

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA - PPG-SP

GUILHERME DE SOUSA BARBOSA

Gestão compartilhada com organização social: repercussões nos processos
e relações de trabalho e na gestão do Centro de Saúde Escola Butantã

São Paulo

2023

GUILHERME DE SOUSA BARBOSA

Gestão compartilhada com organização social: repercussões nos processos e relações de trabalho e na gestão do Centro de Saúde Escola Butantã

Versão Revisada

Dissertação apresentada à Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Área de Concentração: Saúde Pública

Orientadora: Profa. Dra. Carinne Magnago

São Paulo

2023

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.

Catálogo da Publicação

Ficha elaborada pelo Sistema de Geração Automática a partir de dados fornecidos pelo(a) autor(a)
Bibliotecária da FSP/USP: Maria do Carmo Alvarez - CRB-8/4359

Barbosa, Guilherme

Gestão compartilhada com organização social :
repercussões nos processos e relações de trabalho e na
gestão do Centro de Saúde Escola Butantã / Guilherme
Barbosa; orientadora Carinne Magnago. -- São Paulo, 2023.
135 p.

Dissertação (Mestrado) -- Faculdade de Saúde Pública da
Universidade de São Paulo, 2023.

1. Atenção Primária à Saúde . 2. Serviços Terceirizados.
3. Recursos Humanos. 4. Gestão em Saúde. 5. Medicina de
Família e Comunidade. I. Magnago, Carinne , orient. II.
Título.

Nome: BARBOSA, Guilherme de Sousa

Título: Gestão compartilhada com organização social: repercussões nos processos e relações de trabalho e na gestão do Centro de Saúde Escola Butantã

Dissertação apresentada à Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Profa. Dra.

Instituição:

Julgamento:

Profa. Dra.

Instituição:

Julgamento:

Prof. Dr.

Instituição:

Julgamento:

Dedico este texto aos trabalhadores e trabalhadoras do SUS, que longe de serem heróis ou heroínas, desdobram-se na garantia de um direito diversas vezes ameaçado, muitas vezes em condições inadequadas ou mesmo insalubres. Diante de infinitas contradições, auxiliam e cuidam da classe trabalhadora brasileira.

AGRADECIMENTOS

À minha mãe Erika Alves Fantini que muito abdicou para que eu conseguisse ir mais longe. Esse trabalho é muito pequeno perto de tudo que você fez. E ao meu companheiro Guilherme Antoniacomi Pereira que partilha vida, planos e confabulações para uma sociedade melhor e mais justa.

Agradeço à minha orientadora Carinne Magnago pela presteza e disposição e paciência com um orientando diversas vezes desorientado. Obrigado pela parceria e por vezes coragem.

Agradeço aos entrevistados e entrevistadas pela prontidão em aceitar responder às minhas perguntas. Talvez elas tenham provocado reflexões mobilizadoras, antes mesmo dos resultados. Essa era a intenção. De qualquer forma, acredito que mobilizaram afetos e memórias. Sem essas pessoas, essa pesquisa perderia sentido.

Agradeço aos trabalhadores e trabalhadoras do CSEB, aos que vieram, aos que estão, e, espero, aos que virão. Esse serviço é símbolo da resistência e resiliência das pessoas que o constroem. Ele passou por tempos difíceis e conseguiu se manter graças àqueles que construíram e constroem sua história.

LISTA DE SIGLAS

ACS - Agente Comunitário de Saúde

ADUSP - Associação dos Docentes da USP

APS - Atenção Primária à Saúde

CSEB - Centro de Saúde-Escola Samuel Barnsley Pessoa / Butantã

CLT - Consolidação das Leis de Trabalho

ESF - Estratégia Saúde da Família

FFM - Fundação Faculdade de Medicina

FMUSP - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

MFC - Medicina de Família e Comunidade

OSS - Organização Social de Saúde

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

PSF - Programa de Saúde da Família

SES/SP - Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo

SMS/SP - Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo

SPDM - Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

USP - Universidade de São Paulo

UNESP - Universidade Estadual de São Paulo

RESUMO

BARBOSA, G. S. **Gestão compartilhada com organização social:** repercussões nos processos e relações de trabalho e na gestão do Centro de Saúde Escola Butantã. 2023. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2023.

O Centro de Saúde Escola Samuel Barnsley Pessoa "Butantã" (CSEB) é um serviço de saúde de Atenção Primária à Saúde (APS) gerido pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) que sempre trabalhou com atividades docentes para alunos de graduação, residência médica, especialização e aprimoramento profissional. Este serviço vinha sofrendo cortes financeiros que repercutiram no quadro de trabalhadores e na restrição das atividades assistenciais desempenhadas. Em 2020, foi assinado um Termo de Cooperação e Gestão Compartilhada entre a Secretaria Municipal de Saúde de São de Paulo (SMS/SP), a Reitoria da USP e a Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM), organização social de saúde (OSS) que atualmente gere vários serviços de saúde na cidade. O presente trabalho buscou, por meio de um estudo de caso exploratório e descritivo, discutir as repercussões da assinatura desse termo nos processos de trabalho, nas relações de trabalho entre trabalhadores e na gestão do serviço. Para isso, foram realizadas pesquisa bibliográfica, pesquisa documental, e pesquisa de campo por meio de entrevistas semiestruturadas com trabalhadores e gestores do serviço. Percebe-se que há uma preocupação sobre como se manterão as atividades de ensino e pesquisa, sendo atravessadas por um contrato de gestão que privilegia uma assistência baseada em metas de quantidade. Houve mudanças no acesso ao serviço e no conhecimento sobre o território e as demandas de saúde que não chegavam ao serviço. Os processos de trabalho e as escalas tiveram que ser acomodadas com a chegada dos novos trabalhadores, trazendo desconfortos e conflitos. Apesar do termo manter a gestão do serviço como prerrogativa da FMUSP, houve mudanças na forma de gerir o CSEB e pressões externas reconfiguraram as forças organizativas, já que incluíram uma nova entidade, a OSS, colocando em xeque a autonomia do serviço. Por fim, há um consenso sobre a precarização dos vínculos de trabalho com os novos trabalhadores. As diferenças dos contratos segregam os grupos de diferentes contratos, uma vez que uma parte deles é mais vulnerável, colocando-os, muitas vezes, em lados opostos.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Serviços Terceirizados; Recursos Humanos; Gestão em Saúde; Medicina de Família e Comunidade.

ABSTRACT

BARBOSA, G. S. **Shared management with social organization: repercussions on work processes and relationships and on the management of the Butantã School Health Center.** 2023. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2023.

The Samuel Barnsley Pessoa "Butantã" School Health Center (CSEB) is a Primary Health Care (PHC) health service managed by the Faculty of Medicine of the University of São Paulo (FMUSP) that has always worked with teaching activities for undergraduate students, medical residency, specialization and professional improvement. This service had been suffering financial cuts that had repercussions on the workforce and on the restriction of the assistance activities carried out. In 2020, a Term of Cooperation and Shared Management was signed between the Municipal Health Secretariat of São de Paulo (SMS/SP), the Rectory of USP and the São Paulo Association for the Development of Medicine (SPDM), a social health organization (OSS) which currently manages several health services in the city. The present work sought, through an exploratory and descriptive case study, to discuss the repercussions of signing this term in the work processes, in the work relations between workers and in the management of the service. For this, bibliographic research, documentary research, and field research were carried out through semi-structured interviews with workers and service managers. It is perceived that there is a concern about how the teaching and research activities will be maintained, being traversed by a management contract that favors assistance based on quantity targets. There were changes in access to the service and knowledge about the territory and the health demands that did not reach the service. Work processes and schedules had to be accommodated with the arrival of new workers, bringing discomfort and conflicts. Despite the term maintaining service management as a prerogative of FMUSP, there were changes in the way CSEB was managed and external pressures reconfigured the organizational forces, as they included a new entity, the OSS, jeopardizing the service's autonomy. Finally, there is a consensus on the precariousness of work ties with new workers. Differences in contracts segregate groups of different contracts, since a part of them is more vulnerable, often placing them on opposite sides.

Keywords: Primary Health Care; Outsourced Services; Workforce; Health Management; Family Practice.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 PRESSUPOSTOS E JUSTIFICATIVA	13
3 OBJETIVOS	16
3.1 GERAL	16
3.2 ESPECÍFICOS	16
4 PERCURSO METODOLÓGICO	17
5 DO CONTEXTO HISTÓRICO AO CENÁRIO DO ESTUDO	21
5.1 O PRIMEIRO MODELO TECNOLÓGICO: O "CAMPANHISMO"	21
5.2 O SEGUNDO MODELO TECNOLÓGICO: A EDUCAÇÃO SANITÁRIA E A ASCENSÃO DOS CENTROS DE SAÚDE	23
5.3 A REFORMA LESER E O TERCEIRO MODELO TECNOLÓGICO DA SAÚDE PÚBLICA PAULISTA: A PROGRAMAÇÃO EM SAÚDE	29
5.4 CENTROS DE SAÚDE ESCOLA PAULISTAS	38
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO	47
6.1 A SOLUÇÃO PARA A CONTRATAÇÃO: DO CONVÊNIO CONSTRUÍDO AO TERMO IMPOSTO	47
6.2 AS MUDANÇAS DOS PROCESSOS DE TRABALHO	64
6.3 OS NOVOS TRABALHADORES INDUZINDO MUDANÇAS NOS PROCESSOS DE GESTÃO	76
6.4 EPIDEMIOLOGIA E CLÍNICA RECOLOCADAS EM DISPUTA	89
6.5 A PRECARIZAÇÃO DOS CONTRATOS COMO RAZÃO PARA CONFLITOS	94
6.6 UM FUTURO INCERTO E UM PROJETO EM CURSO	103
6.7 O AUTOR-TRABALHADOR-PESQUISADOR IMPLICADO	107
7 CONCLUSÕES	112
REFERÊNCIAS	116
APÊNDICE I	126
APÊNDICE II	127
ANEXO I	130
ANEXO II	134
ANEXO III	135

1 INTRODUÇÃO

Antes de iniciar essa dissertação, faz-se necessário localizar-me no cenário de observação do estudo. Fazê-lo oferece coerência e cronologia no desenvolver da linha de pesquisa e do pensamento que norteou o texto.

Sou médico de família e comunidade e trabalho no Centro de Saúde Escola Samuel Barnsley Pessoa, mais popularmente conhecido como Centro de Saúde Escola Butantã (CSEB).

Esse serviço foi constituído, inicialmente, por um Convênio de Assistência à Saúde entre a Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo (SES/SP) e a Faculdade de Medicina da Universidade São Paulo (FMUSP). Sempre trabalhou com atividades docentes para alunos de graduação, residência médica, especialização e aprimoramento profissional e constitui campo de estágio para profissionais da área. É administrado pelo Departamento de Medicina Preventiva da FMUSP, mas também conta com a supervisão técnica de outros departamentos desta faculdade. O serviço é, portanto, docente-assistencial, e foi fundado em 1977, na cidade de São Paulo, buscando atender às demandas de saúde da população do bairro Butantã (NASSER et al., 2017; SCHRAIBER et al., 1996).

O convênio que existiu entre a SES/SP e a Universidade de São Paulo (USP) durou até 2006. A partir da inserção da cidade de São Paulo, em 2001, no Sistema Único de Saúde (SUS), a Secretaria Municipal de Saúde (SMS/SP) passa a ser interlocutora privilegiada e a fornecer insumos ao serviço, que vem implementando as estratégias propostas em sua área de abrangência (NASSER et al., 2017).

Até 2017, a parceria entre a FMUSP e a SMS/SP não era formalizada por nenhum instrumento legal que instrísse sobre as obrigações e resguardasse os interesses dessas instituições, a despeito da extensa área de cobertura do CSEB e suas contribuições para a Atenção Primária à Saúde (APS) municipal. Soma-se a essa instabilidade, a situação desfavorável das universidades estaduais paulistas que tiveram seus recursos cortados, culminando, no caso da USP, na redução do número de profissionais vinculados à Universidade. Além disso, houve dois programas de demissão voluntária entre 2015 e 2017 que reduziram significativamente o quadro de

profissionais da USP, prejudicando a assistência e o ensino (NASSER et al., 2017).

Para dar cabo da situação, ensaiou-se uma negociação que culminaria com a criação de um convênio entre a FMUSP e a SMS/SP, a exemplo do que ocorreu com o CSE Geraldo de Paula Souza, vinculado à Faculdade de Saúde Pública da USP, e o CSE Barra Funda, vinculado à Irmandade da Santa Casa (NASSER et al., 2017). De acordo com a Associação dos Docentes da USP (ADUSP, 2020), a solução para o que seria uma doença que o CSEB vinha sofrendo acabou sendo um remédio amargo demais, uma vez que foi assinado um Termo de Cooperação e Gestão Compartilhada¹ entre a SMS/SP, a FMUSP e a Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM). A SPDM é uma organização social de saúde (OSS) sem finalidade econômica ou lucrativa, contratada pela Prefeitura de São Paulo para gerenciamento e execução de ações e serviços de saúde em unidades da rede assistencial da Supervisão Técnica do Butantã² (USP; SPDM; PREFEITURA DE SÃO PAULO, 2020).

Com base nesse termo, a gestão do serviço continua sendo prerrogativa da FMUSP, ficando sob a responsabilidade da SPDM o fornecimento de materiais, insumos e profissionais para o serviço, os quais têm por obrigação cumprir e informar suas metas de trabalho, assim como a SMS/SP exige dos demais serviços de APS geridos por OSS. Nessa lógica, os trabalhadores funcionários da USP continuariam exercendo suas funções juntamente aos novos profissionais incorporados (USP; SPDM; PREFEITURA DE SÃO PAULO, 2020). Esse foi o momento em que minha história cruzou com a do CSEB. Sou um dos novos trabalhadores contratados pela SPDM para atuar em uma equipe de Estratégia Saúde da Família (ESF), nesse centro de saúde.

A autonomia e a tradição crítica em pensar políticas de saúde dotaram o CSEB de certa liberdade na experimentação de diferentes formas de

¹ Disponível no link: <https://www.adusp.org.br/wp-content/uploads/2020/11/termcoop.pdf>

² Supervisão Técnica de Saúde é uma subdivisão das Coordenadorias Regionais de Saúde da cidade de São Paulo. A SMS/SP divide o território da cidade em seis coordenadorias: Norte, Sul, Leste, Oeste, Sudeste e Centro. As coordenadorias são compostas por Divisão de Atenção à Saúde; Divisão Regional de Vigilância em Saúde; Divisão de Administração e Finanças; Divisão de Gestão de Pessoas, com a Escola Municipal de Saúde Regional - EMS Regional; Divisão de Parcerias e Contratação de Serviços de Saúde; e as Supervisões Técnicas de Saúde. No caso, a Supervisão Técnica do Butantã é subordinada à Coordenadoria Regional de Saúde Oeste (PREFEITURA DE SÃO PAULO, 2020a).

desenvolver a APS (SCHMIDT, 2013). Com o Termo de Cooperação e Gestão Compartilhada, a inserção da OSS e as determinações da SMS/SP sobre como desenvolver a APS, essa autonomia passou a ser posta à prova.

Em meio a esses embates, meus colegas e eu fomos contratados via OSS para instalar uma tecnologia de saúde diferente das construídas pelos profissionais sanitários que ali trabalharam por décadas. O que se percebe é que os diferentes processos de trabalho e vínculos empregatícios simultaneamente inseridos em um serviço que vinha sofrendo um desmonte e que não pereceu graças à resistência de seus antigos trabalhadores trouxe mudanças e tem feito dessa incorporação uma experiência espinhosa. É sobre essa conjuntura que esta pesquisa pretende se debruçar.

2 PRESSUPOSTOS E JUSTIFICATIVA

Cabe aludir ao tríplice papel do autor antes de justificar o estudo (CECILIO, 2014). É um lugar de estranhamento ser pesquisador, trabalhador e militante em defesa do SUS. Estranhamento partindo da falsa premissa de uma pesquisa imparcial, inerte, distante daquele que pesquisa (MARTINS FILHO; NARVAI, 2013). Esse estudo poderia ser cunhado como enviesado por ser desenvolvido por um autor tão implicado. Contudo, da minha percepção, não há lugar mais privilegiado do que este em que me encontro para observar/sofrer/intervir/estudar.

Merhy (2004) diz que todo pesquisador, além de sujeito epistêmico, ou seja, portador de teorias e métodos que lhe permitem se debruçar e estudar certos objetos da ciência, é um sujeito ideológico e interessado que dá valor a certas coisas e não a outras, que tem certas opções e não outras. Ele nos diz que somos pesquisadores e pesquisados, analisadores e analisados.

Portanto, trabalhar no CSEB e vivenciar o peso de sua história, seja enquanto seu construtor, entendendo-a viva, dinâmica, seja sendo cobrado a reverenciá-la, obriga-me a questionar, fazer perguntas de pesquisa, inclusive. Contudo, não haverá a pretensão de construir esse estudo de maneira apartada do processo, como não implicante ou implicado.

Outro papel que me cabe é o de trabalhador. O trabalhador moral como nos apresenta Cecilio (2007, p. 345):

É aquele que fará adesão automática a determinados conceitos, modos de se organizar o cuidado e modos de se fazer a gestão, formulados por militantes/intelectuais/gestores engajados na reforma sanitária, por serem eles, em princípio, justos e necessários. O trabalhador moral tanto adere de corpo e alma aos modelos de gestão mais “participativos e democráticos” propostos por aqueles atores, como consegue traduzir e implementar, na sua prática cotidiana, os conceitos que eles apresentam.

Esse questionamento também permeia o cotidiano do CSEB e a minha prática. Levanto questionamentos sobre quem mais deseja que sejamos esses trabalhadores. Seria a OSS que nos contrata, responsável por honrar a Consolidação das Leis de Trabalho (CLT) por meio do contrato que assinamos? Ou seriam os "especialistas" departamentalizados na universidade, gestores do

serviço e formuladores e pensadores da Reforma Sanitária Brasileira que, inclusive, serão referências bibliográficas recorrentes desse estudo? A quem mais interessa que sejamos atores desistorizados, desterritorializados e prontos a orientarmos, de forma automática, nossas práticas por diretrizes pré-definidas? (CECILIO, 2007).

Essas perguntas não têm o objetivo de criar princípios maniqueístas de melhor ou pior gestor, definir se algum oprime mais ou menos, pelo contrário. A ideia é complexificar o debate à medida que os próprios trabalhadores fornecerem suas impressões. Também não têm o objetivo de nos eximir de nosso papel enquanto protagonistas do trabalho desenvolvido, posto que o trabalho em saúde não é apartado da micropolítica construída pelos encontros entre os trabalhadores e os usuários, entre as institucionalidades estabelecidas pelos encontros e desencontros dos trabalhadores entre si. A tentativa de controle e coerção dessas atividades por parte de qualquer gestor toca, mas não assassina o cuidado e os descuidados realizados por nós trabalhadores (CECILIO, 2007).

Esse estudo também pode ser justificado por essa perspectiva: a tentativa ousada de romper com a lógica do trabalhador moral, questionando o pré-estabelecido e compreendendo a micropolítica do trabalho, inclusive utilizando-a como um pressuposto para o trabalho e a pesquisa em saúde.

Por fim, o papel de militante. Enquanto trabalhador da saúde fui formado e forjado dentro e pelo SUS. Não conheci outra experiência de Saúde Pública brasileira e desconheço as experiências prévias ao SUS. Esse dado passa a ser relevante quando, enquanto autor, li e coletei informações de outros autores e autoras que participaram da construção desse sistema, viram-no ser constitucionalizado e operam, atualmente, enquanto gestores e pesquisadores. A minha perspectiva é diferente e vem em um tempo e contexto diferentes. É inegável que essa temporalidade estará impressa nesse estudo.

Enquanto militante também participei de diversos debates acerca da terceirização do SUS, das empresas, organizações e fundações que recebem repasses públicos para gerir bens públicos e garantir direitos sociais, e de suas consequências para trabalhadores e usuários. Ser, atualmente, trabalhador de uma dessas empresas, prestador de serviços de saúde terceirizado, dentro de uma instituição pública vinculada a uma universidade pública, pode ser

paradoxal quando se reflete sobre os vetores de força aos quais sou e somos submetidos.

Ao delimitar a pesquisa e buscar uma pergunta sobre a qual me dedicaria estudar, ao coletar informações, fazer anotações, encontrei algo que poderia ser entendido como um entroncamento desses lugares: o Termo de Cooperação e Gestão Compartilhada, que desperta sentimentos variados entre os trabalhadores e se torna mais um capítulo da longa história desse serviço. Pode ser exclusivo dele, o que tornaria esse estudo cientificamente irrelevante, visto que não é reproduzível, mas provavelmente encontra paralelos em diversos serviços, de diferentes níveis de atenção à saúde que reúnem trabalhadores com diferentes vínculos. Fato é que esse instrumento tem gerado repercussões nos processos de trabalho e de cuidado que, acredito, precisam ser analisados.

As dificuldades e intempéries, nesse caso específico, estimulam a busca pela compreensão de como as mudanças pelas quais esse serviço está passando podem ser explicadas, se são passíveis de sê-lo, e ouvir e partilhar a narrativa dos trabalhadores implicados. Trazer esses questionamentos à luz da produção científica formal e publicizá-los pode contribuir para outras realidades e, principalmente, para o próprio CSEB, seus trabalhadores e seus usuários.

3 OBJETIVOS

3.1 GERAL

Discutir as repercussões da gestão compartilhada entre a SMS/SP, FMUSP e a SPDM nos processos e relações de trabalho e na gestão do CSEB.

3.2 ESPECÍFICOS

- Compreender o processo que culminou na assinatura do Termo de Cooperação e Gestão Compartilhada entre a SMS/SP, FMUSP e SPDM;
- Conhecer a percepção dos trabalhadores e gestores do CSEB sobre o Termo de Cooperação e Gestão Compartilhada e os processos de gestão do serviço;
- Conhecer a percepção dos trabalhadores e gestores do CSEB sobre as mudanças nos processos de trabalho após a incorporação de novos trabalhadores via OSS;
- Conhecer e discutir como o termo pode ter interferido nas relações de trabalho entre os profissionais do serviço.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de um estudo de caso único, exploratório e descritivo, desenvolvido no município de São Paulo, SP, cujo cenário foi o CSEB.

O estudo de caso consiste em uma investigação empírica de um fenômeno dentro de seu contexto real, que abrange desde o planejamento do projeto de pesquisa à coleta e análise dos dados. Pode ser classificado como caso único, quando o foco recai sobre uma única unidade de análise, caso desta pesquisa; ou de casos múltiplos, quando um mesmo estudo contém mais de uma unidade de análise. Pode ser exploratório, descritivo ou explanatório; combinar abordagens qualitativas e quantitativas; e utilizar diversas técnicas para a coleta e análise de dados (YIN, 2015).

Em se tratando desta pesquisa, é exploratória porque buscou proporcionar maior familiaridade com o fenômeno em perspectiva, que ainda é pouco explorado; e é descritiva, porque se propôs a descrever as características deste mesmo fenômeno (GIL, 2010). É, ainda, multimétodo, pois, orientou-se pelos objetivos delineados e visando ampliar a compreensão das questões levantadas por esta pesquisa, empregou diferentes técnicas qualitativas de coleta e análise de dados (ANGUERA et al., 2018), quais foram: pesquisa bibliográfica, pesquisa documental e pesquisa de campo.

A pesquisa bibliográfica se fundamenta em fontes secundárias, produtos de diferentes autores sobre um determinado tema de interesse. Utiliza-se, portanto, de informações que foram previamente trabalhadas por outros estudiosos e, por isso, consideradas de domínio científico. O estudo documental vale-se da utilização de materiais que ainda não receberam tratamento analítico e que proporcionam melhor visão do problema estudado ou, então, hipóteses que conduzem a sua verificação por outros meios (GIL, 2010).

A pesquisa de campo, por sua vez, permite o aprofundamento das questões propostas, focalizando em uma determinada comunidade, que, no caso do presente estudo, consiste em uma comunidade de trabalho. Assim, a pesquisa é desenvolvida por meio da observação direta das atividades do grupo estudado e/ou de entrevistas com atores chaves a fim de apreender suas explicações e interpretações do que ocorre no contexto em que estão inseridos

(GIL, 2010). Para Minayo (2001), esse tipo de pesquisa tenta se aproximar do objeto de estudo e desenvolver novos conhecimentos, partindo da materialidade concreta desse cenário.

Com a finalidade de construir o arcabouço e o percurso teórico foram levantadas referências bibliográficas que dialogam com os documentos coletados e com a realidade cotidiana dos trabalhadores desse serviço e a consequente prestação de serviço em saúde. Nesse sentido, não foram adotados critérios explícitos e sistemáticos de busca, e a seleção, análise e interpretação das informações estiveram sujeitas à subjetividade do pesquisador (ROTHER, 2007).

O CSEB, como já dito, acumula histórias de construção de debate interno em saúde que transcenderam seus muros e contribuíram para a formulação de tecnologias e políticas de saúde em diferentes níveis de gestão, incluindo linhas de produção de cuidado, matriciamento, educação permanente, diagnóstico de saúde, planejamento e avaliação (NASSER et al., 2017).

Nesse sentido, buscar documentos como atas de reuniões do serviço, do Conselho Diretor, dos sindicatos, jornais e outros documentos que ajudaram a construir a história escrita desse serviço foi constituinte do processo de coleta de dados. Diversos documentos referentes ao CSEB foram transferidos para o Museu Histórico da FMUSP com a finalidade de catalogação e arquivamento. Para a utilização desse material, foi assinado termo de autorização de uso de imagens do acervo desse museu (ANEXO III).

Por fim, o elemento vivo que dá tônus e voz ao serviço e à pesquisa - a perspectiva dos trabalhadores e gestores - foi colhida por meio de entrevistas semiestruturadas. Para Gil (2008, p. 109), a entrevista pode ser definida “como técnica em que o entrevistador se apresenta frente ao investigado e lhe formula perguntas, com o objetivo de obtenção dos dados que interessem à investigação”. Quanto ao subtipo semiestruturado, Triviños (1987, p. 146) o descreve como:

Em geral, aquela que parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses, que interessam à pesquisa, e que, em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas do informante. Desta maneira, o informante, seguindo

espontaneamente a linha de seu pensamento e de suas experiências dentro do foco principal colocado pelo investigador, começa a participar na elaboração do conteúdo da pesquisa.

A proposta foi entrevistar atores e atrizes que atuam na assistência e na gestão do serviço, buscando-se garantir paridade entre profissionais vinculados à USP e à OSS. Foram incluídos dois médicos/médicas; dois enfermeiros/enfermeiras; dois gestores/gestoras da Direção Técnica; um membro do Conselho Diretor, representando a gestão da FMUSP; e um membro da gestão da OSS, que contribuiu no processo de articulação do Termo de Cooperação e a contratação dos novos profissionais. No sentido de apoiar a descrição historiográfica do CSEB e devido a recorrentes citações entre os demais entrevistados, também optei por incluir outros sujeitos, agentes participantes da história do Centro, sendo uma antiga trabalhadora e militante pela defesa do CSEB e a gestora anterior da Direção Executiva.

Associadas a esses dados, foram incluídas as anotações de campo que foram sendo construídas por este pesquisador/trabalhador implicado na realidade que se pretendeu estudar. As anotações de campo refletem o processo de coleta e análise de informações, compreendendo as descrições de fenômenos sociais, suas possíveis explicações e a pretensa compreensão da totalidade da conjuntura estudada (TRIVIÑOS, 1987). Tratam-se, portanto, de notas analítico-reflexivas, uma vez que não têm sido meramente relatadas como descritivas e trazem consigo as ideias e os questionamentos deste autor, à medida que as apreende.

As entrevistas foram realizadas ao longo do ano de 2022, sob a orientação de um roteiro com perguntas previamente definidas, mas aberto a indagações adicionais (APÊNDICE I). Os diálogos foram gravados em áudio, transcritos e examinados por meio da técnica de análise de conteúdo, que permite encontrar respostas para questões formuladas, confirmar ou não hipóteses levantadas e descobrir o que está por trás dos conteúdos manifestos, indo além das aparências do que está sendo comunicado (MINAYO, 2001).

Dentre as técnicas descritas como tipos de análise de conteúdo foi utilizada a análise temática. Este tipo busca reunir as unidades de significação à medida que se tornam frequentes no discurso e as correlaciona com as demais fontes de informação levantadas previamente (MINAYO, 2013). Para

cumpri-la foram encadeadas uma sequência de etapas.

A primeira etapa foi a pré-análise, na qual foram levantados os documentos a serem analisados, retomadas as hipóteses e os objetivos iniciais da pesquisa, reformulando-os face ao material coletado. Essa etapa foi dividida em leitura flutuante, consistindo em contato exaustivo com o material e permitindo-se impregnar com o conteúdo, e na constituição de corpus, no qual organizou-se o material a fim de responder a algumas normas de validade como exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência. Pressupôs-se, então, a determinação da unidade de registro, da unidade de contexto, os recortes, a forma de categorização, a modalidade de codificação e os conceitos teóricos mais gerais que orientarão a análise (MINAYO, 2013).

A segunda etapa se deu pela exploração do material em que foram recortados trechos afins e reagrupados em categorias. E, por fim, na terceira etapa, os resultados brutos foram desencadeados em inferências (MINAYO, 2013) e correlacionados com os documentos oficiais levantados e a literatura científica acerca do tema, buscando o diálogo entre o que foi averiguado localmente e outras experiências já descritas.

O projeto de pesquisa foi preliminarmente submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da USP, via Plataforma Brasil, tendo sido aprovado sob o Parecer nº 5.059.290, de 25 de outubro de 2021 (ANEXO I). A sua implementação observou todos os critérios prescritos pela legislação que rege as normas para pesquisas envolvendo seres humanos.

Os sujeitos foram convidados a participar voluntariamente do estudo e foram informados sobre seus propósitos, os procedimentos de coleta de dados, os riscos e benefícios de sua participação e o seu direito de recusa e de garantia de privacidade. Seus nomes não foram e não serão identificados, sendo substituídos por letras do alfabeto (Q, R, S, T, U, W, X, Y, Z), de maneira aleatória. Demais nomes que, porventura, tenham sido citados nas entrevistas também foram ocultados e substituídos por suas funções. A anuência dos entrevistados foi registrada via Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias (APÊNDICE II). Ressalta-se que a instituição onde a pesquisa foi realizada - CSEB - foi informada e assentiu o desenvolvimento do estudo (ANEXO II).

5 DO CONTEXTO HISTÓRICO AO CENÁRIO DO ESTUDO

Dentre os primeiros questionamentos que surgiram quando iniciei o trabalho no CSEB, vindo de uma experiência formativa em uma equipe de ESF, o mais retumbante e ainda sem resposta era: o que é um centro de saúde? Era importante saber onde eu seria alocado até mesmo para entender como executar minhas funções.

Essa indefinição veio acompanhada de outras questões: como este serviço se articula com a Rede de Atenção Primária à Saúde e com as demais redes, como a de Assistência Social e de Atenção Psicossocial? Como dialoga com os demais aparelhos estatais e não estatais do território em que estava inserido?

Essa seção não pretende dar uma resposta objetiva e concisa sobre o que é um centro de saúde. Acredito que esse aparelho de saúde, por meio de seus trabalhadores, também vem se questionando, de tal forma que não haverá uma resposta conceitual. Contudo, busca-se traçar a origem dele e das políticas que o estruturaram, para que seja possível desenhar linhas de continuidade do passado com o presente.

A fim de organizar essa exploração histórica, faz-se necessário separar momentos históricos de acordo com as políticas sanitárias instaladas no estado de São Paulo. Neste estudo, esse processo foi feito a partir das tecnologias de organização do trabalho em saúde instaladas ao longo das últimas décadas. Tecnologia em saúde, de acordo com Gonçalves (1994), é o conjunto de saberes e instrumentos que expressa, nos processos de produção de serviços, a rede de relações sociais em que seus agentes articulam sua prática em uma totalidade social.

5.1 O PRIMEIRO MODELO TECNOLÓGICO: O "CAMPANHISMO"

O estado de São Paulo delimitou as primeiras formas de institucionalização sanitária entre os séculos XIX e XX. O desenvolvimento regional e a explosão de epidemias pressionaram os órgãos públicos a tomar providências sanitárias. Somado a esses fatores, devem ser apontados os tensionamentos políticos entre as oligarquias locais e o governo central. Essa

disputa de poderes permeou a tomada de medidas ora centralizadas, ora descentralizadas durante esse período delimitado (GONÇALVES, 1994). Essas variações no curso das políticas públicas de saúde do estado deram um caráter, por vezes, autônomo do resto do país.

A criação do Serviço Sanitário do Estado, em 1891, é considerada o início da história da Saúde Pública paulista (GONÇALVES, 1994). Até 1938, quando foi transformado em Departamento de Saúde do Estado de São Paulo, foi o principal órgão governamental de gestão dos serviços de saúde do país (FARIA, 2002). Antes da criação do Serviço Sanitário, as atividades sanitárias em São Paulo eram desempenhadas pela Inspetoria de Higiene, repartição organizada durante o Império, em 1884.

Gonçalves (1994) atribui esse avanço na política de saúde do estado às demandas sociais que emergiram no período, como a aceleração da imigração estrangeira, a expansão do café para o oeste, o crescimento vertiginoso das cidades ligadas à agroindústria, a diversificação das atividades urbanas e o início da industrialização, sendo estes eventos associados a presença de epidemias de febre amarela, febre tifóide, varíola, malária e cólera.

Em 1898, Emílio Ribas³ assumiu a diretoria desse Serviço e instaurou uma gestão “campanhista”⁴ de combate a algumas epidemias que, em certa medida, possibilitou o controle de algumas doenças, principalmente a febre amarela. Em 1903, um dos estudos desenvolvidos por Ribas consistia em trazer à Capital mosquitos infectados por febre amarela no interior para picarem voluntários, dentre eles o próprio Emílio Ribas, que caíram doentes. Um outro grupo de voluntários foi colocado em camas de enfermaria com lençóis contaminados por vômitos, urina e suor de pacientes com febre amarela e não contraíram a doença. Uma comissão especial, nomeada por

³ Emílio Ribas, médico sanitário, nasceu em 1862, em Pindamonhangaba. Em 1895, foi designado inspetor sanitário efetivo, com a função de combater a epidemia de febre amarela em várias cidades do interior paulista, principalmente em Jaú e Campinas, onde alicerçou sua opinião da não contagiosidade da doença, mas sim, de sua transmissibilidade por um vetor. Em 1898, com apenas 36 anos de idade, foi nomeado diretor efetivo do Serviço Sanitário. Também foi o responsável pela criação do Instituto Butantan. Morreu em 1925, aos 63 anos de idade (MASCARENHAS, 1973).

⁴ O modelo campanhista baseou-se em uma determinada epidemiologia de origem “bacteriológica”. O avanço científico na área de microbiologia possibilitou a identificação de agentes etiológicos e o conhecimento sobre seus ciclos de vida. Com esse conhecimento, as intervenções em saúde agiram sobre elos “mais frágeis” da cadeia situadas no “meio ambiente”. Dessa forma, doenças infecciosas de elevada incidência sofreram ações de saúde pública, por meio de campanhas, muitas vezes autoritárias, a fim de interromper os contágios (GONÇALVES, 1994).

Ribas, verificou, portanto, a transmissibilidade por meio de vetores (MASCARENHAS, 1973).

Esse experimento é simbólico desse primeiro modelo tecnológico baseado na Epidemiologia que permite a apreensão e intervenção no objeto de trabalho por meio das campanhas e da polícia sanitária (GONÇALVES, 1994). O aprofundamento técnico-científico em microbiologia que se propagou no período ampliou a concepção etiológica de adoecimento e embasou medidas sanitárias que buscaram interferir no ciclo de vida dos agentes infecciosos, por meio de ações sobre os hospedeiros. Isso deslocou as ações em saúde dos determinantes sociais e aproximou-as de controles de populações com a finalidade de interromper cadeias de contágio. Não por acaso, houve queda expressiva de óbitos por malária e varíola na capital durante a gestão de Ribas (MASCARENHAS, 1973).

Essas políticas associadas ao centralismo estadual promovidas pelo próprio Ribas (MOTA, 2019) substanciaram medidas de controle populacional, principalmente sobre as populações leigas, menos abastadas e menos afeitas à higiene (GONÇALVES, 1994).

Contudo, a urbanização e a proletarização da população com consequente piora das condições de vida, juntamente à intensificação de movimentos sociais urbanos, inviabilizaram o “campanhismo”. Esse modelo tecnológico, excessivamente autoritário, já não conseguia dar respostas às demandas populares de saúde que se avolumaram e que não se restringiram somente à erradicação de epidemias. Fez-se necessário mudar a estratégia de provimento de cuidado em saúde para algo mais consensual entre o Estado e as classes sociais. Encerrou-se, em 1925, a primeira fase da Saúde Pública paulista, sendo marcada pela figura de Ribas (NEMES, 1993; GONÇALVES, 1994; MOTA; SCHRAIBER, 2011).

5.2 O SEGUNDO MODELO TECNOLÓGICO: A EDUCAÇÃO SANITÁRIA E A ASCENSÃO DOS CENTROS DE SAÚDE

O modelo tecnológico na Saúde Pública paulista que sucedeu o "campanhista" é diversas vezes personificado na figura de Geraldo Horácio de

Paula Souza⁵. Em 1922, ele passou a gerir o Serviço Sanitário do Estado e marcou a sua gestão por empreender modificações substanciais na concepção do objeto de trabalho, que se constituíram na adição da educação sanitária como instrumento privilegiado (GONÇALVES, 1994).

A chegada de Paula Souza ao Serviço Sanitário foi mediada pela Fundação Rockefeller⁶, que veio ao Brasil como um dos braços da política imperialista estadunidense sobre as Américas (MELLO, 2010). Foi por intermédio dela que o Instituto de Hygiene, hoje Faculdade de Saúde Pública da USP, foi criado, sendo inicialmente gerido pela própria Rockefeller.

Sob a influência de Paula Souza, em 1925, o Serviço Sanitário do Estado foi reorganizado, tornando os centros de saúde o eixo de toda a estrutura das atividades de saúde pública do estado:

É criada, como dependência imediata da Diretoria Geral do Serviço Sanitário, uma Inspeção de Educação Sanitária e de Centros de Saúde, que se incumbirá de promover a formação da consciência sanitária da população em geral e dos serviços de profilaxia geral e específica [...]. Os centros de saúde visarão atrair a população com os seguintes objetivos: a) de dispensar a doentes tratamento medicamentoso, nos casos restritamente previstos no regimento interno do serviço, e para os encaminhar a instituições convenientes, quando aos centros não incumbir o tratamento; b) de uniformizar o tratamento adequado do doenças transmissíveis; c) de localizar os focos; d) de favorecer a especialização do serviço; e) de criar principalmente oportunidade para a educação sanitária dos pacientes e das respectivas famílias; f) de indicar o método prático a observar na educação de higiene em domicílio; g) de colher para o serviço de higiene em geral, dados sobre morbidade e outros que interessam. Os fins dos centros de saúde serão a educação sanitária, a imunização contra as moléstias transmissíveis, o tratamento dos focos suscetível de ser feito em dispensários, a pesquisa destes e dos outros focos em geral, o periódico exame médico e dos hábitos [...]. e será o centro o órgão diretor, no distrito respectivo, de todo o serviço de educação sanitária (ALESP, 1925).

⁵ Paula Sousa formou-se pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, em 1913, e anos mais tarde se especializou em saúde pública pela Universidade Johns Hopkins, como bolsista da Fundação Rockefeller. Foi um dos principais interlocutores dessa Fundação na implantação do modelo institucional de organização do ensino e da pesquisa científica no Brasil. Em 1922, tornou-se professor catedrático da cadeira de higiene da Faculdade de Medicina, assumindo no mesmo ano a direção do Instituto de Higiene até a sua morte, em 1951. Foi diretor do Serviço Sanitário de São Paulo de 1922 a 1927 e um dos fundadores da Organização Mundial de Saúde (OMS) (FARIA, 2002).

⁶ Caracterizada como associação beneficente não-governamental, a Fundação Rockefeller foi criada em maio de 1913 por um poderoso grupo econômico norte-americano. “Começou a desenvolver ações em educação e saúde no Sul dos Estados Unidos. Por intermédio da *International Health Commission*, também criada em 1913, abriu frentes na América latina, Europa, Ásia e África. [...] No Brasil, a presença da Rockefeller, durante a Primeira Guerra Mundial, coincidiu com a estruturação do chamado “movimento sanitarista”, protagonizado por uma geração de médicos calejada nas campanhas sanitárias ou expedições científicas promovidas por Oswaldo Cruz entre 1903 e 1913”. A Fundação retira-se do país apenas em 1942 após a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (BENCHIMOL, 2001, p. 112-115).

Para Mascarenhas (1973, p. 437), a reorganização do Serviço Sanitário do Estado considerou as seguintes características:

- a. A ação sanitária local deveria ser feita por uma só unidade, o centro de saúde, núcleo de divergências com um grupo de técnicos do Serviço Sanitário, por dar ênfase maior às atividades de promoção e proteção à saúde;
- b. O centro de saúde seria uma unidade dinâmica, através dos educadores sanitários recrutados entre os professores primários com cursos no Instituto de Higiene;
- c. A educação sanitária seria a base da ação sanitária, sendo reduzido ao máximo possível o poder coercitivo da polícia sanitária;
- d. Criação de uma Inspetoria de Profilaxia da Lepra [...] baseado mais no tratamento ambulatorial da doença e menos no isolamento hospitalar.
- e. Centralização, no Instituto Butantã, de todas as atividades de laboratório, exceto as de exames bromatológicos;
- f. Criação da Inspetoria da Profilaxia das Moléstias Infecciosas [...];
- g. Implantação da Inspetoria de Higiene do Trabalho, um dos novos órgãos criados pela reforma de 1925;
- h. Criação do Serviço de Policiamento da Alimentação Pública.

Gonçalves (1994) reiterou que esse modelo proposto por Paula Souza constituiu-se em uma retomada instrumental da relação saúde-doença e a sociedade. Reestabeleceram-se nexos causais entre as características do hospedeiro e o desenvolvimento de doenças, corroborando a ideia de que intervenções modificadoras nas vidas dos sujeitos poderiam evitar o adoecimento. Individualizaram-se, portanto, as doenças e o adoecimento, intervindo antes do agravo em uma perspectiva de prevenção. Esse modelo reforçou a necessidade de análises periódicas, exames regulares e visitas frequentes ao médico.

O objetivo de Paula Souza, por meio da educação sanitária, era balizar as práticas em saúde na ciência eugenista, uma vez que as principais ações eram sobrepujadas no binômio materno-infantil, por meio de consultas de puericultura, nutrição e educação sanitária. A ideia era impedir que "degenerados" se reproduzissem, para que a raça e, por consequência, a nação fossem restauradas (MOTA, 2019).

Os centros de saúde centralizavam esses cuidados preventivos e eram serviços ambulatoriais gerais e permanentes, como uma rede básica de saúde pública. Havia uma regionalização e a responsabilidade por uma população adstrita, de modo territorializado. Seus trabalhadores atuaram numa

perspectiva educativa em saúde, tendo como profissional central o médico sanitaria (MOTA; SCHRAIBER, 2011).

Um dos principais instrumentos de atuação da educação sanitária eram as visitas. Por meio de incentivos e pela ausência de enfermeiras no estado, formaram-se educadoras sanitárias, principalmente entre professoras da rede de educação básica. Essas mulheres promoviam ensinamentos em saúde, principalmente nas casas, em contato com as famílias, o que de acordo com Mello e Vianna (2011) tornavam o centro de saúde dinâmico quando comparados aos dispensários.

O primeiro centro de saúde do Brasil foi o Centro de Saúde Modelo, criado em 1922-1923, anexo ao Instituto de Hygiene, localizado na região oeste da Cidade de São Paulo. Em seguida foram criados outros dois no mesmo município: um no bairro do Brás e outro no Bom Retiro. A solicitação inicial era para a abertura de cinco centros de saúde para a cidade de São Paulo, sendo cada um responsável por *educar* uma população de 150.000 habitantes, porém, não houve êxito. Esses serviços seriam a marca dessa fase pelo qual Paula Souza empenhou seus esforços no sentido de revolucionar a prática sanitária no estado, adotando como instrumento privilegiado desse novo modelo a educação sanitária. Contudo, como será visto mais à frente, os centros de saúde acabaram não logrando o sucesso pretendido por seus idealizadores (MELLO, 2010; GONÇALVES, 1994).

Até o momento, observa-se a distinção de dois modelos tecnológicos da Saúde Pública, sendo o primeiro de caráter campanhista, policialesco, controlador das massas e suas epidemias; e o segundo de caráter mais individual e educativo, com forte raiz preventivista e com uma lógica de assistência médica lotada nos centros de saúde. Os modelos não se anulam e não foram superados ao longo do tempo. Em diversos momentos ao longo da história da Saúde Pública, é possível vê-los ainda presentes, inclusive na atualidade, como que por linhas de continuidade (GONÇALVES, 1994).

A partir de 1930, iniciou-se para todos os efeitos uma nova gestão federal, com a ascensão de Getúlio Vargas ao poder. Sua proposta de governo centralizador afetou a gestão pública em saúde do estado de São Paulo, principalmente com a criação do Ministério de Educação e Saúde Pública. A centralização e a perda de autonomia de instituições médicas e científicas

marcaram a nova conjuntura. Esse ministério articulou políticas para construir um aparato governamental, que atuaram no território brasileiro coordenando ações em nível federal, estadual e municipal (MOTA; SCHRAIBER, 2011).

Por meio da primeira Reforma Capanema⁷, em 1937, a gestão Vargas utilizou-se da Saúde Pública como mais um dos estandartes para nacionalização e interiorização da ideia de um país unificado e centralizado. A manutenção do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) pode ser o principal exemplo. Criado enquanto uma agência binacional temporária a partir de um acordo entre os governos brasileiro e norte-americano, o foco inicial do SESP foi o saneamento de regiões produtoras de matérias-primas e o treinamento de profissionais de saúde. Com o passar dos anos, no entanto, a agência passou a ser um instrumento poderoso do “projeto varguista de desenvolvimento econômico e ampliação da autoridade pública” (CAMPOS, 2008, p. 880).

Segundo Campos (2006, p. 26), o SESP:

[...] encaminhou políticas sanitárias voltadas para as populações do interior, objetivando combater as grandes endemias do “sertão”; montou uma rede de unidades sanitárias e outros equipamentos; construiu e administrou escolas de enfermagem, hospitais, centros de saúde, além de sistemas de água e esgoto.

Outro ponto relevante é que a gestão em saúde varguista deu continuidade a uma dupla via de prestação de serviços dedicada a duas distintas populações: uma dimensão corporativa focada na assistência médica individual – vinculada ao trabalho formal, numa lógica ocupacional/meritocrática e urbana – e outra universalista de caráter coletivo – concernente às demais pessoas, sem vínculos formais, ruralizadas ou periféricas (MELLO, 2010). As pessoas do segundo segmento, desvinculadas dos Institutos de Aposentadorias e Pensões deveriam pagar por assistência médica especializada ou continuariam a depender da assistência de serviços locais como os centros de saúde em São Paulo (MOTA; SCHRAIBER, 2011).

⁷ A referida reforma leva o nome de Gustavo Capanema, ministro de Educação e Saúde entre 1934 e 1945, no governo Vargas. O ministro realizou duas grandes reformas no campo da saúde pública durante a sua gestão, sendo a primeira, em 1937, responsável pela reestruturação do Ministério de Educação e Saúde e a segunda, em 1941, pela criação de órgãos de saúde nacionais e verticalização das campanhas de combate a doenças específicas e às grandes endemias. Quanto aos órgãos criados, os principais foram as Delegacias Federais de Saúde, os Serviços Nacionais e a instituição das Conferências Nacionais de Saúde. Em sua gestão, também foi criado o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) em 1942, por meio de um acordo com o governo norte-americano. As reformas fizeram da saúde pública mais um bastião das orientações mais gerais da política varguista de centralização política e administrativa e verticalização das ações estatais (HOCHMAN, 2005).

As três décadas seguintes assistiram ao desmantelamento do projeto sanitário estadual paulista, ao afastamento da Fundação Rockefeller, à desarticulação de ações e à racionalidade de gastos (MOTA; SCHRAIBER, 2011). Os centros de saúde, enquanto estratégia, passaram a ser menos importantes do que a tecnologia de educação sanitária que os embasou (GONÇALVES, 1994, p. 115).

Oposições de natureza política internas ao Serviço Sanitário e articuladas a interesses também expressos na Assembleia Legislativa do Estado obstaram à instalação desses Centros, e durante décadas que se seguiram ocorreram várias marchas e contramarchas no processo de sua criação e nas decisões de natureza administrativa que diziam respeito a suas atribuições e vinculações, de tal forma que apenas a partir da reforma administrativa iniciada em 1967 foram eliminadas as superposições de aparelhos institucionais que, no seu conjunto, implementaram o modelo médico-sanitário entre as quais permaneceram os dispensários.

Além desses pontos citados, concorreram com os centros de saúde a manutenção de serviços classificados como "verticais", que promoveram cuidados em saúde baseados em certas doenças e que se desconectaram da integralidade pretendida pelos centros (GONÇALVES, 1994). Esses serviços verticais, de certa forma, esvaziaram de função e de verbas os centros de saúde.

Houve também a criação de diversos outros aparelhos de saúde, principalmente voltados para atenção à saúde da infância, notoriamente desvinculados de uma rede organizada, sem objetivos claros e financiamentos sistemáticos que surgiram e sumiram de acordo com interesses políticos ora municipais, ora estaduais (MOTA, 2019).

No dia 28 de junho de 1947, foi criada a Secretaria de Estado da Saúde Pública e da Assistência Social, poucos anos antes do falecimento de Paula Souza. Mascarenhas (1973, p. 442) descreve a situação dessa secretaria pouco antes da reforma administrativa que ocorreria em 1967:

Em janeiro de 1966 estavam subordinados ao Secretário de Estado 25 órgãos, todos semi-independentes no ponto de vista técnico, muito auto-suficientes ou querendo sê-lo, dirigindo hospitais, unidades especializadas locais e praticamente, não realizando pesquisas de caráter operacional, indispensáveis à formulação do plano de ação que aliás nunca existiu. O Secretário tinha seu tempo tomado em receber os políticos que o procuravam, os diretores de órgãos de sua

Pasta que lhe traziam problemas, geralmente administrativos, que não podiam resolver, e na assinatura de milhares de papéis, muitos dos quais não tinha nem tempo de ler. De outro lado, o poder decisório estava concentrado nos órgãos sediados na Capital, numa centralização absurda para um Estado de 18 milhões de habitantes.

5.3 A REFORMA LESER E O TERCEIRO MODELO TECNOLÓGICO DA SAÚDE PÚBLICA PAULISTA: A PROGRAMAÇÃO EM SAÚDE

Em 10 de fevereiro de 1967, assumiu a Secretaria da Saúde Pública e Assistência Social o médico sanitarista Walter S. P. Leser. Esse médico, que ingressou na FMUSP em 1928 e dedicou sua carreira acadêmica a estudos sobre estatística e epidemiologia, ao assumir a referida secretaria teceu numerosas críticas ao que havia sido construído até então. Diante do cenário, estruturou uma profunda reforma na gestão da saúde paulista e nos equipamentos prestadores de serviço (MOTA; SCHRAIBER; AYRES, 2019).

Mascarenhas (1973, p. 443) listou as razões pelas quais as reformas foram possíveis:

A situação era propícia para uma ampla reestruturação da Secretaria de Estado: longa permanência na Pasta, dando continuidade a sua ação; notável apoio administrativo e técnico do Governador do Estado; implantação do plano do Governo para descentralização das atividades dos Secretários de Estado em 10 Regiões; possibilidade do chefe do Poder Executivo legislar por decreto-lei, durante o prolongado recesso da Assembléia Legislativa; assessoramento de um grupo de técnicos que já tinham tido experiência na formulação de planos anteriores de estruturação da Secretaria de Estado; relatório anterior apresentado pelos Professores Hilleboe e Schaeffer; idealismo, capacidade de trabalho e tenacidade do Secretário de Estado.

Mota e Schraiber (2011, p. 843) resumiram a reestruturação da Secretaria da Saúde Pública e Assistência Social da seguinte maneira:

Dentro da reestruturação proposta, vários decretos fizeram firmar as seguintes balizas administrativas da Secretaria: a área de assistência social foi transferida para a recém-criada Secretaria da Promoção Social, dois colegiados passaram a assessorar o Secretário: o Conselho Estadual de Saúde, formado por líderes sociais ligados ao campo da saúde, e o Conselho Técnico, por diretores dos principais órgãos; criação das Coordenadorias de Saúde e da Comunidade, de Assistência Hospitalar, de Saúde Mental e de Serviços Técnicos Especializados; descentralização técnico-administrativa em 10 Divisões Regionais. Cada um desses órgãos deveria funcionar como uma pequena Secretaria de Estado. Às Divisões Regionais de Saúde

estavam subordinados os Distritos Sanitários, estes sendo órgãos apenas de supervisão técnica; as unidades locais de saúde seriam os centros de saúde escalonados segundo sua complexidade; foi estudada a criação de carreiras ou de grupos de cargos para atender à demanda de sanitaristas. Pelo Decreto-lei de 2 de agosto de 1969, foi criada a carreira de médico sanitarista, com 622 cargos, e, em 25 de março de 1970, foram criados 208 cargos isolados de Inspetor de Saneamento.

Durante sua primeira gestão, entre 1967 e 1971, Leser logrou alguns êxitos, como a instituição do Programa de Vacinação, algo inédito no Brasil, com vacinações rotineiras e a criação de uma Caderneta de Vacina; a erradicação da varíola; a retomada dos centros de saúde, sendo alguns criados nesse período, vinculados às escolas médicas e saúde pública; mudanças no método de controle da lepra, com combate à segregação compulsória e instituição do termo 'hanseníase' para designar a doença; aumento do número de vagas e leitos psiquiátricos; combate à esquistossomose; e, melhoria das condições de saneamento básico com a criação do Sistema Cantareira (MOTA, 2019).

Acerca dos centros de saúde:

[...] me formei com a ideia de que o sistema de saúde se ancora num Centro de Saúde, a primeira porta de atendimento, para depois eventualmente passar para um segundo nível, e até para um terceiro, de hospitalização. Na Reforma, havia a Coordenadoria de Assistência de Saúde da Comunidade que reunia os Centros de Saúde, uma Coordenadoria de Assistência Hospitalar, no segundo nível. E finalmente uma Coordenadoria de Serviços Técnicos Especializados, o nível da pesquisa (LESER, 2009, p. 349).

Em sua segunda gestão, entre 1975 e 1979, impulsionou pontos que haviam ficado estagnados, como a assistência à gestante, à criança e ao adulto. Instalaram-se postos de atendimento sanitário em pequenas comunidades, que, vinculados aos centros de saúde, desenvolveram atividades essenciais, e impulsionaram a criação da carreira de médicos sanitaristas. Além disso, impetrou o programa de suplementação alimentar a gestantes e nutrízes, a criação do Centro de Informações de Saúde, com implantação do Sistema de Vigilância Epidemiológica para o estado, e um conjunto de medidas voltadas para a saúde mental (MOTA; SCHRAIBER, 2011).

Leser possuía uma compreensão em níveis de atenção em saúde e entendia que o sistema deveria se ancorar em centros de saúde, sendo estes a

primeira porta de atendimento, e progredir o cuidado a níveis de maior complexidade, caso houvesse necessidade (MOTA; SCHRAIBER, 2011). Dessa maneira, a reforma administrativa da gestão da saúde pública paulista promoveu desconcentração técnico-administrativa e reorganizou todos os equipamentos da Secretaria Estadual de Saúde em um local, o centro de saúde, reunindo todas as ações executadas por 25 serviços especializados "verticais" (dispensários de lepra, tuberculose, tracoma, postos de puericultura, centros de saúde etc.) (NEMES, 1993).

Essas políticas voltadas para a assistência vinham ao encontro da adesão das escolas médicas à Medicina Integral e Preventiva e à Medicina Comunitária, por meio de movimentos reformadores. Desenvolveu-se um novo aparelho institucional denominado Centro de Saúde Escola (CSE), tornando-se cenário de prática para atividades de ensino. Dentre essas atividades, o CSE deveria servir de estágio para os alunos da área médica e de saúde, voltando-se à integração docência-assistência médica (MOTA; SCHRAIBER, 2011).

Um ponto a ser destacado nesse processo é que essa integração docência-assistência:

Visaria cobrir todos os níveis da organização dos serviços - as ações primárias oferecidas nos Centros de Saúde por meio de medidas de manutenção da saúde e prevenção, somando-se as ações secundárias, terciárias e/ou quaternárias. Com isso, o modelo de atenção e de gestão que abrangia os Centros de Saúde e Centros de Saúde Escola foi o da Programação em Saúde (MOTA; SCHRAIBER, 2011, p. 844).

A programação em saúde foi descrita por Mota e Schraiber (2011) como uma formulação completamente original no país, que teve uma maior implantação a partir de 1975 e operou um desmantelamento de serviços verticais, a exemplo do Departamento de Profilaxia da Lepra, como dito anteriormente, criando órgãos e práticas de planejamento e de epidemiologia, como um sistema de informação mais centralizado, e desenvolvendo uma diversificação da assistência médica individual.

Além disso, a Programação ampliou as ações médicas e educativas materno-infantis, inovando ao integrá-las às ações sanitárias dos Programas de Assistência à Criança e à Gestante. Dessa forma, a Programação situou a

assistência médica no interior dos programas, sendo um de seus recursos, juntamente a práticas preventivas, profiláticas e educativas (Mota e Schraiber, 2011) .

As metas iniciais da reforma [administrativa] foram, no entanto, apenas parcialmente atingidas. A projetada integração de serviços nos Centros de Saúde, por exemplo, limitou-se na maior parte das vezes, à justaposição de atividades realizadas com regras e pessoal próprio (...). A reforma administrativa construiu as condições institucionais necessárias para o desenvolvimento eficaz de um novo modelo tecnológico da Saúde Pública. Este novo modelo é caracterizado pela ampliação e diversificação da assistência médica individual prestada pela Secretaria da Saúde; a proposta que o gerou foi denominada de Programação (NEMES, 1993, p. 74-75).

A programação foi ensejada nas políticas de extensão de cobertura, que se encontraram com a necessidade de o Estado brasileiro investir em políticas sociais como forma de manter o regime militar, diante da pressão popular ocasionada pela grave crise econômica da década de 1970. Começou a tornar-se evidente a inviabilidade de se depender da assistência previdenciária para prover assistência médica individual para mais pessoas, principalmente as mais vulneráveis (NEMES, 1993).

Nemes (1993) concebeu a programação sobre dois principais pilares: a Medicina Comunitária e o Planejamento em Saúde. O primeiro assumia a postura de intervenção na organização dos serviços de saúde, visando uma abordagem mais integral das pessoas; e expandia um movimento inicial da Medicina Preventiva e Integral que buscava aproximar a formação de novos médicos e médicas das demandas sociais de saúde, focando suas ações nas escolas médicas. Isto é, saía das cadeiras do ensino superior e se encontrava com os serviços de saúde.

A programação em saúde, então, se utilizou de alguns elementos estruturais da Medicina Comunitária como "a integração das atividades de promoção, prevenção e cura no mesmo serviço de saúde; a regionalização e a hierarquização das atividades de saúde e a ampla utilização de agentes não médicos nos serviços" (NEMES, 1993, p. 77).

O planejamento em saúde, por sua vez, buscava dinamizar e "racionalizar" recursos disponíveis e ampliar a relação custo-benefício de ações em saúde, garantindo maior efetividade das ações, sendo consequência da

aproximação de propostas economicistas dos setores sociais como a saúde (NEMES, 1993).

A programação em saúde, enquanto modelo tecnológico, também é caracterizada pela inserção da assistência médica individual universal na rede de centros de saúde, subordinada à ideia de ação programática (NEMES, 1993). Se remontarmos os modelos tecnológicos anteriores, perceberemos um debate quase constante sobre qual o enfoque que as políticas de saúde deveriam tomar e como isso se expressou nos serviços de saúde. Esse debate consistiu em polarizar sistemas dualistas ou unionistas e separar os domínios clínico e preventivo. Isso se refletiu na criação de equipamentos de saúde que não se dedicavam ao diagnóstico e tratamento e que priorizavam prevenção e promoção de saúde (MELLO; VIANA, 2011).

Na ocasião, portanto, foram frisadas medidas coletivas, por meio, inicialmente, de campanhas e, em seguida, de educação sanitária, visando prevenir agravos populacionais. Os estabelecimentos de saúde se dividiram entre aqueles que almejavam educar as pessoas sobre princípios básicos de higiene ou de desenvolvimento adequado, principalmente de crianças, de origem pública; e aqueles de assistência médica individual, vinculados à previdência.

No modelo da programação em saúde, além de centralizar os serviços nos centros de saúde, também foi possível que as pessoas tivessem acesso a cuidados individuais e tratamento de suas moléstias. Essa ampliação da assistência médica para grupos populacionais, e não mais de doenças particulares, deu especificidade a esse modelo (NEMES, 1993).

Assim, a característica principal desse modelo foi a inserção do instrumento de trabalho "assistência médica individual" com o objetivo de atingir o coletivo. Não é como se essa nova tecnologia negasse ou contradissesse as anteriores, mas sim mudasse a estratégia de trabalho para atingir efeitos epidemiológicos. Nemes (1993, p. 86) concluiu que:

Esta é a característica nuclear da programação por referência aos modelos anteriores da Saúde Pública de São Paulo: a assunção de que a assistência médica individual é capaz de produzir modificações na dimensão coletiva dos processos de doença.

Para além da assistência em saúde, a programação também buscou normatizar atividades e sistematizar avaliações. O modelo previa quem e quantas eram as pessoas acometidas por determinadas condições, possibilitava a organização de retornos, seguimentos periódicos e exames de rotina, e o levantamento de faltosos e a averiguação de quem necessitava de visitas. Também apurava a produção dos centros de saúde por meio do levantamento de atendimentos e encaminhamentos, e os categorizava a partir das condições assistidas. Mais: a programação reorganizou o formato administrativo que desse suporte a essa avaliação, por meio de direções técnicas, chefias de enfermagem, chefias administrativas, e reativou a carreira dos médicos sanitaristas, que seriam os gerentes das unidades. Nemes resume (1993, p. 96):

Parece correto afirmar que a Programação criou mecanismos suficientes para, de um lado, obter efetivação do Centro de Saúde como unidade de operação e gerência definidas e homogêneas [...] e, de outro, reorientar o trabalho do Centro de Saúde no sentido da assunção definitiva da assistência médica individual, como parte do trabalho programático.

Leser experimentou duas gestões relativamente diferentes no que tange a sua autonomia em aplicar as reformas que planejava. A segunda gestão o dotou de mais autonomia e recursos para as mudanças, sendo possível aprofundar a concretização de suas ideias. Contudo, em ambos os períodos, ele e sua equipe enfrentaram dificuldades em promover as benfeitorias que almejavam.

Um ponto a ser destacado é a proposta liberal das reformas de Leser. Não houve ruptura com a iniciativa privada e com a predominância da assistência médico-hospitalar hegemônica durante a sua gestão. Houve também um tensionamento quanto ao papel curativo que os centros de saúde poderiam desempenhar, anteriormente exercido pelo setor previdenciário. Isto é, usufruíram das reformas aqueles mais vulneráveis e sem vínculos trabalhistas em uma lógica de saúde para pobres (NEMES, 1993; MOTA; SCHRAIBER; AYRES, 2019).

Sua equipe, portanto, enfrentou escassez de recursos, evidenciada pela falta crônica de profissionais de diferentes níveis de educação para a

assistência em saúde nos novos serviços, a ponto de impactar não só a assistência médica individual como também as medidas preventivas. Foram reduzidas as atividades programáticas e as visitas domiciliares, prevalecendo os atendimentos eventuais e as atividades territoriais (NEMES, 1993).

Apesar da expansão das campanhas e das coberturas vacinais, por exemplo, durante suas gestões, houve aumento expressivo dos casos de poliomielite no estado, sendo atribuída à reduzida vacinação no período, reflexo da falta de profissionais (MOTA; SCHRAIBER; AYRES, 2019).

Quanto ao trabalho médico desempenhado nos centros de saúde, foram em vão os inúmeros esforços em criar a carreira do médico sanitário, tanto para administração dos serviços quanto para o atendimento da população. Era baixo o número de profissionais que se formaram como sanitários e menos ainda aqueles que ingressaram na carreira. Os centros de saúde, então, eram deficitários em muitas horas de trabalho médico (MOTA; SCHRAIBER; AYRES, 2019), o que impactou diretamente na proposta de ampliação da assistência médica, como Nemes (1990, p. 97) descreveu:

De fato, os Centros de Saúde não expandiram o atendimento de maneira significativa para vários grupos populacionais, concentrando a parte mais relevante do atendimento em menores de 1 ano. A almejada diversificação dos programas para doenças muito prevalentes, como a hipertensão arterial, sempre mencionada nos discursos dos dirigentes, não aconteceu. Os CSs [centros de saúde] que atendiam adultos se limitavam ao atendimento de uma clientela pequena, esporádica, constituída na sua maior parte de mulheres idosas sem cobertura previdenciária.

As normatizações e avaliações dos serviços também começaram a ser negligenciadas diante da necessidade de atender às demandas mais assistenciais. Os encargos considerados burocráticos, como o preenchimento de boletins de produção de atendimentos e as avaliações dos dados provenientes desses boletins, foram sendo marginalizadas, o que prejudicava o planejamento e a macrogestão em saúde. A vigilância epidemiológica passou a ter papel secundário (NEMES, 1993).

O ano de 1987 foi marcado por uma guinada democrática que a discussão em saúde assumiu, rumo a um sistema de saúde unificado. Esse ano também marcou o fim da programação em saúde enquanto proposta tecnológica de saúde paulista, colocando em xeque uma parte da base da

saúde coletiva representada pelos seus trabalhadores, principalmente os médicos sanitaristas. Esse paradoxo foi observado quando, meses depois do anúncio do surgimento de um sistema unificado de saúde, com ativa participação de médicos sanitaristas, eles foram demitidos em massa pelo Estado de São Paulo (MOTA, 2019).

A partir desse ano, a proposta de uma APS como assistência simplificada e de baixo custo para "problemas simples" passa a ser rechaçada. Foi um período, com a nova constituição, de ampliação direitos, de busca por maior integralidade, equidade, intersetorialidade, universalidade e adoção de um conceito ampliado de saúde que veio ao encontro de um contexto econômico restrito e que ameaçava o avanço dessas novas conquistas (MOTA; SCHRAIBER; AYRES, 2019).

Diante dessa conjuntura, houve a construção de novos modelos experimentais para a rede básica, dentre eles a Ação Programática. A sua definição será aprofundada mais adiante, mas vale dizer que foi uma resposta a quase extinção da Programação em Saúde. As ações consistiam em:

Uma formulação teórica e uma experiência prática de modelo tecnológico para APS, tendo como referencial teórico o "trabalho em saúde" ou uma articulação de elementos teóricos e práticos para repensar as práticas profissionais no contexto particular da UBS (MOTA; SCHRAIBER; AYRES, 2019).

No CSEB, por sua vez, até o momento da assinatura do termo de cooperação e mesmo depois, era possível notar a continuidade das ações programáticas. Como será visto adiante, o serviço as manteve a exemplo da Saúde Mental e da Saúde da Criança. Além disso, possui um setor específico voltado para a vigilância epidemiológica que guarda algumas das características das visitadoras sanitárias oriundas de modelos tecnológicos anteriores. O serviço também manteve diversas das chefias de setores, o que compartimenta a gestão do serviço e dificulta a compreensão do organograma, o que também será descrito adiante.

A fim de facilitar a visualização dos marcos históricos dos modelos tecnológicos descritos até aqui, foi esquematizada a linha do tempo representada na Figura 1:

Figura 1 - Cronologia dos modelos tecnológicos de saúde do Estado de São Paulo

MODELOS TECNOLÓGICOS DE SAÚDE

PAULISTAS



Fonte: Autor (2023)

5.4 CENTROS DE SAÚDE ESCOLA PAULISTAS

Em 1977, o CSEB iniciou as suas atividades. As primeiras experiências que remontam um aparelho de saúde como esse vieram da instalação do Centro de Saúde Experimental da Barra Funda, ligado à Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, em 1967, e do Centro de Saúde Escola de Botucatu da Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual de São Paulo (UNESP), em 1972 (CYRINO; SCHRAIBER, 2002).

Se bem observados, esses centros de saúde escola surgiram durante as gestões de Leser e a Reforma Administrativa proposta pela SES/SP. Houve uma confluência de fatores propulsores, como os convênios entre a SES/SP e os cursos de medicina estaduais; a ampliação da assistência médica individual no bojo da programação em saúde; a criação da carreira em Saúde Pública, principalmente do médico e da médica sanitária, que vinha sendo impulsionada para o preenchimento dos quadros nos centros de saúde; e uma nova proposta de reforma da educação médica, desejosa de aproximar-se da comunidade, voltada para suas necessidades prementes de saúde (CYRINO; SCHRAIBER, 2002).

Um breve adendo acerca dessas reformulações na educação médica merece ser feito. Durante as décadas de 1960 e 1970, em meio às discussões da Reforma Sanitária, os departamentos de Medicina Preventiva das escolas médicas paulistas iniciaram uma articulação para definir, dentre outras coisas, os conteúdos programáticos de suas disciplinas de graduação e pós-graduação. Os departamentos de Medicina Preventiva focaram na comunidade, enquanto objeto de estudo, e nos centros de saúde escola enquanto cenários de prática, pois os compreendiam como os serviços com maior capacidade de absorção dos novos médicos sanitários, devendo os conteúdos dos programas de residência serem atualizados para focar esses serviços (FRANCO et al., 2002).

Cyrino (1996, p. 40), ao remontar a história que conecta a Medicina Preventiva à Medicina Comunitária, descreveu o processo de constituição do Centro de Saúde Escola de Botucatu da UNESP. Neste estudo, o autor concluiu que a concepção de um centro de saúde escola partiu de uma

proposta de reforma da educação médica para estabelecer um ensino junto à comunidade. O objetivo não se restringia a aperfeiçoar a formação desses profissionais, mas também ousava experimentar modelos assistenciais que viabilizassem "a extensão de cobertura e a integração médico-sanitária em busca de assistência integral, voltando-se para as necessidades de saúde da população". Além disso, "seu alvo dirigia-se até para a SES no sentido de reformá-la: o projeto experimental subsidiaria até mesmo as reformas institucionais amplas".

Esse aspecto de proponente de políticas públicas em saúde é retomado pelo mesmo autor em parceria com Schraiber, quando comentaram sobre a interlocução entre a rede de saúde e os serviços de saúde-escola vinculados às faculdades de medicina que vinham sendo criados (CYRINO; SCHRAIBER, 2002, p. 44):

Assim, relativamente à presença dos Centros de Saúde Escola neste cenário, podemos dizer que estes, ao mesmo tempo que sofreram influência da rede de serviços, uma vez que foram obrigados a ajustar-se, por força de seus convênios, às demandas dessa rede, influenciaram esta última mediante modelos assistenciais que desenvolveram em razão de seu caráter experimental — o que ocorreu, notadamente, no período que vai de 1967, quando foram instituídos, a meados de 1975, quando se consolida a própria Reforma Administrativa da Secretaria de Estado da Saúde, com a implantação de uma Programação mais amadurecida, melhor formulada e operada extensivamente na rede de serviços. Os Centros de Saúde Escola influenciaram a rede de serviços, ainda, mediante quadros profissionais fornecidos a esta rede, os quais também tiveram influência na política pública ao participarem da formulação de novas propostas de política de saúde.

Centro de Saúde Escola Professor Samuel Barnsley Pessoa: o cenário do estudo

As repercussões supramencionadas não passaram despercebidas pelo Departamento de Medicina Preventiva da USP e o CSEB também foi reflexo do momento e motivo de disputas internas na FMUSP. Essas disputas refletiram as divergências ideológicas entre os docentes quanto ao perfil do egresso de medicina desta faculdade, assim como o cenário nacional de restrição de ideias e liberdades durante a ditadura civil-militar brasileira.

Vale um preâmbulo sobre a organização espacial da USP, já que adiante algumas de suas instituições serão citadas. Atualmente, a USP conta com diversos campi, distribuídos pelas cidades de São Paulo, Bauru, Lorena, Piracicaba, Pirassununga, Ribeirão Preto, Santos e São Carlos, além de unidades de ensino, museus e centros de pesquisa situados fora desses espaços e em diferentes municípios. Na cidade de São Paulo, ela está atualmente dividida em três prefeituras, sendo a maior referente ao *campus* principal que se localiza na região do Butantã e reúne a maior parte da estrutura da universidade na capital, incluindo o CSEB e o hospital universitário.

A segunda prefeitura, nomeada Quadrilátero da Saúde/Direito, reúne a Escola de Enfermagem, as Faculdades de Direito, de Medicina e de Saúde Pública e o Instituto de Medicina Tropical. À exceção da Faculdade de Direito, os demais órgãos e o complexo Hospital das Clínicas se localizam no bairro Pinheiros, sendo a FMUSP e a FSP (juntamente com o Centro de Saúde Escola Geraldo de Paula Souza) na Avenida Dr. Arnaldo, área de grande densidade demográfica. Por fim, a terceira prefeitura corresponde ao *campus* localizado na Zona Leste da capital.

Anteriormente à fundação do CSEB, em 1968, a FMUSP dava início ao Curso Experimental de Medicina, em concomitância, e pode-se dizer até mesmo em concorrência, ao Curso Tradicional de Medicina, dentro da mesma Faculdade. O Curso Experimental teve sua última turma ingressante já em 1975, sendo graduada em 1980, contudo reordenou em alguma medida as correlações de força dentro da instituição e teve como uma de suas consequências a fundação do CSEB, sendo essa a razão de retomá-lo nesse texto (TAVANO; ALMEIDA, 2017).

O objetivo do curso experimental foi responder a uma exigência do governo estadual em ampliar o número de vagas na graduação e inovar o curso médico. Havia também a impraticabilidade de transformar a estrutura do curso tradicional, sendo muito difícil inserir novos estudantes na estrutura física da FMUSP. Além disso, dentre os docentes proponentes do curso experimental existia o desejo de aproximar as cadeiras básicas do curso de medicina com as demais da USP, aproximando os estudantes de medicina, isolados na FMUSP,

de outros cursos, na Cidade Universitária (TAVANO; ALMEIDA, 2017; MOTA, 2019).

Esse novo curso se caracterizava por abordar os temas em blocos e de maneira mais integrada; antecipar o contato dos estudantes com as pessoas assistidas; formar um profissional generalista, aproximando-os das queixas mais prevalentes, com habilidades preventivas e comunitárias, e inseri-los na atenção primária e na atenção secundária (TAVANO; ALMEIDA, 2017).

A constituição do conteúdo programático desse curso teve forte embasamento teórico do Departamento de Medicina Preventiva, abrindo campo para discussões sobre ciências sociais, epidemiologia, profissão médica, dentre outros temas considerados secundários na formação tradicional. Além disso, alguns dos materiais sugeridos para estudos traziam à tona outros debates de saúde que poderiam abalar algumas convicções técnico-científicas arraigadas na instituição, a exemplo da Reforma Psiquiátrica (MOTA, 2019).

As razões pelas quais o curso experimental se encerrou são diversas, mas poderiam ser resumidas em questões político-institucionais, infraestruturais e pedagógicas. Em primeiro lugar, a Reforma Universitária de 1968⁸, que reorganizou áreas de ensino e pesquisa na USP e retirou professores de suas cátedras básicas na FMUSP, transferindo-os para departamentos na Cidade Universitária.

Em segundo lugar, a perseguição política pela ditadura civil-militar a qualquer atividade considerada progressista. O curso experimental, dotado de um corpo docente cujos professores se colocavam para questionar os *status quo* da formação médica, só poderia levantar suspeitas. Após o Ato Institucional 5⁹, diversos professores foram compulsoriamente aposentados e

⁸ Nome dado à reforma do sistema educacional de nível superior realizada durante o regime militar, durante o qual foi instituída a Lei nº 5.540, de 28 de novembro de 1968, que reorganizou as áreas de ensino e pesquisa, criando institutos de ciências básicas; alocou professores em departamentos; e fixou as diretrizes e bases da educação nacional das matérias em ciclo básico e profissionalizante, com matrícula semestral e introdução do sistema de créditos. No caso da FMUSP, várias cadeiras básicas foram cedidas para o Instituto de Ciências Biomédicas da USP, que ficava localizado na Cidade Universitária, não mais na FMUSP. Além disso, os catedráticos foram destituídos de seu cargo e vitaliciedade e realocados nos, então, novos departamentos (MOTA, 2019).

⁹ O Ato Institucional nº 5 (AI 5), foi decretado em 13 de dezembro de 1968, durante o período da ditadura militar. Este ato marcou um período de censura e repressão no Brasil, e ficou historicamente conhecido como o mais duro dos Atos Institucionais, que eram diplomas legais emitidos pelo poder executivo entre os anos de 1964 e 1969. Após o ato, o Congresso Nacional foi fechado. As casas legislativas só poderiam voltar a funcionar, caso convocadas pelo presidente. Além disso, foram criados dois órgãos ligados ao Exército: o Destacamento de Operações e Informações (DOI) e o Centro de Operações de Defesa Interna

afastados de suas atividades de ensino e pesquisa, esvaziando o curso experimental de seus principais idealizadores (MOTA, 2019).

Por fim, este curso enfrentou dificuldades infraestruturais tanto no âmbito de recursos alocados pelo Estado, que foram poucos, quanto pelos cenários de prática que tinham o objetivo inicial de aproximar os estudantes da comunidade, mas que não lograram êxito. É preciso citar, ainda, o atraso na inauguração do Hospital Universitário da USP, prerrogativa para a ampliação do número de vagas, mas que só veio a ser concluído após o encerramento do curso (MOTA, 2019).

A partir de 1976, os cursos tradicional e experimental seriam unificados e, nesse processo de fusão, o Departamento de Medicina Preventiva perdeu espaço na formação médica, com reduções de cargas horárias de disciplinas previamente ministradas ao curso experimental e reorientação de alguns conteúdos que permaneceram na grade curricular. Imbuído desse argumento, o departamento voltou a sua atenção e o seu compromisso a um novo dispositivo institucional onde poderia desenvolver o seu papel na graduação e pós-graduação: o CSEB (MOTA, 2019).

O intuito de um centro de saúde, tal como de um hospital universitário, era aproximar a formação médica da comunidade. A princípio, os estudantes do curso experimental realizavam as suas atividades em atenção primária no Centro de Saúde da Lapa, mas existiam muitas dificuldades em se construir um projeto educacional nesse cenário, uma vez que esse serviço não era regido pela FMUSP. Essa iniciativa de aproximar estudantes e comunidade se iniciou com um programa chamado "Medicina em Centro de Saúde", que contou com a participação dos Departamentos de Pediatria e de Medicina Preventiva, culminando na proposta de criação do CSEB (SILVA, 2002; TAVANO; ALMEIDA, 2017; MOTA, 2019).

No ano de 1976, com as últimas turmas do curso experimental ainda na graduação, o convênio entre a FMUSP e o Centro de Saúde da Lapa foi encerrado, já que no ano seguinte se iniciariam as atividades no novo CSEB. Contudo, isso não ocorreu imediatamente, uma vez que a existência de um novo centro de saúde na USP gerou um impasse entre a Faculdade de Saúde

(CODI). Esses órgãos foram uma forma de se institucionalizar a tortura, principalmente de cidadãos discordantes do regime instaurado (BRASIL, 2014).

Pública e o Departamento de Medicina Preventiva da FMUSP sobre quem deveria geri-lo. O Professor Guilherme Rodrigues Silva comenta sobre o fato em um artigo de uma edição comemorativa da Revista de Medicina (SILVA, 2002, p. 24-25):

Entre 1969 e 1974, quando da implantação do Centro de Saúde Escola Professor Samuel B. Pessoa, já com o prédio construído pelo Fundusp [Fundo de Construção da Universidade de São Paulo] e após um esforço muito grande deste Departamento [de Medicina Preventiva] e do de Pediatria (incluindo a planta física do Centro de Saúde, gestão para obter recursos, etc.), o então diretor da Faculdade de Saúde Pública questiona, junto à administração central da Universidade, a pertinência de um Centro de Saúde vinculado à Faculdade de Medicina, defendendo a tese de que "só a Faculdade de Saúde Pública teria competência para dirigir um centro de saúde" na Universidade. Esta discussão, continuada pelo Diretor seguinte, retardou por cerca de dois anos a inauguração do programa e resultou em um processo administrativo de 600 páginas (e uma perda de tempo e de esforço não justificável). O Centro de Saúde só pôde ser inaugurado (aprovado pela Universidade) após ter o secretário da Saúde, Prof. Walter Leser, enviado ao então Magnífico Reitor um ofício em que colocava à disposição da Faculdade de Saúde Pública "tantas unidades locais quanto a instituição pudesse desejar acrescentar às duas já por ela mantidas mediante convênio", insistindo que o convênio então em exame destinava-se a apoiar o Departamento de Medicina Preventiva. Mencionada ainda a possibilidade de vir a Secretaria a determinar que a unidade fosse integrada à sua rede de unidades locais se, após prazo especificado, a Universidade não fosse capaz de resolver a questão.

Para complementar esse relato, vale a transcrição da perspectiva dos estudantes de medicina que contribuem com uma informação sobre a influência do novo diretor da FMUSP na época, na resolução desse impasse (CENTRO ACADÊMICO "OSWALDO CRUZ", 1977, p. 6):

Com a nossa greve, conseguimos manter o curso de Medicina Comunitária: Este ano ele deveria ser realizado no novo Centro de Saúde-Escola do Butantã, construído especialmente para administração deste curso (...). Prédio finalmente pronto, levantamento do nível de Saúde da população da região realizada, programas já elaborados, só faltava a direção da Faculdade [de Medicina] assinar o Convênio com a Secretaria da Saúde e mudar-se para lá. Neste ínterim foi desfeito o Convênio com o Centro de Saúde da Lapa, onde provisoriamente o curso era ministrado. No dia em que o Reitor ia assinar o Convênio, veio um pedido da Comissão de Assistência ao Ensino (CAE), na qual o Prof. Lacaz é membro, pedindo vistas ao Convênio. O Prof. Lacaz enviou-o para a [Faculdade de] Saúde Pública para que esta desse um parecer acerca do assunto. A FSP [Faculdade de Saúde Pública], passou a reivindicar a administração do Centro, apesar de já ter convênio com 2 outros Centros, com o interesse em, ao nosso ver, de através deste Centro voltar a participar do currículo da Medicina como antigamente.

No CAE, o Prof. Lacaz não defendeu que o CS [Centro de Saúde-Escola Butantã] foi construído para a FM [Faculdade de Medicina]. Quem acabou defendendo esta posição foi o próprio Secretário de Saúde, que se negou a assinar o Convênio deste Centro com a FSP. (...) Para o Prof. Lacaz o assunto era contraditório. Com esta medida, acabava quase de vez com as funções do Departamento de Medicina Preventiva, fato positivo para ele. Mas a interferência de mais uma unidade da USP na Casa de Arnaldo [FMUSP] não é de seu agrado: Na confusão criada, chegaram a propor que o Centro de Saúde fosse do HC [Hospital de Clínicas]. Enquanto isto, as aulas começaram, e no programa consta 360 horas de Medicina Comunitária para o 4º ano, que não tem local para ser ministrado (...). Em vista desses fatos, o CA [Centro Acadêmico] decidiu passar um abaixo assinado aos alunos da FMUSP e dos Residentes que deveriam estagiar no CS, solicitando ao Reitor a imediata assinatura do Convênio. Dia 7/3, finalmente o Reitor assinou o Convênio entre a FM e Secretaria de Saúde, com um certo compromisso da FSP participar da administração do mesmo. De qualquer forma, o ensino de Medicina Comunitária neste semestre está prejudicado.

Antes de prosseguir, vale uma nota: o Prof. Lacaz era Carlos da Silva Lacaz, antigo secretário de saúde do município de São Paulo, na gestão de Paulo Salim Maluf, em 1970, e diretor da FMUSP em 1974. Esse mesmo diretor, em seu discurso de posse, pediu a constituição de uma comissão para proceder ao encerramento do Curso Experimental de Medicina e sua incorporação ao curso tradicional (MOTA, 2019). Ao que é possível interpretar, esse professor possuía divergências com o Departamento de Medicina Preventiva e buscou esvaziar sua atuação na formação médica da instituição.

Finalmente, com a confluência do fim do Curso Experimental de Medicina e a articulação da SES/SP juntamente às faculdades de medicina do estado, foram iniciadas as atividades do CSEB, em 1977 (MOTA, 2019).

A criação desse serviço vinculado à FMUSP, o declínio do curso experimental e as perseguições políticas aos docentes considerados "comunistas" não aplacaram a desconfiança de alguns setores da FMUSP sobre a ideologização do curso. Houve uma preocupação sobre a composição docente do Departamento de Medicina Preventiva e do Departamento de Pediatria, a inclinação à esquerda da formação fornecida no CSEB para os estudantes de medicina e o potencial subversivo de reunir esses estudantes e docentes com uma população primordialmente operária que habitava no território do Butantã e que seria assistida pelo serviço. A ideia dessa denúncia, feita em um documento manuscrito, sem data ou assinatura, endereçada à

diretoria da FMUSP, era incluir outros docentes de outros departamentos para diluir o teor subversivo do ensino ofertado no CSEB (MOTA, 2019).

Por fim, ficou definido (MOTA, 2019, p. 268) que:

A gestão da unidade caberia ao Departamento de Medicina Preventiva e parte do Departamento de Pediatria, e sua programação seria voltada à integração docência/assistência médica, cobrindo todos os níveis da organização dos serviços - ações primárias oferecidas no Centro de Saúde, a partir de medidas de manutenção da saúde e prevenção, somando-se às ações secundárias desenvolvidas pelo Hospital Universitário (HU) e as terciárias (e/ou quaternárias) oferecidas pelo complexo Hospital das Clínicas.

Desde a fundação, porém, o CSEB enfrentou dificuldades para a composição de seu corpo de trabalhadores. Fruto de convênio entre a SES/SP e a USP (Faculdade de Medicina e Escola de Enfermagem), o serviço ficou responsável por uma população de cerca de 60.000 pessoas, incluindo cinco áreas de moradias vulneráveis. Além disso, o Programa de Saúde Mental, também conveniado à SES/SP lotado no Centro de Saúde I Pinheiros foi transferido para o CSEB (CSEB, 1979).

As dificuldades, por sua vez, se deveram ao déficit de repasses e reajustes orçamentários que seriam financiados pela SES/SP e que não estavam sendo feitos. O Programa de Saúde Mental sofreu ainda mais com o subfinanciamento. Um ano após a fundação do CSEB, os trabalhadores escreveram uma carta denunciando a situação dos programas instalados e as consequências para os cerca de 12.000 matriculados no serviço (CSEB, 1979).

No fim da década de 1980, o estado de São Paulo iniciou um processo de municipalização de serviços de saúde. Na descrição do projeto, havia a discriminação dos objetivos da municipalização e dos órgãos estaduais que passariam à gestão municipal. Foi dito que a cessão dos equipamentos se daria mediante os convênios das Ações Integradas de Saúde (AIS)¹⁰, que integraria serviços na medida em que se criassem comissões interinstitucionais com a participação, naquele momento, do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps). Dentre os equipamentos, passariam

¹⁰ Projeto interministerial (Previdência-Saúde-Educação) criado em 1983, visando à integração programática, a nível de unidade federada, entre os serviços públicos federais, estaduais e municipais, como base para as necessárias articulações com os serviços de saúde privados contratados pelo então Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social e com o setor de formação de recursos humanos (BERENGER, 1996).

aos municípios 44 centros de saúde da região da Grande São Paulo (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, 1987).

Os centros de saúde escola, por sua vez, vinculados às instituições de ensino superior, não caberiam nesse processo, o que começou a gerar um impasse sobre onde se encaixavam suas funções assistenciais, já que eram subordinados à SES/SP, porém prestavam serviços de APS, ou seja, de responsabilidade municipal.

Outro fato importante que ocorreu nesse período foi a incorporação dos trabalhadores do CSEB vinculados à SES/SP na folha de pagamento da USP. De acordo com ofícios datados no ano de 1987, houve a criação, pela reitoria, de cargos chamados de Técnicos Especializados de Apoio ao Ensino e à Pesquisa, no ano anterior. Esses cargos criaram discrepâncias salariais entre trabalhadores dos diferentes vínculos. Por consequência disso, houve reivindicações de condições de remuneração isonômicas, o que acabou acontecendo na sequência (USP, 1987).

Desde o início do CSEB, convênios vinham sendo firmados e os financiamentos renovados pelo estado. Em 1989, com a adesão da USP ao Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), um novo convênio para a gestão do CSEB foi assinado. Esse novo documento anulou os anteriores e deixou de existir aquele referente especificamente à saúde mental. O serviço passou a ter um único convênio, discriminando as funções da Universidade e as da SES/SP (USP, 1990).

Em 2006, esses convênios se encerraram e o imbróglio sobre o financiamento e finalidade do serviço se aprofundou, já que o estado de São Paulo não mais financiaria o serviço diretamente. O serviço é responsável pela APS de uma região do município, porém não estava formalmente vinculado a este por nenhum novo convênio. E, por fim, na década seguinte se iniciava a redução mais grave do corpo de trabalhadores do serviço, sem previsão de reposição. Esse cenário será melhor descrito adiante.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Essa seção do trabalho reuniu, principalmente, os trechos das entrevistas em diálogo com a vivência descrita no diário de campo do autor, os documentos históricos do serviço e a literatura. Aqui, buscou-se tornar o texto fluido, historicizado e dialético.

6.1 A SOLUÇÃO PARA A CONTRATAÇÃO: DO CONVÊNIO CONSTRUÍDO AO TERMO IMPOSTO

Os relatos dos trabalhadores entrevistados descrevem dificuldades de recursos humanos desde o início da década de 2010. As datas entre os relatos variam, mas, em 2009, já se buscava estabelecer um convênio com a SMS/SP para garantir a manutenção do serviço.

Vale destacar que o CSEB é um serviço voltado à APS que, por sua vez, é de responsabilidade municipal. Contudo, por ser vinculado à USP, é gerido pelo estado. Isso acarreta em alguns impasses que se relacionam principalmente ao custeio e à finalidade desta unidade. Até 2006, o CSEB foi sustentado por um Convênio de Assistência à Saúde celebrado entre a SES/SP e a USP, cujos termos aditivos permitiram o repasse de recursos financeiros necessários à operação do CSEB (NASSER et al., 2017).

“Foi ficando residual e a gente conseguia, ainda, alguns tipos de recurso, porque havia um convênio com o estado que, quando o centro de saúde foi criado em 77, foi um convênio da USP com a secretaria de estado da saúde e esse convênio era renovado durante vários anos e tal. Isso não só facilitava que (...) por exemplo, um sanitarista da rede fosse comissionado lá, como também o próprio estado colocava recursos lá. Só que aí veio a municipalização e o estado falou: “Bom, atenção primária não é mais com a gente, secretaria do estado da saúde” e nos tornou órfãos. Ao mesmo tempo, a prefeitura não nos incorporava: “Não, vocês são universidade, Universidade do Estado de São Paulo, tem nada a ver com a gente”. Então, nós ficamos no limbo durante muito tempo em relação a isso; e dentro da universidade, a própria faculdade que era a unidade responsável pela gente também não se interessava. Então, a gente foi tendo um progressivo isolamento e perda de gente”. (ENTREVISTADO U)

Portanto, desde o período citado, os trabalhadores começaram a se organizar para a confecção de algo que seria um convênio com a SMS/SP e

que garantiria a contratação de mais trabalhadores, vinculação com a rede de APS do município e financiamento de materiais e insumos.

“Em 2009, mais ou menos, 2010, a gente começou essa luta que foi... nós já estávamos com déficit de RH [recursos humanos] aqui no serviço, a gente precisa de trabalhador já desde aquela época e a USP já tinha fechado os concursos, a USP não ia contratar mais pessoas e a gente começou, então, a articular um convênio com a prefeitura. Tinha um pouquinho de resistência da maioria dos trabalhadores. Os trabalhadores queriam contrato USP, a gente sabia que não tinha contrato USP. Eu, particularmente, eu queria ter RH, eu queria ter colegas, lógico, a melhor maneira seria contratar através da USP, mas, para mim, não importa como é que viriam essas pessoas, a gente precisava manter o centro de saúde, porque chegou, realmente, um determinado momento em que a gente achava que iríamos fechar as portas (...)”. (ENTREVISTADA V)

Esse relato exhibe uma divergência entre os trabalhadores com vínculo USP que perpassou toda a história da criação do convênio e chegou aos dias atuais. Contudo, vale dizer que existiu uma expectativa por parte dos trabalhadores de que novas contratações fossem feitas diretamente pela USP, principalmente por meio de concursos públicos, sob regime jurídico único (RJU).

No período em que houve essas discussões, o CSEB vivenciou dois momentos importantes. O primeiro foi aquele em que houve a incorporação de trabalhadores por meio de contratação terceirizada pela Fundação Faculdade de Medicina (FFM). Esses trabalhadores compuseram duas equipes de ESF e foram responsáveis pelo cuidado da população da comunidade São Remo¹¹. O trabalho desenvolvido foi chamado Projeto São Remo e é bastante vivo na memória dos que ainda estão no CSEB. Ele foi instalado em 2001, encerrando em 2015, quando finalmente a Unidade Básica de Saúde (UBS) São Remo foi concluída e a equipe transferida para o novo local.

A saída desses trabalhadores impactou na assistência do CSEB, pois, por mais que houvesse um enfoque naquela população específica, eles participavam dos processos de trabalho e da divisão das funções gerais de assistência.

“Em 2015, nós tínhamos o pessoal que foi contratado da Fundação Faculdade de Medicina. Nós tínhamos duas equipes de estratégia [Saúde da Família] com a

¹¹ Comunidade localizada na Cidade de São Paulo, na divisa dos bairros do Butantã e Rio Pequeno. Teve origem na década de 1960, quando diversas famílias migraram para a região para trabalhar na construção da USP. Mesmo após o fim das obras, grande parte dos moradores permaneceu na região, o que levou a expansão da comunidade. Hoje, a São Remo conta com cerca de 11 mil moradores (PREFEITURA DE SÃO PAULO, 2020c).

qual nós atendíamos a comunidade São Remo. Só que em 2015, esses trabalhadores que faziam esse trabalho saíram daqui [CSEB], porque foi inaugurada a UBS São Remo. Então, assim, a gente perdeu. Quando eu digo perder é que a gente deixou de atender a comunidade São Remo, mas, por outro lado, a gente também perdeu os trabalhadores, o que foi muito ruim, porque eles faziam, também, não só o atendimento, eles ajudavam a atender a comunidade, mas se precisasse atender outras pessoas, outras áreas, eles também faziam e isso era muito bom.” (ENTREVISTADA V)

O segundo momento foram as demissões decorrentes do Programa de Incentivo à Demissão Voluntária (PIDV). No fim de 2014, o Conselho Universitário da USP aprovou um programa de demissão que indenizaria profissionais de vínculo CLT da universidade que desejassem se desligar. O programa estava inserido em um processo de recuperação financeira da USP (JORNAL DA USP, 2014). Em seguida, foi aprovado o congelamento da contratação de novos servidores e técnicos administrativos, o que afetou diversos setores da instituição e, conseqüentemente, o CSEB (USP, 2017).

“Ao longo do tempo, veio o programa de incentivo de demissão voluntária e muitos profissionais aderiram, porque (...) alguns já estavam aposentados, outros prestes a aposentar e era um incentivo mesmo (...) e nós perdemos muitos profissionais. Então, de 139 funcionários, a gente ficou com 59, foi mais que a metade de funcionários e isso fez sucumbir, ficou cada vez mais difícil sobreviver.” (ENTREVISTADA W)

Diante de um cenário com poucas perspectivas de sustentabilidade do serviço, os trabalhadores e diretores do serviço começaram a construir uma proposta de convênio que seria feita à Prefeitura Municipal de São Paulo. A título de esclarecimento: os entrevistados e esse texto, quando utilizam o termo *convênio*, estão se referindo a propostas de contrato com a Prefeitura Municipal de São Paulo, uma vez que não existia nenhuma formalização entre o CSEB e a prefeitura que respaldasse repasses financeiros ou regulamentasse a prestação de serviços de APS pelo CSEB.

Esse convênio viria como uma forma de solucionar a questão da falta de trabalhadores, já que não havia a possibilidade, até aquele momento, de novos concursos. Assim, manter-se-ia a assistência à população e os processos de ensino-aprendizagem, característica essencial do CSEB. Além disso, garantiria certa autonomia do serviço em organizar os próprios processos de trabalho.

“Depois, com a municipalização, a Secretaria [Estadual de Saúde] fechou esse convênio [Convênio de Assistência à Saúde]. Eu até tenho a primeira proposta de convênio [outro convênio proposto a SMS], de 2013. O diretor à época tinha pensado em uma alternativa para a prefeitura, no que poderia interessar a prefeitura naquela época, no que a gente poderia, como um serviço colaborativo da prefeitura, contribuir. Foram muitas negociações, muitas versões, das mais interessantes para as menos interessantes, porque a prefeitura, no começo, não explicitava que ela reconhecia a necessidade do convênio. Depois de quatro, cinco anos, acharam que sim, que, do ponto de vista institucional, formal, a gente precisava ter um convênio para, pelo menos, estar no SUS, receber medicamento, vacina, essas coisas. E nós, então, começamos a insistir mais nos recursos humanos. No começo, a gente queria um pouco de recursos humanos, mas queríamos manter o serviço no SUS municipal. Tivemos, então, esse processo, com avanços e atrasos, que dependia da gestão da prefeitura, da faculdade de Medicina, do nosso empenho. Também havia uma dúvida entre nós sobre o modelo: se a gente queria ou não fazer convênio, que tipo de convênio, se a gente ia insistir para a USP manter o serviço funcionando com recursos próprios. O entendimento institucional era o de que a gente precisava de um convênio pelo menos para o SUS.” (ENTREVISTADA Q)

A construção do texto do convênio, proposto para a SMS/SP, foi longa e coletiva dos trabalhadores do serviço. Inclusive, muitos dos relatos sobre essa construção se restringiram à documentação oral, já que a maioria das reuniões em que seus itens foram discutidos não possuíam registros oficiais, como atas, por exemplo. Aquele momento, porém, foi visto como uma janela de oportunidade para a solução do problema, já que um contrato de gestão para a microrregião Butantã/Jaguarié, havia sido firmado em 2008, e a OSS responsável era a FFM (PREFEITURA DE SÃO PAULO, 2008).

A partir dessa assinatura, foi desenvolvido pela FMUSP o Projeto Região Oeste, que tinha como proposta:

Criar uma plataforma de ensino e pesquisa para a FMUSP, organizando o sistema de saúde da região Oeste da cidade de São Paulo, com a finalidade de promover assistência de qualidade numa plataforma integrada e hierarquizada de saúde (atenção primária, secundária e terciária). Esse sistema é formado por Unidades Básicas de Saúde que adotam o modelo assistencial - Programa Saúde da Família (PSF), unidades de Assistência Médica Ambulatorial (AMA), Prontos-socorros (PS) e Centro de Especialidade na microrregião Butantã/Jaguarié, que se integram ao Hospital Universitário e ao Hospital das Clínicas da FMUSP (...). Para viabilizar o atendimento, a FFM firmou, com a SMS/SP, um Contrato de Gestão para reorganização e execução das ações e serviços de saúde da microrregião. O contrato prevê a gestão pela FMUSP dos equipamentos públicos de saúde da região (...) (USP, 2009b, p. 3).

Esse projeto incluiu diversos aparelhos de saúde na sua descrição, assim como o CSEB, constituindo uma rede de atenção integral. Contudo, o

contrato de gestão firmado só previu repasses financeiros para as equipes de ESF do Projeto São Remo instaladas no CSEB e não vinculou o serviço como um todo à SMS/SP.

A nova direção técnica do CSEB que assumiria o biênio 2009-2010, dentro de seu plano de gestão, propôs a inserção do CSEB no suporte para estruturação e qualificação da rede de APS da região Oeste do município de São Paulo. Esta proposta dizia sobre colaborar na formação de profissionais para a rede de serviços e na implementação de tecnologias adequadas à APS (USP, 2009a).

Em 2015, porém, a FFM não renovou o contrato de gestão da microrregião Butantã/Jaguaré e, em 2016, a Prefeitura de São Paulo firmou novo contrato, cedendo à SPDM o gerenciamento e execução de ações e serviços de saúde em unidades da rede assistencial da Supervisão Técnica de Saúde Butantã. Dentre as unidades de saúde objeto desse contrato se encontram as Assistências Médicas Ambulatoriais (AMA), UBS, Centros de Apoio Psicossocial e Serviços de Apoio Diagnósticos e Terapêuticos para a Rede Hora Certa¹², havendo a possibilidade de acrescentar novas unidades por meio de termos aditivos, como aconteceu com o CSEB em 2020 (PREFEITURA DE SÃO PAULO, 2016).

Esse contrato estabeleceu como critérios de repasse financeiro a manutenção de equipe mínima, o cumprimento de metas de produção assistencial e de metas de qualidade (PREFEITURA DE SÃO PAULO, 2016). A título de esclarecimento, a equipe mínima é meta contratual e refere-se aos profissionais que serão monitorados quanto à efetiva contratação pela OSS e atuação nas unidades. Essa equipe é definida em função das necessidades de saúde, conforme planejamento da Supervisão Técnica de Saúde, e também para garantir a manutenção dos requisitos dos programas federais e respectivos financiamentos. Portanto, a equipe mínima não se refere ao dimensionamento de pessoal, cabendo à OSS completar o quadro de pessoal necessário ao pleno funcionamento das ações previstas no contrato (PREFEITURA DE SÃO PAULO, 2020b).

¹² A Rede Hora Certa foi criada pela Prefeitura de São Paulo em 2013, com os objetivos de disponibilizar serviços de saúde especializados, destinados à redução do tempo de espera e à qualificação do atendimento na Rede de Atenção Especializada Ambulatorial Municipal; integrar os serviços de saúde existentes, racionalizar os processos de trabalho, ampliar a oferta de consultas e exames especializados e implantar as cirurgias ambulatoriais (PREFEITURA DE SÃO PAULO, 2014).

A fim de ilustrar melhor as idas e vindas históricas em torno do CSEB, a figura 2 demonstra uma linha do tempo do serviço:

Figura 2 - Cronologia do CSEB



Fonte: Autor (2023)

O que pensam os trabalhadores

Quando questionados sobre esse processo de tratativas internas e externas sobre o possível convênio, os trabalhadores mais antigos do serviço ressaltaram dois aspectos mais importantes: o primeiro se refere às diversas tentativas frustradas de conseguir solucionar o impasse da necessidade de contratação, por meio de algum interveniente, visto que não haveria mais vinculações diretas pela USP. O segundo foi como ele se desenrolou.

“Na verdade, todo mundo queria um contrato de gestão direto da USP com a prefeitura e que fosse uma coisa muito individual do centro de saúde, que são os contratos de gestão focados para aquele serviço. Então, o CSEB tinha (...) um GT [grupo de trabalho] para discutir: “Como é que a gente vai querer? Quantos funcionários a gente precisa? Qual é a forma de trabalho que a gente vai ter? Como é que vai ser o processo seletivo? Qual é a característica dos profissionais que a gente quer que tenha aqui no serviço?”. (...) “Vamos precisar de um médico, 2, 5, 10”. Cada hora tinha uma discussão. Então, todo mundo tinha essa visão de que, em algum momento, alguém, que também não era muito certo de onde, viria. “Tem que sair primeiro da USP? Tem que sair primeiro da prefeitura?”. Então, ficava um jogo meio de empurra; aliás, não sei se existia realmente esse jogo de empurra ou se era uma coisa que as pessoas aqui imaginavam, porque ora falavam assim: “Então, lá na direção da faculdade eles não querem aceitar esse termo.”; “Ah não, é lá na prefeitura eles não querem aceitar que a gente precisa de mais funcionários”.” (ENTREVISTADA Z)

Foram repetidos os relatos, entre os entrevistados, sobre como esse convênio, construído no CSEB, foi proposto para diferentes OSS, sem sucesso. Para alguns trabalhadores, inclusive, seria muito natural que a própria FFM assumisse a contratação de novos trabalhadores, uma vez que é vinculada à FMUSP. Contudo, não foi o que ocorreu e uma discussão que parecia democrática, entre os membros do serviço, foi encerrada de maneira abrupta. O trecho a seguir evidencia melhor esse ponto.

“A gente começou a conseguir conversar e a direção começou a me apoiar muito em relação a tentar buscar recursos para a gente recompor as equipes do centro de saúde, inclusive, na intenção de trazer equipes (...). Só que, assim, esse convênio com a prefeitura nunca saía, porque os governos que estavam na prefeitura também não se interessavam muito por essa área, queriam a coisa da produtividade só. Então, o ensino e pesquisa na atenção primária não fazia muito sentido. Até que entrou o governo do [Fernando] Haddad e o [Alexandre] Padilha, que foi um dos secretários dele, se interessou e criou todas as condições para que a gente fechasse um convênio e tal. Aí a faculdade deu para trás porque estava com a relação meio atravessada com a prefeitura por causa de falhas de pagamento do Projeto Região Oeste no contrato de gestão que tinha com a Prefeitura, que acabou sendo rompido depois. Então, não deu certo. A gente tentou várias coisas até chegar à solução que você conhece, que foi fazer, então,

para o centro de saúde escola, uma espécie de aditivo a um convênio que já existia entre a SPDM e a prefeitura. (...) Foi muito chocante para a gente, porque durante muito tempo a gente pedia que fizesse esse aditivo no contrato que a fundação [Fundação Faculdade de Medicina] tinha com a prefeitura da região Oeste, mas diziam que não podia, que juridicamente era impossível e, agora, com a SPDM, tudo ficou possível (...). Isso gerou uma certa revolta das pessoas, porque poderia ter tido uma solução muito mais interessante, há mais tempo. Eles protelaram isso e tal.” (ENTREVISTADO U)

Como informado pelo entrevistado U, uma solução só foi encontrada em 2020, quando a direção do CSEB recebeu, via e-mail, o Termo de Cooperação e Gestão Compartilhada já devidamente firmado pela Reitoria da USP, SPDM e SMS/SP. Este não era o convênio sugerido pelo CSEB nos anos antecessores, mas sim um termo aditivo ao contrato de gestão assinado em 2016, entre a SMS/SP e a SPDM.

O termo diz que qualquer um dos partícipes (SMS/SP, SPDM ou USP) pode alocar recursos humanos, materiais, bens e serviços mediante entendimento prévio e anuência da USP. Além disso, mediante esse termo, o CSEB formaliza-se como unidade parceira do SUS na cidade de São Paulo, em caráter colaborativo, integrando à sua rede em nível primário. Este item garante, portanto, o recebimento de materiais, medicamentos, vacinas e demais insumos fornecidos pela SMS/SP. O termo também mantém as funções laborais dos trabalhadores USP, de acordo com o que foi previamente estabelecido pelos contratos de trabalho e sob gestão exclusiva da USP (PREFEITURA DE SÃO PAULO, 2020b).

O termo aditivo a esse contrato, referente ao CSEB, foi assinado no dia 9 de dezembro de 2020 e tem como objetivo:

Aprovar o novo Plano de Trabalho e Plano Orçamentário objetivando a inclusão do Centro de Saúde Escola Samuel Barnsley Pessoa, denominado Centro de Saúde Escola do Butantã — CSE Butantã, situado à Av. Vital Brasil, nº 1490 — Butantã, com a contratação de Recursos Humanos, aquisição de materiais de consumo, prestação de serviços terceirizados, aquisição de equipamentos e mobiliários, durante o período de dezembro de 2020, desde que haja a devida prestação de contas, constantes no presente Contrato de Gestão da Rede de Assistência à Saúde da Supervisão Técnica de Saúde Butantã. A presente contratação visa o atendimento ao Termo de Cooperação e Gestão Compartilhada — Centro de Saúde Escola Samuel Barnsley Pessoa da Universidade de São Paulo, buscando a consecução de ações de ensino, pesquisa e assistência em prol dos usuários do Sistema Único de Saúde da cidade de São Paulo (PREFEITURA DE SÃO PAULO, 2020b, p. 2).

Verifica-se que, após anos de discussão interna sobre como deveriam ser contratados novos trabalhadores, em que condições e, principalmente, em quais processos de trabalho eles deveriam ser inseridos, chegou um documento, assinado por instâncias superiores, definindo esses pontos. Isto é, o termo trouxe a necessidade do cumprimento de normativas sobre como os novos trabalhadores devem ser contratados, como o trabalho deve ser executado e descreveu o cumprimento de metas de produção e qualidade vinculadas ao financiamento da empresa contratante pela SMS/SP.

Há, portanto, uma imensa frustração por parte dos antigos trabalhadores do CSEB sobre como se deu essa assinatura e certo receio de que o serviço perca sua autonomia.

“Quando de repente caiu o termo assinado, (...) aí que foi uma questão de: “o que tem nesse termo?” (...) Era isso, ninguém sabia o que tinha ali(...). E aí o termo veio, dentro do contrato de gestão da região do Butantã, que era uma coisa que ninguém do centro de saúde queria (...). A direção da USP estava ciente de que estava sendo acordado e eles assinaram. As únicas pessoas que não ficaram sabendo foram as da direção do serviço. Mas foi recebido muito ruim no serviço, muito mal, tanto pela direção do serviço (...), quanto por todos os funcionários: “Como assim? A gente está no meio de um contrato de gestão? A gente não sabe nem o que tem neste contrato. A gente não sabe como é que as pessoas vão chegar aqui.” (ENTREVISTADA Z)

“A visão que a gente teve na época foi de que a faculdade de medicina nunca foi transparente conosco. (...) Aconteciam reuniões para as quais elas [diretoras do CSEB à época] não eram chamadas para participar e quando elas eram chamadas para alguma reunião, era só para colocar o que já tinha sido resolvido. Então, o centro de saúde escola nunca pode opinar a respeito (...). Foram várias as reuniões que aconteceram que a diretora do CSEB à época era chamada e quando ela falava alguma coisa na reunião era um caos total, porque na maioria das vezes ela não concordava com a forma ou não concordava com o número de trabalhadores que era oferecido, porque sempre ficava faltando.” (ENTREVISTADA V)

“Então, a gente [OSS] entra meio quando que era para assumir. Houve, sim, a participação da SPDM, prefeitura e Universidade de São Paulo em esfera superior na elaboração do termo de parceria. A gente [OSS] entrou mais na operacionalização desse termo de parceria. Daí a gente começa o processo de conversa com a universidade, com o Centro de Saúde Escola e eu acho que nem o próprio Centro de Saúde, as equipes do Centro de Saúde participaram desse processo de elaboração do termo de parceria.” (ENTREVISTADA T)

A última fala, de uma gestora da SPDM, explicita que a discussão e assinatura do termo se deu nos altos níveis do organograma da OSS e que os profissionais, por exemplo, de assessoria técnica foram incumbidos de executar a contratação, quando o termo já havia sido assinado.

Com a assinatura, foram incorporadas ao CSEB três equipes de ESF, cada uma com um médico/médica de 40 horas, um enfermeiro/enfermeira de 40 horas, duas técnicas/técnicos de enfermagem e seis agentes comunitárias de saúde (ACS). Além destes, foram contratados um dentista de 40 horas e um auxiliar de saúde bucal, uma farmacêutica, dois técnicos/técnicas de farmácia, um profissional administrativo e uma coordenadora técnica (PREFEITURA DE SÃO PAULO, 2020b). São 37 novos funcionários contratados de modo terceirizado, destinados a uma atividade-fim em um serviço público estadual.

A prerrogativa de contratação de equipes de ESF remodelou um serviço que, até aquele momento, não havia adotado essa tecnologia de cuidado em APS. Houve uma reconfiguração na forma como o CSEB se organizava internamente, o que impactou nos processos de trabalho, como será discutido adiante.

Esse preâmbulo se fez necessário para discutirmos o que pensam os trabalhadores sobre a assinatura do Termo de Cooperação. As entrevistas foram realizadas ao longo de 2022, ou seja, entre um e dois anos após a assinatura do termo. Esse tempo pode ter amenizado alguns pontos de vista, principalmente de uma perspectiva de melhora das condições de trabalho, uma vez que aumentou o número de trabalhadores.

Não há consenso entre os entrevistados, por exemplo, sobre a opção adotada ter sido a de utilizar uma empresa terceirizada (OSS) enquanto mediadora da relação entre o CSEB/USP e a SMS/SP, dentro de um contrato de gestão pré-estabelecido.

“Então, o centro de saúde sempre teve uma forma diferente [de funcionar], que eu tenho até dificuldade de dizer qual é (...). É uma forma de (...) de experimentos: “Vamos fazer as coisas setorizadas e ver como funciona?”, “Não deu certo? Por que não deu certo?”. Sempre tinha um estudo em cima disso. Quando a gente vem com a SPDM, não dá conta de a gente fazer isso, então, a gente precisa se ajustar. Aí, por um lado, eu concordo que a gente não deveria ter tido um termo dessa forma. Se era para a gente continuar com o centro de saúde sendo um centro de estudo, porque sempre foi um centro de estudo, então, a gente precisava de ter um termo que realmente fosse entre a USP e a prefeitura, com as responsabilidades que era atender a população com os princípios do SUS, claro, mas sem ter a forma desenhada de trabalhar, que foi isso que aconteceu (...).”
(ENTREVISTADA Z)

“No mundo ideal, o que eu acharia ideal? Era que não tivesse mediação de fundação, como era antigamente. Você tem sua carga horária, não mais com o estado, mas com o município, pela atenção básica. E, se fizesse um convênio, e que a gente pudesse, universidade e município prover os recursos necessários, de

acordo com as características próprias, que é uma unidade que não só presta serviço, mas também ensino e pesquisa. Então, nesse sentido, eu acho que faz parte um pouco dessa política, da macropolítica de recolhimento do Estado e de responsabilização pela questão da saúde pública, o fato de que tanto a universidade, quanto o município lavaram as mãos em relação ao centro de saúde, por mais que a gente insistisse e falasse e tal (...). Na vida real, já que isso não estava acontecendo e que toda essa municipalização acabou ingressando nessa coisa da contratualização, eu acho que a contratualização via Fundação Faculdade de Medicina nos facilitaria, pela experiência prévia que já tínhamos com a fundação, pela proximidade institucional (...). Então, a terceira opção seria essa que aconteceu, quer dizer, uma OSS fazendo mediação.” (ENTREVISTADO U)

Independentemente da função desempenhada, gestor ou trabalhador, estando presente ou não no cotidiano do trabalho, há uma ideia recorrente de que as características dos processos de trabalho do CSEB e sua vocação educativa não cabem neste contrato. É evidente nas falas que, caso o CSEB quisesse manter seu modelo técnico assistencial educativo, um convênio especial deveria ter sido feito. Isto significa que apesar de a gestão do serviço estar descrita como sendo da USP, na prática, outros entes – OSS e SMS/SP – tensionam e deslocam essa gestão ao introduzir os processos de trabalho hegemônicos do município no centro de saúde.

As opiniões dos entrevistados sobre o termo convergem em três aspectos principais, que podem parecer óbvios, mas que demonstram que não é simples ser favorável ou contra a parceria estabelecida. São eles: assistência, educação e formalização na rede de saúde.

Quanto à assistência, o serviço ganhou 37 novos trabalhadores, o que impactou substancialmente na assistência, especialmente porque a incorporação se deu no início de 2021, um dos períodos mais graves da pandemia de covid-19, quando o número de casos e óbitos atingiu os patamares mais elevados até então, e quando a vacinação contra a doença foi iniciada (MATHIEU et al., 2020).

A pandemia e a demanda assistencial represada pela restrição de acesso ao sistema de saúde pressionaram por um maior volume de atendimentos e de escalas de trabalho que contemplassem a cobertura de atendimento de pacientes sintomáticos respiratórios e a abertura de um ponto de vacinação específico para a covid-19. Portanto, era inevitável que o termo fosse um alívio no aspecto assistencial. Mesmo sem a vigência da pandemia, já havia anos que o serviço não contava com assistência à saúde bucal,

farmacêutica e social. Até mesmo novos cadastros haviam sido suspensos pela falta de profissionais.

“No meu ponto de vista foi importante. Foi um momento importante para o centro de saúde ganhar fôlego, porque a gente está realmente sobrevivendo e, junto a isso, porque a SPDM chegou junto com a pandemia (...). Então, foi fundamental, foi importantíssimo a chegada desses novos profissionais, pois, além de uma troca de experiência, de renovação, e de outras atividades que nós não mais oferecíamos porque não tinha mais funcionários, também não tínhamos o modelo de estratégia da saúde da família, que é um modelo importante, fundamental para a longitudinalidade, para a criação de vínculos, para os usuários. Do meu ponto de vista foi muito positivo, foram muitos ganhos (...).” (ENTREVISTADA W)

“Então, pensando no CSEB, eu penso que não é o modelo ideal você ter um sistema híbrido, porque traz muitas dificuldades. Mas, pensando na população, pensando no modelo proposto, eu acho que foi um ganho e o meu sentimento maior é cuidar da saúde da população. A farmácia estava fechada há tempos, o serviço de odontologia não estava funcionando há tempos, então, eu acho que foi um ganho para a população. Pensando na população, com certeza foi um ganho (...).” (ENTREVISTADA T)

No que diz respeito à educação dos graduandos e pós-graduandos que passam pelo CSEB, a assinatura do termo trouxe preocupação. Evidente que um maior número absoluto de trabalhadores possibilita maior disponibilidade para se pensar processos formativos. Contudo, o fato de o termo se constituir um aditivo de contrato de gestão com a SMS/SP pressiona o serviço a cumprir metas quantitativas de produção que, da perspectiva de alguns dos entrevistados, é incompatível com o modelo de formação em saúde considerado ideal.

“A prefeitura também piorou o contrato de gestão, do ponto de vista dos serviços que também servem para o ensino, da última gestão para esta. Havia uma certa maleabilidade na proposta de produção etc. Não é por causa da SPDM, é por causa da prefeitura que o contrato mudou. Na época da Fundação Faculdade de Medicina, o contrato de gestão era melhor para a gente poder fazer ensino junto. Agora, o contrato é pior. Isso também nos afeta.” (ENTREVISTADA Q)

Nesse momento, cabe um breve adendo. Em 2016, como já dito anteriormente, a FFM encerra seu contrato de gestão com a SMS/SP que passa a assiná-lo com a SPDM. Em 2017, a USP e a SMS/SP firmam o Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES)¹³, que tem como objetivo fortalecer a integração entre o ensino e a assistência nos

¹³ O COAPES foi proposto em 2015 pelo Ministério da Saúde, em parceria com o Ministério da Educação, com o objetivo de instituir as diretrizes para a celebração dos contratos e para o fortalecimento da integração entre ensino, serviços e comunidade no âmbito do SUS (BRASIL, 2015).

serviços de saúde do SUS (USP, 2021).

Nessa ocasião, oficializou-se a inserção de diversos estudantes da USP na rede de atenção à saúde municipal. Em 2018, os estudantes da FMUSP, por exemplo, já vivenciavam suas práticas em APS em 10 UBS (USP, 2021).

Mesmo antes do COAPES e, ainda sob o contrato de gestão com a FFM, a USP já experimentava essa vinculação com a rede no intuito de aproximar graduandos de saúde da realidade do trabalho. Por exemplo, o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), em 2009-2010, ampliando os cenários de práticas de disciplinas vinculadas à APS, buscou articular o ensino à ESF para seis categorias profissionais do campo da saúde (CHIESA et al., 2011).

CHIESA et al. (2011) já descreveram, dentre os objetivos do PET-Saúde, propiciar aos estudantes a vivência de atividades acadêmicas complementares para fortalecer a compreensão do trabalho em equipe, da atuação generalista e das ações de promoção à saúde como eixos centrais da ESF e contribuir para o processo de articulação e ampliação do Pró-Saúde na USP, bem como para a expansão da ESF e implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) na região do Butantã, zona oeste do município de São Paulo.

Neste mesmo artigo, foi descrita a adaptação necessária para a inserção dos diversos estudantes no CSEB, uma vez que este serviço não dispunha das tecnologias ESF e NASF (CHIESA et al., 2011). Portanto, o CSEB perdeu o protagonismo enquanto cenário de prática em APS, tanto pela ampliação de cenários de prática – outras UBS da rede – quanto pelo distanciamento das tecnologias em APS implementadas no município.

Na cidade de São Paulo, os novos contratos de gestão estabelecem cobranças de metas de produtividade, independentemente de o serviço de saúde ser também cenário de aprendizado. Não existem adaptações para que os trabalhadores possam exercer funções assistenciais e educativas, simultaneamente. Na realidade, não existe nenhum estímulo para os trabalhadores desenvolverem ensino e pesquisa em APS. E esse é um ponto crítico para os entrevistados do CSEB. Isto é, com o contrato de gestão é imposta a lógica de produção assistencial em detrimento dos processos de

ensino-aprendizagem.

“Eu sei que existem divergências sobre o modelo (...), mas eu acho que esse movimento da nossa chegada [SPDM] talvez seja um momento de reflexão dentro do centro de saúde escola, dos processos de trabalho lá estabelecidos, mas sem perder de vista todo o potencial que o CSEB tem de produção científica, que esse é um ganho que a gente tem para toda a comunidade científica (...). O que é uma coisa difícil também, porque esses contratos de gestão em vigência (...) são bem espartanos. Muitas vezes não nos permite (...) fazer outras coisas, a não ser centrar mais na produção, no atendimento. Eu acho que, nessa perspectiva, vamos supor, “legal, vamos repensar o modelo de atenção”, mas sem perder de vista esse potencial de ensino e pesquisa dentro do CSEB. (...) Sendo o CSEB da Universidade de São Paulo, eu acho que é uma discussão interna para que isso aconteça.” (ENTREVISTADA T)

Esta dissertação não pretende se aprofundar sobre o tema formação em saúde, mas algumas reflexões são importantes. Ao longo das recentes décadas, houve tentativas dos governos brasileiros de estabelecer maior aproximação entre os serviços de saúde e as instituições de ensino. Diversas foram as políticas implementadas para inserir, no cotidiano do trabalho, processos de ensino-aprendizagem dos profissionais de saúde.

Apesar de o setor da saúde não disciplinar o da educação, interferindo em processos de aprendizagem dentro de instituições de ensino, pode contribuir com a orientação de uma formação teórica e prática voltada ao mundo do trabalho e às práticas sociais e de saúde. É também atribuição do SUS o ordenamento da formação para a área da saúde, sendo os serviços públicos campos de prática para o ensino e pesquisa do sistema educacional (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

O CSEB não é um serviço desvinculado de uma instituição de ensino, alocado na rede como as demais UBS da cidade de São Paulo. Trata-se da própria instituição de ensino, parte da estrutura da FMUSP, sendo diversas vezes descrito como uma unidade docente-assistencial. Essa característica possibilitou que o serviço estabelecesse processos completamente autônomos das diretrizes implantadas pela rede de atenção à saúde da cidade de São Paulo. E essa autonomia se deu tanto no campo da assistência, quanto no campo da educação, visto que os mesmos estudantes estagiam em outras unidades da rede.

Contudo, a incoerência consiste justamente em se propor formar profissionais de saúde em um cenário de prática diferente daquele posto nas diretrizes do SUS para a APS. Quanto a isso, Ceccim e Feuerwerker (2004)

afirmaram que a universidade não pode ser independente da regulação e direção política do Estado e é papel dos governos desenvolver políticas que induzam o cumprimento de seu papel social. A produção de conhecimento científico, tecnológico, de arte e cultura não pode ser apartada dos interesses da sociedade ou de sua relevância pública. Isso, traduzido para o CSEB, diz que mesmo sendo da universidade, este serviço não pode manter assistência e educação desvinculados do postulado pelas políticas nacionais de saúde, mesmo que seus trabalhadores discordem delas.

O trecho de uma das entrevistas, a seguir, ilustra essa discussão.

“A gente também não pode ser tão diferente do mundo lá fora, apesar de ser uma instituição de saúde gerida pela faculdade de medicina, porque isso traz insatisfações para o aluno, para os profissionais. Porque os profissionais que trabalham lá têm que ter todas as ferramentas, têm que estar preparados para sair e trabalhar em qualquer unidade, porque senão ele vai ficar muito diferenciado. Ele não vai conseguir campo, ele não vai conseguir cargo de trabalho e isso é algo que os alunos reclamavam, principalmente os alunos de enfermagem. Aluno de enfermagem é um aluno crítico, ele quer sair para o mercado preparado e a gente sendo uma instituição que só faz as coisas que... as atividades que dariam para fazer ou que é necessário fazer e não acompanha este processo. Fica muito diferenciado.” (ENTREVISTADA W)

Os movimentos de mudanças da educação dos profissionais de saúde, as Diretrizes Curriculares Nacionais e as diretrizes do SUS colocam como perspectiva a existência de instituições formadoras capazes de formar profissionais de qualidade, conectados com as demandas sociais de saúde, comprometidos com a construção do SUS e capazes de produzir conhecimento relevante (CECCIM; FEUERWERKER, 2004). O diferencial do CSEB se encontrava justamente na autonomia, uma vez que trabalhadores, gestores, docentes e discentes podiam incentivar uma formação crítica em saúde.

Sob outra perspectiva, a inserção de graduandos e pós-graduandos em uma rede de APS regida por contratos de gestão que determinam metas quantitativas e qualitativas de seus profissionais envia as formações em saúde. Envia no sentido de que discussões ampliadas, críticas e voltadas à determinação social do processo saúde-doença são prejudicadas diante da demanda assistencial que se sobrepõem aos trabalhadores, acumuladores de funções educacionais e assistenciais.

O cenário de prática se torna exclusivamente pautado no atendimento à demanda e as discussões se centralizam em aspectos clínico-individuais,

retomando uma lógica de cuidado biologicista, medicalizante e procedimento-centrada. A fragmentação do cuidado é deslocada do ambiente hospitalar para a APS, prejudicando o cuidado integral. Nesse ponto crítico, o CSEB tinha o privilégio de organizar seus processos educativos, ampliar os debates com qualidade e suscitar a crítica preconizada pelas Diretrizes Curriculares Nacionais dada a sua expertise em pensar um cuidado para além do clínico.

É evidente que a demanda de saúde não deve ser restringida para que processos formativos se estabeleçam, contudo, condições estratégicas devem ser pensadas e traçadas para a garantia de uma assistência e formação de qualidade.

Por fim, o terceiro e último aspecto principal relacionado ao firmamento do termo, que emergiu das entrevistas, consiste na formalização do CSEB como parte da rede de atenção à saúde do SUS de São Paulo.

“Uma assinatura de um termo de convênio entre a universidade e a secretaria municipal eu não vejo com maus olhos. Eu acho que é até um dispositivo que a gente tem para poder integrar a universidade com o SUS. Porque, de certa forma, a gente estava em um espaço informal, onde a gente recebia insumos e medicamentos da secretaria municipal, mas frequentemente a secretaria municipal não colocava o centro de saúde nos planos das ações de políticas de saúde. Tanto é que até hoje as enfermeiras do centro de saúde não têm cadastro municipal, e, por isso, às vezes, não podem pedir alguns exames, porque o laboratório só aceita se os... os lugares que fazem raio-x, ultrassom, só aceitam se for da secretaria municipal¹⁴.” (ENTREVISTADO Y)

Como dito, o CSEB é um serviço de saúde peculiar, já que é uma entidade da gestão pública estadual, prestadora de serviços municipais em APS e recebe insumos e normativas do município. O exemplo que o entrevistado utiliza é ilustrativo dessa característica, as enfermeiras do serviço não podem executar prescrições ou solicitações de exames como suas colegas de outras unidades, por estarem lotadas em um serviço do estado. O termo, ao menos, formalizou o repasse de recursos municipais e garantiu a contratação de recursos humanos, como inclusive é seu propósito. Por fim, também formalizou a inserção do serviço na rede.

¹⁴ A cidade de São Paulo, na Portaria SMS.G Nº 915/2015, estabeleceu a aplicação de manuais de enfermagem que conduziam a prática dessa categoria na APS. Os manuais levaram em conta a Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, do Ministério da Saúde, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, a Lei nº 7498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e a Resolução COFEN nº. 195, de 18 de fevereiro de 1997, que dispõe sobre a solicitação de exames de rotina e complementares por enfermeiros pautados nos programas do Ministério da Saúde (PREFEITURA DE SÃO PAULO, 2015).

Essa inserção do CSEB na rede de atenção à saúde se dá em uma perspectiva técnico-burocrática, uma vez que o serviço precisa seguir, em alguma medida, as diretrizes da SMS/SP; e na sua interlocução com outros pontos assistenciais da rede do Butantã, uma vez que compartilha o mesmo território de cuidado. Os relatos a seguir ilustram esses dois pontos:

“Eu acho que todos não estavam preparados para isso, para essa mudança radical, porque com a entrada da organização social muda também algumas cobranças, algumas não, acho que muitas cobranças. Por sermos USP e muitas coisas a gente era cobrado e respondia ou não e nós não tínhamos essa cobrança ferrenha que tinha que responder. Hoje você tem que responder às metas, tem que responder à planilha de SIGA [Sistema Integrado de Gestão de Assistência], tem que responder à planilha de acumuladores, tem que responder ao PSE - Programa de Saúde na Escola, tem que responder a todos os programas da prefeitura e isso é algo que nós não estávamos acostumados, a gente sabia que existia, mas se não respondesse não tinha essa cobrança. Hoje, com a SPDM, nós temos que ter essa cobrança, inclusive, abertura de escala de trabalho em situações ou datas importantes. Já teve época que nós, USP, fechamos porque não dava, não tinha funcionário e a gente falou: “Não dá para abrir a campanha”, e isso não tinha um impacto muito grande. Hoje nós não podemos falar: “não temos funcionários para abrir”. Nós precisamos abrir.” (ENTREVISTADA W)

“Eu acho que tem uma coisa que faz sentido que é ser uma OSS que tem uma relação com o território (...). Então, essa coisa de ser um mesmo território com a mesma OSS, assim, tinha uma certa expectativa de que (...) a gente vai também ter problemas parecidos com os problemas da região. Isso, de alguma maneira, pode nos aproximar das questões da região. Na época estava no conselho da supervisão do Butantã, então achava que tinha essa possibilidade de o serviço estar mais inteirado e participando de quais que eram as questões da atenção primária do território mais amplo, não uma coisa que eu acho que já é crônica do serviço, de também ficar nessa, em torno dos próprios problemas e das próprias soluções, não dialoga muito com os outros serviços.” (ENTREVISTADA R)

Atualmente, a cidade de São Paulo tem quase a totalidade de seus serviços de saúde, principalmente da APS, geridos por entidades parceiras, como OSS, entidades filantrópicas e organizações não governamentais. Os contratos são firmados respeitando, em alguma medida, divisões territoriais (PREFEITURA DE SÃO PAULO, 2022). Essa característica as torna importantes articuladoras da rede. Com o termo, o CSEB passou a contar como uma dessas unidades prestadoras de serviço do município e a participar dos programas instituídos pela SMS/SP. Portanto, as ações se tornaram relativamente mais integradas e os trabalhadores se envolveram mais na busca de estreitar laços com outros pontos de cuidado.

Um exemplo prático desse "enrendamento" do CSEB está em um problema ainda pendente que é a ausência do profissional de assistência social no serviço. Esse profissional não consta no quadro de trabalhadores há muitos

anos e o termo não o incluiu. As demandas relacionadas a esse núcleo de conhecimento são numerosas e não há previsão de contratação, uma vez que a OSS só poderia contratar com o respaldo do termo, e a outra parte contratante, a USP, não está se mobilizando para isso.

Ao menos, o CSEB estar incluso neste contrato de gestão facilita a articulação com outros pontos da assistência social em outras UBS geridas pela mesma OSS. Facilita também a articulação com os Centros de Referência de Assistência Social que passam a considerar o serviço como parte da rede, quando compreendem a sua existência e atuação.

6.2 AS MUDANÇAS DOS PROCESSOS DE TRABALHO

“O processo de trabalho é um baluarte da atenção primária, da escola, do departamento de Medicina Preventiva, da constituição do Centro de Saúde Escola, é um referencial muito forte para nós. Eu acho que a gente tentou fazer aqui, no Centro de Saúde, uma operacionalização do que poderíamos considerar um bom resultado para o processo de trabalho: a valorização das necessidades de saúde, a organização do trabalho conforme os objetivos, as finalidades, o trabalho em equipe, o diálogo com os usuários, a questão da informação, da gestão, da vigilância. Esses são itens que deveriam fazer parte da nossa forma de raciocinar, para você propor ações, ensino etc.” (ENTREVISTADA Q)

Esse trecho de uma das entrevistas dá o contorno da relevância da discussão sobre os processos de trabalho no CSEB. Relevância essa não somente histórica, do ponto de vista da produção científica acerca do tema, mas também porque mobiliza discussões profícuas no cotidiano do trabalho e nas falas dos entrevistados.

Durante as entrevistas, questionei sobre as percepções dos entrevistados acerca de prováveis mudanças na gestão do serviço e nos processos de trabalho, após a assinatura do termo. Apesar de serem perguntas diferentes, as respostas se misturaram bastante, muito em consequência da troca da diretoria do CSEB ocorrida em meados de 2021, primeiro ano da chegada dos novos trabalhadores.

Essa outra mudança complexifica a análise das falas e sua correlação com os textos referenciais. Portanto, para facilitar a compreensão dos pontos abordados e valorizar os excertos, escolhi aprofundar esses dois temas em momentos separados. Contudo, vale frisar a quase indissociabilidade desses núcleos temáticos e como eles se retroalimentam nas mudanças percebidas

pelos trabalhadores e gestores entrevistados.

Antes da assinatura do termo, apesar de o CSEB promover discussões sobre modelos assistenciais, aquele que ainda preponderava era o das Ações Programáticas em Saúde que se manteve, praticamente, até 2020. As ações programáticas podem ser definidas como uma "proposição de organizar o trabalho em saúde fundamentada no ideal da integração sanitária, para o que busca inspirar-se em tecnologias de base epidemiológica" (NEMES, 1996, p.48).

Vale retomar o trecho introdutório desta dissertação que versa sobre os campos epidemiológico e clínico dos modelos tecnológicos de saúde do estado de São Paulo. Os centros de saúde foram estratégicos, já que tinham por objetivo convergir esses dois campos em suas ações, compreendendo que a expansão da dimensão clínica/individual, de maneira exponencial, com acúmulo de tecnologias duras cada vez mais dispendiosas, gerava gastos sociais desproporcionalmente grandes, sem, necessariamente, alcançar benefícios coletivos.

Os programas vem, portanto, "articular instrumentos de trabalho dirigidos a indivíduos, entre eles a assistência médica individual, a instrumentos diretamente dirigidos a coletivos, objetivando potencializar a efetividade epidemiológica de todos os instrumentos" (NEMES, 1996, p.54). Assim, se baseiam em aspectos epidemiológicos, no sentido de priorizar certas doenças ou grupos populacionais e orientar o trabalho para esses atendimentos. Os atendimentos clínicos individuais passam a ser instrumentos de ação dentro de uma perspectiva coletiva, não sendo somente decorrentes de uma autonomia soberana do profissional médico.

Evidente que elencar grupos ou doenças mais prevalentes torna o processo tecnocrata e desconectado do aspecto subjetivo daqueles que vivem, experienciam o adoecimento, sofrem e morrem. Contudo, Nemes (1996, p. 63), ao falar sobre a Prática Programática em Saúde, tendo o CSEB como substrato prático, reforçou que:

A ação programática tem um iniludível compromisso com o Humano. Para além das finalidades de assistência e controle de processos saúde-doença no plano individual e coletivo, esse compromisso passa também pela criação de instrumentos que possam favorecer o desenvolvimento de sujeitos por meio do trabalho.

O texto em questão é parte de um livro fundamental para o embasamento teórico dos processos de trabalho do CSEB e discorre sobre o funcionamento dos Programas de Saúde do Adolescente, Saúde da Mulher, Saúde no Envelhecimento, Saúde Mental e o Pronto Atendimento e sua relação com as atividades programáticas (SCHRAIBER; NEMES; MENDES-GONÇALVES, 1996). Esses programas aconteceram no bojo da Saúde do Adulto, havendo também ações programáticas em outras áreas, como Saúde da Criança e Pessoas em Situação de Violência.

Os programas descritos permaneceram ativos, apesar das dificuldades quanto ao reduzido número de trabalhadores. Em 2020, porém, o termo de cooperação introduziu no CSEB novos trabalhadores para compor equipes de ESF. Portanto, em paralelo aos acontecimentos internos do Centro de Saúde, a cidade de São Paulo perseguiu outro projeto para a APS paulistana.

O PSF teve sua primeira experiência em uma grande cidade, o município de São Paulo, por incentivo da SES/SP através do Projeto Qualidade Integral em Saúde (Qualis), em 1996. Na época, o Ministério da Saúde, a SES/SP e a entidade filantrópica Casa de Saúde Santa Marcelina uniram esforços para garantir assistência e integralidade de cuidado a populações vulnerabilizadas (GUEDES; SANTOS; LORENZO, 2011).

O projeto Qualis reuniu investimento federal, estrutura assistencial de ambulatórios de especialidade e centro hospitalar da Casa de Saúde Santa Marcelina e a experiência dos técnicos em educação da SES/SP. Os profissionais do projeto juntamente com os educadores da SES/SP desenvolveram processos de trabalho, incentivaram o trabalho em equipe e se lançaram no território a fim de conhecê-lo e a seus usuários (GUEDES; SANTOS; LORENZO, 2011).

Em 1999, o PSF foi instituído em todo o estado, por meio de decreto, com o nome Qualis/PSF (ALESP, 1999). Nos anos sucedentes, a SES/SP expandiu as parcerias a outras entidades, chegando a mais regiões da cidade. Em 2002, o Qualis/PSF contava com 218 equipes de saúde da família, cobrindo cerca de 87.2000 pessoas, sendo finalmente municipalizado (GUEDES; SANTOS; LORENZO, 2011). Esse processo de municipalização se deu por meio de convênios firmados com instituições da sociedade civil como

entidades filantrópicas e OSS (CIDADE DE SÃO PAULO, 2016).

Entre 2005 e 2010, houve a expansão de 65,37% no número de equipes de Saúde da Família, tornando-as a estratégia de reorganização das UBS da cidade (CIDADE DE SÃO PAULO, 2016).

Quanto ao CSEB, Peduzzi e Palma (1996) já haviam descrito como esse serviço de saúde vivenciou dois projetos tecnologicamente ativos e distintos entre si: o da Medicina Integral e Preventiva e o da Prática Programática e como essas mudanças demonstravam que o Centro de Saúde não passava inerte às movimentações teóricas sanitárias. Isso se repetiu na assunção da ESF, como veremos a seguir, mesmo que as fases anteriores tivessem resguardado suas características até a atualidade.

Apesar das políticas incentivadas pela SMS/SP, o CSEB acabou mantendo sua autonomia sobre os processos de trabalho internos, descrevendo-se como crítico a outros modelos assistenciais. Assim, as ações programáticas instaladas foram sustentadas até a assinatura do termo. Para além dos registros literários sobre os projetos tecnológicos do CSEB, vale o excerto a seguir de uma das entrevistas.

“O centro de saúde tem muito profissional que está há muito tempo trabalhando do mesmo jeito há anos e, às vezes, de uma forma que é pré-SUS e em uma instituição que é meio narcisista em um certo sentido que vem com o discurso do: “O nosso passado glorioso, como nós somos importantes, como produzimos muito para o SUS, como integramos a demanda espontânea ao seguimento muito antes de se falar disso na atenção primária”. Só que toda vez que chega uma ideia de fora, se ela não é aquilo que o centro de saúde quer, meio que assim: “a bola é minha, eu não quero jogar”. Isso aconteceu muitas vezes. Então, para o pessoal mais antigo, às vezes, eu tenho a impressão de que qualquer proposta que não seja a interna do serviço é vista como quase uma ferida narcísica e daí rechaça isso de uma forma muito clara.” (ENTREVISTADO Y)

Realçar essas modalidades de tecnologias é importante, uma vez que elas são configurantes da divisão do trabalho em saúde. A programação em saúde e as ações programáticas demandam uma maior divisão e especialização do trabalho (PEDUZZI; PALMA, 1996). Essa forte divisão, com o passar do tempo e a escassez de trabalhadores, enrijeceu as equipes de trabalho e restringiu as possibilidades de cuidado. Tal processo é denominado pelos entrevistados como “cristalização”:

“Eu acho que a gente nunca teve uma entrada de uma OSS com essa estrutura,

com essa consistência. Nós tínhamos alguns médicos... teve a Fundação Faculdade de Medicina que foram profissionais da estratégia [Saúde da Família], mas eles não tiveram essa experiência que os médicos, enfermeiros, técnicos vão ter nesse momento. Eles foram absorvidos pelas ações programáticas, eles faziam alguma atividade na comunidade com os pacientes, com VD [visita domiciliar], mas eles eram absorvidos por setores e isso também gerou uma certa insatisfação (...). Então, a enfermeira gostaria também, a enfermeira que entrou na época, que era da fundação, gostaria de circular um pouco mais, porque com esse modelo de ações programáticas, cada um se cristalizou em um setor e isso, de uma certa forma, é uma dificuldade, porque você se especializa naquele setor. Então tinha profissionais muito especializados na atenção à saúde do adulto, uma atenção à saúde mental, uma atenção à saúde da criança, na vacina, e em outros setores não; e quando você vai compor uma escala de trabalho, isso é um dificultador, porque algumas pessoas têm habilidade de fazer determinadas coisa e outras não.” (ENTREVISTADA W)

A entrevistada W se refere ao período do Projeto São Remo, em que profissionais foram incorporados ao serviço para constituir equipes de ESF, porém, foram inseridos nas ações programáticas. Fica evidente uma crítica a essa cristalização, à medida que ela se satura entre as falas.

“Acho que os processos de trabalho que... a forma como era antes era muito engessada, ela era muito tradicionalista, de querer colocar as pessoas, encaixar os usuários em certas caixinhas e as pessoas têm que seguir aquele caminho, não tem uma flexibilidade e isso para a realidade que a gente tem hoje é muito ruim, é você ignorar que a pessoa tem trabalho, que ela tem outros compromissos, que não dá para ela ficar vindo aqui a hora que o serviço quer que ela venha. Acho que o principal problema do processo de trabalho aqui é esse: é o serviço impor para as pessoas quando e como elas devem acessar o serviço e não o contrário, as pessoas que dependem desse serviço determinarem quando e como elas podem acessar o serviço. E a gente tem muitos problemas, principalmente de acesso e a questão maior é essa, se você não está oferecendo acesso, você não está oferecendo mais nada da APS, porque você está... pode até oferecer integralidade, longitudinalidade, mas para pessoas selecionadas, para aquelas que conseguem chegar aqui e obedecer as regras do serviço que são muito rígidas e elas não vão mudando de acordo com as necessidades, não acho que... esse é o maior problema. E em relação à mudança, eu vejo que mudou algumas coisas, até porque a entrada de agentes comunitários de saúde faz mudar um pouco a visão, o comportamento da população e a forma como a população acessa o serviço, mas as mudanças ainda são muito lentas, elas são mais devagar do que a gente precisaria para melhorar o acesso ao serviço.” (ENTREVISTADA S)

“Eu tinha algumas críticas, porque o processo de trabalho não teve... justamente por essas cristalizações, os profissionais ficavam só em determinados setores e eles ficarem especializados em determinadas atividades e isso não favorecia outros profissionais, a entrada de outros profissionais, (...) por esses processos serem dessa forma, cada um no seu setor, cada um no seu quadrado, era muito difícil você fazer essa intercambialidade, essas mudanças, era muito complicado (...). Porém, com a entrada da SPDM, isso precisou mudar e isso eu gostei, porque aí a gente conseguiu fazer a transição das novas e das velhas e eu vou te falar uma coisa que ainda não é fácil, (...) mas com a entrada SPDM isso ajudou muito, porque houve uma necessidade de trânsito, de que todos pudessem transitar em determinadas locais que antes não conseguiam, cada um ficava só naquele setor e isso, por um lado, tem a questão do ganho que a pessoa fica uma especialista, mas por um outro lado a pessoa também não se dá o direito a ver

outras atividades, ampliar. Isso é muito ruim, porque você não consegue sair daquele local e ir para uma outra atividade, porque não foi preparado, não tem capacidade, não consegue de jeito nenhum e a gente não conseguia nunca fechar a escala e tinha que fechar períodos de atendimento, porque não tinha funcionário para isso e hoje a gente não fecha nenhum período de atendimento que é uma coisa que eu considero positiva e não podemos dizer, não temos funcionários, e lógico a gente tem funcionários muito mais treinados que outros... pelos anos que estão ali também, mas a gente não pode dizer que hoje a gente não consegue (...).” (ENTREVISTADA W)

Ao chegar, o termo de cooperação determinou que equipes de referência fossem criadas aos moldes do que é exigido pela SMS/SP, atrelando as metas de produtividade ao repasse financeiro para a OSS; reconfigurou as funções desempenhadas por todos os profissionais, as escalas de trabalho, o acesso ao serviço pelos usuários; e atualizou o conhecimento do serviço sobre as novas demandas em saúde que surgiram. Consequentemente, houve uma profunda mudança dos processos de trabalho no CSEB.

Antes de mais nada, vale a pena definir melhor o que é a ESF, sua composição e como ela se configura no processo de trabalho para entendermos como esse modelo está transformando os processos de trabalho no CSEB.

A ESF se originou no Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) criado pelo Ministério da Saúde, em 1991, cujo objetivo era o enfrentamento das altas taxas de mortalidade infantil e materna no Nordeste e Norte. Já existiam outras iniciativas similares no país que inspiraram esse programa. Suas características consistiam na responsabilidade sobre um território e uma clientela adscrita; no enfoque em práticas de saúde na família e não nos indivíduos; na priorização das ações preventivas diante dos problemas; na integração dos serviços de saúde com a comunidade; e na abordagem mais ampla e não centrada apenas na intervenção médica. Elas continuaram no PSF e, em seguida, na ESF (AQUINO et al., 2014).

Outro ponto associado ao PACS foi seu papel como instrumento na consolidação do SUS e na organização dos sistemas locais de saúde, já que demandou o funcionamento do Conselho Municipal de Saúde e a existência de Fundo Municipal de Saúde, de unidades básicas de referência e de profissionais de nível superior na supervisão dos ACS, fixando enfermeiros e enfermeiras no interior do país (AQUINO et al., 2014).

Essa iniciativa tentou, portanto, homogeneizar a proposta de APS para

todo o território nacional, sendo exitosa quando se analisa a expansão que teve ao longo das últimas décadas. Portanto, aprofundou-se a descentralização dos cuidados primários em saúde, o que até a década de 1990 não existia. A exemplo disso, podemos ver a discussão feita na introdução deste texto sobre as tecnologias de saúde restritas ao estado de São Paulo.

Desde o princípio, o PSF, e, em seguida a ESF, reuniu elementos potencializadores de mudanças no modelo de organização da APS como: caráter substitutivo, isto é, substituiu as práticas convencionais pela oferta de uma atuação centrada nos princípios da vigilância à saúde; porta de entrada do sistema local; garantia de integralidade da atenção, mediante o acesso dos pacientes aos serviços de saúde segundo suas necessidades; territorialização; ampliação do objeto e espaços de intervenção – do indivíduo e da unidade para famílias, comunidade e meio ambiente; trabalho multiprofissional; incentivo a ações intersetoriais, à participação popular e ao controle social; educação permanente das equipes e instrumentos de avaliação e acompanhamento (BRASIL, 1997).

A equipe de ESF é composta minimamente por médico/médica, enfermeiro/enfermeira, auxiliar/técnica de enfermagem e ACS, sendo essa estratégia compreendida como prioritária para a expansão e consolidação da atenção básica no Brasil (BRASIL, 2006; 2011; 2017). Há um entendimento de que "a ESF favorece uma reorientação do processo de trabalho das equipes de atenção primária, amplia a resolutividade e o impacto na situação da saúde da população e propicia relação custo-efetividade favorável" (AQUINO et al., 2014, p. 360).

Dentre os fundamentos e diretrizes da APS a serem seguidos pela ESF e por outras estratégias de organização da atenção básica, descritos na Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2011), há um, em especial, que vale ser frisado, pois dialoga com o modelo tecnológico sustentado pelo CSEB:

Coordenar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins e à ampliação da autonomia dos usuários e coletividades; trabalhando de forma multiprofissional, interdisciplinar e em equipe; realizando a gestão do cuidado integral do usuário e coordenando-o no conjunto

da rede de atenção. A presença de diferentes formações profissionais assim como um alto grau de articulação entre os profissionais é essencial, de forma que não só as ações sejam compartilhadas, mas também tenha lugar um processo interdisciplinar no qual progressivamente os núcleos de competência profissionais específicos vão enriquecendo o campo comum de competências ampliando assim a capacidade de cuidado de toda a equipe. Essa organização pressupõe o deslocamento do processo de trabalho centrado em procedimentos, profissionais para um processo centrado no usuário, onde o cuidado do usuário é o imperativo ético-político que organiza a intervenção técnico-científica (BRASIL, 2011).

Esse trecho da PNAB (BRASIL, 2011) exprime a indução da ESF como política prioritária, agregando as demais ofertas de cuidado em APS, como as ações programáticas e o atendimento a demandas espontâneas. O objetivo era ampliar o escopo de ação e a resolubilidade da APS.

Por fim, vale destacar o trabalho das ACS que são reinseridas no CSEB para efetivamente compor equipes de ESF. Schmidt (2013) descreveu que durante a primeira experiência, na vigência do Projeto São Remo, já citado anteriormente, as doze ACS compunham uma equipe única e não as respectivas equipes de referência como descrito pelas políticas indutoras da ESF. A proposta do CSEB era propiciar cuidados de acordo com alguns princípios da ESF, como visitas domiciliares e ações comunitárias, restringindo-se ao território, uma vez que no centro de saúde os usuários continuavam sendo atendidos pelas ações programáticas.

É interessante observar que essa mesma autora falou de um espaço de invenção entre os princípios do que ela chama PSF, já que durante o Projeto São Remo ainda era o programa vigente, e a organização em programas da APS e de como isso se deu pela "independência relativa do CSEB em relação às metas e cobranças de produtividade vindas dos gestores de governo" (SCHMIDT, 2013, p. 62). Esse é um princípio atravessador nas tomadas de decisões no CSEB até a atualidade.

A nova PNAB (BRASIL, 2017), descreveu como atribuições das ACS um trabalho territorializado, com uma população adscrita, pautado em cadastramento e atualização de dados, de maneira sistemática; utilização de instrumentos de coleta referenciados em aspectos demográficos e socioculturais; registros epidemiológicos de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde; desenvolver ações que integrem a UBS e a população; ser uma referência à população quanto a informações sobre o

serviço e sobre processos de regulação.

Essas profissionais são, portanto, referências do serviço nos territórios e suas interlocutoras dentro do serviço. Seu trabalho pressiona os serviços de APS a escutar as necessidades de saúde das populações assistidas. E, portanto, transformam os processos de trabalho, uma vez que induzem mudanças nos acolhimentos, fluxos e atendimentos. Elas também ampliam a percepção do serviço quanto às dificuldades de acesso de usuários que não conseguem chegar, já que suas demandas podem ser mediadas com a equipe de referência.

“Quando veio a pandemia, que parou tudo, ficou muito mais claro de que a gente só estava atendendo as mesmas pessoas. Então, você conseguia vir aqui, você reclamava, a gente te atendia, seu vizinho que não conseguia vir até aqui, a gente nem sabia que o seu vizinho existia. Quando a gente ficou nesse processo da pandemia e que vieram as equipes de estratégia e a gente meio que foi conhecer de novo a área, (...) a gente começou a entender que estava muito ruim, mas não estava claro isso, exatamente pelo mundinho centro de saúde escola, ninguém conseguia entender isso (...). Se a gente atende duas mil pessoas e a nossa área é de 25 mil (...). Então, eu acho que a vinda do termo deu uma... eu não sei se depois da pandemia também ia ficar um pouco assim, porque eu acho que a vinda do termo no meio da pandemia também foi um pouco complexo, porque no começo todo mundo ficou só pandemia, pandemia, pandemia. Uma hora todo mundo entendeu: “Então, nós estamos na pandemia, mas a população também está gritando” e a ida dos agentes comunitários à população trazia questões: “Olha, fulano está precisando, o outro está morrendo lá, outro levou um tiro e está preso”.” (ENTREVISTADA Z)

“Eu estou pensando, (...) acho que é complexo, porque vem junto muita coisa, vem junto um monte de gente nova que chega, então, vem junto mais recursos, então também isso em si já é bom. Eu acho que vem os agentes comunitários junto também que colocam uma outra relação com os territórios ou potencialmente uma outra relação com os territórios.” (ENTREVISTADA R)

O que se deve apreender das falas, quanto à inserção de ACS nesse serviço, é que as críticas ao modelo da ESF não significavam, automaticamente, a negação da necessidade de se aproximar das comunidades assistidas. Profissionais como as ACS ou mesmo promotores comunitários de saúde eram demandas do CSEB para a composição da equipe. É importante frisar que esse serviço sofreu um decréscimo de profissionais ao longo do tempo que impactou suas ações assistenciais. Contudo, ele se manteve fiel ao compromisso de trabalhar o tema saúde comunitária.

Esse compromisso pode ser observado, por exemplo, em uma das tentativas de convênio que o serviço tentou firmar com a SMS/SP, em 2011. Não há um documento oficial que possa ser usado como referência, mas dentre os arquivos levantados no CSEB foi encontrado um esboço de um "Termo de Referência para Convênio entre SMS/SP e USP para CSEB", datado de 29/03/2011. Dentre as

propostas havia uma chamada "Família, Comunidade e Rede Social" que levava em consideração a experiência do Projeto São Remo, até então vigente. O texto dizia que esse projeto promovia uma reflexão mais ampliada e acessível a todos os trabalhadores acerca das implicações da abordagem de famílias, do trabalho em saúde na comunidade e da inserção do CSEB nas redes de apoio.

Havia também o interesse em aproximar-se do então PSF, uma vez que se reconhecia a necessidade dessa interlocução:

Compreendendo sua importância política, enquanto estratégia preferencial de reorientação da atenção primária à saúde no país. No entanto, a especificidade do serviço-escola justifica a manutenção de um perfil experimental do projeto. Da mesma forma, a adoção do PSF como forma de organização para todo o serviço compromete o cumprimento de vários dos objetivos no ensino e na pesquisa" (CSEB, 2009).

Para a execução desse projeto, o CSEB pediu à SMS/SP a manutenção das equipes do Projeto São Remo, incorporadas ao serviço, e a contratação de mais vinte promotores comunitários de saúde, além de outros profissionais. O intuito desses profissionais era ampliar as áreas de "cuidado familiar" e as ações de educação em saúde com atividades sobre direitos, saúde da mulher e da população negra e prevenção de infecções sexualmente transmissíveis, além de atividades em outros aparelhos como creches, escolas, equipamentos sociais, para trabalhar com temas relacionados à saúde bucal, meio ambiente e sexualidade. É inevitável associar esse planejamento a uma perspectiva educativa em saúde que remonta o segundo modelo tecnológico do estado de São Paulo.

Apesar das tentativas de construção do convênio e o debate sobre a constituição de equipes de referência terem se iniciado, o tema ainda era complexo e distante de ser pacificado entre os trabalhadores. Um dos entrevistados narrou esse período:

"A gente fez uma discussão (...) talvez tenha sido 2013, 2014 (...). A gente fez um processo de avaliação de serviço que demorou um ano e daí no final chegou uma proposta que assim: "Olha, a gente precisa mudar o modelo, umas das propostas é de equipes de referência". E sempre tinha aquela coisa: "vai assinar ou não vai assinar o termo de cooperação?"(...). Daí a gente fez duas propostas, uma que era se existisse o termo de cooperação e uma outra se não existisse o termo de cooperação (...). O que fez a Piracity [equipe de referência criada na época] surgir não foi uma decisão interna do centro de saúde. Foi assim: tinha um residente de medicina de família que (...) estava sem tutor (...): "Beleza, se a gente montar a Piracity, essa pessoa pode vir para cá" (...). Tanto que a proposta nossa era mudar

o serviço todo e o que aconteceu foi só montar um projeto piloto que tinha sido a Piracity. Nessa discussão que era aí que eu queria chegar, eu lembro de uma fala (...) assim: "Não, mas a gente não pode jogar a água com o bebê fora" (...), "Não vamos mudar, vamos deixar de lado a integralidade, vamos deixar de lado o trabalho multiprofissional". Como se o trabalho multiprofissional e integralidade efetivamente estivessem existindo, coisa que não estava existindo". (ENTREVISTADO Y)

Piracity a que o entrevistado Y se refere foi uma equipe de referência, criada no serviço, influenciada pela ESF, composta por dois médicos de família e comunidade, enfermeira e técnicas de enfermagem. Tinha esse nome pelo fato de cobrir as áreas da City Butantã e da Vila Pirajussara, territórios assistidos pelo CSEB. Essa equipe existiu até a assinatura do termo de cooperação em 2020, quando houve a criação de três equipes de ESF e a redistribuição territorial¹⁵. Foi uma experiência importante, pois possibilitou a vinda de residentes de MFC e manteve, mesmo que isoladamente, a ideia de equipes de referência no CSEB tornando-se ponte para o que viria a seguir.

A Piracity não possuiu ACS e, no período em que funcionou, o Projeto São Remo já havia sido encerrado. A relação com o território foi, então, reconfigurada, e o serviço passou a viver um dos momentos de maior dificuldade quanto ao número de profissionais, junto à incerteza quanto ao firmamento de algum convênio que garantisse sua sobrevivência. Essa instabilidade dificultou o planejamento de longo prazo e a discussão sobre os processos de trabalho.

Além disso, pela fala pode-se inferir que havia resistências por parte dos trabalhadores quanto à criação de equipes de referência e suposto encerramento das ações programáticas. Aqueles contrários à mudança, ao dizer que "não se podia jogar água com o bebê fora" objetivavam uma transição de modelo que não fosse abrupta ou que fosse encontrado um modelo híbrido.

Com o termo, já em 2020, houve, para além da recomposição numérica do quadro de funcionários e das equipes, a incorporação do CSEB ao SUS da cidade de São Paulo, o que acarretou o surgimento de novas demandas.

"Acho que é tudo bagunçado ainda, tudo muito sem fluxo, sem um direcionamento, as pessoas vão fazendo as coisas conforme dão, conforme está na cabeça delas. Enfim, eu não sei essa... se o fato de eles serem estadual e não municipalizados, isso impacta... acredito que impacta, sim. Então, eles não

¹⁵ Essa configuração será apresentada no tópico seguinte.

seguem os fluxos do município. (...) A gente sabe como são os fluxos em outras UBS e eu acho que está caminhando para uma mudança, a mudança é importante, nem toda mudança é confortável para todo mundo, mas é até necessário, necessário que a gente se ajuste a, pelo menos, um pouco do fluxo que (...) o município, porque, senão, a gente não consegue caminhar nos mesmos passos". (ENTREVISTADA X)

Esse trecho dimensiona a autonomia que o serviço possuía antes do termo, o que, por um lado, poderia ser profícuo na construção de protocolos, fluxos e processos, mas, por outro, um limitante quando se pensa na rede de APS estabelecida. É possível extrapolar a nível de SUS e se questionar se o CSEB não se propunha a criar um sistema de saúde, por vezes, paralelo ao instalado. Questionar se essa autonomia, inclusive, não se confundia com a falta de clareza sobre qual o papel assistencial desse serviço.

Além disso, apesar da pactuação com a SMS/SP, por meio do termo de cooperação, a gestão permanecer prerrogativa da FMUSP ainda mantinha a autonomia do serviço frente a determinações da cidade de São Paulo.

No diário de campo, há registros de falas que reforçam a finalidade educativa do CSEB, muitas vezes prioritária, quase exclusiva. Esse caráter coloca em questão a sua responsabilidade assistencial, como se o CSEB não fosse uma unidade que deveria dar conta das demandas de saúde da sua população adscrita, independentemente da presença de estudantes.

Reunião entre a equipe SPDM e diretora do serviço: "A prioridade é que os casos sejam dos alunos, por exemplo, obstetrícia. Ginecologia: a prioridade é agendar para os alunos. Alunos do quinto ano de MFC: priorizar agendamento". (Anotação em diário de campo, 31 de março de 2021)

"A faculdade de fonoaudiologia utiliza o serviço, mas não se articula com ele". (Anotação em diário de campo, 12 de maio de 2021)

Isto é, ao se ter um caráter de ensino, o serviço se desobrigou a respeitar fluxos e processos colocados pela SMS/SP, caso considerados irrelevantes pedagogicamente ou incoerentes com a proposta de APS dos formuladores do CSEB. E não somente o serviço, enquanto instituição, sustentou esse propósito educativo, mas também alguns trabalhadores. Houve a ideia, que ainda persiste, de que alguns profissionais teriam papel formativo em detrimento da assistência e essa concepção gerou distorções entre trabalhadores da mesma categoria. Esse ponto será aprofundado mais adiante.

Portanto, o termo de cooperação e a conseqüente reconfiguração das

equipes de trabalho, introdução da ESF nos fluxos nos processos, reorganização das escalas e redistribuição de funções reprogramou a tecnologia em saúde do CSEB. Essa mudança, apesar de especialmente tardia, tem acontecido paulatinamente e não se deveu somente à assinatura do termo, mas à história da consolidação da APS na cidade de São Paulo, que acabou por pressionar o serviço a aderi-la, e à uma longa discussão interna sobre os modelos de APS.

“Agora, de qualquer maneira, eu já achava isso até antes de vir as equipes da SPDM, desse aditivo. A gente já vinha num processo de discussão, de estruturação do trabalho interno, porque eu lembro de reuniões, falar isso, que eu achava que parte do conflito se dava, porque os conflitos tanto internos da equipe, quanto a equipe com a população que os processos de trabalho estavam organizados de um jeito que não eram mais adequados à nova realidade. Então, eu achava que era preciso fazer algum tipo, mesmo entre as equipes recompostas, e poder trabalhar com as equipes de saúde da família, de forma mais integral, que a gente tivesse profissionais de referência, que aumentasse a capacidade de acolhimento mais rápido. E, aí, então, eu acho [que] precisava ter feito isso antes. Repensar, não só os processos de trabalho, mas junto com isso, os fluxos de gestão, de tomada de decisão para adequar a esse novo tempo, que é um desafio, tanto porque qualquer reestruturação de saúde é difícil, qualquer trabalho, mudar os fluxos, mudar a forma de trabalhar, tem sempre resistências, mas também porque a gente tinha essa questão (...). A tendência é que a OSS gestora queira responder só pela assistência e aí algumas coisas não faz mais sentido para ela, do ponto de vista de você criar determinados processos de trabalho, para determinadas instâncias, porque você está pensando em termos de pesquisa e ensino em saúde coletiva”. (ENTREVISTADO U)

6.3 OS NOVOS TRABALHADORES INDUZINDO MUDANÇAS NOS PROCESSOS DE GESTÃO

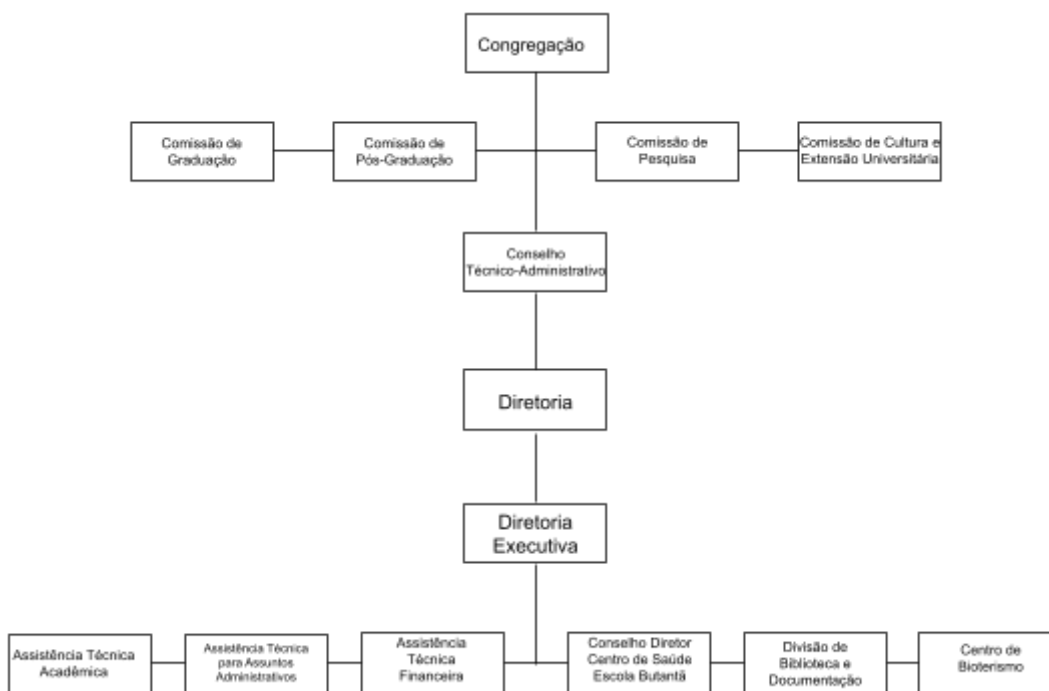
Como dito anteriormente, a chegada dos novos trabalhadores foi seguida de uma troca de direção técnica do serviço. A nova diretoria foi empossada em setembro de 2021, após muitas discussões e embates. Os embates se deveram ao fato de essa nova direção ser codirigida pela supervisora da SPDM, o que gerou desconfiança e insatisfação dos antigos trabalhadores do serviço. Os trechos do termo que diziam que a gestão do CSEB era da FMUSP foram amplamente repetidos, pois acreditava-se que essa composição da nova diretoria ameaçava a autonomia do serviço.

“Qual o problema de essa outra OSS fazer isso? Primeiro, essa coisa de começar a entrar em contato com uma outra instância de governança, com uma outra cultura institucional, com uma outra história (...). Além disso, tem esse problema

(...) que é de ter duas instâncias de gestão, que eu acho que é muito complicado. Por isso que eu insisti sempre nas reuniões que a gente fazia: “Olha, a gestão do serviço é do serviço, a SPDM tem que cuidar da parte administrativa. Claro, tem que dialogar com a gestão, mas a palavra final tem que ser do serviço, senão, vira uma loucura”. Essa via de mão dupla não dá certo”. (ENTREVISTADO U)

Antes de aprofundarmo-nos nas análises das entrevistas, vale discorrer um pouco sobre como se dá a gestão do CSEB, que não é comum a outros serviços de saúde. Primeiramente, o serviço se encontra no organograma interno da FMUSP, sendo uma de suas repartições. A figura 1 demonstra, em modelo esquemático, o organograma da FMUSP e em que instância ela se articula com o CSEB.

Figura 3 - Organograma FMUSP



FONTE: Adaptado de USP (2023b)

Internamente, na estrutura do CSEB, há o Conselho Gestor, que é um órgão deliberativo máximo do CSEB e seu regimento diz que ele atende às diretrizes dos Conselhos Gestores do SUS, com adaptações por ser uma unidade de integração ensino-serviço-comunidade da FMUSP (CSEB, 2018).

Ele é composto por seis representantes do segmento dito usuário, sendo quatro membros da comunidade da área de abrangência do CSEB, um representante discente da graduação da FMUSP e um representante discente

da pós-graduação *lato sensu* ou *stricto sensu* da FMUSP, todos eleitos pelos seus respectivos pares. Além desses, cinco representantes docentes, sendo um indicado pela unidade Escola de Enfermagem e, os demais, por quatro departamentos da FMUSP: Medicina Preventiva; Pediatria; Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional; e Clínica Médica. Por fim, dois representantes dos trabalhadores do CSEB, eleitos pelos pares, e dois gestores, sendo um diretor técnico do CSEB e outro indicado pela SMS/SP ou Supervisão Técnica de Saúde do Butantã (CSEB, 2018).

Os titulares e seus respectivos suplentes possuem mandatos de dois anos, exceto os discentes cujo mandato é de um ano; e as reuniões são de frequência mensal. Outro ponto relevante é que o Diretor Técnico do CSEB será indicado e designado pelo Diretor da FMUSP, a partir de uma lista tríplice elaborada pelo Conselho Diretor Gestor do CSEB. Essa pessoa deve ter formação e experiência em gestão na APS e ser, preferencialmente, membro do corpo funcional do CSEB ou docente da FMUSP. Seu mandato é de dois anos, permitida a recondução (CSEB, 2018).

O termo de cooperação por si só não deve influenciar a forma como o serviço deve ser gerido, contudo, exige a criação de um conselho gestor, fato concretizado somente em abril de 2022 (USP, 2023a). Vale a ressalva, de que tamanha era a independência do serviço que nunca houve a criação desse órgão deliberativo no CSEB, mesmo que previsto em legislação municipal (PREFEITURA DE SÃO PAULO, 2002). Apesar de o serviço reconhecer essa necessidade, sua criação, antes do termo de cooperação, deveria passar pelo crivo do conselho diretor gestor do CSEB e pela direção da FMUSP.

“Controle social [é] difícil [de] ser feito (...). Então, é um obstáculo que eu acho que o modelo, em si, traz e é complicado o nosso caso, porque a gente tem essa outra instância que é a universidade, tanto que a gente tem aquela situação única lá que você tem um conselho diretor [na FMUSP] e um conselho gestor [no CSEB], dois conselhos com caráter de deliberação dentro de uma mesma unidade, porque você mistura essas duas áreas. Eu lembro que eu tentei aqui na faculdade fazer uma coisa só, com o conselho diretor da unidade com paridade entre os usuários, funcionários e os setores da faculdade, mas a faculdade tinha muito medo disso, de perder, digamos, a autonomia na gestão e o centro de saúde deixar de cumprir as suas tarefas em pesquisa e ensino”. (ENTREVISTADO U)

A título de esclarecimento, uma vez que os nomes se confundem, existem três órgãos, com incumbências e níveis hierárquicos distintos gerindo o

CSEB. O primeiro é o Conselho Diretor, órgão máximo de gestão, composto, principalmente, por membros vinculados à FMUSP. O segundo é o Conselho Gestor, existente como prerrogativa do controle social do SUS e que deve existir em qualquer serviço de saúde, tendo surgido, no CSEB, após a assinatura do termo de cooperação. E, portanto, muito recentemente. O terceiro é a Diretoria Técnica composta por trabalhadores do CSEB, indicada pelos pares e nomeada pela Direção da FMUSP. A Diretoria Técnica gere os processos de trabalho cotidianos e internos, articula com os outros Conselhos e define, juntamente aos trabalhadores, a execução da assistência em saúde.

O que o entrevistado tentou exprimir foi sobre a dificuldade da FMUSP em dialogar com o segmento usuário, por receio de perder o controle sobre o CSEB. Porém, após a assinatura do termo, em 2020, os membros do Conselho Gestor do CSEB passaram a ocupar as cadeiras dos usuários, trabalhadores e gestores no Conselho Diretor.

“O Conselho Gestor é uma novidade. Na proposta anterior, era uma participação mais junta com o Conselho Diretor, mas a direção da Faculdade achou muito progressista, tivemos que voltar atrás e fazer um conselho gestor tradicional. Foi bom o processo eleitoral e as reuniões têm sido produtivas. Essa é uma frente boa para o serviço”. (ENTREVISTADA Q)

Alguns questionamentos surgem diante dessa duplicidade de espaços deliberativos. Dentre eles, qual deles se imporia em caso de divergências; qual o tamanho do papel do conselho diretor; e, qual o conhecimento do cotidiano do trabalho que os conselheiros dos departamentos teriam para gerir o serviço. Vale destacar que muitos dos docentes indicados pelos departamentos não vivenciam as discussões dos processos de trabalho do CSEB e tampouco sabem o que ocorre ali para além das discussões didático-pedagógicas concernentes aos estudantes.

“A gente tinha uma relação com o Conselho Diretor mais regular, mais institucional. O Conselho [Diretor] é sempre um interlocutor nosso com a prefeitura, com a direção da faculdade etc. Então você tem que ter o Conselho [Diretor] para acompanhar o serviço e garantir que a gente, de um lado, cumpra o combinado, e, de outro, que a gente consiga se defender do mundo exterior. Mas a gente não tem tido as reuniões regulares do Conselho [Diretor], discute-se diretamente com o presidente do Conselho [Diretor], mas é uma relação temerária. Quem é o representante dos departamentos no Conselho [Diretor] são pessoas mais ou menos próximas do serviço, com mais ou menos experiência administrativa. Se você tem o presidente do Conselho [Diretor] com mais

proximidade ou experiência com alguma coisa, facilita. Agora, daqui a um ano muda, vem outro. Então, manter um Conselho [Diretor] mais formal é mais seguro para o serviço. Às vezes é mais necessário, numa situação institucional mais delicada, ou quando o presidente não tem experiência com a atenção primária". (ENTREVISTADA Q)

"As pessoas que estão na cadeira do Conselho Diretor não estão aqui dentro da unidade. Então, as pessoas não sabem o que é o dia a dia do serviço, as pessoas conhecem o serviço, mas muito como era o serviço quando eles estavam aqui (...)". (ENTREVISTADA Z)

Os entrevistados nos iluminam pouco sobre como foi e qual tem sido o papel do Conselho Diretor, já que não estão evidentes como essas forças têm se articulado. Existe um esvaziamento da atuação desse conselho, com reuniões menos frequentes, muito em conta da atuação da Direção Técnica que tem conseguido resolver os impasses internamente. Esse órgão colegiado acaba tendo maior papel na construção do cenário de prática para os diversos graduandos e pós-graduandos que têm suas formações inseridas no CSEB.

No que diz respeito ao termo de cooperação, por exemplo, apesar de ativo em sua construção, o mesmo conselho não se ateve ao impacto da incorporação de novos trabalhadores e trabalhadoras em equipes de ESF, no serviço.

"O Conselho Diretor não tinha nenhuma noção, tinha uma noção assim: "chegou o contrato, assina, as pessoas estão fazendo a observação para entender como é o serviço, a gente agora vai abrir as agendas, então, a gente está conhecendo o território, aí a gente vai contratar os agentes comunitários...". Eles não tinham informações para avaliar o que estava acontecendo (...)". (ENTREVISTADA Z)

Além dos conselhos e direção técnica, o serviço conta com outros espaços de discussão e decisão. Dentre eles, o Grupo Técnico Administrativo (GTA) que é uma comissão permanente que reúne as chefias técnicas administrativas do CSEB, com reuniões periódicas para planejamento, coordenação, implementação, acompanhamento e resoluções dos problemas relativos às ações do CSEB em seu conjunto. As chefias técnicas são trabalhadores nomeados pela direção técnica para gerir seus setores. Por exemplo: responsáveis técnicos médicos ou da enfermagem que constroem escalas de trabalho ou do setor administrativo que conduz a secretaria ou o serviço de arquivo médico e estatística. Há, ainda, reuniões gerais regulares, que incluem todos os trabalhadores para o repasse das discussões e decisões dos espaços deliberativos superiores.

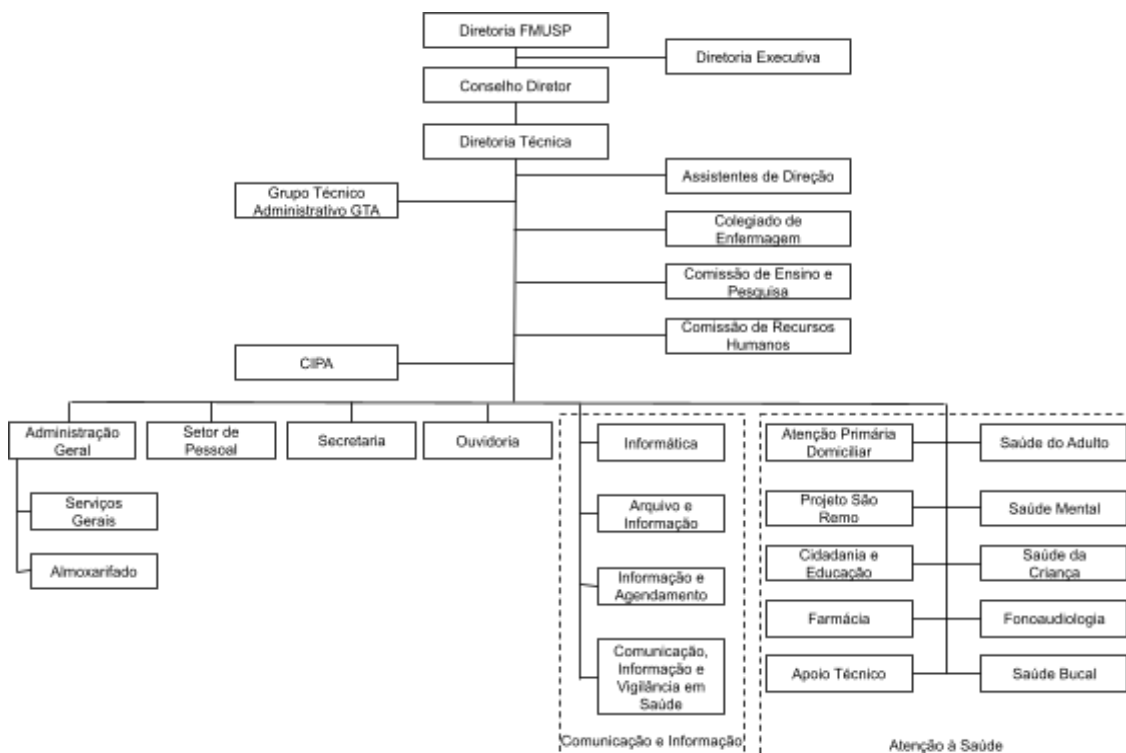
A quantidade de espaços deliberativos no serviço e de instâncias superiores podem tornar o organograma e a prática cotidiana do trabalho confusa. Confusa para quem tenta entender sua descrição, mas também para os novos trabalhadores da OSS que chegaram nesse serviço. Seguem alguns trechos do diário de campo sobre as reuniões que ocorrem periodicamente no serviço e que demonstram as primeiras impressões:

“Essa reunião se propôs a discutir a função das reuniões e do próprio GTA. A falta de definição das funções das reuniões e espaços deliberativos demonstra que a gestão é centralizadora, no sentido que dificilmente se definem ações ou se orientam decisões nos diversos espaços. No vácuo da deliberação, gerência decide unilateralmente. Existe uma crise de identidade dos grupos e das equipes.” (Anotação em diário de campo, 12 de maio de 2021)

“Na reunião de hoje, a pauta tem sido organizar os grupos de trabalho para definir os processos. São infinitos grupos, sem encaminhamentos práticos. Dessa forma, pouca muda, já que os grupos não reúnem ou fazem propostas.” (Anotação em diário de campo, 26 de maio de 2021)

Como o serviço era organizado em setores nucleares, cada um deles também contava com sua chefia direta, reuniões com espaços deliberativos próprios. Há um organograma, de 2012, que facilita a compreensão. Esse organograma é atualizado com a chegada das novas equipes e com a constituição de novos grupos de trabalho, a partir da gestão que se inicia em 2021.

Figura 4 - Organograma CSEB 201



Fonte: Adaptado de CSEB (2012)

Feita a introdução sobre a gestão do CSEB, é possível partir para a troca de pessoas na gestão. Ao longo do ano de 2021, a antiga direção técnica já havia sinalizado o encerramento de seu tempo e um novo processo eleitoral deveria se iniciar. O mandato em vigência se encerraria em 2020, contudo, a pandemia de coronavírus tornou secundárias quaisquer outras discussões.

Essa gestão foi a que se deparou com o termo assinado, sem que houvesse discussões prévias e de como se daria a incorporação dos novos trabalhadores. Contudo, desde que houvesse garantia na autonomia do serviço na gestão, a princípio, não seriam necessárias mudanças nos processos de trabalho.

“A gente recebeu um termo de goela abaixo que foram essas palavras que eu ouvi da gestão (...) até os terceirizados: “Ah, esse termo veio de goela abaixo, a gente vai ter que engolir, a gente vai ter que aceitar que ele seja dessa forma”, mas tinha aquele pensamento de (...): “vamos receber os funcionários, vamos treinar os funcionários, vamos explicar para os funcionários como funciona o centro de saúde escola”. Mas muito ficou: “e a forma da estratégia da saúde da família? São equipes de estratégia que vão chegar, o que a gente faz com isso?”. Não tinha esse pensamento. O pensamento era: “Vão chegar três médicos, vão chegar três enfermeiros, vão chegar os agentes comunitários, os técnicos e a gente vai distribuir eles no serviço. Então, a gestão continua igual, a gente já teve bastante

funcionário aqui, até mais do que a gente tem hoje juntando USP com os da SPDM, então a gente sabe como lidar com isso”. (ENTREVISTADA Z)

Contudo, a insatisfação dos trabalhadores antigos do CSEB diante da assinatura do termo com a OSS, associada à pressão para rediscutir os processos de trabalho, já que equipes de ESF tiveram de ser criadas, geraram inúmeros tensionamentos entre os trabalhadores. Assim como o conselho diretor, a OSS também não participou das discussões internas sobre possíveis mudanças no serviço. Desde que os novos trabalhadores chegassem para repor o quadro de trabalhadores deficitário e as metas de produtividade fossem garantidas, ambos se dariam por satisfeitos.

Os conflitos avolumaram-se e a inabilidade da gestão em coordená-los também pressionou para que os processos de gestão e de trabalho fossem mais amplamente discutidos.

“A gente chegou em um determinado momento em que... sim, meio que não haveria outra possibilidade a não ser a mudança de direção, por uma questão mesmo de tempo. O centro de saúde não tem um (...) diretor que ficaria eternamente. Geralmente, troca de tempos em tempos (...). Os conflitos na época que teve essa mudança de direção estavam bastante intensos. Então, do meu ponto de vista, eu acho que a direção estava manejando mal os conflitos, em vez de trazer os conflitos à tona para poder conversar a respeito deles e manejá-los, mediá-los, digamos assim, na realidade, meio que ignoravam que esses conflitos existiam e as vezes dizia que era problema da cabeça das pessoas, foi o que a gente ouviu em algumas situações e as pessoas ali, de fato, sofrendo. Então, eu acho que, queira ou não, parte da mudança de direção do centro de saúde também tem a ver com a chegada de pessoas mais novas e que estavam tornando os conflitos muito evidentes e quase insustentáveis do ponto de vista do cotidiano.” (ENTREVISTADO Y)

Inicialmente, as equipes tiveram muitas dificuldades de conseguir desempenhar seus trabalhos. Isso se deu, por exemplo, por não haver consenso sobre como esses trabalhos deveriam acontecer. O grupo de trabalhadores mais antigos não compreendiam o funcionamento de uma equipe de ESF e, no campo teórico, existe muita discordância sobre esse modelo.

“Quando começaram as reuniões entre a direção daqui do serviço, com a direção da SPDM dizendo: “Então, mas a gente precisa trabalhar como estratégia [Saúde da Família]; então, a gente vai precisar responder às metas, porque a gente está dentro de um contrato de gestão e as outras unidades vão responder. O centro de saúde precisa responder também”, ficou a dúvida: “Mas é o centro de saúde ou são as equipes de estratégia do centro de saúde [que vão responder às metas]?”. Aí começou um pensamento diferente da direção daqui do serviço. Só que daí começou assim: “Então, mas essa forma é errada de trabalhar. Então, a gente vai

ensinar para vocês como fazer” (...) se referindo a essa forma do centro de saúde trabalhar: “Não está dando certo, então, a gente precisa arrumar uma outra forma de fazer e que dê o resultado que a gente espera” (...). Aí o serviço começa a ficar balançado e a cara da SPDM éramos nós, os funcionários SPDM. Ninguém ia lá na plaquinha da SPDM reclamar, começou a reclamar para nós e daí a gente começou reagindo (...). Então, começou uma dificuldade: “Como é que a gente lida com isso?”. Aí é que eu acho que começou uma mudança no pensamento da direção daqui do serviço, tipo: “O que eu faço com isso?”. “A gente recebeu um abacaxi, não era o que a gente queria receber, a gente queria receber colaboradores para continuar trabalhando da forma que a gente trabalhava, a gente recebeu colaboradores para trabalhar de uma forma totalmente oposta e que a gente não concorda”. A gente, direção, colaboradores, estava todo mundo muito acostumado a trabalhar da forma que o serviço era antes.” (ENTREVISTADA Z)

Esse excerto explicita bem a dificuldade do serviço em se adaptar à incorporação de novos trabalhadores terceirizados e a forma de organização que veio embutida nessas contratações. A entrevistada Z também anunciou que a ausência de diálogo entre os gestores e os trabalhadores pode ter sido responsável pelos conflitos que se sucederam entre os funcionários USP e os funcionários SPDM. Dentre as falas mais recorrentes havia muito sobre a incapacidade de os novos trabalhadores desempenharem suas funções e o papel de formador dos antigos trabalhadores.

Do diário de campo extraem-se relatos sobre uma reunião de médicos e médicas do CSEB, no dia 14 de abril de 2021:

“Após o GTA [Grupo Técnico Administrativo], houve uma reunião dos médicos para discutir escalas e registro. A pauta foi contornando a autonomia dos profissionais em abrir suas próprias agendas ou manter centralizado na figura da gerente. A divergência central consiste na desconfiança da gestão em delegar, ou melhor, prover autonomia aos profissionais, coincidentemente, funcionários da SPDM. Os novos médicos sentem que constantemente são tutelados pela gerência como se não pudessem ou soubessem fazer seu trabalho. A reunião se encerrou sem muitos encaminhamentos e sem muitas direções, mas foi um espaço importante para expressar descontentamentos.” (Anotação em diário de campo, 14 de abril de 2021)

Reunião SPDM e CSEB: “A redução de carga horária de uma das médicas contratada pela SPDM nos primeiros meses, a pedido dela, tornou-se um chamariz para os conflitos no serviço. (...) A SPDM tem uma fala apaziguadora. O enfermeiro fala sobre sua experiência e se emociona. Ele exemplifica os fatos de assédio, as falas de ameaça de demissão, de privilégios em escalas em que técnicas de enfermagem da USP são fixas e as da SPDM ficam em funções consideradas piores.” (Anotação em diário de campo, 16 de junho de 2021)

À medida que os conflitos se acirraram, surgiu o desafio de construir uma nova gestão. Ela devia dar conta de manejar as divergências, garantindo acolhimento aos novos trabalhadores, arregimentar as demandas de ensino

postas pela FMUSP e as assistenciais colocadas pela SMS/SP e executadas pela OSS e reestruturar as escalas e processos de trabalho.

Portanto, o termo, apesar de deixar evidente a manutenção da gestão sendo feita pela FMUSP, acabou provocando mudanças nos processos gerenciais do serviço.

“Não sei se foi o termo, os desdobramentos. Lógico, ao incorporar 40 pessoas no serviço, quase 50% dos nossos recursos, tinha que mudar. Tínhamos nos preparado, mais ou menos, em diversas fases do convênio, de como seria a chegada das pessoas, se o convênio desse certo, mas, na época, a gente não achava que ia acontecer. Quando foi assinado, a gente foi fazendo a seleção das pessoas, o treinamento inicial e a proposta de discussão do trabalho. Eu me lembro que uma das coisas que a gente discutiu logo no começo foi a questão do registro: como a gente faz o registro, como a gente faz o prontuário. Era uma possibilidade de a gente discutir alternativas de como implantar etc. A gente passou pela organização do trabalho em territórios, pelos nossos instrumentos de trabalho, pelas reuniões. Tudo isso era necessário a gente fazer, porque não dava para a gente trabalhar do mesmo jeito - nem era a pretensão. A gente queria trabalhar com equipes, queríamos as pessoas, precisávamos lidar com isso.”
(ENTREVISTADA Q)

Assim, antes mesmo da troca de direção técnica, o grupo que se propôs a assumi-la iniciou um levantamento de problemas do serviço, a fim de reunir possíveis parceiros e soluções. Quando, em setembro de 2021, foram nomeados, iniciou-se o trabalho de mapeamento dos trabalhos desempenhados pelos funcionários e de consolidação das equipes de referência.

É notório o desenvolvimento de um ciclo de mudanças que passou pela assinatura do termo e pela contratação de novos profissionais, via OSS. Esses novos trabalhadores complexificaram a dinâmica de trabalho, questionaram processos e exigiram mudanças que repercutiram na escolha de uma nova direção técnica. Essa nova direção consolidou a nova organização de trabalho e continuou por rediscutir os processos.

“Antes do termo eu não sei dizer como que eles se organizavam, eu acho que depois do termo é uma organização diferente, é uma leva de funcionários diferente, é uma... é um trabalho diferente, entra equipes de estratégia [Saúde da Família] que já, por natureza, se organizam de forma diferente, eu acho que isso bagunça um pouco a cabeça deles mesmo, que nunca trabalharam dessa forma.”
(ENTREVISTADA X)

Do diário de campo, a reunião do dia 08 de dezembro de 2021 tem o seguinte registro:

“Mais uma semana em que o serviço se reúne para planejamento. Hoje, discutiremos linhas de cuidado. Os ciclos de debate sobre planejamento que têm acontecido no último mês têm sido interessantes de observar. É a primeira vez que o serviço tem pensado processos de trabalho, após a incorporação dos novos funcionários. Antigas funções têm sido postas em debate e obrigado os trabalhadores a se incluírem na forma de pensá-las e se implicarem nos processos. Independentemente do vínculo contratual, todos os trabalhadores se envolveram. Evidente que as relações previamente calcadas em desconfiança e violência diferem as participações. Ainda são recorrentes falas que discriminam antigos e novos funcionários, como se antigos soubessem mais que os novos. Contudo, apesar de ainda não ser possível mensurar mudanças efetivas, é possível perceber algumas aproximações entre os trabalhadores.” (Anotação em diário de campo, 08 de dezembro de 2021).

Salienta-se que a troca da direção técnica permitiu que um especialista em MFC passasse a gerir o serviço, algo que ainda não havia acontecido na história do CSEB. Sua formação e trajetória profissional voltados à ESF são descritos como determinantes para que as mudanças ocorressem, reavivando uma divergência histórica entre a epidemiologia e a clínica, já descrita anteriormente. Essa divergência parece ganhar novos contornos com a ESF e a MFC e será aprofundada no próximo subitem.

“Houve uma transição da gestão, a gestão anterior já tinha terminado a sua gestão, já estava prolongando e aí entrou uma nova gestão e essa nova gestão que entrou tem uma visão, a estratégia, por ser médico de família (...). Eu acho que ajudou a implantar e afirmar as equipes, porque teve esse acordo. Então, firmou muito mais essa equipes e, lógico, tudo é um processo, ainda está em processo de implantação, de elaboração, porque também têm resistências, têm resistências de alguns funcionários.” (ENTREVISTADA W)

“Eu percebi, mas é uma mudança... uma resistência talvez, porque na minha visão, não estou dizendo que eu estou certo, inclusive eu já conversei isso com várias pessoas, inclusive, com a direção, porque agora nós somos uma unidade mista, não somos só USP. Não, a gente tem os nossos colegas da SPDM e a gente tem estratégia da saúde da família. Eu não sei, tecnicamente, eu acho que eu não sei falar muito, mas eu sei no dia a dia como funciona. Então, eu acho que tudo que é novo é muito difícil da gente aceitar.” (ENTREVISTADA V)

“Acaba tendo, porque é impossível não ter, são duas lógicas de trabalho bem diferentes e em alguns momentos até um tabu, uma questão ideológica importante. Não é só uma questão do processo de trabalho estabelecido, mas tem uma questão ideológica importante, principalmente entre os profissionais de nível superior. E isso, em algum momento, ia entrar em choque (...). E acho que vai mudando algumas coisas, não sei se mudando para melhorar, mas mudar sempre muda, muda a lógica de quem já estava aqui e muda a lógica, principalmente, de quem já vinha da saúde da família, já tinha trabalhado com isso, de como trabalhava em outros lugares e passou a ter que trabalhar aqui.” (ENTREVISTADA S)

“Nas últimas semanas vem ocorrendo um movimento de construção de uma nova chapa para assumir a gestão [técnica] do CSEB. Está havendo uma ruptura institucional no modelo de gestão do serviço uma vez que se contrapõem duas

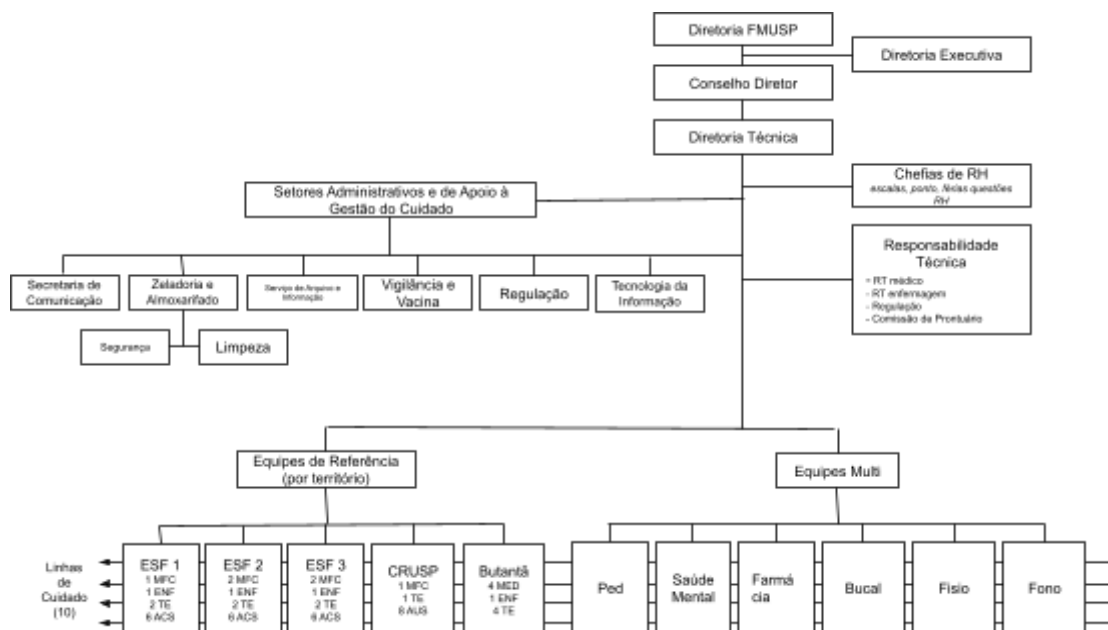
propostas diferentes de APS". (Anotação em diário de campo, 14 de julho de 2021)

Por fim, apesar das dificuldades e instalada a nova direção, um novo organograma é desenhado a fim de conter a nova configuração do trabalho no CSEB. Essa direção técnica também propôs o desenvolvimento de linhas de cuidado que abrangem todos os trabalhadores e pós-graduandos com o objetivo de aproximar diferentes entes do serviço e debater os problemas encontrados no cotidiano do trabalho, implicando os trabalhadores na construção coletiva de cuidados em saúde.

As linhas de cuidado foram divididas em dez temas: 1) criança; 2) adolescência e juventude; 3) saúde reprodutiva; 4) saúde mental; 5) núcleo de prevenção à violência; 6) saúde do envelhecimento; 7) núcleo de combate ao racismo institucional; 8) sexualidade, gênero e diversidade; 9) acessibilidade; 10) condições crônicas e cuidados paliativos. Com maior ou menor grau de interesse e atuação dos membros, essas linhas têm criado espaços de discussão e proposição de oportunidades de cuidado, envolvendo todas as equipes de referência.

Essa nova configuração dos setores de trabalho são melhor representadas pela Figura 3, que desenha o atual organograma do serviço. Na nova figura, comparada com a anterior, é possível perceber a assunção das equipes de referência e o desenvolvimento de frentes de cuidado transversais a todos os setores.

Figura 5 - Organograma CSEB 2022



Fonte: Adaptado de CSEB (2023)

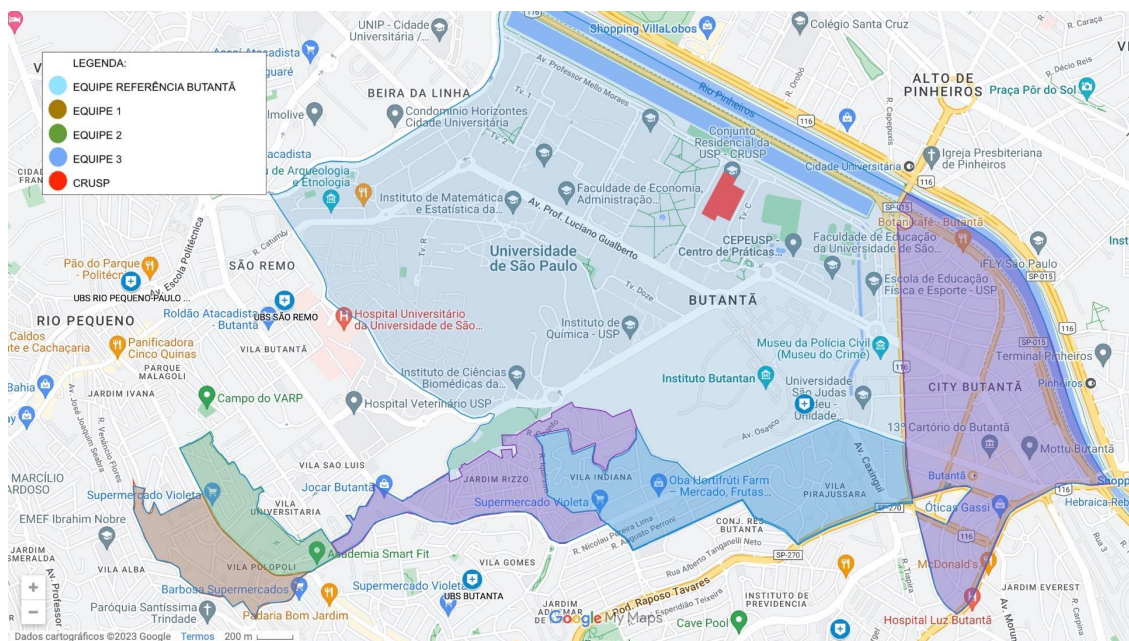
Quanto às equipes de referência, o CSEB, até o momento da publicação dessa dissertação, está dividido em cinco equipes, sendo três equipes de ESF conformadas por trabalhadores incorporados via SPDM. Uma outra equipe, que assiste à população moradora do Conjunto Residencial da USP (CRUSP), é composta por uma médica, uma técnica de enfermagem e oito agentes universitários de saúde. Esses agentes são fruto de um convênio entre a Superintendência de Assistência Social da USP e o CSEB e fornece bolsas para que os estudantes desempenhem a função de ACS, no território do CRUSP.

A última equipe é responsável pelo cuidado da população restante do território, cerca de metade da estimada pelo Censo de 2010 (CSEB, 2010), sendo composta principalmente por trabalhadores da USP que não estão alocados nas equipes ESF. Como descrito no organograma, há quatro médicos para essa equipe, perfazendo uma carga horária médica maior que as das demais equipes. Além disso, essa equipe ainda conta com apoio de ginecologistas, psiquiatras e pediatras, também funcionários da USP, que assumem o completo cuidado de suas populações-alvo. No caso das ESF, isso se dilui um pouco, uma vez que as equipes assumem mais o cuidado integral de todas as pessoas que moram nas áreas abrangidas.

A seguir, vemos o mapa do território assistido pelo CSEB e as divisões

entre as equipes.

Figura 6 - Mapa Território CSEB 2022



Fonte: Adaptado de Google (2023)

6.4 EPIDEMIOLOGIA E CLÍNICA RECOLOCADAS EM DISPUTA

A análise deste item fez-se necessária pela repetição de unidades de significação que se agruparam em campos opostos, como Medicina de Família e Comunidade, ESF, clínica *versus* Saúde Coletiva, programação em saúde e epidemiologia. Além disso, apesar de não haver essa oposição, ela atravessa muitos debates tanto no campo das ideias, quanto nas práticas cotidianas.

A troca de gestão técnica, por exemplo, exacerbou essa discussão quando um especialista em MFC assumiu a direção, propôs consolidar as ESF e, juntamente com o corpo de trabalhadores, reconfigurou antigas ações programáticas em vigência no serviço. As falas anteriores e a reproduzida a seguir reforçam essa hipótese.

“Eu acho que isso é um grande desafio, o modelo de saúde da família (...) eu não vejo incompatibilidade com as questões da saúde coletiva, embora, claro, tenha muitos profissionais da saúde da família que vem pela área da medicina de família e comunidade com o interesse e o acúmulo na perspectiva da atenção individual. Não foram aproximados das questões de saúde coletiva. Então, por exemplo, eu lembro de discutir em diferentes espaços com residentes de medicina de família e comunidade de outros estados como o treinamento era só focado na assistência,

na clínica, em geral de medicina de família e comunidade e não tinha qualquer discussão sobre a questão de sistemas de saúde, da determinação social do processo saúde-doença, do trabalho, essa especificidade do trabalho com perfil epidemiológico. (...) Então, essa reconstrução dos processos de trabalho do centro de saúde escola vai ter que levar em consideração esses aspectos todos. Não é simples, é complexo, mas eu acho possível e acho que é um desafio muito bonito. Se a gente consegue fazer uma coisa bacana e retomar para o centro de saúde escola o papel de liderança que ele teve nessa questão de dar uma diretriz, uma atenção básica engajada no SUS, na saúde coletiva e tal, acho fantástico, acho uma grande possibilidade.” (ENTREVISTADO U)

Esse excerto remonta uma discussão que ocorreu dentro da própria Medicina Preventiva, antes mesmo da criação da ESF e da consolidação da MFC, enquanto especialidade médica. Ela permeou a saúde pública do estado de São Paulo no desenvolvimento e implementação de tecnologias em saúde ao longo do século XX, como já descrito no início do texto. Contudo, vale a pena ser aprofundada e, também, vale a tentativa de traçar linhas de continuidade entre ela e as divergências que surgem dentro dos processos de trabalho no CSEB.

No livro *Programação em Saúde Hoje*, Gonçalves, Schraiber e Nemes (1991) lançaram seis teses sobre a ação programática. A primeira dizia que a ação programática não trata do mesmo tema que a Medicina, sendo pautada nos preceitos da Epidemiologia, já que é uma aplicação tecnológica da Ciência Epidemiológica, e não das Ciências Médicas. Sendo assim, o objeto de conhecimento e de trabalho da Epidemiologia é um processo contínuo com dimensões biológicas, psicológicas e sociais situadas no coletivo.

Os autores avançaram ao dizer que a clínica, ou seja, a Medicina, nos recortes que precisa fazer para lidar com problemas de saúde, não consegue conter as dimensões do problema aplicado e trabalhado pela Epidemiologia e pela Saúde Pública (GONÇALVES; SCHRAIBER; NEMES, 1993). A Epidemiologia e seu objeto de estudo, portanto, contém a clínica e a assistência médica.

A assistência médica individual passou a ser, por essa perspectiva, uma parte do programa assistencial, um instrumento, dentre vários. Uma parte que devia ser determinada pelo programa, dialogando com as suas demais partes, potencializando as outras técnicas não médicas. Sendo assim, apesar desses autores não defenderem a extinção da assistência médica individual, eles compreendiam que ela não seria capaz de lidar com as demandas de

saúde que surgem, já que a doença de uma perspectiva transindividual não passa pela capacidade técnica clínica. Somente a Epidemiologia aplicada nas ações programáticas poderia conceber os processos de saúde-doença em sua totalidade (GONÇALVES; SCHRAIBER; NEMES, 1991).

A programação, enquanto proposta e aplicada na prática, orientou os processos de trabalho do CSEB e ainda encontra, de certa forma, campo de atuação, seja no cuidado dos usuários, seja no desenvolvimento das atividades laborais de muitos trabalhadores que estão neste serviço. Vale lembrar que diversos funcionários estão ali desde muito antes da publicação desses textos e teve a sua formação, na prática, forjada na Programação em Saúde.

Contudo, as ações programáticas geraram divergências. Campos (1991), primeiramente, discordou de que há uma contraposição entre a atenção médica individual e a Saúde Pública. O autor reduziu o tamanho da aplicabilidade da programação a pequenos nichos no estado de São Paulo que não obtiveram êxito em se estender para outras regiões, restringindo-se, por exemplo, ao Centros de Saúde, como o CSEB.

A seguir, ele defendeu a ideia de que os programas são recortes de um conjunto de problemas sanitários, definidos por critérios técnicos e epidemiológicos e que sofreram pressões sociais, políticas e econômicas. Porém, não deixaram de ser recortes, que o autor caracterizou como tecnoburocráticos, encadeados em algo como uma linha de produção com o objetivo de controlar uma doença epidêmica ou endêmica, ou algum problema de elevada prevalência. Ele concluiu esse ponto dizendo que organizar os serviços públicos de saúde através de programas ou ações programáticas resultava de uma indisposição do Estado de se investir no setor Saúde, sendo essa a razão para esses recortes (CAMPOS, 1991).

O autor defendeu que negar a atenção médica individual e a clínica seria renunciar à possibilidade de transformá-la na perspectiva epidemiológica ou da Saúde Pública:

Na realidade, a Reforma médico-sanitária deveria incluir uma total recomposição da clínica, no sentido de incorporar rotineiramente procedimentos de promoção e proteção à saúde, bem como questões de educação para a saúde e da saúde mental, tanto para os considerados pacientes como para os "comunicantes" (aqui definidos

como aqueles que compartilhem de um dado risco epidemiológico ou social de adoecerem) (CAMPOS, 1991, p. 60).

Campos (1991, p. 70-71) reforçou que a assistência individual pode ser um fim em si mesma, e não somente o meio necessário ao controle de algum problema coletivo. Este fim poderia ser capaz de controlar doenças e aliviar o sofrimento de milhões de pessoas, em uma ação socialmente significativa. Para esse autor, o alívio do sofrimento humano, mesmo que em uma dimensão individual, sustenta a defesa da clínica, já que a perspectiva epidemiológica é incapaz de contornar essas demandas. Para ele, construir um "sistema nacional de saúde assentado no planejamento e em 'diagnósticos' e 'normas' oriundos da epidemiologia que ignorem o sofrimento e a subjetividade seria construir um modelo burocrático, desumano, incapaz de captar as necessidades de saúde".

A preocupação do entrevistado U e o apontamento feito pelos entrevistados anteriores diz muito sobre uma lógica de cuidado em saúde centrada no cuidado médico individual que se intensificou nas últimas décadas, na APS, em âmbito nacional. No Brasil, principalmente na cidade de São Paulo, esse cuidado individual se aprofunda, quando, por exemplo, os contratos de gestão estabelecem metas de produtividade de consultas individuais. O volume de consultas enclausura os trabalhadores da medicina e da enfermagem em consultórios, restringem suas potencialidades organizativas de cuidado coletivo pelas equipes, e reduzem a potência terapêutica de famílias e territórios.

A especialidade de MFC que teve um movimento de reestruturação enquanto residência médica na década de 1970 e remonta iniciativas como em Vitória de Santo Antão (Universidade Federal de Pernambuco), Rio de Janeiro (Universidade Estadual do Rio de Janeiro) e em Porto Alegre (São José do Murialdo), sob a alcunha de Medicina Comunitária, não se propunha a defesa da clínica individual, na APS. Contudo, é inegável a expansão de programas de formação em MFC muito diversos e forjados em diferentes modelos de APS, país afora.

A definição europeia proposta pela Organização Mundial de Médicos de Família possui a seguinte definição:

Os médicos de família são médicos especialistas treinados nos princípios da sua disciplina. São médicos pessoais, principalmente responsáveis pela prestação de cuidados abrangentes e continuados a todos os indivíduos que os procurem, independentemente da idade, sexo ou afecção. Cuidam de indivíduos no contexto das suas famílias, comunidades e culturas, respeitando sempre a autonomia dos seus pacientes. Os médicos de família reconhecem ter uma responsabilidade profissional para com a sua comunidade. Ao negociarem planos de ação com os seus pacientes, integram fatores físicos, psicológicos, sociais, culturais e existenciais, recorrendo ao conhecimento e à confiança gerados pelos contatos repetidos. Exercem o seu papel profissional promovendo a saúde, prevenindo a doença e prestando cuidados curativos, de acompanhamento ou paliativos, quer diretamente, quer através dos serviços de outros, consoante as necessidades de saúde e os recursos disponíveis no seio da comunidade servida, auxiliando ainda os pacientes, sempre que necessário, no acesso àqueles serviços. Os médicos de família devem responsabilizar-se pelo desenvolvimento e manutenção das suas aptidões, equilíbrio e valores pessoais, como base para a prestação segura e efetiva de cuidados de saúde aos pacientes (WONCA, 2002, p. 7).

Essa definição foi escolhida pela sua amplitude. Evidentemente, definições muito amplas correm o risco de se distanciar de situações mais particulares, e, portanto, uma definição europeia desloca a realidade de trabalho e formação em MFC na APS brasileira.

Contudo, mesmo essa definição reconheceu o papel da integralidade no cuidado às pessoas inseridas em suas comunidades e famílias, respeitando aspectos culturais e sociais. Os médicos de família e comunidade também atuam na promoção à saúde e prevenção de agravos. A definição não contemplou o trabalho em equipe; ao contrário, individualizou no médico uma gama de competências que, na realidade brasileira, optou-se por ser compartilhada em equipe de trabalho e aplicada ao SUS.

Apesar de a definição da MFC se encontrar em diversos pontos com preceitos da Saúde Coletiva, os entrevistados ainda veem divergências, antagonizando-as. Andrade *et al.* (2018) analisam a formação discursiva da MFC e sua relação com a Saúde Coletiva. Em seu artigo, é interessante observar a origem da MFC na Medicina Comunitária estadunidense e em sua proposta de um cuidado para "populações mais pobres e negligenciadas" sem um evidente compromisso com a transformação social e, no caso do Brasil, com a redemocratização do país. A Medicina Comunitária chegou ao Brasil na década de 1970, período em que o país vivia uma ditadura civil-militar.

Os autores reforçaram a dicotomia Saúde Coletiva e cuidado comunitário *versus* MFC e cuidado individual, assim como os entrevistados para essa dissertação. Ao entrevistar médicos de família e comunidade "é comum ouvir (...) que a principal diferença entre a MFC e a Saúde Coletiva seria que a primeira teria como aspecto central a clínica individual e a segunda seria referente às práticas populacionais, de planejamento e gestão" (ANDRADE et al., 2018, p. 11-12).

Por fim, os autores avaliaram que há ausência de um diálogo potente entre as formulações sobre clínica e gestão no interior da Saúde Coletiva e da MFC. Faltam referências a autores de um campo em textos do outro, desenvolvendo uma tendência ao isolacionismo e autossuficiência da produção de conhecimento contemporâneos (ANDRADE et al., 2018).

Essa dissertação não tem por objetivo defender um campo ou outro, nem mesmo acredita na hegemonia de uma especialidade médica no debate da APS brasileira. Seria infrutífero ater-se a uma disputa maniqueísta como essa. Contudo, por algumas vezes, nos espaços de debate do CSEB sobre os processos de trabalho e sua aplicabilidade, encontramos ecos dessa discussão.

Também não cabe aqui defender um modelo tecnológico em detrimento de outro. Faltam elementos em grandes escalas para que a programação em saúde se mostre exitosa no cuidado de grandes populações, diferente da ESF que possui certa robustez científica de impacto na qualidade de vida das pessoas (MENDES, 2012). Porém, a ESF ainda encontra dificuldades para se consolidar, e a especialidade MFC, que reclama para si o papel de protagonista nesse processo, é numericamente insuficiente na assistência, docência e preceptoria. Além de estar sendo largamente escoada para a iniciativa privada (COELHO NETO et al., 2019).

6.5 A PRECARIZAÇÃO DOS CONTRATOS COMO RAZÃO PARA CONFLITOS

Compreender a razão pela qual trabalhadores da OSS e da USP se colocaram em campos opostos, quando os primeiros foram incorporados no serviço, sem dúvida, foi o principal propulsor para esta pesquisa. Ao longo dos

quase dois anos da minha chegada ao CSEB e construção desta dissertação, essas relações mudaram e os conflitos mais evidentes se arrefeceram, enquanto outros vêm se mostrando inconciliáveis.

Parecia uma obviedade: um serviço que vinha sofrendo, por tantos anos, com a escassez de trabalhadores e dificuldades para executar suas funções, ao incorporar 37 novos funcionários, deveria celebrá-lo como uma conquista. Todavia, não foi dessa maneira que se deu a chegada, visto que inúmeros atravessadores tornaram as relações de trabalho bélicas.

Os entrevistados listaram possíveis causas para os conflitos, podendo ser agrupadas em três principais eixos. Esses eixos foram discriminados a fim de facilitar a discussão, mas evidentemente que são indissociáveis. Na sessão anterior, discorremos sobre o primeiro eixo que é o embate teórico entre os modelos para APS: ESF e ações programáticas.

A segunda causa diz respeito ao vínculo empregatício. Há diferenças contratuais entre os trabalhadores da USP e da OSS que geram discrepâncias salariais, de benefícios e de estabilidade entre funcionários exercentes das mesmas funções, dentro do mesmo serviço. E a terceira diz respeito à formação desses trabalhadores, associada aos tempos de experiência e à vocação educacional do CSEB e às suas peculiaridades.

Sobre os contratos, as falas seguintes expressam diferenças concretas entre os trabalhadores do serviço, que se materializam no discurso dos entrevistados e repercutem nas relações.

“Eu acho que tem duas grandes dinâmicas de conflitos que estão... três dinâmicas de conflitos que o termo escancarou. Um deles diz respeito ao contrato de trabalho mesmo. “Vamos abrir no final de semana?” A galera da USP não recebe por final de semana trabalhado, o pessoal da SPDM recebe, o pessoal da USP, por outro lado, tem um vale refeição muito maior que o pessoal da SPDM. Então, tem algumas coisas relacionadas a contrato de trabalho. Os salários das técnicas de enfermagem da USP é muito mais elevado do que os das técnicas de enfermagem da SPDM. Então, o contrato de trabalho coloca um conflito.”
(ENTREVISTADO Y)

“Já começa pela diferença de contrato. Eu acredito que os contratos USP são mais fortalecidos e são funcionários públicos [que] para sair... se você seguir o que manda o figurino não há problema, você tem as diretrizes; [se o] funcionário não está bem, advertência verbal, advertência por escrito, suspensão e demissão, porém, é algo que é mais difícil, (...) funcionário se sente mais fortalecido. Diferente do funcionário da SPDM (...), [com] contratos que podem ser mais frágeis, principalmente para algumas categorias. Eu percebi isso durante uma crítica que a gente teve no final do ano e a gente tinha optado por não abrir final de semana de campanha, que era final de ano, já tinha fechado, mas a SPDM

falou que os funcionários precisavam trabalhar, os médicos se uniram, falaram que não e os enfermeiros e os técnicos ficaram com mais dificuldade de ter essa mesma posição, porque a gente está vivendo um momento em que há um desemprego muito grande, há um exército de reserva de pessoas querendo entrar e a gente ouviu de técnicos... os técnicos USP falaram: "Eu não vou e acabou"; (...) não teve problema, os da SPDM, quando foi conversado: "Eu não queria ir, mas eu vou, porque eu tenho medo de sofrer represálias. De repente me demitem. E foi muito difícil entrar, estava desempregada". A gente ouviu isso de alguns técnicos (...). Então, há uma diferença, eu vejo uma diferença de contrato." (ENTREVISTADA W)

"(...) foi um choque bem violento, agora diminuiu um pouco a violência, mas ainda é bem rachada essa questão, porque tem questões trabalhistas importantes, tem questões de direitos bem importantes, tem questões salariais bem importantes. Então, não tem como isso não transparecer nas relações do dia a dia." (ENTREVISTADO S)

"Outra coisa é o salário das pessoas, o salários das pessoas é uma diferença gritante (...) os benefícios das pessoas são diferentes, (...) as pessoas vão pensar em uma carga horária de 40 horas que as pessoas da SPDM, a maior parte são 40 horas, quem não é compõe de 20/20 [horas semanais]. (...) Tirando os administrativos aqui da unidade, todas as outras trabalham 36 horas. (...) Tem diferença salarial, de benefício? Tem (...). Então, a gente quer uma escala igual, nunca vai ser igual, porque uma pessoa trabalha 36 horas e a outra trabalha 40, o cansaço de uma pessoa de 36 horas é um, de 40 horas é outro. Então, tem essas coisas e que algumas vezes as pessoas usam isso para combater, (...) tem outro que fala assim: "então, mas por que que você aceita trabalhar na OSS que faz isso com vocês? Que tratam vocês como um lixo? Porque vocês não podiam aceitar, nem poderia ter uma OSS no serviço". (ENTREVISTADA Z)

Os trechos evidenciam o que vem sendo observado como uma tendência de precarização dos vínculos de trabalho. Os trabalhadores, contratados por meio da CLT, por uma empresa terceirizada de gestão e prestação de serviços em saúde, como são as OSS, estão muito mais vulneráveis à retaliação, ao controle, à perda de autonomia e dos próprios empregos do que os funcionários concursados e vinculados a uma instituição pública como a USP.

Essa maior vulnerabilidade diferencia a execução do trabalho entre os trabalhadores dos diferentes contratos, porque ela impõe uma lógica de medo, de acordo com os entrevistados. Os trabalhadores da OSS têm mais medo de perder seus empregos, uma vez que possuem um regime de contratação mais instável, podendo ser demitidos e/ou substituídos mais facilmente que os colegas funcionários USP. A insegurança quanto à manutenção do trabalho segrega os trabalhadores em dois grupos e subcategoriza os funcionários da OSS.

“Eu queria deixar claro que em termos de qualidade de atendimento não é diferente, mas em termos de (...) pressão, é diferente. O [trabalhador da] SPDM se sente mais pressionado e mais amedrontado do que o [trabalhador da] USP.” (ENTREVISTADA W)

“Existem diferenças salariais e de benefícios entre os diferentes vínculos empregatícios. Essas diferenças não impactam diretamente nas relações entre os trabalhadores, mas a instabilidade do vínculo ameaça os processos relacionais e subsidiam assédios.” (Anotação em diário de campo, 11 de junho de 2021)

Este movimento de precarização não é exclusivo do CSEB e não é inédita a reunião de trabalhadores com diferentes vínculos empregatícios no mesmo serviço. Existem diversos exemplos de serviços de saúde que vêm sendo progressivamente terceirizados. Há uma correlação estreita entre essa cessão de serviços públicos em saúde e a precarização do trabalho, visto por meio de desrespeito aos direitos trabalhistas, más condições de trabalho, baixos salários, piora nas condições de saúde, maiores índices de acidentes e vulnerabilidade política dos trabalhadores (DRUCK, 2016).

As piores nas condições de trabalho em saúde não estão dissociadas de uma crise estrutural do modelo de desenvolvimento fordista que impactou não somente os trabalhos industriais, mas também os serviços, e dentre eles, os de saúde. Considerados imprescindíveis para a vida em sociedade, quando seus custos passam a ser inviáveis economicamente, saídas devem ser encontradas para financiá-los (PIRES, 2000).

O contexto acima foi marcado pela mundialização do capital que atacou o trabalho assalariado, na busca de maximizar a produtividade do capital em nível microeconômico. Este aumento da produtividade passou por flexibilizar as condições de produção e de trabalho. Assim, a força viva de trabalho passou a se sujeitar à intensificação do tempo, à sua racionalização e à desregulamentação das relações formais de trabalho (LOPES DE SOUZA, 2010; CHIAVEGATO; NAVARRO, 2013).

Lopes de Souza (2010) ainda reforçou a intensificação das formas de exploração e extração do trabalho, através dos processos de terceirização e flexibilização. Para ela, o trabalho é intensificado em ritmos, tempos e processos que expõem o aumento da degradação de suas condições, precarização e fragilização do emprego e do salário.

Ao retomarmos o trabalho em saúde, as saídas a que Pires (2000) se referiu para a manutenção do setor saúde consistiram em: introdução de

inovações tecnológicas, redução da força de trabalho qualificada, introdução de medidas para o aumento do rendimento do trabalho, congelamento ou redução de salários, precarização das relações de trabalho, externalização, dentre outras.

Dentre as inovações tecnológico-organizacionais, figura de maneira significativa a terceirização (PIRES, 2000). Sua proliferação em serviços públicos resultou na diminuição do número de funcionários e em sua desqualificação e desvalorização, com o objetivo de dinamizar os processos de trabalho, com a pretensa ideia de aumentar sua eficiência. Também foi utilizada com o pretexto de diminuir os custos com a remuneração da força de trabalho e para fugir das conquistas salariais e direitos trabalhistas dos trabalhadores efetivos da empresa-mãe (PIRES, 2000; DRUCK, 2016).

Por sua vez, o serviço público, dotado de uma caricata ineficiência vem sendo gravemente prejudicado pela falta de investimento e valorização do funcionalismo, expressa nas reformulações dos planos de carreira e nas reformas da previdência social, nos salários defasados, na falta de políticas de qualificação e treinamento, e na ausência de incentivos morais e materiais, que, ao lado da prática da terceirização – uma das formas mais precárias de trabalho –, fragiliza a função e a identidade do ‘servidor público’, atingindo diretamente o conjunto da sociedade brasileira (DRUCK, 2016).

A história recente do CSEB é reflexo do processo descrito anteriormente. As demissões voluntárias e a conseqüente redução do quadro de trabalhadores em um período de crise econômica, com arrocho do funcionalismo público das universidades, foram fatores importantes. A redução do número de trabalhadores impactou diretamente na garantia do ensino e da assistência, serviços essenciais que precisavam ser mantidos. Portanto, a solução encontrada para a contratação de trabalhadores foi cedê-la a uma entidade privada.

Quanto à possibilidade de organização dos trabalhadores enquanto coletivo também se evidenciam diferenças. A exemplo disso, surge nas entrevistas o Sindicato dos Trabalhadores da USP (SINTUSP) e é frequente a sua presença no CSEB para dialogar com seus associados. O SINTUSP se define como o único instrumento de defesa dos trabalhadores (técnicos administrativos) da USP contra as perseguições, injustiças e o não

cumprimento dos direitos trabalhistas (SINTUSP, 2023). Esse sindicato, portanto, não representa as demandas dos trabalhadores terceirizados do mesmo serviço de saúde que, por sua vez, em sua maioria, não estão organizados sindicalmente.

Uma das consequências da precarização dos contratos de trabalho e da terceirização dos serviços de saúde é a fragilização das instâncias coletivas nos ambientes de trabalho e o empobrecimento da identidade profissional (CHIAVEGATO; NAVARRO, 2013). Os trabalhadores contratados pela OSS não possuem um órgão que represente suas pautas ou lute por suas reivindicações e se possuem, esses órgãos são pulverizados em diversas categorias, desarticulando lutas unificadas. Não há uma entidade sindical, por exemplo, que represente os trabalhadores terceirizados. Portanto, diante de impasses entre as categorias de trabalhadores e patronais há um desequilíbrio e, talvez, até mesmo diferentes conquistas para os dois grupos, mesmo que eles desempenhem as mesmas atividades laborais. E esse torna-se mais um condicionante de vulnerabilidade para os trabalhadores das OSS.

O terceiro aspecto que segrega os trabalhadores dos diferentes contratos diz respeito a sua formação. Esse ponto comunga com o aspecto anterior, já que é característica desses processos de terceirização a redução da qualificação da força de trabalho. Eis, a seguir, alguns excertos que exemplificam essa diferença entre os dois grupos:

“As pessoas foram formadas para fazer as atividades que elas faziam. Então, por exemplo, uma técnica de enfermagem que antes podia fazer uma coleta de Papanicolau, ela ia para um curso, (...) tem os alunos, os residentes e faziam aula, os profissionais podiam participar. (...) Tinha um plus. “Então, olha, todos nós vamos ler o livro tal” e todo mundo tinha acesso ao livro, todo mundo podia ler aqui, podia levar para casa ou podia copiar o livro e escrever lá pelo seu tempo de almoço. Todo mundo foi muito preparado para a atividade que ele estava fazendo. (...) Cada um tinha o seu setor, saúde mental, criança, idoso, a pessoa participava de todo esse processo e isso, ao longo de anos, porque a pessoa ficou no mesmo setor mais de 10 anos, a pessoa ficou expert no assunto (...). Então, tem essa diferença técnica, porque as pessoas tiveram a possibilidade de se formarem aqui, diferente de outros serviços. Então, a maior parte dos trabalhadores que vieram pela SPDM não tinham experiência em atenção primária, isso é um ponto. Mesmo quem veio com experiência de atenção primária (...), não tiveram essa oportunidade em outras unidades. A gente sabe que não é assim, ninguém vem falar: “olha, você é técnica de enfermagem (...) eu vou te ensinar isso, porque funciona, eu vou te dar possibilidade de ir para um curso”. Não, é um treinamento técnico (...). Então, tem essa grande diferença, isso é uma das diferenças e que isso fez com que quem soubesse mais, “por que eu estou fazendo? Como é que eu faço? O que é que acontece quando vem resultado assim?” se sentisse mais importante e, em contrapartida, quem não teve essa oportunidade se sentisse

inferiorizado e as pessoas também fizeram questão de dizer isso.”
(ENTREVISTADA Z)

O que essa entrevistada comenta diz sobre a trajetória de formação e incorporação ao trabalho dos diferentes grupos. Os trabalhadores USP tiveram, ao longo do tempo, oportunidades de formação e capacitação como premissa para o desenvolvimento de suas atividades. Isso se deu pelo caráter docente-assistencial do CSEB que privilegiava ações formativas, muitas vezes em detrimento da própria assistência. Isso tornou os profissionais, principalmente a equipe de enfermagem, extremamente especializada nas áreas em que eram alocadas.

Além disso, o CSEB iniciou sua trajetória assistencial assentado no modelo tecnológico da Medicina Integral e Preventiva. Pressupunha-se o trabalhador como instrumento de execução do modelo e das mudanças propostas por meio de longas conversas e orientações. Esse modelo, portanto, demandava desenvolvimento pessoal e da equipe. Fez-se necessária a participação dos trabalhadores em espaços de discussão e fóruns que visavam o desenvolvimento de uma consciência crítica (PEDUZZI; PALMA, 1996).

Mesmo quando o serviço transicionou o seu modelo tecnológico para a prática programática, houve em seus trabalhadores a manutenção da escuta, da conversa com usuário e da educação em saúde como instrumentos de trabalho (PEDUZZI; PALMA, 1996). Esses aspectos do CSEB, associados à produção científica em saúde coletiva, formou largamente os trabalhadores para que executassem suas funções técnicas com senso crítico e conhecimento sobre as etapas dos processos, com uma visão do conjunto do trabalho.

Os novos trabalhadores, por sua vez, não foram incorporados da mesma maneira. A lógica de contratação da OSS passa por possuir uma certificação técnica naquela área de trabalho e muitas vezes essas formações, como diz a própria entrevistada, consistem na execução de tarefas manuais, sem a problematização sobre essas atividades.

Somou-se a essa diferença formativa a falta de experiência no trabalho. Diversos trabalhadores contratados pela USP estão há décadas atuando neste serviço, sendo mais uma face da estabilidade, o que lhes conferiu maior conhecimento prático do trabalho e das especificidades do

próprio CSEB. Entre os trabalhadores da OSS, por exemplo, há aqueles que nunca haviam atuado na APS e, mesmo aqueles que possuíam alguma experiência, tiveram que se adaptar ao modelo particular do Centro de Saúde.

Essas diferenças acirraram os conflitos, pois a adaptação dos trabalhadores terceirizados foi compreendida como falta de competência técnica para o trabalho.

“Então, há uma diferença (...) no sentido que cada um tem uma bagagem, (...) tem uma experiência, tem uma expertise e alguns, por exemplo, tem pouca experiência em atenção primária, da SPDM, diferente dos funcionários USP que têm bastante experiência em atenção, temos funcionários que têm quase a idade do centro de saúde, entraram juntamente com o centro de saúde, aposentaram e continuaram.” (ENTREVISTADA W)

“Com as 39 [na verdade, são 37] pessoas agora, a gente tinha a pretensão de receber pessoas com disponibilidade, pelo menos para a atenção primária, de quem não tinha experiência antes, e profissionais de equipes com o máximo de experiência possível em saúde da família. Houve um enfrentamento de estilo de pessoas, que eu reconheço como uma tensão, e, hoje, chamamos de assédio, que mobilizou muito as pessoas. Nós discutimos alguns desses casos. E houve uma situação de ânimo bastante exaltado, de ambos os lados.” (ENTREVISTADA Q)

“Tem a questão de as pessoas chegarem em um lugar novo (...) para trabalhar, que (...) tem os seus fluxos, as suas manias, as suas questões. Eu acho que teve pouca disposição de, ou ter menos disposição que eu imaginava, para ajudar o outro nas dificuldades. Então, eu acho que algumas pessoas pensaram para fazer certas coisas, uma certa disputa de responsabilidade de quem seria e teve muita gente, por exemplo, eu estou pensando quando os técnicos de enfermagem que muitos deles não tinham muita experiência de atenção primária, não tinha nenhuma vivência disso, não tiveram treinamento como acho que deveria ter sido feito.” (ENTREVISTADA R)

Vale ressaltar que ao se desenhar a trajetória de conflitos, cria-se a impressão de que estes se iniciaram com a terceirização das contratações e a precarização das relações de trabalho. Contudo, não é isso que os trabalhadores relatam. Já havia desgaste nas equipes. As dezenas de demissões e a redução do quadro de funcionários piorou as condições de trabalho, já que repercutiam nas escalas e em sobrecargas.

Os entrevistados interpretam que a assinatura do termo de cooperação, a despeito dos anos de discussões dos trabalhadores, somada aos anos de tentativas frustradas de construir um convênio foi desgastante para os antigos trabalhadores, e a OSS e seus contratados terceirizados passam a ser o foco do problema.

“As relações de trabalho antes não eram tão fáceis, não. As pessoas também tinham uma dificuldade de relacionamento, também tinha crise, mas não aparecia, é essa questão, acho que para deixar bem claro, era abafado, porque cada setor cuidava do seu pedacinho. Se tinha um problema na saúde mental, era na mental que discutia, que brigava, que falava; se tinha problema na pediatria, a pediatria que falava, que brigava, que criticava, que trazia para gerência; se tinha problema no setor de adulto, também era assim. Então, parecia que todo mundo se dava bem. Na realidade, o conflito existia, as pessoas eram complicadas, complexas, mas não aparecia. Com a entrada da SPDM começou a aparecer, até porque houve essa mudança total de setores, de lugares, de escala (...) e começou a surgir mais conflitos. Parece que a coisa estava muito bem e com a entrada da SPDM surgiu o conflito (...). Não é bem isso. Lógico que quanto mais pessoas você vai gerenciar vai aparecer muito mais conflito, mas, os conflitos já existiam, só não apareciam. E hoje continua existindo, mas aparece (...) de uma forma mais ampliada, é colocada em reunião do GTA [grupo técnico administrativo], é colocada em reunião geral, é colocada na reunião de equipes.” (ENTREVISTADA W)

“É engraçado, porque mudaram as pessoas, mas os problemas (...). Estou lembrando (...) aquelas falas acaloradas: “Isso aqui não é mais o que foi” (...), mas são falas que eu já tinha visto outras vezes relacionadas ao fato de os programas não funcionarem mais, que era tudo pronto atendimento, que a gente não conseguia fazer o seguimento adequado das pessoas. Então, as queixas eram parecidas (...). Então, o problema das mudanças, o problema do que era e deixou de ser, virou outro, meio culpa de outra pessoa. Antes era... enfim, era o sucateamento, era o fato de muita gente ter ido embora, não ter reposição, era a faculdade de medicina que não ligava para a gente, mas agora não, agora é porque é estratégia, é porque chegou a SPDM, como se de fato isso, a SPDM... essa coisa de que “é a SPDM”, como se tivesse chegado aqui de uma maneira bruta, autoritária, definindo coisas. Eu não vi isso acontecer, por onde isso aconteceu, mas esse clima de insatisfação de que antes era melhor, eu acho que era meio parecido.” (ENTREVISTADA R)

Evidentemente que as condições contratuais diferentes geram sobre os trabalhadores maiores ou menores sensações de estabilidade e segurança. Além disso, o tempo de prestação de serviço, as formações e até mesmo a autonomia do Centro de Saúde, ao longo de todos esses anos, coloca os trabalhadores em situações de trabalho diferentes. O ponto central, contudo, é que todos foram impactados pelo desfinanciamento do serviço, pelo seu sucateamento e a consequente terceirização dos contratos.

A assinatura do termo de cooperação é consequência desses processos, fruto da dificuldade da USP em assumir seu papel gestor e da SMS/SP em prover assistência em APS para aquela população adscrita. Os trabalhadores, sejam USP ou da OSS, enfrentam os mesmos contingenciamentos e lidam com a mesma pressão assistencial cotidianamente.

Buscar compreender esse processo projeta a reflexão para o que será do Centro de Saúde daqui em diante. A última seção trata das expectativas dos

entrevistados para o futuro.

6.6 UM FUTURO INCERTO E UM PROJETO EM CURSO

Buscar captar as projeções para o CSEB, na perspectiva dos trabalhadores, é importante diante do cenário de incertezas que se vive no serviço. Isso porque as decisões sobre os processos de trabalho, prestação de serviços em saúde e educação, decisões gerenciais, passam pelas condições materiais de se conseguir cumprir com as tarefas propostas.

O termo assinado tem a duração de cinco anos e pode ser renovado, a depender do interesse das partes. Contudo, o tempo que levou para que algum documento fosse assinado, cerca de 11 anos, e o modo como se deu, sem participação dos trabalhadores, gera insegurança quanto ao futuro.

É possível notar certa ambivalência entre os entrevistados, que repousa, principalmente, no papel que a instituição gestora, a USP, tem e terá, tanto na manutenção do quadro de trabalhadores USP, como no projeto docente-assistencial esperado para o serviço.

“(...) eu acho que o centro de saúde é largado pela USP. Então, ninguém se preocupa com o que acontece aqui no serviço, porque, de verdade, se o conselho diretor, se a direção, os professores, até mesmo os preceptores que vem da USP para cá para entender, para acompanhar os alunos, os residentes, eles entendessem o que estava acontecendo aqui nesse serviço, tinha acontecido uma movimentação, ninguém tinha deixado o centro de saúde chegar nesse nível. Assim, o centro de saúde sempre foi referência. Todo mundo vinha aqui para entender o que estava acontecendo para levar para outros lugares. Por que ficou tão largado?” (ENTREVISTADA Z)

Esse excerto reflete o papel central da USP no desmonte do serviço ao longo do tempo, anterior à assinatura do termo, mas ele pode ser projetado para o futuro também. A principal preocupação atual entre os entrevistados é a recomposição da equipe de trabalhadores USP que o CSEB vem perdendo, decorrente de aposentadorias, pedidos de demissões, falecimentos, dentre outros. Não há um plano de recomposição do quadro de funcionários amplamente divulgado.

O termo de cooperação discrimina o total de trabalhadores previstos na contratação pela OSS e não está sob sua responsabilidade substituir os demais que venham a sair. Isto é, se a USP não assumir esses cargos, eles

ficarão vacantes e o CSEB retomará o seu ciclo de esvaziamento. Vale frisar que, atualmente, o número de trabalhadores USP é cerca de metade do total e boa parte deles tem décadas de trabalho, estando próximos de se aposentar ou já estão aposentados e continuam a trabalhar.

“Então, eu tenho... continuo tendo medos, continuo tendo receios, porque é isso que eu te falei, se a direção do serviço... (...) eu falei (...), “Você tem que cobrar da direção, tem que mostrar para ele o quadro que estamos no momento. Olha, até dezembro vai ser dessa forma, até o ano que vem vamos perder mais trabalhadores”. (...) Eu fiz um levantamento, em 10 anos os trabalhadores que nós perdemos da enfermagem, administrativo, médicos, os que faleceram, os que foram transferidos, os que aposentaram, eu fiz esse levantamento (...). Acho que baseado nisso, acho que dá para eles terem já uma noção para o diretor pedir para o reitor, que o reitor prometeu contratar acho que 450 funcionários para a USP, é muito pouco.” (ENTREVISTADA V)

“Eu acho que algumas pessoas da USP vão se aposentar (...) e de todos os níveis, administrativos, técnicos, acho que, assim, os funcionários USP têm uma média de idade avançada, por exemplo, para o próximo ano, pelo menos dois médicos da USP devem se aposentar, mais uns dois administrativos, sendo que a gente tem 10 administrativos USP (...). Então, eu acho que pode ser que tenha alguma reposição, mas não vai voltar ser o que era antes e na conversa com o reitor quando a gente estava falando sobre que a gente precisaria de, pelos menos, sete equipes no centro de saúde, de equipes da família, ele falou, “Eu dou todo o apoio e posso, inclusive, intermediar a negociação, porque eu acho que a gente deve ampliar essa parceria”. Então, eu acho que se de um lado, ao mesmo tempo, fala que vai repor alguns funcionários, por outro lado sinaliza que assistência seria mais responsabilidade da secretaria que precisaria ter integração ensino-serviço.” (ENTREVISTADO Y)

A reunião citada diz respeito ao encontro entre a Direção Técnica do CSEB e o reitor Carlos Gilberto Carlotti Jr., que tomou posse em janeiro de 2022. As entrevistas, que foram realizadas em meados de 2022, traziam em si uma esperança advinda do caráter progressista da nova gestão (ADUSP, 2023). Nessa reunião citada, houve a promessa de recontração dos trabalhadores que saíram do serviço, após o PIDV. Essa reitoria também prometeu realizar a contratação de centenas de docentes e técnicos administrativos, revertendo a redução do quadro de trabalhadores da USP na gestão anterior (ADUSP, 2022).

“Por outro lado, quando está na Universidade, uma gestão reitoral que valoriza esse tipo espaço dentro da universidade, tanto que a primeira reunião que a gente pediu com o Carlotti, o atual reitor, (...) ele foi explícito assim: “Precisamos abraçar o centro de saúde escola”. Pediu para o (...) diretor do conselho diretor [professor do departamento de Medicina Preventiva que dirige o conselho diretor do CSEB] fazer uma lista das necessidades que a gente tinha, para ele tentando e negociando lá para ver o que conseguia suprir. Então, eu acho que a gente tem uma... também, uma conversa com a universidade, um canal interessante nesse

momento. Não dá para saber o que vai acontecer com o país a partir de outubro [mês da eleição presidencial] desse ano, mas eu tenho a impressão de que se a gente tiver de novo um certo reitor, de uma certa mentalidade mais progressista, a gente vai voltar a usar as políticas sociais e o centro de saúde dentro disso. Então é possível conseguir, de novo, mais recursos.” (ENTREVISTADO U).

É interessante observar a crítica quanto à negligência da universidade ao longo dos últimos anos e a resiliência em exigir dela uma solução. Contudo, mesmo diante de perspectivas financeiras melhores, compreende-se que a USP não assumirá a integralidade da contratação dos trabalhadores e, pelo contrário, vem incentivando a ampliação do termo de cooperação, com tendências à cessão do serviço para a gestão municipal, isto é, da OSS.

“A USP nem aí para ninguém, tem esperança lá no fundinho, (...) mas que agora eles vão contratar outras pessoas e tal para vir, mas se isso não acontecer, o centro de saúde vai virar uma OSS, só vai ter funcionário da OSS e daí eu nem sei se vai ter USP mais, porque daí a USP vai manter esse prédio aqui só para ter funcionário OSS? Qual vai ser o sentido? Por quê? Porque recebe alunos, residentes. Todas as outras unidades recebem também. Antigamente a gente não tinha muito isso, mas agora as unidades recebem de todos os cursos, todas as equipes, quem não tem equipe recebe também. Então, a gente não tem mais esse diferencial, eu vejo duas mãos (...) ou a USP realmente, (...), com a faculdade, enxerga um pouco o centro de saúde e começa a colocar um pouco mais de funcionários aqui que é só um dos tópicos ou a gente vai ter que ter só funcionários OSS.” (ENTREVISTADA Z)

“Então, eu tendo a achar que talvez se mantenha, sei lá, pelo menos nos próximos 10, 15 anos; eu acho que, talvez, vai se manter meio essa fórmula com alguma reposição de funcionários USP e com ampliação do contrato com a SPDM, mas, talvez, mantendo alguma autonomia de gestão, mas me parece que a tendência da universidade não tem sido de fazer, “Vamos agora todos serem funcionários USP.” (ENTREVISTADO Y)

“Do ponto de vista institucional, na USP, a gente também tem a perspectiva de uma direção da faculdade mais progressista, menos conservadora, imediatamente. Não sei para onde vai a faculdade no médio prazo, mas se a gente conseguir, com a Faculdade e a Reitoria, bons anos, talvez a gente consiga manter o serviço como escola da universidade, com recursos da universidade (alguns, não todos). Se isso não acontecer, de a gente conseguir manter o serviço com a missão de ser um serviço-escola e a universidade participar disso, a tendência do Centro de Saúde é a de virar uma unidade da rede, é você passar, como outras unidades, a também receber alunos, aí dá mais certo a proposta do contrato de gestão, sob a administração municipal. Eu acho que é uma tendência em médio prazo. Acho que imediatamente não, mas em médio prazo, talvez. Acho que é uma perda bastante grande para a possibilidade de ensino em unidade básica, porque a gente fica com as dificuldades que as outras unidades têm de lidar com o ensino na assistência, desse jeito que a prefeitura quer fazer assistência (ENTREVISTADA Q).

Dentro dessa perspectiva, a ambivalência se aprofunda, já que o CSEB, possuindo cada vez menos funcionários da USP e ampliando o termo de cooperação, passará a ter mais e mais trabalhadores sob um regime de

contratação mais vulnerável e precário. A faculdade terá menos governabilidade sobre as interfaces do ensino e da assistência, uma vez que a cobrança de produtividade dos contratos de gestão exigem metas incompatíveis com o atual modelo de ensino do serviço.

Sendo assim, o ideário de um serviço autônomo e profícuo academicamente torna-se menos possível. Inclusive, essa é a característica do CSEB que os trabalhadores mais ressaltam como potente e diferenciada, devendo ser perseguida e retomada como antigamente.

“Eu acho que o mais ideal, talvez seja um pensamento errado, mas o centro de saúde não deve acabar, é uma baita escola, forma muita gente e eu acho que o contrato deveria ser da USP mesmo. De repente eles contratam funcionário USP mesmo, conforme eles estão fazendo nesses outros processos seletivos para o HU [hospital universitário da USP] e ele deve continuar com o serviço, sei lá, de apoio, serviço, um matriciamento das outras unidades, eu acho que seria interessante isso. A gente se formaria como uma outra unidade básica mais próxima dos territórios mais vulneráveis, que eu acho que seria o ideal.”
(ENTREVISTADA X)

“Eu tenho muita expectativa que o centro de saúde vai se fortalecer enquanto instituição de saúde, (...) através do ensino, da pesquisa, como consequência de uma assistência de qualidade. Eu vislumbro o centro de saúde ser uma referência, referência nacional, referência até mundial. (...) Eu vislumbro nesse sentido de se fortalecer muito nesses pilares, ensino, pesquisa e assistência, os profissionais buscarem aperfeiçoamento, buscarem as suas pós-graduações, mestrados, doutorados em que a gente consiga ser um centro de referência com profissionais extremamente capacitados, de todos os níveis, nível superior, nível médio. Então, todos consigam estar no mesmo patamar no sentido de apoio, no sentido de conhecimento mesmo, porque isso gera uma assistência de qualidade.”
(ENTREVISTADA W)

O desejo de retomar o CSEB como referência em ensino e pesquisa na APS brasileira é colocado como ameaçado pela lógica de assistência imposta pelos contratos de gestão. Como se houvesse uma incompatibilidade em ensinar com qualidade nos serviços municipais. Essa incompatibilidade é tamanha que a entrevistada X sugere que o serviço deixe de prestar assistência diretamente e que essa seja transferida para uma outra UBS.

Outro ponto importante é que a direção executiva é composta pelos trabalhadores da USP nomeados pelo conselho diretor bianualmente. Havendo cada vez menos desses trabalhadores, como será gerido o serviço? O conselho diretor e o serviço incluiriam os trabalhadores da OSS nas eleições para a direção? Um trabalhador da OSS poderia dirigir o serviço, mantendo a prerrogativa de que a gestão é da universidade? Esse profissional não estaria

incorrendo em conflitos de interesses? Estaria garantida sua estabilidade, caso a direção decidisse por assumir uma postura divergente daquela tomada pela OSS, sua empregadora?

Essa sessão não tem o objetivo de trazer conclusões ou respostas, mas de trazer luz para o futuro do CSEB. A pergunta da entrevista sobre expectativas, receios e esperanças buscava encerrar a entrevista. Percebe-se que ela trouxe à tona incertezas sobre o futuro como aquele projetado anteriormente. Os problemas que o centro de saúde enfrentou continuam presentes e o termo de cooperação trouxe novos.

Na perspectiva dos entrevistados, a falta de um projeto da universidade para o CSEB torna todos os trabalhadores vulneráveis a decisões autoritárias de gestores superiores. Assim, o serviço estará fadado à completa terceirização e a sua história de ensino e pesquisa estará ameaçada. Contudo, diante das demissões, da falta de reposições, da cessão, não somente desse serviço, mas de outros aparelhos assistenciais da USP à iniciativa privada, em um contexto marcado por grandes privatizações de bens e serviços públicos, questiono: não há mesmo um projeto? Não seria esse o objetivo? Não estaria a universidade reduzindo cada vez mais o tamanho da máquina, enxugando gastos considerados secundários? Não haveria também um projeto da SMS/SP e da própria OSS de expandir contratos, ampliar a participação privada na gestão da saúde municipal?

Esses novos questionamentos precisam ser aprofundados em outras pesquisas. No que tange a essa, constata-se que o CSEB não passou e não tem passado incólume a esse processo.

6.7 O AUTOR-TRABALHADOR-PESQUISADOR IMPLICADO

Esse último subitem diz respeito à minha percepção enquanto autor/trabalhador/pesquisador-implicado nesse processo de incorporação de trabalhadores terceirizados.

Quando for realizado o depósito desta dissertação, dois anos e meio terão passado desde que ingressei no CSEB, como um dos médicos da ESF, com jornada de 20 horas semanais. E escrever essa dissertação, contemporaneamente às mudanças que ocorreram no serviço, foi muito difícil,

na medida em que muito mudou e não pode ser impresso no texto, já que não respondiam aos objetivos do estudo. Ao mesmo tempo, alguns dos problemas que surgiram no início da incorporação dos novos trabalhadores se reconfiguraram, persistindo ou mesmo se agravando.

Particularmente, minha opinião sobre a assinatura do termo é bastante negativa. Não pela particularidade do serviço e pelas suas características educacionais ou por ser vinculado à universidade, mas pelas razões descritas anteriormente, no que tange à terceirização de serviços de saúde. A entrada, como gestora ou contratante de trabalhadores, seja para atividades-fim ou meio, de uma entidade privada como as OSS prejudicam os vínculos de trabalho e vulnerabilizam os trabalhadores.

Entre os trabalhadores empregados pela SPDM, no CSEB, é notório o receio de perder seus postos de trabalho. Esse medo, fundamentado em fatos ou não, existe e não é um sentimento comum aos trabalhadores da USP. Esse medo nos torna mais suscetíveis a aceitar medidas ou decisões da direção do CSEB ou de níveis superiores de gestão da saúde municipal, como a coordenação, supervisão e SMS/SP, mesmo não havendo acordo. Os trabalhadores da USP têm muito mais autonomia para negar uma determinação vinda de entidades superiores, uma vez que possuem estabilidade.

Embora os conflitos entre os trabalhadores tenham arrefecido com o tempo, há diferenças estruturais que demarcam os processos de trabalho de cada grupo e como as cobranças são feitas. As discussões sobre protocolos, ampliação de acesso, cadastramento, tamanho de territórios de cada equipe e divisão de trabalhos, a princípio bastante comuns no que diz respeito a processos de trabalho, passam pelo cumprimento de metas quantitativas que são prerrogativas contratuais dos trabalhadores da OSS. Isto é, os trabalhadores USP não são pressionados ou cobrados pela execução de suas funções do mesmo modo, já que os mecanismos regulatórios de suas carreiras garantem maior estabilidade do vínculo.

Como já dito algumas vezes, a gestão do CSEB é ainda uma prerrogativa da USP. Contudo, esse pressuposto, que se confunde com autonomia do serviço e aprofunda a condição de subalternidade dos trabalhadores da OSS. À exemplo disso, a atual diretora da FMUSP, em

reunião com os trabalhadores do CSEB, afirmou que a função assistencial do serviço é dos funcionários da SPDM, enquanto aos trabalhadores da USP cabe a função de promoção do ensino e pesquisa.

Associada à postura da direção da faculdade, há a cobrança pelo cumprimento de metas por parte da OSS. Esses fatores tensionam a relação direção técnica *versus* trabalhadores e, na correlação de forças, os trabalhadores terceirizados são o elo mais fraco. Portanto, apesar da suposta autonomia, o termo de cooperação mudou completamente a forma de gerir o CSEB, porque ampliou a participação da SMS/SP, por meio de uma OSS, no vácuo do papel da universidade que, institucionalmente, escolheu se isentar.

Ao menos, no que diz respeito à assistência, é inegável a ampliação da capacidade de atendimento à população. Com a chegada dos trabalhadores terceirizados foi possível a reabertura da farmácia, garantindo assistência farmacêutica, e do setor de saúde bucal, ampliando o escopo de serviços fornecidos pelo CSEB. Com as equipes de ESF, o número de cadastros aumentou de maneira substancial, ampliando o acesso de pessoas que não costumavam usar o serviço, mesmo morando no território há anos. Isso se deu, principalmente, pelo trabalho das ACS que conhecem o território e passaram a levar o CSEB aos usuários.

Além disso, os atendimentos médicos e de enfermagem também aumentaram simplesmente porque há mais trabalhadores que podem fazê-lo. Levando-se em consideração o esgotamento do número de trabalhadores na década de 2010, e a recente pandemia de coronavírus, a vinda dos trabalhadores terceirizados representou uma ampliação do uso do serviço e redimensionou a função assistencial do CSEB, inclusive na perspectiva de sua compreensão enquanto serviço de saúde.

Contudo, isso não se deve, necessariamente, à OSS, mas sim ao aumento do número de trabalhadores, processo que poderia ter ocorrido por meio de contratações da própria universidade ou pela SMS/SP, diretamente. Esses trabalhadores teriam mais autonomia na construção de processos de trabalho próprios, atualizando e repensando novos conceitos, construindo caminhos de cuidado junto à população. E isso leva ao último ponto: minhas expectativas quanto ao futuro do CSEB.

Atualmente, trabalhar no CSEB como funcionário da OSS não é muito diferente de trabalhar em outras unidades do município. As metas de atendimento são as mesmas; assumimos a formação de graduandos e pós-graduandos como em qualquer outra UBS da cidade de São Paulo, sem nenhuma contrapartida; enfrentamos a dificuldade do cuidado multiprofissional, uma vez que o CSEB não conta com uma equipe estruturada, com falta de alguns profissionais e os demais atuando de modo desarticulado, entre outras similaridades.

O que seria um diferencial do CSEB, comparado aos demais serviços de APS da rede municipal de São Paulo é seu potencial no ensino e pesquisa devido ao vínculo com a universidade. Essa contrapartida de desenvolvimento profissional e de engajamento em processos de trabalho construídos com docentes e trabalhadores que são referência nos estudos da área foi instigante. Contudo, não há um projeto da FMUSP para o serviço. Existe uma avaliação de que o termo deva ser expandido, ou seja, mais trabalhadores terceirizados seriam incorporados ao serviço. Não há, até o momento, vontade política de incorporação de novos trabalhadores contratados, seja para recompor os quadros que persistem ausentes ou mesmo como plano de substituição dos que vêm se aposentando ano após ano.

O serviço está entrando em um novo ciclo de perda de trabalhadores, sem a perspectiva de recomposição pela universidade. Os trabalhadores da OSS, por sua vez, têm menor participação na construção de um projeto interno para o serviço ou mesmo possibilidade de pensar a gestão, uma vez que estão sobrecarregados com o volume de atendimentos e continuam sendo pressionados para cumprir com as metas. Essa situação separa-os dos trabalhadores da USP que acabam tendo mais disposição para a construção coletiva.

Portanto, isso nos faz pensar que, na realidade, há um projeto. Um projeto que consiste na cessão gradual e definitiva para a iniciativa privada. Evidente que é interessante para a OSS gerir o serviço por completo, o que significaria incremento dos repasses municipais, além de pleno controle sobre os processos de trabalho. Caso contrário, a manutenção do termo é insegura para os trabalhadores e para o serviço, já que ele é usado como forma de barganha pela OSS para pressionar os trabalhadores a cumprirem com os

pré-requisitos contratuais, sob a ameaça de não ser renovado. Esse termo não ser renovado coloca 37 trabalhadores na incerteza de onde trabalharão em um futuro próximo.

A expectativa mais palpável é que o CSEB perca progressivamente suas características de centro de ensino e pesquisa em APS e se torne mais uma unidade da rede municipal, com cada vez mais trabalhadores terceirizados e com menor participação efetiva da universidade, mesmo que se mantenha uma direção técnica indicada pela FMUSP.

7 CONCLUSÕES

O processo de coleta e escuta dos trabalhadores do CSEB buscou retomar seu protagonismo nas discussões sobre os processos de trabalho e de gestão do serviço. As entrevistas e os registros do diário de campo demonstram imensa frustração dos trabalhadores de vínculo USP com a solução encontrada para o esvaziamento do serviço de seus trabalhadores.

Esse serviço sofreu, ao longo das décadas de 2000 e 2010, intenso desmonte do seu quadro de trabalhadores, consequência do recrudescimento de medidas de austeridade, como o congelamento da contratação de novos servidores e demissões voluntárias pela USP. Diante dessa situação, aqueles que permaneceram, buscaram por diversas vezes a construção e assinatura de um convênio para que as atividades assistenciais e de ensino pudessem ser retomadas em sua plenitude.

As tentativas foram frustradas e o termo de cooperação e gestão compartilhada foi firmado à revelia dos trabalhadores e suas discussões. Na perspectiva deles, alguma medida deveria ser tomada a fim de que o CSEB não perecesse; porém, não era essa a solução almejada.

Entre os trabalhadores, principalmente aqueles vinculados à USP, há a preocupação sobre como se darão as atividades de ensino e pesquisa. A autonomia do CSEB permitiu que a assistência fosse adequada aos processos de ensino-aprendizagem, de acordo com o que os formuladores e gestores do serviço acreditavam ser relevantes, independentemente das políticas de saúde municipais. Porém, para eles, os contratos de gestão dificultam a execução dessas atividades.

A formalização do vínculo do CSEB com a SMS/SP, por sua vez, adequou o repasse financeiro e de insumos ao serviço, aproximando-o da rede de atenção à saúde do território, ampliando as possibilidades de cuidado para a população assistida, mesmo que intermediada por uma OSS.

Evidentemente que a chegada de 37 novos funcionários permitiu que o trabalho fosse redimensionado, o que aliviou a sobrecarga e retomou atividades interrompidas. Porém, o termo ser um aditivo de um contrato de gestão, com normas próprias, constituindo equipes de ESF e sujeito a metas

quantitativas e qualitativas que não existiam antes, modificou os processos de trabalho.

A criação de equipes de ESF ou mesmo equipes de referência já vinham sendo discutidas pelo grupo de trabalhadores do serviço, ao longo de anos, mas a incerteza quanto a um provável convênio associado às críticas a esse modelo adiaram mudanças. O termo, portanto, obrigou o serviço a mudar seus processos de trabalho abruptamente, a partir do momento que os novos trabalhadores são incorporados.

Os entrevistados não se furtam de comparar os dois modelos e concordam que a chegada dos novos trabalhadores reconfigurou as relações com o território. Houve mudanças quanto ao acesso, ao deslocamento da decisão de como se dará o cuidado para o território e a ampliação do conhecimento sobre demandas que não chegavam no serviço.

Internamente, as escalas foram recompostas, os trabalhadores, principalmente aqueles considerados especializados, cristalizados em funções, tiveram de assimilar outras funções, juntamente aos novos. Novas demandas passaram a ser exigidas, principalmente aquelas provenientes da SMS/SP, que em certa medida eram relativizadas pelo serviço. Essas novas atividades e escalas mudam a composição do trabalho de todos, novos e antigos funcionários.

Esse processo de readequação do serviço e a incorporação de novos trabalhadores não foi tranquilo, reavivando conflitos preexistentes e trazendo novos à tona. A insatisfação dos antigos trabalhadores, diante da sobrecarga de trabalho e do modo como o termo foi assinado, foi direcionada aos novos. A gestão corrente teve dificuldade em manejá-los e, tendo seu tempo esgotado, foi substituída.

Por meio das entrevistas, é possível concluir que apesar de o termo garantir a permanência das decisões gerenciais sob o poder da USP, os conflitos entre os trabalhadores, a composição de equipes de ESF, a mudança da tecnologia em APS do serviço e a incorporação de novos trabalhadores, que perfazem quase metade do corpo de trabalho do CSEB, induziram mudanças dos processos gerenciais.

Externamente, a criação do Conselho Gestor do CSEB, passando a compor o Conselho Diretor na FMUSP também impactou na relação do serviço

com o território e seus usuários. Os espaços de decisão podem ter se mantido institucionalmente, mas a centralidade de poder decisório se reajustou e se deslocou, gerando novas pressões, novos acordos, rearranjando as relações entre gestores e trabalhadores e entre os trabalhadores em si. Isso repercute no cuidado prestado, já que modificou os processos de trabalho.

Portanto, o termo não mudou a gestão diretamente, mas seus desdobramentos sim, como disse uma das entrevistadas. Essa conclusão traz ainda mais questionamentos. Os trabalhadores da OSS têm, entremeados em seus processos de trabalho, as pressões postas pelo seu contratante e pelas metas de produtividade da SMS/SP. Evidentemente, elas atravessam o cotidiano de trabalho do serviço e pressionam a direção a cumprir com determinados critérios impostos por outra entidade gestora que não a USP. Ou seja, mesmo que na linha do termo de cooperação a gestão seja da universidade, a OSS interfere nos processos de gestão do serviço. O questionamento que surge é em que medida isso se dá.

Como reflexo da terceirização e de seus contratos de trabalho mais instáveis, trabalhadores foram incorporados nesse serviço em condições de empregabilidade muito diversas aos de seus colegas. Os novos contratos reduzem benefícios e salários, permitem demissões e substituições muito mais rapidamente, desarticulam a organização das categorias e vulnerabilizam os trabalhadores. A lógica de execução de tarefas é permeada pelo medo, diferente dos contratos mais estáveis e duradouros dos trabalhadores da USP.

Os entrevistados, portanto, reconhecem que há uma diferença entre os trabalhadores, não necessariamente na qualidade técnica ou na forma em que as funções são desempenhadas, mas nas condições em que se dão. O temor de perderem seus empregos faz com que os trabalhadores terceirizados se disponham a realizar funções com maior facilidade do que aqueles assegurados por contratos mais estáveis.

Outro ponto que os diferencia é a formação profissional. Os trabalhadores USP possuem mais tempo dedicado a suas funções e, por estarem em um serviço docente-assistencial, tiveram a oportunidade de se aprofundar em suas atividades e de participar das discussões sobre o trabalho. Foram incentivados a avaliá-lo criticamente e pensar sobre ele.

Os novos trabalhadores, por sua vez, foram inseridos no trabalho, muitas vezes sem experiência prévia em serviços de APS e tendo que se adaptar às peculiaridades do CSEB. As diferentes experiências e formações foram segregantes, subcategorizaram os trabalhadores da OSS, e geraram conflitos, já que por vezes os grupos se colocam em oposição.

Por fim, o termo não solucionou definitivamente a questão do trabalho no serviço, uma vez que não há previsão de reposição dos diversos trabalhadores que sairão nos próximos anos. Não é responsabilidade da OSS contratar mais pessoas, ao menos no atual contrato e a USP não tem assegurado essa reposição. Pelo contrário, há grande incentivo para que o termo seja expandido e mais trabalhadores terceirizados sejam incorporados.

Embora exista o desejo de que o CSEB retome seu papel de profícuo espaço promotor de ensino e pesquisa em APS, essa perspectiva se esvai diante de um projeto da universidade de terceirizá-lo cada vez mais. Os contratos de gestão são grandes dificultadores do desenvolvimento de processos de trabalho que não passem pelo desempenho numérico de atendimentos individuais. Manter o CSEB enquanto espaço formador para graduação e pós-graduação, dentro desses contratos, torna-se inviável.

Os trabalhadores desse serviço, funcionários da OSS ou da USP, enfrentam cotidianamente pressões no trabalho que deveriam irmaná-los. Apesar de haver condições de contratação muito diversas, no cotidiano do "fazer saúde", junto aos usuários, enfrentamos as mesmas condições de pressão assistencial, desamparo e vulnerabilidade social que desaguam no serviço por meio de demandas de saúde. A situação em que o serviço se encontra e o termo assinado são consequências de uma gestão que privilegiou o desmonte para a terceirização. Isso é razão para aproximar, trabalhadores e trabalhadoras, e mantermo-nos em defesa desse serviço e de um SUS público, gratuito, estatal e de qualidade.

REFERÊNCIAS

- ADUSP – ASSOCIAÇÃO DOS DOCENTES DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. **Apesar do discurso mudancista, Carlotti Jr. e Maria Arminda dão continuidade ao projeto das gestões de Zago e Vahan.** São Paulo, 17 jan. 2023. Disponível em: <https://adusp.org.br/defesa-da-universidade/apesar-do-discurso-mudancista-carlotti-jr-e-maria-arminda-dao-continuidade-ao-projeto-das-gestoes-de-zago-e-vahan/>. Acesso em: 10 mar. 2023.
- ADUSP - ASSOCIAÇÃO DOS DOCENTES DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. **Na primeira reunião do CO, gestão Carlotti-Arminda propõe retomar papel central do colegiado e promete reajuste e contratações.** São Paulo, 25 fev. 2022. Disponível em: <https://www.adusp.org.br/defesa-da-universidade/co-carlotti/>. Acesso em: 10 mar. 2023.
- ADUSP - ASSOCIAÇÃO DOS DOCENTES DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. **Reitoria aceita incluir Centro de Saúde-Escola Butantã em contrato de gestão entre Prefeitura e organização privada SPDM.** São Paulo, 25 nov. 2020. Disponível em: <https://adusp.org.br/defesa-da-universidade/condicoes-de-trabalho/saude/cse-rit/>. Acesso em: 7 out. 2022.
- ANDRADE, H. S. *et al.* A formação discursiva da Medicina de Família e Comunidade no Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 28, n. 3, p. 1-18, 20 dez. 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312018280311>.
- ANGUERA, M.T. *et al.* Revisiting the difference between mixed methods and multimethods: Is it all in the name? **Quality & Quantity: International Journal of Methodology**, v. 52, n. 6, p. 2757-2770, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11135-018-0700-2>
- AQUINO, R. *et al.* Estratégia saúde da família e o reordenamento do sistema de serviços de saúde. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. (Org.). **Saúde coletiva: teoria e prática**. Vol. 1. Rio de Janeiro: Medbook, 2014. p. 3-695. v. 1.
- ALESP - ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Decreto nº 3876, de 11 de julho de 1925.** Reorganiza o Serviço Sanitário e repartições dependentes. São Paulo, 11 jul. 1925. São Paulo, 11 jul. 1925. Disponível em: <https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/decreto/1925/decreto-3876-11.07.1925.html>. Acesso em: 5 jun. 2023.
- ALESP - ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Decreto nº 44.544, de 16 de dezembro de 1999.** Institui o Programa de Saúde da Família - QUALIS/PSF - no Estado de São Paulo e dá outras providências. São Paulo, SP, 16 dez. 1999. Disponível em: <https://governo-sp.jusbrasil.com.br/legislacao/167623/decreto-44544-99>. Acesso em: 5 jun. 2023.

BENCHIMOL, J. L. (Coord.). **Febre amarela: a doença e a vacina, uma história inacabada**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/4nktq/pdf/benchimol-9788575413951.pdf>. Acesso em: 23 jun. 2023.

BERENGER, M. M. **Descentralização ou Desconcentração: AIS - SUDS - SUS**. 1996. Dissertação (Mestrado em Administração Pública) – Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, 1996.

BRASIL. Comissão Nacional da Verdade. **Relatório**. Vol. 1. Brasília: CNV, 2014. Disponível em: http://cnv.memoriasreveladas.gov.br/images/pdf/relatorio/volume_1_digital.pdf. Acesso em 06 jul. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial nº 1.124, de 4 de agosto de 2015**. Institui as diretrizes para a celebração dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES), para o fortalecimento da integração entre ensino, serviços e comunidade no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 4 ago. 2015. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1124_04_08_2015.html. Acesso em 7 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 21 set. 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em 7 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **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). Brasília, 21 out. 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em 14 jul. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. **Portaria nº 648, de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: 28 mar. 2006. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria_648.pdf. Acesso em 14 jul. 2023.

CAMPOS, A. L. V. Cooperação internacional em saúde: o serviço especial de saúde pública e seu programa de enfermagem. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 3, p. 879-888, jun. 2008. DOI:

<http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232008000300010>

CAMPOS, A. L. V. **Políticas internacionais de saúde na Era Vargas: o serviço especial de Saúde Pública (1942-1960)**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

CAMPOS, G. W. S. Crítica às noções que fundamentam o método de "Programação em Saúde". In: CAMPOS, G. W. S. **A Saúde Pública e a Defesa da Vida**. São Paulo: Hucitec, 1991. Cap. 3. p. 55-88.

CECCIM, R.; FEUERWERKER, L. C. M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 5, p. 1400-1410, out. 2004. DOI:

<http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x2004000500036>

CECILIO, L. C. O. A questão do "duplo/tríplice estatuto" nos estudos sobre gestão e organizações de saúde no Sistema Único de Saúde no Brasil. **Forum Sociológico**, n. 24, p. 113-120, 2014. DOI:

<http://dx.doi.org/10.4000/sociologico.1125>

CECILIO, L. C. O. O "trabalhador moral" na saúde: reflexões sobre um conceito". **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 11, n. 22, pp. 345-363, 2007. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832007000200012>

CENTRO ACADÊMICO "OSWALDO CRUZ". De quem é o Centro de Saúde? **O Bisturi**, São Paulo, ano 42, n. 1, p. 5, 1977. Disponível em:

https://obrasraras.usp.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/2871/O_bisturi_1977_Ano_42_n_1.pdf?sequence=1. Acesso em: 2 jun. 2023.

CHIAVEGATO, L. G.; NAVARRO, V. L. A organização do trabalho em saúde em um contexto de precarização e do avanço da ideologia gerencialista. **PEGADA - A Revista da Geografia do Trabalho**, v. 13, n. 2, 2013. Disponível em:

<https://revista.fct.unesp.br/index.php/pegada/article/view/2023> Acesso em: 16 dez. 2022.

CHIESA, A. M. et al. Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde: a experiência da Universidade de São Paulo e da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. **Caderno FNEPAS**, v. 11, p. 36-43, 2011. Disponível em:

http://www.fnepas.org.br/artigos_caderno/v11/artigo4_programa_educacao.pdf. Acesso em: 07 out. 2022.

CIDADE DE SÃO PAULO. **Estratégia Saúde da Família**. 2016. Disponível em: <https://www.capital.sp.gov.br/cidadao/saude-e-bem-estar/melhorias-na-saude-municipal/estrategia-saude-da-familia-esf>. Acesso em: 16 dez. 2022.

COELHO NETO, G. C. et al. A prática da Medicina de Família e Comunidade no Brasil: contexto e perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 1, p. 1-4, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00170917>

CSEB – CENTRO DE SAÚDE-ESCOLA PROFESSOR SAMUEL BARNESLEY PESSOA. Conselho Diretor Gestor. **Regimento Interno**. São Paulo, 2018.

CSEB – CENTRO DE SAÚDE-ESCOLA PROFESSOR SAMUEL BARNESLEY PESSOA. **Descrição das instâncias do Organograma do Centro de Saúde Escola do Butantã**. São Paulo, 2012.

CSEB – CENTRO DE SAÚDE-ESCOLA PROFESSOR SAMUEL BARNESLEY PESSOA. **Dificuldade de um centro de saúde**. Carta escrita pelos funcionários do CSEB. São Paulo: CSEB, 1979.

CSEB – CENTRO DE SAÚDE-ESCOLA PROFESSOR SAMUEL BARNESLEY PESSOA. **Organograma do CSEB-2023**. São Paulo: Direção do CSEB, 2023. 3 slides, color.

CSEB – CENTRO DE SAÚDE-ESCOLA PROFESSOR SAMUEL BARNESLEY PESSOA. Relatório Final. *In*: SEMINÁRIO CSE 2020: POTENCIALIDADES E PERSPECTIVAS PARA A PRÓXIMA DÉCADA, 2009, São Paulo. **Anais [...]**. São Paulo: Conselho Diretor do Centro de Saúde Escola Samuel Barnesley Pessoa, 2009. 4 p.

CSEB – CENTRO DE SAÚDE-ESCOLA PROFESSOR SAMUEL BARNESLEY PESSOA. **Território**. 2010. Disponível em: <https://www.fm.usp.br/cseb/territorio/informacoes-sobre-a-area-de-abrangencia>. Acesso em: 16 jul. 2023.

CYRINO, A. P. Da medicina preventiva à medicina comunitária: processo de constituição de campo de ensino extramuros na Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP (1969 - 1973). **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 20, n. 1, p. 37-42, abr. 1996. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-5271v20.1-006>

CYRINO, A. P.; SCHRAIBER, L. B. O projeto centro de saúde escola e sua proposta técnico-assistencial. *In*: CYRINO, A. P.; MAGALDI, C. (Org.). **Saúde e Comunidade**: 30 anos de experiência de extensão universitária em saúde coletiva. Botucatu: Cultura Acadêmica, 2002. Cap. 2. p. 37-66.

DRUCK, G. A terceirização na saúde pública: formas diversas de precarização do trabalho. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 14, n. 1, p. 15-43, nov. 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00023>.

FARIA, L. R. A Fundação Rockefeller e os serviços de saúde em São Paulo (1920-30): perspectivas históricas. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 9, n. 3, p. 561-590, dez. 2002. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-59702002000300005>.

FRANCO, A. R. et al. A FMRP-USP em Atividades de Ensino, Pesquisa e Extensão de Serviços à Comunidade, Dentro do Projeto Centro de Saúde-Escola. **Medicina** (Ribeirão Preto), v. 35, n. 3, p. 425-432, 2002. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v35i3p425-432>

GIL, A. C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 5ª ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6ª ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GONÇALVES, R. B. M. Modelos Tecnológicos da Saúde Pública em São Paulo. In: GONÇALVES, R. B. M. **Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde**: características tecnológicas de processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec, 1994. p. 105-124.

GONÇALVES, R. B. M.; SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B. Seis Teses Sobre a Ação Programática em Saúde. In: SCHRAIBER, L. B. (Org.). **Programação em Saúde Hoje**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 1993. Cap. 1. p. 37-64.

GOOGLE. CSEB_5 áreas. [s.l.]: **Google Maps**. 2021. Disponível em: <https://www.google.com/maps/d/u/0/viewer?mid=1McAIEeRkyhdIB4YGLjGCVJi8t6CUXJcs&ll=-23.578462476422317%2C-46.731026&z=12>. Acesso em: 14 jul. 2023.

GUEDES, J. S.; SANTOS, R. M. B.; LORENZO, R. A. V. A Implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) no Estado de São Paulo (1995-2002). **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 875-883, 15 jul. 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000400006>

HOCHMAN, G. Reformas, instituições e políticas de saúde no Brasil (1930-1945). **Educar**, Curitiba, n. 25, p. 127-141, 2005. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-4060.370>

JORNAL DA USP. Inscrições abertas para Programa de Incentivo à Demissão Voluntária. **Jornal da USP**, São Paulo, 18 nov. 2014. Disponível em: <https://jornal.usp.br/?p=44684> Acesso em: 13 set. 2022.

LESER, W. S. P. Entrevista concedida ao Boletim do Instituto de Saúde (1999). In: BONFIM, J. R. A.; BASTOS, S. (Orgs.). **Walter Sidney Leser**: das análises clínicas à medicina preventiva e à saúde pública. São Paulo: Hucitec, 2009.

LOPES DE SOUZA, M. A. S. As Novas Configurações do Trabalho em Saúde: os indicativos do processo de desregulamentação. **Textos & Contextos** (Porto Alegre), v. 9, n. 2, p. 334-344, 2010. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/7340>. Acesso em: 12 fev. 2023.

MARTINS FILHO, M. T.; NARVAI, P. C. O sujeito implicado e a produção de conhecimento científico. **Saúde em Debate**, v. 37, n. 99, p. 646-654, dez. 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-11042013000400012>

MASCARENHAS, R. S. História da Saúde Pública no Estado de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 7, n. 4, p. 433-446, 1973.

MATHIEU, H. et al. **Coronavirus Pandemic (COVID-19)**. 2020. Disponível em: <https://ourworldindata.org/coronavirus>. Acesso em: 06 out. 2022.

MELLO, G. A. **Revisão do Pensamento Sanitário com Foco no Centro de Saúde**. 2010. 316f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

MELLO, G. A.; VIANA, A. L. D. A. Centro de Saúde: ciência, ideologia na reordenação da saúde pública no século XX. **História, Ciência, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.18, n.4, out.-dez. 2011, p.1131-1149.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde**: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf. Acesso em: 2 fev. 2023.

MERHY, E. E. O conhecer militante do sujeito implicado: o desafio em reconhecê-lo como saber válido. In: FRANCO, T. B. et al. (Orgs.). **Acolher Chapecó**: uma experiência de mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho. São Paulo: HUCITEC, 2004. p. 21-45.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2001.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento**: Pesquisa Qualitativa em Saúde. São Paulo: Hucitec, 2013.

MOTA, A. **Tempos Cruzados**: a saúde coletiva no estado de São Paulo, 1920-1989. São Paulo: Hucitec, 2019. 424 p.

MOTA, A.; SCHRAIBER, L. B. Atenção primária no sistema de saúde: debates paulistas numa perspectiva histórica. **Saúde e Sociedade**, v. 20, n. 4, p. 837-852, 2011. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902011000400003>.

MOTA, A.; SCHRAIBER, L. B.; AYRES, J. R. C. M. A Reforma Leser: a arquitetura de um projeto de saúde pública paulista, 1967-1979. **Saúde e Sociedade**, v. 28, n. 4, p. 267-283, dez. 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902019190043>

NASSER, M. A. et al. O Centro de Saúde-Escola Samuel B. Pessoa (Butantã, São Paulo, Brasil) completa 40 anos. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 21, n. 63, p. 1053-1056, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622017.0427>

NEMES, M. I. B. Ação Programática em Saúde: recuperação histórica de uma política de programação. In: SCHRAIBER, L. B. (Org.). **Programação em Saúde Hoje**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 1993. Cap. 2. p. 65-116.

NEMES, M. I. B. Prática Programática em Saúde. In: SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. (Org.). **Saúde do Adulto**: programas e ações na unidade básica. São Paulo: Hucitec, 1996. Cap. 2. p. 48-65.

PEDUZZI, M.; PALMA, J. J. L. A Equipe de Saúde. In: SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. (Org.). **Saúde do Adulto: programas e ações na unidade básica**. São Paulo: Hucitec, 1996. Cap. 12. p. 234-250.

PIRES, D. Reestruturação produtiva e consequências para o trabalho em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 53, n. 2, p. 251-263, jun. 2000. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-71672000000200010>.

PREFEITURA DE SÃO PAULO. **Contrato de Gestão R022/2016 - SMS/NTCSS**: Unidades e serviços da rede assistencial da Supervisão Técnica Butantã. São Paulo: Prefeitura Municipal/Secretaria Municipal de Saúde, 30 mar. 2016. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/CG_R022-2016.PDF. Acesso em: 20 set. 2022

PREFEITURA DE SÃO PAULO. **Decreto nº 59.685, de 13 de agosto de 2020**. Reorganiza a Secretaria Municipal da Saúde, regulamenta o § 2º do Artigo 45 da Lei nº 17.433, de 29 de julho de 2020, bem como transfere, altera a denominação e a lotação dos cargos de provimento em comissão que especifica. São Paulo, SP, 13 ago. 2020a.

PREFEITURA DE SÃO PAULO. **Lei nº 13.325, de 8 de fevereiro de 2002**. Dispõe sobre a organização de conselhos gestores nas unidades do sistema único de saúde, e dá outras providências. São Paulo, SP, 9 fev. 2002.

PREFEITURA DE SÃO PAULO. Secretaria Municipal da Saúde. **Contrato de Gestão**: Microrregião Butantã/Jaguarié. Contrato de Gestão n. 012/2008-NTCSS-SMS-G. São Paulo: Prefeitura Municipal/Secretaria Municipal de Saúde, 01 out. 2008. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/planejamento/arquivos/OS_sms/CG_12-2008.pdf. Acesso em: 1 jun. 2023

PREFEITURA DE SÃO PAULO. Secretaria Municipal da Saúde. Coordenadoria de Parcerias e Contratação de Serviços de Saúde. **Termo Aditivo n. 039/2020-SMS.G do Contrato de Gestão n. R022/2016 - SMS/NTCSS**. São Paulo: Diário Oficial Municipal, 23 dez. 2020b. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/TA039_2020-CG_R022_2016.pdf. Acesso em: 20 set. 2022

PREFEITURA DE SÃO PAULO. Secretaria Municipal da Saúde. **Mapa das 23 áreas geográficas com Contrato de Gestão**. São Paulo: SMS CEInfo, 2022. 1 mapa, color. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/aceso_a_informacao/index.php?p=339402. Acesso em: 23 jun. 2023.

PREFEITURA DE SÃO PAULO. Secretaria Municipal da Saúde. **Portaria Secretaria Municipal da Saúde - SMS nº 915 de 25 de maio de 2015**. Estabelece os Manuais de Enfermagem/2015, contendo Protocolos de Enfermagem, como documentos de consenso técnico e de apoio para a prática do Enfermeiro, do Técnico e do Auxiliar de Enfermagem nos serviços que

compõem a Atenção Básica do Município de São Paulo. São Paulo: Diário Oficial da Cidade, São Paulo, 26 mai. 2015, p. 28. Disponível em: <http://legislacao.prefeitura.sp.gov.br/leis/portaria-secretaria-municipal-da-saude-915-de-26-de-maio-de-2015/consolidado#>. Acesso em: 23 jun. 2023

PREFEITURA DE SÃO PAULO. Secretaria Municipal da Saúde. Subprefeitura Butantã. **Saiba mais sobre a história da comunidade São Remo e o que vem sendo feito pela região**. São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde, 2020c. Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/subprefeituras/butanta/noticias/?p=107462> Acesso em: 08 jul. 2023.

PREFEITURA DE SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. **Rede Hora Certa**. São Paulo: SMS, 2014. Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/noticias/?p=187188> Acesso em 06 de jul. 2023.

ROTHER, E. T. Revisão sistemática X revisão narrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 20, n. 2, p. v-vi, 2007. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002007000200001>

SCHMIDT, M. L. S. Atenção básica e saúde mental: experiência e práticas do Centro de Saúde Escola Samuel B. Pessoa. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, v. 16, n. 1, p. 57-70, 2013. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-371720130001000006&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 26 jun. 2021.

SCHRAIBER, L. B. et al. Apresentação. In: SCHRAIBER, L. B. et al (org.). **Saúde do Adulto**: programas e ações na unidade básica. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 23-28.

SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. (org.). **Saúde do Adulto**: programas e ações na unidade básica. São Paulo: Hucitec, 1996. 289 p.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. Grupo Assessor Central. **Projeto de municipalização dos serviços básicos de saúde de São Paulo**. São Paulo: SES/SP, 1987. 8 p.

SILVA, G.R. Da higiene à medicina preventiva: história do Departamento de Medicina Preventiva da FMUSP. **Revista de Medicina**. São Paulo, n. 81 (especial), p. 24-27, 2002.

SINTUSP – SINDICATO DOS TRABALHADORES DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. **História**. Disponível em: <https://www.sintusp.org.br/sobre/historia/>. Acesso em: 03 fev. 2023.

TAVANO, P. T.; Almeida, M. I. Curso Experimental de Medicina da FMUSP e suas conjecturas de implementação. **Khronos, Revista de História da Ciência**, n. 4, p. 84-101. 2017. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/khronos/article/view/133251/133453>. Acesso em 31/03/2022.

TRIVIÑOS, A. N. S. Pesquisa Qualitativa: coleta de dados na pesquisa qualitativa. In: TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987. p. 116-169.

USP – UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Conselho Universitário. **Ata da 986ª Sessão do Conselho Universitário**. São Paulo: USP, 28 nov. 2017. Disponível em: https://secretaria.webhostusp.sti.usp.br/wp-content/uploads/Ata_Co_28.11.2017.pdf Acesso em: 15 set. 2022.

USP – UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Faculdade de Medicina. **Atenção Primária à Saúde no ensino dos alunos da FMUSP e a formação de futuros profissionais de excelência**. São Paulo, 06 jun. 2021. Disponível em: <https://www.fm.usp.br/fmusp/noticias/atencao-primaria-a-saude-no-ensino-dos-alunos-da-fmusp-e-a-formacao-de-futuros-profissionais-de-excelencia>. Acesso em: 7 out. 2022.

USP – UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Faculdade de Medicina. Centro de saúde escola Professor Samuel Barnsley Pessoa. **Projeto de Trabalho 2009/2010**. São Paulo, 2009a.

USP – UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Faculdade de Medicina. **Conselho Gestor**. Disponível em: <https://www.fm.usp.br/cseb/o-cse/conselho>. Acesso em: 2 jan. 2023a.

USP – UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Faculdade de Medicina. Departamento de Medicina Preventiva. **Ofício DMP 5887/FM260587**. São Paulo, 1987.

USP – UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Faculdade de Medicina. **Organograma**. Disponível em: <https://www.fm.usp.br/fmusp/organograma/organograma>. Acesso em: 2 jan. 2023b.

USP – UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Faculdade de Medicina. **Projeto Região Oeste: Ensino - Assistência - Pesquisa**. São Paulo, 2009b. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/sms-sp/2009/sms-9271/sms-9271-6159.pdf>

USP – UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO; SPDM – ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA O DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA; PREFEITURA DE SÃO PAULO. **Termo de Cooperação e Gestão Compartilhada - Centro de Saúde Escola Samuel Barnsley da Universidade de São Paulo**. São Paulo, 2020. Disponível em: <https://www.adusp.org.br/wp-content/uploads/2020/11/termcoop.pdf>. Acesso em 31 mai. 2023.

WONCA – World Organization of Family Doctors. **A definição europeia de medicina geral e familiar (clínica geral / medicina familiar)**. Ljubljana, Slovenia: WONCA Europe, 2002. Disponível em:

<https://www.woncaeurope.org/file/b662cccc-6ad6-4d34-a9a2-fd02d29fae5b/European%20Definition%20in%20Portuguese.pdf>. Acesso em: 01 fev. 2023.

YIN, R. K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 5ª ed. Porto Alegre: Bookman, 2015.

APÊNDICE I

ROTEIROS DE ENTREVISTAS

- 1) Fale sobre você. Idade, gênero, função no CSEB. Conte sua história profissional e como você chegou ao CSEB.
- 2) Você conhece a história da assinatura do Termo de Cooperação e Gestão Compartilhada (entre USP, SMS e SPDM)? Qual a sua opinião sobre ele e a entrada da SPDM no CSEB?
- 3) Após a assinatura do Termo de Cooperação assinado com a SPDM, você percebe mudanças na gestão do serviço? Como você vê essa mudança? Qual a sua opinião sobre ela?
- 4) O que você pensa sobre os processos de trabalho do Centro de Saúde antes e após a assinatura do termo?
- 5) Com a incorporação dos novos trabalhadores, como você percebe as relações entre os trabalhadores? Você acha que há diferenças entre os trabalhadores? Caso haja, como isso influencia o trabalho?
- 6) O que você acha que acontecerá com o CSEB daqui em diante? Quais as suas expectativas, receios, esperanças?

APÊNDICE II

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Sr(a) está sendo convidado(a) a participar como voluntário(a) da pesquisa: “REPERCUSSÕES DE UMA GESTÃO COMPARTILHADA EM UM SERVIÇO TRADICIONAL DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA PERSPECTIVA DOS TRABALHADORES”.

A JUSTIFICATIVA, OS OBJETIVOS E OS PROCEDIMENTOS: A pesquisa tem por objetivo conhecer a percepção de trabalhadores do Centro de Saúde Escola do Samuel Barnsley Pessoa "Butantã" sobre o Termo de Cooperação de Gestão Compartilhada estabelecido entre a Universidade de São Paulo, a Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina e a Prefeitura de São Paulo. O estudo buscará analisar as consequências desse modelo de cooperação para os processos de trabalho e para a prestação dos serviços em saúde pela unidade. Sua participação se dará por meio de uma entrevista, cuja duração estimada é de até 60 minutos. A entrevista será gravada única e exclusivamente para fins de análise. O acesso à transcrição e ao material áudio-gravado será restrito ao pesquisador responsável pela pesquisa.

DESCONFORTOS, RISCOS E BENEFÍCIOS: Os riscos desse estudo para o Sr(a) incluem cansaço ou desconforto ao responder as questões da entrevista, possível invasão de privacidade e dispêndio de seu tempo. Os benefícios que você terá são indiretos e estão relacionados com os resultados da pesquisa, como: maior compreensão sobre os aspectos relevantes às estratégias de trabalho em saúde na Atenção Primária à Saúde; melhor entendimento sobre as repercussões das estratégias de terceirização para a contratação de trabalhadores para o Sistema Único de Saúde; aprofundamento dos processos que culminaram no estabelecimento de um termo de cooperação para a gestão compartilhada da unidade, bem como de suas implicações para o processo de trabalho em saúde.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E

GARANTIA DE SIGILO: O Sr(a) será esclarecido(a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. O Sr(a) é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a sua recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou perda de qualquer benefício, você possui garantia ao direito à indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa que absorverá qualquer gasto relacionado, garantindo, assim, a não oneração de serviços de saúde. Os pesquisadores irão tratar a sua identidade com respeito e seguirão padrões profissionais de sigilo, assegurando e garantindo o sigilo e confidencialidade dos dados pessoais dos participantes de pesquisa. Seu nome, ou qualquer material que indique a sua participação não será liberado sem a sua permissão. O Sr(a) não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Uma via assinada deste termo de consentimento livre e esclarecido será arquivada em local seguro na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e outra será fornecida ao Sr(a). O estudo poderá ser interrompido mediante aprovação prévia do CEP quanto à interrupção ou quando for necessário, para que seja salvaguardado o participante da pesquisa.

DECLARAÇÃO DO PARTICIPANTE DA PESQUISA

Eu, _____
_____, RG. _____ fui informada(o) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações para motivar minha decisão, se assim o desejar. O pesquisador Guilherme de Sousa Barbosa certificou-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais e somente os pesquisadores terão acesso. Também sei que caso existam gastos, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa. Em caso de dúvidas poderei chamar o pesquisador Guilherme de Sousa Barbosa no telefone (11) 995828210.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo também poderá ser consultado para

dúvidas/denúncias relacionadas à Ética da Pesquisa e localiza-se na Av. Dr. Arnaldo, 715, Cerqueira César – São Paulo, SP, horário de atendimento: de segunda a sexta-feira, das 9h às 12h e das 13h às 15h telefone, (11) 3061-7779, e-mail: coep@fsp.usp.br, que tem a função de implementar as normas e diretrizes regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde. Assinei duas vias deste termo de consentimento livre e esclarecido, o qual também foi assinado pelo pesquisador que me fez o convite e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas. Uma **via** deste documento, devidamente assinada, foi deixada comigo. Declaro que concordo em participar desse estudo.

Nome	Assinatura do Participante	Data
------	----------------------------	------

Pesquisador	Assinatura do Pesquisador	Data
-------------	---------------------------	------

ANEXO I

USP - FACULDADE DE SAÚDE
PÚBLICA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO - FSP/USP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: REPERCUSSÕES DE UMA GESTÃO COMPARTILHADA EM UM SERVIÇO TRADICIONAL DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA PERSPECTIVA DOS TRABALHADORES

Pesquisador: GUILHERME DE SOUSA BARBOSA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 52465121.0.0000.5421

Instituição Proponente: Faculdade de Saúde Pública USP/SP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.059.290

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivos da Pesquisa" e "Avaliação de Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo de informações básicas do projeto PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1827918.pdf de 08/10/21.

O Centro de Saúde Escola Samuel Barnsley Pessoa "Butantã" (CSEB) é um centro de saúde de Atenção Primária à Saúde gerido pela Faculdade Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) que sempre trabalhou com atividades docentes para alunos de graduação, residência médica, especialização e aprimoramento profissional. Ao longo de seus 44 anos de atuação e principalmente nos mais recentes foi sofrendo cortes financeiros que repercutiram no quadro de trabalhadores e na restrição das atividades assistenciais desempenhadas. No ano de 2020, foi assinado um Termo de Cooperação e Gestão Compartilhada entre a Secretaria Municipal e São de Paulo, a Reitoria da USP e a Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM), Organização Social (OS) que atualmente gere vários serviços de saúde na cidade. A integração de grande número de profissionais no serviço, via OS, para a criação de três equipes de estratégia de saúde da família entra em choque com o modelo de vínculo empregatício dos funcionários USP, a lógica tradicional de APS desempenhada pelo serviço e a desconfiança da qualidade técnica desses novos

Endereço: Av. Doutor Arnaldo, 715

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 01.246-904

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-7779

Fax: (11)3061-7779

E-mail: coep@fsp.usp.br

USP - FACULDADE DE SAÚDE
PÚBLICA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO - FSP/USP



Continuação do Parecer: 5.059.290

profissionais. Esse trabalho busca por meio de um estudo de caso único, exploratório e descritivo discutir as repercussões da assinatura do Termo de Cooperação de Gestão do CSEB nos processos de trabalho, nas relações de trabalho entre trabalhadores, e na prestação de serviço em saúde do CSEB. O estudo se dará de modo multimétodo, pois serão empregadas diferentes técnicas qualitativas de coleta e análise de dados: pesquisa bibliográfica, pesquisa documental e pesquisa de campo. Além disso, também serão coletadas a opinião dos trabalhadores do serviço, tanto funcionários vinculados à USP quanto à SPDM, por meio de entrevistas semiestruturadas.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Discutir as repercussões da assinatura do Termo de Cooperação de Gestão do CSEB nos processos de trabalho, nas relações de trabalho entre trabalhadores, e na prestação de serviço em saúde.

Objetivo Secundário:

Resgatar a historiografia do CSEB até o momento em que se deu a assinatura do Termo de Cooperação de Gestão;

Descrever como está a atual configuração e distribuição dos trabalhadores do CSEB;

Conhecer como os gestores e trabalhadores, sejam aqueles vinculados à OS via CLT ou

aqueles vinculados à USP via Regime Jurídico Único, perceberam as mudanças nos processos e relações de trabalho após a assinatura do Termo;

Levantar e discutir as repercussões positivas e negativas da assinatura do termo para o corpo de trabalhadores do CSE

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos aos participantes consistem em possível invasão de privacidade e a divulgação de dados confidenciais (registrados no TCLE), além do dispêndio do tempo para participar deste estudo.

Benefícios:

Os benefícios são de contribuir para o entendimento dos aspectos relevantes às estratégias de trabalho em saúde na Atenção Primária à Saúde, terceirização de contratação de trabalhadores para o Sistema Único de Saúde e a história da Saúde Pública paulista, além de buscar ampliar a compreensão sobre as razões que vem dificultando o trabalho no serviço em questão

Endereço: Av. Doutor Arnaldo, 715
Bairro: Cerqueira Cesar CEP: 01.246-904
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)3061-7779 Fax: (11)3061-7779 E-mail: coep@fsp.usp.br

USP - FACULDADE DE SAÚDE
PÚBLICA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO - FSP/USP



Continuação do Parecer: 5.059.290

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Desenho do estudo: estudo de caso único, exploratório e descritivo

Financiamento: Próprio

Pais de origem: Brasil

Número de participantes: 10

Centros de pesquisa: CSEB

Previsão de início de encerramento do estudo: out/2021 - mar/2022 (coleta de dados em 2022)

Pesquisa de caráter acadêmico para obtenção do título de mestre.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações"

Recomendações:

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações"

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O TCLE apresentado é adequado.

É apresentada carta de anuência do Centro de Saúde Escola Samuel Barnsley Pessoa "Butantã" (CSEB).

Considerações Finais a critério do CEP:

Ressalta-se que cabe ao pesquisador responsável encaminhar os relatórios parciais (de 6 em 6 meses) e final da pesquisa, por meio da Plataforma Brasil, via notificação do tipo "relatório" para que sejam devidamente analisados pelo CEP.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1827918.pdf	08/10/2021 21:33:26		Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRostoGuilherme.pdf	08/10/2021 21:32:39	GUILHERME DE SOUSA BARBOSA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.pdf	05/10/2021 21:26:43	GUILHERME DE SOUSA BARBOSA	Aceito

Endereço: Av. Doutor Arnaldo, 715

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 01.246-904

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-7779

Fax: (11)3061-7779

E-mail: coep@fsp.usp.br

USP - FACULDADE DE SAÚDE
PÚBLICA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO - FSP/USP



Continuação do Parecer: 5.059.290

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.pdf	05/10/2021 21:25:14	GUILHERME DE SOUSA BARBOSA	Aceito
---	----------	------------------------	----------------------------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 25 de Outubro de 2021

Assinado por:

**Kelly Polido Kaneshiro Olympio
(Coordenador(a))**

Endereço: Av. Doutor Arnaldo, 715

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 01.246-904

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-7779

Fax: (11)3061-7779

E-mail: coep@fsp.usp.br

ANEXO II



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA
CENTRO DE SAÚDE-ESCOLA PROF. SAMUEL BARNSLEY PESSOA
AV. DR. VITAL BRASIL Nº1.490 – BUTANTÁ – CEP:05503-000
FONE: 3061-8583



DECLARAÇÃO

Eu, Ademir Lopes Junior, Diretor Técnico do Centro de Saúde Escola “Prof. Samuel Barnsley Pessoa” da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, autorizo Guilherme de Sousa Barbosa a realizar a pesquisa intitulada: *“REPERCUSSÕES DE UMA GESTÃO COMPARTILHADA EM UM SERVIÇO TRADICIONAL DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA PERSPECTIVA DOS TRABALHADORES”*, tão logo seja apresentada aprovação por Comitê de Ética de Pesquisa.

São Paulo, 24 de setembro de 2021.

Ademir Lopes Junior
Diretoria Técnica de Serviço
Centro de Saúde Escola “Prof. Samuel B. Pessoa”

ANEXO III



TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGENS DO ACERVO DO MUSEU HISTÓRICO

O Museu Histórico da FMUSP "Prof. Carlos da Silva Lacaz" autoriza a/o

Carilhem de Sousa Barbosa
 RG nº 16 949 130, residente Rua Copacabana
188 op 153
 Tel. (11) 995828210, a utilizar as

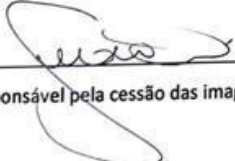
imagens do acervo do Museu Histórico abaixo discriminadas para o devido fim:

diminuição de material FSP/USP

Imagens:

- 1- uma CSEB ex 1 e 22
- 2-
- 3-
- 4-
- 5-
- 6-

O presente termo é amparado pela LEI Nº 12.853, de 14 de agosto de 2013. Deverá ser mencionado o fotógrafo (quando houver) e que a propriedade das imagens é do **Acervo do Museu Histórico da FMUSP**, que autorizou a sua utilização para os estritos termos da presente. Eventual outra utilização deverá ser objeto de futura e idêntica autorização. Este documento será assinado em duas vias de igual teor, ficando uma via arquivada no Museu Histórico e a outra via em poder do autorizado.


 Responsável pela cessão das imagens


 Responsável pelo uso das imagens