ilustram esta de diferenciação e representação do que é qualidade em saúde.

Então, a gente tem hoje o Programa de Avaliação da Qualidade, o PMAQ-AB, é um programa mágico que seria para você ver a qualidade acontecendo. Mas a única coisa que eu vi a mais, foi realmente as gestões trazendo mais a questão estrutural, reformando Unidades, fazendo a

reestruturação e jogando um monte de papel em cima da gente para preencher.” (Enfermeira, 34 anos, há 13 anos trabalha na área)

Não se tem como fazer qualidade se não há entendimento sobre o que é essa qualidade. Um atendimento de qualidade é aquele onde você vai fazer a escuta do usuário, é onde você consegue ter um encaminhamento efetivo, é onde você consegue ter um retorno, um reencaminhamento também das especialidades dizendo, fazendo realmente este entrave, esta intersectorialidade. É você ter a referência e você ter a contra referência. É você caminhar junto com esse usuário, porque você sabe que a gente da Atenção Básica a gente só não mora com ele, mas a gente vive continuamente com ele”. (Enfermeira, 31 anos, há 9 anos trabalha na área).

As Enfermeiras entrevistadas referem-se ao PMAQ-AB por meio de termos utilizados na saúde, na Atenção Básica, longe da utilização de termos próprios da Administração, da Gerência Científica. Contudo, as entrevistadas se referem aos termos e conceitos típicos da saúde como ausência dos mesmos.

Logo, há uma distância entre a noção de qualidade em saúde como a promoção da saúde da população, a melhoria das questões sanitárias e, conseqüentemente dos índices de saúde da população e o controle epidemiológico e, a Qualidade em Saúde como satisfação das necessidades de acesso aos produtos e serviços e saúde, aumento da produtividade da equipe e racionalização dos custos.

O PMAQ-AB funciona com incentivos de duas formas. Primeiro, os recursos são investidos na infraestrutura das unidades de saúde, na reforma dos prédios, na aquisição de maquinário e insumos para a realização dos atendimentos.

Segundo, por meio de gratificações que vão diretamente para os profissionais daquelas unidades conveniadas e que atingiram as metas estipuladas pelo Programa. Nos municípios pesquisados, os profissionais apontaram que, apesar de serem conveniados ao PMAQ-AB que nem veem a reforma das unidades e nem recebem a gratificação na remuneração.

Outro elemento presente no programa de qualidade é que as regras de adesão e as metas são estipuladas retirando dos profissionais e/ou dos usuários a condição de participação e de decisão sobre o assunto, ou seja, impedindo que o direito político de participação no SUS, um de seus pilares, seja efetivado pelos cidadãos e até mesmo pelos gestores municipais, haja vista que o PMAQ-AB é um programa coordenado pelo governo federal.

Quando o gestor municipal faz a adesão ao PMAQ-AB, ele aceita as regras e normas impostas pelo Programa. Sua função é garantir, a partir de então, o cumprimento de metas por

parte dos profissionais de saúde do município, no intuito de receber recursos provenientes do Programa para reestruturação e aparelhamento das UBSF; capacitação dos profissionais e incremento da gratificação dos mesmos. Desta forma, o Conselho Municipal de Saúde tem seu poder deliberativo cerceado, ficando restrito ao acompanhamento dos mecanismos de n das metas em garantir a melhoria da qualidade de saúde da população.

O esquema de avaliação do PMAQ-AB segue o sistema 4T utilizado pela indústria para solução de conflitos. Este sistema se baseia na hierarquização das decisões referente aos programas implementados. Seguindo o modelo 4T o PMAQ-AB choca-se com um dos fundamentos do SUS, a participação política, haja vista que limita a participação dos agentes subnacionais de avaliarem o programa segundo necessidades locais e elaborarem soluções para os problemas enfrentados.

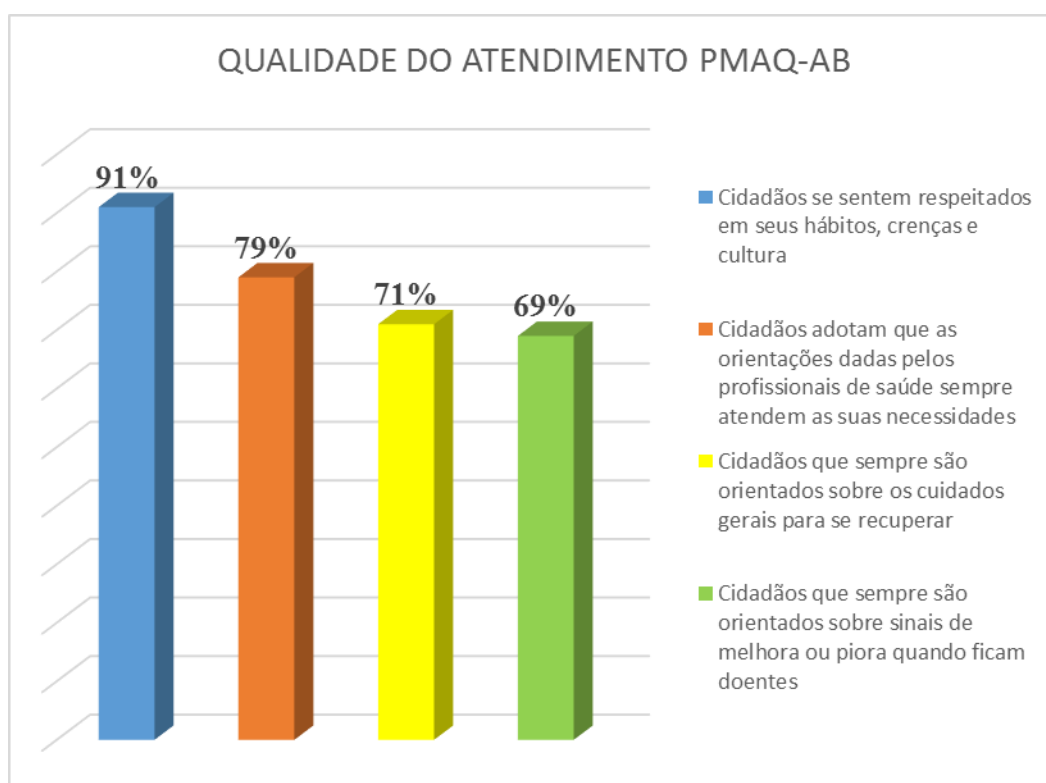
O sistema 4T⁷⁹ confia na solução de conflitos através dos eficientes grupos de trabalho face a face, utilizando uma rede de interação-influência, pois a resolução de conflitos, quase sempre, envolve mudanças. Experimento conduzido por Lewin *apud* LIKERT descobriu “que um método de decisão grupal, em que o grupo como um todo tomava a decisão de que seus membros deveriam mudar de conduta, era de duas a três vezes mais eficiente na produção de mudanças reais, do que um sermão exortando a mudança”. Na visão do gerenciamento orientado para obtenção da qualidade total, as iniciativas de mudanças devem partir do primeiro escalão, atingindo os demais grupos como um efeito em cascata (MENDES, 1993, p. 216).

A partir de dados encontrados no portal online do PMAQ-AB foi construído o Gráfico 10, que melhor ilustra a relação de qualidade entre usuários e profissionais e da eficácia dos procedimentos de saúde adotados. Sem esquecer que o PMAQ-AB segue a lógica de produção industrial, a lógica da satisfação da Qualidade em Saúde. Desta forma, “aqui é possível construir uma analogia entre o usuário do SUS e o ‘cliente’ da empresa privada. A satisfação da clientela é um dos elementos centrais do PMAQ-AB” (Pinto; Sousa; Florêncio, 2012 *apud* MORAES e IGUTI, 2013, p. 421).

⁷⁹ O sistema 4T foi criado buscando-se superar as limitações do modelo Taylorista nas organizações modernas e diante das transformações recentes da economia, com a incorporação do conceito de Qualidade da Produção Foi desenvolvido por Likert (MENDES, 1993). Renis Likert (1903-1981) realizou vários estudos buscando demonstrar a eficiência dos modelos de gerência que associam modelos de liderança com uma política de gestão de pessoas. (Adaptado de Wikipedia, disponível em https://pt.wikipedia.org/wiki/Rensis_Likert). O sistema 4T é formado por quatro modelos de liderança, são elas: 1. Autoritário Explorador; 2. Autoritário Paternal; 3. Consultório; 4. Participativo e Democrático. Para Likert, o melhor modelo, o que garante melhor eficiência é o 4T, o modelo Participativo e Democrático.

Outra informação sobre este gráfico e sobre o PMAQ-AB é que os dados são agrupados sem discriminar as localidades a que pertencem, nem sequer a região do país é discriminada, o que apresenta falhas na avaliação das necessidades em saúde da população brasileira atingida pelo Programa, já que assim o aspecto da Territorialidade, elemento que compõem a seleção da população adscrita, deixa de ser considerado.

Gráfico 10 - Qualidade do Atendimento PMAQ-AB⁸⁰



Fonte: GALVÃO, 2017.

A partir dos dados apresentados no Gráfico 10, podemos observar que todos os itens avaliados obtiveram percentual acima da média 50%, especialmente o item em que ‘Cidadãos se sentem respeitados em seus Hábitos, Crenças e Cultura’ com o percentual de 91% apontados pelos usuários, seguidos de 79% em que Cidadãos apontam que as orientações dadas pelos profissionais de saúde sempre atendem as suas necessidades. Também 71% dos pesquisados apontaram que Cidadãos que sempre são orientados sobre os cuidados gerais para se recuperar e, por fim, 69% apontaram o item Cidadãos que sempre são orientados sobre sinais de melhora ou piora quando ficam doentes.

⁸⁰ Gráfico construído a partir de dados retirados do site oficial do PMAQ-AB. http://dab.saude.gov.br/portaldab/cidadao_PMAQ-AB2.php?conteudo=resultado_avaliacaoFORM

As variáveis de avaliação do atendimento pelo PMAQ-AB dizem respeito a critérios de terapêutica ligados a uma noção de educação sanitária da população. Porém, critérios de resolubilidade das demandas de saúde dos usuários não entram nesta avaliação. Por exemplo perguntas como se o problema foi solucionado e em quanto tempo, se foi resolvido na própria Unidade ou precisou da intervenção de outros profissionais, não são realizadas.

Neste ponto, o PMAQ-AB busca implementar um sistema de qualidade na produção em saúde influenciado por uma política neoliberal, “que recomendava, em linhas gerais, maior respeito à dinâmica de mercado, privatização de serviços públicos, constituição de organizações autônomas, submetidas a mecanismos de concorrência” (CAMPOS e AMARAL, 2007, p. 856), aliado a construção deste mesmo sistema baseado no entendimento de saúde enquanto um direito, consolidando, “no caso do SUS, o direito à saúde, o funcionamento em rede hierarquizada e regionalizada, a integralidade da atenção e a gestão participativa” (CAMPOS e AMARAL, 2007, p. 856).

A adesão ao PMAQ-AB habilita determinado município a receber mais verbas do governo federal e a ingressar em programas de saúde de média e alta complexidade se atingir as metas de qualidade estipuladas pelo Ministério da Saúde. Estas metas partem do princípio da contínua vigilância do desempenho como um elemento de todo o sistema de garantia de qualidade.

No processo de obtenção da Qualidade em Saúde, implantado por meio do PMAQ-AB, são avaliados a Estrutura Física das Unidades de Saúde, os processos de trabalho dos profissionais das UBS e a satisfação dos usuários dos serviços de saúde.

Contudo, observamos que no Módulo II da Avaliação Externa, apenas os profissionais de nível superior são entrevistados a respeito do processo de trabalho⁸¹. Este aspecto da avaliação indica problemas ou falhas na execução ou concepção do Programa, haja vista que o SUS baseia-se na construção coletiva dos serviços como elemento de consolidação da saúde como um direito. Sendo assim, parte dos profissionais que compõem as equipes da Atenção Básica não participam do processo de elaboração e nem do processo de avaliação do PMAQ-AB.

A questão encontrada aqui é de que seguindo a lógica de incorporação da lógica da Produção Industrial e das novas formas de organização do trabalho, como as NPRH, que foram associadas à Qualidade em Saúde e aplicadas na formação do modelo do PMAQ-AB, os profissionais continuam sem participar da elaboração do seu processo de trabalho, assim

⁸¹ Módulo II – Entrevista com profissional de saúde de nível superior sobre processo de trabalho da equipe de Atenção Básica e verificação de documentos da UBS. (SEIDL et al, 2014, p.96).

como no modelo de Gerência Científica proposto pelo Taylor em que um de seus princípios consiste na separação entre concepção e execução (BRAVEMAN, 1981).

O dilema é aplicar as novas NPRH dentro da perspectiva dos direitos sociais e dos aspectos participativos do SUS, inserindo todos os profissionais envolvidos. A distância entre concepção e execução possibilita o não entendimento dos fundamentos da atenção em saúde e a adoção do modelo sanitário e universal de saúde.

A gestão do trabalho compreende as relações de trabalho a partir de concepção na qual a participação do trabalhador é essencial para a efetivação do nosso sistema de saúde. Entende-se, assim, que este é coparticipante nas ações e decisões, não estando reduzido a um agente passivo cumpridor de tarefas. Nessa perspectiva, o trabalho é visto como um processo de troca, com coparticipação e coresponsabilização (SEIDL *et. al.*, 2014, p.96).

A proposta do SUS, desde sua criação pela Constituição Federal de 1988 e pelas leis 8.080/90 e 8.142/90, é de que o SUS expressasse todos os princípios defendidos pelos militantes da Reforma Sanitária. Assim, o SUS, por meio de seu caráter democrático e participativo, funcionaria como elemento de justiça social, de consolidação dos direitos sociais e, sobretudo, de equidade entre os cidadãos.

“O Sistema Único de Saúde tem como meta tornar-se um importante mecanismo de promoção da equidade no atendimento das necessidades de saúde da população, ofertando serviços com qualidade adequados às necessidades, independente do poder aquisitivo do cidadão” (SESPA. s.d.). Essa equidade também se expressaria por meio da ação dos profissionais da saúde.

Desta maneira, foram organizadas as equipes da Estratégia Saúde da Família, de forma a garantir a equidade entre os profissionais, acabando com as posições hierárquicas dentro das UBS, bem como no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Essa equidade entre os profissionais da saúde dá origem ao conceito de Equipe Ampliada adotada na elaboração deste trabalho e do qual trataremos a seguir como elemento fundamental para o entendimento da saúde enquanto direito, ao passo que este mesmo elemento se torna o entrave para o bom desempenho do SUS. “Por bom desempenho entenda-se um sistema com capacidade para interferir positivamente no bem-estar da população” (CAMPOS e AMARAL, 2007, p. 856).

No entanto, da forma como a avaliação do Programa está organizada, utilizando apenas os profissionais com formação acadêmica, indica que há uma ruptura ou uma

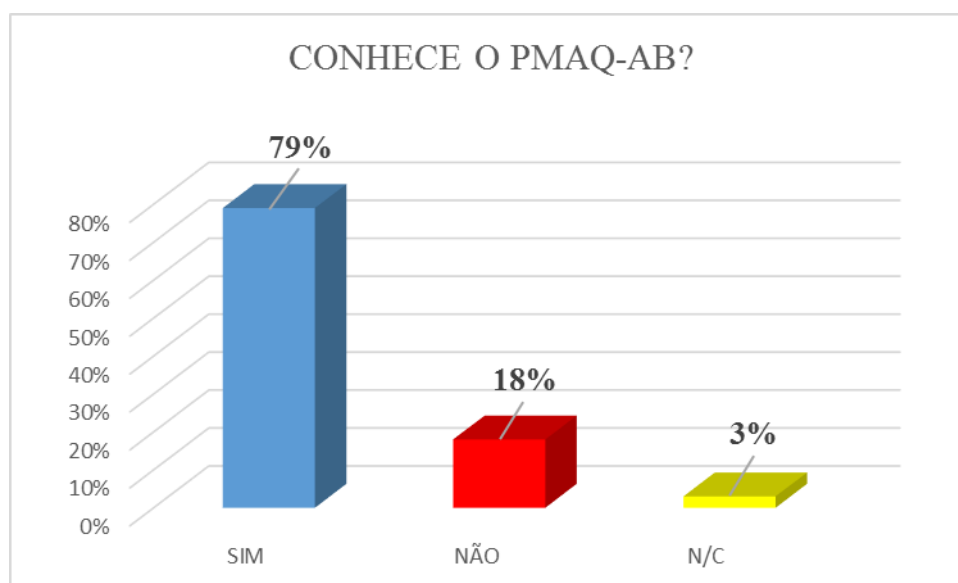
descontinuidade entre os fundamentos do SUS e as práticas operacionais de assistência em saúde. Assim, este trabalho se inclina a concordar com Seidl *et. al.*(2014, p.95) quando afirma que:

Um os maiores desafios do processo de fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) está relacionado à valorização dos profissionais de saúde, atores fundamentais para a implementação de políticas, em especial as mudanças propostas para a reorientação do modelo assistencial (SEIDL *et. al.*, 2014, p.95).

De uma forma geral foi perguntado a todos os participantes da pesquisa, que realizaram as entrevistas, se os mesmos conhecem o PMAQ-AB e a resposta está ilustrada no Gráfico 11, em que 79% dos entrevistados afirmaram conhecer o PMAQ-AB, enquanto que 18% disseram não conhecer e 3% não responderam a esta questão.

Realizando o exame dos questionários com mais minúcia e efetuando-se o cruzamento dos dados, podemos afirmar que os 21% dos profissionais pesquisados que afirmaram não conhecer o PMAQ-AB ou não responderam a esta questão estão situados entre os profissionais de nível técnico e básico. Assim, os profissionais de nível superior estão incluídos nos 79% que afirmaram conhecer o PMAQ-AB.

Gráfico 11 – Conhece o PMAQ-AB?



Fonte: GALVÃO, 2017.

A fala seguinte de um profissional de nível técnico ilustra bem o desconhecimento sobre o PMAQ-AB.

Conheço bem pouco... assim, porque me preparei para fazer uma prova de concurso, mas não tenho muita propriedade para falar do PMAQ-AB.”
(Técnica de Sala de Vacina, 28 anos, há 6 anos trabalha na área)

Seguindo a lógica de ilustração dos dados a partir das categorias profissionais (nível superior, técnico e básico) e utilizando o método de Análise do Discurso do Sujeito Coletivo proposto por Lefevre, Lefevre e Teixeira (2000) para o Tratamento dos Dados obtidos com a realização das entrevistas é possível agrupar as respostas diante do assunto em questão, no caso o PMAQ-AB. Desta forma, chegamos a Categoria 3.

CATEGORIA 3. Você poderia falar como você entende o que é o PMAQ-AB e como ele funciona?

Assim, para os profissionais de Nível Superior

Quadro 1. DSC

Ideia central
Programa de Qualidade
Expressão Chave
Melhoria do serviço; Qualidade de vida
Discurso do sujeito coletivo
Programa que objetiva a melhoria ao acesso e a qualidade da Atenção Básica por meio do direcionamento de verbas para que seja implementada essa melhoria a fim de tornar mais eficaz o trabalho na Atenção Básica em saúde.

Fonte: GALVÃO, 2017.

Para os profissionais de Nível Técnico, o DSC indica que

Quadro 2. DSC

Ideia central
Programa de Qualidade
Expressão Chave
Fortalecimento da Atenção Básica
Discurso do sujeito coletivo
Programa para fortalecer a Atenção Básica com a classificação (pontuação) dos serviços de saúde e repasse de recursos de acordo com cada classificação, visando ampliar e aprimorar o sistema público de saúde.

Fonte: GALVÃO, 2017.

Para os profissionais de Nível Básico construímos o seguinte quadro dentro do DSC

Quadro 3. DSC

Ideia central
Melhoria do atendimento
Expressão Chave
Incentivo
Discurso do sujeito coletivo
Programa de incentivo dos profissionais para melhoria do atendimento. Gratificação salarial de acordo com as metas atingidas.

Fonte: GALVÃO, 2017.

Os três quadros apresentados mostram como de acordo com cada grau de capacitação e especialização profissional há uma compreensão a respeito do PMAQ-AB e de como ele funciona. Assim, para os profissionais de nível superior o PMAQ-AB é um programa de fortalecimento da Atenção Básica a partir da melhoria das condições de trabalho mediante o desempenho alcançado na avaliação da Qualidade em Saúde.

Como condições de trabalho entendemos, diante de outros dados obtidos na pesquisa, a estrutura das unidades de saúde, aparelhamento e fornecimento de insumos para a realização do trabalho, capacitações para os profissionais e incentivos financeiros para os profissionais sentirem-se mais motivados.

Para as profissionais de nível técnico, o PMAQ-AB é um programa que visa a melhoria dos serviços de saúde mediante o cumprimento de metas de produtividade e protocolos de saúde. Já para os profissionais de nível básico, o PMAQ-AB se resume a

gratificações percebidas no salário como forma de incentivo da produtividade e disponibilizados, apenas, aos profissionais das equipes inscritas no Programa pela gestão municipal.

Assim, os profissionais mais qualificados conseguem compreender o processo de trabalho em saúde de forma ampliada e considerando o conceito de Clínica Ampliada, este pode ser o elemento utilizado de seleção apenas destes profissionais para participarem da avaliação na etapa de Avaliação Externa ou Técnica de Entrevista, já que só participam da realização das avaliações do PMAQ-AB os profissionais de nível superior.

Em contrapartida os profissionais de nível básico só percebem uma parte do processo de trabalho, a parte mais imediata, o aumento no salário. Embora esses profissionais não sejam incluídos no sistema de remuneração das unidades de saúde. Esse ponto indica a fragilidade do conceito de Clínica Ampliada, de Interdisciplinaridade e de Humanização buscado pelo SUS especialmente na assistência na Atenção Básica, já que deixa fora do processo de qualificação e incentivos alguns profissionais envolvidos nas assistências nas UBSF.

O trabalho em saúde é um processo coletivo, realizado por diversos profissionais e tem como característica o assalariamento e a divisão parcelar do trabalho, ou seja, a fragmentação dos atos de produção por trabalhadores especializados que, por consequência, perdem a noção do todo e de seu produto final (PIRES, 2000 *apud* SEIDL *et. al.*, 2014, p.95).

A elaboração destes quadros, segundo o DSC, indica a compreensão dos profissionais a respeito do que é o PMAQ-AB. Contudo, quando perguntados como essa melhoria dos serviços de saúde, a partir do fortalecimento da Atenção Básica, ocorre as respostas se situam em três categorias: 1. Aumento no salário; 2. Reforma das Unidades de Saúde; 3. Cumprimento de metas.

Notadamente, nas entrevistas os profissionais apontaram uma de cada categoria supracitada como sendo aplicada. Em outras palavras, o PMAQ-AB é operacionalizado nos municípios ou por meio do aumento do salário, ou por meio da reforma das unidades de saúde ou ainda, por meio do cumprimento de metas apenas.

Nesta última categoria, os profissionais se dizem e sentem-se enganados, porque estão inseridos em equipes inscritas no Programa, realizam o que é exigido para participar do

Programa, são avaliados e mesmo assim não tem acesso, em contrapartida, às condições para melhoria dos serviços de saúde que prestam, como bem ilustra a fala seguinte.

Até quando a gente vai responder aquela avaliação, a primeira do PMAQ-AB, que era a planilha, de você fazer um Plano de Organização, de você fazer as Tabelas de Matrizes de Intervenção. Para mim aquilo foi mágico, porque eu imaginei que a gente ia fazer as Matrizes e que as coisas iriam acontecer. Algumas aconteceram sim, como eu disse, a questão de reforma estrutural, de algumas coisas administrativas, mas a coisas na prática de você ver o serviço desentrevado, o encaminhamento, ainda não vi muita coisa acontecer. Infelizmente” (Enfermeira, 34 anos, há 13 anos trabalha na área)

Conheço, a gente participa. Vai ter a terceira avaliação...vai ter a terceira adesão ao ciclo. A gente já participa. Sei como é. É um programa que vem para dar maior qualidade do atendimento e melhorias, não é? Ele vem através de que...o que eu sei dele, né? Do PMAQ-AB. Ele vem. Além disso ele faz uma vistoria para ver se... tipo uma certificação. Se realmente o PSF ou as unidades de saúde elas funcionam dentro dos programas, dos atendimentos. Se tem como você comprovar aquilo que você fez, suas ações. Assim, nada mais é do que o que você faz todo dia, mas tendo um diferencial. Você poder mostrar, porque se você atende a Puericultura, o pré-natal...Isso você tem que atender. Isso são programas normais, normal da Atenção Básica. Mas assim...eu penso que ele veio como.. tentar melhorar, quando você pudesse ter, realmente, uma qualidade por ele ter um incentivo maior e mostrar um diferencial. Pudessem realmente atender o quê. Porque a gente sabe atender o quê, porque, tem...um exemplo, tem consultas agendadas, consultas de atendimento espontâneo... Porque eles querem saber se funciona, como é para funcionar. É um programa que realmente vai dar um incentivo para o profissional, por que através da certificação... vai de certa forma mostra o quê? se o profissional está trabalhando, pelo menos, o que é correto para trabalhar, se está atendendo as funções do que é para ser feito. Se... a população, também que é uma parte entrevistada, se ela está satisfeita com o programa da Atenção Básica, do PSF. Então, de certa forma ele vem como uma... estimular que o profissional possa trabalhar melhor. Então, ele tem um incentivo para trabalhar melhor e atender os programas. Que atender os Programas, é o mínimo que eles podem achar, porque é o mínimo que a gente vai poder fazer, que é atender os programas que é para atender” (Enfermeira, 31 anos, há 9 anos trabalha na área).

Diante dos dados cabe nos determos sobre quatro elementos essenciais para a compreensão da Qualidade em Saúde que foram apontados pelos profissionais pesquisados. São eles: 1. O conceito de Clínica Ampliada; 2. O Sistema de Recompensas; 3. A Qualificação Profissional e; 4. A Gerência das UBSF.

5.1.1 Clínica Ampliada

O conceito de Clínica Ampliada parte da necessidade de reformulação do modelo biomédico a partir da agregação de conhecimentos de outras áreas como a Saúde Coletiva, a Saúde Mental e as Ciências Sociais. Parte também da compreensão do processo saúde/doença, da adoção da concepção de saúde após a Conferência Internacional de Cuidados Primários (1978) e da VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), enquanto um completo bem estar físico, emocional e social, diante da qual o ser humano passou a ser visto como um ser holístico, completo e não mais compartimentalizado, ao passo que deixou de ser um objeto do saber médico e passou a ser um sujeito total com direito à saúde e, por fim do processo de autonomia das especialidades em saúde.

A clínica ampliada considera fundamental ampliar o “objeto de trabalho” da clínica. Em geral, o objeto de trabalho indica o encargo, aquilo sobre o que aquela prática se responsabiliza. A medicina tradicional se encarrega do tratamento de doenças; para a clínica ampliada, haveria necessidade de se ampliar esse objeto, agregando a ele, além das doenças, também problemas de saúde (situações que ampliam o risco ou vulnerabilidade das pessoas). A ampliação mais importante, contudo, seria a consideração de que, em concreto, não há problema de saúde ou doença sem que estejam encarnadas em sujeitos, em pessoas (CAMPOS e AMARAL, 2007, p. 852).

Na prática, a Clínica Ampliada não só busca aprimorar o conceito de Produção e Qualidade em Saúde a partir da reformulação dos aspectos diagnósticos e/ou terapêuticos, busca ampliar a compreensão a respeito dos aspectos curativos, preventivos, ou de reabilitação, concebendo o paciente/usuário em sua dimensão subjetiva e social, não só biológica. “A terapêutica não se restringirá, em consequência, somente a fármacos e à cirurgia; há mais recursos terapêuticos do que esses, como, por exemplo, valorizar o poder terapêutico da escuta e da palavra, o poder da educação em saúde e do apoio psicossocial” (CAMPOS e AMARAL, 2007, p. 852).

O conceito de Clínica Ampliada parte da valorização do saber do usuário e do profissional, retirando do saber médico a exclusividade pela cura, pela terapêutica. O reconhecimento de que há outros conhecimentos em saúde e que estes conhecimentos integram o ser humano de forma total passa a ser transformado numa atitude de autocuidado por parte do usuário e de democracia entre os profissionais de uma equipe de saúde.

O conceito de Clínica Ampliada ampara-se na vertente norte-americana denominada *Managed Care*, na qual há uma diminuição da autonomia do médico e a democratização da atuação de outros profissionais que combinam suas ações e conhecimentos na busca de uma melhor terapêutica para o usuário fora da relação reducionista que pensa o processo saúde/doença como um desdobramento da relação médico-paciente, a partir da adoção de novos protocolos e novas terapêuticas aplicados aos casos clínicos.

O aprimoramento do conceito de Clínica Ampliada possibilitou que a construção de saberes antes utilizados exclusivamente na Saúde Coletiva, na Saúde Pública, passassem a ser utilizados e aplicados no setor privado de saúde, que antes se baseavam apenas na reorganização dos processos de trabalho a partir da centralidade nos processos gerenciais e tecnocratas baseados nos conceitos de Qualidade Total e na gestão da produção, assemelhando, assim, os serviços de saúde à mercadoria e as instituições de saúde à empresas.

Este aprimoramento possibilitou, também, o desenvolvimento e resgate da figura do médico de família, do médico generalista e da inserção de outros profissionais de saúde especialmente na Atenção Básica, e na saúde preventiva, como o Agente Comunitário de Saúde.

A singularização do atendimento clínico somente será possível mediante um esforço particular de cada profissional diante de cada caso específico. Um pré-requisito para que haja possibilidade dessa abertura dos profissionais ao imprevisto e à variação regular da vida cotidiana é a existência de certo grau de autonomia durante o trabalho clínico. Além dessa liberdade relativa, é fundamental assegurar a motivação dos profissionais e criar um padrão de gestão em que a maioria se sinta motivada para dedicar-se à produção em saúde. Parte importante da crise dos sistemas de atenção depende dessa dissociação e da predominância de métodos de gestão dirigidos ao controle externo da vontade e da conduta dos profissionais. Há como que certa desistência em se resgatar a responsabilidade e a relativa autonomia necessária para que profissionais façam clínica com singularização dos casos em grandes sistemas ou organizações de saúde (CAMPOS e AMARAL, 2007, p. 851).

Contudo, novamente deparamo-nos com o embate entre produção em saúde, que adota critérios e elementos da produção industrial, e a consolidação da saúde enquanto um direito universal.

Destarte, a necessidade de participação política por parte de todos os envolvidos nos processos de saúde, usuários, profissionais e gestão, é necessário devido a compreensão do

usuário/paciente enquanto sujeito de direitos e não, apenas, objeto de uma terapêutica, da consolidação da compreensão maior do processo saúde/doença.

Assim, a concepção de saúde/doença como agregando, no mesmo grau de importância, os aspectos social, físico e emocional precisaram para sua sustentação do desenvolvimento do conceito de Clínica Ampliada e a partir disso da constituição de equipes multidisciplinares em saúde, especialmente na Atenção Básica, objeto de avaliação da qualidade.

Essa concepção de saúde/doença baseou-se no reconhecimento da Prevenção Primária como elemento de difusão e obtenção de saúde, tornando-se objeto da Atenção Básica a adoção de uma terapêutica que atuasse não só nos efeitos das doenças, mas em suas causas. A junção desses elementos visou dar suporte a concepção de usuário/paciente como sujeito de direitos e não mais como objeto de terapêuticas, a mercê do entendimento médico apenas. Senso assim, enquanto sujeito de direitos exige-se que o usuário/paciente participe do seu processo de obtenção de saúde, não só compreendendo a respeito de sua enfermidade e da consequente terapêutica, mas gerindo as demandas de acesso a esta terapêutica, que não mais compreende, apenas o tratamento médico e, sim o acesso a todos os mecanismos para solucionar sua enfermidade.

Em outras palavras, tomamos o caso prático de um usuário/paciente acometido por Dengue. Neste caso, sua terapêutica não diz respeito, apenas, aos cuidados de saúde, ao acesso aos serviços públicos de saúde, o acesso a medicação, mas a uma política de saneamento básico, de vigilância ambiental, de vigilância sanitária, entre outros.

Ao ter acesso a terapêutica e aos serviços de saúde ofertados pelo SUS, juntamente com as políticas sociais necessárias a resolução dos problemas de saúde, o usuário exercita sua cidadania e efetiva seu direito de saúde, já que, assim como o Direito Político não é exercido apenas pelo acesso as instâncias de concretização da participação no processo democrático de decisões políticas, como por exemplo as eleições ou o Direito de participar como eleitor ou candidato, o Direito Social à Saúde não se resume ao acesso aos serviços de saúde propriamente ditos, mas a participação democrática na gestão destes serviços efetivando-os, assim, realmente enquanto direitos.

Entretanto, participar de sua terapêutica não se limita a compreender o processo saúde/doença, inclui, antes de tudo, ter e usar do poder de decisão sobre sua terapêutica.

Do ponto de vista do indivíduo, a demanda por serviços de saúde é irregular e imprevisível. Isto é, a maioria de nós não sabe quando e com que frequência vai necessitar de atenção médica; b) a demanda por

atenção à saúde ocorre em uma circunstância anormal, a doença, o que pode comprometer a racionalidade da decisão do consumidor (PIOLA e VIANNA, 1995, p.111).

Desta forma, um dos entraves para a consolidação do SUS ou para seu funcionamento de acordo como suas diretrizes e fundamentos, ou seja, universalidade, integralidade e equidade acaba por não acontecer exatamente pela ausência ou restrição de participação dos envolvidos na elaboração dos processos de saúde (usuários, profissionais e gestão), na gestão dos recursos e da equipe.

O que os dados da pesquisa mostram é que a participação nos processos de trabalho, estabelecendo protocolos de saúde, acontece de forma verticalizada, ou melhor, de cima para baixo. Essa afirmação pode ser corroborada por dois elementos. Primeiro, pela metodologia utilizada pelo PMAQ-AB que utiliza apenas os profissionais de nível superior para a realização da Avaliação a respeito da qualidade dos serviços de saúde. Segundo, ainda sobre a metodologia do PMAQ-AB, que utiliza formulários e mecanismos de avaliação próprios sem que as equipes de saúde sejam consultadas sobre as verdadeiras demandas das unidades de saúde.

5.2.2 Sistema de Recompensas

O Sistema de Recompensas é uma estratégia gerencial adotada pelas empresas visando motivar o trabalhador para o mesmo aceite as regras impostas pela empresa e produza mais com eficiência e eficácia, diminuindo, assim, os custos e aumentando o lucro.

O Sistema de Recompensas se adaptou adequadamente à indústria e as corporações comerciais e financeiras por meio de divisão dos lucros da empresa com os funcionários, premiação para o funcionário que se destacasse entre os demais, como por exemplo, sorteio de viagens para os funcionários e seus familiares, destaque da fotografia do funcionário no ambiente de trabalho como Funcionário do Mês ou do Ano, promoções internas, financiamento de capacitações e cursos de graduação para o funcionário, entre outros.

Em mercados competitivos as empresas precisam, além de produzir com qualidade, aqui definida como "defeito zero", de custos reduzidos e ênfase na satisfação do consumidor, introduzir inovações (melhorias) para garantirem a sua presença no mercado. Assim, é preciso a padronização, o estabelecimento de rotinas claramente definidas e a liberação da gerência

para “pensar as inovações “. Para tanto, necessita-se de um modelo de gestão diferenciado dos modelos tradicionais, um modelo que envolve padronização, ou seja, normatização, burocratização e até aí nenhuma modernização, mas um modelo flexível, descentralizado, permeável it participação do empregado e sustentado em mecanismos de motivação baseados no método “ganha-ganha”. Este modelo vem sendo denominado no Brasil de CQTE (Controle de Qualidade por Toda Empresa) e muito se relaciona com o Sistema 4T (Total), experimentado por Likert a partir da Década de 50 em empresas norte-americanas (MENDES, 1993, p. 213).

Todos estes mecanismos são utilizados no setor privado, especialmente depois da Reestruturação Produtiva. Contudo, a implementação deste mecanismo de incentivo à produção sofre problemas de adaptação na saúde pública, especialmente na Atenção Básica.

A Atenção Básica não se configura, apenas, como a chamada “porta de entrada” dos serviços públicos de saúde, mas também o setor inicial do SUS que adotou um programa de qualidade, o PMAQ-AB. E é, exatamente, por meio do PMAQ-AB que o sistema de recompensas ocorre.

Apesar de não existir, explicitamente, nos documentos oficiais uma determinação para a remuneração por desempenho, convencionou-se que o incentivo à qualidade seria efetuado em forma de gratificações à equipe de saúde que demonstrasse melhor desempenho para atingir as metas estipuladas pelo Ministério da Saúde e, por meio de reformas, aparelhagem e reaparelhagem da Unidade de Saúde.

No PMAQ-AB o incentivo ou a valorização do profissional é dado por meio da oferta de capacitações continuadas e de gratificações salariais que variam de 2.360,00 reais a 11.800,00 reais por equipe⁸². Estes valores são divididos igualmente entre os membros das equipes das UBSF e tem como critério o alcance de metas previamente estipuladas pelo gestor municipal juntamente com o Ministério da Saúde de acordo com a oferta dos serviços de saúde no município.

O caráter competitivo do PMAQ-AB fica explícito em seu modo de configuração do pagamento do componente de qualidade o PAB, variável em função do desempenho obtido pelas equipes da atenção básica. Assim, utiliza-se a técnica estatística de agrupamento, para classificar as equipes da atenção básica pertencentes a um mesmo estrato em quatro categorias possíveis: muito acima da média; acima da média; na média; e abaixo da média ou insatisfatório (MORAES e IGUTI, 2013, p.423.).

⁸² O Decreto Presidencial nº 7.133/10 regulamenta os critérios e procedimentos gerais a serem observados para a realização das avaliações de desempenho (AD) individual e institucional e o pagamento das gratificações de desempenho. (MORAES e IGUTI, 2013, p.418.)

Além de ressaltar o caráter competitivo entre as equipes de saúde, o que tem gerado um clima de hostilidade entre as equipes de saúde de um mesmo município que conseguem e as que não conseguem atingir as metas do PMAQ-AB. Segundo informações dos próprios profissionais de saúde pesquisados, este critério distancia as equipes de uma padronização dos serviços de saúde ofertados, fazendo com que os usuários procurem os serviços de saúde das UBSF as quais não estão vinculados como população adstrita, o que tem gerado conflitos entre usuários e profissionais nas UBSFs. Este fato foi constatado por mim quando da realização do trabalho de campo em quase todos os municípios pesquisados.

Desta forma, segundo Lima, “reduz-se a pressão da organização dos trabalhadores e da reivindicação coletiva, ao passo que valoriza uma competição intensa entre esses mesmos trabalhadores” (MORAES e IGUTI, 2013, p. 420).

O que possibilita, também que o gestor municipal não se sinta “obrigado” a investir os recursos de forma padronizada e parcelar equitativamente, melhorando, assim, a oferta e a qualidade dos serviços de saúde do município como um todo e, sim, apenas de algumas unidades de saúde.

Como a Atenção Básica recebe recursos em duas modalidades (PAB fixo e PAB variável)⁸³, o financiamento do PMAQ-AB entra como o PAB variável e pode ser utilizado de acordo com o entendimento ou necessidade do gestor municipal, o que tem gerado críticas por parte dos profissionais pesquisados, sobretudo em três aspectos, a forma de avaliação utilizada pelo PMAQ-AB que utiliza os profissionais de nível superior (médicos, enfermeiros e odontólogos) para responder as Avaliações de Desempenho, o que não permite avaliar o trabalho de outros profissionais das UBSF como técnicos e ACS⁸⁴, a falta de regras pré-definidas de emprego do incentivo à qualidade como forma de gratificação para os profissionais e, a política dos gestores municipais que, na ausência de regras claras fazem do sistema de recompensas um elemento de sua gestão pessoal e, muitas vezes, clientelista, utilizando o PAB variável da forma que avaliarem ser mais conveniente, inclusive não remunerando as equipes de saúde, mesmo estas tendo atingido as metas estipuladas pelo PMAQ-AB.

⁸³ O PAB fixo é um valor previamente estipulado pelos orçamentos gerais da União, dos estados e dos municípios, que, praticamente não sofre alteração, se mantendo fixo e oscilando de acordo com critérios como a quantidade populacional do município. Já o PAB variável pode variar de acordo com o desempenho do Gestor e da sua equipe.

⁸⁴ Os ACS tem critérios de avaliação de desempenho próprios previstos pelo PACS.

Esse só ouvi falar. Não tem aquela história do caviar? Nunca vi, não comi, eu só ouço falar. Pois o PMAQ-AB é uma” (Técnica de Enfermagem, 43 anos, há 22 anos trabalha na área)

Acho que o projeto em si é altamente interessante. Sei que é uma coisa extremamente importante e necessária. O problema que está acontecendo é que como não... que não tá amarrada, como não é uma coisa determinada, então...o que está acontecendo é que muitas das prefeituras estão tendo uma visão deturpada da coisa. Estão usando como instrumento de chantagem, estão usando como você produz e eu lhe dou, sabe? É um negócio mais ou menos assim. E aqui é que deu uma confusão gigantesca. Quando foi para assinar a Segunda Pactuação no segundo ano, a gente não tinha nada do primeiro ano apresentado. Não tinha reforma em canto nenhuma, não tinha melhoria de condições de trabalho em canto nenhum, não tinha repasse no salário. Então, os enfermeiros não quiseram assinar porque não tinham visto absolutamente nada. Não tinha transparência de como esse dinheiro tinha sido aplicado (Odontóloga, 28 anos, há 06 anos trabalha na área).⁸⁵

Outro entrave para a aplicação do sistema de recompensas também diz respeito aos critérios de avaliação, haja vista que, não só a avaliação é realizada por profissionais das UBSF com formação superior, geralmente são os enfermeiros que respondem devido ao mesmo assumirem a gerência das unidades, bem como os indicadores de desempenho referem-se ao desempenho dos médicos.

São utilizados como critério de desempenho, segundo o DAB (2012): 1. Média de consultas médicas por habitante; 2. Proporção de consultas médicas para cuidado continuado/programado; 3. Proporção de consultas médicas de demanda agendada; 4. Proporção de consultas médicas de demanda imediata.

Sendo assim, não são utilizados critérios que avaliem, mesmo que de forma quantitativa, o trabalho dos demais profissionais como quantidade de exames citológicos realizados pela enfermeira, quantidade de restaurações e/ou extrações dentárias, vacinação, entre outros.

Estes procedimentos mencionados são avaliados por outros programas da Atenção Básica, como a própria ESF, mas não pelo PMAQ-AB. Desta forma, novamente a atenção à saúde reproduz um modelo de atenção centrado na figura do profissional médico e em sua

⁸⁵ Neste município a recusa por parte dos profissionais da UBSF em não assinarem a Segunda Pactuação do PMAQ-AB resultou no remanejamento dos profissionais para equipes distintas das suas, desfazendo as equipes da ESF. Em contrapartida, esses profissionais se mobilizaram, inclusive acionando os Conselhos de Classe das Categorias, como o COREN e o CRO, para terem seus direitos garantidos frente aos atos da prefeitura.

ação curativa, contrapondo-se ao modelo sanitista, basilar do SUS, e a proposta da PNAB, de trabalho multiprofissional.

O Ministério da Saúde estabelece regras de avaliação do PMAQ-AB e indica formas de incentivos ao trabalho dos profissionais de saúde, porém estas regras precisam ser reguladas por lei municipal complementar, o que nem sempre ocorre.

Durante a realização do campo, observamos que nos municípios onde o PMAQ-AB está sendo implantado a mais tempo e onde ocorre tanto o investimento na infraestrutura das UBSF quanto nos profissionais (remuneração por desempenho e oferta de capacitações) a lei municipal foi elaborada, em todos os casos pelo Legislativo, sem veto do Executivo, e contou com a participação dos profissionais de saúde envolvidos na sessões públicas realizadas nos Conselhos de Saúde e na Câmara de Vereadores.

Também estes profissionais, interlocutores desta pesquisa, que participaram da formulação da lei municipal, da elaboração dos critérios de pactuação municipal do PMAQ-AB, que também estabelece metas a serem atingidas pelas equipes de saúde, afirmaram estarem satisfeitos com o programa e fizeram poucas críticas ao mesmo.

As críticas se referiram aos critérios de avaliação utilizados pelo PMAQ-AB e formuladas pelo Ministério da Saúde de forma vertical, de cima para baixo, o que rompe com o critério de municipalização e descentralização da saúde proposto pelo SUS, e ao controle dos pares, o que acirra a competição entre os profissionais dentro de uma mesma equipe de saúde, já que os critérios de avaliação do desempenho se centram no trabalho desempenhado pelo profissional médico.

A utilização da avaliação em políticas públicas, com a função de aproximá-las da lógica e da racionalidade do mercado, é uma escolha deliberada, iluminada por uma concepção de mundo, que vê na competição permanente entre os atores sociais, pessoas e organizações, julgados segundo a competência e o mérito, uma forma de construir-se qualidade e eficiência (CAMPOS, 2011 *apud* MORAES e IGUTI, 2013, p. 424).

Mais uma vez o programa de qualidade em saúde, PMAQ-AB, especialmente no critério de Avaliação por Desempenho (AD) e por meio do sistema de recompensas, choca-se com os princípios norteadores do SUS, sobretudo a universalidade e a descentralização, colocando em cheque o debate entre saúde como direito e saúde enquanto mercadoria, o que se apresenta devido aos critérios utilizados pelo PMAQ-AB para o entendimento e aplicação da Qualidade em Saúde no SUS.

A institucionalização e a adoção de padrões de qualidade em saúde é justificada por profissionais e pesquisadores da temática devido “a necessidade de implementar mudanças necessárias no serviço e a dificuldade de estabelecer um padrão de qualidade que fosse minimamente uniforme diante da diversidade social, econômica e demográfica do Brasil” (RODRIGUES, SANTOS e PEREIRA, 2014, p. 179).

Por outro lado, a institucionalização rompe com a política clientelista dos gestores municipais, ao passo que estabelece regras claras para a seleção das equipes de saúde que irão participar do PMAQ-AB. Contudo, o ideal é que os princípios do SUS, como a universalidade e a integralidade fossem amplamente aplicados a todas as equipes do município, consolidando a política pública que promovesse a efetiva qualidade em saúde.

5.2.3 Capacitação e Qualificação Profissional

Os processos de qualidade em saúde também se baseiam na capacitação continuada dos profissionais de saúde. Assim, “propõe como mecanismo o incentivo na educação profissional, a participação e capacitação na vida profissional e o apoio institucional e político” (D’INNOCENZO, ADAMI e CUNHA, 2006, p. 85).

A qualificação e capacitação profissional é apontada por os profissionais de saúde pesquisados como um elementos da gestão do SUS. A capacitação profissional aparece associado a mais valorização profissional, especialmente através de melhores salários e do acesso às condições mínimas para a realização dos serviços, como elementos responsáveis pelo bom funcionamento do SUS.

A qualificação profissional também é apontada como mecanismo de alcance da Qualidade em Saúde.

A qualidade em saúde começa a qualificação do profissional. Só se pode fazer um trabalho de qualidade sendo qualificado para tal” (Enfermeira, 34 anos, há 13 anos que trabalha na área).

Por categoria profissional a opinião dos profissionais a respeito da qualificação profissional se dividiu, a exemplo das demais questões perguntadas. Assim, para os Profissionais de Nível Superior não falta oferta de capacitações.

Estou no PROVAB. O PROVAB é exatamente para isso. Depois de um ano tem um TCC, a gente faz tipo umas provas. Mas geralmente são só alguns exercícios. Eu vou sair com a Pós-Graduação de Medicina da Família e da Comunidade. Então, isso aí já ajuda bastante a gente. Tem uma coisa boa, a gente não pode deixar de falar, é que eles incentivam muito a gente procurar. É tipo, tem um paciente com um caso que você não consegue o diagnóstico, ou sabe o diagnóstico e não tem uma boa relação com o tratamento, não sabe direito o tratamento. Então, você pode fazer essa pesquisa (Médico, 25 anos, 01 ano que trabalha na área).

Já os profissionais de Nível Técnico e Nível Básico sentem necessidade de mais capacitações. Estas duas categorias de profissionais se queixam que não há ofertas de capacitações para eles ou que eles não ficam sabendo a respeito da realização das capacitações. Contudo, duas categorias de profissionais afirmam o contrário. As Técnicas de Sala de Vacina e os Agentes Comunitários de Saúde afirmam sempre existirem capacitações.

Não, um treinamento, esqueci o nome agora. É... e eles pegam estagiam, vão para o campo e eu não tive essa oportunidade. E na época que eu me formei não existia PSF. (...)A minha sorte foi que um enfermeiro que trabalha aqui comigo me deu a maior força, ia para o meu posto Terminava o expediente dele, ele ia pro meu posto me mostrar como era que eu fazia, o que era que eu usava, para que servia, como era que eu ia preencher, tudo isso. No dia de fechar o sistema como hoje, que são dois tipos de sistema, que é o do dia 20 e do final do mês, o do dia 30. Ele ia, depois que ele fechava o dele, ele ia para fechar comigo o meu. E também tinha uma Agente de Saúde muito experiente, que a gente se tornou amiga e ela me ajudou muito. Mas a capacitação que deveria ser feita para os profissionais antes de iniciar este trabalho no PSF, nunca teve. E ainda hoje a gente tem muitas dúvidas. Não só eu como os outros enfermeiros, assim quando eu tenho dúvida em questões difíceis, como obstetrícia que muda muito. Quando eu telefono: “Rapaz eu vou ver, não tô certa ainda não.” Quer dizer, são pessoas que estão há 12 anos neste PSF e que tem as mesmas dúvidas que eu que eu tenho, que faz 4 anos e que eu não consigo explicar. E eles... a gente vai empurrando com a barriga na verdade. “Não, não sabe não? Então, ...faça assim, depois...”. Isso aí são palavras do pessoal da secretaria: “Não, vá fazendo assim. Depois eu vejo.

Aí muda ficha.

“Oh, a ficha agora é essa, não é mais aquela não.

Sim, mas como é?

Vá fazendo aí. Você vai lendo e vai preenchendo, depois a gente vê isso.

E aí a gente ficou. E assim, a gente vê a evolução, vê as mudanças de medicação da Tuberculose, de Hanseníase, a paciente de epidemiologia, de AIDS, tudo isso e a capacitação que é feita no município é para um, dois. Ponto. As duas vezes que teve, que foi para aquele teste rápido de HIV, foram pra duas enfermeiras que não são concursadas, que não são pessoas do município, que a gente não sabe se amanhã elas vão estar. E as outras

enfermeiras que já estão concursadas, que já estão no PSF há mais tempo não fizeram (Enfermeira, 54 anos, 31 anos trabalha na área)

Não, mas não se preocupe não que elas vão fazer esse curso e vão repassar para vocês.” Nunca. Faz mais de 2 anos e nunca foi repassado. E assim a gente vai... levando. Mas eu acho que aí se torna fãlho, porque se a gente tivesse essas informações talvez fosse... o trabalho fluísse melhor. Infelizmente não é assim” (Enfermeira, 54 anos, 31 anos trabalha na área).

A questão da capacitação dos profissionais de saúde pesquisados é um elemento importante na análise sobre as práticas de saúde. A falta de capacitação contínua ou as dificuldades em participar destas capacitações foi apontado por boa parte dos entrevistados. Outro elemento apontado foi a contratação de pessoal não qualificado em saúde para realizar o trabalho nas UBSF. Este elemento é apontado como constituinte de uma prática política local em que vários gestores municipais contratam pessoas de suas relações pessoais, mas que não tem qualificação técnica para efetuarem as funções que são designadas. Estas contratações com pessoal sem qualificação não se referem aos profissionais com formação superior, é claro.

Uma outra questão apontada como responsabilidade da gestão do PSF foi a insuficiência de recursos humanos com perfil de PSF que impulsionou os gestores a contratarem profissionais que necessitavam ser capacitados para trabalhar no PSF. Entretanto, os profissionais entrevistados relataram que nem todos os componentes da ESF tiveram qualquer tipo de capacitação, nem mesmo o curso introdutório do PSF (OLIVEIRA e ALBUQUERQUER, 2008, p. 243).

Um dos elementos para a não participação dos profissionais nas capacitações realizadas pelo SUS é a distância dos municípios pesquisados, localizados no Cariri Paraibano para os locais de realização das capacitações.

Lembrando que os municípios pesquisados apresentam-se com pequeno contingente populacional, o maior deles tem um pouco mais de trinta mil habitantes situando-se a 303 km de distância da capital. Também que os gestores não disponibilizam transporte para o deslocamento dos profissionais, cabendo a cada profissional, de acordo com suas condições financeiras e seu interesse, o custeio de deslocamento e demais despesas, como alimentação, por exemplo.

Esta prática política local é reflexo do sistema político brasileiro construído baseando-se no clientelismo e no nepotismo. Elementos pelos quais o atual Governo Federal tem sido alvo de críticas quando da proposta de implantação e contratação dos profissionais para a área de educação apenas com Notório Saber e sem a necessidade de formação técnica adequada para a realizações de suas atribuições profissionais. “Observa-se que a política de apadrinhamento também pode ser responsável pelo recrutamento de profissionais sem perfil de PSF ou mesmo sem qualquer qualificação para o cargo assumido (...)” (SCOREL e MOREIRA, 2008, p. 243).

Um dos principais fatores que dificultam a prática da interdisciplinaridade no trabalho das equipes e a formação dos profissionais de saúde, que prioriza conhecimentos técnicos adquiridos e desconsidera práticas populares da comunidade na qual a equipe é inserida. Além disso, privilegia o trabalho individual em relação ao coletivo, o que prejudica a integração da equipe e a aplicação da prática necessária. (LOCH-NECKEL *et. al.*, 2009, p. 1464).

Dos sete médicos que participaram das entrevistas (17%) e de oito médicos que responderam aos questionários (10%), com uma única exceção, todos responderam que a Saúde Pública não é o campo que gostariam de atuar. Afirmaram ainda, especialmente os médicos jovens e recém-formados, que estão na Atenção Básica enquanto não realizam seus períodos de qualificação na especialidade que querem atuar.

Os médicos pesquisados reclamam ainda das más condições de trabalho, sobretudo porque ao atuarem como médicos generalistas acabam por se deparar com situações de saúde/doença as quais o serviço não oferece condições para ser realizado um diagnóstico mais preciso e eficiente. Também reclamam da remuneração salarial, haja vista que estão deslocados dos grandes centros urbanos, em cidades que não oferecem acesso à tecnologia, conforto ou opções de lazer e qualificação profissional. Assim, estar longe destas condições não é compensatório pela remuneração recebida e nem pelas condições de trabalho disponíveis.

Quando eu comecei a trabalhar você vê a dificuldade maior, principalmente do profissional de saúde. Antes...a população às vezes pensa que é falta de vontade que o atendimento é demorado, às vezes não tem tanta qualidade, mas é a falta de poder fazer alguma coisa. Falta de recursos (Médico, 23 anos, há 3 meses trabalha na área).

Eu nunca fui usuário do SUS. Sempre tive Plano de Saúde. Mas já por parentes. Por usuário eu achava uma demora por falta de vontade dos profissionais. Mas agora eu como profissional de saúde eu vejo que... tem uns que ainda se limitam a isso, a essa falta de vontade, mas a maioria das coisas é mais por incapacidade física do local, pouco recursos de material, demais. Você trabalha num hospital sem eletro, você trabalha num hospital sem um laringoscópio para você poder fazer uma intubação. Você trabalha num hospital às vezes sem um desfibrilador para atender uma parada cardíaca, sem uma ambulância, sem uma medicação. Às vezes falta uma adrenalina, falta um AAS, falta uma medicação para grávida. Falta... no caso da grávida, um acompanhamento especializado de um obstetra, de um neonatologista, que nunca tem. E o médico está sujeito, no meu caso, o médico está sujeito, principalmente numa unidade mista, a atender a população em geral, como adultos e crianças, e ainda se passar por obstetra. Tem que fazer (Médico, 25 anos, há 1 ano trabalha na área)

Ter condições de trabalho que não tem. Muita coisa que a gente podia fazer aqui, a gente não faz, porque foi feito uma lei agora aqui, que para ter uma medicação na UBS tem que ter um farmacêutico. Tem seis unidades de PSF no município, em vez de colocar seis farmacêuticos, ele (o prefeito) juntou tudo numa farmácia só e um farmacêutico. Então, tudo o que a gente poderia fazer aqui, sutura simples, um pico hipertensivo que resolve com Captopril e deixa em observação aqui para não precisar mandar para o hospital, nada disso a gente pode fazer porque não existe nenhuma medicação. É tudo centralizado (Médica, 27 anos, há 11 meses trabalha na área).

Ao serem perguntados se as capacitações deveriam ser com relação as inovações nos procedimentos de saúde realizados nas UBSF ou no preenchimento do *e-sus*, plataforma de dados do SUS responsável pela vigilância epidemiológica e que serve de suporte para a elaboração de políticas de saúde, os profissionais de saúde pesquisados que sentem mais necessidade de qualificações em inovações dos procedimentos. Com relação ao *e-sus*, apenas os profissionais mais antigos dizem preferir as duas modalidades de capacitações.

O que ocorre é que os profissionais mais antigos começaram a trabalhar na área de saúde ainda no Modelo de Seguro Social, no INAMPS/INPS, em que não havia a mesma preocupação que há agora com o registro das informações epidemiológicas, o foco era dado na assistência médica. Contudo, agora com o SUS a interdisciplinaridade retirou o foco da assistência médica compartilhando-o nas práticas de saúde de todos os profissionais da UBSF, de maneira a privilegiar a promoção integral da saúde.

5.2.4 Gerência da UBSF

A PNAB estabelece critérios e a necessidade de ser eleger um profissional das UBSF para ser responsável pela parte burocrática da gestão da unidade. No entanto, não estabelece que profissional seria esse. Convencionou-se delegar ao(a) Enfermeiro(a) à gerência da UBSF devido ao tipo de trabalho desempenhado pelo mesmo.

Esta convenção também se deve ao fato da PNAB ser elaborada sob critérios ideológicos que privilegiam o modelo sanitarista e a definição de saúde aprovada e adotada na VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, que serviu de base para a formulação da Constituição Federal, para a substituição do Modelo de Seguro Social para o Modelo de Seguridade Social e, a consequente, criação do SUS.

Desta forma, os serviços de saúde ofertados pelas UBSF não se centram, ou não deveriam se centrar, na ação curativa do profissional médico, apenas. Na verdade, os serviços de saúde nas UBSF estão inseridos na PNAB muito mais de forma preventiva à doenças crônicas, como a hipertensão, o diabetes, bem como ao combate à obesidade, ao tabagismo, ou mesmo a ações como acompanhamento pré-natal e vacinação, entre outros. O que envolve a ação direta e constante dos demais profissionais que compõem a equipe de saúde das UBSF.

Oficialmente, o único critério utilizado pelo Ministério da Saúde, pela PNAB, para a escolha do gerente da unidade é que o profissional tenha formação superior. Desta forma:

Os profissionais de nível superior da equipe de atenção básica têm formação qualificada para atuarem na AB. Tais qualificações contribuem para que desenvolvam ações de saúde mais resolutivas no território, promovendo melhor desempenho técnico e profissional, novas competências e habilidades, bem como melhoria nos processos de trabalho, planejamento e intervenções da equipe (BRASIL, 2012, p.57).

Os gerentes das UBSF também são responsáveis por planejar e coordenar o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde, conforme a PACS, bem como atuam em questões da gestão da unidade, solicitando profissionais e material de expediente, quando necessário.

Acreditamos, também, que a escolha do profissional enfermeiro para a gerência das UBSF se deve ao imaginário, construído ao longo do tempo, a respeito da Enfermagem referenciada por muitos profissionais e pela literatura especializada como sendo a “Ciência do Cuidado” (LIMA, 2005). O que tradicionalmente atribuiu a Enfermagem o suporte ao trabalho do profissional médico.

A despeito dos profissionais de saúde pesquisados, observou-se por meio dos dados coletados (entrevistas e questionários) que os profissionais que detém mais conhecimento a respeito da PNAB e domínio das tecnologias utilizadas pela Atenção Básica, como o *e-sus*, por exemplo, é o profissional da Enfermagem.

As entrevistas realizadas com os profissionais da Enfermagem em comparação com os demais profissionais, especialmente com os profissionais de nível superior (médicos e odontólogos), foram as mais demoradas, as que renderam mais informações e apontaram para a necessidade de pesquisa em fontes complementares como os dados oficiais do Ministério da Saúde, por exemplo, bem como indicaram uma distância entre o entendimento que estes profissionais tem a respeito do SUS, da Saúde Pública, da Reforma Sanitária e da Atenção Básica em relação aos demais profissionais.

6 GESTÃO E OPERACIONALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Antes do SUS toda a gestão do sistema de saúde era de atribuição do Governo Federal, ~que devido a vários fatores, entre eles a distância entre a capital do país e os municípios e a grande extensão territorial do país, por exemplo, não tinha acesso a informações precisas a respeito das demandas nos municípios.

Com a descentralização promulgada na Constituição Federal de 1988, os próprios municípios passaram a identificar esta demanda e indicar forma de supri-la. Desta forma, o Governo Federal subsidia a administração municipal, através do repasse de recursos destinados à saúde. Assim, uma certa quantidade de verba vai para os municípios de acordo com suas necessidades e quantidade populacional.

Nesse sentido, o processo de municipalização dos serviços de saúde foi visto de modo ambíguo, necessário, de um lado, porque imprime maior racionalidade ao sistema de saúde e, perigoso de outro, porque abre o sistema às ações clientelistas da prefeitura. (QUEIROZ, CAMPOS e MERHY, 1992, p. 39).

No entanto, a burocratização, no tocante a logística de atendimento do SUS no que diz respeito ao suprimento dos insumos necessários para a oferta dos serviços, indica uma das principais dificuldades apontadas pelos profissionais na execução do seu trabalho.

De acordo com a fala dos profissionais, a distância entre o que a gestão faz, o que o poder público faz, e o trabalho em si aparece de forma muito clara como um entrave na atenção em saúde, como bem ilustra as falas dos profissionais entrevistadas.

Se você tivesse vindo aqui semana passada eu poderia lhe mostrar que não tinha saco de lixo contaminado para trabalhar. Poderia lhe mostrar que ...muitas vezes...agora diminuiu mais, porque compraram uma destiladora. Mas muitas vezes a gente mas não tinha água destilada. O posto eu acho que semana que vem não tem mais desinfetante, água sanitária, detergente, entendeu? Coisas que são básicas. Luvas. Luvas é uma guerra aqui (Técnica de Enfermagem, 22 anos, há 1 ano trabalha na área de saúde).

Rapaz, acho que é uma questão de gerir melhor os recursos que se tem. E até de responsabilidade mesmo. Eu acho que...por certo os recursos não faltam. Eu não vejo, por mais que o país esteja ...ah! a justificativa da moda agora da Secretaria de Saúde é dizer que o país está em crise. Por mais que o país

esteja em crise, acho tem determinadas coisas que você não pode...digamos se está em crise não oferta aquilo que pode ofertar, mas supra o básico. Aqui o pessoal é muito... Assim... a gente tem Ortodontia no CEO⁸⁶, que uma coisa que muitas cidades não tem, mas falta o básico nos PSFs. É uma coisa meio sem sentido, você custear uma coisa. É meio que você custear para aparecer, porque o básico falta. Eu acho que tem. É só uma questão de gerir melhor, de sei lá, de direcionar melhor os recursos (Odontóloga, 28 anos, há 06 anos trabalha na área).

No mínimo eu começaria a atender os pedidos que são solicitados, porque tudo isso não é atendido, mas é solicitado. Eu acho que o mínimo, o básico que você pode fazer é dizer: o que precisa a Unidade? A Unidade precisa disso, disso e disso. Então, você supre o que a Unidade está lhe solicitando. Então você tem aí um monte de pedido que, de solicitação que foi feito e que não foi atendido. Acho que é uma questão de bom senso... A gestão dificulta um bocado. Dificulta um bocado, porque todo dia que eu chego, eu tenho que ligar e dizer quer: 'Olha está faltando luva'. Não tem pra que eu estar fazendo isso. Era para ser suprido. Vamos fazer um levantamento aqui. 'Quantas caixas de luvas você usam por semana?' De que tamanho? P. Quantas. Ah! Sei lá... duas. Duas vezes quatro, oito. Oito caixas de luva. Sobrou? Deixa aí. Deixa guardadinha. Faltou? Então, a gente vai direcionar mais uma. Entendeu? É mais ou menos por aí. (Enfermeiro, 30 anos, há 6 anos trabalha na área).

São dois lixeiros na minha sala. Tem dois sacos de lixo por dia. Duas vezes cinco, dez. Dez vezes quatro, quarenta. No mínimo, quarenta sacos de lixo por mês. Na sala do Enfermeiro também. Na sala da médica. Então, é isso. É organizacional. Não é nem difícil de fazer isso. Uma dona de casa mexe com uma situação dessa tranquilamente (Odontólogo, 52 anos, há 30 anos trabalha na área).

Até soro fisiológico falta. A gente não tem como fazer milagre. Aí é difícil. A gente pede...todo mundo usa luva aqui. A dentista usa luva, eu uso luva, as técnicas de enfermagem que fazem curativo usam luva, até a servente usa luva para limpar. A enfermeira pede cinco caixas, vem uma. É racionamento mesmo. Aí é muito complicado (Médica, 27 anos, há 11 meses trabalha na área).

O que os dados mostram, de acordo com as entrevistas é que há dois aspectos da gestão que influenciam o trabalho. O primeiro é a burocratização e a morosidade da máquina pública em se programar para o atendimento adequado da demanda em saúde de determinado município. O segundo é o aspecto da má gestão municipal dos recursos destinados à Saúde. Lembrando que cabe aos municípios, a partir da Constituição Federal de 1988 e das leis que criaram e regulam o SUS, a descentralização da administração do SUS.

⁸⁶ CEO – Centro de Especialidades Odontológicas.

Em outras palavras, o processo de descentralização significou um avanço em termos de garantia de direitos sociais ao passo que legou ao município a responsabilidade por apontar e suprir as necessidades locais em saúde, ficando estas sujeitas as peculiaridades do Sistema Político Brasileiro, no qual os elementos dos Direitos Sociais viram, frequentemente, moeda de troca nas mãos dos políticos no intuito de ganhar votos dos eleitores e não, efetivamente, um direito, apesar de garantido por lei e fundamentado nos princípios ontológicos destes direitos.

A queixa dos profissionais de saúde se refere a má gestão municipal dos recursos de saúde. Essa má gestão não é uma característica deste ou daqueles municípios, é antes de tudo uma má gestão do sistema de saúde, má gestão dos recursos destinados para a saúde, má gestão da coisa pública no Brasil.

Devido à má gestão de recursos na saúde, a prática de saúde dos profissionais fica comprometida, a demanda não é atendida com eficiência, muitas vezes nem consegue ser atendida.

Mas se de um lado a escassez de recursos materiais para a realização do atendimento nas UBSF gera insatisfação e queixas por parte dos profissionais de saúde, por outro lado, há uma naturalização da realidade social vivenciada, haja vista que a má gestão dos recursos materiais e a escassez dos mesmos, especialmente na área de saúde e de educação, é o padrão nos serviços públicos.

É este paradoxo entre, por um lado, a realidade atual de abandono e sucateamento dos serviços públicos de saúde que regem as crenças dos profissionais que trabalham neste setor acerca da satisfação/insatisfação com o trabalho em PSF. Estas crenças são direcionadas, conseqüentemente, para os gestores de saúde são vistos pela equipe do PSF entrevistada como provedores de suas condições de trabalho sendo, desta forma, suas percepções acerca dos gestores baseadas nos aspectos operacionais deste trabalho. (OLIVEIRA e ALBUQUERQUE, 2008, p. 243).

Contudo, ocorre uma confusão e mistura destes dois aspectos, a burocratização da gestão pública no país e a má administração dos recursos por parte dos gestores públicos. Essa mistura de aspectos é enfatizada por um dos entrevistados.

Uma coisa que eu comento sempre. A gente que é funcionário do SUS, a gente não deveria ser funcionário do município. Tem um projeto, eu não sei

exatamente o que é, de que funcionários do SUS sejam funcionários federais cedidos ao município. A gente deveria ser assim realmente, porque esbarrar nessa questão de burocracia de município, de problema com gestor que quer perseguir, que quer fazer com que não vá para frente. Porque se o gestor quiser a Unidade não anda, a equipe não faz (Odontóloga, 28 anos, trabalha a 06 anos na área.).

Essas dificuldades apontadas, como ilustrado anteriormente pelos profissionais pesquisados, na manutenção da estrutura mínima para atendimento nas UBSF revela dificuldades na adaptação do modelo industrial de produção para o modelo de produção em saúde. Assim, a adaptação do modelo industrial de Qualidade à assistência em Saúde tem gerado debates, haja vista a natureza o objeto da Qualidade, ou o que produto se pretende otimizar à produção. Assim, afirma Mendes (1993, p. 211-212):

Na indústria, um dos papeis do desenvolvimento tecnológico e baratear os custos de produção e ampliar o mercado consumidor. Em serviços de saúde, o avanço tecnológico não vem sendo acompanhado de uma correspondente ampliação do acesso a essas tecnologias e os custos são elevados. O trabalho em serviços de saúde possui especificidades que devem ser consideradas, tais como: a dependência de mão de obra (capital variável), ou seja a incorporação de tecnologias, não tem substituído o trabalho vivo e tem criado cada vez mais sub-especializações; a heterogeneidade na produção, o que torna as condutas menos suscetíveis a padronização e conseqüentemente dificulta a medição, o controle e a standardização sem inconveniências contraproducentes. Além de que, certas características do processo produtivo e do mercado também podem ser destacadas: a intangibilidade e perecibilidade do produto, fazendo com que o usuário não possa experimentá-lo antes do consumo, e participe do ambiente onde é produzido; serviço: os de saúde não possuem valor de troca para quem os consome, mas só valor de uso; a incerteza do momento de adoecer; os preços nem sempre são regulados pelo mercado com base nas leis de demanda e oferta; coexistem dois sistemas paralelos de produção (o assistencial, responsável pela produção terminal e o administrativo, responsável pela produção intermediária), por vezes orientadas por diferentes lógicas; o consumidor, na maioria dos casos, não dispõe de informações sobre qual serviço utilizar; e a impossibilidade de realizar avaliações precisas sobre a qualidade torna imprescindíveis a integridade do profissional, a credibilidade da organização e a confiança do paciente. Em relação ao produto dos serviços de saúde há também diferenciações, dado que não está claramente definido qual e a matéria prima do sistema assistencial de produção (a doença, o doente, ou a doença no doente?). Sabe-se que existe a figura do "portador assintomático" e se não estão bem definidos os "inputs ", toma-se difícil programar os "outputs ". E depois, estas organizações lidam com pessoas em situações que, muitas vezes, são de vida ou morte!

Sobre a questão da má gestão dos serviços de saúde esta realidade não é exclusividade das UBSF pesquisadas. Um exemplo é a pesquisa realizada em João Pessoa, capital do estado da Paraíba por Oliveira e Albuquerque (2008, p.241) que relatam que “a política de distribuição de medicamentos não segue os padrões de necessidade de cada comunidade, e assim como os materiais e insumos básicos, os remédios chegam às USF em quantidades muito inferior à requisitada, acabando em poucos dias”.

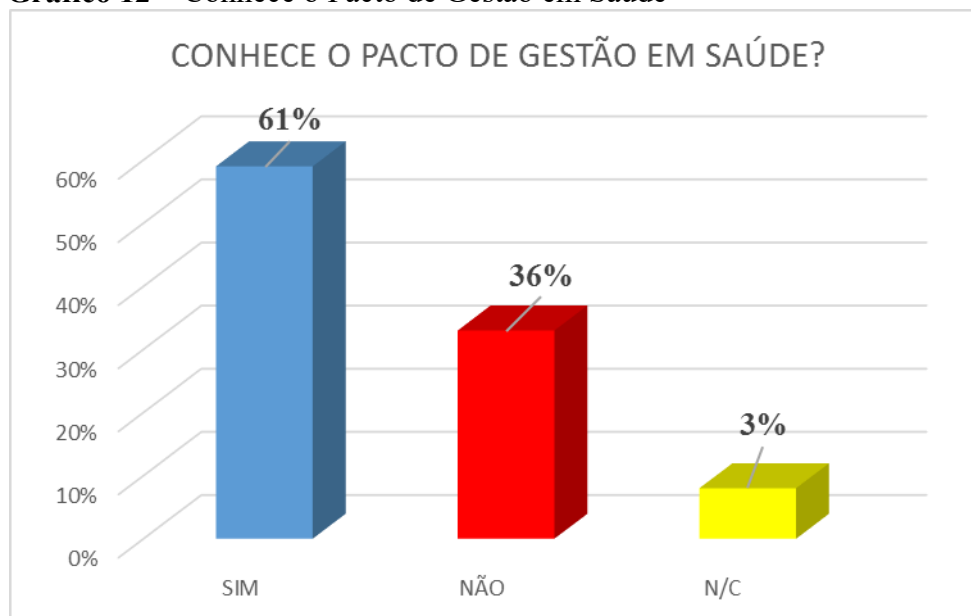
Outro elemento que se junta às dificuldades de gestão do atendimento no SUS tem aparecido em forma de grande debate realizado, atualmente, entre os Conselhos de Gestão Tripartites, que reúnem representantes da direção, profissionais e usuários de determinado serviço de saúde e os Conselhos de Saúde, que tem em sua composição usuários do SUS e pelos grupos de gestão do SUS, a respeito se a adoção desse modelo industrial de produção aplicado à saúde não fere os princípios da saúde enquanto elemento de participação política, de exercício da cidadania e de consolidação da saúde como direito social e de responsabilidade do Estado.

Por parte do poder público ainda existem as Comissões e Conselhos que reúnem apenas os gestores públicos. São elas:

A Comissão Intergestores Tripartite - CIT, integrada por representantes dos gestores municipais (CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde), estaduais (CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde) e federal (Ministério da Saúde) - e a Comissão Intergestores Bipartite - CIB, integrada por representantes dos gestores municipais (COSEMS - Colegiado de Secretários Municipais de Saúde) e estadual (Secretaria Estadual de Saúde), criadas pela segunda Norma Operacional Básica do SUS - a NOB-SUS 01/93, são responsáveis pelo gerenciamento do Sistema Único de Saúde, apreciando, entre outros assuntos, os pactos e programações entre gestores, buscando a integração entre as esferas de governo. (SESPA, 2012, s.p.).

Nestas instâncias são pactuados os tetos financeiros possíveis e qual a contrapartida de cada esfera governamental envolvida na formulação e execução das políticas de saúde. Nestes pactos são consideradas as condições dos serviços de saúde existentes nos municípios, estados e administrados pela esfera federal de tal modo que as exigências ambientais e as necessidades assistenciais sejam observadas.

Ainda na mesma perspectiva chegamos as políticas mais atuais, como os Pactos de Saúde estabelecidos entre as esferas do governo.

Gráfico 12 – Conhece o Pacto de Gestão em Saúde

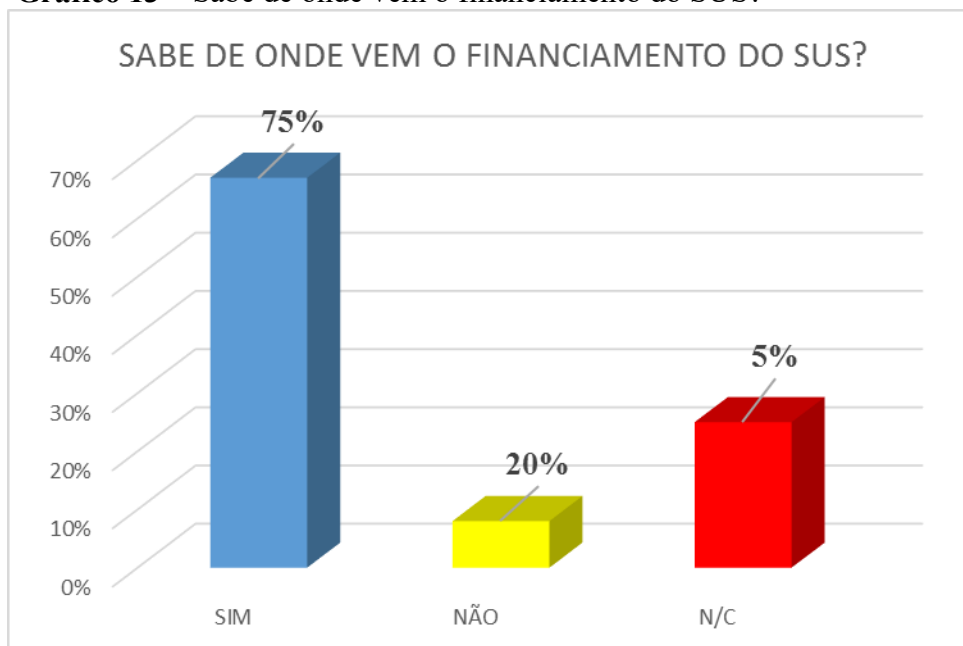
Fonte: GALVÃO, 2017.

Sobre esta questão, 61% dos pesquisados afirmaram conhecer o Pacto de Gestão em Saúde, 36% disseram não conhecer e 3% não responderam. Os Pactos de Gestão em Saúde são firmados, diferentemente das NOBS e NOAS que representam diretrizes gerais, em momentos específicos e para suprir demandas em saúde específicas, emergenciais ou sazonais, considerando-se as mudanças climáticas ou as epidemias, por exemplo.

Com relação ao financiamento do SUS, foi perguntado aos profissionais pesquisados se os mesmos sabiam de onde vem o financiamento/orçamento do SUS, 75% dos pesquisados responderam que sabem de onde vem o financiamento do SUS, seguidos de 20% dos pesquisados que responderam que não sabem de onde vem o funcionamento do SUS e de 8% que não responderam a questão. Em outras palavras, 25% dos pesquisados não responderam ou desconhecem o que foi perguntado.

Nas entrevistas, quando perguntado sobre se o entrevistado poderia explicar como ocorria o financiamento do SUS, as respostas foram genéricas ou pareciam “decoradas” de livros e manuais para concurso. Inclusive alguns profissionais pesquisados se referiram desta forma, o que será ilustrado na fala a seguir.

Sim. Sei sim. Sei porque me lembro bem que estudei para concurso.”
(Médico, 23 anos, há 1 ano trabalha na área).

Gráfico 13 – Sabe de onde vem o financiamento do SUS?

Fonte: GALVÃO, 2017.

O SUS é um sistema de saúde que destinado a todos os cidadãos e recebe financiamento por meio dos recursos arrecadados através de impostos e contribuições sociais que são pagos pela população aos governos federal, estadual e municipal. Ainda segundo, a CF/88, em seu Parágrafo único do Art. 198, o SUS é financiado pelo orçamento da Seguridade Social, que envolve, assim, os três níveis da administração pública.

A Constituição Federal ainda estabelece os tipos de tributos, impostos e transferências legais que a União pode utilizar como fontes de financiamento do SUS. Para isso ver artigos do Art. 155 ao Art. 159 da CF/88.

No caso dos estados, os tributos são: Imposto sobre Transmissão "Causa Mortis" e Doação (ITCD), Imposto sobre a Circulação de Mercadorias e Serviços de Transporte Interestadual e Intermunicipal e de Comunicação (ICMS), Imposto sobre Propriedade de Veículos Automotores (IPVA) e Imposto de Renda Retido na Fonte (IRRF). As transferências constitucionais e legais são: Cota-Parte do Fundo de Participação do Estado (FPE) e Cota-Parte do Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI-Exportação).

Para os municípios, os tributos são: Imposto Predial e Territorial Urbano (IPTU), Imposto sobre Transmissão de Bens Intervivos (ITBI), Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza (ISS), Imposto de Renda Retido na Fonte (IRRF) e Imposto Territorial Rural (ITR). As transferências constitucionais e legais são: Cota-Parte do Fundo de Participação dos

Municípios (FPM), Cota-Parte Imposto sobre a Propriedade Territorial Rural (ITR), Cota-Parte do Imposto sobre Propriedade de Veículos Automotores (IPVA), Cota-Parte do Imposto sobre a Circulação de Mercadorias e Serviços de Transporte Interestadual e Intermunicipal e de Comunicação (ICMS) e Cota-Parte do Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI-Exportação).

Para o Distrito Federal, as fontes de financiamento do SUS são os tributos e transferências constitucionais e legais de competência tributária municipal e estadual. (PORTAL DA SAÚDE 2017).

Segundo a SESP⁸⁷ (2012), os mecanismos de transferência de recursos para o SUS efetivam-se deslocando financiamentos da União para os Estados, Distrito Federal e Municípios.

Estes mecanismos de transferência de recursos são, basicamente, três, a saber:

- Transferência fundo a fundo⁸⁸: Os recursos são repassados diretamente do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos estaduais e municipais, independentemente de convênio ou qualquer outro instrumento congênere, segundo as condições de gestão.
- Transferência por Serviços Produzidos: Os recursos são pagos diretamente a prestadores da rede estadual ou privados, contratados ou conveniados, contra apresentação de faturas, referentes a serviços realizados conforme programação e mediante prévia autorização do gestor, obedecendo as tabelas editadas pelo MS/SAS.
- Transferência por Convênio: os recursos são repassados via convênio, visando a execução descentralizada de programa e ações de saúde, com interesses mútuos, ou cumprimento de emendas parlamentares ou, ainda, a assistência financeira suplementar.(SESPA, 2012, p. s.p.).

A importância de conhecer de onde vem o financiamento do SUS e de que forma esse financiamento é executado reside no fato de que ao conhecer este processo tanto os profissionais quanto a população podem intervir reivindicando em que áreas ou em que quantidade as demandas em saúde devem ser satisfeitas. Por outro lado, conhecer a forma de financiamento do SUS permite aos cidadãos fiscalizarem o uso e a aplicação do dinheiro público.

Claro que esse processo de participação é restrito devido a própria cultura de não participação política que o povo brasileiro tem, no qual além de participar pouco, apenas alguns setores da sociedade são ativos. Setores estes específicos formando, assim, categorias como os idosos, os portadores de determinadas patologias, entre outros.

⁸⁷ Disponível em <http://www.sespa.pa.gov.br/Sus/sus.htm>

⁸⁸ Grifo nosso.

A participação e o conhecimento sobre a aplicação do dinheiro público indica um nível de maturidade e civilidade de uma sociedade, no tocante ao seu envolvimento nas questões coletivas de convivência, bem como indica o elevado nível dos governos em relação a seguridade dos direitos sociais.

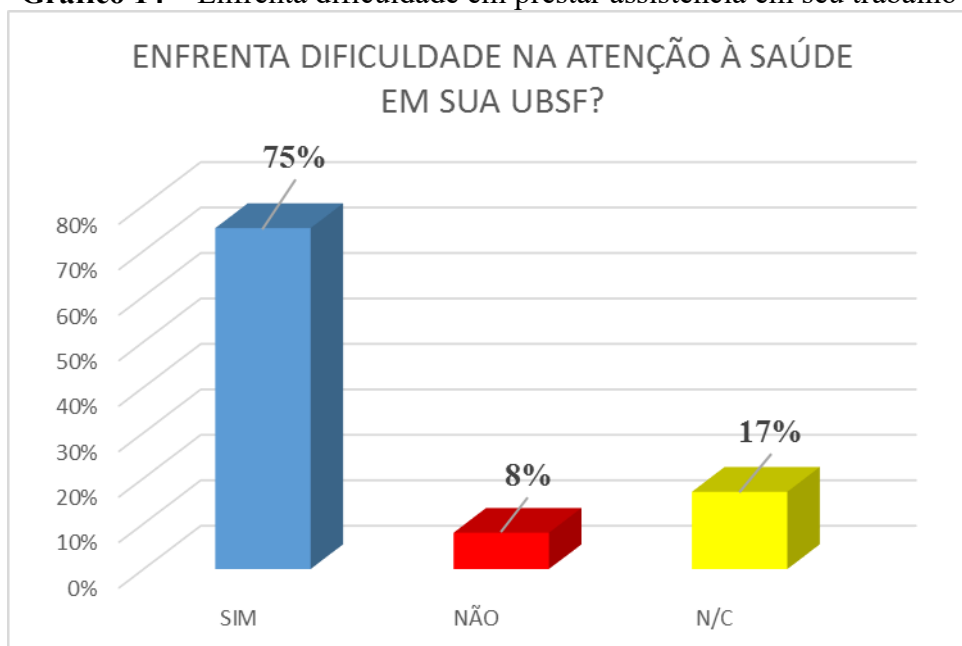
Impressionante o número de pesquisados que afirmaram NÃO saber ou Não responderam a questão a respeito do conhecimento da origem do financiamento do SUS. Mais um elemento de caracterização do SUS como instrumento de efetivação dos Direitos Políticos, expressos por meio da Descentralização de recursos e de administração dos recursos em saúde.

Pesquisa, já mencionada neste trabalho, realizada por Queiroz; Campos; Merhy (1992) aponta a opinião de médicos das Unidades de Saúde a respeito da descentralização dos serviços de saúde.

Sobre se o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) de fato constitui uma alternativa adequada para a melhoria dos serviços de saúde, principalmente no que diz respeito a uma melhor utilização dos recursos já existentes, os médicos dividiram-se entre os que concordavam integralmente com esta afirmação (51,9%) e os que concordavam apenas parcialmente ou não tinham opinião formada (42,5%). A proporção dos que não concordavam foi insignificante (5,6%). Estes resultados atestam que havia uma opinião favorável à uma política de saúde de cunho reformista, com o objetivo de adequar mais racionalmente o sistema de saúde às demandas sociais. (QUEIROZ, CAMPOS e MERHY, 1992. p. 36).

Esta pesquisa não se deteve especificamente a questão da descentralização, mas nem nas questões abertas dos questionários, nem nas entrevistas apareceram opiniões contrárias ao processo de descentralização ou municipalização da saúde.

O que aparece em várias entrevistas é a queixa dos profissionais com as chamadas perseguições que os gestores fazem ou ameaçam fazer aos profissionais das UBSF que discordam da gestão e a preocupação dos profissionais em criarem mecanismos de proteção de suas atividades e de meios de reivindicação das condições básicas de trabalho, que muitas das vezes são apontadas pelos profissionais como entraves ou dificuldades para o cuidado adequado em saúde, conforme o Gráfico 14 revela.

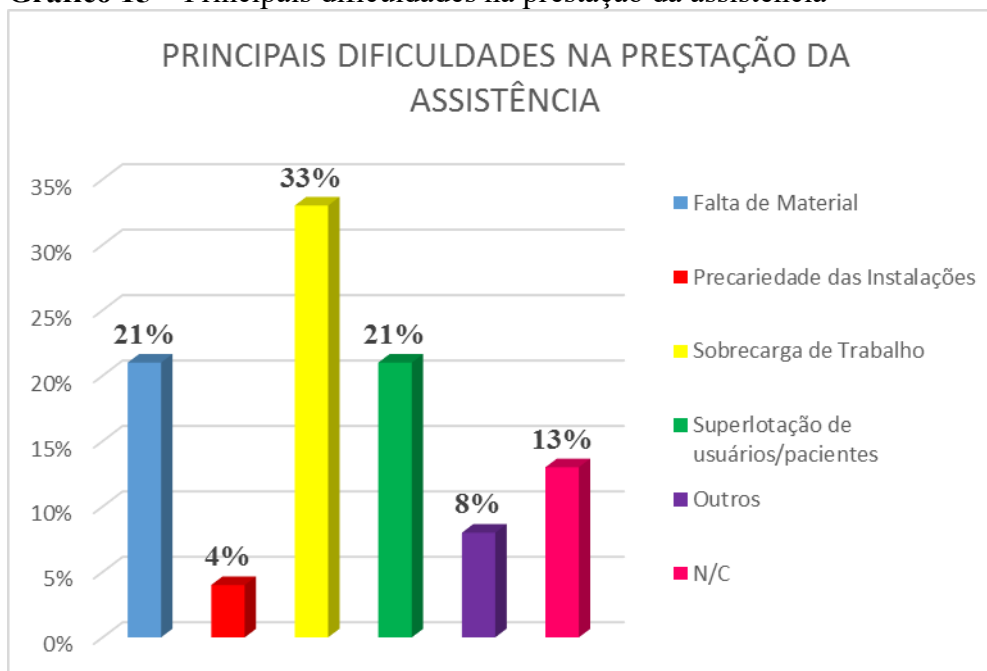
Gráfico 14 – Enfrenta dificuldade em prestar assistência em seu trabalho

Fonte: GALVÃO, 2017.

Com relação as dificuldades na oferta dos serviços de saúde, 75% dos profissionais de saúde pesquisados afirmaram enfrentar dificuldades na atenção à saúde em suas UBSF. Apenas 8% dos profissionais afirmaram não terem dificuldades e 17% dos profissionais, mais que o dobro dos que responderam não ter dificuldades na atenção em saúde, não responderam a esta questão.

Como já foi mencionado anteriormente neste trabalho, a respeito da dificuldade de adesão dos profissionais à pesquisa, podemos inferir que os 17% dos profissionais que não responderam a esta questão o fizeram pelo medo de represálias e perseguições por parte da gestão municipal. Mas isto é só uma inferência, que pode servir de hipótese em pesquisas futuras.

O medo de perseguições por parte da gestão municipal tende a crescer com o processo de Terceirização em curso pelo Governo Temer, que adotará critérios diferentes dos concursos públicos para contratação de pessoal sem vínculo empregatício, sem garantias de que seus empregos sejam mantidos quando se opuserem as determinações dos gestores municipais.

Gráfico 15 – Principais dificuldades na prestação da assistência

Fonte: GALVÃO, 2017.

De acordo com os dados apresentados no Gráfico 15, as principais dificuldades na prestação da assistência em saúde por parte dos profissionais pesquisados são: Sobrecarga de Trabalho (33%), Falta de Material para realizarem os procedimentos em saúde (21%) e Superlotação de usuários (21%).

Podemos constatar que as dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde pesquisados se relacionam, demonstrando que os problemas vivenciados pelo SUS são problemas estruturais. A sobrecarga de trabalho se relaciona com a superlotação de usuários. Em outras palavras, o SUS recebe mais demanda do que apresenta condições de solucioná-las. São poucos profissionais para atender a quantidade de usuários que procuram os serviços de saúde.

Conforme dados da Síntese de Indicadores Sociais (IBGE, 2013) a relação médico/habitantes no ano de 2011 era de 1,95 médicos para cada mil habitantes. Enquanto que o próprio Ministério da Saúde recomenda que a relação médico/habitantes seja de 2,5 médicos para cada mil habitantes.

Assim, a relação entre esses dois fatores, ou seja, entre a sobrecarga de trabalho e a superlotação de usuários, apontada pelos profissionais de saúde pesquisados no Cariri Paraibano está dentro da realidade de saúde do país.

Outro dado importante é que há concentração de profissionais nas grandes cidades. As capitais apresentam a relação de 4,2 médicos para cada mil habitantes (IBGE, 2013). Este dado também corrobora a afirmação de que há escassez de serviços de saúde no interior do país, mais precisamente no Cariri Paraibano também.

Com relação ao item Outros, ainda no Gráfico 15, os profissionais apontaram seguintes elementos como dificuldades na prestação de sua assistência em saúde: Falta de formação dos gestores; Falta de espírito de equipe por parte dos médicos e odontólogos; Burocracia.

Com relação a este item, cabe algumas observações referentes as dificuldades na execução da pesquisa. Estas observações tornam-se relevantes por indicarem aspectos frequentes que podem ser considerados como fenômenos ou características do objeto estudado. Em outras palavras, o que foi apontado pelos pesquisados como o segundo elemento de dificuldade para prestação da assistência em saúde, lembrando **Falta de Espírito de Equipe por Parte dos Médicos e Odontólogos**⁸⁹, foi observado por mim em todos os municípios pesquisados, especialmente com relação aos odontólogos, com uma única exceção no município de Taperoá.

Os profissionais médicos e odontólogos, nas entrevistas realizadas, mostraram-se alheios a realidade do SUS, bem como a seus fundamentos e sua característica de equidade, ou melhor, demonstraram que ainda não entendem o SUS enquanto um direito e incluem o SUS como um benefício que a administração pública concede em sua benesse a população, uma espécie de favor prestado ao povo.

Experiências americanas de aplicação da teoria da qualidade em hospitais apontam como dificuldade o envolvimento dos médicos no trabalho em equipe, assim como na gestão dos custos, sendo que a prática médica é um dos fatores que mais agregam custos aos serviços. No Brasil, não é diferente. Assim como para as demais categorias profissionais, reconhecemos que o sentimento de co-autoria das melhorias produzidas, o sentido de obra, é um poderoso instrumento para vincular o profissional a uma dada organização e um dado projeto. Os sujeitos que compõem uma equipe podem ser apoiados para identificar e para construir objetos de investimento, isto é, a depositar afetos positivos em aspecto do trabalho clínico que se conectem ao seu próprio interesse e desejo, o que amplia a capacidade de contrato ou de assumir compromissos das equipes. (CAMPOS e AMARAL, 2007, p. 854).

⁸⁹ Grifo nosso.

Pesquisa realizada por Aerts; Abegg e Cesa (2004) com cirurgiões-dentistas inseridos no SUS do estado do Paraná mostrou que os principais problemas enfrentados na incorporação do cuidado dos odontólogos na lógica da Saúde Pública ocorreram por:

(...) 1) a dificuldade de percepção desse trabalhador da dimensão sócio-histórica das práticas de saúde e do potencial de alcance de sua intervenção social; 2) a limitação do conceito saúde/doença pela não incorporação da dimensão social; 3) a baixa efetividade das ações de saúde bucal determinada pela ausência de participação popular na organização e avaliação dos serviços; 4) a baixa incorporação das diretrizes do SUS, em especial à universalidade e integralidade, uma vez que o atendimento a determinados grupos populacionais é privilegiado; 5) a prática de atenção à saúde bucal fortemente pautada no modelo clínico; 6) o isolamento do cirurgião-dentista, em função de ser o único profissional responsável pela saúde bucal dos usuários e, como consequência, sua não participação na equipe de saúde; 7) a forma de pagamento dos procedimentos, privilegiando as ações curativas. (AERTS, ABEGG e CESA, 2004, p. 132).

Mais uma vez aparece a necessidade de entendimento por parte dos profissionais de saúde dos fundamentos e princípios norteadores do SUS enquanto mecanismo de orientação de suas práticas de saúde, no intuito de consolidar a saúde enquanto um direito e de substituir as práticas de saúde dos profissionais baseadas, apenas, no modelo curativo/clínico pelo modelo holístico/sanitário que compreende o ser humano na plenitude de dimensão biopsicossocial.

Como foi afirmado anteriormente, com uma única exceção, todos os odontólogos que participaram desta pesquisa afirmaram estar insatisfeitos com o trabalho, com as condições de trabalho, com a remuneração e, sobretudo com a sobrecarga de trabalho. Contudo, cada um desses itens foi minuciosamente explorado por mim em entrevista aos odontólogos.

Assim, quando os mesmos foram perguntados a respeito das condições das instalações físicas, dos instrumentos e equipamento, capacitação dos profissionais e dos insumos para a realização do trabalho odontológico, os mesmos responderam que não faltava nada, que tudo estava a contento, que a administração municipal fornecia em quantidade suficiente o material para uso odontológico. Entretanto, apontaram a morosidade e a demora na entrega do material devido aos tramites burocráticos que a administração pública está sujeita, como licitações, entre outros.

As entrevistas mais rápidas, difíceis e com pouco desenvolvimento das questões, em que a grande maioria dos entrevistados se limitavam a dar respostas do tipo SIM ou NÃO foram as entrevistas realizadas com os odontólogos, nas quais os mesmos demonstraram uma

visão do SUS muito aproximada ao modelo INAMPS/INPS. Nesse tipo de modelo a assistência em saúde era prestada na rede pública, apenas para trabalhadores formais, ou seja, com registro em Carteiro de Trabalho e recolhimento de contribuições trabalhistas.

Neste tipo de modelo, INAMPS/INPS, não havia, obviamente, o critério da Universalidade, restringindo o atendimento/assistência a uma categoria da população, os demais eram considerados INDIGENTES⁹⁰. O modelo INAMPS/INPS materializou a chamada *cidadania restrita*, transformando e distinguindo categorias de cidadãos devido a sua categoria de trabalho e contribuição.

Esta não percepção sobre as mudanças no modelo e no sistema de saúde, de INPS para o SUS, de Modelo de Seguro Social para o Modelo da Seguridade Social demonstra uma descontinuidade ou falta de compreensão a respeito do processo histórico de criação do SUS enquanto elemento de consolidação dos Direitos Sociais e do exercício da cidadania por meio do acesso à saúde.

Mais que isso, esta não diferenciação, na prática, da mudança ocorrido do Modelo de Seguro Social para o está presente, não só nas políticas de saúde implementadas pelos diversos governos após a mudança de modelos de saúde, na estrutura político-administrativa do Estado, especificamente para a área de saúde, na representação que os profissionais de saúde pesquisados fazem a respeito do SUS, mas sobretudo, está presente no cotidiano dos gestores, profissionais e usuários do SUS que ainda não internalizaram os princípios deste novo modelo de saúde em suas práticas de atenção à saúde e, principalmente, não incorporaram os fundamentos do modelo de Seguridade Social ao sentido do exercício de sua cidadania.

Não é só entre os profissionais de saúde do Cariri Paraibano que ocorre esta confusão, pesquisa realizada por Bosi e Affonso (1998) com usuários da Rede Pública de Saúde no Rio de Janeiro, tendo como suporte as Representações Sociais, demonstra este tipo de fenômeno. Assim, a fala de um dos usuários entrevistados revela esta representação. *“Eles não escutam. Se for pedir ao médico o dia, ele não escuta a gente” – Ah! Não posso fazer nada!...A gente paga INPS, a gente tá pagando para eles...*” (BOSI e AFFONSO, 1998, p. 360).⁹¹

Em outras palavras, no arcabouço legal e institucional o Brasil vivencia o modelo de Seguridade Social em que a saúde é responsabilidade do Estado e um direito universal, integral e equitativo de todos os cidadãos brasileiros. Na prática os gestores e profissionais de

⁹⁰ Grifo nosso.

⁹¹ Grifo do autor.

saúde ainda desempenham práticas que eram executadas como dinâmica do modelo de Seguro Social e das políticas sociais que seguiam este modelo.

Também, a pouca compreensão a respeito da gestão do SUS e das modalidades de financiamento causam confusão entre a forma como o governo reverte os impostos pagos pelos contribuintes, cidadãos em geral, em benefícios ou mesmo na consecução dos direitos constitucionais como a saúde, por exemplo. Tanto profissionais quanto usuários ainda utilizam a lógica do Modelo de Seguro Social, baseado na contribuição previdenciária com o direito universal estabelecido pelo Modelo de Seguridade Social através do SUS.

Assim, esta dicotomia entre a existência legal do Modelo de Seguridade Social e a adoção de práticas de saúde e a formulação de políticas de saúde que seguem a linha do modelo de Seguro Social se tornam um entrave para a consolidação do SUS enquanto o mecanismo de materialização do direito universal através da saúde.

Uma das entrevistadas proferiu a seguinte fala a respeito do SUS.

Desde pequena eu sou acompanhada pelo SUS, só que antigamente o nome não era SUS. O atendimento no município onde eu morava era pelo SUS, porque não existia Plano de Saúde, então todo mundo era atendido pelo SUS. Dentro das dificuldades, mas era atendido (Odontóloga, 29 anos, há 5 anos trabalha na área).

Apesar da substituição dos modelos e sistemas de saúde existente no Brasil e, consequentemente da adoção de formas diferenciadas de gestão dos recursos materiais e organização dos recursos humanos, os próprios profissionais de saúde não conseguem identificar esta mudança na prática, nem tampouco agir de acordo com elas.

Também quando perguntados sobre o conhecimento a respeito do processo de Reforma Sanitária, os odontólogos se referiram apenas ao aspecto sanitarista-higienista-campanhista do Movimento de RSB.

Em outras palavras, foram apontados avanços nos elementos de vigilância sanitária como a utilização de autoclaves, material de higiene descartável, ações epidemiológicas e de implementação da chamada saúde bucal, entre outros, sem sequer ser mencionada o aspecto político do Movimento de RSB.

A importância do profissional de saúde conhecer a respeito dos fundamentos do sistema de saúde ao qual está vinculado reside na própria natureza deste mesmo sistema de saúde que requer do profissional envolvimento com a prática de saúde aplicada, haja vista que

não se trata apenas de uma terapêutica, mas sim de uma concepção a respeito de saúde que envolve não só as questões práticas de cuidado, mas as questões de prevenção, sobretudo, pois este é o fundamento da Atenção Básica e, conseqüentemente, da atuação das UBSF.

Nesse sistema, o profissional de saúde tem dupla responsabilidade na sua operacionalização: como usuário, por meio da participação nas conferências e conselhos de saúde; como profissional da rede, através da participação no planejamento, execução e avaliação das ações de saúde. Portanto, é preciso que conheça sua base conceitual e filosófica para que, com a prestação de um atendimento integral e de qualidade à população defenda e lute por ele (SOUSA e col., 2003 *apud* MARTINS et. al., 2009, p. 76).

O caráter essencialmente político do SUS está presente em todo o sistema. Não podendo ser dissociado um aspecto ou setor do outro. Os setores de Baixa, Média e Alta complexidade a que se destina o SUS precisam estar em consonância entre si para que o sistema funcione como planejado. Desta forma, torna-se salutar que o profissional de saúde inserido no SUS detenha não só o conhecimento a respeito dos fundamentos e funcionamento do SUS, bem como atue de forma militante seja por meio de suas práticas em saúde, seja por meio da reflexão e debate sobre estas mesmas práticas. Contudo:

A simples transmissão de conhecimentos não é suficiente para a adoção de novas ações, pois o acúmulo de saberes técnicos é apenas um dos aspectos de transformação das práticas, devendo os cursos e as tecnologias utilizadas serem determinados a partir da observação dos problemas que ocorrem no dia-a-dia do trabalho. Esses problemas precisam ser solucionados para que os serviços prestados ganhem qualidade e os usuários fiquem satisfeitos com a atenção prestada (BRASIL, 2005b *apud* MARTINS et. al., 2009, p.77).

Em contrapartida, apenas uma odontóloga se posicionou em defesa do SUS e demonstrou ter conhecimento sobre os fundamentos do SUS, explicitando o caráter mercadológico da profissão.

A Odontologia é um meio bem elitizado ainda e todo mundo é meio mercadológico com a coisa, eu vou me formar, vou por um consultório, vou fazer isso, vou fazer aquilo (Odontóloga, 28 nos, 06 anos tralha na área).

Essa característica mercadológica na saúde vai de encontro aos fundamentos da Atenção Básica ou da Saúde Pública enquanto direito universal, tornando-se um entrave ao funcionamento do SUS.

A odontóloga supramencionada foi questionada a respeito de sua formação e de seu interesse pela Saúde Pública. A mesma respondeu que o conhecimento adquirido a respeito do SUS e dos fundamentos políticos da Saúde Pública, especialmente os princípios do SUS (Universalidade, Integralidade e Equidade) ocorreu ainda na graduação por meio de uma de suas professoras, mas reconheceu que este foi um elemento isolado em sua formação, ressaltando, assim como os demais Odontólogos pesquisados, que não houve capacitação em sua formação profissional para a atuação na Atenção Básica e que sente carência de mais capacitações promovidas pelo SUS.

No campo da Odontologia, é necessária a readequação dos cursos de graduação para a formação de profissionais capacitados a exercerem uma prática que atenda ao SUS, e a contínua capacitação dos já graduados que atuam no sistema. Este cirurgião-dentista, fazendo parte de uma equipe multidisciplinar, atuará, em nível central, no planejamento de políticas públicas saudáveis, no desenvolvimento de ações de vigilância da saúde da coletividade, no fortalecimento de ações comunitárias e na reorientação dos serviços de saúde (AERTS E COL., 2004 *apud* MARTINS *et. al.*, 2009, p. 77).

Em artigo publicado na Revista Saúde e Sociedade, Martins *et. al.* (2009) indica que foram pesquisados 86 profissionais da odontologia no Estado de São Paulo⁹². A referida pesquisa demonstrou que 89,5 % dos entrevistados não sabiam quem era o responsável pelo planejamento e execução da assistência, 61,6% não tinham conhecimento de equidade, 53,5% de fundo de saúde 52,3% de controle social.

O “Fundo de Saúde é uma conta específica que engloba todos os recursos destinados ao setor saúde, sendo administrados pela Secretaria Estadual da Saúde e fiscalizada pelo Conselho de Saúde” (MARTINS *et. al.*, 2009, p. 80).

O que estes dados revelam? Estes dados corroboram para os dados obtidos nesta pesquisa em que os Odontólogos aparecem como a categoria de profissionais que atuam dentro das UBSF que menos trabalha em consonância com as regras ou filosofia da Atenção Básica e da Saúde Pública. “A área de recursos humanos nos serviços de saúde, representada

⁹² Inicialmente a referida pesquisa pretendeu abarcar uma população de 346 profissionais da Odontologia do SUS no estado de São Paulo. Contudo, participaram da pesquisa apenas 86 destes profissionais.

pela força de trabalho, constitui um nó crítico a ser enfrentado pelos gestores no processo de consolidação do SUS, pois se apresenta desvinculada, em sua maioria, aos preceitos do sistema de saúde brasileiro” (MARTINS et. al., 2009, p. 77).

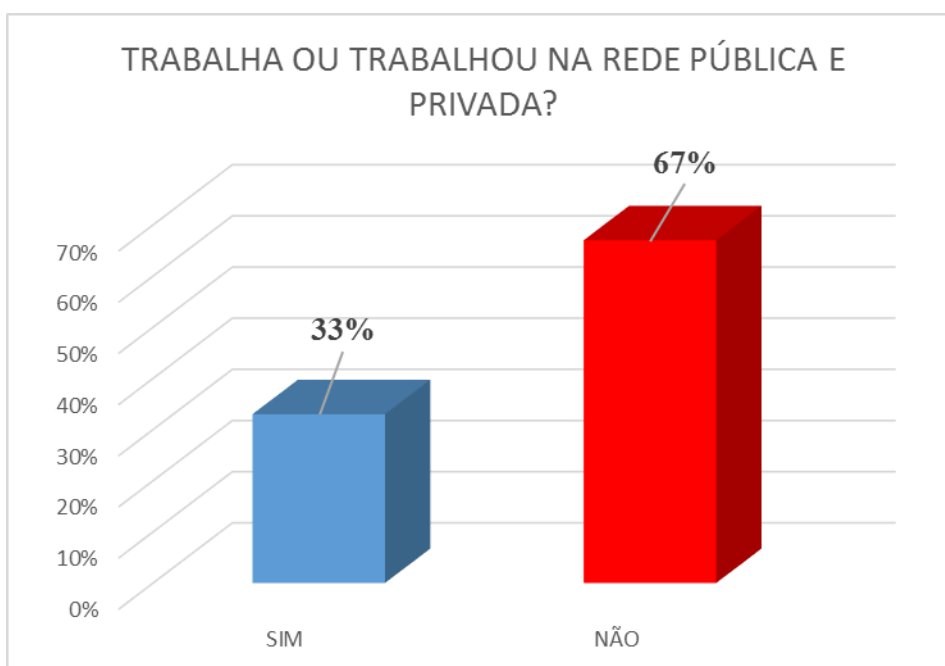
Os preceitos de saúde do sistema de saúde brasileiro se referem a Universalidade, Integralidade e Equidade, assim o processo de trabalho é entendido dentro da perspectiva de trabalho integrado, de clínica ampliada, ao contrário da noção de trabalho no setor privado, haja vista que no setor privado a saúde é uma mercadoria e no setor público, a saúde é um direito.

Essa disparidade entre o trabalho executado na área privada e na área pública cria dois tipos de trabalhadores, um voltado para a produção em saúde e sujeito as demandas de mercado e, outro que, inserido no modelo de trabalho do setor público em que a produtividade ou a qualidade ainda são elementos não universais, a prestação da assistência fica relegada a algumas categorias profissionais mais que outras, alienando o processo de trabalho.

Dessa forma, segundo Lima, “reduz-se a pressão da organização dos trabalhadores e da reivindicação coletiva, ao passo que valoriza uma competição intensa entre esses mesmos trabalhadores” (MORAES e IGUTI, 2013, p.420).

Outro elemento apontado pelos Odontólogos nesta pesquisa foi a disparidade salarial entre os demais profissionais de saúde nas UBSF e os médicos. O que contraria a concepção de saúde como um todo e da importância da atuação em conjunto de todos os profissionais dentro das UBSF, especialmente, em se tratando da Atenção Básica.

Diante dos dados surge o questionamento de que até que ponto a participação do mesmo profissional na saúde pública e na saúde privada, ou melhor, num tipo de saúde orientado pelo entendimento da saúde como um direito universal e da saúde como uma mercadoria, garante a imparcialidade do profissional, especialmente do médico (que tem seu próprio consultório/negócio) e o incentivo necessário para a realização do cuidado necessário a quem precisa. Este é um ponto que pode servir de elemento para pesquisas futuras, desenvolvidas em projetos de pós-doutoramento, por exemplo.

Gráfico 16 – Trabalha ou trabalhou na rede pública e privada.

Fonte: GALVÃO, 2017.

Os dados apresentados no Gráfico 16 demonstram que a maioria dos pesquisados, 67%, só trabalha na rede pública, não acumulando funções também na rede privada de saúde. E que 33% profissionais pesquisados trabalham nas duas redes ao mesmo tempo. Estes dados revelam a possibilidade de entendimento a respeito da região estudada, em que há escassez de oferta de serviços de saúde privados. Assim, não resta muita escolha para os profissionais de saúde a não ser se inserir na rede pública de saúde.

Sobre o papel do Estado na assistência à saúde, os médicos entrevistados mostraram uma nítida divisão, na qual 48,5% não concordaram que o Estado devesse ser responsável apenas pela saúde pública e pelo atendimento médico a população carente e 48,1% concordaram integralmente ou parcialmente com essa opinião, revelando uma separação entre o ideal liberal contrário a uma intervenção estatal abrangente na área de saúde e o ideal de intervenção do Estado nesta área. (QUEIROZ, CAMPOS e MERHY, 1992. p. 36).

Este questionamento acosta-se na preocupação a respeito da trajetória que o SUS irá desempenhar sob a égide da PEC 55/2016, que congela os investimentos em saúde por 20 anos e traz como consequência o desmonte da Saúde Pública no Brasil expresso não só pela

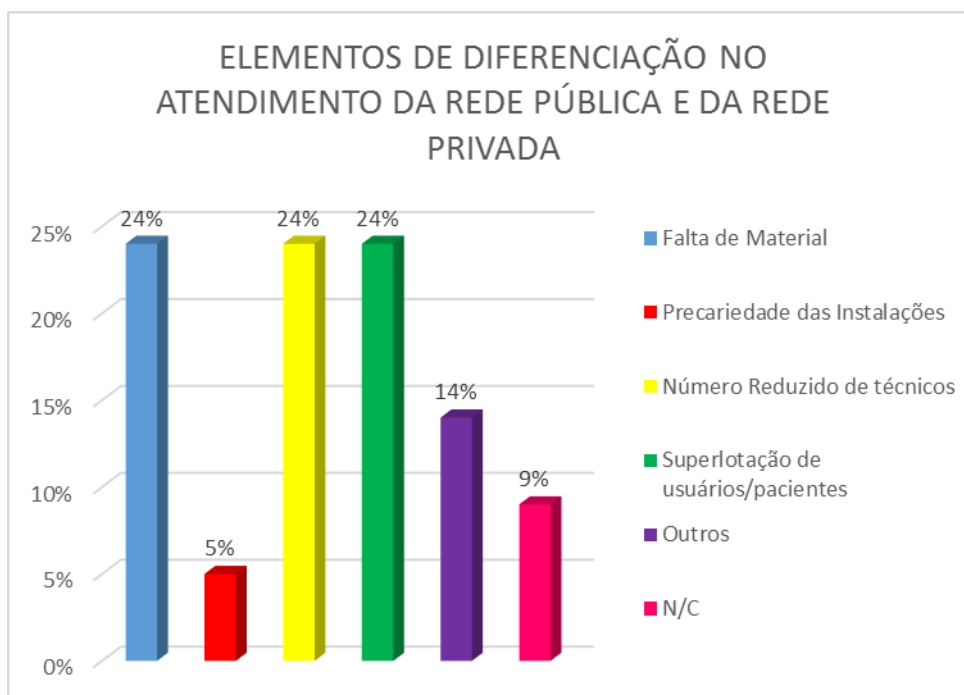
redução do investimento em saúde o que resultará em não atendimento da demanda cada vez crescente e uma procura da população por Planos de Saúde.

E a gente vive hoje um momento contrário, né? Um refluxo da avareza. O Sistema Único de saúde está sendo bombardeado cada vez por políticas de privatização, de terceirização. É o caso da EBESERH, das OSS, E aí da investida do capital internacional, dos grandes Planos de Saúde. E o Congresso Nacional também que é totalmente financiado. Mais de 500 deputados, dos 500 deputados mais de 2/3 tem financiamento dos Planos de Saúde e com esse Congresso, com esse Eduardo Cunha que está aí...ele também é um dos recebe grandes financiamentos, doação de campanha dos Planos de Saúde Ele tem vários Projetos de Lei que reduz mais ainda a importância do Sistema Único Público, né? Inclusive no Projeto de Lei que ele obriga as empresas a contratar Plano de Saúde, que tira o direito da empresa de questionar por um sistema público e sim fazer o repasse a uma empresa privada. Esse é um desmonte que ele vem sistematicamente, junto com todo o Congresso, tecendo para precarizar mais, sucatear mais ainda o Sistema Único que já vem defasado (Médico, 29 anos, 03 meses de trabalho na área).⁹³

Uma das questões presentes no questionário era a seguinte: Você acha que há diferença no atendimento dos usuários/pacientes entre a rede pública e a rede privada? Nesta questão todos os profissionais pesquisados foram unânimes em responder que SIM (100%). Esta questão foi seguida do pedido de enumerar, entre as opções contidas no questionário, que elementos diferenciam o atendimento da rede pública e da rede privada.

Assim, aparecem os dados ilustrados no Gráfico 17 como parte dos elementos de diferenciação do atendimento da rede pública e privada. Os elementos listados referem-se a Precariedade das Instalações; Falta de Material; Número reduzidos de técnicos; e, a Superlotação de usuários/pacientes.

⁹³ Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBESERH); Organizações Sociais de Saúde (OSS).

Gráfico 17. Elementos de diferenciação no atendimento da rede pública e da rede privada

Fonte: GALVÃO, 2017.

No item Outros, que aparece com 14% dos apontamentos por parte dos pesquisados, foram discriminados os seguintes elementos como elementos de diferenciação no atendimento da rede pública e da rede privada:

1. Diferença no atendimento prestado por parte do profissional;
2. Salários reduzidos e falta de incentivo profissional.

Em outra perspectiva,

A qualidade desta assistência é influenciada por diversos fatores tais como: a formação profissional, o número de profissionais disponíveis, o mercado de trabalho, a legislação vigente, as políticas, a estrutura e a organização das instituições. Assim, a avaliação sistemática desses fatores que interferem nas ações de enfermagem deve propiciar informações para subsidiar as intervenções necessárias visando os resultados desejados. Quando se fala em qualidade da assistência de enfermagem, como um fator fundamental para o benefício do cliente, é importante esclarecer o que se entende por qualidade da assistência e o que é esperado dos profissionais envolvidos no cuidado para atingi-la (D'INNOCENZO, ADAMI e CUNHA, 2006, p.87).

A diferença entre o serviço de saúde ofertado pela rede pública de serviços de saúde e pela rede privada vem corroborar para a necessidade de fortalecimento do SUS enquanto instrumento de equidade em saúde para a população, ressaltando seu caráter político primordial, especialmente por meio do processo de *cidadanização*.

Mais do que conhecer sua legislação e seus fundamentos, mecanismos também importantes para a efetivação da cidadania, é entender seus objetivos e diretrizes. Mais importante ainda é participar da sua construção e reelaboração constante como sujeito de direitos.

Assim é que tanto a comunicação quanto a informação assumiram esse papel estratégico e instrumental como mecanismos de interação, geração e transmissão de informação visando à integração, participação, legitimação ou à instituição de novas práticas e comportamento sociais. É a isso que se refere Alberto Melucci quando afirma que a “cada vez que em torno a um fenômeno social se desenvolve uma retórica e uma mitologia, estamos diante de processos que contêm respostas potências às necessidades humanas, mas que também indicam o aparecimento de novas formas de poder” (GOHN, 2000 *apud* OLIVEIRA, 2004, s.p.).

Da mesma forma, que a ideologia influi na forma como os discursos e os entendimentos acerca de determinado assunto é tratado, a informação tem papel importante na difusão e no conhecimento sobre o que são direitos, quais são os direitos estabelecidos e quais são os direitos que precisam ser conquistados.

Contudo, os dados desta pesquisa indicam que a população, especialmente os profissionais de saúde, não apresenta “consciência política”, não conhece ou exerce seu dever constitucional de fiscalizar o sistema, como pode ser observado nos resultados deste estudo (MARTINS *et. al.*, 2009, p. 79). O que acarreta o enfraquecimento do sistema de saúde e o distanciamento de seu fundamento no direito, tornando-se urgente a *cidadanização* do SUS para que o mesmo não se perca ao longo do tempo.

6.1 Cuidado em saúde e efetivação da cidadania

Diante dos problemas apontados pelo desconhecimento ou falta de engajamento político nas questões de gestão e operacionalização do SUS, uma das questões abordadas perguntava aos profissionais pesquisados se os mesmos conheciam alguma definição para o

SUS. A grande maioria respondeu o óbvio, o SUS é o Sistema Único de Saúde. Entretanto, uma resposta nos chamou a atenção.

Sistema Único de Saúde formulado com os princípios da Universalidade, Integralidade e Equidade. Atender a todos de forma **holística**⁹⁴ e preventiva. Saúde direito de todos (Enfermeira, 34 anos, há 13 anos trabalha na área).

Este entendimento sobre o SUS reflete o entendimento do processo de efetivação dos direitos em saúde, especialmente o entendimento sobre a proposta do Projeto Reforma Sanitária Brasileira, ao mesmo tempo que demonstra a capacitação do profissional em falar sobre o sistema de saúde e não apenas reproduzir o que significa sua sigla.

A pergunta seguinte era: E para você, o que significa o SUS? O que resultou na elaboração da seguinte categoria.

CATEGORIA 4: *E para você, o que significa o SUS?*

Quadro DSC 1

Ideia central
O que pensa a respeito do SUS
Expressão Chave
Sistema de Saúde organizado que contempla os direitos sociais
Discurso do sujeito coletivo
O SUS teoricamente é o mais organizado em relação a outros modelos de saúde existente no mundo exatamente porque contempla elementos fundamentais para o exercício da cidadania, como igualdade, universalidade, integralidade e equidade.

Fonte: GALVÃO, 2017.

Como demonstrado por meio da elaboração da categoria 4 do DSC, o SUS assume a imagem de elemento de promoção dos direitos.

Novamente, destacamos falas dos pesquisados, a seguir, ilustrando esta afirmação.

⁹⁴ Grifo nosso.

É um plano de saúde com o objetivo de dar assistência digna e humanizada a população em geral, especialmente aos carentes (Técnica de Saúde Bucal, 27 anos, há 2 trabalha na área).

É um sistema que oferece serviços gratuitos a toda população (Agente Comunitário de Saúde, 24 anos, há 3 anos trabalha na área).

Observa-se, a partir dos dados desta pesquisa, que o SUS está representado de três maneiras.

1. O SUS enquanto elemento e/ou mecanismo de efetivação dos Direitos Políticos e Sociais;
2. O SUS enquanto elemento de atendimento humanizado;
3. O SUS enquanto instrumento de atendimento aos mais carentes.

A representação 3 se distingue da concepção e do reconhecimento do SUS enquanto mecanismo de consecução de Direitos, ou seja, o SUS passa a ser representando e, portanto, concebido, como um benefício ou benesse do Estado em relação ao cidadão, pois perde-se a noção da saúde enquanto direito universal. O próprio conceito de cidadania fica fragilizado devido ao fato de que por não se configurar enquanto um direito, o SUS passa a ser visto como um ato de bondade, de boa fé e boa gestão do gestor público, seja de qualquer esfera (federal, estadual ou municipal).

O que isto indica na prática? Indica que a concepção sobre o SUS, além de fragilizar-se, também torna-se ameaçada e sua característica de participação, de construção continuada e de efetivação do direito, por meio do exercício da cidadania se enfraquecem e podem desaparecer com o tempo.

Quando o pesquisado define o SUS enquanto um plano de saúde essa característica do direito também se perde e o Sistema de Saúde passa a ser visto como mercadoria, inserido na política de mercado. E novamente vem à tona um debate sobre a natureza, fundamento e condições de consolidação dos Direitos Humanos na nossa sociedade.

Novamente são expressos na fala dos pesquisados categorias como Direitos e Cidadania, elementos típicos dos Direitos Políticos, corroborando para nossa tese de que o SUS é muito mais um direito político do que social, no tocante aos elementos que o fundamentam, mesmo que o SUS se expresse por meio de políticas e intervenções de saúde,

da implementação e manutenção de um sistema de saúde que se propõem gratuito, universal, integral e equitativo.

O SUS é expresso pelos profissionais pesquisados como um modelo difícil de ser alcançado, mas que vale a pena ser investido e que quase todos os profissionais acreditam na proposta do SUS e querem ver esta proposta aplicada.

A base conceitual e teórica do Sistema Único de Saúde (SUS) denota-o como um dos sistemas de saúde mais perfeitos do mundo. Entretanto, alguns de seus princípios doutrinários e organizativos necessitam sair do campo teórico para o campo de ação. A mudança de um sistema excludente, desigual e de escassos recursos de outrora, para um que propõe a universalidade de direitos, integralidade de ações e equidade na aplicação de recursos, requer que permanentes estratégias sejam propostas para a consolidação desse sistema. (MARTINS *et. al.*, 2009: 76).

Foi registrado apenas uma resposta diferente da categoria elaborada, que se referiu às dificuldades do atendimento e a não resolução dos problemas de saúde pela população, como ilustra a fala seguinte.

Para mim significa muita espera e, na maioria das vezes, não são solucionado o problema (Técnica de Enfermagem, 43 anos, há 22 anos trabalha na área).

Como supramencionada esta foi a única fala dissonante das demais com relação ao SUS. Mesmo aqueles profissionais que apontaram as dificuldades de realização da atenção à saúde como um elemento constante do SUS e que precisa ser mudado, não falaram com tanto desencanto do mesmo. Vale salientar que a profissional de saúde responsável por esta fala está no serviço público de saúde há 22 anos, ou seja, não vivenciou outras experiências de serviços de saúde.

Vejamos de forma geral, as representações dos profissionais de saúde pesquisados acerca do SUS.

CATEGORIA 5: *Você se lembra da primeira vez que ouviu falar do SUS e a impressão que teve a respeito?*

Ideia central
Primeiras impressões sobre o SUS
Expressão Chave
Sistema de Saúde que resolveria todos os problemas para toda a população
Discurso do sujeito coletivo
O SUS foi criado para que todas as pessoas se tornassem iguais e tivessem acesso aos serviços de saúde; O SUS é o sistema que temos para resolver nossos problemas de saúde.

Fonte: GALVÃO, 2017.

Apesar da concordância dos profissionais entrevistados a respeito da impressão que tem do SUS, na verdade esta impressão revela a própria representação social que os profissionais fazem acerca do SUS. Contudo, neste ponto aparece uma distinção das impressões dos pesquisados de acordo com o tempo de sua formação.

Os pesquisados que realizaram sua formação antes da implementação do SUS apontam uma visão contraditória sobre o SUS, afirmam que o SUS é um sistema para resolução dos problemas de saúde da população, mas também dizem que a primeira impressão que tiveram a respeito do SUS não foi positiva.

Assim, o SUS é visto como uma continuidade do sistema de saúde anterior, o INAMPS, em que a universalidade não era um elemento presente, haja vista que só eram atendidas pelo sistema de saúde público os trabalhadores e seus dependentes devidamente registrados no mercado formal de trabalho e comprovado este registro por meio da apresentação da carteira de trabalho.

Essa dubiedade de entendimento sobre o SUS, presente nos profissionais mais antigos que vivenciaram sua criação indica que o imaginário social a respeito do SUS ainda não foi modificado ou construído levando em consideração seus objetivos, diretrizes e metas. Assim sendo, o SUS é visto como uma continuidade do INAMPS e, portanto, desprovido de seu caráter político participativo. Entretanto, vale novamente salientar que esta dubiedade só aparece nos profissionais antigos.

Apesar de não trabalhar com usuários, enquanto população deste estudo, surgem inquietações a respeito se esta representação atinge os usuários que também se utilizaram do INAMPS. Contudo, este não é o objeto deste estudo, mas poderá ser de estudos posteriores.

CATEGORIA 6: *A sua opinião a respeito do SUS é única ou há diferença entre o que você pensa ou pensava antes de atuar na área de saúde?*

Ideia central
Diferença entre a teoria e a prática
Expressão Chave
Responsabilidade, Compromisso e Classe Social
Discurso do sujeito coletivo
O SUS, na prática, requer compromisso e responsabilidade, além do entendimento desta necessidade. A prática da atenção ao cuidado mostrou, também, que o SUS não é um sistema apenas para pobres.

Fonte: GALVÃO, 2017.

Os profissionais da Enfermagem foram unânimes em afirmar que a sua opinião a respeito do SUS mudou quando os mesmos ingressaram no SUS. Apenas os médicos, que afirmaram não serem usuários do SUS antes do seu ingresso no serviço público de saúde, afirmaram que não tinham opinião própria formada sobre o SUS, a não ser a opinião resultante da mídia ou de comentários de terceiros.

CATEGORIA 7: *Se sua opinião mudou depois de seu ingresso na área de saúde, qual(is) o(s) motivo(s) que o fizeram mudar de opinião?*

Ideia central
Opinião muda com a vivência
Expressão Chave
Prática de saúde, Atenção ao cuidado
Discurso do sujeito coletivo
A prática do trabalho em saúde, especialmente, na atenção básica mostra que é possível solucionar problemas de saúde da população na localidade de moradia do usuário e com procedimentos, muitas vezes, de baixa complexidade.

Fonte: GALVÃO, 2017.

Os dados revelaram que após a vivência cotidiana e profissional no SUS, os profissionais mudaram de opinião, inclusive reconhecendo procedimentos adotados pelo SUS, especialmente pela Atenção Básica como elementos importantes na obtenção da qualidade em

saúde e da qualidade de vida dos usuários atendidos. Este fato ressalta a importância da prevenção e do modelo sanitário baseado no acompanhamento da população atendida.

Na categoria seguinte, Categoria 8, foram agrupadas duas perguntas, pois as respostas foram complementares e repetitivas, formando, assim um só discurso.

CATEGORIA 8: *Você compreende ou conhece a respeito do processo de Reforma Sanitária? Se sim, o que você sabe a respeito?*

Ideia central
Participação popular e contínua
Expressão Chave
Continuidade da Reforma e participação dos sujeitos envolvidos
Discurso do sujeito coletivo
A Reforma é progressiva e não ficou apenas no momento histórico da Década de 1980. A Reforma acontece a partir da mobilização de toda a população, especialmente dos profissionais envolvidos que precisam se atualizar em sua prática e reivindicações políticas.

Fonte: GALVÃO, 2017.

Cabe salientar que muitos profissionais não souberam responder o que era Reforma Sanitária e nem tampouco souberam falar a respeito dela, situando-a em um contexto histórico e cronológico ou mesmo apontando seus objetivos. Entretanto, a partir das respostas dos profissionais que responderam conhecer ou saber o que é Reforma Sanitária foi possível construir o Quadro do DSC, Categoria 8.

Aparece também nas falas dos entrevistados que além da necessidade de mobilização política e de continuidade de participação dos profissionais e da população, a Reforma Sanitária não é um movimento morto, localizado historicamente e baseado em grandes mobilizações e ações sociais. É um movimento que acontece nas pequenas ações cotidianas, nas práticas de assistência na atenção básica.

As pessoas sempre imaginam que é preciso ter muito dinheiro para ter uma saúde de qualidade. Uma saúde de qualidade ela começa do básico. É no saneamento básico, é na imunização efetiva, é de um acompanhamento efetivo. Para mim, no meu ver essa Reforma é progressiva. Não é só como foi feito aqueles grandes movimentos para que ela acontecesse. Eu acho que cada movimento acontece dentro de cada setor que a gente trabalha (Enfermeira, 31 anos, há 1 ano trabalha na área).

Também neste item houve discrepância entre o discurso dos profissionais que começaram a atuar na saúde já no modelo do SUS e a profissional que atua desde o modelo INAMPS. As profissionais que atuam somente no SUS afirmaram que desde a sua formação universitária tiveram informações sobre o SUS e treinamento através de estágio em UBSF. Já a profissional que atua desde o INAMPS disse que foi um choque ao entrar no SUS e que até hoje tem dificuldade no preenchimento de formulários das UBSF e em atingir as metas estipuladas pelo PMAQ-AB.

A minha dificuldade é tanta que eu me espantei quando vi no material de estudo da minha filha, que também é enfermeira, os formulários que utilizamos aqui no PSF e que ela já conhecia como material de estudo da universidade onde ela estudava. O meu choque é tão grande porque eu não tive nenhum treinamento, estágio ou coisa do tipo (Enfermeira, 54 anos, há 31 anos trabalha na área).

Novamente aparece o elemento de desconhecimento sobre o funcionamento do SUS e de seus fundamentos, como elemento de entrave para a assistência prestada por alguns profissionais. A grande questão envolve o poder que a enfermeira tem dentro das UBSF, já que as mesmas atuam como coordenadoras destas Unidades.

Assim, o entendimento e as práticas desempenhadas por esta coordenação orientam a assistência dos outros profissionais, traçando um desenho institucional que será representado pelos profissionais e pelos usuários do SUS como sendo a realidade do sistema de saúde.

Para se atingirem grandes objetivos políticos é indispensável um trabalho organizado. Isso porque toda proposta de modificação na vida social encontra a resistência dos interesses estabelecidos, dos acomodados ou daqueles que têm medo de toda transformação. Por esse motivo, mesmo as propostas que possam trazer maior benefício comum precisam de um trabalho constante e sistemático para serem aceitas e concretizadas (DALLARI, 1984, p.47).

A questão histórica de criação e de dinâmica do SUS se torna importante porque conduz o sujeito ao entendimento de seus fundamentos e, conseqüentemente de seu funcionamento.

CATEGORIA 9: *Você conhece ou compreende como é a gestão do SUS?*

Ideia central
Divisão de responsabilidade nos três níveis de governo
Expressão Chave
Responsabilidade compartilhada e Conselhos de saúde
Discurso do sujeito coletivo
Cada esfera do governo (federal, estadual e municipal) deveria participar de forma efetiva, mas o governo municipal espera muito do governo federal para efetuar as políticas de saúde disponibilizando recursos para outras finalidades. Muitas ações e políticas são pactuadas entre os gestores, mas fica só no papel e com isso ainda a população sofre com doenças de fácil tratamento.

Fonte: GALVÃO, 2017.

Ficou bem claro que os profissionais de saúde pesquisados compreendem que a Gestão do SUS é realizada de forma compartilhada entre as três esferas do governo (Federal, Estadual e Municipal) e que cada um deles é responsável por parte desta gestão.

Contudo, é necessário destacar que Gestão é diferente de Financiamento. No SUS tanto a gestão quanto o financiamento são compartilhados.

Com relação as dificuldades vivenciadas na assistência em saúde por parte dos profissionais, os mesmos responderam que:

CATEGORIA 10: *Você vivencia dificuldades em seu trabalho? Você poderia apontar quais?*

Ideia central
Necessidade de capacitação e treinamento; Falta de compromisso dos gestores
Expressão Chave
Capacitação profissional e atuação dos gestores
Discurso do sujeito coletivo
A não capacitação profissional é um dos entraves para o não funcionamento adequado da Unidade. Uma educação permanente, uma atualização continuada permite que alguns problemas sejam solucionados na base e rapidamente. Com a falta desta capacitação, diante da atualização dos procedimentos e das práticas de saúde perde-se tempo procurando informações junto a Secretaria Estadual de Saúde, que fica a mais de 100 km de distância dos municípios pesquisados.
O descompromisso dos gestores em proporcionar condições para que as metas sejam atingidas.
Material (insumos e profissionais) insuficiente para atender as demandas dos usuários

Fonte: GALVÃO, 2017.

O excesso de burocracia e o cumprimento de metas dos programas de qualidade também são apontados por alguns dos profissionais entrevistados como elementos que dificultam a atuação dos profissionais nas UBSF, haja vista que os mesmos disponibilizam muito tempo no preenchimento de formulários que servem de dados para a avaliação das políticas de saúde implementadas e dos programas de qualidade, enquanto poderiam estar realizando ações junto à comunidade fora das UBSF ou em conjunto com outras Unidades, especialmente no processo preventivo presente na atenção básica.

A necessidade de qualificação apontada pelos profissionais é justificada muito mais em decorrência da necessidade de atualização nas inovações dos procedimentos de saúde adotados pelo SUS, do que para satisfação da burocracia.

Por sua vez, a maioria dos cursos e programas de capacitação e desenvolvimento de trabalhadores em saúde existentes são isolados, desarticulados entre si e se restringem a questões técnicas, desestimulando os profissionais a discutirem seu papel no sistema de saúde no qual estão inseridos. Podem ser citados o Programa de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (Profae), o de Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas de Saúde (Gerus), o de Interiorização do Trabalho em Saúde (Pits) e o incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Graduação em Medicina (Promed) (BRASIL, 2005 *apud* MARTINS *et. al.*, 2009, p. 76-77).

Outro elemento importante da capacitação profissional é despertar o profissional para seu papel dentro do sistema de saúde como agente fundamental na consolidação do SUS enquanto Direito Político.

A orientação predominante na formação profissional da área da saúde no país defronta-se com modelos curriculares fragmentados, não inseridos nos serviços públicos de saúde e, em geral, pouco integrados; hegemônicos na abordagem biologicista, medicalizante, procedimento-tecnicista. Quanto ao modelo pedagógico, frequentemente limita-se à metodologia tradicional da transmissão, adotando sistemas de avaliação cognitiva por acumulação de informação técnico-científica, impossibilitando o desenvolvimento de uma visão crítica, problematizadora, construtivista e com protagonismo ativo sobre o cuidado na saúde (CECCIM e FEUERWERKER, 2004; BRASIL, 2007 *apud* MARTINS *et. al.*, 2009, p.77).

Também o clientelismo e o nepotismo, mesmo que proibido por lei, são apontados por alguns dos entrevistados como uma das dificuldades que aparecem no cotidiano da assistência. De que forma podemos entender esta afirmação? Seguindo o exemplo dado por uma das enfermeiras, e que fato semelhante foi apontado por vários outros pesquisados. A questão gira em torno do gestor municipal diretamente ou através de seu(sua) secretário de saúde indicar parente, amigos ou correligionários políticos para ocuparem cargos dentro das UBSF.

Este fato tem gerado dois grandes problemas. Primeiro, na maioria dos casos a pessoa indicada para trabalhar nas UBSF não tem qualificação para tal. Segundo, a pessoa indicada para o trabalho se recusa a desempenhar determinadas atividades, especialmente aquelas que demandam mais horas de trabalho. Segundo MARTINS, (1999, p. 29) “De fato, as indicações sugerem que o *clientelismo político* sempre foi e é, antes de tudo, preferencialmente uma *relação de troca de favores políticos por benefícios econômicos*” (Grifo do autor)

Isto causa uma diferenciação entre os profissionais concursados, os prestadores de serviço e os comissionados. Estes últimos aparecem como dotados de regalias e privilégios que os demais profissionais não tem. Assim, como bem nos lembra Dallari (1984, p. 63-64)

Toda função pública é um serviço público, é um meio de atuação do poder público na vida social. E em consequência dessa possibilidade de exercer alguma influência no funcionamento da sociedade pode-se dizer que toda função pública é, em certa medida, uma função política. (...) Uma característica relevante da função pública, que a torna substancialmente diferente das atividades particulares, é que as funções públicas têm sua própria existência justificada por necessidades ou conveniências de uma coletividade. Por esse motivo toda função pública está permanentemente comprometida, de modo direto, com a consecução do bem comum.

A questão gira em torno do não entendimento da coisa pública e nem do bem público como elemento essencial para a vida em coletividade e para o exercício de funções no serviços público. Como nos lembra Dahl (2012, p. 45) “Consequentemente, a antiga crença de que os cidadãos podem e devem buscar o bem público em vez de seus objetivos particulares tornou-se mais difícil, se não impossível, de manter à medida que o ‘bem público’ se fragmentou em interesses individuais e grupais”.

O SUS é fundamentado na noção de universalidade. Esta universalidade de direitos e de assistência só é alcançada quando os requisitos mínimos de transparência administrativa são empregados, juntamente com os princípios de igualdade e equidade. De outra forma, os

interesses particulares se sobressaem sobre os interesses coletivos e uma gama de privilégios se forma em torno de um grupo ou indivíduo.

Não existe neutralidade política no exercício de funções públicas ou de atividades privadas que influam sobre o comportamento social, os direitos e os interesses das pessoas ou de grupos sociais. É possível que uma pessoa desenvolva uma atividade dessa espécie sem consciência de que está exercendo influência sobre a vida social. Outros acham que não são políticos por não serem vinculados a um partido político ou por serem indiferentes às atividades rotuladas como políticas, ou ainda porque, no íntimo, são até contrários às ideias ou aos objetivos da facção política a que servem. (DALLARI, 1984, p. 82-83).

Desta forma, o exercício das funções públicas se torna salutar para a consolidação das instituições democráticas que se pautam no direito como elemento inerente a vida humana e, conseqüentemente, sociopolítica. Portanto, o clientelismo, assim como o nepotismo causam danos não só ao atendimento prestado aos usuários nas UBSF, mas compromete todo o entendimento que se faz sobre a atenção ao cuidado e a construção de um Estado igualitário.

CATEGORIA 11: *Você acredita que estas dificuldades podem ser superadas e por quê?*

Ideia central
Sistema Único de Saúde
Expressão Chave
Intersetorialidade e Entendimento sobre o SUS
Discurso do sujeito coletivo
A partir do entendimento de que o SUS é um sistema único, que não trabalha em separado, pois a saúde está relacionada com todos os aspectos da vida social, emocional e física. É o compromisso do profissional em trabalhar em equipe e em conjunto. Mais conhecimento sobre o SUS para melhorar o funcionamento.

Fonte: GALVÃO, 2017.

A universalidade do sistema de saúde representa mais do que um direito, mais do que um conceito político, mais do que a consolidação e consecução de instituições sociopolíticas que efetivem a cidadania. A universalidade no sistema de saúde no Brasil representa o desempenho de uma boa assistência em saúde.

Representa o entendimento do profissional de saúde de que não existe classe social, de que ao contrário dos modelos anteriores de sistemas de saúde no país, o SUS tem como

característica básica a meta de se tornar um elemento de equidade em saúde, ou seja, um instrumento de igualdade numa sociedade extremamente desigual como a sociedade brasileira.

A universalidade na assistência também tem como finalidade romper com o clientelismo presente na cultura brasileira desde a colonização. Assim, o critério de demanda de saúde dos usuários passa a ser condição para seu atendimento pela rede de saúde.

As políticas de saúde comportam “diferentes tipos de ações coletivas e individuais, realizadas por diferentes instituições públicas e privadas para responder ao risco das populações adoecerem em distintos momentos históricos” (VIANA; BAPTISTA, 2008, p. 65).

A importância da Intersetorialidade é apontada por vários dos profissionais pesquisados, que enfatizam a necessidade de um trabalho em conjunto para resolução das demandas de saúde dos usuários. A Intersetorialidade pode ser entendida como um desmembramento da noção de integralidade, também presente no SUS.

CATEGORIA 12: *Na sua opinião há solução para os problemas vivenciados? Você poderia apontar quais?*

Ideia central
Entender a realidade do SUS e do usuário
Expressão Chave
Regionalização da assistência; Fiscalização e Participação popular
Discurso do sujeito coletivo
Elaboração de um plano regional, local de saúde, não só o seguimento das políticas nacionais de saúde, que muitas vezes desconsideram a realidade local, especialmente a realidade do Cariri. Fiscalização do SUS por parte da população e dos mecanismos de participação.

Fonte: GALVÃO, 2017.

A necessidade de regionalização das políticas públicas já vem sendo adotada pelo Governo Federal em vários aspectos e áreas de atuação, no Turismo, na Educação e na Saúde também. Entretanto, os pesquisados indicam para a necessidade de regionalização da saúde, contribuindo para o entendimento das demandas em saúde da população do Cariri Paraibano. Sendo assim, se de um lado há um esforço do Governo Federal em regionalizar as políticas de saúde e por outro lado, há a queixa dos profissionais pesquisados a respeito da necessidade de uma maior regionalização e contextualização da saúde no cariri.

O uso de esquemas pré-fabricados e chavões gestados em outros confrontos e outras sociedades não tem aqui senão o aspecto de conduta imitativa, não criativa, própria do colonizado que ainda pensa com a cabeça do colonizador. A ação política neles baseada não leva senão a uma prática política reduzida a frases vazias e palavras de ordem inconsequentes (MARTINS, 1999, p. 15).

Outro elemento apontado pelos profissionais pesquisados foi a necessidade de fiscalização por parte da população das ações dos gestores públicos. Anteriormente neste trabalho, já apontamos instâncias de participação política e de consequente fiscalização das ações e tomadas de decisões do poder público como os Conselhos e as Conferências de Saúde. Contudo, o que os pesquisados se referem é a efetivação do conceito de *Accountability* (O'DONNELL, 1998) e sua efetiva aplicação por parte dos Conselhos de Saúde.

Podemos entender, hoje também, os conselhos de saúde no contexto do fenômeno político denominado *accountability*, que pode ser explicado como parte construtiva do espaço político onde um ou vários atores sociais podem cobrar publicamente de outros (instituições, organizações empresariais, autoridades ou das lideranças políticas) comportamentos geradores de transparência e de adequação de seus atos às expectativas de interesse individual, público e/ou coletivo, de acordo com as normas e funções previstas ou publicamente reconhecidas onde atuam. Significa que autoridades e instituições públicas podem ser publicamente interpeladas, questionadas, cobradas, estando, portanto, obrigadas a prestar contas de seus atos diante dos outros atores sociais. É o chamado *societal accountability*. (OLIVEIRA, 2004, p. 63).

Ao contrário de outros países de forte tradição democrática, que tem na cultura política um de seus alicerces e aplicam o *accountability* como elemento político-administrativo, no Brasil o *accountability* ainda é um instrumento recente e quase desconhecido, especialmente na esfera municipal. O *accountability* se fosse realizado se concretizaria como instrumento essencial de regulação da relação entre Estado, sociedade, instituições e governo.

Contudo, as particularidades do sistema político no Brasil, da cultura política e do comportamento dos cidadãos são fatores que dificultam sua prática. Assim, a corrupção e o clientelismo presentes na cultura brasileira criam mecanismos para o impedimento de ações por parte dos cidadãos sejam individualmente ou coletivamente, de forma a preservar o gestor ou instituição pública fraudulenta. (MARTINS, 1999).

A mudança deste comportamento depende muito, como enfatiza Anna Maria Campos, da qualidade das “relações entre governo e cidadão, entre burocracia e clientela”. Acrescenta ainda que o “comportamento (responsável ou não) dos servidores públicos é consequência das atitudes e comportamentos das próprias clientelas. Somente a partir da organização de cidadãos vigilantes de conscientes de seus direitos haverá condição para *accountability* (HALLIDAY, 1993, p. 103 *apud* OLIVEIRA, 2004, p.63)⁹⁵

Sendo assim, a aplicação do *accountability* depende da organização e participação política dos brasileiros, ainda muito insipiente e temporal. Também da aceitação por parte dos gestores públicos que eles apenas gerenciam a coisa pública, devendo responder por seus atos e executá-los buscando promover o bem comum.

O *Accountability* funciona como elemento de Controle Social. O SUS tem seu próprio mecanismo de Controle Social, a lei 8.142/90, que criou os Conselhos e Conferências de Saúde responsáveis por realizar o *Accountability* do poder público.

CATEGORIA 13: *O que você apontaria como mudança prática no seu ambiente de trabalho, a partir da reorganização da equipe de trabalho e dos materiais utilizados?*

Ideia central
Trabalho em equipe
Expressão Chave
Compromisso dos profissionais e dos gestores
Discurso do sujeito coletivo
Esta reorganização só é possível se houver comprometimento dos profissionais envolvidos e entendimento das necessidades de saúde por parte dos gestores.

Fonte: GALVÃO, 2017.

Neste último ponto, o compromisso na promoção da saúde da população se torna um ponto essencial da assistência em saúde, tanto por parte dos profissionais que lidam diretamente com a resolução das demandas em saúde por parte dos usuários, bem como dos gestores que precisam estar atentos a prazos e programas de financiamento na saúde, assim como a necessidade de realização continuada do diagnóstico da situação de saúde da população local e, conseqüentemente, das condições para a satisfação de suas demandas em saúde.

⁹⁵ O termo clientela é usado por Oliveira (2004) ao se referir a autora Anna Maria Campos. Contudo, neste trabalho adotamos a concepção de que a saúde é um direito universal e, portanto, enquanto direito cria usuários e não clientes, mesmo que o cidadão utilize os serviços privados de saúde.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Sistema de Saúde no Brasil vem sendo construído a partir da adoção de modelos de gestão formulados em bases político-ideológicos, que são aplicadas à operacionalização dos serviços de saúde. Esta operacionalização envolve a administração dos recursos materiais e dos recursos humanos no intuito de satisfazer as demandas em saúde da população brasileira.

No entanto, o sistema de saúde atual, o Sistema Único de Saúde (SUS) é marcado por uma dualidade. Por um lado, é apontado por profissionais da área de saúde, pesquisados neste trabalho e na literatura sobre o assunto, como um dos sistemas mais modernos complexos e equitativos do mundo. Por outro, concomitantemente, é apontado como algo falho e teórico, que em sua prática de atenção em saúde se distancia de seus princípios.

O SUS nasceu no momento de redemocratização do país, após um longo e intenso período de governo ditatorial, substituindo o Modelo de Seguro Social em que a saúde pública era concebida como um benefício ao qual poucos trabalhadores tinham acesso, sistema englobado pelo INAMPS/INPS, pelo Modelo da Seguridade Social, baseado na noção de saúde enquanto um direito universal e atrelado aos princípios de cidadania, participação paritária e democrática, incorporando a essência da Constituição Federal ou como é denominada, a Constituição Cidadã, promulgada em 1988 e que trouxe as bases de criação de uma política de saúde universal, integral, equitativa e descentralizada a partir da compreensão de que saúde é um direito inerente ao brasileiro e fomentado, em seus mais variados aspectos (econômico, político, social, tecnológico) pelo Estado.

A dualidade apontada pelos profissionais de saúde pesquisados entre fundamentos e práticas de saúde no SUS pode ser organizada em dois blocos de elementos, que se confundem e se misturam pois ambos parte do mesmo princípio, o fundamento político-ideológico.

O primeiro bloco pode ser denominado de bloco conceitual e o segundo bloco de operacional. Com relação ao bloco conceitual podemos afirmar que o SUS se fundamenta em elementos básicos, na adoção do modelo de Seguridade Social, na noção de saúde como direito universal de responsabilidade do Estado, na concepção sanitária acerca do processo saúde-doença e, na participação política dos sujeitos envolvidos no SUS (usuários, profissionais e gestores) na elaboração e implementação das políticas de saúde e na gestão do sistema.

No que diz respeito ao bloco operacional, o mesmo se caracteriza pela adoção de práticas de saúde utilizadas nos serviços e pelos profissionais seguindo a lógica de gestão do sistema de saúde. No bloco operacional os elementos básicos são os processos de financiamento, gestão de recursos (materiais e humanos) e a qualidade em saúde. Para tal, a descentralização e a integralidade nos serviços de saúde norteiam as ações governamentais na tarefa de promoção da saúde.

Entretanto, analisando o bloco conceitual, mesmo o SUS tendo sido concebido como direito, alguns elementos peculiares das práticas políticas no Brasil interferem na sua consolidação enquanto direito, como o clientelismo e a corrupção, que ainda norteiam a estrutura e dinâmica de seu funcionamento. O clientelismo e a corrupção interferem na operacionalização do SUS, bem como fragilizam seu entendimento, por parte dos gestores públicos, que ainda confundem direito com benesses políticas.

No bloco operacional algumas questões aparecem como conflituosas, especialmente o choque entre saúde pública e privada. Sendo assim, marcadores e indicadores típicos do setor privado de produção são utilizados pelo setor público como mecanismos de eficiência e eficácia de suas ações administrativas.

No entanto, estes marcadores e indicadores só servem para conflitar mais a dualidade entre teoria e prática no SUS. Conceitos como demanda, necessidade, cidadão-cliente, produtos e qualidade são incorporados as políticas de saúde implementadas pelo Estado, gerando o enfraquecimento na concepção de saúde como direito universal.

Estes marcadores e indicadores originários da produção industrial e que são aplicados à saúde, muitas vezes sem considerar as particularidades da mesma, acabam por gerar nos agentes subnacionais dubiedade conceitual ou mesmo não entendimento de como o SUS deve funcionar, o que acaba gerando o mal funcionamento do SUS, um exemplo disto é PMAQ-AB, que sua representação para os profissionais pesquisados está distante da sua definição oficial.

Assim, como já mencionado na introdução deste trabalho, esta tese parte da hipótese de que o comprometimento do funcionamento do SUS se deve, entre outros fatores, ao não entendimento da dinâmica de seu funcionamento pelos profissionais de saúde que atuam no sistema, ao desconhecerem o Modelo Sanitário como fundamento de suas práticas de saúde, o que fundou o SUS. Desta forma, os profissionais apontaram o desconhecimento do Projeto Reforma Sanitária Brasileira e a não compreensão sobre o Modelo de Seguridade Social, que foi confundido com o modelo de Seguro Social.

Enquanto que o desconhecimento dos profissionais se refere as normas, a legislação e o processo político de criação e regulamentação do SUS, o não entendimento, especificamente, refere-se aos princípios, diretrizes e metas do SUS tomados a partir da consolidação dos Direitos Sociais e dos Direitos Políticos e, conseqüentemente, da sua execução através das políticas de saúde.

Além de desconhecerem o SUS e de não entenderem seus fundamentos, os profissionais pesquisados afirmaram não participar politicamente da gestão do SUS, muitos até demonstraram não ter interesse em participar politicamente, novamente enfraquecendo as instâncias deliberativas do SUS, como as Conferências e os Conselhos de Saúde.

Desta forma, os sujeitos não se transformam em cidadãos, haja vista que cidadania existe, é garantida pela Constituição Federal, mas não é efetivada. Assim, é necessário o desencadeamento do processo *cidadanização* do SUS, ou melhor, que um planejamento para estimular a participação política na formulação, avaliação e reformulação das práticas de saúde.

Antes que um cuidado, uma prevenção, atenção ou procedimentos de saúde, as políticas de saúde consubstanciam-se na expressão da participação política por meio dos movimentos sociais que visam acessar os mecanismos que garantam melhores condições de vida para o brasileiro.

Assim, o Sistema Único de Saúde no Brasil insere-se na cadeia de direitos como ilustração maior de conquistas políticas, haja vista dois aspectos fundamentais. Primeiro, os princípios do SUS – Equidade, Integralidade e Universalidade, pretendem garantir que todos os brasileiros sejam atendidos de igual forma em suas necessidades em saúde, abrangendo, desta forma, o maior número de usuários possíveis nos procedimentos de baixa, média e alta complexidade sem nenhum tipo de restrição ou distinção, como classe, gênero, cor, idade, e necessidade de atenção em saúde, por exemplo.

Segundo, que a estrutura de funcionamento do SUS, especialmente amparada pela lei 8.142/90 permite que a população em geral possa participar dos mecanismos democráticos e legitimados por lei das decisões e formato das políticas de saúde no Brasil, por meio das conferências de saúde, reformulando e construindo um modelo de saúde que atenda realmente as necessidades de seus usuários.

Diante dos dados coletados e analisados para a elaboração desta tese ficou evidente que o não entendimento sobre os conceitos de Equidade, Integralidade e Universalidade, bem como que o SUS existe como expressão maior, direcionada à saúde, dos direitos sociais e

políticos é um entrave ou um elemento que dificulta seu funcionamento. Contudo, o que os dados apontaram é que vários fatores contribuem para este fato.

Entretanto, além do não entendimento do processo político de criação e dinâmica de funcionamento do SUS, podemos destacar dois. Primeiro a questão do clientelismo e da corrupção, elementos presentes no sistema político brasileiro. Segundo, a dualidade nos modelos de saúde baseados na noção de cidadão-cliente e cidadão-usuário.

O clientelismo e a corrupção agiriam diretamente sobre a atuação dos profissionais de saúde, especialmente em municípios com pequeno percentual de habitantes, como é o caso do Cariri Paraibano, em que dependendo do modelo de gestão adotado ou da orientação política do gestor determinada Unidade Básica de Saúde da Família recebe mais ou menos recursos sendo incluído ou não os municípios em programas do governo federal que visem aumentar a qualidade nos serviços de saúde.

De acordo com os profissionais de saúde pesquisados, o entendimento que o gestor municipal tem sobre o funcionamento do SUS influencia em vários níveis o funcionamento dos serviços de saúde no município, haja vista que a própria indicação do Secretário de Saúde é política, ou seja, muitas vezes são indicados parentes ou correligionários políticos do prefeito sem formação ou experiência na área de saúde.

Da mesma forma que ainda são poucos os profissionais legitimamente imbuídos dos cargos que ocupam dentro das UBSF, mais especificamente, que realizaram concurso público para efetivação no cargo de saúde que exercem.

Este é um elemento apontados pelos pesquisados como entrave para o funcionamento do SUS. Assim, as políticas públicas baseadas nas alianças partidárias, em outra acepção, no clientelismo destinam-se a satisfazer os interesses particulares e não a necessidade de saúde da população em geral.

Aliado a este ponto está o fato de que as capacitações realizadas pelo SUS não contemplam todos os profissionais que atuam no município. Neste modelo de capacitação há a utilização de agentes multiplicadores, ou seja, de uma equipe das UBSF composta por cinco profissionais apenas um ou dois recebem a capacitação e ficam com a incumbência de transmiti-la aos demais membros desta equipe.

Devido ao clientelismo, comumente, quem recebe esta capacitação são os profissionais que não tem vínculo permanente e, portanto, não tem o compromisso efetivo com a implementação das políticas de saúde formuladas pelo Governo Federal, segundo dados obtidos por meio dos entrevistados.

Com relação as capacitações, um segundo elemento apontado pelos pesquisados como entrave para o funcionamento do SUS é a falta ou baixa frequência das capacitações para a utilização dos novos procedimentos em saúde.

Esse elemento é indicador do conflito para a adoção do conceito de qualidade em saúde, haja vista a presença de profissionais pouco identificados com as demandas dos usuários do SUS e pouco qualificados para o atendimento das mesmas, devido ao fato do clientelismo e da pouca qualificação dos profissionais.

Atribui-se ao fato de alguns municípios se sobressaírem sobre os demais circunvizinhos em decorrência da política adotada pelo gestor municipal, da sua orientação política partidária. Por orientação política partidária, neste caso, entendemos se o gestor integra o grupo de situação do governo Federal, ou melhor, sua base aliada.

Pois, se o gestor integrar os partidos de oposição pouco se empenha em efetivar as políticas de saúde do Governo Federal como elemento indicador para que o gestor federal seja considerado inapto ou ineficiente para governar.

Ainda sobre a questão da qualidade em saúde, é uma queixa recorrente entre os pesquisados que a demanda de usuários é maior que a capacidade de atendimento do SUS, especialmente no que se refere a realização de procedimentos de média e alta complexidade, isto pode ser comprovado com dados oficiais divulgados pelo Instituto Brasileiro Geográfico e Estatístico (IBGE) a respeito dos serviços de saúde ofertados pelos municípios participantes desta pesquisa. Assim, como já demonstrado no Capítulo anterior equipamentos como mamógrafos, tomógrafos, entre outros, são presentes apenas em municípios pólos em saúde, muitas vezes distantes geograficamente da localidade de moradia dos usuários.

Os incentivos de produtividade implementados pelo Governo Federal por meio de políticas como o PMAQ-AB, por exemplo, em que são estipuladas metas e o cumprimento das mesmas reverte-se em gratificações na remuneração salarial dos profissionais de saúde que nem sempre são repassadas pela gestão municipal para os profissionais das UBSF.

Buscou-se utilizar a Técnica de Discurso do Sujeito coletivo a partir da perspectiva de Equipe ampliada e de fundamentos da equidade no SUS. Contudo, isso não foi possível ser realizado tomando o conceito de equipe ampliada, pois por mais que haja equidade legal nos fundamentos e princípios do SUS, na prática há uma hierarquização das ações dos profissionais, especialmente quando envolve a Gerência das UBSF.

O que revela que os programas de Qualidade em Saúde buscam reorganizar os processos de trabalho, contudo a lógica do modelo Taylorista ainda impera na prática de

assistência dos profissionais, quando “elegem” a Enfermeira como a gerente da Unidade de Saúde.

Também sobre qualidade podemos considerar que há uma noção sobre qualidade entre os profissionais de saúde das UBSF pesquisadas divergente do conceito de qualidade adotado pelo governo, especialmente pelo PMAQ-AB. Qualidade para os profissionais significa qualidade de vida e melhoria na condição de saúde dos usuários.

Ao passo que, o conceito de qualidade em saúde advém dos processos de gerência científica, em que o aumento da produtividade incentivado por ganhos salariais é o ponto chave. Esse ponto só corrobora para o entendimento apontado nesta pesquisa de que a adoção do conceito de Qualidade em Saúde, da maneira que é concebido e implementado atualmente pelo Ministério da Saúde, se constitui num entrave para a consolidação da saúde enquanto um direito e da efetivação das instâncias de participação dos sujeitos envolvidos no sistema de saúde em sua concepção, gestão e avaliação.

Por fim, ainda são grandes as dificuldades enfrentadas pelo SUS e que despertam a curiosidade para que se pesquise a respeito destas dificuldades, tendo como ponto de partida a compreensão do SUS como resultante de um movimento social, Reforma Sanitária, que representou a vontade popular em relação a assistência de saúde e o papel do Estado neste aspecto, e não apenas de ações promovidas pelo Estado para a área de saúde.

Contudo, até o momento este trabalho analisou dados exploratórios, já que não há pesquisas feitas diretamente no Cariri Paraibano. Desta forma, este trabalho tem a pretensão de dar origem a novas pesquisas e novos trabalhos a partir de questionamentos e problematizações apontadas por este trabalho. Sendo pretensão da pesquisadora retornar ao campo com novas questões em pesquisas de pós-doutorado ou pesquisas institucionais, que possam contribuir para o entendimento dos problemas da região e, conseqüentemente, resolução dos mesmos.

Em outra perspectiva, o presente trabalho insere-se no conjunto de trabalhos e pesquisas realizadas no Brasil que parte dos profissionais de saúde e, da análise de suas práticas de saúde como elemento de avaliação do sistema de saúde.

Centrar o desenvolvido da pesquisa nas práticas de saúde dos profissionais de saúde inscreve-se na importância que o elemento humano tem, especialmente, o elemento político para a avaliação do sistema de saúde, haja vista que é a partir da ação dos sujeitos, dos agentes subnacionais que as práticas de saúde se desenvolvem, acontecem.

Portanto, humildemente este trabalho espera ter alcançado seus objetivos e contribuído para as discussões a respeito do caráter de direito do SUS para que o mesmo se torne uma

Política de Estado e não, apenas, uma Política de Governo. E como tal não seja mais ameaçado ou enfraquecido pelas sucessões de gestores que passam a guiar as políticas de saúde de acordo com seus interesses particulares, pessoais ou de grupos políticos aos quais fazem parte.

Além da *cidadanização* do SUS é necessário que claramente sejam definidos critérios de orientação das políticas de saúde em consonância com os princípios do SUS, ao passo que a continuidade da adoção de técnicas e definições mercadológicas aplicadas à saúde só contribuem para o enfraquecimento do direito em saúde. Sendo assim, é necessário que mais pesquisa e estudos sejam realizados a fim de elaborar modelos de gestão, de qualidade em saúde, por exemplo, que leve em consideração as particularidades da saúde enquanto direito, descartando, assim, os marcadores e indicadores mercadológicos para à saúde.

REFERÊNCIAS

ABRASCO. **Pelo direito universal à saúde**: contribuição da ABRASCO para os debates da VII Conferência Nacional de Saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1985. 39p.

AERTS, Denise; ABEGG, Claídes; CESA, Kátia. “O papel do cirurgião-dentista no Sistema Único de Saúde”. *In: Ciência & Saúde Coletiva*, 9 (1):131-138, 2004.

ALBARELLO, Luc *et. al.*. **Práticas e Métodos de Investigação em Ciências Sociais**. Lisboa: Gradiva, 1997.

ALBERTI, V. **História oral a experiência do CPDOC**. Rio de Janeiro (RJ): FGV; 1990.

ALMOND, G.; VERBA, S. **The Civic Culture: Political Attitudes and Democracy in Five Nations**. Princeton: Princeton University Press, 1989 [1963].

ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de. *et. al.*. Atenção primária à saúde e estratégia saúde da família. *In: Saúde em debate*. Hucitec; Fiocruz, 2006. p. 783-836.

ANTUNES, Ricardo. **Adeus ao trabalho?**: ensaios sobre a metamorfose e a centralidade no mundo do trabalho. 15 ed. São Paulo: Cortez, 2011.

_____. **Os sentidos do trabalho**: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. 2 ed. São Paulo: Boitempo, 2009.

ARISTÓTELES. **Política**. 3 ed. Brasília: UnB, 1997.

ASENSI, Felipe Dutra. PINHEIRO, Roseni. (Coordenadores). **Judicialização da saúde no Brasil**: dados e experiência. Brasília: Conselho Nacional de Justiça, 2015.

AUGUSTO, Maria Helena Oliva. Políticas Públicas, Políticas Sociais e Políticas de Saúde: algumas questões para reflexão e debate. *In: Tempo social*. São Paulo, 1(2):105-119, 2 sem.1989. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ts/v1n2/0103-2070-ts-01-02-0105.pdf> Acesso em: 23 de abril de 2014.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Organização das Ações de Atenção à Saúde: modelos e práticas. *In: Revista Saúde e Sociedade*, v.18, supl.2, 2009.

AZEVEDO, Sara Dionizia Rodrigues de. Formação discursiva e discurso em Michel Foucault. *In: Filogenese Revista Eletrônica de Pesquisa na Graduação em Filosofia*. Vol. 6, nº 2, 2013. Acesso em 12 de fevereiro de 2017.

BARBETTA, Pedro Alberto. **Estatística Aplicada às Ciências Sociais**. 5 ed. Florianópolis: Editora UFSC, 2003.

BENEVIDES, R; PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. *In: Revista Ciência & Saúde Coletiva*. 10(3): 561-571, 2005.

BOBBIO, Norberto. **A Era dos Direitos**. 16 ed. Rio de Janeiro: Campus, 1992.

BONI, Valdete. QUARESMA, Sílvia Jurema. Aprendendo a Entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. *In: Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC*. vol. 2, n. 1(3), p.68-80, jan/jul 2005.

BOSI, Maria Lúcia Magalhães; DE CARVALHO AFFONSO, Kátia. Cidadania, participação popular e saúde: com a palavra, os usuários da Rede Pública de Serviços. *In: Cadernos de Saúde Pública*, v. 14, n. 2, p. 355-365, 1998. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/%0D/csp/v14n2/0113.pdf>> Acesso em 12 de março de 2014.

BOSI, Maria Lúcia M. Cidadania, participação popular e saúde na visão dos profissionais do setor: um estudo de caso na rede pública de serviços. *In: Cadernos de Saúde Pública*, v. 10, n. 4, p. 446-456, 1994. Disponível em: < http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102-311X1994000400004&script=sci_abstract>. Acesso em 12 de março de 2014.

BOURDIEU, Pierre. **Questões de Sociologia**. Rio de Janeiro: Marco Zero, 1983.

_____. Esboço da teoria da prática. In: ORTIZ, Renato (Org.). **Pierre Bourdieu/ Sociologia**. Trad. Paula Monteiro. 2.ed. São Paulo: Ática, 1994, p.46-81. (Coleção Grandes Cientistas Sociais).

_____. **O Poder Simbólico**. 3 ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2000.

BRASIL. **Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado**. Brasília, Presidência da República, 1995.

_____. Ministério da Saúde. 2004. **Política Nacional de Humanização**. Disponível em :<<http://portal.saude.gov.br/saude>>. Acessado em: 10 de outubro de 2009.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: AMAQ. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série B. Textos básicos de saúde).

BRAVEMAN, Harry. **Trabalho e Capital Monopolista**. 3 ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1981.

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de. A saúde no Brasil: reforma sanitária e ofensiva neoliberal. In: **Política Social e Democracia**. São Paulo: Cortez, 2001.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Estratégia de gestão para melhoria dos serviços de saúde. In: **Programa do curso de humanização do atendimento em saúde**. jan/fev.28-06; São Paulo, FSP; 2002.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. AMARAL, Márcia Aparecida do. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referências teórico-operacionais para a reforma do hospital. In: **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, 12(4):849-859, 2007.

CARRARA, Sérgio. “A antropologia e o processo de cidadanização da homossexualidade no Brasil”. In: **Cadernos Pagu**, n. 47, 2016.

CARVALHO, José Murilo. **Cidadania no Brasil: O Longo Caminho**. 2ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

CARVALHO, Brígida Gimenez *et. al.*. Gerência de Unidade de Saúde na Atenção Básica: quem faz e como faz. In: **Anais do 2º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão em Saúde** – Universalidade, Igualdade e Integralidade da Saúde: Um Projeto Possível. Belo Horizonte (Minascentro): UFMG, 2013. Disponível em: <http://www.politicaemsaude.com.br/anais/orais/026.pdf>. Acesso em: 11 de novembro de 2015.

CEDICH. **Cartilha da Cidadania**. Disponível em: http://www.dedihc.pr.gov.br/arquivos/File/cartilha_da_cidadania.pdf. Acessado em 03 de agosto de 2014.

CHAUÍ, Marilena. **Cultura e Democracia: o discurso competente e outras falas**. 13 ed. São Paulo: Cortez, 2011.

CIRIZA, Alejandra. “Heranças e encruzilhadas feministas: as relações entre teoria(s) e política(s) sob o capitalismo global”. In: **Filosofia Política Contemporânea: Controvérsias sobre Civilização, Império e Cidadania**. Atilio A. Boron, 1a ed. - Buenos Aires: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales - CLACSO; São Paulo: Departamento de Ciência Política. Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas. Universidade de São Paulo. Abril 2006. Disponível em: <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/secret/filopolconbr/Ciriza.pdf>. Acesso em 15 de setembro de 2015.

CONILL, Eleonor Minho. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. **Cadernos de saúde pública**, p. 191-202, 2002.

COSTA, Ana. Maria. Integralidade na atenção e no cuidado à saúde. In: **Revista Saúde e Sociedade** v.13, n.3, p.5-15, set-dez 2004. Disponível em: http://apsp.org.br/?page_id=5613. Acessado em: 15 de outubro de 2014.

Costa, Marco Antônio da. O cidadão e a sua formação no Brasil atual: os papéis do Estado e do professor. Educação. **Revista do Centro de Educação**, vol. 41, núm. 2, 2016. Universidade Federal de Santa Maria. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=117146405005>>

DAHL, Robert A. **A Democracia e seus Direitos**. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2012.

DALLARI, Dalmo de Abreu. **O que é Participação Política**. São Paulo: Abril Cultural/Brasiliense, 1984. Col. Primeiros Passos.

DANTAS, T. C. C. *et al*. O Trabalho do Gerente em Unidade Básica de Saúde: Possibilidades de uma Prática. In: **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 54, n. 3, p. 494-499, jul./set. 2001. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reben/v54n3/v54n3a12.pdf>>. Acesso em: 25 de agosto de 2014.

DE CARVALHO FORTES, Paulo Antonio; SPINETTI, Simone Ribeiro. A informação nas relações entre os Agentes Comunitários de Saúde e os usuários do Programa de Saúde da Família. In: **Saúde e Sociedade**, v. 13, n. 2, p. 70-75, 2004.

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. **Política Nacional da Atenção Básica (PNAB)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/pnab>>. Acesso em: 12 de outubro de 2015.

DI GIOVANNI, Gera. **O que são políticas públicas?** Disponível em: <http://geradigiovanni.blogspot.com.br/2008/08/politicas-pblicas-e-poltica-social.html>. Acesso em 09 de julho de 2014.

DIAS, Cláudia Augusto. Grupo focal: técnica de coleta de dados em pesquisas qualitativas. *In: Informação & Sociedade*, v. 10, n. 2, 2000.

D'INNOCENZO, Maria. ADAMI, Nilce Piva. CUNHA, Isabel Cristina Kowal Olm. O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem. *In: Revista Brasileira de Enfermagem*. 2006, jan-fev; 59(1): 84-8.

DUARTE, Luiz Fernando D. et. al.. Vicissitudes e limites da conversão à cidadania nas classes populares brasileiras. *In: Revista Brasileira de Ciências Sociais*, v. 22, n. 1, p. 5-19, 1993.

DUVEEN, Gerard. O poder das ideias. *In: MOSCOVICI, Serge. Representações Sociais*. 10 ed. Petrópolis: Vozes, 2013.

DURKHEIM, Émile. **Sociologia e Filosofia**. São Paulo: Ícone, 1994.

_____. **As formas elementares da vida religiosa**. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

_____. **Da Divisão do Trabalho Social**. 2 ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

ESCOREL, Sarah. MOREIRA, Marcelo Rasga. “Participação Social”. *In: GEOVANILLA, Lúgia; et. al.. (Org.) Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

ESPADA, João Carlos. **Direitos sociais de cidadania**. São Paulo: Massao Ohno editor, 1999.

FERRAZ, Lucimare; AERTS, Denise Rangel Ganzo de Castro. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. *In: Ciência & Saúde Coletiva*, v. 10, n. 2, p. 347-355, 2005.

FIORIN, José Luiz. **Linguagem e Ideologia**. 8 ed. São Paulo: Ática, 2007.

FLECK, Marcelo P. A. *et. al.*. Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL – 100). *In: Revista de Saúde Pública*. 33(2): 198-205, abril/1999.

FLEURY, Sônia. OUVÉNEY, Assis Mafort. Política de saúde: uma política social. *In: Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

FLOREZANO, Modesto. **As Revoluções Burguesas**. São Paulo: Brasiliense, 1981. Col. Tudo é História.

FORTES, Paulo Antonio de Carvalho. **Ética e Saúde**: questões éticas, deontológicas e legais, tomada de decisões, autonomia e direitos do paciente, estudo de casos. São Paulo: EPU, 1998.

FOUCAULT, M. **A Arqueologia do Saber**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1997.

_____, **Microfísica do Poder**. 25 ed. São Paulo: Graal, 2008.

FUNASA. **Cronologia Histórica da Saúde Pública**: uma visão histórica da saúde brasileira. Disponível em < <http://www.funasa.gov.br/site/museu-da-funasa/cronologia-historica-da-saude-publica>>. Acesso em 03/12/2015

GALLIANO, Alfredo Guilherme. **Introdução à sociologia**. São Paulo: Harbra, 1981.

GATTI, Bernardete Angelina. Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas. *In: Série pesquisa em educação*. Líber Livro, 2005.

GEOVANELLA, Lúgia; *et. al.*. (Orgs.) **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

GEOVANINI, Telma. MOREIRA, Almerinda. SCHOELLER, Soraia Dornelles. MACHADO, Wiliam C. A. **História da Enfermagem**. 2 ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2005.

GERSCHMAN, Silvia; SANTOS, Maria Angélica B. “O Sistema Único de Saúde como desdobramento das políticas de saúde do Século XX”. *In: Revista Brasileira de Ciências Sociais*, v. 21, n. 61, p. 177-227, 2006.

GHINATO, Paulo. **Sistema Toyota de Produção**: Mais do Que Simplesmente *Just-in-Time*. Prod. vol.5 no.2 São Paulo, July/Dec. 1995

GIDDENS, Anthony. **A constituição da Sociedade**. São Paulo: Martins Fontes. 2003.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar Projetos de Pesquisa**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GOLDIM, J. R. **Bioética e interdisciplinaridade**, 2002. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/HCPA/gppg/biosubj.htm>>. Acesso em 14 agost 2010.

GOMES, Vera Lúcia de Oliveira; TELLES, Kátia da Silva; ROBALLO, Evelyn de Castro. Grupo Focal e Discurso do Sujeito Coletivo: Produção de Conhecimento em Saúde de Adolescentes. *In: Revista de Enfermagem da Escola Anna Nery*. Rio de Janeiro, v. 13, nº04, pp.856-862,out./dez.2009.

HERZLICH, Claudine. A problemática da representação social e sua utilidade no campo da doença. *Physis*, v. 15, n. Supl, p. 57-70, 2005.

INSTITUTO BRASILEIRO GEOGRÁFICO E ESTATÍSTICO. **Síntese de Indicadores Sociais Uma análise das condições de vida da população brasileira**. Rio de Janeiro: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2013. Número 32.

_____. **CENSO 2010**. Disponível em: <http://censo2010.ibge.gov.br/>. Acesso em: 30 de janeiro de 2014.

IDEME. **Indicadores Socioeconômicos do Estado da Paraíba**. 2008. Disponível em: <http://http://ideme.pb.gov.br/servicos/publicacoes/indicadores-socioeconomico-pb-2008.pdf>.

IUNES, Roberto F. Demanda e Demanda em Saúde. *In: PIOLA, Sérgio Francisco. VIANNA, Solon Magalhães (Orgs.). Economia da Saúde*. Brasília: IPEA, 1995.

JODELET, Denise. Representações sociais: um domínio em expansão. *In: _____*. (Org.). **As representações sociais**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001. p. 17- 44.

KAUCHAKJE, Samira. **Elaboração e Planejamento de Projetos Sociais**. Curitiba: IESDE Brasil S. A., 2008.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Maria de Andrade. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2005.

LEFEVRE, Fernando; LEFEVRE, Ana. Maria. O Sujeito Coletivo Que Fala. *In: Revista Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v.10.n.20,p.517-24, jul-dez 2006.

LEFEVRE, Fernando; LEFEVRE, Ana. Maria. Cavalcanti; TEIXEIRA, J. J. V. **O Discurso do Sujeito Coletivo**: Uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa. Caxias do Sul: Educs, 2000.

LEFEVRE, Ana Maria. CRESTANA, Maria Fazanelli. CORNETTA, Vitória Kedy. A Utilização da Metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo na Avaliação Qualitativa dos Cursos de Especialização “Capacitação e Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde – CADRHU – 2002. *In: Revista Saúde e Sociedade*. v.12, n.2, p. 68-75, jul-dez 2003.

LIMA, Carlos Bezerra de. **Subsídios à Compreensão da Enfermagem**. João Pessoa: Carlos Bezerra de Lima, 2005.

LOCH-NECKEL, Gecioni. SEEMANN, Giane. EIDT, Helena Berton. RABUSKE, Michelli Moroni. CREPALDI, Maria Aparecida. Desafios para a ação interdisciplinar na atenção básica: implicações relativas à composição das equipes de saúde da família. *In: Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 14 (Suplemento 1): 1463-1472, 2009.

LOCKE, John. **Ensaio acerca do Entendimento Humano**. São Paulo: Nova Cultural, 1999.

Löwy, Michael. **Ideologias e ciência social**: elementos para uma análise marxista. São Paulo: Cortez, 2008.

LUCENA, Rebecca Luna. PACHECO, Christina. **Cariri-Paraibano**: aspectos geomorfológicos, climáticos e vegetação. Disponível em: <http://observatoriogeograficoamericalatina.org.mx/egal12/Procesosambientales/Climatologia/25.pdf>.

MACEDO, AKS; PASSOS, G. O. O habitus na construção de representações sociais. *In: IV Encontro de Pesquisa em Educação*, 2006.

MACHADO, J. L. M.; *et. al.*. Uma nova iniciativa na formação dos profissionais de saúde. *In: Interface*: comunicação, saúde, educação. Brasília. v 1; n 1, p. 147-156.1997.

MANZINI-COVRE, Maria de Lourdes. **O que é cidadania**. São Paulo: Brasiliense, 2006.

MARIANO, Karina LP; MARIANO, Marcelo Passini. Uma interpretação do conceito de Estado subnacional à luz das teorias de Relações Internacionais. **Relatório Final do Projeto Temático “Gestão Estratégica de governos subnacionais frente aos processos de inserção internacional e integração latino-americana”**. FAPESP. São Paulo: CEDEC e PUC-SP, 2002.

MARTINS, José de Souza. **O poder do atraso**. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 1999.

MARTINS, Marcos F. Uma ‘catarsis’ no conceito de cidadania: do cidadão cliente à cidadania com valor ético-político. *In: Revista de ética*, v. 2, n. 2, p. 106-118, 2000.

Disponível em:

http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/35817634/art_conceito_de_cidadania.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAJ56TQJRTWSMTNPEA&Expires=1484583367&Signature=qMrvblqb9UlwZnlaRd2law8sfMA%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DTexto_publicado_MARTINS_NO_CONCEITO_DE_C.pdf Acesso em 14 de julho de 2015.

MARTINS, Ronald; *et. al.*. Percepção dos Coordenadores de Saúde Bucal e Cirurgiões-Dentistas do Serviço Público sobre o Sistema Único de Saúde (SUS). *In: Revista Saúde e Sociedade*. São Paulo, v.18, n.1, 2009.

MARX, Karl. **A Questão Judaica**. 5 ed. São Paulo: Centauro, 2005.

MARX, Karl. ENGELS, Friedrich. **A Ideologia Alemã**. São Paulo: Moraes, 1984.

_____. **Manifesto do Partido Comunista**. São Paulo: Marin Claret, 2004. Col. A obra-prima de cada autor. Vol. 44.

MAUSS, Marcel. Uma categoria do espírito humano: a noção de pessoa e a de ‘eu’. *In: Sociologia e Antropologia*. São Paulo: Cosac & Naify, 2003.

MATTA, Gustavo Corrêa. MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães. Atenção à Saúde. *In: Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

MATTOS, Marcelo Badaró. Marx, o marxismo e o sujeito histórico. *In: Revista Marx e o Marxismo*. v.1, n.1, jul/dez 2013.

MENDES, Vera Lucia Peixoto S. Gerenciando Qualidade em Serviços de Saúde. *In: Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília, v. 46, n. 3/4, 211-225. jul./dez. 1993.

MERHY, E. E. CECILIO, L. C. O. NOGUEIRA; R. C. **Por um modelo tecno-assistencial da política de saúde em defesa da vida:** contribuição para a conferencia de saúde. Brasília.1992.

MOISÉS, J. A. **Os Brasileiros e a Democracia.** São Paulo: Ática, 1995.

MONKEN, Maurício; BARCELLOS, Christovam. O Território na Promoção e Vigilância em Saúde. *In:* FONSECA, Angélica Ferreira (Org.). **O território e o processo saúde-doença.** Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

MORAES, Paulo Navarro de. IGUTI, Aparecida Mari. Avaliação do desempenho do trabalhador como forma peculiar de prescrição do trabalho: uma análise do PMAQ-AB. *In:* **Revista Saúde em Debate.** Rio de Janeiro, v. 37, n. 98, p. 416-426, jul/set 2013.

MOSCOVICI, Serge. **Representações Sociais.** 10 ed. Petrópolis: Vozes, 2013.

NISHIJIMA, Marislei; CYRILLO, Denise Cavallini; BIASOTO JÚNIOR, Geraldo. Análise econômica da interação entre a infraestrutura da saúde pública e privada no Brasil. *In:* **Economia e Sociedade.** Campinas, v.19, n. 3 (40), p. 589-611, dez. 2010.

NOHARA, Irene Patrícia. **Reforma Administrativa e Burocracia:** impacto da eficiência no Direito Administrativo brasileiro. São Paulo: Atlas, 2012.

O'DWYER, Gisele. MATTOS, Ruben Araújo de. Teoria da Estruturação de Giddens e os estudos de práticas avaliativas *In:* **Physis Revista de Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, 20 [2]: 609-623, 2010.

O'DONNELL, Guillermo. Accountability horizontal e novas poliarquias. *In:* **Lua Nova**, v. 44, p. 27-52, 1998.

OLIVEIRA, Valdir de Castro. Comunicação, informação e participação popular nos Conselhos de Saúde. *In:* **Revista Saúde e Sociedade.** v.13, n.2, p. 56-69, maio-ago 2004.

OLIVEIRA, Suenny Fonseca de. ALBUQUERQUE, Francisco José Batista de. Programa Saúde da Família: uma análise a partir das crenças dos seus prestadores de serviço. *In:* **Revista Psicologia & Sociedade;** 20 (2): 237-246, 2008.

ONOCKO CAMPOS, Rosana T. CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. *In: MINAYO, Maria Cecília de Souza et. al.* (Orgs.). **Tratado de Saúde Coletiva**. 2 ed. São Paulo: HUCITEC. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma Sanitária Brasileira: contribuições para a compreensão e crítica**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

PELICIONI, Maria Cecilia Focesi; LERVOLINO, Solange. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. *In: Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 35, n. 2, p. 115-121, 2001.

PESSINI, Leocir; BARCHIFONTAINE, Christian de Paul. **Problemas atuais de Bioética**. 7 ed. Ver. Ampl. São Paulo: Edições Loyola, 2005.

PINHEIRO, Roseni. Cuidado em Saúde. *In: Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

PINTO, Geraldo Augusto. **A organização do trabalho no Século 20: taylorismo, fordismo e toyotismo**. São Paulo: Expressão Popular, 2010.

PIOLA, Sérgio Francisco. VIANNA, Solon Magalhães (Orgs.). **Economia da Saúde**. Brasília: IPEA, 1995.

PIOLA, Sérgio Francisco et. al.. Vinte Anos da Constituição de 1988: o que significaram para a saúde da população brasileira. *In: Políticas Sociais – Acompanhamento e análise*. BRASÍLIA: IPEA, 17 vol. 1, 2009

POLIGNANO, Marcos Vinícius. História das Políticas de Saúde no Brasil: uma pequena revisão. *In: Cadernos do Internato Rural-Faculdade de Medicina/UFMG*, v. 35, 2001. Disponível em: <<http://www.medicina.ufmg.br/internatorural/arquivos/mimeo-23p.pdf>>. Acessado em 10/08/2014.

PORTAL DA SAÚDE. **Financiamento do SUS**. Ministério da Saúde. Disponível em<<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/siops/mais-sobre-siops/5983-financiamento-do-sus-introducao>>. Acesso em 21 de abril de 2015.

NICZ, Luiz Fernando. Previdência social no Brasil. *In: GONÇALVES, Ernesto Lima* (Org.). **Administração de saúde no Brasil**. São Paulo: Pioneira, 1982.

QUEIROZ, Marcos de Souza; CAMPOS, Gastão Wagner de Souza; MERHY, Emerson Elias. Rede Básica de Serviços de Saúde: médicos e suas representações sobre o serviço. *In: Revista de Saúde Pública*. São Paulo, 26 (1):34-40, 1992. Disponível em: <
https://www.researchgate.net/profile/Emerson_Merhy/publication/26343911_Rede_basica_de_servicos_de_saude_medicos_e_suas_representacoes_sobre_o_servico/links/0046353bcf15a394dc000000.pdf>. Acesso em: 04 de janeiro de 2016.

QUEIROZ, Marcos de Souza. O paradigma mecanicista da medicina ocidental moderna: uma perspectiva antropológica. *Revista de saúde pública*, v. 20, n. 4, p. 309-317, 1986.

RADCLIFFE-BROWNE, Alfred Reginald. **Estrutura e Função na Sociedade Primitiva**. Petrópolis: Vozes, 1973.

RANGEL, Leonardo Alves *et. al.*. Conquistas, desafios e perspectivas da previdência social no Brasil vinte anos após a promulgação da Constituição Federal de 1988. *In: Políticas Sociais: acompanhamento e análise*. Brasília: IPEA, 17, vol 1, 2009.

RICHARDSON, R.J. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3 ed. São Paulo: Atlas, 1999.

RODRIGUES, Valéria. SANTOS, Cleber Ronald dos. PEREIRA, Mariana Uchoa. A experiência de planejar e operacionalizar o PMAQ-AB no estado do Acre. *In: Revista Saúde Debate*. Rio de Janeiro, v. 38, N. Especial, 2014, p. 173-181.

RODRIGUEZ NETO, Eleutério. A reforma sanitária e o sistema único de saúde: suas origens, suas propostas, sua implantação, suas dificuldades e suas perspectivas. *In: Incentivo à Participação Popular e Controle Social no SUS: textos técnicos para conselheiros de saúde*. Brasília: MS/CIEC/NESP - UnB, 1994.

RODRÍGUEZ, Carlos Arteaga; KOLLING, Marcelo Garcia; MESQUITA, Peri. Educação e Saúde: um Binômio que Merece Ser Resgatado. *In: Revista Brasileira de Educação Médica*. 31 (1): 60 – 66 ; 2007.

ROSA, Walisete de Almeida Godinho; LABATE, Renata Curi. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. *In: Revista latino-americana de Enfermagem*, v. 13, n. 6, p. 1027-1034, 2005.

RUDIO, Franz Victor. **Introdução ao Projeto de Pesquisa Científica**. 24 ed. Petrópolis: Vozes, 1999.

SALES, Teresa. Raízes da Desigualdade Social na Cultura Política Brasileira. *In: Revista Brasileira de Ciências Sociais*, v.25, n. 9, p.26-37, 1994.

SECCHI, Leonardo. **Políticas Públicas: conceitos, esquemas de análise, casos práticos**. São Paulo: Cengage Learning, 2010.

SÊGA, Rafael Augustus. O conceito de Representação Social nas Obras de Denise Jodelet e Serge Moscovici. *In: Revista Anos 90*, Porto Alegre, n.13, julho de 2000.

SEIDL, Helena. VIEIRA, Swheelen de Paula. FAUSTO, Maria Cristina Rodrigues. LIMA, Rita de Cassia Duarte. GAGNO, Juliana. Gestão do trabalho na Atenção Básica em Saúde: uma análise a partir da perspectiva das equipes participantes do PMAQ-AB. *In: Revista Saúde Debate*. Rio de Janeiro, v. 38, N. Especial, p. 94-108, out 2014.

SESPA. **O que é SUS**. Disponível em <<http://www.sespa.pa.gov.br/Sus/sus.htm>>. Acessado em 01 de fevereiro de 2015.

SILVA, Edna Lúcia da. MENEZES, Eстера Muszkat. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação**. Florianópolis: UFSC, 2001.

SILVA, Cláudia Regina Lima Duarte da. **Saúde Coletiva e a Ênfase no Humano**. Blumenau: Edifurb, 2004.

SILVA, Rosângela Viana Alves da. Descentralização e municipalização: A redefinição do papel do Estado na âmbito local. **Encontro Nacional da Associação Nacional de Programas de Pós-Graduação em Administração**, v. 24, 2000.

SOUTO, Ana Cristina. **Saúde e Política: a vigilância sanitária no Brasil**. São Paulo: Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos, 2004.

SPINK, Mary Jane P. “Pessoa, indivíduo e sujeito: notas sobre efeitos discursivos de opções conceituais”. *In: SPINK, M.J.P., FIGUEIREDO, P., BRASILINO, J. (Orgs.). Psicologia Social e Personalidade*. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais; ABRAPSO, 2011.

TEIXEIRA, Sônia Fleury. (Org.) **Reforma Sanitária: em busca de uma teoria**. 3 ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2006.

TRIVINOS, A. N. S. **Introdução a pesquisa em ciências sociais:** a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1992.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila. DAL POZ, Mario Roberto. “A reforma do sistema de saúde do Brasil e o programa de saúde da família”. *In: PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 15(Suplemento):225-264, 2005.

VIANA, Ana Luiza D'Ávila. BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. Análises de Políticas Públicas. *In: GEOVANELLA, Lígia; et. al.. (Org.) Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

VIEIRA. Sonia. **Como Elaborar Questionários**. São Paulo: Atlas, 1999.

WALTON, Marv. **O Método Deming de Administração**. Rio de Janeiro: Marques Saraiva, 1989.

WEBER, Max. **Economia e Sociedade**. 4 ed. Brasília: UnB, 2000. Vol. 1.

WEFFORT, Francisco. Marx: política e revolução. *In: WEFFORT, Francisco (org.). Os Clássicos da Política*. 10 ed. São Paulo: Ática, 2005.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado(a) Sr.(a)

Eu, Sheylla de Kassia Silva Galvão, como aluno (a) do Doutorado em Sociologia da Universidade Federal da Paraíba, pretendo desenvolver uma pesquisa com profissionais de saúde, intitulada **O SISTEMA UNIVERSAL DE SAÚDE: percepção dos profissionais de saúde a respeito do SUS**, sob orientação do(a) Prof^a Dr^a. Ednalva Maciel Neves.

O(s) motivo(s) que nos leva a estudar o assunto é investigar o conhecimento que os técnicos de enfermagem tem a respeito do SUS. Os dados serão coletados mediante a utilização de um questionário com vinte e sete perguntas, organizadas de forma abertas e fechadas.

Informamos que será garantido o direito ao anonimato, assegurando sua privacidade. Você será livre para retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária, não irá acarretar qualquer dano nem custos para você. Esclarecemos que não será disponível nenhuma compensação financeira e que os dados contidos nesta investigação serão divulgados em eventos científicos da categoria e em periódicos.

Diante do exposto, reitero minha responsabilidade no referido estudo, através da assinatura abaixo.

Sheylla de Kassia Silva Galvão
Fone: (83) 9972-2024

Consentimento do Voluntário.

Declaro que fui devidamente esclarecido (a) e admito que revisei totalmente e entendi o conteúdo deste termo de consentimento.

Eu, _____,
aceito participar desta pesquisa desde que assegurado o anonimato. De minha parte o faço de livre e espontânea vontade, não tendo sido forçado ou coagido para tal, e ciente de que os dados serão usados pela responsável pela pesquisa com propósitos científicos. Estou ciente também que receberei uma cópia deste documento.

João Pessoa, _____

Assinatura do Participante

Atenciosamente,

Endereço da pesquisadora responsável (trabalho): Sheylla de Kassia Silva Galvão
R: Luiz Grande s/n – Frei Damião
Telefone para contato: (83) (83) 3353-1850
e-mail: skgalvao@gmail.com.br

Apêndice B – Instrumento para coleta de dados (Questionário)

Cidade: _____

Data: ____/____/____

Nº _____

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA

TESE:

DIREITOS SOCIAIS E PRÁTICAS DE SAÚDE:

estudo sociológico sobre representações acerca do SUS dos profissionais de Unidades Básicas
de Saúde no cariri paraibano

**Instrumento para coleta de dados
(Questionário)**

Parte I – Dados Socioeconômicos

1. Idade _____
2. Estado civil: Solteiro () Casado () Divorciado () Viúvo ()
Outro: _____
3. Sexo: () Masculino Feminino ()
4. Renda _____
5. Ocupação: _____
6. Qual formação tem e o ano de Conclusão do Curso?

7. Quanto tempo se passou entre a conclusão do curso e o primeiro emprego na área?

8. Quanto tempo trabalha na área? _____
9. Há quanto tempo trabalho no setor público? _____
10. Em que (ou quais) instituição de saúde trabalha atualmente?

11. Reside na cidade que trabalha? [] SIM [] NÃO
12. Qual a cidade que reside? _____
13. Trabalha em quantas cidades e quais? _____

Parte II – Dados sobre o SUS

14. Você conhece alguma definição para o SUS e poderia falar sobre ela?

15. E para você, o que significa SUS?

16. Você conhece a lei 8.080/90 de criação do SUS?

() SIM () NÃO

17. O que você entende por política pública?

18. Você sabe de onde vem o financiamento/orçamento do SUS?

() SIM () NÃO

19. Você poderia explicar de onde vem este financiamento?

20. Você sabe o que são Conferências de Saúde e como elas funcionam?

() SIM () NÃO

21. Você sabe o que são os Conselhos de Saúde e como eles funcionam?

() SIM () NÃO

22. Você conhece as NOBS – Normas Operacionais Básicas?

() SIM () NÃO

23. Você conhece as NOAS – Normas Operacionais de Assistência a Saúde?

() SIM () NÃO

24. Você conhece o Pacto de Gestão em Saúde?

() SIM () NÃO

25. Você conhece o PMAQ-AB?

() SIM () NÃO

26. Você poderia falar como você entende o que é o PMAQ-AB e como ele funciona?

27. Você trabalha ou trabalhou na rede pública e na rede privada ao mesmo tempo?

() SIM () NÃO

28. Se não, você trabalhou apenas em que rede?

() PÚBLICA () PRIVADA

29. Você acha que há diferença no atendimento dos usuários/pacientes/clientes entre a rede pública e a rede privada?

() SIM () NÃO

30. Se sim, que elementos de diferenciação você apontaria?

() Falta de Material () Número reduzido de técnicos

() Precariedade das Instalações () Superlotação de usuários/pacientes

Outros _____

31. Você enfrenta alguma dificuldade para prestar assistência em seu trabalho?

() SIM

() NÃO

32. Se sim, quais são as principais dificuldades?

() Falta de Material

() Sobrecarga de trabalho

() Precariedade das Instalações

() Superlotação de usuários/pacientes

Outros _____

OBS.: Você pode marcar mais de uma opção e ainda mencionar outra que você queria no espaço destinado a Outros.

33. Como você acha que essas dificuldades poderiam ser superadas?

34. Você tem algum elogio a fazer ao SUS, qual?

Apêndice C – Instrumento para coleta de dados (Roteiro de Entrevista)

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA

TESE:

DIREITOS SOCIAIS E PRÁTICAS DE SAÚDE:

estudo sociológico sobre representações acerca do SUS dos profissionais de Unidades Básicas de Saúde no cariri paraibano

Parte II Qualitativo

1. Você se lembra da primeira vez que ouviu falar do SUS e a impressão que teve a respeito?
2. O que você pensa a respeito do SUS?
3. A sua opinião a respeito do SUS é única ou há diferença entre o que você pensa ou pensava antes de atuar na área de saúde?
4. Se sua opinião mudou depois de seu ingresso na área de saúde, qual(is) o(s) motivo(s) que o fizeram mudar de opinião?
5. Você compreende ou conhece a respeito do processo de Reforma Sanitária?
6. Se sim, o que você sabe a respeito?
7. Você conhece ou compreende como é a gestão do SUS?
8. Você vivencia dificuldades em seu trabalho? Você poderia apontar quais?
9. Você acredita que estas dificuldades podem ser superadas e por que?
10. Na sua opinião há solução para os problemas vivenciados? Você poderia apontar quais?
11. O que você apontaria como mudança prática no seu ambiente de trabalho, a partir da reorganização da equipe de trabalho e dos materiais utilizados?

Apêndice D – Roteiro de Mediação de Grupo Focal

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA

TESE:

DIREITOS SOCIAIS E PRÁTICAS DE SAÚDE:

estudo sociológico sobre representações acerca do SUS dos profissionais de Unidades Básicas de Saúde no cariri paraibano

ROTEIRO DE MEDIAÇÃO DE GRUPO FOCAL

EIXO 1: O Que é o SUS

Fundamentos e Princípios

Legislação do SUS

Políticas e Programas de Saúde

EIXO 2: As Modalidades de Participação Política

Conselho e Conferências de Saúde

Elaboração de Políticas Públicas

Gestão dos Serviços de Saúde

EIXO 3: A Organização do Trabalho nas UBSF.

Formação da Equipe de Saúde

Gestão da Equipe de Saúde

Gestão dos Recursos materiais das UBSF

Capacitação e formação profissional

Programa de Qualidade em Saúde (PMAQ-AB)

Apêndice E – Modelo de Solicitação de Pesquisa aos Municípios

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA

À V.Sa. Secretaria de Saúde do Município de Boqueirão.

SOLICITAÇÃO

Eu, Sheylla de Kassia Silva Galvão, cpf 027.247.374-07, professora do Centro de Desenvolvimento Sustentável do Semiárido (CDSA) da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), na área de Ciência Política, venho, mui respeitosamente através desta, solicitar autorização para realização de pesquisa junto a profissionais de saúde do município de Sumé e demais informações documentais a respeito do tipo e quantidade de serviços de saúde ofertados no município através do Sistema Único de Saúde (SUS).

Esta pesquisa faz parte do projeto **DIREITOS SOCIAIS E PRÁTICAS DE SAÚDE: estudo sociológico sobre representações acerca do SUS dos profissionais de Unidades Básicas de Saúde no cariri paraibano**, e integra as atividades do Programa de Pós-Graduação em Sociologia (PPGS) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), nível **doutorado**, inserido na Linha de Pesquisa: Saúde, Corpo e Sociedade e tendo como orientadora a Prof. Dra. Ednalva Maciel Neves.

O projeto supracitado tem como **objetivo**: Investigar qual a representação social que os profissionais de saúde do Cariri paraibano têm sobre o Sistema Único de Saúde (SUS); E como Objetivos Específicos: Apontar o entendimento dos profissionais de saúde a respeito dos fundamentos de criação e de funcionamento dos SUS; Identificar o grau de conhecimento a respeito da legislação de criação, da regulamentação do SUS e das políticas públicas implementadas nas Unidades Básicas de Saúde; Identificar as práticas de assistência utilizadas pelos profissionais; Identificar como os profissionais formalizam a relação entre o SUS e os direitos sociais.

Como já mencionado nos objetivos o projeto tem como local de estudo os municípios do Cariri Paraibano com maior oferta dos serviços de saúde. O projeto tem como justificativa a implementação de políticas de saúde, sobretudo a ampliação dos serviços de saúde, dentro da perspectiva atual de saúde como direito social promovido pelo Estado, e a geração de várias iniciativas na área de saúde pública.

Constantemente o governo tem criado e mantido programas de atenção à saúde em vários níveis, coletivo, específico, ambulatorial, hospitalar e terapêutico. Como exemplos, temos o PFS (Programa Saúde da Família) já reelaborado e agora denominado ESF (Estratégia Saúde da Família), as Políticas Nacionais de Saúde da mulher, do homem, do idoso, entre outros.

O próprio modelo de sistema de saúde fez vinte anos em 2010 que foi implantado com a lei 8.080/90 e mesmo com sua ampliação constante, também é alvo de críticas por parte dos usuários. Sendo assim, é importante identificar os fenômenos relacionados com a atuação do SUS ao longo desses anos, sobretudo com pesquisas acerca do SUS, que se tornam relevantes para avaliarmos, enquanto usuários também, a eficiência e a atuação do SUS. O momento atual é oportuno para a aplicação da pesquisa, pois o SUS ou a saúde em geral no Brasil tem sido alvo de críticas e denúncias constantes por parte do Ministério Público e da Imprensa

Nacional. Além de que são duas Décadas de atuação do sistema universal de saúde, o que por si só já merece atenção.

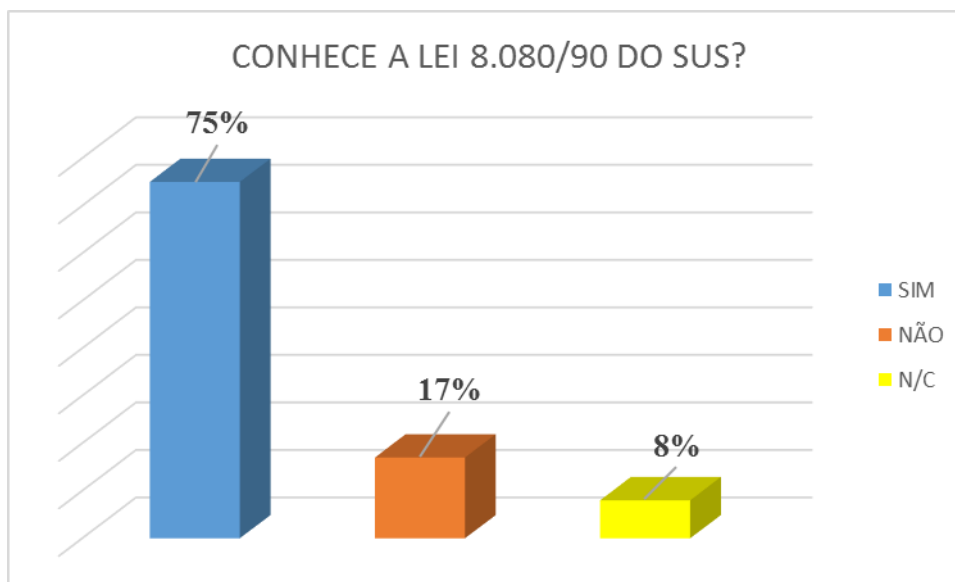
O presente estudo é do tipo exploratório com abordagem quantitativa e qualitativa, através de técnica de pesquisa de campo, com utilização de instrumental em forma de questionário e entrevista, os quais os roteiros seguem em Apêndice.

O **público alvo** desta pesquisa será constituído dos profissionais de saúde pública, especialmente os profissionais que compõem as Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) dentro da Estratégia Saúde da Família (ESF/PSF). Assim, para a parte quantitativa optou-se pelo meio de censo, ou seja, para a aplicação dos **questionários** pretende-se utilizar toda a equipe multidisciplinar. O universo final será determinado após investigação preliminar junto aos órgãos de saúde em cada município. No entanto, a proporção é de que a amostra seja composta por profissionais de duas UBSF em cada município pesquisado, já que a equipe multidisciplinar de saúde é formada por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem, um odontólogo, um auxiliar de consultório dentário e seis agentes de saúde. Para a parte qualitativa (**entrevista**) optou-se também pelo método de censo, ou seja toda a equipe será entrevistada.

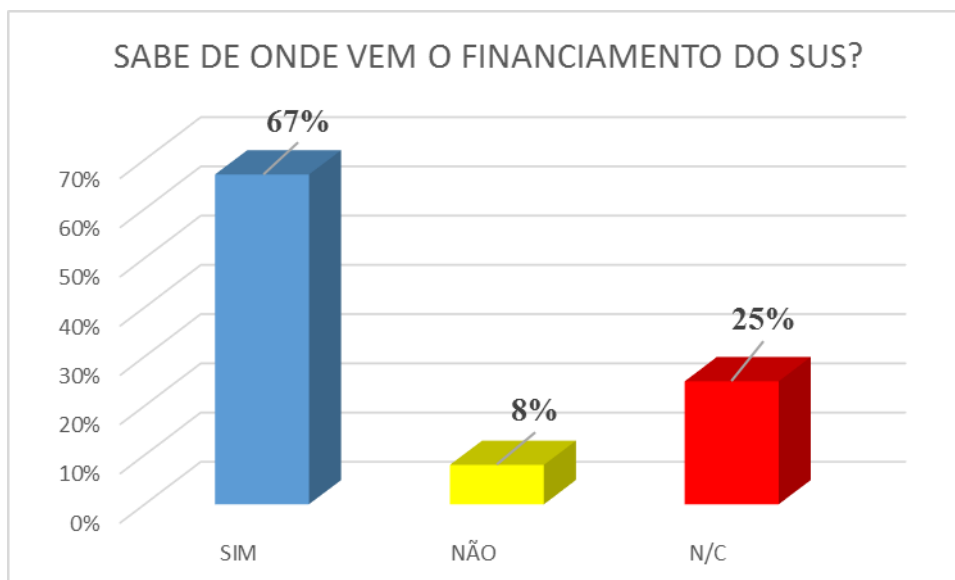
Ressaltamos que os questionários e as entrevistas serão preenchidos por aqueles que aceitem participar da pesquisa e que assinem previamente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, também em Apêndice, seguindo as orientações da Resolução nº 466, de 11 de dezembro de 2012, que dispõe sobre as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa com Seres Humanos, publicada pelo Conselho Nacional de Saúde. Ainda que, o anonimato e sigilo dos participantes da pesquisa e sobre as informações será mantido.

Grata pela compreensão de V.Sa.,
Cordialmente,

Sheylla de Kassia Silva Galvão
Matrícula SIAPE 1549532
CPF 027.247.374-07

Apêndice F – Gráficos e Quadros do DSC do Pré-Teste**Gráfico 18.** Conhece a Lei 8.080/90 do SUS

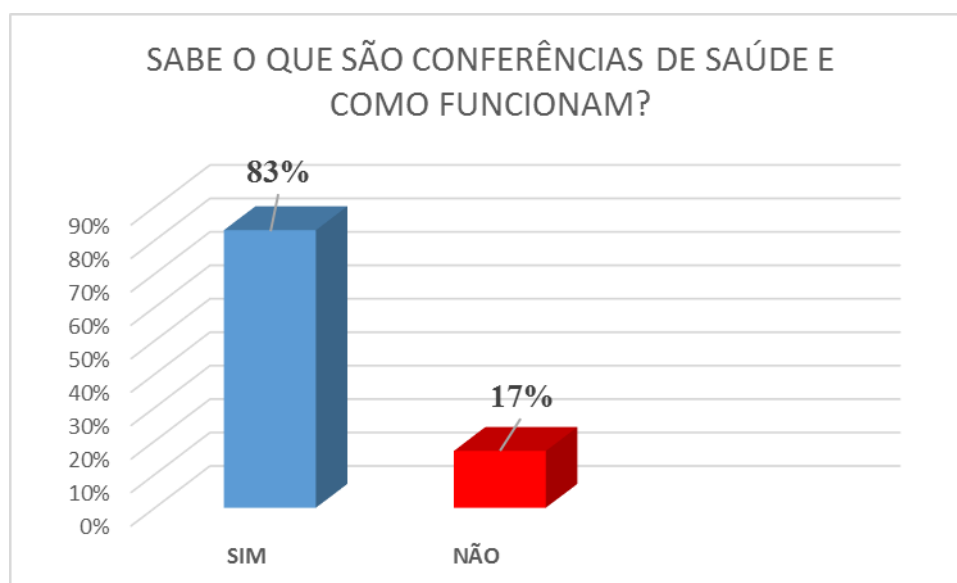
FONTE: DIREITOS SOCIAIS E PRÁTICAS DE SAÚDE. UFPB, 2016.

Gráfico 19. Sabe de onde vem o financiamento do SUS

FONTE: DIREITOS SOCIAIS E PRÁTICAS DE SAÚDE. UFPB, 2016.

CATEGORIA 1.1: E para você, o que significa o SUS?

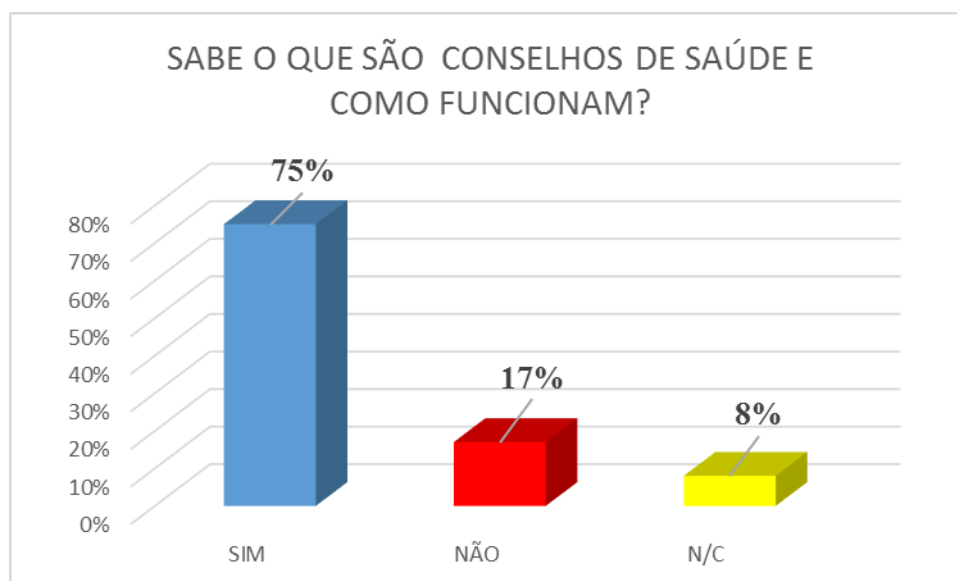
Ideia central
O que pensa a respeito do SUS
Expressão Chave
Sistema de Saúde organizado que contempla os direitos sociais
Discurso do sujeito coletivo
O SUS teoricamente é o mais organizado em relação a outros modelos de saúde existente no mundo exatamente porque contempla elementos fundamentais para o exercício da cidadania, como igualdade, universalidade, integralidade e equidade.

Gráfico 20. Sabe o que são conferência de Saúde e como funcionam

Fonte: DIREITOS SOCIAIS E PRÁTICAS DE SAÚDE. UFPB, 2016.

No gráfico 4, 83% dos pesquisados afirmaram que sabem o que são e como funcionam as conferências de saúde. Ao contrário de 17% que afirmaram não conhecerem o que são as conferências.

Gráfico 21. Sabe o que são Conselhos de Saúde e como funcionam



Fonte: DIREITOS SOCIAIS E PRÁTICAS DE SAÚDE. UFPB, 2016.

No gráfico 4, 75% dos pesquisados afirmaram saber o que são os Conselhos de Saúde e como funcionam. Ao contrário de 17% dos pesquisados que afirmaram não saber o que são e como funcionam os Conselhos de Saúde, seguidos de 8% dos pesquisados que não responderam.

Apêndice G – Discriminação individual da Renda

1. Renda

A) Profissionais de Nível Superior

	Enfermeira	Médico	Odontólogo
	2.400,00	6.500,00	2.900,00
	2.500,00	7.888,00	3.000,00
	2.500,00	8.000,00	3.152,00
	2.600,00	10.000,00	
	2.800,00	10.000,00	
	3.000,00		

B) Profissionais de Nível Técnico

Técnica de Enfermagem		Técnico Saúde Bucal (Auxiliar de Consultório Odontológico)
724,00	2	770,00
788,00	6	
1.000,00		

C) Profissionais de Nível Básico

Agente Comunitário de Saúde (ACS)		Auxiliar de Serviços Gerais	Recepcionista
788,00	5	788,00	920,00
902,00	1		778,00
920,00	5		
950,00	1		
954,00	1		
992,00	1		
1.014,00	6		
1.030,00	1		
1.040,00	5		
1.050,00	1		
1.080,00	3		

Fonte: DIREITOS SOCIAIS E PRÁTICAS DE SAÚDE. UFPB, 2016.

ANEXOS

ANEXO 1 – Autorizações de Pesquisa dos Municípios pesquisados

PREFEITURA MUNICIPAL DE BOQUEIRÃO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA

SMS/Ofício/ N° 350/2015

Boqueirão, 04 de Novembro de 2015.

Ilma Sra,

Profa. Sheylla de Kassia Silvia Galvão

Professora De Centro de Desenvolvimento Sustentável do Semiárido (CDSA)

UFCG – Campus Sumé /PB

Aluna do Curso de Pós –Graduação em Sociologia da UFPB.

Senhora Professora,

Em atenção a vossa solicitação, vimos por meio deste, autorizá-la a aplicar, juntos aos profissionais da Estratégia de Saúde da família (ESF) do município de Boqueirão, o questionário referente ao Projeto _ Direitos Sociais e Práticas de saúde: representação social dos profissionais de Saúde a respeito do SUS.

Sendo só para o momento, aproveito a oportunidade para reiterar nos votos de estima e elevada consideração.

Atenciosamente,


Gleyman Gannier da S. e Souza

Coordenação de Atenção Básica

Boqueirão - PB

ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE LIVRAMENTO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Ofício Nº 29/2015

Livramento, 03 de Julho de 2015.

Ilma. Sra

Profª Sheylla de Kassia Silva Galvao

Professora do Centro de Desenvolvimento Sustentável do Semiárido (CDSA)

UFCG- Campus Sumé- PB

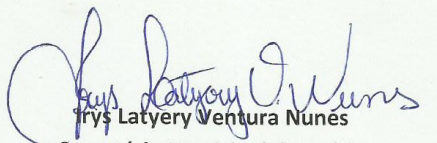
Aluna do Programa de Pós-Graduação em Sociologia da UFPB

Senhora Professora,

Em atenção a vossa solicitação, vimos por meio deste autorizá-la a aplicar, junto aos profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF) do município de Livramento o questionário referente ao projeto **Direitos Sociais e Práticas de Saúde: Representação social dos profissionais de saúde a respeito do SUS** no dia 14 de Julho de 2015.

Sendo só para o momento, aproveito a oportunidade para reiterar nossos votos de estima e elevada consideração.

Atenciosamente,



Iryz Latyery Ventura Nunes
Secretária Municipal de Saúde



ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTEIRO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Rua: Dr. João Minervino Dutra de Almeida, 239 - Centro - Monteiro - Paraíba.
CEP 58500-000 - Fone: (83) 3351-1522 - Fax: (83) 3351-1510
E-mail: sms.mer@saude.pb.gov.Br

Ofício nº 109/2015- SESAU

Monteiro-PB, 03 de junho de 2015.

Ilma. Sra
Profª. Sheylla de Kassia Silva Galvão
Professora do Centro de Desenvolvimento Sustentável do Semiárido (CDSA)
UFCG – Campus Sumé-PB
Aluna do Programa de Pós-Graduação em Sociologia da UFPB

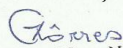
Senhora Professora,

Em atenção a vossa solicitação, vimos por meio deste autorizá-la a aplicar, junto aos profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF) do município de Monteiro, o questionário referente ao projeto **Direitos Sociais e Práticas de Saúde**, representação social dos profissionais de saúde a respeito do SUS.

Sendo só para o momento, aproveito a oportunidade para reiterar nossos votos de estima e elevada consideração.

Atenciosamente,

Ana Lucia Neves Nóbrega Torres
Diretora da Atenção Básica


Ana Lúcia Neves N. Torres
Diretora da Atenção Básica



PREFEITURA MUNICIPAL DE SUMÉ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Rua Francisco de Melo, N/S, 1º andar - Centro
Fone/fax: (83) 3353-2525
e-mail: saudesume@yahoo.com.br
CEP: 58.540-000 - Sumé - PB

Ofício nº 65/SMS/2015

Sumé, 23 de junho de 2015

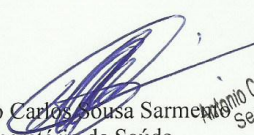
Ilma. Sra,
Profª. Sheylla de Kassia Silvia Galvão
Professora de Centro de Desenvolvimento Sustentável do Semiárido (CDSA)
UFCG – Campus Sumé-PB
Aluna do Programa de Pró-Graduação em Sociologia da UFPB

Senhora Professora,

Em Atenção a vossa solicitação, vimos por meio deste, autorizá-la a aplicar, junto aos profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF) do município de Sumé, o questionário referente ao Projeto Direitos Sociais e Práticas de Saúde: representação social dos profissionais de Saúde a respeito do SUS.

Sendo só para o momento, aproveito a oportunidade para reiterar nos votos de estima e elevada consideração.

Atenciosamente,


Antônio Carlos Sousa Sarmiento
Secretário de Saúde
Sumé - PB

Antônio Carlos Sousa Sarmiento
Secretário de Saúde
Sumé - Paraíba



Estado da Paraíba
Município de Taperoá
Secretaria de Saúde



Ofício SMS N° 115/2015

Taperoá-PB, 14 de Julho de 2015.

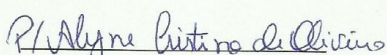
Ilma. Sra
Prof. º Sheylla de Kassia Silva Galvão
Professora do Centro de Desenvolvimento sustentável do Seminário (CDSA)
UFCG- Campus Sumé-PB
Aluna do Programa de Pós- Graduação em Sociologia da UFPB

Senhora Professora,

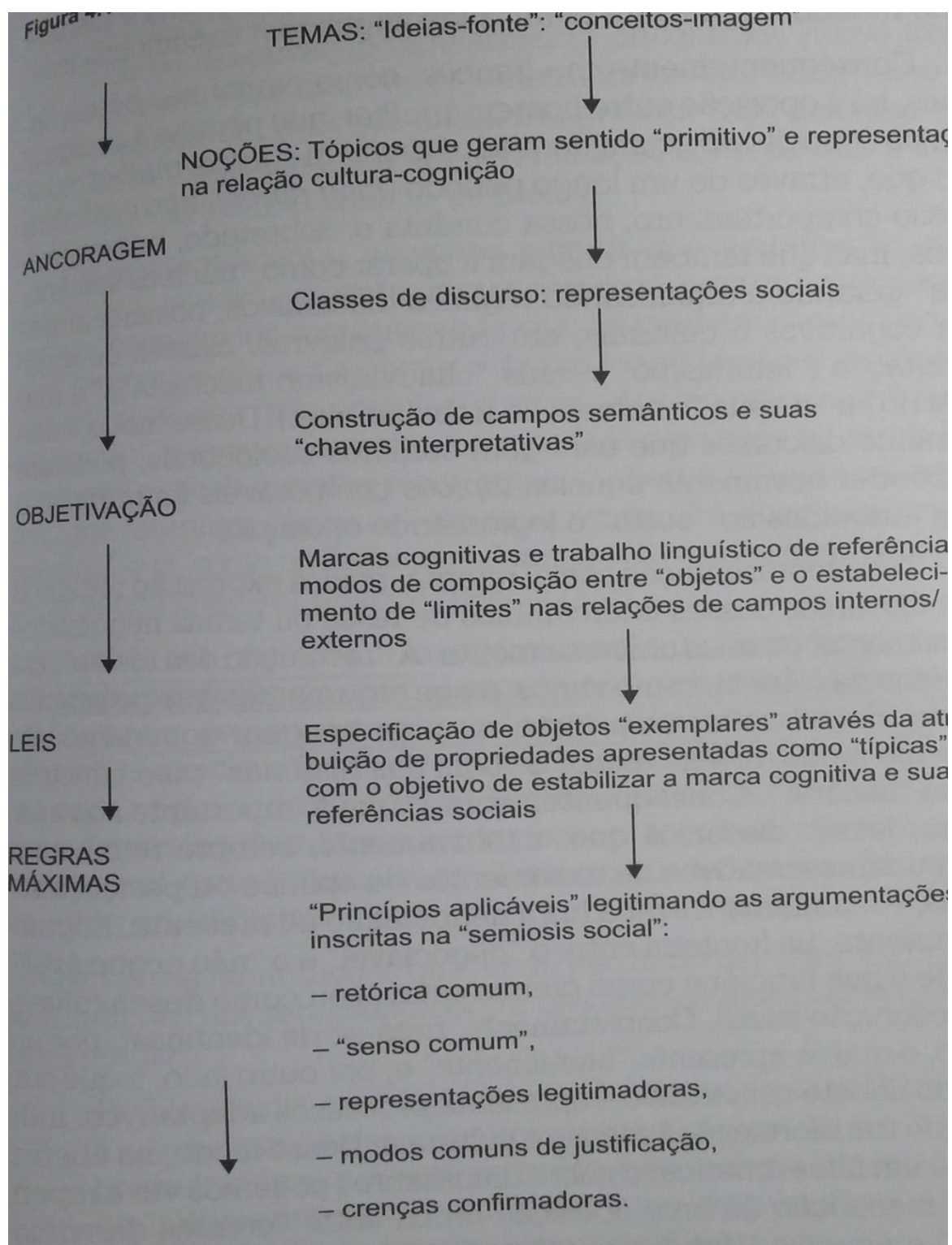
Em atenção a vossa solicitação, vimos por meio deste autorizá-la a aplicar, junto aos profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF) do município de Taperoá o questionário referente ao projeto Direitos Sociais e Práticas de Saúde: Representação social dos profissionais de saúde a respeito do SUS.

Sendo só para o momento, aproveito a oportunidade para reiterar nosos votos de estima consideração.

Respeitosamente,


Jurandi Gouveia Farias Júnior
Secretário Municipal de Saúde

ANEXO 2 – Esquema da Teoria das Representações Sociais proposto por Moscovici



Fonte: MOSCOVICI, Serge. **Representações Sociais**. 10 ed. Petrópolis: Vozes, 2013.