

O PROCESSO DE MUNICIPALIZAÇÃO DA SAÚDE SOB O OLHAR DO SER HUMANO-TRABALHADOR DE ENFERMAGEM DA REDE BÁSICA DE SAÚDE

Juliana Moretti Ferreira¹
Silvana Martins Mishima²

Ferreira JM, Mishima SM. O processo de municipalização da saúde sob o olhar do ser humano-trabalhador de enfermagem da rede básica de saúde. Rev Latino-am Enfermagem 2004 março-abril; 12(2):212-20.

Objetiva-se identificar e analisar transformações presentes no processo de municipalização, na percepção dos auxiliares de enfermagem que atuam na rede básica de saúde de Marília-SP. Trata-se de estudo descritivo, para o qual o material coletado por meio de entrevistas semi-estruturadas foi organizado em dois núcleos temáticos: a incorporação tecnológica na rede básica e, em foco, a ampliação do acesso. Apesar dos grandes avanços identificados pelo conjunto dos entrevistados em relação à incorporação tecnológica e à ampliação do acesso da população ao sistema de saúde, não é possível afirmar que os trabalhadores se apropriaram do projeto político e ideológico que vem sendo construído no município.

DESCRITORES: enfermagem; recursos humanos de enfermagem

THE HEALTH MUNICIPALIZATION PROCESS FROM THE PERSPECTIVE OF THE HUMAN BEING – NURSING WORKER IN THE BASIC HEALTH NETWORK

This descriptive study aimed to identify and to analyze present transformations in the municipalization process, according to the perception of nursing auxiliaries working in the basic health network in Marília-SP, Brazil. Data collected by means of semi-structured interviews were organized in two thematic groups: the technological incorporation in the basic network and, particularly, the broadening of access. In spite of the great advances identified by the group of interviewees in relation to the technological incorporation and to the population's greater access to the health system it cannot be affirmed that the workers appropriated the political and ideological project under construction in the municipal district.

DESCRIPTORS: nursing; nursing staff

EL PROCESO DE MUNICIPALIZACIÓN DE LA SALUD DESDE LA ÓPTICA DEL SER HUMANO-OBRAERO DE ENFERMERÍA DE LOS SERVICIOS BÁSICOS DE SALUD

Este estudio pretendió identificar y analizar transformaciones presentes en el proceso de municipalización, en la percepción de los ayudantes de enfermería que actúan en los servicios básicos de salud de Marília-SP. Es un estudio descriptivo, donde el material se recolectó a través de entrevistas semiestructuradas, se organizó en dos núcleos temáticos: la incorporación tecnológica en los servicios básicos y en enfoque la amplificación del acceso. A pesar de los grandes progresos identificados por el grupo del trabajadores con respecto a la incorporación tecnológica y a la ampliación del acceso de la población al sistema de salud, no es posible afirmar que los obreros se apropiaron del proyecto político e ideológico que viene construyéndose en el distrito municipal.

DESCRIPTORES: enfermería; personal de enfermería

¹ Mestre em Enfermagem em Saúde Pública pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo, Enfermeira da Secretaria Municipal de Higiene e Saúde de Paulo Marília, Docente da Universidade de Marília, e-mail: jmf@crisstorei.com.br; ² Professor Doutor da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OMS para o desenvolvimento da pesquisa em enfermagem, e-mail: smishima@eerp.usp.br

INTRODUÇÃO

Este estudo objetiva identificar e analisar, a partir da percepção dos trabalhadores de enfermagem, as transformações que vêm ocorrendo nos serviços de saúde, determinadas pelas políticas públicas de saúde no país, em um espaço específico - o município de Marília-SP, Brasil.

Desde a promulgação da Constituição Brasileira e criação do Sistema Único de Saúde-SUS, em 1988 e, na década de 90, sobram evidências de contradições presentes em sua implantação, desde o descaso para com os serviços e atividades do setor público de saúde de um lado e, de outro, com o aprimoramento, extensão e qualificação de ações e legislação específicas, como, por exemplo, na atenção à AIDS.

Muitos, certamente, foram os esforços para se mudar o aparato legal e a estrutura político-administrativa em todas as instâncias, porém com certo esquecimento das pessoas concretas que, no cotidiano, operariam a *nova máquina*.

É possível verificar que muitos são os trabalhos sobre recursos humanos em saúde no Brasil, por meio de vários recortes temáticos, porém novas perspectivas de investigação se abrem para o estudo dos trabalhadores em saúde e de suas relações com o seu ambiente (modo de vida) e com a cultura institucional⁽¹⁻³⁾.

“[...] tomando por totalidade o processo histórico de construção do SUS, será, então, ‘questão de recursos humanos’ tudo o que se referir aos trabalhadores da saúde em sua relação com aquele processo, desde que o mesmo processo seja necessariamente pensado como contendo os trabalhadores da saúde entre sujeitos e entre seus objetos”⁽¹⁾.

O fragmento acima é significativo na medida em que aponta a necessidade de considerar os trabalhadores como sujeitos/objetos do processo de constituição do SUS, ou seja, agentes que podem construir uma outra conformação do sistema de saúde brasileiro. Dessa maneira, os recursos humanos em saúde têm função primordial nas transformações possíveis, por serem os mobilizadores das políticas e projetos institucionais.

PERCURSO DA PESQUISA

Trata-se de um estudo descritivo⁽⁴⁾ que é

caracterizado por observar, registrar, analisar e correlacionar fatos e fenômenos (variáveis) sem manipulá-los, procurando descobrir, com a precisão possível, a frequência com que um fenômeno ocorre, sua relação e conexão com outros, sua natureza e características.

O campo de pesquisa foi o município de Marília, localizado na região centro-oeste do Estado de São Paulo, precisamente na Alta Paulista. Sua população estimada para o ano de 2001 é de 195.674. Essa população é essencialmente urbana, sendo que apenas 3,5% se encontra na área rural. Sua economia é voltada para o setor secundário e terciário, com predomínio de indústrias do ramo alimentício. O município é um importante centro educacional na região, conta com 3 universidades, inúmeros cursos, e destaca-se como pólo regional de prestação de serviços de saúde.

A rede de serviços de saúde existente é formada por 16 unidades de saúde na área urbana e 1 na área rural, 1 Núcleo de Gestão Ambulatorial - NGA (Ambulatório de Especialidades) sob a gestão estadual, que oferece consultas de especialidades para todos os municípios da Divisão Regional de Saúde-DIR 14, 1 Centro de Saúde I (antigo PAM do INAMPS, inaugurado na década de 70). A rede hospitalar conta com 1 hospital filantrópico, 1 hospital psiquiátrico conveniado ao SUS, 1 hospital maternidade, 2 hospitais gerais vinculados à Faculdade de Medicina e Santa Casa de Misericórdia. O município conta, ainda, com 7 equipes do Programa de Saúde da Família.

No trabalho de campo, a opção feita para a coleta de dados foi pela técnica de entrevista semi-estruturada⁽⁵⁾, que se refere, apenas, a um roteiro, com tópicos ou perguntas gerais direcionadas à busca de informações específicas que o pesquisador deseje, sendo que as perguntas poderão ser formuladas em qualquer ordem do contexto e servem, substancialmente, para dar encadeamento à “conversa” entre o entrevistador e o entrevistado.

Foram sujeitos desta pesquisa os trabalhadores de enfermagem - auxiliares de enfermagem - da rede básica do município de Marília; os critérios para a inclusão dos sujeitos da pesquisa foram trabalhadores que atuam na rede de atenção primária pública do município de Marília, com no mínimo 8 anos de experiência de trabalho nessa mesma rede, pois, em 1990, houve um grande incremento de funcionários os quais certamente, vivenciaram os processos de transformação do Sistema de Saúde Municipal. Ainda, a seleção dos trabalhadores para

amostragem, atendendo aos critérios de inclusão, foi intencional, sendo que o limite de entrevistados foi estabelecido pela repetição e reincidência das informações, sem desprezar as ímpares, optando, então, pelo critério da exaustão.

Foram entrevistados 9 auxiliares de enfermagem que atuam na rede básica de saúde, especificamente em Unidades Básicas de Saúde, com idade média de 42 anos, com formação específica de apenas 8 anos em média. Contam com tempo de trabalho na rede básica de saúde de, aproximadamente, 13 anos, refletindo, assim, que vivenciaram as transformações que vêm ocorrendo no município, com o processo de municipalização. A forma inicial de contratação no serviço público foi predominantemente por indicação, ou seja, 80% foram indicados para a função e, posteriormente, submetidos a concurso público, conforme lei orgânica municipal. É importante ressaltar que 70% possuem como única experiência profissional o trabalho em UBS e que, portanto, toda sua formação foi nessa modalidade de assistência. Pelo tempo de experiência na rede, puderam vivenciar distintos momentos das transformações das políticas de saúde (AIS, SUDS, Constituição Federal de 1988, Lei Orgânica, Gestão Plena) e sua implementação no município.

É importante ressaltar que, para o desenvolvimento da pesquisa, foram seguidas as normatizações do Comitê Nacional de Ética em Pesquisa-CONEP - presentes na resolução do CNS 196/96 e Capítulo IV da Resolução 251/97.

Os dados foram analisados utilizando-se a técnica de análise de conteúdo⁽⁶⁾ definida como “uma técnica de pesquisa para descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto das comunicações e tendo por fim interpretá-los”.

Várias são as técnicas desenvolvidas na busca de atingir os significados manifestos e latentes no material qualitativo sobre saúde, entre elas a “análise temática que consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação e cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico escolhido”⁽⁶⁾.

Esses aspectos, em um movimento de aproximação e reaproximação, foram reorganizados em dois grandes temas: a incorporação tecnológica na rede básica de serviços de saúde; em foco, a ampliação do acesso aos Serviços de Saúde.

A incorporação tecnológica na rede básica de serviços de saúde

No mundo do trabalho em saúde, quando pensamos em incorporação tecnológica, não nos referimos exclusivamente aos equipamentos tecnológicos. As tecnologias podem ser classificadas⁽⁷⁾ em tecnologias **leves** (tecnologias de relações do tipo produção de vínculo, acolhimento), **leves-duras** (saberes bens estruturados que direcionam o trabalho, como a clínica e a epidemiologia, entre outras) e **duras** (como os equipamentos tecnológicos, as máquinas, estruturas organizacionais, normas que condensam em si saberes já materializados, acabados), aqui postas com referência à temática do trabalho-ação intencional sobre o mundo na busca de produção de “coisas” (bens/produtos) que funcionam como objetos, mas que não necessariamente são materiais, duras, podem ser bens/produtos simbólicos - que satisfaçam necessidades.

Aqui estamos considerando, por meio da percepção dos trabalhadores entrevistados, dois grandes aspectos que encaminham para a incorporação tecnológica. Um primeiro aspecto refere-se à incorporação de tecnologia traduzida em espaços e equipamentos, e um segundo, aos agentes que mobilizam recursos para o desenvolvimento da assistência na rede básica de saúde.

Uma nova estruturação física e tecnológica da rede básica

Para os auxiliares de enfermagem entrevistados, as transformações ocorridas na rede básica, a partir do processo de municipalização da saúde, traduzem-se em situações de ampliação física, numérica e funcional da rede de serviços, com a melhoria da infraestrutura física. Na fala do entrevistado: *Mudou muito. Quando comecei, era uma residência de família, imagina você começar uma unidade em uma residência [...] Eu acho que melhorou bastante, evoluiu, Deus me livre voltar àquela casinha.* (AE4)

A valorização da ampliação dos espaços físicos é intermediada por críticas à falta de planejamento. [...] *Porque eles fazem um prédio [...] então as autoridade tinham que ver ... a estrutura do prédio é pequena.* (AE6)

A noção de ampliação da rede básica parece confundir-se necessariamente com *espaço físico* (tecnologia dura) e deixa de ser considerado o espaço de trabalho em saúde, espaço este em que uma reflexão sobre sua constituição pode permitir a construção de

diversos e distintos formatos de produção das ações de saúde, diferenciados e mais amplos que a prática centrada restritamente no processo de trabalho médico, circunscrita no tempo e no evento.

Nesse sentido, a incorporação de novas ações programáticas, apesar de serem identificadas como importantes, para atender às necessidades de saúde da população, tem o desafio de superar a dicotomia entre a geração de novos procedimentos e sobrecarga de trabalho. Essa relação é expressa pelos trabalhadores como a falta de tempo necessário para o desenvolvimento de ações e procedimentos voltados à assistência ao usuário.

A priorização do fazer técnico dá-se sempre por meio das concepções dos trabalhadores sobre o processo saúde-doença e a formatação do tempo destinado para o atendimento. Portanto, o desenvolvimento mais intenso das tecnologias leves e leves-duras, que implica outras alternativas de assistência e relações mais próximas e acolhedoras, perde o sentido, e as ações tornam-se imobilizadas/gessadas. A hegemonia capitalista afastou o trabalhador do objeto e objetivo de seu trabalho - o homem e a produção de saúde a qual está alienada sem visão do todo, presente no trabalho mecânico e fragmentado, confundindo-se também, com a visão do indivíduo que necessita de atendimento. Segundo um trabalhador: *Trabalho, e trabalho pra nós. É mais um trabalho pra nós, porque mais se for preciso, se isso der resultado, tudo bem, mas que é mais trabalho é, porque a gente tem de sair e ir atrás da criança, ir atrás da gestante. (AE8)*

Os trabalhadores entrevistados referem-se com ênfase à incorporação de novos insumos: imunobiológicos, medicamentos, informática, inclusão de novos exames e procedimentos para apoio diagnóstico, o que significou avanços. [...] *hoje a gente está bem mais estruturado, aumentaram os exames de sangue, era no Adolpho Lutz, você ia pra lá ... era básico. Tinha o Adolpho Lutz como referência, aí mais ou menos em 83, as coletas passaram para o PAS, mas você não tinha essa infinidade de RX, esses exames mais complicados, ultra-som, esses exames, [...] mamografia. (AE2)*

Esses recursos, que, na percepção dos auxiliares de enfermagem, trazem benefício para a clientela, passam a fazer parte do universo do trabalho das unidades de saúde de forma marcante, uma vez que alteram a dinâmica do trabalho. O processo de municipalização traz para o espaço da rede básica recursos tecnológicos antes presentes no espaço hospitalar⁽⁸⁾.

A resistência inicial às mudanças oriundas pela

ampliação das atividades e incorporação de outros recursos é substituída por um "certo culto" às novas tecnologias, sendo que, na ausência delas, dificuldades se fazem presentes no trabalho das unidades de saúde. Segundo um dos trabalhadores entrevistados *Isso é uma coisa nova, o computador é uma coisa nova, é uma coisa maravilhosa [...] é ... porque antes a gente não queria colocar de jeito nenhum, porque era uma coisa nova e tínhamos medo, e hoje a gente não vive sem ele, e até quando quebra, a gente pede pra vir consertar correndo ... porque é uma das coisas importantes que já aconteceram [...]foi uma inovação que a gente não contava e que foi muito bom. (AE1)*

A inclusão de tecnologias duras, como, por exemplo, o computador, e leves-duras, novas ações programáticas, apontadas como fator positivo para a assistência à clientela, também apresenta aspectos negativos pelo discurso dos entrevistados, dentre eles a sobrecarga de trabalho, resultado do déficit de pessoal de enfermagem e de pessoal especializado (médicos e técnicos para funções específicas). [...] *Tá certo, agora tem o computador, melhorou, e a gente fazia tudo na mão, mas devia ter uma digitadora. (AE3)*

Houve muitas mudanças, responsabilidades, porque a população exigiu mais de nós, aí nós tivemos que trabalhar mais e só o número de funcionários que não dava ... como hoje ainda mais, o que eu acho que parou, e a população aumentou. (AE6) Esse último fragmento é interessante no sentido de que o trabalhador aponta que a população passa a exigir e demandar outras necessidades ao serviço de saúde.

A relação *trabalhador X usuário* pode abrir-se (ou não) para um processo de troca de informações, acolhimento de problemas e reconhecimento mútuo de direitos e deveres, podendo, assim viabilizar (in)satisfações por meio das intervenções que se estabelecerem.

Nesse sentido, o trabalhador percebe como algo inquietante a construção de uma prática, onde o exercício de cidadania (ambas as partes: trabalhador/usuário) estabeleça canais facilitadores para a emancipação do homem, favorecendo sua participação na definição e gestão de alternativas para suas necessidades, incluindo as de saúde.

Novos agentes do trabalho entram em cena ...

Um dos elementos que constitui o modelo de assistência e que é essencial para a produção das ações de saúde, é o trabalhador de saúde. Agentes do trabalho, possuem potencial de ação, produtores continuamente

de atos vivos*, exercendo cotidianamente seu autogoverno (autonomia profissional)⁽⁷⁾.

Nesse sentido, os agentes do trabalho, como produtores de atos vivos, são responsáveis pelas transformações presentes no processo de municipalização em Marília.

A implementação de diretrizes (aparato filosófico, jurídico e legal) que caracterizam as mudanças no modelo assistencial, visando à alteração no modo de produção de serviços de saúde levou a uma alteração do perfil de recursos humanos, com aumento numérico e diversidade de trabalhadores especializados.

Os avanços nas propostas de reorganização do setor saúde envolvem, obrigatoriamente, processos de mudança nos trabalhadores de saúde, em relação à compreensão do processo saúde doença, à finalidade do trabalho, aos direitos e deveres, tanto do trabalhador como do usuário. Segundo os entrevistados, com o aumento da demanda de usuários no sistema, foi desencadeada uma sobrecarga de trabalho**, ampliação das atividades e desvio de função, comprometendo a qualidade da assistência. [...] com a gente que é da enfermagem, eu acho que a gente tem que ficar só na área de enfermagem, [...] a papelada, computador, acho que deveria ter gente pra trabalhar. Porque a gente chega de manhã, oh! Ce vai para o fichário, não sabe se fica lá, se vem atender na sala, fica aquela correria, então deveria ter gente para trabalhar lá e deixar a gente na nossa área só da enfermagem, aí sim é que ia ficar bom. (AE3)

Ao olhar o trabalhador, em específico o de saúde, não se pode considerá-lo como insumo ou recurso no processo de produção, como máquina capaz de gerar certa quantidade de procedimentos. É preciso considerá-lo como *ser humano*, que se insere no cotidiano do trabalho em saúde com sua "integralidade" humana, e, assim, seus sentimentos, emoções, ideologias, habilidade e capacidades estarão presentes também no processo de relações que se estabelece com os usuários e com a equipe de trabalho.

O processo de capacitação desses trabalhadores passou por vários momentos determinados por correções técnicas ou administrativas estabelecidas pelas políticas de saúde, visando à alteração do modo de produção dos serviços e à instrumentalização técnica desses

trabalhadores para o exercício profissional. A narrativa que se segue traduz essas questões: *Naquela época, com todas as dificuldades trabalhadas, nós tínhamos mais treinamento, mais treinamento em tudo, na vacina e, principalmente, nessa área que é importante e hoje eu vejo que nós não temos esse treinamento, agora que começou novamente algum interesse para esta área. [...] e trabalhava com dificuldade, acho que o próprio secretariado tinha suas dificuldades para implantar o serviço, inclusive as enfermeiras, e depois todas essas modificações foram mudando muitas coisas, os cursos, apesar de que no meu tempo eu fui gratificada, eu falo hoje com as colegas que entram agora que é uma coisa que ainda precisa começar a fazer, que são os treinamentos, uma das coisas que está precisando, estar reciclando.* (AE1)

O relatório final da IX Conferência Nacional de Saúde, no capítulo destinado à implementação do Sistema Único de Saúde, com relação aos Recursos Humanos, aponta elementos e ações para a efetiva implementação de uma política de desenvolvimento de pessoal para o SUS⁽²⁾.

O Plano Municipal de Saúde de Marília - 1999/2000 propõe "urgência à implementação de um Sistema de Educação continuada envolvendo o conjunto dos trabalhadores, que busque: profissionalização da força e trabalho; capacitação para novas técnicas e atualização do conhecimento; aprimoramento/aperfeiçoamento; construção/constituição das identidades profissionais"⁽⁹⁾.

Embora essas questões estejam presentes em documentos oficiais, tanto em nível federal como municipal, são ainda restritas as iniciativas de capacitar e promover o desenvolvimento do trabalhador que se encontra na ponta do sistema de saúde, sendo essa questão evidenciada na fala acima.

Os trabalhadores entrevistados apontam contradições nesse processo, ora citando os aspectos positivos do processo de capacitação, ora assinalando sua ausência/carência em processos formais ou de acompanhamento cotidiano, ou mesmo como sobrecarga, um adicional a mais ao trabalho já desenvolvido.

Um aspecto importante presente, quando os trabalhadores apontam a questão da capacitação, diz respeito à necessidade de se trabalhar a organização interna do processo de trabalho, as dificuldades inerentes ao trabalho. Essa questão, embora não diretamente

* O trabalho vivo, denominado como o trabalho em ato, é aquele que "está em ação, em um certo 'dando', pode tanto fazer uso do que esta dado, quanto em uma certa medida exercer com alguma 'autonomia' este uso do que já esta dado"⁽⁷⁾

** Esta questão foi já assinalada acima quando os trabalhadores apontam que a incorporação tecnológica traz uma sobrecarga de trabalho acompanhada pelo déficit de trabalhadores em geral

colocada, chama atenção no sentido de se pensar na importância das relações interpessoais presentes no desenvolvimento do trabalho em saúde e da humanização no processo de trabalho e de assistência.

O ser humano possui características peculiares a sua condição humana, marcadas pela história de vida, condições de existência, pelas relações que estabelece no seu cotidiano de vida com outras pessoas, delimitado num espaço físico, social, cultural, econômico, político e temporal. E, para cada humano, nesse movimento, há um processo contínuo de busca de autonomia e de enfrentamento/rompimento das contradições e ideologias dominantes, com a busca de liberdade, possibilitando progredir e se constituir cidadão, “ou seja, qualquer projeto mudancista que aspire ao sucesso deveria tentar, ao mesmo tempo, tanto a mudança das pessoas, dos seus valores, da sua cultura ou ideologia, quanto providenciar alterações no funcionamento das instituições sociais. Dizendo de outra maneira, temos que mexer, simultaneamente, com as pessoas, com as estruturas e com as relações entre elas”⁽³⁾.

Essa questão encontra-se articulada a outro aspecto identificado que se refere à forma como os entrevistados percebem a necessidade de se determinar um perfil do trabalhador para determinadas atividades, presentes no trabalho em saúde. *[...] uma das coisas é a seleção para isso, porque nunca foi feito. Vai, pega qualquer pessoa, acho que quem trabalha isso tem que ser escolhido, cada pessoa tem um caráter, uma personalidade, e isso é difícil de mudar. Você molda qualquer coisa, mas caráter, personalidade, é difícil de mudar, a pessoa é como nome, vai viver com isso o resto da vida, cada um tem um. [...] cada ser humano tem seu jeito de ser, e cada um é apto para alguma coisa, então a pessoa tem que estar no lugar onde se adequar melhor. Então isso nunca foi trabalhado, você não pode colocar na recepção qualquer pessoa, ela tem que falar com tudo mundo, ela tem que ser média, porque tem uma que ela vai ter que falar bonitinho, dentro dos parâmetros normais, a outra que ela vai ter que falar de forma diferente e isso não é fácil.. (AE1)*

Essa fala dá margem a se pensar em um “perfil necessário” para o trabalho assistencial e de como se buscar o equilíbrio entre o gostar (ou seja, a importância de se ter certa autonomia em escolher trabalhar determinadas atividades) e a necessidade de organizar o trabalho das unidades com tantas carências presentes.

Para se assegurar qualidade no trabalho em saúde, deve haver uma “adequada combinação de autonomia profissional com certo grau de definição de

responsabilidade para os trabalhadores. Ainda, autonomia pressupõe liberdade, mas, para que o trabalho autônomo seja eficaz, pressupõe-se, também, capacidade de responsabilizar-se pelos problemas de outros. A autonomia-responsável somente aconteceria quando houvesse interesse e envolvimento dos agentes com uma certa tarefa”⁽¹⁰⁾.

Essas questões, importantes dentro do processo de trabalho em saúde e da municipalização das ações em saúde, parecem ainda não fazer parte do universo das preocupações dos trabalhadores entrevistados.

Em foco a ampliação do acesso aos Serviços de Saúde

No estado de São Paulo, o acesso aos serviços de saúde traduziu-se em determinado momento do processo de municipalização, na abertura de serviços de saúde, pela ampliação numérica de unidades, como citado no percurso da pesquisa deste trabalho⁽¹¹⁾.

É necessário ampliar o conceito de acesso para além da abertura de novos serviços, buscando compreender a relação estabelecida entre as carências/necessidades, desejos/aspirações da clientela em busca de “ações de saúde” e a oferta real de recursos para atendê-la. Assim, a mera presença, pela ampliação e expansão da rede de serviços de saúde, não assegura sua utilização.

Numa compreensão ampliada, define-se acessibilidade “como o grau de ajuste entre as características dos recursos de saúde e as da população, no processo de busca e obtenção de assistência à saúde”⁽¹²⁾. Esse enfoque de grau de ajuste permite identificar os fatores que facilitam ou obstaculizam a busca e obtenção dessa assistência. É necessário compreender, também, que o estudo da acessibilidade deve considerar limites de espaço e de tempo e que, portanto, a maneira de se conceber o conceito saúde/doença e seu enfrentamento deve ser considerada.

Vinculada à qualidade da assistência ofertada à população, a ampliação do acesso dos serviços de saúde é apontada como um dos aspectos positivos do processo de municipalização, pois significa a abertura dos serviços de saúde à população.

[...] eu não vejo a nossa unidade com muitas dificuldades, a gente tenta trabalhar muito bem isso, eu sempre digo que a porta de entrada a chave de tudo, o jeito de acolher, o jeito de receber, olhar, dar bom dia, dar a mão, é a chave. (AE1) A fala apresenta

um aspecto importante, uma vez que não se refere apenas ao acesso oriundo da abertura das portas, mas de aspectos ligados à humanização do atendimento, da responsabilidade que cabe ao trabalhador e aos serviços de saúde em acolher o usuário em suas necessidades.

Uma significação para acolhimento se traduz: "...acolhimento pode nos levar a pensar em ato, mas o atendimento não se limita ao ato de receber e nem a um setor, a recepção da unidade de saúde, mas a uma seqüência de atos e modos que compõem o processo de trabalho em saúde. As palavras, atenção e consideração nos fazem lembrar que o acolhimento deve estar sempre presente se se deseja um atendimento mais humanizado, lembrando que, no trabalho em saúde, temos "gente que cuida de gente"⁽¹³⁾.

Contudo, apesar de ser uma possibilidade concreta de ampliação dos direitos da população, o aumento da demanda é relatado como dificuldade para a execução do trabalho.

Dava pra trabalhar, não era esse movimento como é, agora está aumentando, antes era menos. (AE3)

O elemento modulador para essa situação é a adscrição da clientela, que é apontada como positiva, pois facilita as ações internas do serviço, impondo limites ao acesso universal. Este autor⁽¹³⁾ faz uma crítica às disciplinas ordenadoras do campo da saúde que "tanto servem de base sobre a qual se constróem estes novos serviços, como também exercem uma função castradora devido ao seu enfoque abusivamente normatizador".

Aponta, também, que as diretrizes ordenadoras dos sistemas públicos de saúde como a regionalização e hierarquização dos serviços e das práticas de saúde, que, como princípios organizativos do SUS, são importantes, não podem, contudo, se constituir em uma camisa de força que "aprisiona os profissionais em um emaranhado de regras e procedimentos, necessitando relativizar sua potência, restringindo a sua onipresença na imaginação e na prática dos agentes de saúde"⁽³⁾.

Outro aspecto relevante apresentado pelos auxiliares de enfermagem entrevistados refere-se a como o trabalhador se identifica no processo e como procura compreender a circunstância em que se vê envolvido no trabalho, pois vê a ampliação do acesso como uma *ajuda aos necessitados*.

A maneira como se explicita o acesso, de certa forma reflete como se efetiva a implantação do SUS e como os atores envolvidos, trabalhadores/clientes, se posicionam frente à *saúde como direito*.

Apesar de a ampliação do acesso aos serviços de saúde ser identificada como um aspecto extremamente importante, foram expressos sentimentos de frustração com o trabalho, uma vez que o aumento da demanda leva a um *distanciamento* com a população, antes uma *velha conhecida*. Os trabalhadores entrevistados referem que há uma diminuição do vínculo com a clientela.

Direito *versus* obrigação/agradecimento à benesse do trabalhador em oferecer/realizar o atendimento? A população era amiga ou dependente do atendimento que aparecia como um favor?

"Como são encarados os clientes? Coitadinhos, ignorantes e carentes; ou como consumidores exigentes? Seriam vistos e manipulados como se fossem doenças desencarnadas de pessoas concretas; ou como figuras culpadas pela própria enfermidade, desleixados que, por descuido, lascívia ou imprevidência, contraíram moléstias?"⁽¹⁰⁾

Uma visão positiva chama pela questão do vínculo, mas uma visão mais fria chama pela compreensão de direito *versus* assistencialismo *versus* poder da equipe de saúde. Portanto, descongelar, quebrar essas formas de relação institucionalizadas é tarefa dos gestores, pois "o silêncio sobre esses mecanismos encobre acordos opressores para os mais fracos - em geral, clientes - e cronifica a alienação dos profissionais"⁽¹⁰⁾.

Outra característica apontada pelos entrevistados que interfere no acesso à assistência ao usuário dentro da unidade é o modelo de assistência centrado na consulta médica e o tempo disponível desse profissional. Não de forma explícita, mas é assinalada a questão do compromisso com a clientela.

Uma das coisas que eles reclamam bastante, que já vem há algum tempo, é a falta de médico, e também os horários que é um problema difícil. [...] do profissional médico, porque ele vem e é restrito, um período muito curto. [...] apesar de atingir a meta, a quantidade de consulta médica, é uma coisa que a população reclama, sofre, porque o horário é muito restrito [...] (AE1)

O que parece ocorrer nessa fala é uma denúncia velada ao não cumprimento do horário do profissional médico, uma vez que, embora haja o cumprimento da produtividade exigida, a tarefa não preenche o tempo previsto para a permanência do profissional na unidade de saúde.

O modelo de assistência centrado no atendimento restrito à queixa apresentada pelo usuário encaminha a um modo de ação centrado na figura estrita do médico, sem a possibilidade de intervenções de outra natureza e

que possam ampliar, na prática, o conceito de saúde para além do aspecto biológico. Sendo assim, todas as necessidades do trabalhador e do cliente serão identificadas tendo no médico a figura central.

Esta é sem dúvida uma questão que merece ser olhada. Uma das tendências de organização dos serviços de saúde na direção da construção do SUS é alterar o modelo hospitalocêntrico para um rebasecocêntrico⁽¹⁴⁾, estabelecendo o desafio de se fazer o *mix* saúde pública e medicina.

“E, nesta situação, podemos lembrar que a rede básica, diferentemente do hospital, apresenta a possibilidade de menor aprisionamento de suas práticas a um processo de trabalho médico restrito, ou mesmo circunscrito no tempo e no evento, podendo abrir-se, portanto, às mais distintas alternativas de constituição de novos formatos de produção das ações de saúde”⁽¹⁴⁾.

A municipalização dos serviços de saúde tem sido entendida pelos trabalhadores entrevistados, ambigualmente, como universalidade facilitada pelo acesso, porém não para todos, ou seja, é uma universalidade que exclui e um acesso regulado.

É, é bom sim, ficou igual para todos, mas o INPS faz um pouco de falta, né? Naquela época o povo tinha hospital, agora, como ficou tudo igual para algumas pessoas ficou mais fácil. (AE3)

A TÍTULO DE CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os avanços que são perceptíveis na rede de serviços de saúde dão a dimensão do ganho de direitos que foi desenhado pela proposta legal na implantação do SUS e que, concretamente, possibilitou **a ampliação do mercado de trabalho**, por meio da significativa incorporação qualitativa e quantitativa de novos “personagens”; a **incorporação tecnológica**, aqui compreendida como operação/atitude, na produção de processos de relações - *trabalho vivo em ato* por meio das tecnologias leves, leves-duras e duras; nesse movimento, vivencia-se, sem dúvida, uma melhora do **acesso**, com expressiva ampliação e oferta de serviços, porém somente isso não basta.

É fundamental a análise de sua efetiva eficácia, ou seja, a capacidade de eles resolverem as demandas, incluindo aí problemas de saúde que possam atender às necessidades dos clientes e da comunidade interna dos serviços. Assim, a postura adquirida pelo trabalhador reflete como o serviço reconhece e acolhe essas demandas que,

hoje, ainda são reguladas pelo *poder* apropriado pelo trabalhador, que nada mais é que o reflexo/produto do sistema de relações em que estão imersos todo o tempo.

Na formatação atual da organização do trabalho e nas relações que se estabelecem, não fica claro para os trabalhadores de enfermagem entrevistados o significado do processo de municipalização por que passa o município de Marília, seu espaço de trabalho e, por que não, sua vida.

O que é ressaltado, enfatizado, são as transformações que ocorrem e que dão o tom para o dia a dia dos *personagens*. Mas, para que ocorram grandes (e possíveis) transformações, é necessário envolver dois fatores: o desejo, a vontade impregnada de “pulsão”, energia subjetiva e, também, de um propósito construído conscientemente, domínio vinculado à razão - a ciência.

A capacitação técnica a que tem sido submetida à equipe de atores/personagens é legal (instituída), mas não legítima, Legitimidade é construída, é processo contínuo, e assim não basta só a capacitação técnica. Necessário se faz identificar, na gestão dos serviços, espaços mobilizadores para transformação e estímulo, não imperativo, mas flexível/moldável às características do ser humano.

A possibilidade de transformar-se está vinculada ao esforço para encurtar/diminuir as barreiras entre os que possuem as ideologias dominantes, reportados ao poder, à direção, ao comando e à maioria dos sujeitos, homens comuns, concretos, repletos de humanidade, sentimentos, sonhos, esperanças...

É necessário busca, desejo de *desendurecer* essas formas de relacionamentos gessadas pelo poder e jogo institucional com o envolvimento de milhares de pessoas que questionem o exercício dos micropoderes dominantes, no trabalho cotidiano, nas instituições, na administração pública, na política e, por que não, nos espaços privados de nossa casa ... libertar-se!

“[...] buscar a liberdade até quando internados em um campo de concentração é condição indispensável para salvar a humanidade de cada um. Quem desiste, degrada-se. quem persiste, quem insiste, salva-se da ignomínia, ainda que nem sempre do sofrimento, capacitando-se, contudo, para sobreviver, depois, com um mínimo de saúde mental e auto-estima”⁽³⁾.

No esforço da busca é que vamos construindo seres humanos capazes de autonomia, de bondade, de solidariedade ... enfim, a complementaridade almejada do homem é física, moral, mental, ética...

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministério da Saúde (BR). A investigação sobre Recursos Humanos em saúde: relatório de seminário. Brasília (DF): Ministério da Saúde, Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS; 1993.
2. Ministério da Saúde (BR). Implementação do Sistema Único de Saúde com relação à recursos humanos. In: Conferência Nacional de Saúde, 9ª ed. Brasília; 1992. Relatório Final. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1992. p.28-32.
3. Campos GWS. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: Cecílio LCO, organizador. Inventando a mudança na saúde. 2ª ed. São Paulo (SP): Hucitec; 1994. p. 29-87.
4. Cervo AL, Bervian PA Metodologia científica. São Paulo (SP): Makron Books; 1996.
5. Goetz JP. Ethnography and qualitative desingn in educacional research. New York: Academia Press; 1984.
6. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 5ª ed. São Paulo (SP): Hucitec; 1998.
7. Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onoko R, organizadores. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo (SP): Hucitec/Lugar Editorial; 1997. p. 71-112.
8. Almeida MCP, Fortuna CM, Pereira MJB, Mishima SM, Villa TCS Gerência na rede básica de serviços de saúde em Ribeirão Preto - um processo em construção. Rev Bras Enfermagem 1994; 47(3):278-86.
9. Secretaria Municipal de Higiene e Saúde (Marília). Plano Municipal de Saúde de Marília. Marília; 2000.
10. Campos GWS. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar trabalho em equipes de saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo (SP): Hucitec/Lugar Editorial; 1997. p. 229-66.
11. Tanaka OY, Escobar EMA, Gimenez ASM, Camargo, KG; Lelli CLS. A municipalização dos serviços de saúde no estado de São Paulo. Saúde em Debate 1991; 33:27-32.
12. Fekete MC. Estudo da acessibilidade na avaliação dos serviços de saúde. In: Ministério da Saúde (BR). Organização Panamericana da Saúde.OPAS. Desenvolvimento gerencial de unidades de saúde do distrito sanitário - projeto Gerus. Brasília; 1995. p. 177-84.
13. Matumoto S. O Acolhimento: um estudo sobre seus componentes e sua produção em uma unidade da rede básica se serviços de saúde. [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 1998.
14. Merhy EE. A rede básica como uma construção da saúde pública e seus dilemas. In: Merhy EE, Onoko R, organizadores. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo (SP): Hucitec/Lugar Editorial; 1997. p. 197-228.