UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

TÂNIA SILVA GOMES CARNEIRO

A dimensão política no trabalho em saúde: o caso dos
enfermeiros na Atenção Básica de Ribeirão Preto-SP

RIBEIRÃO PRETO

2014

TÂNIA SILVA GOMES CARNEIRO

A dimensão política no trabalho em saúde: o caso dos
enfermeiros na Atenção Básica de Ribeirão Preto-SP

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para
obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa
de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública.

Linha de pesquisa: Práticas, Saberes e Políticas de
Saúde

Orientador: Ione Carvalho Pinto

RIBEIRÃO PRETO

2014

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Carneiro, Tânia Silva Gomes

A dimensão política no trabalho em saúde: o caso dos enfermeiros na Atenção Básica de Ribeirão Preto-SP. Ribeirão Preto, 2014.

118 p. : il. ; 30 cm

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Saúde Pública.

Orientador: Ione Carvalho Pinto

1. Enfermagem. 2. Trabalho em Saúde. 3. Gestão em Saúde. 4. Atenção Primária à Saúde. 5. Sistema Único de Saúde.

CARNEIRO, Tânia Silva Gomes

A dimensão política no trabalho em saúde: o caso dos enfermeiros na Atenção Básica de Ribeirão Preto-SP

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa de Pós-Graduação Enfermagem Saúde Pública.

Aprovado em / /

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

DEDICO ESTE TRABALHO

À todos os trabalhadores de saúde

Que compõem a história da saúde brasileira, em seus trabalhos do dia-a-dia no Sistema Único de Saúde – SUS. Em especial, aos que contribuíram para a realização deste estudo.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

Ao Pedro Silveira Carneiro

Se existir algum mérito nos resultados desta pesquisa, eu não posso considerá-los, sem antes compartilhar com meu marido, médico-sanitarista que me ensina tanto, mas principalmente pela calorosa companhia de todos os dias e por toda a vida. O meu sincero obrigada. Amo muito você!!

AGRADECIMENTOS

Quero expressar a minha gratidão a todos aqueles que de alguma forma contribuíram para tornar possível este estudo:

À Deus por sua benevolência, expressa na minha coragem para superar todos os desafios e força para finalizar mais essa etapa.

À todos os meus familiares, à minha querida mãe, Ana de Fátima, pela sua presença em todos os momentos, sempre confiante, o que faz toda a diferença na minha vida. Amo muito a senhora!! As minhas irmãs Keyla, Kênia e Conrado, minha sobrinha Yasmim. Aos novos familiares e amigos Mara, Inez, Paulo, Rodo, Hugo pelo apoio e alegrias no tempo compartilhado.

À Professora Doutora Ione Carvalho Pinto, obrigada pela orientação e apoio naquilo que acredito. Obrigada pelo carinho, acolhida, convivência.

À Prof^a Dr^a Elizabete Takeda, minha grande amiga que sempre me incentivou e acreditou em mim. Que me proporcionou o primeiro contato com a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto- USP. Eu lhe sou eternamente grata!

Aos amigos que participaram desde o início dessa caminhada, Nayra, Cecília. Muito obrigada pela amizade de tantos anos e motivação!

À minha amiga Júlia, pelo companheirismo e disponibilidade constantes em me ajudar, ouvir, também pelo convívio senão pelas valorosas discussões.

Aos colegas de pós-graduação, obrigada pela convivência, pelo compartilhar experiências, discussões e conhecimentos.

Aos cebianos do núcleo Ribeirão Preto e região, obrigada pela convivência e principalmente pelas discussões fomentadoras compartilhadas que iluminaram objeto desta pesquisa.

À Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto- EERP/USP pela possibilidade de qualificação.

Aos funcionários do MISP e da Secretaria da PG, obrigada pela disponibilidade e presteza.

Aos funcionários da EERP-USP, obrigada pelo tratamento sempre com atenção e prontidão.

RESUMO

CARNEIRO, T. S. G. A dimensão política no trabalho em saúde: o caso dos enfermeiros na Atenção Básica de Ribeirão Preto-SP. 2014. 118f. Tese (doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2014.

O presente estudo buscou compreender a dimensão política no trabalho do enfermeiro da atenção básica em um município paulista. Consideramos como dimensão política a relação que os trabalhadores estabelecem com a gestão pública em saúde e seus desdobramentos no trabalho na Atenção Básica nas distintas modalidades de organização da Atenção Básica (AB). Relação esta que não se limita aos espaços formais, como reuniões e normativas, mas que também se refletem nos modelos de atenção e organização do trabalho presentes nos serviços de saúde. Dessa forma, ao resgatar o caráter político da Reforma Sanitária Brasileira e o papel estratégico do SUS como política de Estado, este estudo pretende colaborar com o atual debate em torno da politização da saúde. O método utilizado para o desenvolvimento deste estudo foi o Estudo de Caso, alicerçado pela abordagem qualitativa, do tipo instrumental, a partir das seguintes fontes de dados: observação participante em cinco unidades de saúde de distintas modalidades de organização da AB, entrevista semiestruturada com oito enfermeiros, considerados informantes-chaves e documentos oficiais de planejamento em saúde de instância municipal de cinco quadriênios de gestão municipal. A coleta de dados foi realizada nos meses de outubro de 2013 a março de 2014. Foi realizada análise discursiva na perspectiva de Pêcheux com o material produzido nas entrevistas. Na análise documental, o que encontramos foi que, não obstante as dificuldades vividas pelos grandes municípios, mencionadas na literatura, é uma transição incompleta do modelo de AB, mais como mistura do que de transição, com uma implantação incipiente e incompleta da estratégia Saúde da Família, apesar dos documentos de planejamento, reiteradamente, colocarem essa estratégia como a opção municipal para a AB. Fica claro que a relação entre trabalhadores e gestão, por parte dos enfermeiros, não é de confiança, nem de corresponsabilidade. Não há a perspectiva de participação nos processos de decisão. Surgem críticas, responsabilizando a gestão, pela forma como são conduzidas determinadas políticas de saúde. É interessante observar que a crítica mais veemente surja justamente numa temática que envolve o interesse direto, poderíamos dizer até corporativo, dos trabalhadores. Por fim, parece ficar reforçada a ideia de Maria Cecília Puntel de Almeida, de que há entre as enfermeiras uma aceitação das limitações de poder, de forma relativamente passiva.

Palavra Chave: Enfermagem, Trabalho em Saúde, Gestão em Saúde, Atenção Primária à Saúde, Sistema Único de Saúde

ABSTRACT

CARNEIRO, T. S. G. The political dimension in health work: the case of nurses in primary care, Ribeirão Preto-SP. 2014. 118f. Tese (doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2014.

This study sought to understand the political dimension of the work of the primary care nurse in a city in São Paulo. We consider the political dimension as the relationship that workers have with the public health management at work and its developments in Primary Care services in different modalities of Primary Care organization. A relationship that is not confined to formal settings, such as meetings and norms, but is also reflected in models of care and work organization present in health services. Thus, by returning to the political nature of the Brazilian Health Reform and the strategic role of the SUS as a state policy, this research intends to collaborate with the current debate on the politicization of health. An instrumental case study was the method of choice for the development of this study, with a qualitative approach, using the following data sources: participant observation involving five health units of different modalities of organization, semi-structured interviews with eight nurses we considered to be key informants and official documents in health planning from the municipal management in five four-year periods. Data collection was conducted from October 2013 to March 2014. Pêcheux's discourse analysis was used for the interview data. In document analysis, what we found was, despite the difficulties experienced by large municipalities mentioned in the literature, an incomplete transition of the Primary Care model, more like a mixed system than a transition, with an incipient and incomplete implementation of the Family Health strategy despite planning documents repeatedly putting this strategy as the municipal option for Primary Care. It is clear that the relationship between workers and management is not of trust. There is no prospect of participation in decision-making. Criticism does appear, blaming the management by the way they conducted certain health policies. It is interesting to note that the most vehement criticism arises precisely in a theme that involves direct interest of the workers. Finally, it seems the idea of Maria Cecilia Puntel de Almeida is reinforced, that between nurses there is an acceptance of the limitations of power, in a relatively passive way.

Key words: Nursing, Health Work, Health Management, Primary Health Care, Unified Health Care System

RESUMEM

CARNEIRO, T. S. G. La dimensión política en el trabajo en salud: el caso de las enfermeras en la atención primaria, Ribeirão Preto-SP. 2014. 118f. Tese (doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2014.

El presente estudio busca comprender la dimensión política del trabajo del enfermero de la atención primaria de salud en un municipio de São Paulo. Consideramos como dimensión política la relación que los trabajadores establecen con la gestión pública en salud y sus desdoblamientos en el trabajo en la atención primaria de salud en las distinguidas modalidades de organización de la atención primaria de salud. Relación esta que no se limita a los espacios formales, como reuniones y normativas, pero que también se reflejan en los modelos de atención y organización del trabajo presentes en los servicios de salud. De esa forma, al rescatar el carácter político de la Reforma Sanitaria Brasileña y el papel estratégico del SUS como política de Estado, ese estudio pretende colaborar con el actual debate en torno a la politización de la salud. El método utilizado para el desarrollo de este trabajo fue el estudio de caso instrumental, con el apoyo de enfoque cualitativo, de las siguientes fuentes de datos: observación participante en cinco centros de salud de las diferentes formas de organización, entrevistas semi-estructuradas con ocho enfermeras informantes clave y documentos oficiales de la planificación en la instancia municipal de salud de cinco períodos de cuatro años de gestión municipal. La recolección de datos se realizó entre octubre 2013-marzo 2014. Utilizamos para análisis de datos de entrevistas el análisis de discurso en la perspectiva de Pêcheux. En el análisis documental, lo que encontramos fue que, no obstante las dificultades vividas por los grandes municipios, mencionadas en la literatura, es una transición incompleta de modelo de atención primaria, más como mezcla de transición, con una implantación incipiente y incompleta de la Estrategia Salud de la Familia, a pesar de los documentos de planificación, reiteradamente, coloquen esa estrategia como la opción municipal para la atención primaria. Queda claro que la relación entre trabajadores y gestión, por parte de los enfermeros, no es de confianza, tampoco de corresponsabilidad. No hay la perspectiva de participación en los procesos de decisión. Surgen críticas, responsabilizando la gestión, por la forma como son conducidas determinadas políticas de salud. ES interesante observar que la crítica más vehemente se plantea justamente en una temática que envuelve el interés directo, podríamos decir hasta corporativo, de los trabajadores. Por fin, parece quedar reforzada la idea de Maria Cecília Puntel de Almeida, de que hay entre las enfermeras una aceptación de las limitaciones de poder, de forma relativamente pasiva.

Palavras clave: Enfermería, Trabajo en Salud, Gestion en Salud, Atención Primaria de Salud, Sistema Nacional de Salud

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1**-Distribuição das Unidades de Saúde e equipe de ACS/SF por Distrito de Saúde e modalidade de organização da Atenção Básica municipal. Ribeirão Preto, 2014. **40**
- Quadro 2** - Número de enfermeiros 40 horas e de Unidades por Modalidade de organização da Atenção Básica municipal. Ribeirão Preto, 2014. **42**
- Quadro 3** - Número de enfermeiros segundo os critérios de inclusão e exclusão. Ribeirão Preto, 2014. **44**
- Quadro 4** - Documentos selecionados para a pesquisa de instância municipal no período de 1997 a atual. Ribeirão Preto, 2014. **47**
- Quadro 5** -Tempo de realização das entrevistas por enfermeiro em cada arranjo organizativo. Ribeirão Preto-SP, 2014. **50**
- Quadro 6** - Distribuição das unidades que compõem a estrutura da rede de AB municipal de saúde por quadriênio e Distrito de Saúde. Ribeirão Preto-SP, 2014. **65**

LISTA DE TABELAS

Tabela	1-Unidades de Saúde por quadriênio de gestão, população estimada em 2010, equipes de ACS e SF em 2014, por Distrito. Ribeirão Preto, 2014.	67
---------------	---	-----------

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Distritos de Saúde de Ribeirão Preto

37

LISTA DE SIGLAS

AB - Atenção Básica

ACS - Agente Comunitário de Saúde

AIS - Ações Integradas de Saúde

APS - Atenção Primária à Saúde

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

CGR - Colegiado de Gestão Regional

CNS - Conselho Nacional de Saúde

CSE - Centro Saúde Escola

DAB - Departamento de Atenção Básica

DRS - Departamento Regional de Saúde

DST - Doenças sexualmente transmissíveis

EAB - Equipe de Atenção Básica

EERP/USP - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

ESF - Estratégia Saúde da Família

FMUSP-RP - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

IDB - Indicadores de Dados Básicos

IDHM - Índice de Desenvolvimento Humano Municipal

IPRS - Índice Paulista de Responsabilidade Social

MS - Ministério da Saúde

NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família

NSF - Núcleo Saúde da Família

OMS - Organização Mundial da Saúde

PAB Variável - Piso de Atenção Básica Variável

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PAM II - Ambulatório Geral de Especialidades Pediátricas

PIASS - Programa de Interiorização das Ações de Saúde

PIB - Produto Interno Bruto

PlanejaSUS - Sistema de Planejamento do SUS

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

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

Proesf - Programa de Expansão e Consolidação do Saúde da Família

PSF - Programa Saúde da Família

RRAS - Redes Regionais de Atenção à Saúde

RSB - Reforma Sanitária Brasileira

SAD - Serviço de Atenção Domiciliar

SMS - Secretaria Municipal da Saúde

SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBDS - Unidade Básica e Distrital de Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

Unicef - Fundo das Nações Unidas para Infância

UPA - Unidade de Pronto Atendimento

USF - Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	19
OBJETIVO GERAL.....	22
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	22
CAPÍTULO I - HISTÓRICO DO PROCESSO DA AB NO BRASIL NO CONTEXTO DA REFORMA SANITÁRIA.....	23
A ATENÇÃO BÁSICA NO BRASIL.....	26
CAPÍTULO II - PERCURSO METODOLÓGICO E DECISÕES OPERACIONAIS	33
TIPO DE ESTUDO	33
CAMPO DE ESTUDO.....	35
Apresentando o município de ribeirão preto	35
Organização da rede municipal de saúde.....	37
DELINEANDO O CAMPO DE INVESTIGAÇÃO.....	38
ENTRADA NO CAMPO	41
SUJEITOS DO ESTUDO	43
FONTES DE INFORMAÇÃO E COLETA DE DADOS.....	44
Observação participante	44
Entrevistas semiestruturadas	45
Análise documental	46
CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	48
ANÁLISE DOS DADOS	49
CAPÍTULO III- APRESENTANDO OS SUJEITOS DO ESTUDO.....	51
CAPÍTULO IV- ANÁLISE DOS DOCUMENTOS DE PLANEJAMENTO EM SAÚDE DE RIBEIRÃO PRETO	56
A ATENÇÃO BÁSICA NAS METAS E DISCUSSÕES DO PLANEJAMENTO EM SAÚDE DE RIBEIRÃO PRETO	56
A EXPANSÃO DA REDE DE SERVIÇOS DE AB DO MUNICÍPIO AO LONGO DE CINCO QUADRIÊNIO DE GESTÃO DA SAÚDE	64
CAPÍTULO V- ANÁLISE DOS DISCURSOS DAS ENFERMEIRAS DA ATENÇÃO BÁSICA.....	72
A CONDUÇÃO DO PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA NO MUNICÍPIO	72
SOBRE O OFÍCIO DA SMS RELATIVO À ORGANIZAÇÃO DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE AB MUNICIPAL	79
CONSIDERAÇÕES FINAIS	89
REFERÊNCIAS.....	92

APÊNDICE A	100
APÊNDICE B	101
APÊNDICE C	104
APÊNDICE D	106
APÊNDICE E.....	108
APÊNDICE F.....	110
ANEXO 1.....	112
ANEXO 2.....	113
ANEXO 3.....	114
ANEXO 4.....	115
ANEXO 5	116
ANEXO 6.....	118

INTRODUÇÃO

O principal interesse, para a realização desta pesquisa, surgiu a partir do estudo que realizei com os trabalhadores da estratégia de Saúde da Família em um município do interior do Estado de São Paulo. Nesse estudo pude perceber que é bastante presente a ideia de que o fazer do dia-a-dia do serviço de saúde é defender o SUS, calcado no “crer” em seu próprio trabalho. É preciso considerar a importância e a força dessa referência na percepção do trabalhador, mas a defesa do Sistema Único de Saúde (SUS) também passa pela questão da luta política, da qual o trabalhador também pode e precisa se aproximar (GOMES, 2010). Aparentemente, no entanto, os trabalhadores de saúde não se aproximam dessa questão.

Considero que é possível o trabalhador de saúde, no processo de trabalho, assumir a autoria de sua “obra”, e de seu empenho com a “obra”, ao interrogar o mundo de seu trabalho, possibilitando o entendimento da intencionalidade do trabalho nos planos ético e político (GOMES, 2010). Porém, o SUS não se faz somente a partir da crença do trabalhador. Assim, o trabalhador busca se apoiar na crença de seu próprio trabalho, confiando em si mesmo, por não perceber potencialidades em outros espaços ou outros atores.

Paim (2012, p. 612) coloca que, concretamente, a população e a maioria dos trabalhadores de saúde vivem um “setor público subfinanciado e um setor privado sub-regulado”, porém não se mobilizam socialmente de forma a pressionar partidos, governos e dirigentes para mudar essa situação. “E diante do refluxo ou cooptação de movimentos sociais os canais de participação cidadã têm sido colonizados por interesses privados, partidários e corporativos, enquanto os milhares de cargos de confiança são utilizados nas transações políticas”.

Consolidar a efetivação do processo da Reforma Sanitária Brasileira (RSB), nos moldes em que foi inscrito na Constituição Federal, incide em discussões sobre os desafios atuais e o futuro do Sistema Único de Saúde, discutidas por diversos autores e entidades do campo da saúde coletiva, comprometidos com a institucionalização da saúde como direito de cidadania (CAMPOS, 2007a, 2008; FLEURY, 2007; MERHY, 2012; PAIM, 2008a, 2009, 2012; SANTOS, 2009).

Em literatura recente, encontrada em busca bibliográfica realizada na Biblioteca Virtual de Saúde relativa à gestão e políticas de saúde, há um consenso sobre a

necessidade de repolitização para avançar o processo da Reforma Sanitária. Um dos temas recorrentes é a despolitização do trabalhador de saúde para o qual, como foi mencionado anteriormente, o SUS aparentemente não é um projeto que vale a pena ser defendido. Como coloca Feuerwerker (2005, p.490) “as fragilidades atuais do sistema põem em risco sua legitimidade política e social”.

Segundo Souza (2009, p.912) “A dimensão sociopolítica contempla as ações voltadas para obter o apoio da população às políticas do SUS”. Teoricamente, segundo ele, seria natural que a efetivação do SUS fosse defendida pela maioria da população, mas concretamente é necessário que as pessoas percebam as vantagens do SUS para si para que o defendam. Nesse sentido a participação popular se constitui como uma estratégia importante, já que o SUS tem como proposta a democratização, não é possível negligenciar ações que fortaleçam a participação de usuário, trabalhadores e prestadores na construção e implementação de políticas de saúde.

A grande questão é que diante dos desafios do SUS, o adversário é justamente o conformismo. A indignação, a reclamação e finalmente a mobilização política, são as únicas possibilidades de um sistema público se transformar e até mesmo se manter (CUNHA, 2010). Ou seja, construir a cidadania.

Considerando-se que cada equipe de Atenção Básica (AB) tem hoje pelo menos 3000 pessoas vinculadas a ela, e que temos ao menos 30 a 40% da população brasileira coberta pela Atenção Básica, podemos dimensionar a potencialidade de uma parceria entre os trabalhadores e os usuários da AB em um movimento de afirmação do SUS (CUNHA, 2010).

Nessa perspectiva, a AB pode ser um espaço de reflexão crítica e, também, de contra-hegemonia. Considerando o contingente de enfermeiros inseridos nas equipes na AB é central ter esses trabalhadores como sujeitos políticos na luta pelo avanço da RSB e SUS constitucional.

Ao falarmos do enfermeiro, consideramos que, conforme coloca Peduzzi et al (2013)

“A enfermagem é reconhecida como profissão e, ao mesmo tempo, como disciplina, e há um entrelaçamento entre ambas, profissão e disciplina. Contudo, esse reconhecimento tende a ocultar um aspecto que é aqui destacado – trata-se de profissão e disciplina constituída ao longo de um processo histórico e social, assim como as demais áreas e todo o campo da saúde” (p. 218).

Assim, para o desenvolvimento desse estudo, estamos considerando que as ações sobre as necessidades humanas de cuidado conferem à enfermagem a característica de prática social, prática social essa inserida em dimensões sociais, econômicas, políticas e culturais. Ou seja, reconhecemos a enfermagem enquanto trabalho, socialmente inserido como tal (ALMEIDA, 1997).

Segundo Peduzzi et al. (2013) o processo de trabalho de enfermagem na literatura é analisado como sendo constituído a partir de seus aspectos assistenciais e gerenciais. Essa divisão se deveria à constituição histórica da enfermagem ter seguido duas direções: uma relacionada ao cuidado ao paciente e outra orientada para o cuidado com a instituição, contemplando a organização do ambiente e dos seus agentes. Discutindo aspectos do trabalho em enfermagem, Almeida (1997) coloca como dimensões inerentes ao trabalho gerencial a “técnica, a política, comunicativa e o desenvolvimento da cidadania” (p. 288). Segue definindo a dimensão política como:

“aquela que articula o trabalho gerencial ao projeto que se tem a empreender, a consolidação do SUS. Neste movimento se fazem presentes determinações de caráter político-ideológicas, econômicas, assim como as marcadas pelas organizações corporativas e pelos distintos tipos de usuários dos serviços de saúde. Implica, sem dúvida, **a articulação do momento mais interno do processo de trabalho as determinações externas deste, que dizem respeito às políticas sociais e de saúde em específico e das contradições e conflitos presentes na sociedade para sua efetivação**” (p. 289) (grifo nosso).

Para este estudo, consideramos que essa articulação entre o “processo de trabalho” e as “determinações externas” se concretizam na relação entre os trabalhadores da saúde e a gestão, de tal forma que consideramos como dimensão política a relação que os trabalhadores estabelecem com a gestão pública em saúde e seus desdobramentos no cotidiano do trabalho na AB. Relação esta que não se limita aos espaços formais, como reuniões e normativas, mas que também se refletem nos modelos de atenção e organização do trabalho presentes nos serviços de saúde.

Dessa forma, ao resgatar o caráter político da RSB e o papel estratégico do SUS como política de Estado, esta pesquisa pretende colaborar com o atual debate em torno da politização da saúde pela análise da dimensão política no trabalho dos enfermeiros na AB, a partir das seguintes questões de estudo: a) Como a dimensão política se manifesta no cotidiano de trabalho do enfermeiro na Atenção Básica? b)

Como os enfermeiros incorporam e manifestam a dimensão política no cotidiano de trabalho na Atenção Básica?

OBJETIVO GERAL

Analisar como se manifesta a dimensão política no cotidiano de trabalho do enfermeiro, nas distintas modalidades de organização da Atenção Básica municipal de Ribeirão Preto-SP.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar as características nas distintas modalidades de organização da Atenção Básica municipal de Ribeirão Preto-SP,

Captar a dimensão política que se manifesta no cotidiano de trabalho do enfermeiro na Atenção Básica,

Apreender a dimensão política nos discursos dos enfermeiros na Atenção Básica.

CAPÍTULO I - HISTÓRICO DO PROCESSO DA AB NO BRASIL NO CONTEXTO DA REFORMA SANITÁRIA

Da vasta produção decorrente dos 20 anos de SUS destacamos Gerschman (2009, p.1634) que, em debate sobre os artigos das autoras Cohn (2009), Menicucci (2009) e Côrtes (2009) pontua que as reflexões das mesmas “expressam de maneiras diferentes e, por vezes convergentes, o alcance e percalços da implementação do SUS, sob a perspectiva da RSB, tal como estabelecido na *Constituição*” e revelam que o SUS foi uma exitosa política social, contribuindo, ao mesmo tempo, para a consolidação da democracia no país.

No entanto, vale lembrar Menicucci (2009 p. 1625) que, em um balanço dos avanços e desafios do SUS, enfoca o aspecto que consideramos fundamental, a necessidade de sua politização e maior legitimação, em suas palavras “o desafio é promover uma resignificação do SUS para que ele não continue sendo o SUS para os pobres” e questiona “quanto a sociedade está disposta a pagar para o SUS?”

Neste mesmo sentido, Paim (2012) faz algumas reflexões sobre a *sustentabilidade econômica, política e institucional* do SUS, partindo do pressuposto de que não há política irreversível, mesmo garantido no arcabouço legal (Constituição Federal e leis), o SUS não está imune a retrocessos.

Em relação à *sustentabilidade econômica*, o Estado brasileiro cobre apenas 41% do gasto em saúde, o projeto de destinação de 10% do orçamento federal para a saúde foi rejeitado e não existe perspectiva de ampliação de recursos federais nos próximos anos, ameaçando a *sustentabilidade econômica* (PAIM, 2012).

No caso da *sustentabilidade política* caberia analisar

“quais forças políticas e sociais defendem efetivamente o SUS, de acordo com os princípios e diretrizes dispostos na legislação, e quais se aproveitam das suas fragilidades para ampliar a mercantilização e a privatização, diante das ambiguidades e omissões da regulação estatal” (PAIM, 2012, p.612).

Já a “*sustentabilidade institucional* do SUS sofre abalos a cada mudança de governo ou de gestor quando quadros técnicos e gerenciais são substituídos, independentemente da qualificação e do mérito” (PAIM, 2012, p.612). A gestão de serviços públicos de saúde é considerada arena de disputa entre os defensores e opositores do SUS, representando espaços de exercício de poder (SOUZA, 2009).

Mas, como ampliar a compreensão para além de descrições pontuais que se balizem a contrapor os objetivos do SUS e seus resultados? Essa é uma questão central. Acreditamos que para isso, devemos compreender o processo da RSB e a implementação do SUS como uma luta política, que se desenvolve nos mais diversos planos da vida social.

Retomando Gerschman (2009)

“Depois de 20 anos desse processo, parece ser este o momento oportuno de estabelecer com clareza a distinção entre o SUS e a Reforma Sanitária Brasileira, e resignificar (Menicucci) o conteúdo político do SUS. Isso, como refere Cohn, não é apenas uma firula acadêmica, mas a real necessidade de se pensar politicamente o caminho percorrido e o que é necessário reformular no trajeto a percorrer na procura da Reforma Sanitária; fundamentalmente, readequar a dimensão técnica à social nos projetos para a saúde” (p.1634).

A ideia da RSB, originária da mobilização social que configurava uma oposição às propostas para o setor, surge na segunda metade dos anos 70, em meio a um movimento político-social maior que se estendia por todos os segmentos da sociedade: as lutas pela democracia e contra a ditadura. Este movimento de redemocratização do país determinou novos rumos para as políticas públicas e incitou o surgimento de atores sociais relevantes na arena sanitária que protagonizaram mudanças alcançadas pela politização da saúde (SANTOS, 2009).

O movimento que propunha uma ampla mudança democratizante consistia em defender o princípio de que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado.

Esse movimento atingiu seu ponto culminante na 8ª Conferência de Saúde de 1986, momento em que emergiu o mais amplo e democrático debate sobre saúde no país, com a consolidação de um projeto que propunha a instalação de um Sistema Único de Saúde democrático e descentralizado. Mais tarde, isso foi contemplado no artigo 196 e 198 da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988).

Assim, Paim (2008b) define a RSB como sendo uma reforma social que tem como elementos constituintes centrais:

“a) democratização da saúde, o que implica a elevação da consciência sanitária sobre saúde e seus determinantes e o reconhecimento do direito à saúde, inerente à cidadania, garantindo o acesso universal e igualitário ao Sistema Único de Saúde e participação social no estabelecimento de políticas e na gestão; b) democratização do Estado e seus aparelhos, respeitando o pacto federativo, assegurando a descentralização do processo decisório e o controle social, bem como fomentando a ética e a transparência nos governos; c) democratização da sociedade alcançando os espaços da organização econômica e da cultura, seja na produção e distribuição justa da riqueza e do saber, seja na adoção de uma “totalidade

de mudanças”, em torno de um conjunto de políticas públicas e práticas de saúde, seja mediante uma reforma intelectual e moral” (p.173).

No entanto, apesar da sua proposta e seu projeto apontarem para uma reforma geral da sociedade, Paim (2008b) coloca que seu processo acabou por ser o de uma reforma inconclusa, com diversas promessas não cumpridas, onde o confinamento setorial impõe limites às pretensões civilizatórias do movimento da RSB.

A conformação do desenho do SUS consistiu na convivência entre dois grandes projetos sanitários no país, além da miríade de combinações existentes entre estes projetos, como aponta o autor Gastão Wagner de Sousa Campos em seus estudos sobre política de saúde no Brasil, abalizando que “O SUS é quase um híbrido entre duas tradições”. O autor faz referência a projetos polares: os sistemas nacionais de saúde e o sistema liberal-privatista, considerados dois conceitos abstratos indicativos de projetos políticos articulados a partir de valores e de interesses distintos (CAMPOS, 2007b), compondo um hibridismo entre público e privado, apesar da definição legal de um sistema único, público, universal e gratuito (MENICUCCI, 2009).

Após a forte mobilização do período constituinte, a heterogeneidade na composição e nos posicionamentos políticos dos integrantes do movimento sanitário, base social da reforma de saúde, se evidenciou, no momento de sua implantação, quando se atualizaram as divergências de interesses, que durante o movimento pela redemocratização tinham sido escamoteados em função da agregação em torno da retomada do regime democrático e da reforma sanitária enquanto um projeto ético de caráter coletivo (MENICUCCI, 2009). O movimento ficava assim, fragilizado.

Além disso, os partidos e grupos contrários à Reforma passam a viver no jogo político um momento favorável, decorrente da conjuntura neoliberal radicalizada na década de 90 e, por ironia da história, passam a ser os responsáveis pela implantação do SUS (PAIM, 2008b).

Do ponto de vista político mais geral, essa reorientação pode ser atribuída à existência de concepções distintas acerca da forma de exercício do poder nos atores que compõem as diversas formas políticas em cena no processo de construção do SUS (PAIM, 2007).

Conforme nos diz Feuerwerker (2005), não se pode dizer que continue existindo um movimento sanitário, como um movimento social organizado e militante. Existe,

sim, um contingente expressivo de atores mobilizados por tentar construir um sistema de saúde que se aproxime das propostas originais da RSB.

Segundo Paim (2007), a constituição de sujeitos individuais e coletivos comprometidos com o desenvolvimento do SUS e com o projeto da Reforma Sanitária tem ampliado, progressivamente, as bases sociopolíticas do movimento sanitário e tem permitido a reprodução de quadros solidários e de novas entidades identificadas com a Reforma.

O mesmo autor diz que a Reforma Sanitária e o SUS, entre o povo em geral e mesmo entre os trabalhadores de saúde, não parecem ser considerados conquistas que valham a pena lutar, seja para preservar ou para avançar (PAIM, 2008b). Convergentemente, Campos (2009, p.302) coloca que parece haver um descrédito com relação à possibilidade de ser posto em prática um projeto dessa natureza racional e generosa, havendo certo desencantamento com o SUS. Fincar o projeto da Reforma Sanitária nas instâncias sócio-comunitárias, ampliando sua base de sustentação política, continua como o desafio central para a sustentabilidade do projeto e avanço do processo (PAIM, 2008b).

Para isso busca-se, na organização do sistema de saúde, a “modalidade de atenção e de serviço de saúde com o mais alto grau de descentralização e capilaridade”, a menor unidade-fração do território sanitário, de onde partem e se organizam necessidades e demandas de saúde: a Atenção Básica (BRASIL, 2011; BRASIL, 2009, p.13).

Historicamente, desde a Declaração de Alma Ata em 1978, a Atenção Primária à Saúde (denominada no Brasil como Atenção Básica) faz parte das discussões da organização dos sistemas de saúde, por se imaginar que ela pode ofertar maior racionalidade aos sistemas de saúde. Assim, seria capaz de ampliar a eficiência na alocação de recursos, ou por se considerar que ela é estratégica para a reorientação de sistemas de saúde. O que ampliaria sua eficácia, qualidade e equidade (ALMEIDA; MACINKO, 2006).

A ATENÇÃO BÁSICA NO BRASIL

Simultaneamente à trajetória do movimento da Reforma Sanitária e acompanhando todo um movimento internacional, os atores de saúde brasileiros

vivenciaram a proposta da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde realizada na cidade de Alma Ata, Cazaquistão, (na antiga União Soviética), em 1978, promovida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para Infância (Unicef), tendo sido estabelecida uma nova plataforma de política sanitária internacional (STARFIELD, 2004).

Nessa conferência, foi definido e outorgado o reconhecimento internacional da Atenção Primária à Saúde (APS), expressa nos princípios da Declaração de Alma Ata, como:

“Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo e atenção continuada à saúde” (OMS apud STARFIELD, 2004, p. 30-31).

Para a organização de um sistema de saúde através da APS, alguns autores como Starfield (2004) e Mendes (2002), consideram que alguns princípios sejam observados: o ‘primeiro contato’, a ‘longitudinalidade’, a ‘integralidade’, a ‘coordenação’, a ‘focalização na família’ e a ‘orientação comunitária’, sem desconsiderar a transversalidade e interdependência destes.

A organização de um sistema de saúde transcorre por interpretações diferenciadas do modelo de APS e possui, até mesmo coexistem, dentro de um país.

Segundo Mendes (2002, p.10), existem três interpretações principais da APS:

[...] “como atenção primária seletiva (um programa específico destinado às populações e regiões pobres às quais se oferece, exclusivamente, um conjunto de tecnologias simples e de baixo custo, providas por pessoal de baixa qualificação e sem a possibilidade de referência em nível de atenção de maior densidade tecnológica; a APS como primeiro nível do sistema de serviços de saúde (modo de organizar e fazer funcionar a porta de entrada do sistema enfatizando a função resolutiva desses serviços sobre os problemas comuns da saúde, para minimizar os custos econômicos e satisfazer as demandas da população restritas às ações do primeiro nível) e a APS como estratégia de reorganização do sistema de serviços de saúde (forma de reorganizar, reordenar todos os recursos do sistema para satisfazer as necessidades, demanda e representações da população o que implica a articulação da APS dentro de um sistema integrado de serviços de saúde)”.

Schraiber e Mendes-Gonçalves (1996) apontam que, muitas vezes, a APS é vista como algo menos complexo por utilizar tecnologias de menor densidade. Mas eles advertem que a tecnologia é de alta complexidade quando tomamos a questão do conjunto de sentidos da integralidade da assistência, principalmente no que se refere ao modo de organização dos serviços e práticas de saúde.

No Brasil, a proposta de APS, nos anos 70, se deu pelos programas de extensão de cobertura, enfatizados pela necessidade de se expandir a assistência à saúde aos contingentes populacionais excluídos do modelo médico-assistencial privatista, na época hegemônico, especialmente aqueles que viviam nas periferias das cidades e zonas rurais.

Dessa forma, iniciam-se experiências pioneiras em instituições acadêmicas, como em Paulínia (SP) e Montes Claros (MG), que confluem para o primeiro programa de medicina simplificada em nível federal, o Programa de Interiorização das Ações de Saúde (PIASS) em 1976, iniciado no Nordeste e estendido para todo o território nacional em 1979, o que resultou numa grande expansão da rede ambulatorial pública (MENDES, 2002).

Vale lembrar que o final dos anos 70 foi marcado pelo esgotamento do modelo médico-assistencial privatista, que apresentava intensas inadequações à realidade sanitária nacional, de forma a reciclá-lo num contexto de crise fiscal do Estado com fortes repercussões na Previdência Social e numa coincidência com o processo de redemocratização do Brasil.

No início dos anos 80, ocorreu uma grave crise na Previdência Social que levou à instituição das Ações Integradas de Saúde (AIS), as quais representaram o primeiro aceno concreto, embora tímido, em direção à estruturação da APS no Brasil.

A partir das AIS, a Previdência Social passou a transferir recursos, por meio de convênios, às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. “Mas havia uma diferença fundamental com o modelo do PIASS: a medicina simplificada já não era suficiente porque o convênio exigia que as unidades de APS prestassem atenção médica à clientela previdenciária” (MENDES, 2002, p.26).

As AIS foram substituídas pelo Sistema Unificado e Descentralizado (SUDS), em 1987, e a nova Constituição Federal de 1988 criou o SUS, tendo como uma de suas diretrizes a descentralização, que assume forma da municipalização, com a transferência da rede de Atenção Primária à Saúde dos Estados para os municípios.

Neste momento, cada município seria o gestor único do sistema local, constituindo atores fundamentais da implementação do sistema.

Segundo Mendes (2002, p.26), o SUS traz uma importante mudança qualitativa na assistência ao colocar a integralidade na atenção à saúde como um de seus princípios. Assim, não faz sentido ofertar uma APS como programa de atenção primária seletiva. Tornou-se necessário construir “um modelo de atenção primária à saúde que desse conta de concretizar a integralidade das ações e dos serviços de saúde e pudesse colocar-se como alternativa ao modelo convencional vigente”.

Ressalta-se que, no âmbito do SUS, a APS tem sido descrita com o termo de Atenção Básica. Essa designação, essencialmente brasileira, foi formulada com o intuito de “construir uma identidade institucional própria, capaz de estabelecer uma ruptura com uma concepção redutora desse nível de atenção” (BRASIL, 2003, p.07).

Ao longo do tempo, surgiram várias propostas alternativas ao modelo convencional hegemônico para a organização da AB, tais como: a proposta da Medicina Geral e Comunitária (que teve início em Porto Alegre, em 1983); a da Ação Programática em Saúde (originada em São Paulo nos anos 70); a do Médico de Família (implantada em Niterói em 1992); e o modelo de Defesa da Vida (desenvolvido em Campinas no final dos anos 80) (MENDES, 2002).

Essas propostas representaram alternativas de AB de qualidade à população de acordo com os princípios do SUS; no entanto, não se institucionalizaram como políticas públicas de vulto nacional. Isso só veio a acontecer através da portaria GM/MS nº 692, de 25 de março de 1994, que regulamenta o Programa Saúde da Família (PSF). Mendes (2002) considera este momento como o quinto ciclo de expansão da APS no país.

A origem do PSF está no lançamento, pelo Ministério da Saúde (MS) em 1991, do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), voltado para o enfrentamento do grave problema de morbimortalidade materna e infantil na região Nordeste do país. O PACS pode ser visto como o antecessor do PSF, pois alguns de seus elementos tiveram papel central na construção do novo programa. De certo modo, o que se percebeu foi a adoção de uma prática não apenas estruturada na intervenção médica, mas que buscava uma integração com a comunidade. Isso abriu um espaço de mudança de modelo de atenção que possibilitou passar do atendimento de demanda para o atendimento por responsabilidade sanitária.

Segundo Mattos (2002), a história do PSF pode ser dividida em um primeiro momento, em que é visto como uma forma de extensão de cobertura e ampliação do acesso aos serviços de saúde; e um segundo momento, a partir de 1996, quando passou a ser considerada uma estratégia de transformação do modelo assistencial com proposta de substituição das práticas tradicionais de assistência. Com isso, teve início uma mudança do conceito de programa, por estar vinculado a uma ideia de verticalidade e transitoriedade, passando a ser usada a denominação de estratégia de Saúde da Família, já que o Ministério da Saúde a considerava uma estratégia de escolha para reorientação da atenção à saúde no país.

Desta forma, a estratégia de Saúde da Família assumiu como foco a reorganização da AB, contribuindo para o fortalecimento dos princípios da universalidade, integralidade e equidade do SUS. Além disso, apresentou potencialidade para a transformação, em diversos sentidos, ao privilegiar outras interfaces do sistema: busca estimular a organização dos sistemas locais e pauta-se pela aproximação dos serviços com a realidade da população, envolvendo os atores sociais destas mesmas realidades.

Sobre esse processo, diz Mishima (2003):

“A proposição estabelecida pelo Ministério da Saúde (1998) para o PSF, ganha tons e cores no nível local, a partir das necessidades de saúde que se colocam, da conformação da rede de serviços, da definição da política municipal, fruto dos processos de disputa que se têm em curso, da ação que os gestores imprimem ao projeto de âmbito nacional e dos trabalhadores no exercício de seu autogoverno que definem uma dada direção para o trabalho cotidiano” (p. 115).

Na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) lançada em 2006, pela portaria GM/MS nº 648/GM, em seu capítulo II, a estratégia de Saúde da Família deve:

“Ter caráter substitutivo em relação à rede de Atenção Básica tradicional nos territórios em que as Equipes Saúde da Família atuam; atuar no território, realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo, mantendo sempre postura pró-ativa frente aos problemas de saúde-doença da população; desenvolver atividades de acordo com o planejamento e a programação realizados com base no diagnóstico situacional e tendo como foco a família e a comunidade; buscar a integração com instituições e organizações sociais, em especial em sua área de abrangência, para o desenvolvimento de parcerias; e ser um espaço de construção de cidadania” (BRASIL, 2006, p. 22).

A progressiva expansão da estratégia de Saúde da Família no Brasil vem comprovando a adesão dos gestores estaduais e municipais, chegando ao percentual de cobertura de 48,9% população, contando com 28.865 equipes Saúde da Família distribuídas em 5.218 municípios, o que representa um percentual de 93,8% dos municípios brasileiros com a estratégia implantada, de acordo com os dados do Sistema de Informação da Atenção Básica de agosto de 2008 (BRASIL, 2008).

Apesar dos avanços, observaram-se limitações importantes quanto à implementação da estratégia de Saúde da Família nas grandes cidades brasileiras, que concentram a maior parte da população do País. Nesse contexto, o Ministério da Saúde, com o objetivo de apoiar a expansão da cobertura, consolidação e qualificação da estratégia Saúde da Família nos municípios brasileiros com população acima de 100 mil habitantes, implementou o Programa de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (Proesf), em 2001. Foram 187 municípios participantes da Fase 1 do Proesf, tendo sido registrado um aumento de 43% no número de equipes de Saúde da Família implantadas de dezembro de 2003 a junho de 2007, com extensão da cobertura média nesses municípios de 25,7% para 34,4% nesse período (BRASIL, 2007).

Enquanto elemento organizador e articulador do cuidado em saúde, a Atenção Básica pode ser compreendida como espaço de produção de mudanças no sistema de saúde (PASCHE, 2010). No entanto, passados 20 anos da criação do SUS, ainda são grandes os desafios em relação à AB. “O almejado acesso universal, a qualificação de suas principais funções e a conquista de legitimidade social ainda requer, dos movimentos políticos comprometidos com SUS, um esforço concentrado” (CUNHA, 2010, p. 30).

Quando não concebida como um componente estratégico da organização de sistemas de saúde assume dois sentidos principais:

“(a) como complementar e vinculada ao modelo médico-hospitalar, apresentando-se como residual e minimalista; e (b) lugar onde se desenvolvem ações de menor complexidade tecnológica, direcionadas para população que não tem acesso à medicina de mercado, ou seja, os mais pobres” (PASCHE, 2010, p. 15).

Para o mesmo autor, a Atenção Básica nessas condições passa a reproduzir a lógica biomédica de atenção à saúde, com enfoque em atendimentos curativos e assistenciais, através de ações clínicas tradicionais (com abordagem do tipo queixa-

conduta) para problemas mais frequentes; realização de medidas preventivas como vacinação, controle e tratamento de Doenças sexualmente transmissíveis (DST) e doenças contagiosas; e de educação em saúde, sem contudo alterar a lógica da organização dos modos de produção da atenção à saúde (PASCHE, 2010).

A afirmação e legitimação da Atenção Básica significa necessariamente explicitar para a sociedade algumas características muito importantes desta atenção que estão em conflito com os interesses do sistema privado. Observa-se que “a crença na superioridade da fragmentação de especialistas é extremamente lucrativa, na medida em que diversifica produtos e estimula demandas” (CUNHA, 2010, p.33).

Atualmente, a PNAB tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica. A qualificação da estratégia de Saúde da Família e de outras estratégias de organização da atenção básica deverão seguir as diretrizes da atenção básica e do SUS configurando um processo progressivo e singular que considera e inclui as especificidades locoregionais (BRASIL, 2011a).

A estratégia de Saúde da Família, mesmo trazendo novos parâmetros e possibilidades para a Atenção Básica, é insuficiente, em si mesma, para resolver os diversos desafios colocados. “Além disto, é necessário desenvolver tecnologias de apoio gerencial que possam auxiliar os municípios maiores, com modelos tradicionais de atenção básica, a efetuar uma transição de modelo assistencial e aumentar a cobertura” (CUNHA, 2010, p.43).

CAPÍTULO II - PERCURSO METODOLÓGICO E DECISÕES OPERACIONAIS

TIPO DE ESTUDO

Antes de discorrer sobre o percurso metodológico propriamente, faz-se necessário que apontemos as sugestões oferecidas durante o exame de qualificação do projeto de pesquisa em novembro de 2012, que balizaram o delineamento desta investigação. Naquele momento, vieram à tona os seguintes questionamentos: como é possível ir a campo e apreender a dimensão política no trabalho? Como a dimensão política se manifesta no trabalho?

Entendemos que a AB reúne características potencializadoras para se discutir a dimensão política e, também, que possui espaços que favorecem a expressão dessa dimensão, seja a partir de manifestações abstratas que poderiam ser apreendidas através de algumas variáveis discursivas ou representacionais, seja a partir de manifestações concretas que poderiam ser apreendidas na realidade captando-se através de variáveis empíricas.

Dessa forma, optamos pelo método de Estudo de Caso, alicerçado pela abordagem qualitativa, do tipo instrumental (STAKE, 2003), com diversas fontes de coleta de dados, trianguladas para responder às perguntas da investigação.

Denzin e Lincoln (2011), a metodologia qualitativa orienta-se por uma perspectiva interpretativa da realidade. Para Denzin e Lincoln (2011), a palavra qualitativa implica uma ênfase em processos e significados que não são examinados nem medidos (se chegarem a ser medidos) rigorosamente, em termos de quantidade, volume, intensidade ou frequência.

O Estudo de Caso como estratégia de investigação tem sido frequentemente usado para pesquisas qualitativas, embora não seja novo e nem necessariamente qualitativo (STAKE, 2003). É abordado por diversos autores, com suas divergências e concordâncias epistemológicas, que discutem características metodológicas do Estudo de Caso, tais como: a natureza da investigação em estudo de caso, o contexto e sua relação com o estudo, a possibilidade de fazer generalizações, a importância de uma teoria prévia e o seu caráter interpretativo constante.

O pesquisador de Estudo de Caso, normalmente, organiza sua pesquisa em torno de um pequeno número de questões de interesse, cuja escolha reflete a opção do pesquisador por estudos intrínsecos ou instrumentais (STAKE, 2003). Ainda segundo esse autor, o pesquisador deve ter em mente que o desenvolvimento das questões continua até o fim do estudo, sendo necessário “reconhecer e desenvolver questões que emergem no decorrer do estudo” (tradução nossa) (STAKE, 2003, p.150). Nesse sentido, esse tipo de estudo apresenta um caráter interpretativo constante, ou seja, as questões iniciais vão sendo reformuladas conforme se avança na compreensão do caso através das observações que vão sendo realizadas.

Stake (2003, p.137) chama um estudo de instrumental se “um caso é estudado principalmente para prover conhecimento sobre uma questão ou rever uma generalização” (tradução nossa), ou seja, o interesse do pesquisador está no entendimento das manifestações de suas questões no caso estudado. No presente estudo, o interesse é nas formas como se manifesta a dimensão política no caso escolhido, que é o dos enfermeiros na AB de Ribeirão Preto.

Esse mesmo autor coloca que é possível aprender muito sobre o geral a partir do estudo do particular, o que se aprende com um caso singular relaciona-se ao fato de que o caso é semelhante ou diferente de outros casos conhecidos. Neste mesmo sentido, Sznelwar e Abrahão (2007) pontuam que mesmo sendo um Estudo de Caso, portanto,

“depositário de uma determinada realidade, situados em contextos específicos, acredita-se que eles possam subsidiar a compreensão de outras situações (...). Desta forma, os dados permitem compreender e propor soluções para os problemas encontrados nas situações estudadas e também pode ajudar a construir generalizações e/ou comparações” (p.111).

O Estudo de Caso Instrumental requer que o pesquisador escolha bem seu caso, pois um bom entendimento do fenômeno de interesse e a oportunidade de aprender, (fator mais importante) dependem da boa escolha do caso. Isso pode significar escolher o caso mais acessível, passível de oferecer mais informações (STAKE, 2003). “Para um trabalho de campo de qualidade escolhe-se uma amostra proposital construindo variedade e reconhecendo oportunidade para o estudo intensivo” (tradução nossa) (STAKE, 2003, p.152).

CAMPO DE ESTUDO

A investigação foi realizada no Município de Ribeirão Preto-SP¹, por se tratar de um grande centro urbano do interior paulista, com ampla rede pública de saúde de diferentes densidades tecnológicas. Além disso, é o município onde moro e onde está inserida a EERP/ USP.

Escolhemos este Município a partir da problematização dos desafios e dificuldades enfrentadas, em municípios maiores no Estado de São Paulo, na expansão e consolidação da Atenção Básica e da estratégia Saúde da Família. Como discute Viana (2008), os perfis urbanos das cidades paulistas com mais de 100 mil habitantes revelam diferentes graus de constrangimento na expansão da Atenção Básica/PSF.

Neste mesmo sentido, vale sublinhar uma particularidade da política de saúde municipal para a AB, registrada nos documentos de planejamento em saúde, a opção por reorganizar a Atenção Básica municipal, tendo como proposta a estratégia Saúde da Família, porém sem a substituição do modelo tradicional representado pelas Unidades Básicas de Saúde, mas com o aproveitamento destas Unidades. Dessa forma, consideramos que este município, com seu contexto peculiar, seja adequado para a pesquisa por trazer possibilidades de produzir resultados relevantes acerca dessa problemática.

Apresentando o município de ribeirão preto

Ribeirão Preto está localizado na região nordeste do Estado de São Paulo, a 313 km da capital paulista e a 706 km da capital brasileira. Possui uma extensão territorial de 650,96 km², com população estimada para o ano de 2013 de 649.556 habitantes, ocupando a oitava posição entre os municípios mais populosos do Estado de São Paulo. A densidade demográfica, para o mesmo ano, foi de 967,58

¹O município de Ribeirão Preto está entre os dez maiores municípios paulistas, os quais são: São Paulo, Guarulhos, Campinas, São Bernardo do Campo, Santo André, Osasco, São José dos Campos, Ribeirão Preto, Sorocaba e Santos. Disponível em <www.iprsipvs.seade.gov.br/view/pdf/iprs/estado.pdf> acesso em 17 abr. 2014.

habitantes/km² e um grau de urbanização, que corresponde a 99,72 % (RIBEIRÃO PRETO, 2014).

Entre 2000 e 2010, a região de Ribeirão Preto registrou a mais elevada taxa de crescimento populacional (1,6% ao ano) dentre as regiões do Estado de São Paulo (IPRS, 2014, p.26). O Município de Ribeirão passou de 505.012 em 2000 (RIBEIRÃO PRETO, 2000) para 649.556 habitantes em 2013, correspondendo a um crescimento de 28,6%. (IBGE, 2014).

No aspecto econômico, em 2011, o Município de Ribeirão Preto apresentou Produto Interno Bruto (PIB) de R\$ 18.498,18 milhões, com participação no PIB do Estado de 1,37%. Os Indicadores e Dados Básicos (IDB) apresentaram que o PIB per capita, para o ano de 2011, foi de R\$ 30.208,71 em comparação ao do Estado de R\$ 32.454,91 (SEADE, 2014).

O Município apareceu, em 2013, em 40º lugar entre os municípios brasileiros, em relação ao Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), com um coeficiente de 0,800 (RIBEIRÃO PRETO, 2014, p. 22). A taxa de analfabetismo da população entre 15 anos e mais, em 2010, 2,91% em comparação com a do Estado de 4,33%. A população de 18 a 24 anos com Ensino Médio Completo, em 2010, de 61,15% enquanto a do estado foi de 58,68% (SEADE, 2014).

Nas edições 2008 e 2010 do Índice Paulista de Responsabilidade Social (IPRS) o Município classificou-se no Grupo 2, que agrega os municípios bem posicionados na dimensão riqueza, mas com deficiência em pelo menos um dos indicadores sociais (RIBEIRÃO PRETO, 2014, p. 21).

Em relação à divisão administrativa da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, o Município de Ribeirão Preto está inserido no Departamento Regional de Saúde - DRS-XIII e se caracteriza como polo regional de saúde, sendo referência para os 26 municípios circunvizinhos nos níveis de media e alta complexidade, divididos em três colegiados de gestão regional (CGR): Horizonte Verde; Aquífero Guarani e Vale das Cachoeiras. (RIBEIRÃO PRETO, 2014).

Como estratégia de superação da fragmentação da atenção e gestão nas regiões de saúde, o Estado de São Paulo organizou as Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS), que visam a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços que necessite de efetividade e eficiência. Ribeirão Preto passou a integrar a RRAS-13, com população estimada de 3.508.793 habitantes em 2013 (estimativa IBGE),

dividida em 90 municípios, sendo Ribeirão Preto correspondente a 18,5% dessa população (RIBEIRÃO PRETO, 2014).

Organização da rede municipal de saúde

A territorialização da rede de serviços de Atenção Básica do município estabeleceu cinco Distritos de Saúde, regiões com áreas de abrangência e populações definidas a partir de aspectos geográficos, econômicos e sociais: Norte; Sul; Leste; Oeste e Central (Figura 1).

Figura 1 – Distritos de Saúde de Ribeirão Preto

Fonte: Plano Municipal de Saúde, 2014, p. 27.

O Município conta com 48 estabelecimentos considerados de AB segundo Plano Municipal de Saúde (2014), distribuídos pelos 5 Distritos de Saúde. Cada Distrito apresenta uma Unidade Básica e Distrital de Saúde (UBDS), das quais 4 contam com funcionamento 24 horas, 14 Unidades de Saúde da Família (USF) com um total de 30 equipes de SF e 18 Unidades Básicas de Saúde (UBS) tradicionais com 20 equipes de Agente Comunitário de Saúde (ACS). Conta ainda com uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) para atendimento de urgências (RIBEIRÃO PRETO, 2014).

Na rede hospitalar, Ribeirão é sede de 15 instituições hospitalares, sendo 5 totalmente privadas e as outras 10 com atendimento pelo SUS, entre instituições públicas, filantrópicas e privadas contratadas (RIBEIRÃO PRETO, 2014). O principal

prestador hospitalar do município é o Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, instituição pública estadual, com 665 leitos que corresponde a 48% da capacidade instalada hospitalar do SUS no município (RIBEIRÃO PRETO, 2014).

Ainda segundo o Plano de Saúde Municipal (2014 a 2017), o município conta com 1922 leitos hospitalares, sendo 1364 leitos caracterizados como “SUS” e 557 caracterizados como “não SUS”. O município conta com uma rede hospitalar significativa, que denota uma importante incorporação tecnológica, como seria esperado de uma referência regional.

DELINEANDO O CAMPO DE INVESTIGAÇÃO

A investigação deu-se tomando a rede de Atenção Básica deste município como recorte do trabalho de campo para a produção dos dados empíricos. Foi neste contexto que os nossos entrevistados se constituem e se posicionam enquanto enfermeiros em tempos da enfermagem na AB com todas suas relações e implicações.

No momento anterior a entrada de campo, para melhor compreender a organização local da rede de serviços da AB municipal foi levantado alguns aspectos estruturais e organizativos² comuns e, ao mesmo tempo, distintos às diversas unidades de saúde que compõem esta rede, tais como: população adscrita, horário de funcionamento, serviços e atividades oferecidos, Conselho Local de Saúde, estratégia Saúde da Família, presença de ACS, dimensionamento do território, entre outros.

Nessa perspectiva, foi possível identificar distintos arranjos organizativos na rede, principalmente se levarmos em consideração a incorporação da estratégia SF e/ou estratégia ACS que, de alguma forma, pode diferenciar uma unidade de saúde de outra. Para o escopo desta investigação escolheu-se quatro cenários que definimos chamar de modalidade de organização da Atenção Básica municipal.

² A maioria das informações estruturais e organizativas estava disponível no site da SMS. Disponível em < <http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/sssaude/i16saude.php>> Acesso em jan de 2013.

Modalidade 1: Denominamos de UBS Tradicional. Unidade Básica de Saúde sem incorporação da estratégia Saúde da Família e/ou da estratégia de Agente Comunitário de Saúde, conhecida no município como a que manteve o modelo da UBS tradicional. Os serviços de saúde são ofertados pela clínica geral, pediatria e ginecologia obstetrícia, enfermagem, odontologia, vacina, farmácia e outros.

Modalidade 2: Denominamos de UBS com ACS. UBS sem estratégia Saúde da Família, mas com a estratégia de Agente Comunitário de Saúde. Os serviços ofertados são os mesmos da UBS tradicional, porém com a integração do profissional, o ACS.

Modalidade 3: Denominamos de USF adaptada. Esta modalidade foi considerada a UBS adaptada para a estratégia Saúde da Família, denominada no município de Unidade de Saúde da Família (USF). Os serviços ofertados são os mesmos da UBS tradicional, porém adaptados para seguir princípios da estratégia Saúde da Família, em função da opção do município de implantar a estratégia SF na estrutura e com o pessoal já existente. Com presença do ACS.

Modalidade 4: Denominamos de USF pura³. USF que adota o desenho organizacional da estratégia Saúde da Família com composição da equipe seguindo as especificidades de composição de equipe SF da Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012). A equipe é formada por médico generalista (que pode ter especialização em SF ou não), enfermeiro, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Os serviços de vacina e farmácia não estão presentes na maioria dessas unidades.

O quadro 1, a seguir, apresenta a distribuição das Unidades de Saúde e equipe de ACS/SF por Distrito de Saúde e modalidade de organização da Atenção Básica municipal.

³ Respalda-mos na produção do Proesf. Utilizamos a denominação feita por Silva et al (2007, p.157) quando descreveu o Caso de Ribeirão.

Quadro 1 - Distribuição das Unidades de Saúde e equipe de ACS/SF por Distrito de Saúde e modalidade de organização da Atenção Básica municipal. Ribeirão Preto, 2014.

UBDS*	UBS Tradicional	UBS com ACS	USF adaptada	USF pura
Distrito Central				
UBDS Central*	UBS Campos Elíseos UBS Jardim João Rossi PAM II*	CSE Vila Tibério -1 equipe de ACS UBS Vila Tibério - 1 equipe de ACS		
Distrito Leste				
UBDS Castelo Branco*		UBS Bonfim Paulista - 1 equipe de ACS UBS Jardim Juliana - 1 equipe de ACS UBS Santa Cruz -1 equipe de ACS UBS São José -1 equipe de ACS UBS Vila Abranches - 1 equipe de ACS	USF Jardim Zara - 4 equipe de SF	
Distrito Norte				
UBDS Quintino Facci II**		UBS Jardim Aeroporto - 1 equipe de ACS UBS Marincek - 1 equipe de ACS UBS Quintino Facci I - 1 equipe de ACS UBS Simioni - 1 equipe de ACS UBS Vila Mariana - 1 equipe de ACS UBS Valentina - 1 equipe de ACS Figueiredo UBS Ribeirão Verde - 2 equipe de ACS + 1 equipe de SF	USF Jardim Heitor Rigon - 3 equipe de SF	USF Avelino A. Palma - 2 equipe de SF USF Estação do Alto - 2 equipe de SF USF Geraldo C. de Carvalho - 1 equipe de SF
Distrito Oeste				
UBDS Sumaré-zinho**	CMSC Vila Lobato CSE Ipiranga UBS Ipiranga UBS José Sampaio	UBS Dom Mielle - 1 equipe de ACS UBS Jardim Paiva - 1 equipe de ACS UBS Jardim Presidente Dutra - 1 equipe de ACS UBS Vila Recreio - 2 equipe de ACS	USF M ^a Casagrande Lopes - 4 equipe de SF USF Vila Albertina - 4 equipe de SF	USF Portal do Alto - 1 equipe de SF USF Jardim Eugênio M. Lopes - 2 equipe de SF NSF 1* - 1 equipe de SF NSF 2* - 1 equipe de SF NSF 3* - 1 equipe de SF NSF 4* - 1 equipe de SF NSF 6* - 1 equipe de SF NSF 5* - 1 equipe de SF
Distrito Sul				
UBDS Vila Virgínia*	UBS Parque Ribeirão Preto	UBS Adão do Carmo Leonel - 1 equipe de ACS UBS Jardim Maria das Graças - 1 equipe de ACS		

Fonte: Plano Municipal de Saúde de 2014 a 2017.

* Estas Unidades de Saúde não fizeram parte do escopo desta investigação.

Estas UBDS, apesar de serem denominadas de Unidade **Básica e Distrital de Saúde, (grifo nosso) não estão disponibilizando serviços de AB, segundo Plano Municipal 2014 a 2017, p.32.

Observação: O NSF 4 e 6 estão no mesmo espaço físico.

Não foram incluídas nesta investigação as cinco UBDS e o Ambulatório Geral de Especialidades Pediátricas (PAM II) que se diferenciam das demais pela oferta de outros serviços acoplada à mesma unidade, como pronto atendimento e atendimentos de média complexidade (especialidades médicas), assim como os seis Núcleos de Saúde da Família (NSF), que estão subordinados administrativamente e tecnicamente à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP, pela parceria Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e Universidade de São Paulo. Entendemos que a relação com uma instituição de ensino pode modular as atividades da equipe, uma vez que estas unidades possuem uma vertente de atuação de referência para o ensino e formação na área da saúde.

ENTRADA NO CAMPO

Esse momento do estudo constituiu-se por um contato inicial do pesquisador no campo de estudo, para conhecer *in loco* as unidades de saúde e estabelecer uma aproximação com os enfermeiros, momento este aberto à realidade a ser pesquisada, além de estabelecer contatos preliminares com a coordenação do Departamento de Enfermagem da SMS. Minayo (2004) refere que a forma de realizar o trabalho de campo revela as preocupações científicas do pesquisador que seleciona tanto os fatos a serem coletados como o modo de reconhecê-los.

Para definir a formação do grupo de enfermeiros, que comporiam os sujeitos do estudo, ponderamos em primeiro lugar, por uma semelhança entre os enfermeiros da rede de AB municipal, à jornada de trabalho integral de 40 horas semanais. Considerado pela PNAB como critério para todos os profissionais de saúde membros da equipe de Saúde da Família e/ou equipe ACS, com exceção dos profissionais médicos, cuja jornada pode ser variável (BRASIL, 2011a).

Assim, solicitamos à coordenação do Departamento de Enfermagem da SMS a relação dos enfermeiros com carga horária de trabalho de 40 horas semanais, distribuídos por unidade de Saúde (Apêndice A). Solicitamos também a indicação dos enfermeiros considerados pela gestão local como profissionais que desenvolvem um bom trabalho.

Nesta relação, todos os enfermeiros descritos estavam vinculados às Unidades de Saúde que pertenciam ao escopo do estudo. Totalizou-se 39 enfermeiros em 23 Unidades de Saúde (Quadro 2).

Quadro 2 - Número de enfermeiros 40 horas e de Unidades por Modalidade de organização da Atenção Básica municipal. Ribeirão Preto, 2014.

Modalidade de organização da Atenção Básica municipal	Número de unidades	Número de enfermeiro
UBS Tradicional	02	03
UBS com ACS	13	15
USF adaptada	04	14
USF pura	04	07
Total	23	39

Fonte: Dados da pesquisa

Após a aprovação no Comitê de ética em pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo (EERP/USP) em 29 de julho de 2013 (Anexo 1), e autorização da SMS para a realização da pesquisa em 16 de agosto de 2013 (Anexo 2), dado que já tínhamos definido anteriormente à entrada de campo a delimitação do escopo do estudo, logo que obtivemos o número de enfermeiros em dedicação integral (40 horas/semanais), em 19 de agosto de 2013, iniciamos a etapa de visitar todas as unidades durante os meses de setembro e outubro de 2013, pelo próprio pesquisador.

Nessas visitas às unidades, optamos por fazer o primeiro contato pessoalmente, entendendo que o contato pessoal possibilitaria um melhor vínculo. Em diversas unidades foi possível o contato inicial em apenas uma tentativa, já em outras foram necessárias duas ou três visitas para viabilizar o contato. Em algumas unidades foi impossível esse contato mesmo depois de três tentativas optando-se, assim, pela exclusão da unidade do estudo nesse ponto.

Durante esse primeiro contato realizamos algumas perguntas disparadoras para iniciar o diálogo. Explicamos também, aos enfermeiros, sobre o estudo (objetivos, finalidades, campo de investigação, sujeitos de estudo, técnicas de coleta de dados), bem como outras informações que se fizeram importantes e necessárias. Buscamos, além disso, também nesse momento, verificar o interesse em participar do estudo.

Tomamos cuidado, neste primeiro contato, pois nos preocupávamos com a qualidade dos dados obtidos, os quais dependem, em grande parte, da maneira como essa interação social entre pesquisador e o pesquisado se estabelece (GOMES et al, 2000).

Interessava-nos, durante esta etapa, encontrar enfermeiros, considerados informantes-chave, em diferentes modalidades (por entender que essa organização se materializa e se ajusta em resposta à condução dos processos políticos-institucionais da gestão), assim como, encontrar situações e questões que pudessem constituir desafios para estes enfermeiros, que gerassem variações significativas em suas relações e atividades cotidianas. Uma questão julgada importante que emergiu, durante o processo de pesquisa, foi o conflito entre os trabalhadores de saúde e a gestão em torno da adesão ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Devido à importância dada a essa questão entre os enfermeiros, optamos por utilizá-la na escolha dos participantes para a técnica de observações participantes.

Além disso, buscamos sujeitos que pudessem expressar históricos de vida e inserções diferentes na AB, experiências de trabalho, pontos de vistas diversos que permitissem relacionar questões e expectativas de diferentes enfermeiros nas diferentes modalidades do escopo do estudo. Por fim, associou-se, a posteriori, a indicação feita pela coordenação do departamento de enfermagem da SMS, utilizada de forma não excludente.

SUJEITOS DO ESTUDO

Assim, ao término da etapa de visita as unidades, foram aplicados os critérios de inclusão, exclusão e eliminação dos sujeitos desta investigação, que descrevemos a seguir:

Critério de inclusão: dedicação integral, ou seja, carga horária semanal de 40h; vinculado a SMS (sob administração direta municipal);

Crítérios de exclusão: atuar em Unidades de Saúde não pertencentes ao escopo do estudo; não atender a pesquisadora nas três tentativas de visita à unidade; estar alocados em cargos de chefia ou gerência; estar, durante o período

de coleta de dados, de férias, licença saúde, licença maternidade ou outras causas de afastamento; não aceitar participar do estudo.

Critérios de eliminação: não consentir em participar da pesquisa; não assinar o termo de consentimento livre e esclarecido.

Após a aplicação dos critérios, chegamos a 24 enfermeiros potenciais para o estudo (Quadro 3). Utilizando as informações provenientes das visitas iniciais descritas anteriormente, escolhemos 10 informantes-chave de interesse.

Quadro 3 - Número de enfermeiros segundo os critérios de inclusão e exclusão. Ribeirão Preto, 2014.

Enfermeiros que se encaixavam nos critérios de inclusão	39
Excluídos devido a não aceitação	08
Não atendeu a pesquisadora nas três tentativas de visita à unidade	02
Alocados em cargos de chefia ou gerência	01
Férias, licença a saúde, licença maternidade	04
Sujeitos potenciais do estudo remanescentes	24

Fonte: Dados da pesquisa

FONTES DE INFORMAÇÃO E COLETA DE DADOS

Observação participante

Optou-se pela técnica de observação participante para estruturar o instrumento da entrevista a partir do acompanhamento do trabalho cotidiano do enfermeiro, nos espaços de suas práticas e relações, nas diferentes modalidades de organização da Atenção Básica municipal.

Durante o trabalho de campo, foram realizadas anotações sobre os espaços observados, envolvendo uma parte descritiva (descrições dos eventos especiais e das atividades – o que ocorreu, quem estava envolvido e como se deu esse envolvimento) e uma parte reflexiva (as especulações do pesquisador, ideias, impressões, pré-concepções, dúvidas, incertezas, surpresas, decepções).

Foram realizadas observações em cinco unidades, acompanhando os diversos espaços em que os enfermeiros atuavam (reuniões com equipe, gestão, comunidade, grupo técnico da SMS, atendimento individual e coletivo) durante uma semana útil, anotando o observado em diário de campo. Foram acompanhados 05 enfermeiros de distintas modalidades, seguindo o escopo do estudo, com duas observações na modalidade USF pura e uma observação para cada uma das demais modalidades.

A escolha dos enfermeiros a serem observados foi proposital, feita a partir da modalidade de organização da Atenção Básica municipal onde o enfermeiro estava inserido (buscou-se observar pelo menos uma enfermeira de cada modalidade) e pela opção da equipe tomada frente à questão do PMAQ-AB, conforme explicitado na entrada em campo. As observações foram realizadas entre os meses de dezembro de 2013 a janeiro de 2014.

No decorrer da observação, nos deparamos com uma questão considerada de interesse para o estudo, envolvendo um Ofício enviado pela SMS relativo à organização do acesso às unidades. Dada a importância atribuída à questão pelas enfermeiras observadas, optamos por incluir essa questão no roteiro de entrevista.

Entrevistas semiestruturadas

Neste estudo realizamos entrevistas semi-estruturadas. Conforme Minayo (2003), a entrevista semiestrutura combina questões fechadas (ou estruturadas) e abertas formuladas previamente, nas quais o entrevistado discorre livremente sobre o tema proposto sem resposta ou condição prefixada pelo investigador.

Segundo Triviños (1987), a entrevista semiestruturada geralmente está apoiada em teorias, hipóteses que interessam à pesquisa e que, em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que surgem à medida que são constituídas as respostas dos informantes-chave. Este tipo de entrevista valoriza a presença do investigador e oferece todas as perspectivas possíveis para que o informante alcance a liberdade e a espontaneidade necessárias para enriquecer a discussão.

Para a elaboração do roteiro de entrevista (Apêndice B) foram formuladas questões orientadoras a partir de situações acompanhadas e observadas no decorrer da técnica de observação participante. Além disso, houve a necessidade de (re) leituras de material pertinente às situações suscitadas (atributos da AB, PMAQ-AB, acolhimento, Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), PNAB, entre outros). O roteiro foi organizado em três blocos: 1) Representação da AB, 2) Representação da AB no município, 3) Representação do trabalho do enfermeiro e suas relações (gestão, equipe e comunidade) na AB municipal.

Antes de iniciar a coleta de dados pela entrevista foi realizado um pré-teste com indivíduos com características semelhantes aos sujeitos do estudo, que não fizeram parte do estudo definitivo, com o intuito de verificar possíveis ajustes no instrumento da entrevista, como inconsistência ou complexidade das questões, ambiguidades ou linguagem inacessível, questões que possam causar desconforto ao entrevistado, fornecendo assim subsídios para adaptações e uma contribuição à compreensão dos futuros entrevistados. Foi garantido aos indivíduos participantes do pré-teste o mesmo tratamento ético que utilizamos com os participantes efetivos da pesquisa (Apêndice C).

Dos 10 sujeitos escolhidos para a entrevista, considerados como informantes-chave, sendo possível entrevistar oito no período da realização das entrevistas (uma estava afastada por licença saúde e outra havia sido transferida para um serviço de atenção secundária).

Realizamos um encontro com cada enfermeira entre os meses fevereiro e março de 2014, com local e data agendados previamente com cada enfermeiro, respeitando sua disponibilidade e local de preferência (todas optaram pela Unidade de Saúde onde atuavam, durante seu período de trabalho). Foram gravadas, após leitura e anuência do Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

Análise documental

Recorremos e também a análise documental como técnica de coleta de dados, associando e triangulando com os dados produzidos pelas entrevistas como forma de compreender tanto o contexto municipal como os cenários de atuação

onde são produzidos os discursos dos enfermeiros, mas também buscando (re)constituir o histórico do compromisso municipal com a AB.

A análise documental como uma técnica exploratória é considerada importante na pesquisa qualitativa, seja complementando informações obtidas por outras técnicas, seja desvelando aspectos novos de um tema ou problema. É adequada, também, a análise de dados históricos, permitindo um estudo longitudinal baseado em uma fonte mais exata e estável que as percepções subjetivas dos atores nesse processo histórico (LUDKE; ANDRÉ, 2012).

A produção dos registros das atividades humanas está inserida nos movimentos e conflitos de um determinado local e momento contextualizados e portadores de uma determinada historicidade. Com relação ao contexto em que os documentos são registrados, os autores Ludke e André (2012) afirmam que:

“Os documentos constituem também uma fonte poderosa de onde podem ser retiradas evidências que fundamentem afirmações e declarações do pesquisador. Representam ainda uma fonte ‘natural’ de informações. Não são apenas uma fonte de informação contextualizada, mas surgem num determinado contexto e fornecem informações sobre esse mesmo contexto” (p.39).

Para esta investigação optamos de forma interessada pelos documentos oficiais do Planejamento em Saúde, de instância municipal, desde o início da implantação do PSF em 1997 até o momento atual, que corresponde a cinco quadriênios de gestão municipal (Quadro 4). Estes documentos são públicos, uma vez que estão disponíveis a qualquer cidadão interessado; oficiais, produzidos pelo poder público de instância municipal; obrigatórios, pois existe regulamentação que exige sua produção.

Quadro 4 - Documentos selecionados para a pesquisa de instância municipal no período de 1997 a atual. Ribeirão Preto, 2014.

Documento	1997 a 2000	2001 a 2004	2005 a 2008	2010 a 2013	2014 a 2017
Plano Municipal de Saúde	não obtido	digitalizado	digitalizado	digitalizado	digitalizado
Relatório Anual de Gestão	impresso	não obtido	digitalizado	digitalizado	não há*

Fonte: site da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto. Disponível em: <<http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/i16saude.php>> Acesso em 03 mar.2014. Relatório do quadriênio 1997 a 2000.

*Segundo as normas de planejamento em Saúde, o relatório Anual de Gestão relativo a cada ano é produzido no ano posterior. Assim, no momento da pesquisa só constavam relatórios até o ano de 2013.

A Portaria 3176 GM/MS de 2008, referente ao Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS) estabelece como elenco básico para o sistema os seguintes documentos de planejamento: Plano de Saúde, Programação Anual e Relatório Anual de Gestão. O Plano de Saúde é definido como “o instrumento que, a partir de uma análise situacional, apresenta as intenções e os resultados a serem buscados no período de quatro anos, expressos em objetivos, diretrizes e metas” (BRASIL 2008, p18), enfatizando, dessa forma, os compromissos e prioridades de determinada gestão.

Já o Relatório Anual de Gestão é definido como “o instrumento que apresenta os resultados alcançados com a execução da Programação Anual de Saúde” (BRASIL 2008, p19), expressando, portanto o que foi efetivamente realizado no período. Entendemos que, ao compor ambos os instrumentos, poderíamos enxergar os caminhos seguidos pela gestão nos anos estudados, em especial em relação a implantação da rede de AB.

Iniciamos a busca dos documentos em fontes oficiais, que na sua maioria foram procedentes do site da SMS, durante a etapa de entrada em campo, à medida que íamos seguindo com outras técnicas de coletas de dados e entrando em contato com outros profissionais da SMS e com os próprios entrevistados. Tivemos a oportunidade de acessar um documento impresso (não digitalizado e não disponível no site da SMS) no decorrer desses contatos. Não foi possível o acesso ao Plano Municipal de Saúde de 1997 a 2000 e ao Relatório de Gestão de 2001 a 2004.

CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Esta investigação atendeu as recomendações estabelecidas na Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012). O projeto foi avaliado pela a Secretaria Municipal de Ribeirão Preto (processo nº 02 2013 018087 0) (Anexo 3) e submetido ao CEP da EERP/USP (CAAE: 13958013.7.0000.5393, Parecer nº 343.475). Após aprovação do referido CEP iniciou-se a entrada em campo.

Conforme as decisões operacionais desta investigação, o instrumento da entrevista foi elaborado no término da técnica de observação participante, sendo necessário apresentá-lo ao CEP da EERP/USP para a apreciação ética (Parecer nº 537.514), assim, após a aprovação deste CEP (Anexo 4) iniciaram-se as entrevistas.

Cada participante da entrevista, assim como, da observação participante foi informado sobre o desenvolvimento do estudo e receberam um TCLE (Apêndices D e E), no qual consta, em linguagem acessível, a justificativa, os objetivos e os procedimentos que foram utilizados; a garantia de esclarecimentos, antes e durante o desenvolvimento da pesquisa, sobre a metodologia; a liberdade do sujeito em recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado; a garantia do sigilo que assegura a privacidade dos sujeitos e a confidencialidade das informações; dentre outros pontos solicitados pelo Comitê de Ética em Pesquisa. O TCLE foi entregue em duas vias, ficando uma via de posse do participante e a outra do pesquisador, ambos contendo a assinatura do participante, do pesquisador-doutorando e da orientador.

Considerando a Resolução nº 466, o material coletado foi organizado pelo pesquisador e, após análise, arquivado na EERP/USP, sendo garantida a confidencialidade e uso exclusivo para finalidades de pesquisa. Para garantir a privacidade dos sujeitos, os fragmentos de fala, selecionados para composição da tese, foram codificados utilizando letras e números atribuídos de forma aleatória aos sujeitos participantes.

ANÁLISE DOS DADOS

Definimos a priori a construção de três capítulos de análise dos resultados tendo como substrato o cotejamento do material empíricos produzido na coleta de dados.

A primeira etapa da análise dos dados constitui-se no ordenamento e classificação do material empírico coletado, fizemos em um momento inicial à primeira organização dos diferentes dados contemplados nas entrevistas e documentos selecionados. Esse momento envolveu a transcrição dos 08 arquivos

de áudio, correspondente às entrevistas gravadas (Quadro 5), a leitura geral do material transcrito.

Quadro 5 - Tempo de realização das entrevistas por enfermeiro em cada arranjo organizativo. Ribeirão Preto-SP, 2014.

Modalidade de organização da Atenção Básica municipal	Quantidade	Tempo
UBS Tradicional.	01	1h 11min
	01	18 min
UBS com ACS	01	39 min
	01	55 min
USF adaptada	01	58 min
	01	56 min
USF pura	01	53 min
	01	42 min
Total	08	6h 32min

Fonte:Dados pesquisa

Em seguida, no segundo momento, seguiu-se para a leitura de todos os documentos adquiridos, buscando pelos aspectos políticos-institucionais, no que se refere ao planejamento da AB na gestão municipal e a organização da atenção à saúde. Salientamos que estes aspectos foram selecionados e pensados antes do manuseio dos documentos, o que não quer dizer que não foram acrescentados outros aspectos à medida da necessidade e do avançar das análises. Em seguida, os trechos dos documentos foram selecionados e agrupados a partir dos aspectos mencionados (Apêndice F). Foi realizado triangulação com os relatos das entrevistas que traziam relatos relativos às situações presentes nos documentos.

Após realizar a transcrição das entrevistas, concentramos-nos na constituição e delimitação do “corpus”, identificando as convergências, as divergências, o complementar e o diferente. Procedemos, então, análise de discurso na perspectiva de Pêcheux.

Na perspectiva discursiva, é a partir de um “recorte” de dados determinado pelas condições de produção que podemos falar na construção do “corpus”, levando-se em conta os objetivos e princípios teóricos que, orientando toda a análise, possibilitaram uma leitura não subjetiva dos dados (ORLANDI, 2010).

Para análise e discussão foram selecionadas trechos como seqüências discursivas de referência (S.R.D.) que trouxeram as questões e comentários dos enfermeiros sobre as questões que envolviam o trabalho na AB municipal.

CAPÍTULO III- APRESENTANDO OS SUJEITOS DO ESTUDO

Apresentar as enfermeiras que foram sujeitos desta investigação significa explorar algumas questões que entendemos repercutir na representação da AB constituída ao longo das experiências por elas vividas e pela posição por elas ocupada, de trabalhadores de saúde e enfermeiros “da ponta” ou “linha de frente”.

A configuração dos participantes do estudo é totalmente do sexo feminino⁴ (100%), com variação de idade entre 37 anos a 59 anos e média de 48,12 anos. Esse perfil etário se assemelha ao encontrado por Mishima (2003), que caracterizou os trabalhadores de saúde entrevistados em três equipes de Saúde da Família do mesmo município estudado. A autora refere que essa composição “aponta para uma equipe “mais madura”, ou seja, é um grupo de trabalhadores que já teve a oportunidade de ter outras experiências de vida e de trabalho, acumulando bagagem profissional e pessoal (...)” (MISHIMA, 2003, p. 46).

Em relação ao tempo de formação, este variou entre 15 a 36 anos, com média de 25,12 anos. O tempo de atuação na Rede municipal de saúde foi de 09 a 24 anos, correspondendo a uma média de 18 a 12 anos. O tempo na atual unidade de saúde variou entre 08 meses a 22 anos com uma média de 8,5 anos aproximadamente.

Quando se observa o tempo de formação em relação ao tempo de trabalho na Rede Municipal de Saúde, verifica-se que a maioria das enfermeiras passou mais de 75% do seu tempo de formada trabalhando na Rede do Município, variando de 56,25% a 96%. Vale lembrar que o tempo de trabalho em Unidades de Saúde vinculadas à USP, os chamados NSF, foram considerados, pois pertencem à Rede de AB municipal. É importante colocar que a enfermeira com menor porcentagem de tempo de trabalho na Rede de Saúde de Ribeirão Preto (56,25%) teve previamente experiências de trabalho em SF em outro município.

Considerando suas experiências de trabalho na Rede de saúde municipal verificamos que todas as enfermeiras apresentaram uma atuação predominantemente na AB. As oito enfermeiras entrevistadas apresentaram alguma

⁴ Foi uma coincidência serem todas mulheres diante dos critérios de nosso interesse, mesmo sabendo que há estudos que apontam para a predominância de mulheres na AB, não foi um critério para a escolha.

experiência prévia de trabalho além da atuação na unidade em que estava inserida no momento do estudo. Isso é interessante para esta investigação, pois os sujeitos apresentaram diferenciadas vivências na AB municipal enriquecendo suas contribuições a este estudo. Entende-se que essas diversas vivências acumuladas durante este tempo de trabalho influencia a representação que estas enfermeiras têm da AB e que “a consciência é formada pelo conjunto dos discursos interiorizados pelo indivíduo ao longo de suas vidas” (Fiorin, 2004, p. 35).

No que diz respeito à experiência anterior de trabalho na área de saúde, 07 enfermeiras apresentaram experiência na área hospitalar no município em estudo. Verificamos que duas tiveram experiências anteriores de trabalho em Saúde Família em outros municípios, sendo estas com formação mais recente.

Das 08 participantes do estudo, 04 possuem pós-graduação completa relacionada à Atenção Básica, sendo 03 com pós-graduação *lato sensu* em Saúde da Família e 01 com mestrado em Saúde Pública. Dentre as demais enfermeiras, 03 apresentaram pós-graduação em áreas não relacionadas a AB.

Dito isso, partimos para a análise das diferentes motivações e interesses que levaram à escolha da AB como local de trabalho das participantes desta pesquisa. Embora todas afirmassem estar satisfeitas com sua inserção na AB, houve enfermeiras que não mencionaram o trabalho na AB como sua primeira opção. Como se vê nos trechos 1, 2 e 3 abaixo:

Trecho 1

Olha... assim... escolher... escolher... não foi bem escolha, na verdade, eu trabalhei cinco anos no Hospital das Clínicas... ai eu tinha prestado um concurso no Estado, porque eu saí do HC fui para o Estado, trabalhei mais cinco anos no NGA e depois **prestei um outro concurso para a rede, para a prefeitura de Ribeirão, mais pensando que era um salário melhor para a ocasião (...)** E8

Trecho 2

Ah... **eu prestei um concurso da prefeitura de Ribeirão Preto** que foi o meu primeiro concurso que teve em 89 e **todo mundo quase que se formou comigo prestou esse concurso**, mas **não era assim a minha opção de vida**. Quando eu estava na graduação eu não gostava da área da saúde pública, eu gostava mais da área hospitalar. **Eu prestei o concurso, passei e comecei.** E2

Trecho 3

(...) logo quando eu me formei eu já tinha trabalhado alguns anos em hospital, ai veio a **oportunidade de prestar o concurso**. Foi tudo por oportunidade de concurso, **porque aí...pela carga horária, né? Então... era assim... eu achava que era mais vantagem nesse sentido**, mas para mim era desconhecido porque desde formada eu só tinha trabalhado em hospital e nunca na Atenção Básica. (...) Foi diferente, né? Porque... assim... sair de um HC, trabalhar no HC, numa Santa Casa e de repente vir para o posto, assim... a rotina era totalmente diferente, **eu estranhei bastante, mas aí eu me acostumei.** E4

Os elementos preponderantes para a escolha da AB pelas enfermeiras dos trechos 1, 2 e 3 foi o concurso público realizado pela prefeitura de Ribeirão Preto, seguido de outros elementos do trabalho da AB considerados mais interessantes, em relação aos proporcionados pelo trabalho no hospital, como a carga horária afirmado pela enfermeira E4: “porque aí... pela carga horária, né? Então... era assim... eu achava que era mais vantagem nesse sentido” e a questão salarial dito pela enfermeira E8: “mais pensando que era um salário melhor para a ocasião”. Mesmo não considerando como primeira opção o trabalho na AB, os elementos diferenciais influenciaram as escolhas das enfermeiras entrevistadas. O que chama atenção é o discurso da acomodação como, na fala da enfermeira E4, “eu estranhei bastante, mas aí eu me acostumei”.

No trecho 2, a enfermeira E2 faz menção ao concurso que ocorreu após sua formação, referindo que “foi o meu primeiro concurso, que teve em 89 e todo mundo quase que se formou comigo prestou esse concurso (...)”. Isso remete a um momento de descentralização iniciada nas AIS e no SUDS, conforme coloca Almeida (1997):

“(...) não é possível negar que a AIS e o desenvolvimento do processo de municipalização representaram um avanço significativo na organização dos serviços de saúde, uma vez que aos municípios, dentro do processo de descentralização, cabia a prestação dos serviços de saúde, trazendo para o nível local responsabilidades pelo planejamento e tomada de decisões, aproximando-as mais da população. (...) Profissionais antes existentes em pequeno número no setor público ambulatorial tiveram um crescimento bastante expressivo (...). Os enfermeiros constituíram-se na categoria de nível superior que mais cresceu nesses estabelecimentos, com um incremento de 57,10%, no período de 1985 a 1987.” (p. 256).

Tanaka et al (1991) apud Almeida 1997, apontam que o Estado de São Paulo, como resultado do processo de descentralização implementado pelas AIS e pelo SUDS, ocorreram mudanças no quadro de prestação de serviços de saúde, sendo que “de 1913 unidades ambulatoriais públicas existentes em 1985, o Estado passou a ter 2.862 em 1989, aumentando, em 4 anos 50% da capacidade instalada do setor público de saúde”, e que o número de estabelecimento público de saúde sem internação do nível municipal passou de 370, em 1980, para 1084, em 1987.

No sentido oposto das enfermeiras anteriores, encontramos enfermeiras que, ao discutir sua escolha pela AB, trazem como principal elemento a opção feita no decorrer da formação, visto nos trechos 4, 5, 6, 7, 8. Inclusive enfermeiras com maior tempo de formação colocando a opção assumida na graduação de habilitação

em Saúde Pública, numa época em que havia formações distintas dentro da graduação em enfermagem.

Trecho 4

(...) Porque desde que eu estava na faculdade eu tinha definido... até mesmo todos os trabalhos científicos que eu desenvolvi foi na área da Atenção Básica. **Então... desde quando eu era aluna de enfermagem eu já tinha definido o que eu ia seguir... a carreira da parte ali da Atenção Básica, aliás da saúde pública.** E1

Trecho 5

Bom... escolhi há 15 anos atrás. Eu sempre trabalhei na Atenção Básica... **eu acho que uma proximidade assim... com as pessoas, questões de cuidar, de estar trabalhando junto na prevenção, na promoção de saúde, de tentar olhar para as questões sociais e também visualizando uma qualidade de vida pessoal,** (...) e aí tentar casar tanto uma utopia, uma... assim... uma necessidade... quando jovem você quer ajudar, consertar o mundo, mas também queria ter qualidade de vida e pela Atenção Básica. Tipo assim... eu me formei. E3

Trecho 6

Na faculdade eu escolhi saúde pública porque eu já gostava de trabalhar com a Atenção Básica A minha opção... na época que eu me formei... você escolhia ou método cirúrgico ou saúde pública como... não me lembro o nome que tinha na época. No último ano ou você ia para área hospitalar, ou para a área pública... e a área que eu me identifiquei mais foi a área pública e quando eu me formei surgiu logo depois concurso... que eu já tinha feito não era especialização era... agora o currículo é integrado é uma grade comum para todas as pessoas, mas na minha época não, **eu já gostava mais da saúde pública por isso que eu optei por ficar na saúde pública.** E6

Trecho 7

É... eu acredito assim... que na formação... eu já tinha na graduação era uma coisa assim... era separado, médico... cirúrgica na minha época e saúde pública, né? E **a minha escolha foi fazer a graduação em saúde pública.** Então... eu já tinha essa... esse desejo de trabalhar com a atenção básica não hospitalar, entendeu? Eu não queria ficar na área hospitalar (...) **eu não tinha muito entendimento de Atenção Básica, mas você vê que é uma questão de saúde pública, sabe?** Mas eu entendia que muita gente estava lá no hospital podia evitar de estar lá, entendeu? E aí, assim... justificou mais e acentuou muito mais meu desejo de fazer saúde pública e aí logo depois assim...é... eu prestei concursos, né? Entrei tanto para o estágio no HC quando para a Prefeitura. E5

Trecho 8

Desde a graduação eu sempre me identifiquei com a saúde pública, apesar de ter saído da faculdade e trabalhar no HC, né? Completamente diferente daquilo que eu pretendia, mas foi eu tive um grande ganho trabalhando lá e quando eu tive a oportunidade de vir para a Atenção Básica, para ficar mais próxima à população, trabalhar com a **questão da prevenção...** era isso o que eu sempre quis na graduação e que aí quando eu tive a oportunidade eu abracei. E7

Assim, como no discurso anterior, há menções a elementos atrativos do trabalho na AB, relacionando com a qualidade de vida, na colocação de algumas enfermeiras que “não queria ficar na área hospitalar”. Porém, o discurso coloca como principal razão para escolha do trabalho da AB como uma opção feita na graduação.

Diversas enfermeiras remetem à divisão do currículo entre área “médico cirúrgica” e de “saúde pública” como o momento dessa escolha, aproximando o significado de AB ao de saúde pública, como no trecho “ia seguir a carreira da parte ali da Atenção Básica, aliás da saúde pública”. Os discursos dessas enfermeiras dão

a impressão de que isso ainda representa uma referência para o trabalho delas. Com relação ao trabalho em si, elementos do discurso o interesse para o trabalho com “prevenção”.

CAPÍTULO IV- ANÁLISE DOS DOCUMENTOS DE PLANEJAMENTO EM SAÚDE DE RIBEIRÃO PRETO

A ATENÇÃO BÁSICA NAS METAS E DISCUSSÕES DO PLANEJAMENTO EM SAÚDE DE RIBEIRÃO PRETO

Segundo o Relatório de Gestão do quadriênio 1997 a 2000, da gestão da Secretaria Municipal de Saúde, foi adotado como “prioridade em atenção primária para o ano de 2000, a implantação do PSF” (p. 156), entendido como a estratégia para a transformação do modelo assistencial em saúde do município e implantado com “características gerais” (p.155) ao proposto pelo Ministério da Saúde. No entanto

“O modelo em implantação difere, em certas características, daquele proposto pelo Ministério da Saúde, pois apresenta algumas adaptações adequadas à realidade ribeirão-pretana. As modificações feitas levam em conta a situação do SUS em nosso município, dos recursos humanos disponíveis da condição financeira da Prefeitura Municipal e da comunidade usuária de saúde” (p. 154).

Nas palavras desse relatório, os serviços prestados pelo SUS no município poderiam ser **“melhorados com a mudança na forma de se fazer saúde em atenção primária”** (p.154) (grifo nosso), ao apontarem os aspectos negativos existentes no modelo da época, tendo como uma de suas políticas básicas a mudança desta situação, através da implantação de **“um novo modelo de atuação primária em saúde”** (p.154) (grifo nosso), contemplando “maior vinculação da equipe de saúde/comunidade (adscrição); Ações centradas na família e na comunidade (e não exclusivamente no indivíduo); Valorização da promoção da saúde, educação em saúde e prevenção de doenças” (RIBEIRÃO PRETO, 2000, p. 156 e 157).

Vale ressaltar algumas características gerais de implantação do projeto PSF e PACS no município citadas neste relatório:

“-Onerar o mínimo possível o tesouro municipal, tendo em vista a lei de responsabilidade fiscal (lei 101/200).

-Aproveitamento das Unidades Básicas de Saúde (UBS) existentes, que serão transformadas, gradualmente, em Unidades de Saúde da Família (USF). Todas as novas unidades que forem construídas serão USF, as quais deverão ser de tamanho pequeno, com área de abrangência menor,

pois quanto menor o número de equipes de saúde de uma USF, melhor seu desempenho.

-Aproveitamento dos recursos humanos existentes (auxiliares de enfermagem, enfermeiros, médicos dentistas, etc).

-Contratação de agentes comunitários de saúde (ACS) de maneira programada, de acordo com a capacidade de treinamento introdutório, realizado pela SMS.

-Treinamento dos gerentes das Unidades de Saúde, bem como dos servidores motivados, para iniciar o processo de implantação do PSF junto às suas equipes de saúde.

-Envolvimento gradual, não impositivo, dos servidores das unidades de saúde com PSF, iniciando-se imediatamente à contratação dos ACS. A previsão é de que no prazo de 01 ano, a contar do início do trabalho dos ACS na USF, esta já esteja trabalhando inteiramente no conceito PSF” (p. 155 e 156).

A estratégia adotada pelo município para iniciar a implantação do PSF foi de aproveitar as UBS existentes, as quais seriam gradualmente transformadas USF, com treinamento e aproveitamento dos profissionais existentes e motivados.

Esta estratégia adotada pelo município é comentada pelas enfermeiras entrevistadas. Nos trechos 1 e 2 abaixo, as enfermeiras nos contam como foi a integração das equipes SF em UBS do município, atuando na mesma planta física e com aproveitamento dos profissionais já existentes, referida pelos profissionais como Unidade mista:

Trecho 1

(...) quando eu trabalhei em saúde da família, inicialmente **em 2000, eu estava em uma unidade básica, que não era só saúde da família**, era uma unidade básica com grande abrangência de pessoas e 95% da comunidade usava essa unidade básica e **essas duas equipes de saúde da família funcionaram ali, dentro da mesma planta física, tendo as duas modalidades**, tinham duas equipes de saúde da família junto com um convencional da unidade básica e **não dava certo** (...) **A população não entendia, mesmo nós profissionais, a gente fazia metade da carga horária na unidade convencional e metade só da carga horária em PSF e não virava.** (...) [o médico] ele era GO de manhã e à tarde ele tinha uma agenda de PSF... sabe? mas não dava certo. As minhas auxiliares, às vezes, estavam escaladas para estar com o médico nas consultas agendadas, mas aí faltava funcionário no posto e aí eu tinha que... tirava elas, sabe?... assim... **não vinculava com a comunidade ali que era do PSF, os pacientes não entendiam.** E8

Trecho 2

(...) **essa ideia [implantar o PSF] não pegou**, essa ideia não foi bem aceita, porque depois, logo em seguida [da implantação do PSF] eu fui para a ponta e vivi amargamente os anos vindouros, é.... dessa ideia instaurada. (...) **[não foi bem aceita] pela equipe que estava organizada para trabalhar de outra forma**, porque nós **não tínhamos equipes separadas... ficou todo mundo junto na unidade básica de saúde** a não ser uma unidade de saúde da família que abriu separado, que era o Casagrande (...) E2

Os relatos de ambas enfermeiras acima parecem corroborar com os achados do Relatório do Proesf relativo à implantação do PSF, conforme vemos a seguir:

“Há unidades que são “puras” e outras que mantém o modelo das UBS, sem incorporar as equipes PSF. Existem situações em que as equipes de PSF atuam em paralelo com equipes AB tradicionais e, ainda, unidades

com equipes incompletas do PSF, como por exemplo, as unidades em que não há médicos. Esses diferentes cenários constituem desafios para os trabalhadores do sistema, pois geram variações significativas nas demandas de produção, nas relações no seio da equipe e nas suas atividades” (SZNELWAR e ABRAÃO, 2007, p.110).

O processo de implantação do PSF no município foi organizado em um cronograma para o início da transformação de cada UBS em USF, com a contratação dos ACS (contratados pela Santa Casa de Misericórdia de Ribeirão Preto, em regime celetista, com recursos repassados pela Prefeitura Municipal), dividido em seis etapas (RIBEIRÃO PRETO, 2000, p. 156 e 157).

Neste cronograma, todas as Unidades de Saúde do município estão distribuídas pelas seis etapas, no período de maio de 2000 a dezembro do mesmo ano, com a distribuição do número de equipes de ACS (totalizando 120), com uma população estimada de 508.700 habitantes.

No entanto, como descrito no relatório “O cronograma previsto foi obedecido até a 4ª etapa, sendo que a 5ª etapa não se completou e a 6ª não foi iniciada. Estas alterações ocorreram principalmente por razões de **ordem político-administrativa (mudança de gestão)**” (grifo nosso) (RIBEIRÃO PRETO, 2000, p.157).

Além da descontinuidade do planejamento no campo da gestão mencionado no relatório, encontramos, nos discursos dos enfermeiros entrevistados, referências ao tensionamento entre os trabalhadores com relação à implantação da SF no município conforme vemos no trecho a seguir:

Trecho 3

(...). Sabe o que eu acho de verdade... é que **as unidades têm que ser com propósitos diferentes, não adianta você misturar**. Você coloca mais gente dentro de um lugar que não cabe mais gente e que pensa diferente... que **1/5 daquela população, daquela unidade está querendo trabalhar uma proposta e uma filosofia de saúde diferente e 4/5 não quer, quer continuar do jeito que está. Então é um jogo de força muito grande** (...). E2

Assim como visto no trecho 2, o discurso do trecho 3 demonstra um conflito entre os profissionais dos distintos modelos “não adianta você misturar”, caracterizado como “um jogo de força muito grande”, remetendo a um processo de resistência dentro das unidades “mistas”.

A enfermeira do trecho 4 especifica essa resistência à qual atribui um significado de resistência à mudança. No discurso há um deslocamento da opção política de modelo de AB feita pelo município para o campo individual, dando a

entender que é uma escolha a ser feita por cada profissional a depender, de suas preferências ou identidades.

Trecho 4

Ah... eu gostei, eu acho que é uma evolução e **tudo o que é novo causa uma polêmica. Tem pessoas que são resistentes à mudança, totalmente resistente e não aceitam. Eu lembro que eu estava [em um outra unidade] e veio a proposta de ser saúde da família. Nossa! O pessoal mais antigo surtou... de jeito nenhum. Nem conhece, nem sabe como é e já fala não e acabou (...)** Eu acho que cada equipe escolhe... o que acho que gosta mais de trabalhar, naquilo que gosta mais. Tem unidade que opta por ser unidade mista, tem unidade... eu não sei como se dá totalmente as escolhas, antes de vir para cá, uns quatro anos atrás, **surgiu um proposta de transformar a unidade em saúde da família, mas os profissionais não aceitaram, não aderiram** e preferiram trabalhar com a... eu acho que **depende do grupo, do que o grupo quer para... forma principal de se trabalhar** (...) E6

Ainda dentro do que foi proposto pelas metas e objetivos do relatório referente ao quadriênio 1997 a 2000, temos as seguintes metas realizadas: inauguração de uma Unidade de Saúde com 03 equipes de Saúde da Família e contratação de cerca de 335 ACS. Segundo o relatório, “estes 335 ACS distribuídos em 67 equipes de saúde, nas 22 unidades, atendendo mais de 250.000 pessoas” (RIBEIRÃO PRETO, 2000, p.158) o que representava, na época, algo próximo à metade da população de Ribeirão Preto, porém, não foi mencionada a cobertura de Atenção Básica ou do PSF.

Com estas metas citadas no Relatório da Gestão da SMS no quadriênio 1997-2000, o município refere que “iniciamos a transformação do modelo de saúde em Ribeirão Preto”; relatando que “aos poucos médicos, enfermeiros, odontólogos e auxiliares de enfermagem irão se integrar para formar uma equipe de saúde da família completa” (RIBEIRÃO PRETO, 2000, p.10).

Aparentemente na concepção do município a inserção dos ACS e o envolvimento gradual de outros profissionais significaria uma transição para um modelo que “pode ser chamado de PSF, para se utilizar a nomenclatura do MS” (RIBEIRÃO PRETO, 2000, p.155).

Neste período a gestão pontuou algumas propostas no sentido da organização da AB, tais como: desviar o fluxo dos casos rotineiros do PA para as UBS, privilegiando as UBS como porta de entrada do SUS e separação física das UBDS do PA.

O Plano de Saúde do quadriênio seguinte, 2001 a 2004, mantém a proposta de reorientação do modelo assistencial com a implantação do PSF como alternativa de reorganização da Atenção Básica. Foi mencionado como meta a expansão do

PSF e PACS, assim como adequação dos recursos humanos para ambos os programas, porém não são mencionadas quantidades e nem cobertura, apenas são propostas metas para consultas nas especialidades básicas por habitante (meta 1,25), visita domiciliar por família/mês (meta 0.5), percentual de população cadastrada pelo PSF/PACS coberta pelo programa (meta 6). Não foi possível aferir o cumprimento das metas, pois não tivemos o acesso aos relatórios desse período.

No planejamento desse quadriênio não é mencionada a cobertura de AB e/ou de PSF assim como não é mencionada a quantidade de ACS. Ao discutir ampliação da PACS, o relatório fala do aumento de RH em diversas categorias (enfermagem, farmácia, entre outras), mas não menciona os ACS. As propostas mencionadas no quadriênio anterior relativas ao PA também não são mencionadas.

Explorando o histórico trazido pelas enfermeiras entrevistadas no período de implantação do PSF, no trecho 5 observamos a experiência da enfermeira com o PACS neste período:

Trecho 5

Eu já tive a experiência com o PACS, né?, e foi uma experiência intensa, é... eu tinha algumas facilidades (...) **eu tinha uma equipe que se chamavam agentes comunitários, que me ajudava a executar fora do posto algumas ações que eu não conseguiria sozinha**, por exemplo: todas as ações que eu fiz na escola foram porque eles existiam, teste de acuidade visual, controle de carteira de vacina e... aulinha de dengue, aulinha de sexualidade é porque eles estavam junto comigo. **Ao mesmo tempo, é... eu tinha uma equipe mista**, então eu tinha que trabalhar com os agentes e tinha que fazer as demandas da unidade, que eu faço hoje só assim as coisas de dentro (...) **eu me sentia extremamente sobrecarregada e... assim... muito envolvida com as questões do posto, dos agentes como pessoas, cidadãos mesmo, e da comunidade** e foi acumulando de tal forma que... como era **um trabalho muito solitário, eu e eles e a equipe não se integrava, eles não gostavam dos agentes, eles não aceitavam esse programa**, essa inserção na unidade, era solitário, foi bom enquanto durou, mas eu não gostaria mais de trabalhar assim. E2

Conforme coloca o relatório do consórcio Medicina USP sobre o Proesf sobre o processo de implantação do PSF, as mudanças dos papéis tradicionais dos profissionais da equipe e a inserção de um novo ator na AB, o ACS, traz novas questões para as equipes, o que os obrigaria a recriarem as relações dentro da equipe. Como vemos no Trecho 5 a inserção dos ACS se dava sem integração com a equipe da unidade, sobrecarregando o enfermeiro e gerando um trabalho solitário frente aos processos de resistências do restante da equipe: “não aceitavam esse programa”.

Apesar de não constar no Plano de Saúde municipal, é nesse quadriênio que ocorre o início da parceria entre a Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade da USP com a Prefeitura/SMS para criação de equipes SF. É

importante contextualizar a organização desta parceria por intermédio da Fundação de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Assistência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FAEPA).

Muitos municípios, principalmente de maior porte populacional, enfrentaram dificuldades na implantação do PSF.

A transformação dos serviços na área de saúde para a implantação do PSF exigiu, ainda, outras medidas dos órgãos municipais, como a adoção de parcerias com instituições de ensino na área da saúde, organizações assistenciais religiosas, organizações não-governamentais, entre outras (SZNELWAR e ABRAÃO, 2007, p.110).

Não pretendemos aqui introduzir a discussão sobre outros desafios postos à implantação do PSF a partir dessas parcerias, quando cada instituição parceira tem histórias e propósitos diferentes, o que pode interferir no tipo de serviço e as ações.

A parceira Faepa no município de Ribeirão Preto é uma entidade de caráter privado, sem fins lucrativos, com autonomia administrativa e financeira, ligada ao ensino na área da saúde. Ela tem permitido “estabelecer e manter convênios com a rede de serviços públicos de saúde no município. As ações resultantes desses convênios têm facilitado a contratação do pessoal que atua nas unidades de saúde subordinadas à fundação” (SILVA et al, 2007, p.150). Segue a justificativa feita pelo (SILVA et al, 2007, p.149) sobre as parcerias, público – entidades civis:

As razões para a contratação de parcerias da sociedade civil para a condução de um programa tipicamente público-governamental estão ligadas à maior flexibilidade que a parcerias propiciam ao governo na contratação de profissionais e manutenção do programa [PSF].

Segundo Mishima (2003, p.37),

“Em outubro de 2000, o município é qualificado para o desenvolvimento do Programa de Saúde da Família, tendo habilitados inicialmente 5 equipes ligadas à Universidade de São Paulo através de convenio entre Universidade de São Paulo, governo do Estado e Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto.”

Segundo a autora em 2001 foram implantados 5 Núcleos de Saúde da Família. Referindo-se à rede de AB do município, coloca ainda que “a partir de 2002 foram somados a esta rede pública de serviços de saúde outras equipes de Saúde da Família, tendo-se em 2003, portanto, um total de 14 equipes (5 ligadas à universidade e 9 de responsabilidade exclusiva do município)” (p.37).

Neste quadriênio, no ano de 2003, houve a elaboração de um projeto denominado Projeto “Ethos” de Atenção à Saúde que corroborou com a proposta de

“consolidar o Sistema Único de Saúde (SUS) redirecionado o eixo do modelo assistencial tecno-assistencial para a Atenção Básica à Saúde (ABS)” (RIBEIRÃO PRETO, 2003, p. 08).

Segundo o projeto Ethos (2003):

“vive-se um paradoxo fundamental: ampla rede física e de recursos humanos, servida de tecnologia de ponta da mais alta qualidade e, ao mesmo tempo, um “modo-de-trabalho” muitas vezes não resolutivo, dispendioso, não cordial e impessoal, que não atende aos clientes de forma integral e acolhedora. Esse é o perfil do modelo assistencial hegemônico vigente, que é base das históricas diretrizes tecnológicas de muitas cidades brasileiras há anos: regra geral das sociedades atuais” (p. 07).

Segundo este projeto, para a AB, a SMS elege a estratégia SF como norteadora deste processo de consolidação do SUS e define como “estratégia para sensibilizar os trabalhadores para uma ruptura radical com o modelo assistencial existente (...)” (RIBEIRÃO PRETO, 2003, p.09).

Dessa forma, a SMS opta pela estratégia baseada na

“re-construção e re-ordenação das práticas, dos modos de gestão e dos serviços prestados, com participação efetiva da comunidade: mudança de atitude frente aos problemas individuais e coletivos, com cordialidade, acolhimento, responsabilização e resolutividade, conduzidos por parâmetros humanitários e de cidadania” (p.09).

Esse projeto é mencionado em todos os documentos de planejamento municipal posteriores.

No quadriênio seguinte, de 2005 a 2008, a Secretaria Municipal da Saúde mantém no Plano de Saúde municipal a afirmação de que “A implantação da Estratégia da Saúde da Família -SF tornou-se uma alternativa de reorganização da atenção básica e consequentemente, de reorientação do modelo assistencial” (RIBEIRÃO PRETO, 2005a, p.5), tal qual descrito nos quadriênios anteriores. Quanto ao modelo assistencial: o Plano de Saúde 2005 a 2008 aponta “uma produção insatisfatória de consultas básicas, em detrimento de um número elevado de consultas especializadas e de urgência (pronto atendimento)” (p.39). Devido a isso, existe o entendimento de que há “a necessidade de investimento na rede própria de atenção básica permitindo, inicialmente, um aumento de cobertura das ações de atenção básica (...)” (p. 39).

A proposta da SMS para este quadriênio foi de implantar a estratégia da Saúde da Família na rede municipal nos 5 anos seguintes de forma escalonada, por

meio da adesão ao Proesf⁵, com uma meta de atingir 50% de cobertura populacional com a estratégia Saúde da Família. No entanto, é proposto que isto ocorra “concomitante ao investimento no modelo de atenção das unidades de saúde tradicionais” (RIBEIRÃO PRETO, 2005a, p.07), o que difere do proposto, anteriormente, que foi a transformação gradual das UBS tradicionais em USF. Neste quadriênio a cobertura da estratégia SF oscilou entre 10,2 % a 13,8 %.

Assim, como no quadriênio anterior, é mencionado a ampliação de PACS, porém sem definições quantitativas. É citada, apenas, cobertura de 34,21%, com 337 ACS.

No quadriênio 2010 a 2013 é mantida a meta de ampliar a estratégia de Saúde da Família para 50% da área de cobertura do município, assim como no quadriênio anterior. Foi previsto meta de reestruturar as equipes de ACS, com previsão de cobertura em 100% das unidades do município, com criação dos cargos de ACS e médico de família e comunidade junto a prefeitura municipal, além da implantação de uma equipe Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) por Distrito de Saúde. Continua sendo previsto que a Saúde da Família será a estratégia reorientadora da AB no município.

Segundo os Relatórios de Gestão de 2010b e 2011 o percentual de cobertura populacional pela estratégia SF foi de 11,89 % e 11,2 % respectivamente. A partir do ano de 2012 a cobertura por estratégia SF deixa de ser mencionada, sendo substituída pela cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica que, segundo os relatórios de 2012 e 2013, foi de 50,46% e 59,71% respectivamente. Não são esclarecidos os critérios utilizados para esse cálculo. Em 2010, conforme a meta, foram criados 331 cargos de ACS pela Lei Complementar nº 2.378, de 23 de dezembro de 2009, dos quais 257 foram ocupados. Quanto aos NASF não houve a implantação das equipes.

Vimos em relação ao ACS que no período de sua implantação no município havia pouca integração com o restante da equipe, como comentado anteriormente no trecho 5. Hoje, mesmo com a lei municipal descrita acima, essa situação parece se manter nas Unidades com PACS, conforme o trecho a seguir:

Trecho 6

Eu não sei como funciona a saúde da família, mas deve ser muito melhor a saúde da família, porque eles têm o engajamento do médico. Tem situações que a gente sozinha não consegue resolver, às vezes precisa do médico, então tem as visitas domiciliar e na modalidade que nós estamos não tem, não tem isso. Você pode até chegar trocar ideia, mas é você, você que vai na casa, é você e você. **Você e o agente comunitário, e está sozinha.** Às vezes, é... muitas vezes é difícil tomar decisões

⁵ O Ministério da Saúde em 2003 concebeu o Proesf como uma proposta de fortalecimento e reorganização da atenção básica a partir do PSF nos municípios com mais de 100 mil habitantes, devido à baixa presença do programa nesse município (BODSTEIN, 2006).

sozinha, né? Na unidade de saúde da família, eu imagino que tenha: ah Dr. vamos lá na casa do paciente porque tem que ser visto mais de perto essa situação do paciente. Então nós teríamos um suporte melhor, que nós não temos **agora, né? E... no PACS você e os agentes comunitários, você pode até trazer o problema para o médico, mas é como se tivesse pedindo favor**, às vezes, né? Como se o problema é seu e você está pedindo um favor para o outro tentar ajudar e não é o caso que acontece no saúde da família porque tem reuniões de equipe, discussão de casos todos participam e o problema é dividido, todos têm a mesma responsabilidade eu imagino que deve ser bem legal trabalhar na saúde da família. E6

É mantido no Plano de Saúde de 2010 a 2013, o diagnóstico de que ocorre no município uma “produção elevada nas consultas do Pronto Atendimento, ocasionando uma demanda excessiva nas UBDS, onde casos que seriam solucionados na Atenção Básica se misturam com casos de urgência/emergência” (p.26). Novamente é colocado a necessidade de priorizar a AB, mudando o modelo de atenção. Também é retomado a necessidade, mencionada no quadriênio 1997 a 2000, de separação física do PA nas UBDS.

No Plano de Saúde relativo ao quadriênio 2014-2017, é mantida a perspectiva da SF como estratégia reorientadora da AB, inclusive citando o projeto Ethos, assim como é mantido o diagnóstico relativo à excessiva produção do Pronto Atendimento e à necessidade de priorizar a AB. No entanto, a meta deixa de ser a cobertura pela SF e passa a ser expressa em quantidade de equipes a ser criada. A implantação do NASF surge novamente, com meta de criação de três equipes. Outra meta relativa a AB é a ampliação de 35 para 42 o número de equipes no PMAQ-AB.

Devido o momento da realização do estudo, não é possível verificar o cumprimento das metas deste quadriênio.

A EXPANSÃO DA REDE DE SERVIÇOS DE AB DO MUNICÍPIO AO LONGO DE CINCO QUADRIÊNIOS DE GESTÃO DA SAÚDE

No período relativo aos documentos estudados observou-se variação em diversos indicadores, incluindo o número de unidades de Atenção Básica e inserção de equipes de SF e ACS, variações essas que são de grande relevância para o estudo. Assim, buscamos a seguir descrever detalhadamente a expansão das unidades nos distritos de Saúde de Ribeirão Preto-SP, segundo os documentos consultados (Quadro 6). Ressaltamos que durante o período estudado houve um crescimento populacional de 28,6% no município, de 505.012 habitantes no ano 2000 para 649.556 habitantes em 2013 (IBGE, 2014).

Quadro 6 - Distribuição das unidades que compõem a estrutura da rede de AB municipal de saúde por quadriênio e Distrito de Saúde. Ribeirão Preto-SP, 2014.

1997 a 2000	2001 a 2004	2005 a 2008	2010 a 2013	2014 a 2017
Distrito de Saúde Central				
UBDS Central	UBDS Central	UBDS Central	UBDS Central	UBDS Central
UBS Campos Elíseos	UBS Campos Elíseos	UBS Campos Elíseos	UBS Campos Elíseos	UBS Campos Elíseos
PAM II	PAM II	PAM II	PAM II	PAM II
CSE Vila Tibério	CSE Vila Tibério	CSE Vila Tibério	CSE Vila Tibério	CSE Vila Tibério
UBS Vila Tibério	UBS Vila Tibério	UBS Vila Tibério	UBS Vila Tibério	UBS Vila Tibério
UBS Bonfim Paulista	UBS Bonfim Paulista	-	-	-
		UBS João Rossi	UBS João Rossi	UBS João Rossi
Distrito de Saúde Sul				
UBDS Vila Virgínia	UBDS Vila Virgínia	UBDS Vila Virgínia	UBDS Vila Virgínia	UBDS Vila Virgínia
UBS Adão do Carmo Leonel	UBS Adão do Carmo Leonel	UBS Adão do Carmo Leonel	UBS Adão do Carmo Leonel	UBS Adão do Carmo Leonel
UBS Pq. Rib.Preto	UBS Pq. Rib.Preto	UBS Pq. Rib.Preto	UBS Pq. Rib.Preto	UBS Pq. Rib.Preto
UBS Jardim Maria das Graças	UBS Jardim Maria das Graças	UBS Jardim Maria das Graças	UBS Jardim Maria das Graças	UBS Jardim Maria das Graças
Distrito de Saúde Oeste				
UBDS Sumarezinho	UBDS Sumarezinho	UBDS Sumarezinho	CSE Sumarezinho	CSE Sumarezinho
UBS Presidente Dutra	UBS Presidente Dutra	UBS Presidente Dutra	UBS Presidente Dutra	UBS Presidente Dutra
UBS Vila Recreio	UBS Vila Recreio	UBS Vila Recreio	UBS Vila Recreio	UBS Vila Recreio
UBS José Sampaio	UBS José Sampaio	UBS José Sampaio	UBS José Sampaio	UBS José Sampaio
UBS Dom Mielle	UBS Dom Mielle	UBS Dom Mielle	UBS Dom Mielle	UBS Dom Mielle
UBS Ipiranga	UBS Ipiranga	UBS Ipiranga	UBS Ipiranga	UBS Ipiranga
CSE Ipiranga	CSE Ipiranga	CSE Ipiranga	CSE Ipiranga	CSE Ipiranga
CMSC Vila Lobato	CMSC Vila Lobato	CMSC Vila Lobato	CMSC Vila Lobato	CMSC Vila Lobato
UBS Vila Albertina	UBS Vila Albertina	UBS Vila Albertina	UBS Vila Albertina	USF Vila Albertina
USF Maria Casagrande	UBSMaria Casagrande	UBSMaria Casagrande	USF Maria Casagrande	USF Maria Casagrande
		UBS Jardim Paiva	UBS Jardim Paiva	UBS Jardim Paiva
		USF Portal do Alto	USF Portal do Alto	USF Portal do Alto
		USF Eugênio M.Lopes	USF Eugênio M.Lopes	USF Eugênio M.Lopes
		NSF - Núcleo 1	NSF - Núcleo 1	NSF - Núcleo 1
		NSF - Núcleo 2	NSF - Núcleo 2	NSF - Núcleo 2
		NSF - Núcleo 3	NSF - Núcleo 3	NSF - Núcleo 3
		NSF - Núcleo 4	NSF - Núcleo 4	NSF - Núcleo 4
		NSF - Núcleo 5	NSF - Núcleo 5	NSF - Núcleo 5
				NSF - Núcleo 6
Distrito de Saúde Leste				
UBDS Castelo Branco	UBDS Castelo Branco	UBDS Castelo Branco	UBDS Castelo Branco	UBDS Castelo Branco
UBS Jardim Zara	UBS Jardim Zara	UBS Jardim Zara	USF Jardim Zara	USF Jardim Zara
UBS Vila Abranches	UBS Vila Abranches	UBS Vila Abranches	UBS Vila Abranches	UBS Vila Abranches
UBS Jardim Juliana	UBS Jardim Juliana	UBS Jardim Juliana	UBS Jardim Juliana	UBS Jardim Juliana
UBS São José	UBS São José	UBS São José	UBS São José	UBS São José
UBS Santa Cruz	UBS Santa Cruz	UBS Santa Cruz	UBS Santa Cruz	UBS Santa Cruz
		UBS Bonfim Paulista	UBS Bonfim Paulista	UBS Bonfim Paulista
Distrito de Saúde Norte				
UBS Quintino Facci II	UBS Quintino Facci II	UBDS Quintino Facci II	UBDS Quintino Facci II	UBDS Quintino Facci II
UBDS Simioni	UBDS Simioni	UBS Simioni	UBS Simioni	UBS Simioni
UBS Quintino Facci I	UBS Quintino Facci I	UBS Quintino Facci I	UBS Quintino Facci I	UBS Quintino Facci I
UBS Valentina Figueiredo	UBS Valentina Figueiredo	UBS Valentina Figueiredo	UBS Valentina Figueiredo	UBS Valentina Figueiredo
UBS Marincek	UBS Marincek	UBS Marincek	UBS Marincek	UBS Marincek
UBS Vila Mariana	UBS Vila Mariana	UBS Vila Mariana	UBS Vila Mariana	UBS Vila Mariana
	UBS Jardim Aeroporto	UBS Jardim Aeroporto	UBS Jardim Aeroporto	UBS Jardim Aeroporto
		USF Heitor Rigon	USF Heitor Rigon	USF Heitor Rigon
		USF Ribeirão Verde	UBS Ribeirão Verde	UBS Ribeirão Verde
			USF Estação do Alto	USF Estação do Alto
			USF Avelino A. Palma	USF Avelino A. Palma
			USF Geraldo Correia de Carvalho	USF Geraldo Correia de Carvalho

Fonte: Plano Municipal de Saúde de 04 quadriênios de gestão (1997 a 2000; 2001 a 2004; 2005 a 2008; 2010 a 2013; 2014 a 2017) e Relatório do quadriênio 1997 a 2000.

Em relação ao Distrito Norte, no quadriênio 2001 a 2004 percebe-se o aumento de uma Unidade, UBS Aeroporto, seguido de duas outras unidades, USF Heitor Rigon e USF Ribeirão Verde que são implantados no quadriênio 2005 a 2008. O mesmo aconteceu no quadriênio seguinte (2010 a 2013) com o acréscimo de mais três unidades, USF Estação do Alto, USF Avelino A. Palma, USF Geraldo Correia de Carvalho. Neste quadriênio, a USF Ribeirão Verde passou a ser denominada de UBS Ribeirão Verde. Este Distrito conta com uma equipe de Saúde da Família Rural, adscrita na fazenda da Barra (assentamento) (RIBEIRÃO PRETO, 2014, p.24).

Já no Distrito Sul observa-se o mesmo número de Unidades de Saúde durante o período proposto, ou seja, não houve mudança referente à ampliação do número de Unidades neste Distrito e também não se transformou as UBS existentes em USF. Verifica-se a incorporação de 16 ACS na UBS Jardim Maria das Graças e 11 ACS na UBS Adão do Carmo Leonel das quatro Unidades de Saúde deste Distrito no quadriênio 1997 a 2000.

O mesmo aconteceu com o Distrito Leste, onde não houve criação de novas unidades de AB. O que se percebe no quadriênio de 2005 a 2008 é o aumento de uma unidade, mas isso deve-se a transferência da UBS Jardim Paulista que antes estava listada no Distrito Norte e passou a ser referida no Distrito Leste, sendo também criada a UPA 13 de maio, que se trata de uma Unidade de pronto atendimento. Outra observação é a mudança de UBS para USF Jardim Zara no quadriênio 2010 a 2013.

No Distrito Central, apesar de se observar a mesma quantidade de unidades de saúde em cada quadriênio de gestão, houve a ampliação de uma unidade, UBS João Rossi, no quadriênio 2005 a 2008. A UBS Bonfim Paulista a partir deste mesmo quadriênio consta na lista de Unidades do Distrito Leste. Isso explica a mesma quantidade de unidades por quadriênio. Verifica-se a inserção de 10 ACS na UBS Vila Tibério e no CSE Vila Tibério no quadriênio 1997 a 2000.

No Distrito Oeste percebe-se o aumento de uma Unidade, USF Maria Casa Grande, no primeiro quadriênio (1997 a 2000), mas vale pontuar que nos próximos dois quadriênios essa Unidade passou a ser referida como UBS, apesar de se ler nas características de implantação do projeto PSF da gestão de 1997 a 2000 que “Todas as novas unidades que forem construídas serão USF”. Não fica claro e nem é descrito nos Planos subsequentes se houve mudança para o modelo de

assistência tradicional representado por UBS nestes dois quadriênios. Verifica-se no quadriênio de 2010 a 2013 um aumento de três unidades: UBS Jardim Paiva, USF Portal do Alto, USF Eugênio M. Lopes. Houve também a mudança de UBS para USF da unidade Vila Albertina no quadriênio 2014 a 2017.

Neste mesmo distrito é importante destacar que houve, no quadriênio de 2001-2004, mediante convênio entre a USP e a Prefeitura Municipal, a criação de cinco unidades no ano de 2001, com uma equipe SF em cada unidade, denominadas Núcleos de Saúde da Família, Núcleo 1, Núcleo 2, Núcleo 3, NSF – Núcleo 4, NSF – Núcleo 5 (MISHIMA, 2003).

Estas unidades, apesar de atenderem a população do Distrito Oeste desde sua criação, não foram mencionadas no Plano Municipal de saúde 2001 a 2004 (talvez pela época em que foi escrito), mas não foram incluídos nos Relatórios de Gestão de 2005b, 2007, sendo citados no Relatório de Gestão de 2006 como uma discussão do Conselho Municipal de Saúde, “Análise e aprovação de convênios com a USP (CSE Sumarezinho e Núcleos de Saúde da Família)” (RIBEIRÃO PRETO, 2007, p.64). São mencionados na lista de Unidades de Saúde da rede municipal no quadriênio 2005 a 2008, mas não são especificados como parte da Rede de serviços da AB, desde quando foram implantados em 2001, mediante a parceria com a USP. Também não foram encontradas informações acerca do convênio que mantem os NSF. Houve o acréscimo de mais um NSF, Núcleo 6, no quadriênio seguinte (2014 a 2017), sendo o NSF 04 e 06 dividindo o mesmo espaço físico.

Ao analisar a distribuição da estrutura da Rede de AB do Município, chama a atenção a disparidade do número de unidades entre os distritos frente à população estimada, conforme mostra a tabela 1 a seguir:

Tabela 1. Unidades de Saúde por quadriênio de gestão, população estimada em 2010, equipes de ACS e SF em 2014, por Distrito. Ribeirão Preto, 2014.

Distritos de Saúde	População estimada	Unidade por Quadriênio					Equipes atuais	
		1997 a 2000	2001 a 2004	2005 a 2008	2010 a 2013	2014 a 2017	eqACS*	eqSF*
Norte	110.627	6	7	9	12	12	8	9
Sul	85.060	4	4	4	4	4	2	-
Leste	159.802	6	6	7	7	7	5	4
Oeste	151.218	10	10	18	18	19	5	17
Central	97.975	6	6	6	6	6	2	-
Total:	604.682	32	33	44	47	48	22	30

Fonte: Plano Municipal de Saúde de 04 quadriênios de gestão (1997 a 2000; 2001 a 2004; 2005 a 2008; 2010 a 2013; 2014 a 2017) e Relatório do quadriênio 1997 a 2000.

O Distrito Leste é o mais populoso, com 159.802 habitantes e apresentou um aumento discreto de 06 para 08 unidades. Em comparação com o Distrito Oeste que é o segundo em termos populacionais, com 151.218 habitantes, é o distrito com maior concentração de unidades, no total de 19 unidades e a maior concentração de USF, (sendo menos da metade, 40%, sob responsabilidade da SMS), representando a distrito com maior índice de abertura de Unidades, 09 unidades.

O Distrito Norte é o terceiro em termos populacionais, 110.627 habitantes, recebendo oito equipes de ACS no mesmo período em que cinco equipes foram incorporadas no Distrito Leste. Verificou-se que neste Distrito dobrou o número de unidades de saúde, de seis para 12, sendo em sua maioria USF.

Assim, não fica claro nos instrumentos de planejamento consultados os critérios a partir de quais são concentradas unidades em determinados Distritos de Saúde. A concentração populacional nos distritos parece não ser o critério utilizado, e não são mencionados outros critérios, como vulnerabilidade social. Chama também atenção que parte importante de expansão de unidades de AB dependeu da parceria com a USP, o que pode explicar a concentração de unidades no Distrito Oeste. Essa pareceria representou 37,5% da criação de unidades de AB no período referido, 06 das 16 unidades criadas. Em relação às 14 USF do município as unidades da USP representam 42%.

O que se pode constatar ao visualizar essa distribuição é que a implantação da estratégia SF no município ocorreu de forma incipiente, com participação importante da parceria com a USP, mesmo considerando a proposta inicial de se aproveitar as UBS já existentes citada no relatório do quadriênio 1997 a 2000. Essa questão já havia sido constatada no relatório do consórcio Medicina USP em 2007, não havendo mudanças significativas desde então. Nas palavras do relatório: “(...) a implantação do PSF em Ribeirão Preto ocorreu de forma gradual e por intermédio de ações da FMUSP-RP, os Núcleos de Saúde da Família foram implantados e são geridos pela Faculdade de Medicina” (SILVA et al, 2007, p.157).

Conforme vemos a seguir, essa ideia de uma implantação incipiente da SF também está presente nos discursos dos profissionais entrevistados, conforme vemos nos trechos 7 e 8:

Trecho 7

Eu não sei... assim... eu acho o seguinte: que Ribeirão por ser uma Cidade que nós temos, né? 3 Universidades aí, né? Eu acho assim, né? Que nós teríamos condição em relação a conhecimento

de estar já muito mais avançado de cobertura de PSF, mas **você percebe que tem ali uma vontade política**, que a coisa é muito devagar, muito devagar e você vê... **começou em 2000 e nós já estamos em 2014, aumentou pouquíssimo... não avança.** E8

Trecho 8

É que assim... **hoje a opinião que eu tenho de Ribeirão é que não existe saúde da família. Em Ribeirão** as experiências que eu tenho são teóricas, assim... **eu vejo que as pessoas, assim... dizem que a unidade de saúde da família tem aqui, mas na verdade não é.** O que a gente ganha na unidade, na unidade que eu estou agora, é que **eu conto com uma equipe em partes...** assim... mas que com o pouco que eu tenho são pessoas envolvidas com essa comunidade, (...) Então de toda a experiência que eu tenho de núcleo [da USP], os núcleos que **se começou muito bem**, começou com muito gás de fazer a saúde da família como devia ser, até porque era uma unidade de escola e ensino, **mas eu não vejo que o núcleo conseguiu avançar frente a um sistema todo problemático.** Acredito até que tenha ótimas experiências (...) **mas acabam sendo engolidas por um sistema que não funciona direito** então eu acho que a saúde da família e... por outro lado são todos nomes, para mim são nomes que foram dados a problemas da Atenção Básica. E3

Conforme observa-se nos trechos acima, as enfermeiras entrevistadas colocam que a estratégia de SF avançou pouco no Município desde a implantação, “frente a um sistema todo problemático” sendo que a enfermeira do trecho 7 atribui isso à “vontade política”. As experiências positivas, relatadas nos trechos acima que estão ligadas às Universidades, são colocadas como insuficientes para alterar a realidade da AB no sistema municipal.

Ao contrário da variação de unidades, não foi possível descrever detalhadamente a expansão das equipes de SF e ACS por quadriênio, pois o aumento de unidades não é diretamente proporcional ao número de equipes, número esse que não foi descrito nos documentos estudados de forma uniforme. Do mesmo modo, a variação da cobertura é apresentada nos documentos de maneira fragmentada e sem consistência entre os documentos dos distintos quadriênios.

Apesar das dificuldades, foi possível constatar a evolução dos ACS, que eram 335 no quadriênio 1997-2000, sendo referido uma cobertura de metade da população; passando para 337 no quadriênio 2005-2008, sendo referida uma cobertura de 34,21%; em 2010 é referida a criação de 331 cargos de ACS, com preenchimento de 257. O número de ACS não é mais mencionado, sendo que esse profissional não é incluído na lista de recursos humanos de nenhum dos documentos de planejamento.

Nos dois quadriênios iniciais (1997 - 2000 e 2001 - 2004) não são mencionadas metas numéricas para cobertura por estratégia Saúde da Família. A partir do quadriênio de 2005 a 2008, a meta estabelecida é de 50% de cobertura por SF, meta esta relacionada ao Proesf, sendo mantida no quadriênio 2010 a 2013,

apesar da cobertura em nenhum momento ter passado de 20% nos documentos estudados. No planejamento do quadriênio 2014-2017, a meta deixa de ser expressa em porcentagem de cobertura e passa a ser referida como número de equipes (de 30 para 46 equipes).

Atualmente a cobertura populacional com equipes de Saúde da Família é de 13,9% e a cobertura com agentes comunitários de saúde (equipe de SF + equipe de ACS) é 30,9% (RIBEIRÃO PRETO, 2014). Segundo o relatório de gestão de 2013, a meta de cobertura de AB foi de 51% e resultado obtido foi 59,71%. Destacamos aqui a dificuldade de construir uma série histórica devido às mudanças frequentes de denominação, com confusões conceituais que dificultam o entendimento e sem preservação de descrição de base de cálculo.

Assim, podemos dizer com relação a reorientação do modelo assistencial com a implantação da estratégia SF como alternativa de reorganização da Atenção Básica, proposta mantida em todos os documentos de planejamento de saúde municipais, que há um descompasso entre o que é proposto e o que vêm sendo realizado.

Tentamos acompanhar a implementação da Atenção Básica no decorrer do planejamento municipal no período. É importante destacar as limitações, que por diversas vezes foi necessário desconsiderar parte dos dados obtidos, devido a inconsistências dentro dos próprios documentos de planejamento. Sabidamente, a atividade de planejamento em saúde no Brasil enfrenta diversos problemas no seu desenvolvimento, como dificuldade de infraestrutura, acesso à informação, falta de profissionais dedicados e capacitados (BRASIL, 2009), questões essas que podem ter influenciado na qualidade da informação obtida.

Por vezes, foram verificados números conflitantes de unidades dentro de um mesmo documento, referindo número distintos em sessões distintas. Quando isso ocorreu, optou-se por seguir o número a partir da relação completa de unidades em anexo nos documentos analisados.

Diversos indicadores não apresentavam suas memórias de cálculo e o planejamento de metas mudou de metodologia diversas vezes no período, impossibilitando, por exemplo, a construção de uma série histórica de cobertura da AB, conforme mencionamos. Apesar dessas questões, consideramos que foi possível visualizar o entendimento da gestão municipal em relação a proposta da AB para um sistema universal de saúde.

Assim, buscamos cumprir o propósito de recorrer à análise documental como forma de compreender o contexto municipal, ou seja, de onde vêm os cenários de atuação onde são produzidos os discursos dos enfermeiros. Buscamos também (re) constituir o histórico do compromisso municipal com a AB.

CAPÍTULO V- ANÁLISE DOS DISCURSOS DAS ENFERMEIRAS DA ATENÇÃO BÁSICA

Neste capítulo trataremos da análise da dimensão política presente no trabalho dos enfermeiros da AB municipal em torno das questões que se apresentaram no momento deste estudo. A primeira corresponde ao PMAQ-AB e a segunda ao Ofício enviado pela SMS relativo à organização do acesso às unidades (Anexo 5).

A CONDUÇÃO DO PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA NO MUNICÍPIO

Conforme explicitado na metodologia, o PMAQ-AB foi uma questão julgada de interesse para o estudo devido ao conflito entre equipes e gestão, no momento da adesão ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica.

Em 2011, o Ministério da Saúde propôs mudanças nas diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica instituindo, como uma de suas principais políticas para a AB, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Instituído pela Portaria do Ministério da Saúde nº 1.654, de 19 de julho de 2011 (BRASIL, 2011b), atualizada pela Portaria nº 535, de 3 de abril de 2013 (BRASIL, 2013a), tem como objetivo:

“induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde” (BRASIL, 2013a).

Para atingir esse objetivo o PMAQ-AB propõe como diretrizes, entre outras:

“desenvolver cultura de negociação e contratualização, que implique na gestão dos recursos em função dos compromissos e resultados pactuados e alcançados;
caráter voluntário para a adesão tanto pelas equipes de saúde da atenção básica quanto pelos gestores municipais, a partir do pressuposto de que o seu êxito depende da motivação e proatividade dos atores envolvidos” (BRASIL, 2013a).

A Portaria nº 1.654 institui também o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado “Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável”. No momento da adesão ao PMAQ-AB o Município passa a receber 20% do valor integral do Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável por equipe contratualizada e o restante a depender dos resultados obtidos pelas equipes (BRASIL, 2011b).

O PMAQ-AB está organizado em quatro fases: a primeira seria chamada de “Adesão e Contratualização”, a segunda de “Desenvolvimento”, a terceira de “Avaliação Externa” e a quarta “Recontratualização”, conformando “um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade” (BRASIL, 2011).

O segundo ciclo do PMAQ-AB definiu Critérios de Parametrização e Equivalência das Diferentes Modalidades de Organização da Atenção Básica com a Estratégia Saúde da Família de forma a possibilitar a adesão universal das Equipes de Atenção Básica (Equipes Saúde da Família, Equipes de Atenção Básica Parametrizada, Equipes de Saúde Bucal e dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família) e dos Centros de Especialidades Odontológicas (BRASIL, 2011b; BRASIL, 2013b).

Para incorporar essas equipes de Atenção Básica, organizadas nessas outras modalidades no programa, são definidas algumas exigências na forma de parâmetro relativos a determinados profissionais que devem compor a equipe e relativo às cargas horárias desses profissionais. Cabe destacar que é definido que “todas as Equipes de Atenção Básica participantes do Programa deverão se organizar de maneira a assegurar os princípios da Atenção Básica, tais como a definição do território de atuação das UBS e da população adscrita por EAB” (BRASIL, 2011b; BRASIL, 2013b, p.12).

O Município teve como meta, no ano de 2012, implantar o PMAQ-AB em 12 equipes, e atingiu como resultado a implantação em 19 equipes (RIBEIRÃO PRETO, 2012a). Conforme mencionado na análise documental deste estudo, está previsto no Plano Municipal de Saúde atual a ampliação para 42 equipes com PMAQ-AB (RIBEIRÃO PRETO, 2014).

Com relação ao processo de condução do PMAQ-AB no Município é perceptível nos discursos dos enfermeiros, participantes desta pesquisa, que focaram, principalmente, a primeira fase, de adesão e contratualização, e a quarta fase, de recontratualização do PMAQ-AB que eles atribuem a essa condução. Para

esses profissionais a gestão buscou induzir os trabalhadores a aderir a partir de uma promessa de recursos advindos da adesão do município ao PMAQ-AB, como forma de viabilizar melhorias nas Unidades participantes. Posteriormente, no entanto, essa promessa não se cumpriu e gerou uma importante frustração nas equipes participantes como podemos ver ao longo da análise.

Trecho 1

É assim... o primeiro ano do PMAQ o **recurso financeiro era para ser usado para a unidade participante, né?** Então... tanto **é que ele foi proposto voluntariamente**, quem quisesse participar, participaria. Então isso foi uma proposta para todos, **então se a unidade participasse ela teria um recurso para ser usado para melhoria dos seus instrumentos, dos seus recursos da unidade em prol da comunidade que a gente atendia, né?** E5

A enfermeira do trecho 1 remete ao recurso que seria disponibilizado como uma forma de “recompensa” que seria repassada para a unidade participante mediante a adesão ao PMAQ-AB, para melhorias do trabalho, e ressalta a participação voluntária. No discurso, do sujeito desta pesquisa, fica subentendido que a motivação para a adesão é a perspectiva de recompensa.

Ao analisar o PMAQ-AB, Moraes e Iguti (2013) coloca que:

“Embora nos documentos oficiais não haja previsão de remuneração por desempenho, existem experiências, em alguns municípios, em que os recursos do componente de qualidade do PAB Variável são empregados, no todo ou em parte, em bonificação no rendimento dos trabalhadores. Boa parte dos municípios, se não revertem diretamente aos trabalhadores das suas equipes de atenção básica, pelo menos, parte do componente de qualidade do PAB Variável, o fazem indiretamente com investimentos que podem significar uma melhoria das condições de trabalho” (p. 424).

Essa estratégia de indução e “estímulo” adotada pelo o município, centrada em um ‘sistema de recompensa’ que atingisse diretamente a unidade participante, fez com que os trabalhadores incorporassem esse recurso como algo que seria da equipe, numa postura individualista, assumindo um sentido de competição entre unidades por recursos.

Trecho 2

(...) também parece que **nosso dinheiro**, o primeiro e o segundo, tudo que foi liberado, **não foi usado para nós** (...) E2

Trecho 3

(...) foi usado esse recurso em coisas, depois assim... diferentes do que pactuado, né? Seria utilizado para a Atenção Básica como um todo, inclusive com as unidades que não tinham participado e a unidade achava que tudo bem, se a gente tivesse utilizado, **o recurso que sobrasse poderia ser usado com as outras unidades**, mas a princípio teria que ser assim... **o pacto teria que ser cumprido com a unidade participante** (...) E5

Percebe-se na expressão usada pela E2 “nosso dinheiro” o significado que foi introjetado pelo trabalhador nas unidades participantes, de um recurso que lhes pertence e que não deveria ser usado com outros fins, reforçando o sentido de competição, como mencionado pela enfermeira E5 “o recurso que sobrasse poderia ser usado com as outras unidades”. Percebemos que, conforme aponta Moraes e Iguti (2013, p 424) “A forma de concorrência estabelecida pelo PMAQ-AB não é individual, mas sim por equipes.” Concorrência essa que exclui uma perspectiva solidária e cooperativa na AB do município.

Quando a enfermeira E5 coloca que “o pacto teria que ser cumprido com a unidade participante” fica explícito que o compromisso assumido inicialmente pelo município não foi cumprido, sendo este recurso advindo da adesão ao PMAQ-AB, prometido como “recompensa”, utilizado para outras finalidades. Este fato gerou uma sensação de engodo, presente no discurso de todos os profissionais entrevistados de forma concordante, como identificado nos trechos 4, 5, 6. Os trechos revelam que as enfermeiras associam isso a um sentimento de frustração.

Trecho 4

Eu vou te falar da unidade, né? **A gente fez a adesão, né?** No primeiro... mas assim... igual daí... e tal e tal e teve uma nota entre aspas, né? E tal... e um recurso... e **esse recurso acabou não vindo para nós** entendeu? Mas aí, a Secretaria falou assim: então... olha... vocês receberam x nota e tinha assim x grana e essa grana você poderia ver o que mais estaria precisando aqui... e a gente achou que isso **foi muito mal feito pela Secretaria entendeu? A gente achou que deu uma enroladinhas na gente, tanto é que os trabalhadores resolveram não ir para a segunda [adesão] e a gente não está participando.** E8

Trecho 5

(...) eu acho que essas coisas assim... medonhentas...você me desculpa, **eu sinto muito, mas isso não me pega, não me pega mais, (...) a gente tem que ser minimamente reflexiva para entrar nessa,** mas eu acho que eu já entrei em outras...eu acho que a gente que está chegando vai pegar isso e isso pode acontecer, **mas não dessa forma... eu sinto muito.** E2

Trecho 6

(...) porque assim... **uma das metas... e que foi colocado para a gente... era que a gente tinha que estar elegendo todas as nossas dificuldades... e aí nós fizemos um ofício e encaminhamos para a Secretaria da Administração e boa parte do que nós pedimos, até mesmo de recursos, a gente está utilizando para melhorar não só o atendimento, a unidade...mas o atendimento no grupo não foi cumprido, né? Então... assim... na verdade, vocês vão recontratar... não sei?** E1

No trecho 6 mostra que a equipe participante se compromete, a partir da expectativa para melhorias do trabalho com a “promessa” do uso do recurso advindo do PMAQ-AB, assumindo tarefas: “a gente tinha que estar elegendo todas as nossas dificuldades e aí nós fizemos um ofício e encaminhamos para a Secretaria”.

O trecho 4 da enfermeira E8 mostra esse significado de engodo: “a gente achou que deu uma enroladinha na gente, tanto é que os trabalhadores resolveram não ir para a segunda [adesão]”. Assim, o sujeito participante dessa pesquisa, atribui essa “enroladinha” como motivo do posicionamento de recusa frente à renovação do PMAQ-AB. O mesmo significado está presente no trecho 5, quando a E2 coloca “não dessa forma... eu sinto muito”. Destacamos que ambas enfermeiras afirmam que a forma como foi conduzido o processo levou à opção de não participar mais.

Conforme reflete Moraes e Iguti (2013)

“Se a remuneração por desempenho é apenas uma ‘oportunidade’ a ser viabilizada pelos municípios, há que se refletir sobre que mecanismos **de motivação são verificáveis para que os** trabalhadores de municípios que não adotam a remuneração por desempenho vinculada aos recursos oriundos do PMAQ-AB possam se engajar no programa” (p. 424).

Nos discursos dos sujeitos participantes dessa pesquisa, citados acima, podemos ver que de fato não houve a percepção de outros estímulos que justificassem a permanência no PMAQ-AB após o Município definir que não repassaria os recursos prometidos.

Apesar da concordância entre os entrevistados com relação ao sentido de engodo atribuído à condução do processo de adesão ao PMAQ-AB no Município, encontramos distintos discursos relativos à fase de desenvolvimento do PMAQ-AB nas unidades. Um desses discursos coloca o processo como sendo burocrático e fragmentado, como vemos nos trechos abaixo.

Trecho 7

Olha... o que eu sei de PMAQ: um dia veio aqui [um técnico da secretaria], que já se aposentou e eu acho que... Ah... não, [uma outra pessoa] da escola, eu não sei... Vieram duas pessoas com uma apostila dessa grossura, assim, o dobro dessa. **Falando sobre isso... e ali estava contemplado todos os itens que deveriam ser respondidos a princípio...** que seria vários passos para... o Ministério da Saúde, eu acho que também viria, para fazer... como veio duas vezes, para fazer inspeções para ver se poderia estar... a estrutura, tanto física como de processo de trabalho... estaria adequada... para mim basicamente isso está... **isso foi colocado... o gerente assumiu isso... mas sozinho... pôs os nossos nomes nas equipes** e... Eu não sei nem o que é isso... para te falar a verdade, **isso não existe... esses dados estão sendo alimentados através de estatísticas** tiradas do HIGIA [sistema de gestão em saúde municipal utilizado nas unidades de saúde] e dos nossos livros de registro de serviço de quanto que remete... a gente aplica quanto de papanicolau, quantas vacinas que faz, de quanto de dispensa de remédio na farmácia... quer dizer... **não deve ser difícil de alimentar, mas nada mudou no nosso fazer.** (...) o nosso gerente, ele vai em muitas reuniões é... do PMAQ aqui e... foi que eu perguntei o resultado se nós tínhamos sido aprovados? E **também para mim... se foi aprovado ou não... eu acho que é só para vir um dinheiro que se viesse também era prometido para algumas melhorias aqui.** Não sei se compra de ar condicionado... também não veio (...) E2

Vemos no trecho acima um processo marcado pelo que Moraes e Iguti (2013, p. 423) refere como “arbítrio gerencial”, inclusive no momento da adesão, quando a

enfermeira coloca que “o gerente assumiu isso... mas sozinho... pôs os nossos nomes nas equipes” e deixa claro que o preenchimento da avaliação é feito sem os trabalhadores “esses dados estão sendo alimentados através de estatísticas (...) não deve ser difícil de alimentar”, de forma a dissociar a concepção do trabalho e sua execução, num sentido de alienação: “nada mudou no nosso fazer”. Fica claro também que, ao contrário do que afirma Pinto et al. (2012)⁶, a assinatura da equipe na adesão e contratualização de indicadores e monitoramento não evita processos de arbítrio gerencial.

Trecho 8

(...) eu fiquei à parte desse movimento e eu não participei e nem conheço as questões. Eu sei que foi feito e tudo a [outra enfermeira] ... a [gerente da unidade] conversou com a [outra enfermeira] **que fez a parte da enfermagem e a Dentista fez a parte da Odonto e os médicos... não houve um encontro de equipes para discutir as questões...** e eu imagino que seja assim que você tenha feito (...) Eu acho ruim não ter participado porque eu trabalho em grupo, não é? Então na minha opinião, entre nós, **deveria ter sido feito com toda a equipe... mas não aconteceu.** E6

No trecho 8, encontramos também referência a uma forma fragmentada de desenvolvimento da avaliação, onde “não houve um encontro de equipes para discutir as questões”, remetendo novamente à ausência de reflexão sobre o processo de trabalho no momento da aplicação do PMAQ-AB na unidade.

Trecho 9

(...) eu acho que os **médicos um pouco desestimulados com [o PMAQ].** (...) **o meu dentista** ele está aqui porque... ele deixou muito claro porque ele está é... que ele não gosta de PSF. Não gosta e não tem perfil, e ele foi mandado para cá, porque ele era de oito horas e a gente tinha que fechar uma equipe, mas ele não participa das reuniões de equipe entendeu? É... **só consta o nome, mas não se envolve, né?** (...). E8

Trecho 10

Para o PMAQ, sim, teve um envolvimento de quase todos os médicos. **Não são teoricamente de saúde da família, né? Então a carga horária muito curta e fica aqui pouco tempo e os médicos não se envolveram muito...** mas os dentistas, o pessoal auxiliar tanto de farmácia e de enfermagem, os enfermeiros... o pessoal se envolveu. E na ação da escola, aí foi odonto, enfermagem e os agentes comunitários e não houve ainda a participação médica nessa parte. E3

Além da fragmentação vista no trecho 8, em que cada profissional realizaria a parte do questionário relativa a seu trabalho de forma burocrática, podemos ver no trecho 9 e 10 referências ao envolvimento heterogêneo dos profissionais, reforçando a noção de um processo fragmentado de participação no PMAQ-AB.

Isto parece esvaziar de sentido o processo de avaliação do PMAQ-AB, que se propõe a ser “um dispositivo que convoca ao envolvimento e protagonismo dos

⁶ Artigo publicado na Revista RECIIS pelo Diretor do Departamento de Atenção Básica (DAB), por seu Diretor Adjunto e pelo Coordenador-Geral de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica.

diversos atores amplia a possibilidades de construção de ambientes participativos dialógicos, nos quais gestores, trabalhadores e usuários se mobilizam para se comprometerem com objetivos comuns” (PINTO et al, 2012), o que não se efetiva na realidade retratada pelas enfermeiras entrevistadas.

Apesar deste esvaziamento do processo de avaliação, há enfermeiras que valorizam a adesão da unidade ao PMAQ-AB como uma oportunidade de reflexão do processo de trabalho, mesmo tendo a mesma percepção de engodo das enfermeiras, já discutida acima.

Trecho 11

(...) **nós não estamos trabalhando pelo dinheiro. O ideal seria que a verba que vem fosse para melhorar a qualidade do atendimento que nós prestamos, porém como esse incentivo, vamos dizer assim, né? Não foi cumprido...** nós falamos assim: ó... nós estamos, nós continuamos trabalhando, temos muito no que a gente pode melhorar, sim... então... vamos continuar, né? Mas aí... **você vai me perguntar, se vocês vão recontratar de novo ou não, eu tenho algumas dúvidas** (...) se for em relação ao trabalho nós recontrataríamos, porque nós continuamos trabalhando, nós não vamos trabalhar menos ou mais. **É lógico que... assim... uma avaliação é sempre muito bem vinda, porque você para e pensa: peraí, será que o que eu estou fazendo está sendo efetivo ou não?** E1

Trecho 12

(...) lendo o questionário: olha, nós não fazemos assim e é legal fazer, vamos fazer? De propor melhorias no que está sendo feito: e a gente faz e está bom e isso aí a gente não pode melhorar, o que a gente pode melhorar então? Reflete... como é que fala... **faz a gente refletir sobre a prática e o que pode ser feito para melhorar** (...) E6

Em ambos os trechos, podemos ver o significado de oportunidade para reflexão atribuído ao processo de avaliação nas afirmações “é lógico que... assim... uma avaliação é sempre muito bem vinda porque você para e pensa: peraí, será que o que eu estou fazendo está sendo efetivo ou não?” e também “faz a gente refletir sobre a prática e o que pode ser feito para melhorar”.

Trecho13

Olha...eu vejo de uma forma positiva e negativa, porque o processo de se auto avaliar... isso foi incorporado por essa equipe, então permitir que a gente olhe para o trabalho, reveja e busque alternativas isso a unidade toda conseguiu fazer, mas acaba tendo vindo da Secretaria uma demanda financeira. né?(...) Aí a gente foi entendendo no percurso que... assim... esse **dinheiro então chega, fica no fundo Municipal e a gente não pode estar usando para atividades na unidade**, para melhorias na unidade. A Prefeitura avalia qual outra unidade precisa, às vezes, é outra unidade que nem participou do PMAQ. Então... **acabou desmotivando a equipe** (...) **parte da equipe comenta que não quer mais participar do PMAQ, não porque a avaliação foi ruim, ou que deu trabalho, ou deu problema, ou pelo próprio processo de trabalho**, mas porque fazendo... mesmo fazendo tudo isso, continuando cuidando com a equidade da população e se desdobrando para melhorar e para fazer, **quando precisa da contra partida financeira, há negativas**. Então para que continuar fazendo tudo isso? **E, esse dinheiro sendo desviado ou redirecionado, em contra partida a gente vive um momento político muito ruim na cidade, de má gestão, de problemas com a prefeitura, com a prefeita, e greve e um monte de outros problemas que foram desmotivando a equipe para continuar participando do PMAQ.** E3

Percebe-se, no trecho acima, um discurso que também compreende o PMAQ-AB como uma oportunidade de auto avaliação, e atribui aos problemas da gestão municipal a desmotivação da equipe. Ao perceber que “esse dinheiro então chega, fica no fundo Municipal”, o discurso coloca como prerrogativa da gestão municipal decidir o uso desse recurso. Segundo Moraes e Iguti (2013), o componente da PAB variável decorrente da adesão ao PMAQ-AB é transferido fundo a fundo, do Fundo Nacional para o Fundo Municipal de Saúde, sem que seja previsto pelo programa, a princípio, um sistema de recompensas que atinja diretamente as equipes de AB que realizaram a adesão.

Sendo a remuneração e a contratação dos profissionais uma prerrogativa das gestões municipais, a adesão ao PMAQ-AB constituiria, segundo o Departamento de Atenção Básica (DAB), uma oportunidade para adotar mecanismos de remuneração baseada nos desempenhos das equipes, sob responsabilidade municipal (MORAES E IGUTI, 2013).

Assim, no caso dos trabalhadores da AB de Ribeirão Preto, segundo o discurso do trecho 13, fica atribuída à condução da gestão municipal a desmotivação relativa a implementação da ferramenta do PMAQ-AB, a partir de significados negativos atribuídos à gestão, não somente relativos ao PMAQ-AB, mas ao contexto político existente no Município no momento do estudo: “a gente vive um momento político muito ruim na cidade, de má gestão, de problemas com a prefeitura, com a prefeita, e greve e um monte de outros problemas que foram desmotivando a equipe”.

Apesar dessa atribuição de responsabilidade à gestão municipal, nem esse nem os demais discursos dos entrevistados traz como perspectiva a organização dos trabalhadores no sentido de contestar frente aos gestores essas críticas relativas à condução dessa questão.

SOBRE O OFÍCIO DA SMS RELATIVO À ORGANIZAÇÃO DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE AB MUNICIPAL

Durante o período da observação uma questão que se constituiu concreta para as relações e atividades cotidianas dos enfermeiros foi o ofício emitido pela

SMS de 29 de janeiro de 2014 (Anexo 5), que retoma a Resolução nº 07, de 14 maio de 2012, do Município de Ribeirão Preto (Anexo 6), que redefiniu as áreas de abrangências das unidades de saúde, segundo anexo publicado no site da SMS, com “o propósito de organizar e facilitar o acesso dos usuários aos serviços e subsidiar o planejamento das ações no âmbito de cada unidade (artigo 5º)”.

Esta Resolução regulamenta as áreas de abrangências das unidades de saúde do Município para atuação das equipes de saúde com a finalidade de estabelecer parâmetros para:

“a) Distribuição de domicílios e famílias por agente comunitário; b) Redefinição do processo de territorialização; c) Distribuição populacional de acordo com características demográficas e epidemiológicas para cálculo de indicadores; d) Elaboração do planejamento das ações no âmbito das unidades” (Ribeirão Preto, 2012b).

A questão que é retomada no ofício é relativa ao acesso às unidades. Inicialmente, segundo a resolução, “Artigo 2º - Para efeito de acesso aos serviços de saúde, o conceito de área de abrangência subordina-se ao princípio da universalidade e à pré-existência de vínculo entre usuário e equipe de assistência.” Por outro lado, coloca no artigo 4º “O acesso da população às Unidades de Saúde deve seguir preferencialmente a definição de áreas de abrangências estabelecida no anexo I desta Resolução” (Ribeirão Preto, 2012b).

Relativo à garantia do acesso durante o processo de consolidação, diz o artigo 7º “Haverá um período de transição entre a situação atual e a consolidação das áreas de abrangências com referência para a prestação de assistência em saúde à população”, e fica previsto que “Durante o processo de consolidação e para que fiquem preservados os princípios da universalidade, da integralidade e da equidade, é garantido o atendimento do usuário na Unidade por ele escolhida” (parágrafo primeiro) (Ribeirão Preto, 2012b).

O referido ofício, que foi enviado às unidades de saúde praticamente dois anos depois da Resolução nº 07, reforçando que “a área de abrangência é um instrumento para facilitar o acesso de usuários aos serviços de saúde, e não para impedi-lo” reafirma as diretrizes da SMS, que segundo o ofício são:

“1) (...) não se admite recusa de atendimento a pretexto de não residir o usuário na área de abrangência da Unidade. 2) (...) Devemos admitir como verdadeiras as informações que o usuário nos fornece de viva voz. Portanto, não há necessidade, e muito menos obrigatoriedade, de apresentar qualquer tipo de comprovante para os dados informados. (...). 3) A exigência de comprovante de endereço é descabida e desautorizada por esta Secretaria Municipal de Saúde, não há comprovante mais confiável

que a informação do próprio usuário. 4) Usuários residentes em outros municípios devem ser cadastrados com seus endereços originais. O funcionário responsável pela inclusão de dados no cadastro hygia deve assegurar ao usuário que ele será atendido, mesmo sendo morador em outro município, e que não há necessidade de apresentar endereço falso”.

Ao analisar os discursos dos sujeitos participantes desta investigação sobre o ofício, o propósito não foi levantar quem concorda ou discorda, mas analisar os distintos posicionamentos produzidos a partir do local de trabalho onde as enfermeiras estão inseridas, em suas distintas modalidades organizativas.

Um discurso encontrado apontou elementos conceituais da AB para problematizar a questão abordada pelo ofício no Município, de acordo com os trechos abaixo, 1 e 2:

Trecho 1

Nossa!... Dificulta muito o trabalho da gente [o ofício]... essa demanda existe aqui principalmente na ginecologia. A mulher... a menina nasceu aqui, morou aqui e depois ela casou e ela foi morar em outro bairro. Mas como ela tem vínculo aqui, ela quer continuar o pré-natal, ela quer atender o filho aqui, e **aí a gente perde outras ferramentas aqui da saúde da família**, ela usa a unidade para consultas e exames, mas se eu preciso fazer uma visita domiciliar eu não posso me deslocar para outro bairro, eu não consigo visitá-la (...) E aí o agente comunitário cadastra e ela não tem... o endereço fictício aqui é o da mãe e do outro serviço ela não dá. Ai o hospital liga: “olha nasceu um bebê aqui de vocês e não fez pré-natal direito, tá com problemas na amamentação e **estou encaminhando para vocês continuarem o acompanhamento**”. “Não, mas não é nosso”. “Não, mas é o endereço de vocês, ela fez o pré-natal aí” então a gente... **ela tem o direito, ela tem o acesso, mas ela não consegue utilizar todos os recursos que essa unidade poderia oferecer para ela** e, assim é na vacina, se vai tudo bem é... tudo bem, mas se você precisa **buscar o faltoso** da vacina e a gestante do pré-natal, o bebê com intercorrência, a mãe com intercorrência mamaria, o bebê que não está ganhando peso, **você não tem mais esse recurso, é complicado**. E3

Trecho 2

Então... isso foi uma questão até que eu levantei, eu recebi esse ofício e **contestei**, porque assim... tudo bem... eu acho que, realmente, a gente tem que atender a pessoa que chega aqui, a gente vai acolher, mas não quer dizer que a gente vai ficar com essa pessoa. Eu acho que a gente pode acolher, atender nas dificuldades daquele momento e redirecionar para a unidade de referência ou para a cidade dele. Porque assim, pode ter gente que vem de fora, se eu fico com a incumbência, por exemplo, **de como fala o ofício**, de atender a todos que chegarem, aqui **eu não tenho para onde mandar esse encaminhamento**, se o caso for necessário dar, entendeu? Eu vou procurar aonde, porque inclusive **o ofício** fala para colocar a residência que a pessoa realmente mora, então se ela morar em Araraquara, Pontal, Sertãozinho é... colocar tá... eu até posso colocar isso... **mas essa pessoa vai receber a nossa atenção posterior? De que maneira? Como a gente vai contatar essa pessoa, né?** Então eu acho que, assim, a gente pode sim acolher e redirecionar, porque eu acho que **o trabalho da saúde da família é com uma população adscrita, adstrita**, (...) E5

As enfermeiras citadas colocam o ofício como uma dificuldade para o trabalho na unidade, exemplificando os conflitos gerados no seu modo de produção de saúde, no que diz respeito a alguns princípios da Atenção Básica, descritos na PNAB.

Dentre esses princípios, a longitudinalidade seria uma característica central e exclusiva da APS. É caracterizada pelo acompanhamento, ao longo do tempo, pela equipe, para os múltiplos episódios de doença, mas também para os cuidados preventivos, independente da presença de doença (STARFIELD, 2004). Segundo Cunha e Giovanella (2011), esse atributo teria as seguintes dimensões: “identificação da unidade básica como fonte regular de cuidado, vínculo terapêutico duradouro e continuidade informacional”.

Assim, quando o discurso da enfermeira E5 questiona “essa pessoa vai receber a nossa atenção posterior? De que maneira? Como a gente vai contatar essa pessoa, né?” Ou quando a enfermeira E3 coloca que “se você precisa buscar o faltoso (...) você não tem mais esse recurso, é complicado”. Ambas estão atribuindo à ausência de adscrição dos usuários como uma dificuldade para garantia da continuidade do cuidado ao longo do tempo. No discurso, a adscrição seria importante para a formação de vínculo entre equipe e usuário.

O discurso da enfermeira E3 revela também, quando ela coloca: “ela não consegue utilizar todos os recursos que essa unidade poderia oferecer”, que a ausência de adscrição limita a integralidade da atenção realizada na unidade, a partir do entendimento que a AB envolve mais do que consultas, ao colocar que “ela usa a unidade para consultas e exames, mas se eu preciso fazer uma visita domiciliar eu não posso”.

Segundo a PNAB, cabe à AB “coordenar a integralidade em seus vários aspectos”, entre eles a “articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação” (BRASIL, 2011). Assim, o discurso remete a essas outras ofertas como justificativa para a necessidade de adscrição.

Outro discurso encontrado relativo ao ofício foi de que não haveria problemas na organização do trabalho na unidade ao garantir acesso para usuários fora da área de abrangência, como vemos nos trechos 3 e 4:

Trecho 3

Tem a regionalização que é a física, né? Mas na prática muita gente acaba vindo de fora. Então se é para um... é para todos, né? Todos têm direitos e **a pessoa... ela vai onde ela se sente mais acolhida.** Então... assim... eu acho que em todos os lugares que eu passei tem pessoa que moram em outro bairro e **consulta naquele lugar porque tem referência, tem vínculo com a equipe** e eu acho que é por aí mesmo, você tem que ir onde você... tem a **regionalização para facilitar o trabalho e não virar bagunça**, mas tem casos e casos e **essas particularidades têm que ser respeitadas...** eu acho. E6

Trecho 4

(...) **para mim pode vir de qualquer lugar**, porque como eu já tive a experiência de rua, de casa a casa... **todas as comunidades... elas são muito heterogêneas nesse negócio do uso do posto**, não é todo mundo que mora que está adaptado e está na área adscrita nossa que vai usar o meu posto, um porque tem convênio, outro porque gosta do médico do posto que ela morava lá dois anos atrás e ela manteve, outra porque ela não gosta do médico daqui, **as pessoas elas se organizam na vida pessoal de acordo também dos interesses delas**. Então eu não vejo problema nenhum, nunca ficou extrapolado essa demanda porque começou a abrir para outros, na sala de vacina não se vê endereço. E2

No trecho 3, a enfermeira, ao falar que “Tem a regionalização que é a física”, parece remeter a um conceito de território que se resume a delimitação geográfica da abrangência da unidade de saúde. Fica ausente, no discurso de ambas as enfermeiras, a ideia de adscrição dos usuários, que conforme menciona a PNAB “é um processo de vinculação de pessoas e/ou famílias e grupos a profissionais/equipes” (BRASIL, 2011).

Dessa forma, o significado atribuído ao vínculo entre profissionais e usuários no discurso parece remeter à escolha individual de cada usuário, em que “as pessoas elas se organizam na vida pessoal de acordo também dos interesses delas”. Nessa concepção, a longitudinalidade fica a cargo do usuário, ficando ausente a ideia de corresponsabilidade por parte do profissional, presente na PNAB que coloca que o vínculo permite “o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde” (BRASIL, 2011).

Conforme analisam Cunha e Giovanella (2011), ao levantar a produção científica sobre a continuidade do cuidado e longitudinalidade, estes princípios da atenção primária estariam relacionados à satisfação do usuário e do profissional. No entanto, aponta sobre o sistema de adscrição da população à uma equipe de saúde adotado no Brasil que “de certa forma, restringe o direito de escolha do usuário com relação à eleição da fonte regular de cuidados (p.1035).

No discurso da enfermeira E6 o significado atribuído a definição da área de abrangência da unidade, referida como regionalização, é “facilitar o trabalho e não virar bagunça”, assumindo um sentido normativo e burocrático. A “regionalização” seria um detalhe, sem relevância para seu processo de trabalho na unidade.

Ainda nesse discurso, observamos no trecho 5 uma aparente introjção do discurso da gestão por parte da enfermeira:

Trecho 5

(...) **a regionalização... ela vem depois do acesso universal, então em termos de hierarquia... da hierarquização do trabalho, da organização do SUS isso não deveria estar se sobrepondo à**

universalidade. Qualquer pessoa de fora, inclusive agora com o pessoal da Copa, nós já sabemos que tem uma grande chance de os franceses serem atendidos por nós pela localização do posto (...) E2

Observamos no discurso da enfermeira do trecho 5 a reprodução do sentido atribuído à universalidade pela resolução nº 7 referida anteriormente, quando coloca que “a regionalização... ela vem depois do acesso universal (...) isso não deveria estar se sobrepondo à universalidade”, numa construção de sentido semelhante ao colocado no artigo 2º: “Para efeito de acesso aos serviços de saúde, o conceito de área de abrangência subordina-se ao princípio da universalidade”.

Sobre esse discurso, há que se atentar para o fato dele ser reproduzido no contexto de cobertura de AB explorado no capítulo de análise documental, ou seja, de uma implantação incipiente da SF, com baixa cobertura de AB. Nesse contexto, um discurso que coloca a universalidade como algo que está sendo “sobreposto” pela adscrição parece criar, ideologicamente, uma falsa dicotomia entre princípios ditos finalísticos e outros ditos organizativos, como se houvesse entre eles um embate.

Encontramos ainda um terceiro discurso, somente de um sujeito da pesquisa, que parece deslocar a questão, responsabilizando a vinda de pessoas de outras regiões pelo excesso de demanda de serviço:

Trecho 6

Eu acho que esse é o princípio da Universalidade. Né? Todo mundo pode ser atendido, **mas os Municípios... eles também têm que absorver a sua população, né?** Porque o que a gente vê é que tem muitas cidadezinhas por perto que não têm o serviço de saúde estruturado, que manda para Ribeirão, né? E Ribeirão é polo em saúde, então todo mundo vem pra cá. né? Então se você pegar aqui os nossos dados de quantos cadastros a gente faz por dia, você vai ver quem são essas pessoas, **eles vêm do Nordeste, elas vêm do norte de Minas, elas vêm de Mato Grosso, elas vêm de Mato Grosso do Sul, elas vêm de tudo quanto é lado,** porque o parente está aqui e... aqui é bom, aqui tem serviço, tem isso, tem aquilo, aí vem e **isso vai inchando né? O... aí o serviço não dá conta.** E7

No início do trecho 06 a conjunção adversativa “mas” interpõe uma oposição ao princípio da universalidade. Ao buscar justificar essa oposição o sujeito pesquisado desloca a responsabilidade pela sobrecarga do serviço inicialmente para as “cidadezinhas por perto” do município de Ribeirão Preto.

Segundo o ofício mencionado, uma das diretrizes da SMS seria que:

“Usuários residentes em outros municípios devem ser cadastrados com seus endereços originais. O funcionário responsável pela inclusão de dados no cadastro hygia deve assegurar ao usuário que ele será atendido, mesmo sendo morador em outro município, e que não há necessidade de apresentar endereço falso.”

Mesmo com essa normativa, encontramos no discurso a interposição de objeções contra o atendimento desses usuários. O discurso segue, responsabilizando outras regiões do país, remetendo a preconceitos sociais presentes no discurso, perceptíveis, em especial, na escolha de regiões responsabilizadas pelo sujeito por “inchar o serviço”.

Dessa forma, responsabiliza o migrante como esse fosse um invasor, denotando um discurso xenófobo, contrário ao princípio de universalidade colocado pelo SUS que defende a não discriminação.

Encontramos no trecho 7 a seguir, um discurso que se coloca no sentido oposto, ao colocar o munícipe de outro município como possível usuário do serviço:

Trecho 7

“(...) aqui nós temos muitas empresas, então, às vezes, as pessoas **moram em Cravinhos, mas ela passa o dia inteiro aqui**, quer dizer, eu vou ter que avaliar esse caso para ver se ela vai, mesmo morando em Cravinhos... se para ela, às vezes... se ela é um hipertenso, um diabético, às vezes **vai ser muito mais fácil dela acompanhar aqui** do que em Cravinhos, com a gestante mesma coisa. Então a gente vai ter uma conversa com essa pessoa. Então... você entendeu? A recepção manda para a gente, a gente é que vai fazer o acolhimento e ver o que está acontecendo.” E8

Vemos nesse discurso uma concepção em que o território não fica restrito a um significado físico, mas assume uma base no “reconhecimento e esquadramento do território segundo a lógica das relações entre ambiente, condições de vida, situação de saúde e acesso às ações e serviços de saúde” (TEIXEIRA et al., 1998; PESSOA, 2013), ao levar em consideração o local de trabalho do usuário como elemento constituinte desse território enquanto elemento que pode facilitar o acesso às ações de saúde da unidade.

Com relação aos entraves do acesso, como vemos nos trechos 8 e 9, o discurso das enfermeiras atribui uma restrição do acesso na recepção:

Trecho 8

Isso [a exigência de comprovante de endereço] é uma dificuldade de acesso, eu vejo a cultura da regionalização muito forte, impregnada e é motivo de sofrimento para os funcionários, (...) **a recepção é forte nesse negócio de endereço (...) o funcionário da recepção não agenda uma consulta se a pessoa não trouxer o comprovante de endereço que ele é daqui** (...) endereço é uma dificuldade de acesso, sim (...) E2

Trecho 9

A recepção... o que eu sempre... assim... que é o coração da unidade... funciona muito bem e eles são até rígidos demais, eu acho em certos momentos... mas essa rigidez, ela é muito benéfica porque eles conseguem... o cliente já chega aqui de acordo com o endereço e eles já direcionam para as equipes e tudo muito redondinho e muito organizado. Às vezes, rígido demais porque... às vezes assim... **é que agora melhorou um pouquinho**... tipo assim... não tem comprovante de residência, então... olha, um pouco de **resistência em fazer alguns agendamentos... sabe assim... e tem**

certas situações que, né? Isso não poderia acontecer, né? Vamos atender e depois esse endereço de confirmar ou não a gente vê, né? Vamos atender né? E8

Apesar do ofício colocar que “(...) não se admite recusa de atendimento a pretexto de não residir o usuário na área de abrangência da Unidade”, encontramos no discurso da enfermeira E2: “o funcionário da recepção não agenda uma consulta se a pessoa não trouxer o comprovante de endereço que ele é daqui”, pois “a recepção é forte nesse negócio de endereço”. Percebe-se um significado semelhante atribuído ao trabalho da recepção, mesmo na hesitação e na ambiguidade do discurso da enfermeira E8 que diz que “melhorou um pouquinho” e que a rigidez é “benéfica”, mas acaba colocando que há “resistência em fazer alguns agendamentos” sendo que “isso não poderia acontecer”.

Segundo Sá et al. (2009), ao estudar o trabalho dos profissionais da recepção de uma UBS, identificou que “o trabalho é fragmentado e produz o afastamento entre a capacidade de antever o produto final do trabalho e o que se realiza de fato.” Evidencia também que a finalidade do trabalho, para esses profissionais, seria indeterminada para o próprio profissional, quando não é caracterizada como “caridade”.

Nesses discursos, as enfermeiras parecem se distanciar da responsabilidade sobre o processo de trabalho no momento de acolhimento do usuário. Conforme coloca o Manual “é equivocado restringir a responsabilidade pelo ato de acolher aos trabalhadores da recepção (...)” (BRASIL, 2013c). Ainda segundo o manual, o acolhimento é “uma prática constitutiva das relações de cuidado”, (BRASIL, 2013c) uma dimensão que parece estar ausente no discurso dos sujeitos, como fica evidenciado nos trechos a seguir:

Trecho 10

Quando ele chega na recepção é... relatando que deseja passar pelo médico, aí é realizada a busca da pasta na recepção, que eles chamam, né? Que é feita pela **auxiliar de enfermagem para ver todos os sinais vitais, pega a queixa**, e normalmente chega e já encaixa, e, normalmente, já tem vaga e já vai encaixando **até que deu o limite**, e o que chega depois, então, já discute com o médico, para ver o que o médico acha. Se deve já manter no encaixe, já dá para atender ou ele acha melhor encaminhar para a UPA. Então normalmente é o auxiliar e o médico, **ou na falta do auxiliar a gente acaba ajudando também ou caso assim... que a pessoa tem dúvida, ou o médico está ocupado, então leva para a gente**. E6

Trecho 11

(...) eles atendem os agendados e **quatro eventuais por médico**, então tem dias que tem bem mais de quatro eventuais, e aí excedeu e **então o médico não atende**, só se for urgência mesmo, e aí esse paciente acaba sendo encaminhado para a UPA, ou você precisa esperar e se puder esperar o próximo horário de clínico, né? Então tem dois de manhã e dois à tarde, as pessoas chegam às 10

horas e 11 horas e não tem mais **condições de encaixar, então a pessoa**, dependendo do caso, ela já vai para a UPA ou no caso assim... que dá para aguardar, ela aguarda até às 12 horas que vem o próximo médico então, mas normalmente não é **tanta demanda...** assim reprimida, não tem demanda reprimida assim. E6

Como vemos, o discurso traz uma concepção de acolhimento normativa, onde o ato de acolher envolve simplesmente o auxiliar de enfermagem que, após a “busca da pasta”, “pega a queixa” e “vai encaixando até que deu o limite”, numa atividade burocrática. A ideia de que “esses momentos de sofrimento dos usuários são fundamentais para a criação e fortalecimento de vínculos” (BRASIL, 2013c) está ausente. Nesse discurso, como nos anteriormente mencionados, a responsabilidade da enfermeira nesse processo parece não ser valorizada.

Sobre esses momentos, o manual sobre acolhimento a demanda espontânea coloca que

“São momentos em que se sentem, comumente, desamparados, desprotegidos, ameaçados, fragilizados. Nessas situações, é bastante razoável que muitos deles recorram às unidades de atenção básica quer pela proximidade física, quer pelos vínculos que possuem com os profissionais em quem eles confiam. O fato de conhecer um usuário, sua história, não só facilita a identificação do problema (evitando, às vezes, exames e procedimentos desnecessários ou indesejáveis), como também o seu acompanhamento. Não devemos esquecer, também, que mesmo os usuários que são acompanhados regularmente pelas ações programáticas podem apresentar exacerbações em seu quadro clínico e demandar atenção em momentos que não o de acompanhamento agendado. Perde-se legitimidade perante eles uma unidade que os acompanha na atividade programada e não os acolhe no momento de agudização.” (BRASIL, 2013c, p.20)

Assim, ao analisarmos o discurso produzido pelos enfermeiros entrevistados, percebe-se que as normas geradas na resolução nº 7 e reforçadas no ofício não definem os processos de trabalho nas equipes para organização do acesso. Surgem referências no discurso a práticas inclusive contrárias ao que é definido nas normas, como encontrado no discurso relativo à exigência do endereço pela recepção. O que aparece no discurso é que cada equipe define o trabalho na unidade a partir da sua interpretação das normas, gerando distintos modos de produção de saúde dentro da mesma gestão.

Tanto no discurso sobre a recepção quanto sobre o acolhimento, vemos que os profissionais evocam suas próprias concepções do trabalho na AB, desconsiderando o que é definido pela gestão no ofício. O significado que parece ser atribuído ao ofício é de uma colocação burocrática por parte da gestão, que não

apoia os processos de definição do trabalho após definir as normas, como fica claro no discurso do trecho a seguir:

Trecho 12

(...) [sobre o ofício] tem uma questão que eu fiz também via e-mail para a Secretaria e a resposta foi: **continue a trabalhar do jeito que você sempre trabalhou. Então... com a população adscrita e acolhendo a quem chegar e redirecionando quando necessário. E5**

No discurso desta enfermeira, fica claro que a gestão não constitui uma referência para suas formas de organizar o trabalho. De forma geral, nos discursos das enfermeiras entrevistadas a gestão não está presente como uma referência positiva, presente como um apoio, apesar dos documentos de planejamento explorados no capítulo anterior mencionarem, reiteradamente, a gestão participativa\colegiada como modelo. Conforme vimos na primeira temática do capítulo sobre o PMAQ-AB, a referência que os profissionais trazem no discurso sobre a gestão municipal é, de forma geral, negativa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Buscando colaborar, conforme colocamos inicialmente, com o atual debate em torno da politização da saúde, analisando a dimensão política no trabalho dos enfermeiros na AB, iniciamos pelo resgate do que considero serem as condições de produção onde estes trabalhadores estavam inseridos. O que vimos, do ponto de vista histórico, foi uma sucessão de gestões municipais em que as metas relativas à AB se repetem, repetindo-se, também, o seu não cumprimento.

Não obstante as dificuldades vividas pelos grandes municípios, mencionadas anteriormente, o que vemos é a realidade de uma transição incompleta de modelo de AB, mais como mistura do que de transição, com uma implantação incipiente e incompleta da estratégia SF, apesar dos documentos de planejamento, reiteradamente, colocarem essa estratégia como a opção municipal para a AB, conforme exploramos no capítulo de análise documental.

Quando adicionamos aos documentos os relatos dos sujeitos participantes desta pesquisa, vemos também que mesmo esses processos incompletos se dão em contexto de conflitos e descontinuidades, que geram descrédito nos modelos e nas políticas a serem implementadas. De fato, o constante jogo de mudanças de políticas conforme ocorrem trocas de governo ou de gestor, com frequentes ingerências políticas na distribuição dos quadros técnicos, abalam a sustentabilidade institucional do SUS.

Tais situações analisadas sinalizam uma posição da AB no município, em que não foi uma prioridade central nas sucessivas gestões municipais, ainda que, em todos os documentos apareça enquanto prioridade. Parece-nos que a não priorização da AB foi uma política de Estado no município no período estudado. Isso impacta a realidade de trabalho na qual se favorece as demandas por atendimentos individuais, em especial de pronto atendimento, resultando na maior produção desse tipo de consulta em relação às consultas de AB, conforme diagnosticado nos próprios documentos de planejamento estudados.

Tudo isso se relaciona à tentativa de (re)construção dos cenários nos quais se desenvolvem as múltiplas e complexas relações e tensões entre agentes do trabalho, instrumentos, instituições e usuários de serviços de saúde. Relações estas

que considero relevantes ao conformar o contexto em que são produzidos os discursos dos enfermeiros relativos à dimensão política no sentido colocado por esse estudo, de relação entre trabalho e gestão.

Ao adentrar essa dimensão, a partir do discurso das enfermeiras, percebia-se esses conflitos e tensões a partir dos elementos concretos que os compõem. Destacou-se os relativos ao PMAQ-AB e à organização do acesso, mas, no fundo, tratam-se de conflitos relativos a filiações a distintos modelos e concepções relativas à organização do trabalho em saúde e mesmo relativas ao trabalho em saúde em si, sua natureza e suas finalidades.

Nesse sentido, os distintos discursos trazem não somente as diferenças entre trabalhadores e gestão, mas também as diferenças entre os trabalhadores, como visto em relação à organização do acesso. Constituíram-se dois discursos, um defendendo a territorialização e a adscrição, por entender ser um princípio importante da AB, enquanto o outro discurso não leva em consideração a territorialização, remetendo a uma concepção da AB focada na demanda.

Entendo que a diferença dos discursos se dá devido à inserção em distintos modos produção, já que a defesa da adscrição se deu a partir da inserção em unidades que adotam a SF como estratégia, enquanto o discurso realizado a partir da inserção nas modalidades tradicionais trouxe uma concepção burocrática de território e adscrição. Obviamente que isso ocorre de forma não determinística, já que o discurso não é homogêneo dentro de uma mesma modalidade. Mas, concretamente, a inserção em distintas modalidades esteve associada à produção de distintos discursos, a partir das relações de produção ali reproduzidas.

Há que se ponderar, em torno dessa questão, que a territorialização ‘por decreto’ como foi feita no município, ou seja, sem considerar os processos sociais subjacentes aos territórios, mas focada nos setores censitários (conforme fica explícito na resolução nº 7 mencionada no capítulo relativo ao assunto), presumivelmente deforma o entendimento que se tem sobre o território, influenciando também a dinâmica concreta do acesso.

Essa territorialização burocrática, além de conformar uma barreira de acesso em prejuízo da universalidade que a gestão diz ideologicamente defender, parece transferir a responsabilidade da gestão para os profissionais, em dois sentidos. Primeiramente, ao dizer que a territorialização está subordinada à universalidade. Construindo uma oposição que não existe de fato, a gestão se esquia de sua

responsabilidade sobre a baixa cobertura de AB no município. Segundo, ao responder ao questionamento concreto advindo dos trabalhadores dizendo para que “continue fazendo como vinha fazendo” (uma forma bastante polida de dizer “se vire”), a gestão coloca sobre o trabalhador a responsabilidade de viabilizar uma norma que foi por ela produzida.

Sem querer aqui retomar cada questão abordada nas análises, fica claro que a relação entre trabalhadores e gestão, por parte dos enfermeiros, não é de confiança, nem de corresponsabilidade. Não há a perspectiva de participação nos processos de decisão, de conformação das políticas municipais de saúde. Apesar disso, em muitos momentos os discursos produzidos pelos sujeitos do estudo parecem velar e omitir críticas à gestão. A hesitação dos sujeitos em criticar a gestão de forma mais direta, a não ser em determinados assuntos pontuais, parece ser também indicativa dessa dinâmica entre trabalhadores e gestão.

Apesar dessa hesitação, em diversos momentos essas críticas surgem, responsabilizando a gestão, por exemplo, pela forma como conduziu o PMAQ-AB. É interessante observar que a crítica mais veemente surja justamente numa temática que envolve o interesse direto, poderíamos dizer até corporativo, dos trabalhadores. Também é significativo observar que, mesmo num discurso que critica e responsabiliza a gestão, está ausente a perspectiva de organização de classe e de luta política.

Por fim, parece ficar reforçada a ideia de Maria Cecília Puntel de Almeida, de que há entre as enfermeiras uma aceitação das limitações de poder, de forma relativamente passiva. As enfermeiras “não oferecem a identificação crítica dos determinantes estruturais da situação de saúde e da organização tecnológica do trabalho em saúde onde se insere a prática de enfermagem” (ALMEIDA, 1997, pag 42).

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, S. M. M. (Orgs.). **O trabalho de enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997.

ALMEIDA, C.; MACINKO, J. **Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local**. Brasília: OPAS, OMS, Ministério da Saúde do Brasil, 2006.

BODSTEIN, R. et al. Estudos de Linha de Base do Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (ELB/Proesf): considerações sobre seu acompanhamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 725-731, 2006.

BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento final da comissão de avaliação da atenção básica**. Brasília, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Política Nacional de Atenção Básica. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28 mar. 2006. Seção I, p. 71.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Proesf 1 (2003/2007)**. Brasília, 2007. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/proesf/proesf1.php>>. Acesso em: 05 mar. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Sistema de planejamento do SUS**: uma construção coletiva: perfil da atividade do planejamento no Sistema Único de Saúde: resultados da pesquisa - esfera municipal. Brasília, 2008. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Redes de produção de saúde**. Brasília, 2009. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo 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). 2011a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 23 maio 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. Brasília, 2011b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654_19_07_2011.html>. Acesso em: 11 jun. 2013.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde (CNS). **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 20 abr. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 535, de 03 de abril de 2013**. Altera a Portaria nº 1.654/GM/MS, de 19 de julho de 2011, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), e a Portaria nº 866/GM/MS, de 3 de maio de 2012, que altera o prazo para solicitação da avaliação externa no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Brasília, 2013a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0535_03_04_2013.html>. Acesso em: 11 jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade. **Saúde mais perto de você: acesso e qualidade, programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (PMAQ)**. Brasília, 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. Brasília, 2013c. (Cadernos de Atenção Básica, 28, v. 1).

CAMPOS, G. W. S. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 301-306, 2007a.

CAMPOS, G. W. S. O SUS entre a tradição dos Sistemas Nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, p. 1865-1874, nov. 2007b. Suplemento 0.

CAMPOS, G. W. S. Desafios políticos e organizacionais do SUS: vinte anos de política pública. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 10, p. 2200-2201, out. 2008.

COHN, M. A. A reforma sanitária brasileira após 20 anos do SUS: reflexões. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p. 1614-1619, 2009.

CÔRTEZ, S. V. Sistema Único de Saúde: espaços decisórios e a arena política de saúde. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p. 1629-1633, jul. 2009.

CUNHA, G. T. Atenção básica e o desafio do SUS. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Atenção básica. Brasília, 2010. (Cadernos HumanizaSUS). p. 256.

CUNHA, E. M.; GIOVANELLA, L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da atenção primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, p. 1029-1042, 2011. Suplemento 1.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. (Eds.). **Handbook of qualitative research**. 4th ed. Thousand Oaks: Sage Publications, 2011.

FEUERWERKER, L. M. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 9, n. 18, p. 489-506, set./dez. 2005.

FIORIN, J. L. **Linguagem e ideologia**. 8. ed. São Paulo: Ática, 2004.

FLEURY, S. A reforma sanitária e o SUS: questões de sustentabilidade. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 307-317, 2007.

FUNDAÇÃO SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS (SEADE). **Entenda o Índice Paulista de Responsabilidade Social – IPRS**. São Paulo: Fundação Seade, 2014. Disponível em: <www.iprsipvs.seade.gov.br/view/pdf/iprs/estado.pdf>. Acesso em: 17 abr. 2014.

GERSCHMAN, S. Fórum. O desafio o SUS: 20 anos do Sistema Único de Saúde. Posfácio. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p. 1634-1636, jul. 2009.

GOMES, T. S. **Micropolítica do processo de trabalho**: o protagonismo dos trabalhadores de saúde no Pacto pela Saúde. 2006. 100 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

GOMES, V. C. et al. **Pesquisa qualitativa em saúde**: uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Cidades**. Brasília: IBGE, 2014. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=354340&search=saopaulo|ribeirao-preto>>. Acesso em: 16 jun. 2014.

LUDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em educação**: abordagens qualitativas. São Paulo: E.P.U., 2012.

MATTOS, R. O incentivo ao PSF e seu impacto sobre as grandes cidades. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 77-108, 2002.

MENDES, E. V. **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MENICUCCI, T. M. G. O Sistema Único de Saúde, 20 anos: balanço e perspectivas. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p. 1620-1625, jul. 2009.

MERHY, E. Saúde e direitos: tensões de um SUS em disputa, molecularidades. **Saúde Sociedade**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 267-279, 2012.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 22. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2003.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2004.

MISHIMA, S. M. **A gerência de serviços de atenção primária à saúde como instrumento para a reorganização da assistência à saúde** - o caso do Programa de Saúde da Família. 2003. 153 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

MORAES, P. N.; IGUTI, A. M. Avaliação do desempenho do trabalhador como forma peculiar de prescrição do trabalho: uma análise do PMAQ-AB. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 98, p. 416-426, jul./set. 2013.

ORLANDI, E. P. **Análise do discurso**: princípios e procedimentos. 9. ed. Campinas: Pontes, 2010.

PAIM, J. S. A reforma sanitária brasileira e o Sistema Único de Saúde: dialogando com hipóteses concorrentes. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 625-644, 2008a.

PAIM, J. S. **Reforma sanitária brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008b.

PAIM, J. S. Uma análise sobre o processo da Reforma Sanitária. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 27-37, jan./abr. 2009.

PAIM, J. S. O futuro do SUS. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, p. 612-613, abr. 2012.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, p. 1819-1829, 2007. Suplemento 0.

PASCHE, D. F. Contribuições da política de humanização da saúde para o fortalecimento da atenção básica. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Atenção Básica. Brasília, 2010. (Cadernos HumanizaSUS). p. 256.

PEDUZZI, M. et al. Enfermagem como prática social e trabalho em equipe. In: SOARES, C. B.; CAMPOS, C. M. S. **Fundamentos de saúde coletiva e o cuidado de enfermagem**. São Paulo: Manole, 2013. cap. 7, p. 217-243.

PESSOA, V. M. et al. Sentidos e métodos de territorialização na atenção primária à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 8, p. 2253-2262, 2013.

PINTO, H. A. et al. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação. **RECIIS – Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 624, ago. 2012. Suplemento.

RIBEIRÃO PRETO. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de gestão 1997 a 2000**. Ribeirão Preto, 2000. Manuscrito.

RIBEIRÃO PRETO. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano municipal de saúde**. Ribeirão Preto, ago. 2001. Disponível em: <<http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/vigilancia/planeja/i16plano.php>>. Acesso em: 03 mar. 2014.

RIBEIRÃO PRETO. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Projeto “Ethos” de atenção à saúde**. Ribeirão Preto, jun. 2003. Disponível em: <<http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/rede/ethos.pdf>>. Acesso em: 03 mar. 2014.

RIBEIRÃO PRETO. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano municipal de saúde**. Ribeirão Preto, 2005a. Disponível em: <<http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/vigilancia/planeja/plano05-08.pdf>>. Acesso em: 03 mar. 2014.

RIBEIRÃO PRETO. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de gestão 2005**. Ribeirão Preto, 2005b. Disponível em: <<http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/conselho/i16relatoriogestao05.pdf>>. Acesso em: 03 mar. 2014.

RIBEIRÃO PRETO. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de gestão 2006**. Ribeirão Preto, 2006. Disponível em: <<http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/conselho/i16relatoriogestao06.pdf>>. Acesso em: 03 mar. 2014.

RIBEIRÃO PRETO. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de gestão 2007**. Ribeirão Preto, 2007. Disponível em: <<http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/conselho/i16relatoriogestao07.pdf>>. Acesso em: 03 mar. 2014.

RIBEIRÃO PRETO. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano municipal de saúde**. Ribeirão Preto, 2010a. Disponível em:

<<http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/vigilancia/planeja/pms-rp-20102013.pdf>>. Acesso em: 03 mar. 2014.

RIBEIRÃO PRETO. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de gestão 2010**. Ribeirão Preto, 2010b. Disponível em: <<http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/conselho/i16relatoriogestao10.pdf>>. Acesso em: 03 mar. 2014.

RIBEIRÃO PRETO. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de gestão 2011**. Ribeirão Preto, 2011. Disponível em: <<http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/conselho/i16relat-final-11conf.pdf>>. Acesso em: 03 mar. 2014.

RIBEIRÃO PRETO. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de gestão 2012**. Ribeirão Preto, 2012a. Disponível em: <http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/vigilancia/planeja/2012_relatorio_gestao.pdf>. Acesso em: 03 mar. 2014.

RIBEIRÃO PRETO. Resolução nº 07, de 14 de maio de 2012. **Diário Oficial da União**, Ribeirão Preto, 16 maio 2012b. p. 4.

RIBEIRÃO PRETO. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de gestão 2013**. Ribeirão Preto, 2013. Disponível em: <http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/vigilancia/planeja/2013relatorio_gestao.d>. Acesso em: 03 mar. 2014.

RIBEIRÃO PRETO. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano municipal de saúde**. Ribeirão Preto, 2014. Disponível em: <<http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/vigilancia/planeja/pms-rp-2014-2017.pdf>>. Acesso em: 03 mar. 2014.

SÁ, E. T. et al. O processo e trabalho na recepção de uma Unidade Básica de Saúde: ótica do trabalhador. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, v. 30, n. 3, p. 461-467, set. 2009.

SANTOS, N. R. A reforma sanitária e o Sistema Único de Saúde: tendências e desafios após 20 anos. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 13-26, jan./abr. 2009.

SCHRAIBER, L. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. Necessidade de saúde e atenção primária. In: SCHRAIBER, L. B. et al (Coords.). **Saúde do adulto**: programas e ações na Unidade Básica. 2ª ed, São Paulo: Hucitec, 2000. (Saúde em Debate;

Série Didática, 3). cap. 1, p. 29-47. Disponível em: <http://www2.fm.usp.br/gdc/docs/preventivapesquisa_130_saude_cap_1.pdf> Acesso em 10 abr 2010.

SILVA, M. T. et al. Análise da organização do trabalho no Programa Saúde da Família. In: VIANA, A. L. A. et al. (Coords.). **Inquérito com usuários e profissionais, percepção dos gestores e estudo sobre o trabalho do PSF**. São Paulo: Centro de Estudos de Cultura Contemporânea: Consórcio Medicina USP, 2007. (Cadernos de Atenção Básica: estudos avaliativos, 3). cap. 4, p. 129-171.

SOARES, A.; SANTOS, N. R. Financiamento do Sistema Único de Saúde nos governos FHC, Lula e Dilma. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 100, p. 18-25, jan./mar. 2014.

SOUZA, L. E. P. F. O SUS necessário e o SUS possível: estratégias de gestão. Uma reflexão a partir de uma experiência concreta. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 911-918, 2009.

STAKE, R. E. Case studies. In: DENZIN, N.; LINCOLN, S. Y. **Strategies of qualitative inquiry**. Thousand Oaks: Sage Publications, 2003. cap. 5, p. 134-164.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, 2004.

SZNELWAR, L. I.; ABRAÃO, J. I. Introdução: abordagens e desafios no trabalho no PSF. In: VIANA, A. L. A. et al. (Coords.). **Inquérito com usuários e profissionais, percepção dos gestores e estudos sobre o trabalho no PSF**. São Paulo: Centro de Estudos de Cultura Contemporânea: Consórcio Medicina USP, 2007. (Cadernos de Atenção Básica: estudos avaliativos, 3). cap. 4, p. 107-128.

TEIXEIRA, C. F. et al. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. **IESUS – Informe Epidemiológico do Sus**, Brasília, v. 7, n. 2, p. 7-28, abr./jun. 1998.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências social**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

VIANA, A. L. A. Atenção básica e dinâmica urbana nos grandes municípios paulistas, Brasil. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, p. S79-S90, 2008. Suplemento 1.

APÊNDICE A

Relação do número de enfermeiros com carga horária de 40 horas semanais da SMS por unidade de saúde, distribuídos pelos Distritos de Saúde. Ribeirão Preto-SP, 2014.

Unidades de Saúde	Número de enfermeiro
Distrito Central	
CSE Vila Tibério	02
UBS Jardim João Rossi	01
Distrito Sul	
UBS Adão do Carmo	01
UBS Parque Ribeirão	02
UBS Jardim Maria das Graças	01
Distrito Norte	
UBS Vila Mariana	01
UBS Marincek	01
UBS Ribeirão Verde	02
USF Heitor Rigon	03
USF Estação do Alto	02
USF Avelino Palma	02
Distrito Oeste	
UBS Dom Mielle	01
USF Vila Albertina	04
UBS Vila Recreio	01
UBS Jardim Paiva	01
USF Maria Casagrande	03
USF Eugenio Mendes Lopes	02
USF Portal do Alto	01
Distrito Leste	
USF Jardim Zara	04
UBS Vila Abranches	01
UBS Bonfim Paulista	01
UBS São José	01
UBS Jardim Juliana	01
Total: 23 Unidades	Total: 39 Enfermeiros (40hs/semanais)

APÊNDICE B

Universidade de São Paulo

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto

Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública

A dimensão política no trabalho em saúde: o caso dos enfermeiros na
Atenção Básica de Ribeirão Preto - SP

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Entrevistado (a): _____

Código da Entrevista: _____ Data da Entrevista: ____/____/____

Unidade de Saúde: _____ Início: _____ Final: _____ Duração: _____

E-mail: _____ Idade: _____ Sexo: () M () F

Tempo de formação: _____ Tempo na atual Unidade de Saúde: _____

Tempo na rede de saúde do município: _____

Residência/Especialização/Cursos referentes à AB: _____ Ano: _____

Representação da AB

1. Por que você escolheu a Atenção Básica (AB) como opção de trabalho? Como foi sua inserção na AB? O que você acha do trabalho na AB?

🌈 Conteúdo; modo de inserção; motivação, interesse; identidade;

2. Sobre as modalidades da AB (UBS, Estratégia Saúde da Família (ESF), PACS): O que você acha dessas modalidades? Você trabalhou em mais de uma destas modalidades? Tem preferências por alguma? Por quê? Fale mais sobre as diferenças e semelhanças entre elas?

🌈 Aspectos das modalidades de AB: diferenças e semelhanças; preferências; identidade;

Representação da AB no município

3. Você sente que é valorizada e incentivada no seu trabalho na AB do município? Você iniciou

🌈 Valorização, incentivo, reconhecimento;

4. Como é o 'reconhecimento' dos profissionais da AB pelos profissionais dos serviços especializados, gestores e setor privado? Como você percebe a AB na rede de saúde municipal? Qual a importância da AB no município? Que papel ela cumpre no município?

🌈 Avanços, limites e dificuldades, desafios da AB no município; Aspectos da política nacional da AB na rede de saúde municipal; A ESF aparece como prioridade na rede de Atenção Básica municipal?

5. Quais as facilidades/dificuldades que você percebe ao trabalhar na AB do município? Você percebe iniciativas para o fortalecimento da AB do município?

🌈 Estratégias, ações e compromissos que promovam a qualificação da Atenção Básica no município; Investimentos; Cobertura; estruturação da rede física;

6. Como você percebe o processo de adesão do município ao Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)? Como foi a adesão desta equipe ao PMAQ-AB? Todos os membros da equipe participaram? Teve um apoio institucional no município? Houve oficina ou seminário de socialização de resultados e ações do PMAQ-AB no município? É possível identificar ações/melhorias concretas após o PMAQ-AB? Cite algumas.

✚ Contexto para a adesão no município (sensibilização, livre adesão, convocação); relação entre os gestores e os trabalhadores de saúde; reflexão sobre a organização do trabalho da equipe;

Representação do trabalho do enfermeiro e suas relações (gestão, equipe e comunidade) na AB municipal

7. A equipe realiza reuniões periódicas? Quais são as reuniões realizadas pela equipe? Como é organizada a reunião de equipe? O que você acha desse espaço/deste momento?

✚ Importância e valorização de reuniões periódicas; organização (periodicidade, quem participa, duração, pauta, coordenação);

8. Em sua opinião, quais os fatores que podem favorecer ou dificultar o acesso do usuário na Unidade? Quem recebe o usuário quando chega à unidade? A equipe realiza acolhimento? Tem horário estipulado para o funcionamento do acolhimento? Em quais situações a equipe realiza acolhimento? Como é o fluxo do acolhimento? Quando encaminhar ou agendar uma consulta médica? Que profissionais estão no acolhimento? Como esta organizada a agenda dos profissionais? A equipe realiza acolhimento à demanda espontânea durante todo o período do dia?

- 8.1 Sobre o **Ofício** emitido pela SMS de 29 de janeiro de 2014 que retoma a Resolução nº 7 de 14 de maio de 2012 (que defini as áreas de abrangências de cada unidade de saúde) e reforça que “a área de abrangência é um instrumento para facilitar o acesso de usuários aos serviços de saúde, e não para impedi-los”. Fale sobre este ofício?

✚ Acessibilidade, facilitação e qualificação do acesso; dimensões constitutivas do acolhimento; porta preferencial; vínculo; continuidade do cuidado;

✚ Número de usuário por equipe; localização da Unidade, horários e dias de atendimentos, infraestrutura (com ou sem espaço reservado para a escuta), filas para o atendimento, distribuição de senhas, atendimento por ordem de chegada sem avaliação de risco e vulnerabilidade, não acolhimento das urgências na Unidade;

✚ A maneira como se dá o acolhimento e como se organiza a atenção à demanda espontânea;

9. Como são programadas as visitas domiciliares (VD) na Unidade de Saúde? Como acontece? Que profissionais participam? De onde vem à demanda? Demanda da própria comunidade/família, do SAD, do agente comunitário de saúde (ACS). Que tipo de usuário/família é visitado?

✚ Programação em conjunto pelos profissionais da equipe; se consideram critérios de risco e vulnerabilidade, ou seja, as famílias com maior necessidade sejam visitadas mais vezes; em quais situações são programadas; realizam busca ativa; finalidade da VD;

10. Em relação ao plano de trabalho da equipe, a equipe inclui na agenda reuniões comunitárias e/ou reuniões de conselho local de saúde? Quem participa? Quais profissionais participam? O que se discute? A equipe busca parcerias/articula com associações, igrejas, entre outras? Como foi eleito o representante da comunidade para integrar o CLS?

✚ dinâmica de reuniões comunitárias e do conselho local de saúde (CLS);

✚ participação em iniciativas de desenvolvimento comunitário em conjunto com a população; realização de ações/estratégias/projetos integrados com a população;

- ✚ Ações de identificação e enfrentamento dos problemas sociais de maior expressão local em conjunto com a comunidade; debater os problemas locais de saúde, apresentar planejamento da assistência prestada e os resultados alcançados;

11. Como são momentos de diálogos entre os profissionais da AB e secretaria municipal de saúde (SMS)? Os profissionais da AB têm participado de debates sobre a organização da rede no município? De que forma? O que te motiva a participar de reuniões com a SMS?

- ✚ A forma como se relacionam, os posicionamentos, os interesses; apoio institucional a equipe de saúde da AB para avaliação, planejamento; forma de debate sobre mudanças no processo de trabalho;

12. Por favor, faça as considerações adicionais que considerar importantes sobre a AB do município e o trabalho do enfermeiro na AB municipal.

Nota: As perguntas expostas nortearam a entrevista, mas podem ser adaptadas ao sujeito entrevistado, conforme pertinência e momento da entrevista.

APÊNDICE C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO – PRÉ-TESTE- Entrevista

Prezado (a) Sr(a), _____

Venho através deste, convidá-lo a participar do pré teste da pesquisa “**A dimensão política no trabalho em saúde: o caso dos enfermeiros na Atenção Básica de Ribeirão Preto-SP**” que estamos desenvolvendo. O objetivo é compreender como se manifesta a dimensão política no cotidiano de trabalho do enfermeiro, nos distintos arranjos organizacionais da rede de serviços de Atenção Básica de Ribeirão Preto-SP.

O pré teste tem o intuito de verificar possíveis ajustes no instrumento da entrevista, como inconsistência ou complexidade das questões, ambiguidades ou linguagem inacessível, questões que possam causar desconforto ao entrevistado, etc, fornecendo assim subsídios para adaptações e uma contribuição à compreensão dos futuros entrevistados.

Assim, gostaríamos de contar com sua participação, permitindo-nos entrevistá-lo. A entrevista será sobre os aspectos que permite compreender a dimensão política no trabalho do enfermeiro.

A participação nesta pesquisa é voluntária. Não será cobrada nenhuma taxa, nem haverá nenhuma forma de custo financeiro para o participante, assim como não será realizado pagamento de nenhuma espécie. Se existirem gastos adicionais como alimentação, transporte, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa.

Esclarecemos que a entrevista, desde que haja sua permissão, será identificada por código, garantindo o anonimato, (este código é de conhecimento exclusivo do pesquisador). Também será gravada em arquivo digital e, posteriormente transcrita, sendo que o conteúdo da entrevista estará sob a responsabilidade do pesquisador e será guardado por ele. Dessa forma, a entrevista será realizada em um único encontro, em local a ser combinado juntamente com o participante, com duração prevista de cerca de 30 minutos.

Durante a entrevista, no caso de desconforto do participante frente a alguma das perguntas, o mesmo poderá deixar de responder qualquer pergunta que não deseje.

O uso das informações deste pré teste ficará restrito à melhoria do instrumento de entrevista, não fazendo parte dos resultados da pesquisa. Não haverá outro destino aos dados colhidos.

São esses os seus direitos ao participar da pesquisa (Resolução nº 466 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde):

- A garantia de receber a resposta de qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados com a pesquisa da qual estará participando;

VERSO DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO – PRÉ-TESTE-Entrevista

- A liberdade de retirar o seu consentimento a qualquer momento, sem penalizações. Neste caso o participante deixará de participar da pesquisa e a entrevista identificada por código, será retirada dos dados da pesquisa.

- A segurança de não ser identificado e do caráter confidencial de toda informação relacionada com sua privacidade;

- O compromisso de receber informação atualizada durante o estudo, mesmo que esta afete sua vontade de continuar participando.

Esperamos com esta pesquisa contribuir para a melhoria no campo do trabalho em saúde, trazendo assim melhorias indiretas para as Unidades de Saúde de Ribeirão Preto-SP.

Agradecemos sua colaboração e colocamo-nos à disposição para qualquer informação que julgar necessária.

Este documento foi elaborado em duas vias, assinadas pelo pesquisador e orientador, ficando uma com o participante e outra com o pesquisador.

Eu, Sr. (a) _____ RG: _____

Abaixo assinado, tenho recebido as informações sobre a pesquisa e sobre os meus direitos a ela relacionados, declaro estar ciente e devidamente esclarecido e de que consinto em participar deste estudo.

Ribeirão Preto, ____/____de 20__.

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador

Assinatura do Orientador

Qualquer dúvida para esclarecimentos, entrar em contato com a pesquisadora Tania Silva Gomes Carneiro, pelo telefone (16) 81008635, E-mail: taniagomes@usp.br ou a orientadora Profa Ione Carvalho Pinto, telefone: (16) 3602.3429, E-mail: ionecarv@eerp.usp.br no endereço Av. Bandeirantes, 3900, Campus Universitário - Bairro Monte Alegre, Ribeirão Preto-SP – Brasil, CEP: 14040-902 ou o Comitê de ética em pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo-USP, telefone: (16) 3602.3386, E-mail: cep@eerp.usp.br, horário de funcionamento: 8 às 17 horas de segunda-feira a sexta-feira.

APÊNDICE D

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO - Entrevistaⁱ

Prezado (a) Sr(a), _____

Venho através deste, convidá-lo a participar da pesquisa “**A dimensão política no trabalho em saúde: o caso dos enfermeiros na Atenção Básica de Ribeirão Preto-SP**” que estamos desenvolvendo. O objetivo é compreender como se manifesta a dimensão política no cotidiano de trabalho do enfermeiro, nos distintos arranjos organizacionais da rede de serviços de Atenção Básica de Ribeirão Preto-SP.

Assim, gostaríamos de contar com sua participação nesta pesquisa, permitindo-nos entrevistá-lo. A entrevista será sobre os aspectos que permitem compreender a dimensão política no trabalho do enfermeiro.

A participação nesta pesquisa é voluntária. Não será cobrada nenhuma taxa, nem haverá nenhuma forma de custo financeiro para o participante, assim como não será realizado pagamento de nenhuma espécie. Se existirem gastos adicionais como alimentação, transporte, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa.

Esclarecemos que a entrevista, desde que haja sua permissão, será identificada por código, garantindo o anonimato, (este código é de conhecimento exclusivo do pesquisador). Também será gravada em arquivo digital e, posteriormente transcrita, sendo que o conteúdo da entrevista estará sob a responsabilidade do pesquisador e será guardado por ele. Dessa forma, a entrevista será realizada em um único encontro, em local a ser combinado juntamente com o participante, com duração prevista de cerca de 30 minutos.

Durante a entrevista, no caso de desconforto do participante frente a alguma das perguntas, o mesmo poderá deixar de responder qualquer pergunta que não deseje.

O uso das informações ficará restrito ao trabalho da pesquisa, com os resultados obtidos divulgados em revistas científicas e eventos na área da saúde nacionais e internacionais. Portanto não haverá outro destino aos dados colhidos.

São esses os seus direitos ao participar da pesquisa (Resolução nº 466 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde):

- A garantia de receber a resposta de qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados com a pesquisa da qual estará participando;

- A liberdade de retirar o seu consentimento a qualquer momento, sem penalizações. Neste caso o participante deixará de participar da pesquisa e a entrevista identificada por código, será retirada dos dados da pesquisa.

VERSO DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO – Entrevista

- A segurança de não ser identificado e do caráter confidencial de toda informação relacionada com sua privacidade;

- O compromisso de receber informação atualizada durante o estudo, mesmo que esta afete sua vontade de continuar participando.

Esperamos com esta pesquisa contribuir para a melhoria no campo do trabalho em saúde, trazendo assim melhorias indiretas para as Unidades de Saúde de Ribeirão Preto-SP.

Agradecemos sua colaboração e colocamo-nos à disposição para qualquer informação que julgar necessária.

Este documento foi elaborado em duas vias, assinadas pelo pesquisador e orientador, ficando uma com o participante e outra com o pesquisador.

Eu, Sr. (a) _____ RG: _____

Abaixo assinado, tenho recebido as informações sobre a pesquisa e sobre os meus direitos a ela relacionados, declaro estar ciente e devidamente esclarecido e de que consinto em participar deste estudo.

Ribeirão Preto, ____/____de 20__.

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador

Assinatura do Orientador

Qualquer dúvida para esclarecimentos, entrar em contato com a pesquisadora Tania Silva Gomes Carneiro, pelo telefone (16) 81008635, E-mail: taniagomes@usp.br ou a orientadora Profa Ione Carvalho Pinto, telefone: (16) 3602.3429, E-mail: ionecarv@eerp.usp.br no endereço Av. Bandeirantes, 3900, Campus Universitário - Bairro Monte Alegre, Ribeirão Preto-SP – Brasil, CEP: 14040-902 ou o Comitê de ética em pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo-USP, telefone: (16) 3602.3386, E-mail: cep@eerp.usp.br, horário de funcionamento: 8 às 17 horas de segunda-feira a sexta-feira.

APÊNDICE E

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO - Observação Participanteⁱ

Prezado (a) Sr(a): _____

Venho através deste, convidá-lo a participar da pesquisa “**A dimensão política no trabalho em saúde: o caso dos enfermeiros na Atenção Básica de Ribeirão Preto-SP**” que estamos desenvolvendo. O objetivo é compreender como se manifesta a dimensão política no cotidiano de trabalho do enfermeiro, nos distintos arranjos organizacionais da rede de serviços de Atenção Básica de Ribeirão Preto-SP.

Assim, gostaríamos de contar com a sua autorização para o desenvolvimento da observação participante durante o seu cotidiano de trabalho na Atenção Básica de Saúde. Será observada a dinâmica do trabalho do enfermeiro participante.

A participação nesta pesquisa é voluntária. Não será cobrada nenhuma taxa, nem haverá nenhuma forma de custo financeiro para o participante, assim como não será realizado pagamento de nenhuma espécie. Se existirem gastos adicionais como alimentação, transporte, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa.

Esclarecemos que a observação, desde que haja sua permissão, será identificada por código, garantindo o anonimato, (este código é de conhecimento exclusivo do pesquisador). Também serão utilizados registros no diário de campo, sendo que o conteúdo estará sob a responsabilidade do pesquisador e será guardado por ele. Dessa forma, a observação participante será realizada no horário de trabalho do enfermeiro, durante duas semanas (80 horas), a ser combinado previamente conforme a disponibilidade do serviço de saúde e do enfermeiro participante.

Entendemos que a presença do pesquisador incorre no risco de atrapalhar o trabalho na Unidade de Saúde. No caso de intercorrências ou inconveniências ao processo de trabalho do enfermeiro no serviço de saúde durante a observação, o pesquisador se dispõe a realizar mudanças no agendamento da pesquisa.

O uso das informações ficará restrito ao trabalho da pesquisa, com os resultados obtidos divulgados em revistas científicas e eventos na área da saúde nacionais e internacionais. Portanto, não haverá outro destino aos dados colhidos.

São esses os seus direitos ao participar da pesquisa (Resolução nº 466 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde):

- A garantia de receber a resposta de qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados com a pesquisa da qual estará participando;

VERSO DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO – Observação

Participante

- A liberdade de retirar o seu consentimento a qualquer momento, sem penalizações. Neste caso o participante deixará de participar da pesquisa e a observação, identificada por código, será retirada dos dados da pesquisa.

- A segurança de não ser identificado e do caráter confidencial de toda informação relacionada com sua privacidade;

- O compromisso de receber informação atualizada durante o estudo, mesmo que esta afete sua vontade de continuar participando.

Esperamos com esta pesquisa contribuir para a melhoria no campo do trabalho em saúde, trazendo assim melhorias indiretas para as Unidades de Saúde de Ribeirão Preto-SP.

Agradecemos sua colaboração e colocamo-nos à disposição para qualquer informação que julgar necessária.

Este documento foi elaborado em duas vias, assinadas pelo pesquisador e orientador, ficando uma com o participante e outra com o pesquisador.

Eu, Sr. (a) _____ RG: _____

Abaixo assinado, tenho recebido as informações sobre a pesquisa e sobre os meus direitos a ela relacionados, declaro estar ciente e devidamente esclarecido e de que consinto em participar deste estudo.

Ribeirão Preto, ____/____de 20__.

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador

Assinatura do Orientador

Qualquer dúvida para esclarecimentos, entrar em contato com a pesquisadora Tania Silva Gomes Carneiro, pelo telefone (16) 81008635, E-mail: taniagomes@usp.br ou a orientadora Profa Ione Carvalho Pinto, telefone: (16) 3602.3429, E-mail: ionecarv@eerp.usp.br no endereço Av. Bandeirantes, 3900, Campus Universitário - Bairro Monte Alegre, Ribeirão Preto-SP – Brasil, CEP: 14040-902 ou o Comitê de ética em pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo-USP, telefone: (16) 3602.3386, E-mail: cep@eerp.usp.br, horário de funcionamento: 8 às 17 horas de segunda-feira a sexta-feira.

APÊNDICE F

Lista dos aspectos relativos à AB dos documentos de planejamento em saúde nos cinco quadriênios de gestão municipal de saúde de Ribeirão Preto-SP, no período de 1997 a 2017. Ribeirão Preto, 2014.

Diagnóstico/ Planejamento	Objetivos/Meta /ações propost a s	Meta realizada	Estrutura	ACS	Cobertura PACS/PSF/AB	Habitante
Quadriênio 1997 a 2000						
- É mencionada a transformação do modelo assistencial do município através da implantação do PSF com características gerais ao proposto pelo MS, com adaptações relativas ao RH e estrutura física disponível.	- É mencionado o início da implantação do PSF e PACS, com transformação das UBS em USF e contratação de 120 equipes de ACS, segundo cronograma dividido em seis etapas. -É mencionada meta não numérica de desviar o fluxo dos casos rotineiros do PA para as UBS, privilegiando as UBS como porta de entrada do SUS e separação física das UBDS do PA.	Foram implantadas 67 equipes de ACS. - inaugurado uma Unidade de Saúde da Família com 03 equipes saúde da família no ano de 2000	05 UBDS 27 UBS 22 Unidades com ACS	Cerca de 335 ACS.	-É mencionada a cobertura do PACS, como sendo a metade da população do município (atendendo mais de 250.000 pessoas) -não foi mencionada a cobertura de Atenção Básica ou do PSF	505.012
Quadriênio 2001 a 2004						
-É mencionada reorientação do modelo assistencial com a implantação do PSF como alternativa de reorganização da atenção básica.	-É mencionada meta não numérica de implementar e expandir o Programa de Agente Comunitário de Saúde e do Programa de Saúde da Família e inclusão das equipes de saúde bucal no Programa de Saúde da Família; - É mencionada meta não numérica da adequação do número de recursos humanos para atender a expansão do Programa de Saúde da Família. -São mencionadas metas numéricas: -Consultas nas especialidades básicas por habitante: 1,25; - Visita domiciliar por família/mês: 0,5; - Percentual de população cadastrada pelo PSF/PACS coberta pelo programa: 6	-não foi possível consultar os Relatórios de Gestão deste período	05 UBDS 27 UBS	Não mencionado	-não foi possível consultar os Relatórios de Gestão deste período	505.012
Quadriênio 2005 a 2008						
-É mencionada a reorientação do modelo assistencial com a implantação do PSF como alternativa de reorganização da atenção básica (de forma idêntica do quadriênio 2001 a 2004). -É mencionada uma produção insatisfatória de consultas médicas na Atenção Básica com uma produção excessiva em Pronto Atendimento e Especialidades, frente a esse contexto é mencionada a reorientação do modelo de atenção, organizando-o a partir da atenção básica á saúde, compreendida como centro ordenador do sistema;	-É mencionada a reorganização do modelo de atenção à saúde e o modo de produção do trabalho nas unidades de saúde com a utilização de ferramentas da estratégia Saúde da Família; - É mencionada a readequação da rede assistencial com fortalecimento da Atenção Básica; -É colocada a meta de implantar a estratégia Saúde da Família em 50% do município e de forma escalonada, por meio da adesão ao PROESF, como paradigma para reorganização do sistema a partir da atenção básica, concomitante ao investimento no modelo de atenção das unidades de saúde tradicionais; - Há a meta de ampliação e implementação das Equipes de ACS; -É mencionada a garantia de equipes mínimas para as Unidades de Saúde e para a estratégia Saúde da Família, por meio de remanejamento de profissionais da Sede da Secretaria Municipal da Saúde (SMS), comissionados em outras Secretarias e/ou Instituições e dos serviços próprios da atenção especializada (PAM e NGA). -Formação de equipes matriciais para apoio às unidades de atenção básica - Incentivar, reorganizar e implantar novas equipes de saúde bucal (ESB) no programa de saúde da família.	-Implantadas 7 equipes de SF em 2005 Implantadas 5 equipes de SF em 2006	05 UBDS 21 UBS Tradicionais com equipe de ACS 08 UBS Tradicionais sem equipe de ACS 13 USF	337 ACS (34,21 % de cobertura)	Percentual da população coberta pelo PSF: 2005: 10,22 (23 equipes de SF) 2006: 13,80 2007: 12,95 2008: 12,95 (21 equipes de SF) 2009*: 13 (21 equipes de SF)	504.923
Quadriênio 2010 a 2013						
- É mencionado que houve dificuldades ao longo dos anos para a implantação da ESF.	-Expandir e fortalecer a atenção básica através das ferramentas da ESF e ACS -Ampliar a ESF 50% da área de cobertura do município;	Em 2010 implantadas 2 equipes de SF	05 UBDS 08 UBS Tradicionais 21 UBS	Em 2010 criados 331	Percentual da população coberta pelo ESF: 2010: 11,89	558.136

- É mencionada a mesma problemática do quadriênio 2005-2008 sobre uma produção elevada nas consultas médicas do Pronto Atendimento. - É retomada a questão das UBDS ofertarem serviços de atenção básica e secundária, concomitantemente no mesmo espaço.	-Reestruturar as equipes de ACS, com previsão de cobertura em 100% das Unidades do município, -Implantar equipes NASF uma por distrito, - Criar novos cargos no quadro funcionários da Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto, visando compatibilizar as novas ofertas de serviços aos usuários do SUS: • Agente Comunitário de Saúde – ACS; • Médico de Família e Comunidade; -Implantar 01 UPA	Em 2012: Implantado PMAQ-AB em 19 equipes	Tradicionais com 26equipes de ACS 13 USF sendo 05 NSF, no total de 21 equipes de SF	cargos de ACS, sendo preenchidos 257	Cobertura populacional total com agentes comunitários de saúde (equipe de SF e equipe de ACS): 2010: 32,1%. 2011: 11,2% (segundo anexo do relatório de gestão do ano de 2011 disponibilizado no site da SMS) Cobertura populacional estimada pelas Equipes de Atenção Básica: 2012: 50,46% 2013: 59,71%	
Quadriênio 2014 a 2017						
- É mencionado que houve dificuldades ao longo dos anos para a implantação da ESF.	-A meta de implantação da estratégia foi de 50% de cobertura de equipes de SF e 50% de equipe de ACS, com a orientação dos instrumentos da estratégia Saúde da Família para toda a rede de atenção básica. -Ampliar a estratégia de Saúde da Família de 30 para 46 equipes. - Ampliação de 35 para 42 o número de equipes no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) -Implantar 3 equipes NASF,		01 UPA 04 UBDS 14 USF com 30 equipes SF 26 UBS 03 unidades (AB + especialidade) 18 UBS com 20 equipes de ACS		A cobertura populacional atual (maio/2013) para as Equipes de Saúde da Família é 13,9% e a cobertura populacional total com agentes comunitários de saúde (equipes de SF + equipes de ACS)é 30,9%.	604.682

Fonte: Plano Municipal de Saúde de 04 quadriênios de gestão (1997 a 2000; 2001 a 2004; 2005 a 2008; 2010 a 2013; 2014 a 2017) e Relatório do quadriênio 1997 a 2000.

* Seguindo a instrução do Planeja SUS, para que a periodicidade do plano de saúde municipal fosse correspondente ao Programação Plurianual (PPA), estendeu-se a validade do Plano Municipal de Saúde do quadriênio 2005 a 2008 para o ano de 2009

ANEXO 1

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902 - Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 186/2013

Ribeirão Preto, 29 de julho de 2013

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO AD REFERENDUM** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 29 de julho de 2013.

Protocolo CAAE: 13958013.7.0000.5393

Projeto: A dimensão política no trabalho em saúde: o caso dos enfermeiros na Atenção Básica de Ribeirão Preto-SP.

Pesquisadores: Ione Carvalho Pinto
Tânia Silva Gomes Carneiro

Em atendimento à Resolução 466/12, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Angelita Maria Stabile
Vice-Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

Prof. Dr. Ione Carvalho Pinto

Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

ANEXO 2

Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto
Estado de São Paulo - Secretaria Municipal da Saúde

Of. 3616/13 – GS

RACG/racg

Ribeirão Preto, 16 de agosto de 2013.

Senhora Orientadora,

Declaro ter lido e concordar com o parecer ético emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 196/96. Esta Secretaria Municipal da Saúde está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do Projeto de Pesquisa "A DIMENSÃO POLÍTICA NO TRABALHO EM SAÚDE: O CASO DOS ENFERMEIROS NA ATENÇÃO BÁSICA DE RIBEIRÃO PRETO" e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Solicito que os pesquisadores encaminhem à Secretaria Municipal da Saúde o Relatório Final ao encerrar a pesquisa.

Cordialmente,

Stênio Correia Miranda
Secretário Municipal da Saúde

Ilustríssima Senhora

Profª Dra. Ione Carvalho Pinto

Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

ANEXO 3

Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto

Estado de São Paulo - Secretaria Municipal da Saúde

Of. nº 1348/13
CAAP-fcp

Ribeirão Preto, 22 de abril de 2013.

Prezada Orientadora,
Profª. Drª. Ione Carvalho Pinto
Prezada pesquisadora
Tânia Silva Gomes Carneiro

A Diretora do Departamento de Atenção à Saúde das Pessoas – **Ilka Barbosa Pegoraro**; bem como a Chefe da Divisão de Enfermagem – Jane Aparecida Cristina; manifestaram a **concordância** para a coleta de dados do projeto de pesquisa **“A DIMENSÃO POLÍTICA NO TRABALHO EM SAÚDE: O CASO DOS ENFERMEIROS NA ATENÇÃO BÁSICA DE RIBEIRÃO PRETO-SP”**, nas dependências desta Secretaria da Saúde. Conforme despachos no Processo Administrativo 02 2013 018087 0. Liberação já fornecida anteriormente, porém houve errata anexada ao Processo Administrativo, por mudança no título da pesquisa, sem alterações nos demais itens.

Ressaltamos que vossa senhoria se apresente à coordenação dos serviços com antecedência para agendamento da pesquisa, tendo em vista as rotinas destes estabelecimentos de saúde.

Informo que a pesquisa somente poderá iniciar quando obtiver a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição proponente e a concordância da SMS-RP como instituição co-participante.

Cordialmente,

Apoiadora da COMISSÃO DE AVALIAÇÃO PROJETOS PESQUISA
Secretaria Municipal da Saúde

Fernanda Cristina Padial
CRB-8/8168

ANEXO 4

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902 - Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.0618
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 026/2014

Ribeirão Preto, 21 de fevereiro de 2014.

Prezada Senhora,

Comunicamos que as mudanças no projeto de pesquisa, abaixo especificado, foram analisadas e consideradas **APROVADAS AD REFERENDUM** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 21 de fevereiro de 2014.

Protocolo CAAE: 13958013.7.0000.5393

Projeto: A dimensão política no trabalho em saúde: o caso dos enfermeiros na Atenção Básica de Ribeirão Preto-SP.

Pesquisadores: Ione Carvalho Pinto
Tânia Silva Gomes Carneiro

Em atendimento à Resolução 466/12, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Prof. Dra. Angelita Maria Stabile
Vice-Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.
Prof. Dra. Ione Carvalho Pinto
Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

ANEXO 5

REUNIÃO EQUIPO TÉCNICA

Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto

Estado de São Paulo
Secretaria Municipal da Saúde
www.saude.ribeiraopreto.sp.gov.br

Gabinete do Secretário

OF. CIRC. 05/14 – GS
RAS/ras

Ribeirão Preto, 29 de janeiro de 2014.

Prezado(a) Senhor(a),

Dirijo-me a Vossa Senhoria a fim de encaminhar em anexo a Resolução nº 07 de 14 de maio de 2012, que regulamenta as áreas de abrangência das unidades de saúde com a finalidade de estabelecer parâmetros demográficos e epidemiológicos de atuação das equipes de saúde.

Enfatizo que a área de abrangência é um instrumento para facilitar o acesso de usuários aos serviços de saúde, e não para impedi-lo.

Reafirmo as diretrizes desta Secretaria Municipal da Saúde a esse respeito, que são:

- 1) - Atender a todos os usuários que solicitam nossos serviços, independente de quaisquer pré condições, como idade, gênero, local de residência, condição socioeconômica, religião, convicções pessoais, etc., não se admite recusa de atendimento a pretexto de não residir o usuário na área de abrangência da Unidade.
- 2) - Ao incluir dados pessoais, inclusive endereço, no cadastro do usuário no sistema hygia, a fonte de informações deve ser o próprio usuário ou, no caso de incapaz, seu responsável. Devemos admitir como verdadeiras as informações que o usuário nos fornece de viva voz. Portanto, **não há necessidade, e muito menos obrigatoriedade, de apresentar qualquer tipo de comprovante para os dados informados.** Evidentemente, se o usuário não sabe informar todos os dados necessários, deve recorrer a documentos pessoais ou outros que o auxiliem a complementar as informações, mas, repito e enfatizo, tais documentos não são obrigatórios.

Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto

Estado de São Paulo
Secretaria Municipal da Saúde
www.saude.ribeiraopreto.sp.gov.br

Gabinete do Secretário

3) - A exigência de comprovante de endereço é descabida e desautorizada por esta Secretaria Municipal da Saúde, não há comprovante mais confiável que a informação do próprio usuário.

4) - Usuários residentes em outros municípios devem ser cadastrados com seus endereços originais. O funcionário responsável pela inclusão de dados no cadastro hygia deve assegurar ao usuário que ele será atendido, mesmo sendo morador em outro município, e que não há necessidade de apresentar endereço falso. Precisamos ter dados fidedignos de atendimentos a pessoas residentes em outras cidades, para informar ao ministério da saúde a real dimensão de nossa demanda.

Peço que seja dado amplo conhecimento dessas orientações e dos termos da Resolução nº 07 de 14 de maio de 2012 a todos os servidores de sua unidade.

agradeço a colaboração.

Estando à disposição para o que for necessário,

Cordialmente,

STÊNIO CORREIA MIRANDA
Secretário Municipal da Saúde

ANEXO 6

Diário Oficial

RIBEIRÃO PRETO - SP

Quarta-feira, 16 de Maio de 2012

PORTARIA Nº 73/2012

Dr. Stênio José Correia Miranda, Secretário Municipal da Saúde de Ribeirão Preto, no uso de suas atribuições legais, com base nos artigos 259 e 260 da Lei nº 3.181 de 23/07/76, prorroga por sessenta dias a partir de 16/05/2012 o prazo para conclusão da Sindicância Administrativa Investigatória nº 499/2011 instaurada pela Portaria nº 49/2012.

Ribeirão Preto, 15 de maio de 2012
DR. STÊNIO JOSÉ CORREIA MIRANDA
 Secretário Municipal da Saúde

RESOLUÇÃO Nº 07

DE 14 DE MAIO DE 2012

STÊNIO JOSÉ CORREIA MIRANDA, Secretário da Saúde do Município de Ribeirão Preto, no uso de suas atribuições e, considerando os princípios constitucionais de acesso universal à saúde, integralidade e equidade de assistência; considerando os princípios organizativos da hierarquização e regionalização da assistência; considerando as responsabilidades legais do município para organização de Atenção Básica; considerando o crescimento populacional de Ribeirão Preto; considerando a necessidade de redefinição das áreas de abrangência das Unidades de Atenção Básica de acordo com os setores censitários do IBGE; considerando a relevância da obtenção de dados reais sobre a população de cada setor censitário; considerando a necessidade de trabalhar com indicadores precisos para o planejamento e monitoramento das ações de saúde;

Considerando que o vínculo entre o usuário do sistema de saúde e a equipe responsável pela assistência é condição essencial para a execução de boas práticas em prevenção, promoção e recuperação da saúde; considerando a necessidade de padronizar as regiões do território para todos os órgãos municipais;

RESOLVE:

- Artigo 1º - Redefinir as áreas de abrangência das Unidades de Saúde segundo o Anexo I, publicado no portal Internet da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, no endereço http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssaudef/rede/accensitarias_ubs_nsf.pdf.
- Artigo 2º - Para efeito de acesso aos serviços de saúde, o conceito de área de abrangência subordina-se ao princípio da universalidade e à pré-existência de vínculo entre usuário e equipe de assistência.
- Artigo 3º - As áreas de abrangência das Unidades de Saúde são parâmetros para:
- Distribuição de domicílios e famílias por agente comunitário;
 - Redefinição do processo de territorialização;
 - Distribuição populacional de acordo com características

demográficas e epidemiológicas para cálculo de indicadores; d) Elaboração do planejamento das ações no âmbito das Unidades.

Artigo 4º - O acesso da população às Unidades de Saúde deve seguir preferencialmente a definição de áreas de abrangência estabelecida no Anexo I desta Resolução.

Artigo 5º - A definição de áreas de abrangência por Unidade de Saúde tem o propósito de organizar e facilitar o acesso do usuário aos serviços e subsidiar o planejamento das ações no âmbito de cada Unidade.

Artigo 6º - Caberá à Divisão de Planejamento, com base nos dados demográficos e nos setores censitários estabelecidos pelo IBGE, definir as áreas de abrangência das Unidades de Saúde do município, ouvido o Conselho Municipal de Saúde.

Artigo 7º - Haverá um período de transição entre a situação atual e a consolidação das áreas de abrangência como referência para a prestação de assistência em saúde à população.

Parágrafo Primeiro - Durante o processo de consolidação e para que fiquem preservados os princípios da universalidade, da integralidade e da equidade, é garantido o atendimento do usuário na Unidade por ele escolhida;

Parágrafo Segundo - Serão ouvidos os gestores locais e as Comissões Locais de Saúde, onde estiverem legalmente constituídas, para esclarecimentos a respeito do processo de transição e para as adaptações pertinentes e concordantes com os objetivos desta Resolução.

Artigo 8º - Esta resolução entrará em vigor na data de sua publicação no Diário Oficial do Município.

STÊNIO JOSÉ CORREIA MIRANDA
 Secretário Municipal da Saúde

UE 02.09.10

ADMINISTRAÇÃO INDIRETA**Daerp**

Departamento de Água e Esgotos de Ribeirão Preto

PORTARIA Nº 73

DE 15 DE MAIO DE 2012

Engº JOAQUIM IGNÁCIO DA COSTA NETO, Superintendente do DAERP - Departamento de Água e Esgotos de Ribeirão Preto, usando das atribuições que lhe são conferidas por Lei Municipal e Regime Interno, Pela presente, exonera a pedido a Sra. **TALITA DANIELE RODRIGUES VENDERAS**, RG. nº 41.659.390-2, da função de confiança de Chefe da Seção de Laboratório, Símbolo C-5, deste Departamento de Água e Esgotos de Ribeirão Preto, a partir de 14 de maio de 2012.

CUMPRASE
ENGº JOAQUIM IGNÁCIO DA COSTA NETO
 Superintendente

DAERP/D.S.

Diário Oficial

ÓRGÃO OFICIAL DO MUNICÍPIO DE RIBEIRÃO PRETO - SP

Imprensa Oficial do Município de Ribeirão Preto

Lei nº 1.482 de 20/novembro/1964
 Lei nº 2.591 de 10/janeiro/1972

Dárcy da Silva Vera
 Prefeita Municipal

Davi Mansur Cury
 Diretor Superintendente Coderp

Eli ezer Guedes Furtado
 Jornalista Responsável - MTB 35.618

Carlos Cesar Pires de Sant'Anna
 Gerente da Imprensa Oficial

Administração/Redação/Impressão

Rua Soldanê Marinho, 834 - Centro
 Cep 14010-060 - Ribeirão Preto - SP

Telefones

Recepção 3977-8290
 Fax 3977-8293

Assinatura

Semestral R\$ 140,00
 Anual R\$ 280,00

Tiragem

500 exemplares

E-mail: imprensaoficial@coderp.com.br

Pesquisa Edições:
www.ribeiraopreto.sp.gov.br

Índice sequencial

PODER EXECUTIVO
 Gabinete da Prefeita
 (Portarias, Ofícios, Leis Ordinárias, Leis Complementares, Decretos, Resoluções)

ADMINISTRAÇÃO DIRETA
 Secretarias Municipais
 (Portarias, Ofícios, Resoluções)

ADMINISTRAÇÃO INDIRETA
 Autarquias, Empresas Públicas, Fundações e Sociedade de Economia Mista.
 (Portarias, Ofícios, Resoluções)

LICITAÇÕES E CONTRATOS
 (Atos de Administração Direta e Indireta)

CONCURSOS PÚBLICOS
 (Atos de Administração Direta e Indireta)

PODER LEGISLATIVO
 (Atos Gerais)
 INEDITORIAIS
 (Diversos de terceiros)